

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

EDINALDA DE ARAÚJO MATIAS

**REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA E ADOÇÃO INFANTIL NO BRASIL: UMA
ANÁLISE DAS AÇÕES DO ESTADO NA PERSPECTIVA DA BIOÉTICA CRÍTICA**

BRASÍLIA – DF

2018

EDINALDA DE ARAÚJO MATIAS

REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA E ADOÇÃO INFANTIL NO BRASIL: UMA ANÁLISE DAS AÇÕES DO ESTADO NA PERSPECTIVA DA BIOÉTICA CRÍTICA

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Bioética pelo Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília.

Orientador: Prof. Dr. Cláudio Fortes Garcia Lorenzo

BRASÍLIA - DF

2018

FOLHA DE APROVAÇÃO

MATIAS, Edinalda de Araújo. REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA E ADOÇÃO INFANTIL NO BRASIL: UMA ANÁLISE DAS AÇÕES DO ESTADO NA PERSPECTIVA DA BIOÉTICA CRÍTICA. 2018. 138f.

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Bioética pelo Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília.

Dissertação apresentada em 28/05/2018

BANCA EXAMINADORA

Cláudio Lorenzo – Presidente
Universidade de Brasília

Éverton Luís Pereira
Universidade de Brasília

Wanderson Flor do Nascimento
Universidade de Brasília

Aline Albuquerque Sant'Anna de Oliveira
Universidade de Brasília

Aos meus pais Maria de Lourdes (Maria gordinha) e Gonçalo Francisco Matias (Seu Barriga), que, com toda a simplicidade, me ensinaram a valorizar o que realmente é importante em nossas vidas, a família. Aos meus irmãos, que me garantiram as bases para acreditar em meu potencial. Principalmente a minha irmã Ivanda Araújo Matias, que, por vezes, suportou minhas lamúrias e me ajudou nos momentos mais difíceis que nossa família viveu durante esses dois últimos anos.

Ao meu AVÔ Francisco Ângelo de Araújo que nos últimos dias de sua vida me ensinou o verdadeiro significado de família.

Ao meu companheiro e infindo amor, Eder Torres Tavares, seu amor, companheirismo e cuidado foram fundamentais nesta caminhada.

A vocês todo o meu respeito, orgulho e admiração!

Aos filhos sem pais e aos pais sem filhos.

Dedico esta dissertação...

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador professor Claudio Lorenzo por toda a sensibilidade humana, paciência que teve nos momentos difíceis da minha vida, o cuidado com o processo de aprendizado em que estive envolvida nesse último ano, pelo equilíbrio e coerência acadêmica, pela dedicação ao corrigir meus erros e escapes, pelo incentivo e apoio nos momentos de dificuldade. Minha gratidão e admiração eternas.

Agradeço ao meu companheiro Eder Torres Tavares pelo seu incentivo a minha caminhada acadêmica e por sua dedicação, cuidado e respeito com a nossa família. Sua atenção, calma e serenidade durante todos esses dias em que me ausentei, foram primordiais para a conclusão deste estudo.

Aos professores Wanderson Flor do Nascimento, Éverton Luís Pereira e Aline Albuquerque Sant'Anna de Oliveira por terem aceitado o convite para compor a minha banca, principalmente, por toda contribuição, cuidado e atenção que tiveram com o meu estudo.

Ao Prof. Volnei, que me acolheu no Programa de Mestrado e com quem sempre tive uma relação cordial e respeitosa.

Ao professor Natan Monsores de Sá, por todo incentivo e ensinamentos essenciais à conquista deste desafio. Em seu nome, agradeço a todo o corpo docente do PPGBioética pelos conhecimentos compartilhados.

À vida, por me aproximar de pessoas fantásticas. Aos meus guardiões espirituais que me proporcionaram força e serenidade suficientes para alcançar os objetivos almejados nesta caminhada tão cheia de altos e baixos.

A minha filha do coração Mel que durante todos os dias de estudo esteve ao meu lado, me dando força e carinho, às vezes me incentivando a levantar um pouco e lhe despendendo um pouco de atenção, outras de simplesmente se deitar em cima dos teclados e esfregar as suas patinhas em minhas mãos, como se falasse que tudo ao final ficaria bem. Meu amor eterno a minha bolinha de pelo.

Por fim, agradeço a todos que direta ou indiretamente me ajudaram nesta caminhada, e que por ventura aqui não foram mencionados, mas, que de alguma forma acreditaram em minha conquista e me ajudaram nessa gratificante jornada.

Definição de filho

“Filho é um ser que nos foi emprestado para um curso intensivo de como amar alguém além de nós mesmos, de como mudar nossos piores defeitos para darmos os melhores exemplos e de aprendermos a ter coragem. Isto mesmo! Ser pai ou mãe é o maior ato de coragem que alguém pode ter, porque é se expor a todo tipo de dor, principalmente da incerteza de estar agindo corretamente e do medo de perder algo tão amado.

*Perder? Como? Não é nosso, recordam-se?
Foi apenas um empréstimo”*

Autor desconhecido

RESUMO

A impossibilidade de ter filhos e de constituir uma família, desde os primórdios, foi, e ainda, é considerada como um problema social, relegando casais sem filhos à margem da sociedade. As discussões sobre os aspectos embutidos na sociedade contemporânea, a partir dos novos formatos familiares, bem como a amplitude de possibilidades que as tecnologias reprodutivas trazem, incluindo seus impactos sociais, econômicos e políticos, passaram a ser pouco difundidos, dando ênfase aos parâmetros técnicos e tecnológicos da Reprodução Assistida (RA). Portanto, são raras as discussões sobre os aspectos sociais abrangidos pelas novas formas de constituição familiar, bem como, dos seus impactos em sociedade. A atenção se concentra principalmente nas promissoras e revolucionárias formas para “solução” de todos os “problemas” enfrentados no campo procriativo. Tais discussões podem estar contaminadas por uma visão de “mercado da concepção”, com maior estímulo e acesso ao uso de tecnologias reprodutivas, subsumindo as demais formas de realização do projeto parental. Diante desta realidade vivenciada por muitas pessoas, entende-se necessário uma discussão sobre uma possível convergência entre RA e Adoção, com a função de possibilitar acesso igualitário e simétrico a todas as formas de realização do projeto parental no Brasil. Face a este panorama, a presente dissertação propõe a Bioética Crítica como fundamentação teórica capaz de refletir sobre os conflitos e as contradições morais enfrentados na sociedade atual. Este estudo foi estruturado em três capítulos. O primeiro contém a revisão da literatura sobre RA e adoção no mundo e no Brasil. O segundo expõe as bases teóricas e conceituais que fundamentam a Bioética Crítica. O terceiro capítulo discute e expõe a pertinência e aplicabilidade da Bioética Crítica para análise das normativas que versam sobre RA, adoção de crianças no Brasil e sintetiza as propostas teóricas e analíticas deste estudo, com a discussão de possíveis formas para promoção efetiva de condições justas e equânimes a todos que buscam a realização do projeto parental no Brasil.

Palavras-chave: Reprodução Assistida. Adoção. Formulação de Políticas, Projeto Parental. Bioética Crítica;

ABSTRACT

The impossibility of having children and of forming a family from the beginning was, and still is considered a social problem, relegating couples without children to the margins of society. Discussions on the aspects into contemporary society based on the new family formats, as well as the range of possibilities that assisted reproductive technologies bring, including their social, economic and political impacts, became less widespread, with emphasis on technical parameters and technological aspects of Assisted Reproduction (AR). Therefore, discussions about the social aspects covered by the new forms of family constitution, as well as their impacts on society, are rare. The attention is focused primarily on promising and revolutionary ways of "solving" all the "problems" faced in the procreative field. Such discussions may be contaminated by a view of the "conception market," with major stimulus and access to the use of reproductive technologies, subsuming other forms of parental project realization. In response to this reality experienced by many people, it is necessary to lead a discussion about a possible convergence between RA and Adoption of children to ensure equal and symmetrical access to all forms of realization of the parental project in Brazil. With this background, the present dissertation suggests *Crítica Bioética* as a theoretical basis capable of reflecting on the conflicts and moral contradictions faced in today's society. This study was structured in four chapters. The first one contains a literature review of AR and adoption in the world and Brazil. The second one exposes the theoretical and conceptual bases that underpin *Crítica Bioética*. The third chapter discusses and exposes the pertinence and applicability of *Crítica Bioética* for the analysis of the normatives that deal with AR, adoption of children in Brazil and summarizes the theoretical and analytical proposals of this study, with the discussion of possible forms of effective promotion of fair and equitable conditions for all who seek the realization of the parental project.

Keywords: Bioethics: Assisted reproduction. Adoption. Policy Formulation, Parental Project. *Crítica Bioética*

LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 1 - Óvulo maduro com espermatozoides.....</i>	<i>26</i>
<i>Figura 2 - Triagem genética pré-implantação de embriões: procedimento passo a passo.....</i>	<i>27</i>
<i>Figura 3 - Tesoura genética</i>	<i>28</i>
<i>Figura 4 - Número de ciclos iniciados e o número de centros.....</i>	<i>32</i>
<i>Figura 5 - Procedimentos de ART relatados ao RLA e acesso em 2014</i>	<i>34</i>
<i>Figura 6 - Número de ciclos iniciados e partos de recém-nascidos vivos por procedimento na América Latina.....</i>	<i>35</i>
<i>Figura 7 - Embriões congelados pelos BCTGS em 2017.....</i>	<i>43</i>
<i>Figura 8 – Gráfico de embriões congelados pelos BCTGS entre os anos de 2012 a 2017(ANVISA, 2018b).....</i>	<i>45</i>
<i>Figura 9 - Embriões transferidos em 2017</i>	<i>47</i>
<i>Figura 10 - Crianças cadastradas segundo os registros do CNA(ADOÇÃO, 2017) ..</i>	<i>66</i>
<i>Figura 11 - Crianças cadastradas com doenças segundo o CNA (ADOÇÃO, 2017)</i>	<i>67</i>
<i>Figura 12 - Crianças cadastradas por região segundo os registros do CNA (ADOÇÃO, 2017)</i>	<i>67</i>
<i>Figura 13 - Crianças por faixa etária segundo os registros do CNA (121)</i>	<i>69</i>
<i>Figura 14 Crianças por cor segundo os registros do CNA (ADOÇÃO, 2017).....</i>	<i>71</i>
<i>Figura 15 Relatório de dados dos pretendentes à Adoção, segundo CNA</i>	<i>73</i>

LISTA DE TABELAS

<i>Tabela 1 - Número de ciclos iniciados e o número de centros.....</i>	<i>32</i>
<i>Tabela 2 - Estudos referentes aos aspectos sociais e éticos em RA no Brasil.....</i>	<i>37</i>
<i>Tabela 3 - Marcos brasileiros em RA.....</i>	<i>41</i>
<i>Tabela 4 - Embriões congelados pelos BCTGS em 2017.....</i>	<i>44</i>
<i>Tabela 5 - Embriões congelados pelos BCTGS entre os anos de 2012 a 2017.....</i>	<i>45</i>
<i>Tabela 6 - Embriões transferidos em 2017.....</i>	<i>46</i>
<i>Tabela 7 - Distribuição orçamentária para procedimentos relacionados à RA.....</i>	<i>49</i>
<i>Tabela 8 Crianças cadastradas por região.....</i>	<i>68</i>
<i>Tabela 9 Total de crianças por idade.....</i>	<i>70</i>

LISTA DE QUADROS

<i>Quadro 1 - Situação normativa da RA e Adoção no Brasil e possibilidades de convergência futura.....</i>	<i>109</i>
--	------------

LISTA SIGLAS

ABJ	Associação Brasileira de Jurimetria
BBRH	Sociedade Brasileira de Reprodução Humana
BCTG	Bancos de células e tecidos germinativos
Cepra	Centro de Reprodução Humana
CFM	Conselho Federal de Medicina
CMR	Centros de Medicina Reprodutivas
CNA	Cadastro Nacional de Adoção
CRFB	Constituição da República Federativa do Brasil ()
CRISPR	Componente de edição do Genoma
DNA	Ácido desoxirribonucleico
Dubdh	Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos
E-SIC	Sistema eletrônico do serviço de informação ao cidadão
FIV	Fertilização <i>in vitro</i>
GT	Grupo de Trabalho
ICID 10	Classificação Internacional de Doenças
ICSI	Injeção intracitoplasmática de espermatozoides
IUI	Inseminação intrauterina (IUI)
Jbra	Jornal Brasileiro de RA
MS	Ministério da Saúde
NTR	Novas Tecnologias Reprodutivas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PGD	Diagnóstico Genético Pré-implantacional
PMA	Procriação Medicamente Assistida
PNDSR	Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos ()
RA	Reprodução Assistida
Redlara	Rede Latino-Americana de RA
RLA	Registro Latino-Americano de RA
SBE	Sociedade Brasileira de Esterilidade
Sbra	Sociedade Brasileira de RA
SisEmbrio	Sistema Nacional de Produção de Embriões
SUS	Sistema Único de Saúde
TRA	Técnicas de RA

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 1 - REVISÃO DA LITERATURA	20
1.1 INFERTILIDADE HUMANA, CONSEQUÊNCIAS, PERSPECTIVAS	20
1.1.1 Reprodução humana assistida: panorama global e nacional	23
1.1.2 Reprodução Assistida: aspectos técnicos relevantes	25
1.1.3 Reprodução Assistida na América Latina e Brasil.	31
1.1.4 Questões morais em torno da RA e panorama das discussões bioéticas.	52
1.2 ADOÇÃO PANORAMA HISTÓRICO, CENÁRIO MUNDIAL E PERSPECTIVAS	60
1.2.1 Adoção no Brasil, atualidades, perspectivas e considerações éticas	65
CAPÍTULO 2 - REFERENCIAL TEÓRICO	78
2.1 A PERSPECTIVA LATINO-AMERICANA DE BIOÉTICA E SUAS PROPOSTAS CONTRA- HEGEMÔNICAS.	78
2.2 A Bioética Crítica	81
CAPÍTULO 3 - AS POSSIBILIDADES DE REALIZAÇÃO DO PROJETO PARENTAL NO BRASIL SOB A PERSPECTIVA DA BIOÉTICA CRÍTICA.	89
3.1 ARCABOUÇO NORMATIVO BRASILEIRO VOLTADOS AO PROJETO PARENTAL	90
3.1.1 Panorama normativo sobre planejamento reprodutivo no Brasil	90
3.1.2 Panorama normativo sobre Reprodução Humana Assistida no Brasil	93
3.1.3 Instituto da Adoção	99
3.2 BIOÉTICA CRÍTICA COMO MEIO ANALÍTICO E PROPOSITIVO AO PROJETO PARENTAL NO BRASIL	104
3.3 CONVERGÊNCIAS POSSÍVEIS	108
CONSIDERAÇÕES FINAIS	112
REFERÊNCIAS	114
ANEXOS	131

INTRODUÇÃO

As novas tecnologias reprodutivas fornecem abundante conteúdo de análise sobre as atuais significações da natureza, do humano, da biologia, e tantas outras combinações estabelecidas na sociedade contemporânea. Trata-se de um campo de estudo rico em diversificados artefatos, sejam eles tecnológicos, medicamentosos, sociais e até mesmo jurídicos. Traz, ainda, consigo uma necessidade latente de inovação, reinvenção e reintegração transdisciplinar da visão de relacionamento, parentesco e comportamento do ente familiar.

As tecnologias reprodutivas, ao trazer consigo probabilidades e perspectivas de desenvolvimento científico e tecnológico diretamente ligadas ao início da existência humana, originam debates conceituais e teóricos entre diversos ramos das ciências sociais. No entanto, as discussões sobre os aspectos introduzidos na sociedade contemporânea, a partir dos novos formatos familiares e a amplitude de possibilidades que as tecnologias reprodutivas trazem, bem como dos seus impactos, passaram a ser pouco difundidas dando maior ênfase aos parâmetros técnicos e tecnológicos sobre o campo. Não são comuns nos campos da bioética, na medicina, no direito, discussões sobre os aspectos sociais abrangidos pelas novas formas de constituição familiar, bem como dos seus impactos.

Como exemplo, cite-se a ausência de reflexões sobre o uso da forma desvinculada de filiação. Trata-se de uma das diversas possibilidades trazidas pela Reprodução Assistida (RA) para formação do parentesco, na qual um homem e uma mulher podem ter um filho, independentemente de vínculos. Neste formato de filiação, as pessoas optam por ter filhos sem qualquer tipo de vínculo afetivo, amoroso ou jurídico entre os pais. O vínculo é exclusivamente o de criação da criança, utilizando-se de um “contrato” simples, firmado por ambas as partes. Fala-se, então, de pessoas que escolheram uma construção familiar fora dos “padrões” impostos pela sociedade contemporânea, ao formular uma nova espécie de família de pais solteiros e filhos entre amigos.

Este fenômeno pode problematizar as concepções e valores sobre o significado dos filhos, de parentesco, de parentalidade, de ente familiar, por exemplo, desarticulando-os como “produtos” de uma relação, que é novo e pouco debatido no campo bioético, e abre espaço para explorar os limites dos condicionantes biológicos. De certa forma, estas transformações sociais causam impactos às gerações,

formando novos conceitos e principalmente transformando as relações de parentesco e parentalidade e sociedade no mundo e no Brasil.

O ente familiar, no Brasil, está sob a proteção da Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB) e dos Direitos Humanos e se constitui em três eixos principais: a família plural, a igualdade no enfoque jurídico da filiação e a consagração do princípio da igualdade entre homens e mulheres. Em consequência desta tríade, as características da família atual se desvincularam do precedente biológico, sustentando-se nas conexões psicológicas, no afeto mútuo e nas relações de convivência familiar, fortalecendo os laços das relações entre pessoas e, conseqüentemente, enfraquecendo a obrigatoriedade de ligação consanguínea ou de hereditariedade genética em relação à parentalidade (1,2).

Em decorrência desta nova realidade, as famílias passam a ser constituídas a partir dos laços criados pela coabitação, intenção de constituir um núcleo familiar, de proteção, de solidariedade e de interdependência econômica, acompanhados de um projeto de vida em comum, que, neste estudo, será denominado de projeto parental.

Tal projeto emerge da forma com que as famílias se constituem e mantêm tal convivência, inclusive respeitando variações de gênero, desvinculando-se de questões religiosas, valorativas e culturais (3). Logo, partindo da premissa de que tais questões não são situadas como núcleo valorativo do projeto parental e de que passaram a ocupar tal lugar, os desejos de coabitação e reconhecimento mútuo, uma conceituação específica para família não é possível, tendo em vista que tal ente acompanhou os movimentos constituídos nas relações sociais ao longo dos tempos, e que, atualmente, é estruturada por diversos modelos familiares com base nas relações atuais e os vínculos de convivência, afeto, estrutura social, dentre tantos outros que delas resultam (3).

O desejo de constituir uma família, de ter filhos desde os primórdios, faz parte do projeto de vida de muitas pessoas. A impossibilidade de realização deste desejo foi considerada, por muito tempo, como um problema social, relegando casais sem filhos à margem da sociedade (4).

As conseqüências da infertilidade podem alcançar tanto homens quanto mulheres, em proporções distintas, pois cada um produz sua própria vivência em decorrência do seu tratamento e das dificuldades enfrentadas, podendo ou não estar associadas a anomalias do sistema reprodutor masculino ou feminino. Há casos também de infertilidade por escolha - trata-se da esterilidade voluntária, adquirida por

procedimentos médicos como ligadura tubária ou vasectomia. Há, ainda, de se considerar como causa de infertilidade/esterilidade o “desenvolvimento socioeconômico e a melhoria nos cuidados de saúde que resultam no envelhecimento da população e favorecem o adiamento da decisão de constituir família” (p.11)(5). Cousineau e Domar (2007) afirmaram que a infertilidade mundial alcançaria dimensões epidêmicas, relacionando-a, dentre outros fatores, à tendência dos casais em adiar a geração de prole em função dos avanços globais relacionados com a ciência, tecnologia e economia mundial, o que é mais comum em países centrais, sem falar que em países subdesenvolvidos o problema pode estar também associado ao descontrole da natalidade (6).

Na ocorrência de falhas no tratamento, não é incomum que pacientes relatem sintomas de depressão, ansiedade, raiva e até mesmo de isolamento, que persistem durante longos períodos de tempo (7,8). Há ainda a sensação de falta de acolhimento dos profissionais de saúde, mais especificamente, em relação à privação de informações claras e de prazos definidos. Tais fragilidades podem estar relacionadas à falta de políticas de atenção e cuidado com o estado emocional dos interessados, seja em tratamentos voltados à RA ou ao processo adotivo, além da ausência de diálogos francos entre os profissionais saúde e da justiça com as pessoas, em ambos os campos (8).

Embarca-se nesta caminhada, independente do caminho escolhido, com toda uma bagagem de sentimentos pré-concebidos e, quando as perspectivas esperadas não são alcançadas, os sentimentos de frustração e angústia costumam ser frequentes (9).

Este cenário de incertezas, dúvidas e esperanças é vivenciado por milhares de pessoas que enfrentam dificuldades em uma concepção biológica, e ocorre tanto nos tratamentos de infertilidade e RA, quanto nos processos adotivos.

Os tratamentos relacionados à RA, quando oferecidos pela rede pública de saúde do Brasil, chegam a ter uma fila de espera de aproximadamente cinco anos para o seu início, sem garantias de que serão realmente efetivos ou que, ao final, terão o resultado gravidez (9). Quando a busca é subsidiada por recursos próprios dos envolvidos, de forma privada, esta demora se prolonga apenas em relação quantidade de tentativas e dos procedimentos médicos no campo.

No processo de adoção não é diferente e a semelhança no quesito espera é quase que idêntica, tornando-se comum uma espera acentuada para concretização

de uma adoção. Os recursos escassos e limitados do sistema de adoção ainda são os principais entraves tais como a idade e a cor das crianças ao processo de adoção no Brasil, cuja demora, muitas vezes, resulta nos chamados “filhos de abrigo”, ou seja, crianças que acabam passando a infância inteira em Unidades de Acolhimento. Segundo o relatório da Associação Brasileira de Jurimetria (ABJ), em 2013, os índices de maior incidência relacionada à habilitação para adoção com menor tempo estão entre as regiões Nordeste e Sudeste. Em contrapartida, nos eixos Centro-Oeste e Sul, tais índices são bem maiores, podendo atingir tempo médio maior do que dois anos, apenas para habilitação no sistema (10).

Apesar de ter sido sancionada, recentemente, a Lei nº 13.509/17, que implementa prazos para o estágio de convivência e finalização do processo de adoção, não há certeza de que tais prazos serão efetivamente cumpridos. A nova legislação levantou pontos que dividem opiniões dos especialistas da área, que afirmam não ser possível manter a efetiva execução de tal Lei por falta de estrutura das varas de infância do país (11).

Ter acesso aos métodos, informações e técnicas disponíveis à fecundidade humana é garantia assegurada pela CRFB. Além disso, os programas relacionados ao planejamento familiar (conjunto de ações que auxiliam homens e mulheres a planejarem a chegada dos filhos) são de competência do Ministério da Saúde (MS), que, por meio do SUS, devem atuar na prevenção, educação e garantia do acesso igualitário aos métodos, às informações e técnicas disponíveis à fecundidade humana, englobando tantas ações voltadas à fecundidade natural quanto à infertilidade (12,13).

No âmbito da infertilidade, natural ou não, o Estado atua na garantia do acesso aos meios biotecnológicos atuais para a assistência à reprodução humana, através de seus programas (12,13).

Já os programas relacionados à adoção são de competência das varas de infância do país, ou seja, privativa do instituto jurídico da adoção, que, ao final, seguirá o mesmo objetivo percorrido pelo SUS - assegurar o bem-estar e a saúde de homens, mulheres e crianças. Diferencia-se no aspecto de segurança e bem-estar da criança, que evidencia a garantia fundamental de convivência familiar, saúde, educação, entre outros previstos no texto constitucional, tendo em vista que se trata de pessoa constituída, detentora de direitos e deveres em sociedade.

Entende-se que a realização do projeto parental pode se dar tanto pela RA quanto pela Adoção, nada impede que ambas ocorram em convergência, sob a

supervisão das diretrizes relacionadas ao planejamento familiar. Assim, são mantidos os direitos relativos ao pai e à mãe, parente e parentalidade, ou seja, do exercício cotidiano do papel parental junto de uma criança, tal como o carinho, cuidado, educação entre tantos outros no ente familiar.

O Estado, além de garantir acesso às técnicas de reprodução humana assistida no âmbito do SUS, deve assegurar meios educativos que proporcionem a organização do projeto parental – o planejamento familiar. Tal garantia não deveria ser limítrofe ao campo da procriação, precisando de atualização e direcionamento de suas premissas em direção a todas as formas possíveis de composição familiar e acompanhando as atualizações biotecnocientíficas e sociais.

As formas de constituição do projeto parental em caso de infertilidade humana seguem basicamente dois caminhos - ou buscam-se os tratamentos da infertilidade humana englobando as técnicas de RA, ou busca-se o instituto jurídico da adoção de crianças.

No entanto, pode não ser um processo fácil e rápido com garantias e certezas. Em vez disto, pode se transformar em uma jornada de momentos de expectativas, inconstâncias, ansiedade, desconhecimento, desencontros, frustrações que, ao final, pode ou não resultar no esperado. Tais expectativas, enquanto se aguarda um tratamento para a infertilidade, perpassam entre os sentimentos de esperança e fracasso, em decorrência das incertezas vis-à-vis dos tratamentos (9).

Ante o cenário exposto, o presente estudo visa compreender em que medida as normativas que disciplinam as práticas de RA e de adoção favorecem a escolha autônoma e o acesso simétrico em ambas as opções de realização do projeto parental, para todos os sujeitos envolvidos nesse processo.

Torna-se importante avaliar em que medida existe uma convergência entre as ações do Estado para garantir acesso às tecnologias de reprodução com os processos de incentivo e agilização dos procedimentos adotivos, pois acredita-se que tal situação exista por estar influenciada por diversos fatores externos e alheios a vontade da realização de um projeto parental, dentre elas queremos destacar o que chamaremos de mercado da concepção e das inovações biotecnológicas no campo procriativo, inclusive no momento de acesso as informações sobre os tratamentos para a infertilidade humana.

A discussão deste estudo será subsidiada pelos referenciais da Bioética Crítica considerada sob o enfoque do estudo a fundamentação teórica capaz de analisar os

conflitos e as contradições morais enfrentadas na sociedade atual sobre o tema RA e Adoção, tendo em vista sua visão fundamentada no âmbito social, desenvolvido desde a escola de Frankfurt, sua abrangência e as incorporações dos estudos da colonialidade, da atenção a proteção dos vulneráveis e a intervenção em busca de análises propositiva e que incorpore, em todos os sentidos, a visão utilizada na América Latina para reflexões dos problemas sociais existentes em países do Sul (14,15).

A escolha se deu em consideração à diversidade cultural dos países do Sul - em especial, às vivências e experiências do Brasil -, dentro das práticas do projeto parental, ou como denominam as políticas públicas atuais do País voltadas ao planejamento familiar. Entende-se existir uma espécie velada de cerceamento e alienação dos direitos a todas as formas de constituição do projeto parental para a formação do ente familiar, além de estarem em desacordo com o princípio bioético da justiça equitativa.

Assim, a presente dissertação se estrutura em três capítulos: o primeiro capítulo realiza uma revisão da literatura sobre a infertilidade humana, suas consequências e perspectivas e, consecutivamente, aborda os aspectos resultantes de sua existência. Neste capítulo, será apresentado um panorama global e nacional das principais evoluções no campo da RA, passando pelas tendências e perspectivas na América Latina, de forma ampla, para, ao final, fazer uma análise sob o ponto de vista bioético das questões morais em torno da RA. Da mesma forma, é apresentado dentro deste capítulo um panorama do cenário mundial sobre adoção, englobando, inclusive, as características éticas acerca do tema.

O segundo capítulo apresenta o referencial teórico utilizado na construção de um pensamento crítico voltado aos problemas sociais, das responsabilidades do Estado e do justo acesso aos benefícios das biotecnologias empregadas em saúde, enfrentados tanto pela RA quanto pela Adoção no Brasil. Dentro desta visão, toma-se como referencial teórico a Bioética Crítica de Lorenzo (15) e Cunha (16).

Por fim, no terceiro capítulo será aplicado o referencial ao problema desta dissertação, onde serão apresentadas as reflexões realizadas sobre as normativas de RA e Adoção que influenciam o projeto parental sob a ótica da Bioética Crítica e a proposição de uma possível convergência entre os campos da RA e Adoção no Brasil.

Este estudo é inovador, ao apontar as vias que podem promover o efetivo exercício da autonomia dos partícipes dos processos de RA e Adoção, além de

permitir uma reflexão sobre a possibilidade de escolhas simétricas no âmbito dos programas assistências direcionados ao projeto parental. Passando a pensar tanto nos direitos dos pais à composição familiar, quanto nos de um adotando de fazer parte de um ente familiar. Tal estudo promoverá uma análise reflexiva sobre o tema RA e Adoção em busca de uma proposição sobre o efetivo exercício da autonomia. E poderá, quiçá, ser utilizada em novos programas e novas normativas do Estado direcionados ao projeto parental.

Assim, ao final, são lançadas algumas considerações sobre o tema, por considerá-lo complexo e merecedor de uma atenção maior e mais aprofundada, que certamente será objeto de reflexões bioéticas futuras.

CAPÍTULO 1 - REVISÃO DA LITERATURA

1.1 INFERTILIDADE HUMANA, CONSEQUÊNCIAS, PERSPECTIVAS

A infertilidade foi definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um transtorno do sistema reprodutivo, reconhecida pela falta de uma gravidez clínica após 12 meses ou mais de relações sexuais regulares não protegidas. Suas causas podem estar em diversas origens, que, segundo dados da OMS, afetam aproximadamente 80 milhões de pessoas. Estes mesmos dados indicam que de 8% a 15% dos indivíduos em idade reprodutiva – entre 15 e 49 anos – possuem algum tipo de problema relacionado à fertilidade (17–20). Em 2003, a OMS apontou que em todo o mundo, aproximadamente, um em cada dez casais sofriam de infertilidade, mesmo considerando a variação das taxas de incidência conforme as regiões (21,22).

Diante de tais dados epidemiológicos, a Classificação Internacional de Doenças (CID 10) reconheceu a infertilidade como uma incapacidade temporária ou permanente de conceber, classificando-a como a quinta mais alta incapacidade global entre as populações com idade menor que 60 anos. Portanto, trata-se de um transtorno relacionado com anormalidades no sistema reprodutor masculino ou feminino e quando ocorre, após um ano de tentativas de gestação sem sucesso, tais pessoas devem procurar assistência médica para uma avaliação adequada.

Obviamente, existem situações nas quais o tempo entre as tentativas, sem sucesso, de engravidar e a procura por ajuda especializada deve ser menor – ao redor de seis meses. Alguns exemplos são: disfunções da ovulação; menstruações irregulares; mulher com idade acima de 35 anos; suspeita de alteração na saúde reprodutiva, tais como doenças das tubas de falópio, doenças congênitas, infecção pélvica, diagnóstico de endometriose; suspeita de gestação ectópica anterior; em casos de laqueadura tubária, para citar alguns. Em homens, as causas mais comuns são a varicocele, infecções no trato genital e causas congênitas, facilmente diagnosticados por exames médicos (23–26).

A literatura atual classifica como causas comuns de infertilidade humana os fatores relacionados a idade, frequência e técnica do coito, uso de lubrificantes, doenças sexualmente transmissíveis, exposição a produtos tóxicos ambientais ou a certos medicamentos, além da coexistência com outras doenças. É relatado, ainda, que cerca de 30% dos casos de infertilidade estão ligados a disfunções masculinas,

30% são de disfunções femininas, 30% são de causas feminina e masculina conjuntamente e em apenas 10% dos casos as causas são indeterminadas, o que torna a condição de infertilidade ainda mais crítica (22,27–29).

Em relação, especificamente, a casais, pesquisas de campo consideram que até 30% deles, em idade fértil, podem enfrentar alguma espécie de dificuldade para conceber e obter o resultado gravidez. Esta incidência relaciona-se com fatores externos tais como idade, forma de vida, acesso as tecnologias e inovações científicas, por exemplo (22,27–29), e condiciona a infertilidade como um fenômeno, obrigatoriamente, ligado a saúde pública, pois mesmo considerando as taxas de incidência conforme as regiões e localidades populacionais, uma entre dez pessoas sofre ou sofrerá os efeitos deste transtorno. Tais impactos podem alcançar tanto homens quanto mulheres em proporções distintas, pois cada um vivencia à sua maneira as dificuldades e tratamentos decorrentes desse problema, bem como suas consequências emocionais e sociais (23–25).

A infertilidade pode ser a causa de interrupção de um projeto de vida tanto pessoal quanto de um casal, pois, em alguns casos, ter um filho é essencial, que, ao não ser conseguido, pode gerar conflitos, até mesmo, existenciais, em graus diversos (6–8,30). Tal situação pode ser um indicador das motivações ao crescente uso e busca dos meios biotecnológicos como forma de solução eficaz aos impactos e consequências sociais da infertilidade.

Em um estudo com 148 pacientes submetidos aos tratamentos de RA, houve relatos de casos de ansiedade, depressão, transtornos da personalidade e, ainda, que os problemas de fertilidade ocasionaram alguma espécie de enfrentamento no relacionamento conjugal (27,31). Cerca de 66% das mulheres e 40% dos homens relataram sintomas de depressão após o tratamento por FIV com falha e um terço destes casos relatou sintomas depressivos 18 meses após a realização dos tratamentos.

Os relatos de sofrimento, descontentamento e angústia em todos os momentos do tratamento tornam-se comuns, repercutindo negativamente no bem-estar e saúde dos indivíduos que deles necessitam e, conseqüentemente, evoluem às consequências emocionais e sociais como: sentimento de perda; frustrações; sentimento de falha e fracasso; ansiedade; exclusão social; descontentamento. Há ainda relatos sobre uma percepção relacionada a possível falta de atenção dos profissionais que realizam tanto os preparos quanto os tratamentos de RA, mais

especificamente, em relação a privação de informações claras e de prazos definidos (7).

Esses dados sugerem que a realidade atual de quem necessita dos tratamentos de RA não está apenas relacionada aos aspectos fisiológicos, mas também aos aspectos emocionais e psicossociais, que devem ser também verificados quando da verificação de infertilidade humana. Da mesma forma, impactos sociais da infertilidade devem ser objeto de preocupações de todos os envolvidos no processo de realização do projeto parental. Há uma necessidade evidente que não recebe a preocupação devida em relação à estrutura e preparação emocional do paciente antes, durante e após a submissão aos tratamentos de infertilidade humana. Tais aspectos devem ser objeto de monitoramento contínuo, mesmo após diversas intervenções e tratamentos (27).

Os impactos psicossociais da infertilidade afetam todos que de alguma forma estão envolvidos no processo de construção da parentalidade biológica em um grau mais ou menos moderado, com ou sem intervenção da biotecnociência. Tais impactos e fragilidades podem relacionar-se com a ausência de diálogos francos entre os profissionais de saúde e os indivíduos que vivenciam a infertilidade. Cabe ressaltar também que a falta de políticas públicas claras e orientadoras voltadas à atenção e ao cuidado da condição emocional destas pessoas dificulta o processo de construção de uma relação médico/paciente fidedigna e confiável, deixando tanto os profissionais de saúde quanto os pacientes inseguros (8).

Tal preocupação deve ser abarcada pelas políticas públicas, tendo em vista que, com o surgimento de novos elementos científicos e tecnológicos no mundo, que possibilitaram e ainda possibilitam significativas mudanças na evolução da RA, a infertilidade humana passou a ser vista mais como objeto de estudo do que uma condição social, afastando-a completamente do seu status e papel real. Em outras palavras, a infertilidade passa a ser considerada uma espécie de “doença” a ser tratada e não um transtorno relacionado com diversos fatores fisiológicos, culturais, econômicos e sociais (32).

A infertilidade pode ser, também, um infortúnio constatado por diversos fatores interligados, que podem ou não estar associados a doenças ou a fatores externos como a tardia procura pela maternidade.

Os avanços biotecnológicos proporcionados pela RA sedimentaram uma abordagem do enfrentamento das dificuldades ocasionadas pela infertilidade humana

pela via biomédica apenas, afastando-se completamente da via social que está enraizada no contexto de constituição do ente familiar, deixando de oferecer opções às pessoas que vivenciam o percurso com os tratamentos de reprodução humana assistida, e até mesmo quando tais tratamentos falharam por mais de uma vez.

1.1.1 Reprodução humana assistida: panorama global e nacional

Cerca de 72,4 milhões de casais se beneficiariam de algum tipo de intervenção biotecnológica relacionada aos tratamentos de reprodução humana assistida para alcançar a maternidade genética ou consanguínea. A proporção de casais inférteis que buscavam cuidados médicos para infertilidade oscila entre 42% e 76,3% em países centrais e de 27% para 74,1% em países periféricos (6). Portanto, trata-se de um componente crítico da saúde reprodutiva quando homens e mulheres buscam-na. Em países centrais, a busca pelos tratamentos biotecnológicos é maior que em países periféricos e cerca de 56,1% dos casos de tratamentos da infertilidade estão e serão desenvolvidos por países centrais. Esta estimativa é pouco menor em países periféricos, ficando com uma média aproximada de 51,2% dos casos que utilizaram de algum tipo de biotecnologia em busca do resultado gravidez (27).

A primeira “inseminação intrauterina foi realizada em 1779, quando um italiano chamado Lázaro Spalanzani colheu o sêmen de um cachorro e o aplicou em uma cadela em cio, a qual pariu três filhotes” (p.33)(33). Ao final do século XVIII, Hunter, um médico inglês, alcançou os primeiros resultados em seres humanos (33).

Em 1960, os cientistas trabalhavam com animais de laboratório em vários procedimentos, que perpassavam pela coleta de espermatozoide e óvulos, pela fertilização *in vitro*, pela cultura do embrião e pela conseqüente transferência do embrião à mãe genética ou substituta. Com os resultados promissores destes testes, neste mesmo período, os clínicos decidiram investir em pesquisas no campo de infertilidade humana, em busca de novos métodos que solucionassem tal problema. Ao mesmo tempo, uma crescente dificuldade de adoção de bebês ou de crianças em muitos países do Ocidente foi relatada, o que levou os pesquisadores a manterem os laboratórios de pesquisas voltados à saúde humana. Tal fato se deu pela preconização dos direitos de escolha das mulheres à maternidade, com o apoio das causas relacionadas às leis de aborto e à emancipação feminina, além de guardar

relação com o reconhecimento dos especialistas do campo das limitações existentes em cirurgias reparadoras de tubas uterinas danificadas ou fechadas (33–35).

Assim, na década de 1970 nasceu, na Inglaterra, Louise Brown, o primeiro bebê de proveta no mundo, tornando-se um marco na evolução dos estudos biotecnocientíficos no campo da saúde reprodutiva. Em seguida, ocorreu uma rápida disseminação da técnica de injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI) pelo mundo, em meados de 1992, intensificando ainda mais as atividades em torno da reprodução humana. O tema passou a ser o aspecto mais estudado, e até a atualidade é aparentemente uma área ilimitada de estudos.

A partir desse momento, os tratamentos voltados para infertilidade humana alcançaram patamares antes inimagináveis. Uma escala evolutiva de categorias ou nomenclaturas foi presumida ao formato de biotecnologias empregadas no campo da procriação humana. Inicialmente, as tecnologias eram conhecidas como Procriação Medicamente Assistida (PMA), que não se sustentou por muito tempo, sendo sua utilização descontinuada por volta de 2002, desvinculando-se dos métodos aplicados à promoção da assistência à fecundidade.

Esta ocorrência foi uma conquista que possibilitou a ampliação dos serviços de reprodução humana assistida para além de uma condição de cura da infertilidade humana, atendendo também demandas sociais de inclusão para todas as composições familiares, sejam elas monoparentais, homoparentais, e outras, abrangidas pelo conceito social de família (36). Assim, passa-se a utilizar a categoria denominada de Novas Tecnologias Reprodutivas ou de Técnicas de Reprodução Assistida (TRA) e o uso da expressão sucinta e predominante atualmente de Reprodução Assistida (RA) (37,38).

Neste estudo, utilizaremos a forma reduzida e atualmente mais aplicada, denominada de RA, devido a sua abrangência. Entende-se que a abordagem deste conceito facilitará o entendimento da naturalização tecnocientífica aplicada tanto pelo Estado quanto pela sociedade brasileira, bem como, das motivações e interesses que envolvem o processo de produção científica despreocupada e distanciada da realidade social brasileira e de outras formas possíveis à realização do projeto parental.

1.1.2 Reprodução Assistida: aspectos técnicos relevantes

Uma breve descrição sobre as técnicas voltadas ao campo procriativo justifica-se a fim de clarificar elementos importantes para as reflexões bioéticas que serão, posteriormente, desenvolvidas na presente dissertação.

A RA pode ser conceituada como o conjunto de técnicas que “substituem o ato da relação sexual na reprodução humana”(39)(p.11) ou como o um “agrupamento de diferentes procedimentos que convergem em um modelo de reprodução, que não se orientam sob limites biológicos, sendo capaz de realizar a fecundação e inseminação de um embrião” (p.4)(37). Possui o “papel de auxiliar na resolução dos problemas de reprodução humana, facilitando o processo de procriação”(p.3)(38). E, é reconhecida e utilizada mundialmente tanto por países centrais quanto por periféricos.

Tais auxílios são compostos por especificidades biotecnológicas, das quais destacam-se as técnicas de inseminação artificial homologa, que é realizada pela transferência do sêmen ao útero, com auxílio de um médico; a inseminação artificial heteróloga, conhecida também por inseminação artificial com doador (IAD), que ocorre quando há a necessidade do recebimento de doação de material reprodutivo, podendo ser de óvulos, espermatozoides, embriões e até mesmo de útero; e a fertilização *in vitro* (FIV), feitos normalmente em recipientes de vidro. Com a técnica *in vitro*, a evolução se deu com a fecundação e formação de um embrião num ambiente externo ao corpo da mulher.

Todas as técnicas estão envolvidas, de alguma forma, com o contexto da realização do desejo da maternidade genética ou consanguínea e guardam consigo ainda, muitas incertezas, dúvidas e, conseqüentemente, são objeto de estudos por diversos pesquisadores que buscam inovações que viabilizem maior eficiência à realização do projeto parental (39).

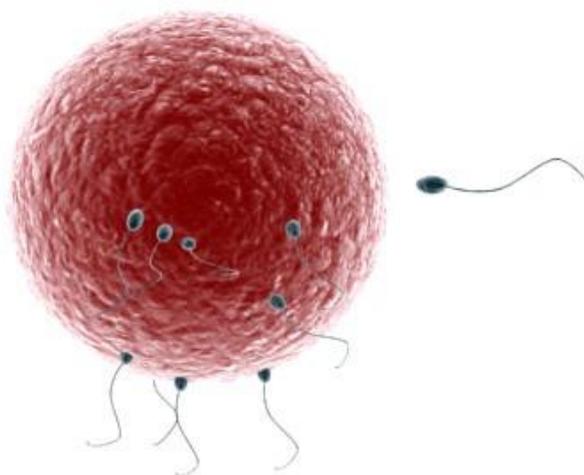
Existem várias técnicas que possibilitam tanto a preservação da fertilidade biológica quanto facilitam a fertilização e transferência de embriões ao ventre materno (28,40). Dentre elas, destacam-se as mais conhecidas e utilizadas - transplante de tecido ovárico e a transposição ovárica, criopreservação ovócitos e tecido ovárico, punção de testículo/epidídimo, congelamento de sêmen, congelamento de embrião. Há também a possibilidade de doação anônima de óvulos e sêmen, por exemplo. As intervenções extrauterinas e laboratoriais mais utilizadas são a inseminação

intrauterina (IIU), fertilização in vitro (FIV), e o Diagnóstico Genético Pré-implantacional (PGD) (41).

A IIU consiste em realizar a introdução artificial de espermatozoides no colón do útero feminino com auxílio de um cateter. É a técnica mais simples realizada na atualidade, com índice de sucesso, segundo o centro de reprodução humana (CEPRA), em Brasília, de 15 a 20% (42).

O processo de fertilização realizada na RA pode se dar por duas formas principais, a fertilização homóloga ou a heteróloga. A homóloga é aquela em que é utilizado somente o material biológico dos pais conhecidos, ou seja, não há doação de espermatozoide, óvulo ou embrião por terceiros e a fecundação se dá com o sêmen originário do homem e ovulo da mulher que desejam a gestação.

Figura 1 - Óvulo maduro com espermatozoides



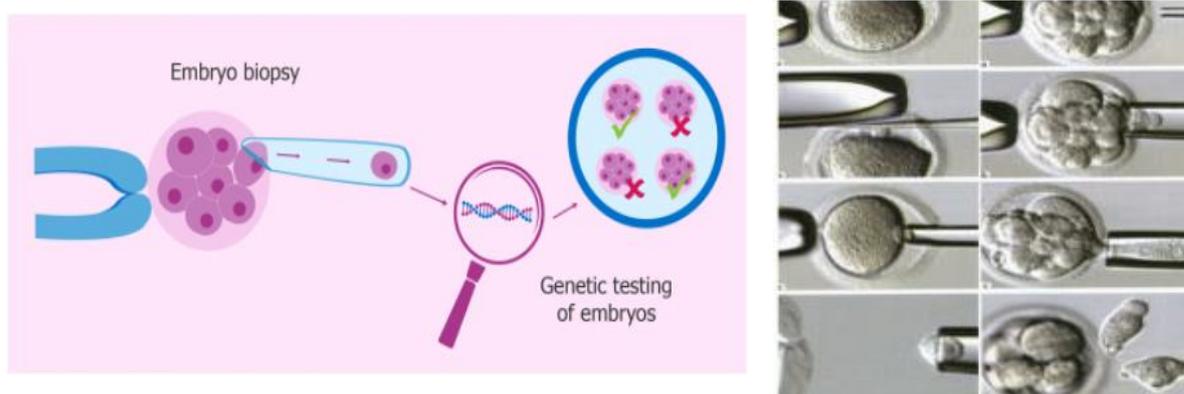
Fonte: <https://www.pinterest.co.uk/pin/306737424591042818/?autologin=true>

Já a fecundação heteróloga ocorre quando há doação de material biológico por um terceiro ou doação de embrião por casal que possuem os direitos de anonimato e sigilo garantidos (43). A doação poderá ocorrer de forma unilateral com material genético de um doador apenas ou bilateral com material genético de dois doadores ou de um embrião já fecundado (44).

Existe também a possibilidade de realizar o “mix de espermatozoides” ou “mix de óvulos” na reprodução humana heteróloga, desde que exista consentimento de todos envolvidos no processo. Esta situação ocorre quando um paciente não possui material biológico de “qualidade” e quantidade suficientes para viabilizar as chances de sucesso na reprodução homóloga. Assim, há uma mistura do material genético do paciente com o de outro considerado mais saudável e, neste caso, não se dará importância a qual material biológico que efetivamente gerou o filho (44).

A técnica de Diagnóstico Genético Pré-implantacional (PGD, sigla em inglês para *Pre-implantation Genetic Diagnosis*) possibilita o diagnóstico genético dos embriões. É considerada uma biotecnologia estratégica, pelo seu potencial transformador que, com o passar dos anos, foi conquistando seu espaço. Hoje, é uma realidade proporcionada por diversas clínicas, sejam elas públicas ou privadas, possibilitando a verificação dos embriões mais viáveis à sobrevivência após a implantação no útero, além de diagnosticar possíveis anomalias genéticas e alterações cromossômicas que incorram futuramente em doenças (45,46).

Figura 2 - Triagem genética pré-implantação de embriões: procedimento passo a



passo.

Fonte: River T. Preimplantation Genetic Diagnosis (PGD). Reproductive Science Center of New Jersey (46).

O PGD consiste na retirada de células do embrião recém-formado (com oito a 16 células), para a realização de exames que possam ser capazes de diagnosticar patologias genéticas hereditárias. Possui a finalidade primeira de diagnóstico genético de possíveis mutações que possam comprometer a saúde do embrião e, após a implantação, de garantia do nascimento com vida sem patologias crônicas (47)(46).

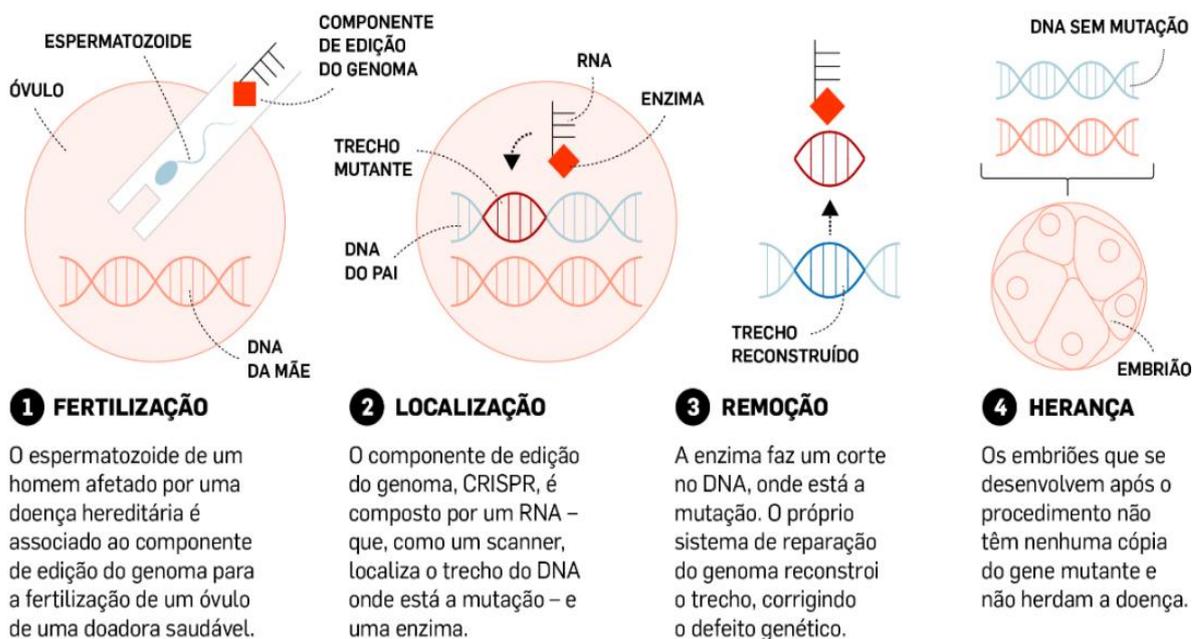
É, neste momento, que são separados os embriões viáveis que serão implantados no ventre materno e os que não “atenderam à preferência” e apresentaram traços genéticos indesejáveis, ou mesmo, genes considerados defeituosos ou anomalias pré-estabelecidas e que não serão transferidos ao útero materno”(p.52) (48) por serem considerados inviáveis. (45,46,48)

Com a técnica de PGD, pesquisadores da Universidade de Saúde e Ciências do Oregon relataram a possibilidade de realizar correções dos “defeitos” ou “mutações genéticas”, definindo-as como edição do embrião humano, ou tesoura genética. Trata-se de inovação científica de realizar, no sentido literal da palavra, um recorte do embrião humano que possui alguma espécie de mutação genética em busca de uma “possível” correção direcionada na linha germinal (46)(49)(50).

Figura 3 - Tesoura genética

TESOURA GENÉTICA

● Cientistas americanos editaram genoma de embrião humano para evitar doença hereditária



Fonte: <http://ciencia.estadao.com.br/noticias/geral,cientistas-conseguem-editar-genoma-de-embriao-humano-para-evitar-doenca-hereditaria,70001921113> (51).

O estudo relata que a técnica se utilizou basicamente de três elementos: uma molécula direcionadora para transportar o componente CRISPR (uma espécie de tesoura molecular que efetua o corte do gene alvo); um gene saudável que deve

substituir o gene cortado desfazendo o DNA alvo e os pontos de dupla hélice para uma substituição da mutação editada. A partir de então, a técnica de PGD não seria utilizada apenas para o diagnóstico de possíveis anomalias, mas para realizar uma ‘correção’ de mutações genéticas (46)(49)(52)(53)(50).

Com a publicação do estudo as críticas sobre o uso das técnicas com PGD retomaram assento nas discussões morais em torno da vida humana uso de tecnologias e principalmente, relacionadas ao retorno das práticas da eugenia e proteção das gerações futuras. As maiores preocupações estão elencadas no rol aberto de possibilidades que a utilização da edição de genoma humano pode oferecer aos que pretendem uma maternidade genética ou consanguínea e pretendem a utilização da técnica de PGD na realização da *FIV* (54).

As possibilidades que a técnica de edição de embriões humanos oferece, retomou diversos debates entre os melhores cientistas do mundo sobre as devidas considerações éticas que devem ser consideradas em relação aos efeitos de sua utilização, as reais intenções por traz da inclusão da técnica e as possíveis visões de mercado trazidas à baila, mas relegadas a segundo plano em função de uma pretensa “cura” para anomalias genéticas (54) (50).

Assim, parte da comunidade acadêmica não considerou a utilização da tesoura genética como ameaça ou uma eugenia, pois entendem que o resultado esperado é uma “solução” aos problemas de saúde e não de seleção e melhoramento. Outra parte da academia diz ser impossível fazer esta divisão, pois quando se induz a erradicação de um “problema genético”, ou até mesmo escolhendo embriões viáveis e inviáveis, pode-se de fato estar realizando seleção da espécie e poderia, ainda, estar atrelada a uma condição de melhoramento da espécie e os impactos dessa intervenção não podem ser projetadas, o que impossibilita uma proteção às gerações futuras (54) (50).

Os dois vieses são considerados, compreendendo que a inovação pretende, em sua essência, primeiro salvar e evitar riscos a vida e a saúde, tanto de quem vai nascer quanto de quem já nasceu, portanto, desde a concepção e não se questiona o desejo legítimo de querer salvar vidas, os questionamentos estão envolvidos com os riscos e os benefícios que a técnica traz e os resultados que dela se obterá no futuro (54) (50).

Apesar de considerar ser de extrema importância e totalmente relevante esta discussão, não cabe neste estudo um aprofundamento em tais debates, tendo em vista que o foco deste estudo está voltado as possibilidades de realização do projeto

parental, necessitando apenas reconhecer todos os aspectos que podem causar impactos na vida humana e na sociedade, interferindo de alguma forma no processo de escolha quando se inicia o projeto parental. Este processo inclui todas as formas ofertadas pelas novas tecnologias reprodutivas e englobam as questões morais sobre cada técnica ofertada seja sobre IIU, FIV ou PGD, tendo em vista que todas estão em constante evolução, portanto, desde novas possibilidades de sucesso no momento da fecundação de embriões até a gestação de vidas fora do ventre materno conhecida como útero artificial ou ectogênese (55,56).

O uso de útero artificial, ou ectogênese - ainda não aplicável aos seres humanos, mas que caminha neste sentido -, evolui em busca de uma aplicabilidade no campo da reprodução humana, que tornará possível o desenvolvimento da tecnologia voltada para humanos em um futuro próximo (55,56).

Segundo o estudo mais recente do campo, será completamente viável desenvolver um útero artificial que propicie o apoio fisiológico em longo prazo para um feto humano. Tal feito “terá o potencial de mudar fundamentalmente o manejo e o desfecho clínico do bebê prematuro”(p.1)(56), além de modificar completamente as relações entre pessoas (55,56).

É indiscutivelmente observado que os discursos em torno da RA e todas as inovações e evoluções científicas na área direcionam-se à efetivação e “restituição da fertilidade, da reparação de uma doença ou condição natural para continuidade da espécie” (p.3)(37). Os usos dos produtos tecnológicos no campo, por outro lado, podem estar associados ao consumismo de uma nova espécie de mercado, o biotecnocientífico. Apesar dos benefícios terem auxiliado milhões de famílias no mundo, as técnicas de RA, ainda, contam com grande obstáculo, o seu preço.

Os custos com as técnicas de RA podem oscilar entre R\$ 600 a R\$ 15 mil, a depender do procedimento realizado. A cada ação realizada, além das perspectivas e esperança de concretização do desejo, há os custos despendidos para a realização dos procedimentos médicos. Este mercado cresce agressivamente e mantém as escolhas individuais diretamente relacionadas ao slogan de ‘se é biotecnocientífico, é bom’, e conseqüentemente, deve ser amplamente difundido, utilizado e considerado como um avanço para humanidade. Talvez seria este o maior dogma da sociedade tecnocientífica (57,58).

1.1.3 Reprodução Assistida na América Latina e Brasil.

O Registro Latino-Americano de RA (RLA) foi estabelecido em 1990 como o primeiro anuário multinacional e regional de tecnologia de reprodução assistida (TRA), devido à instalação de diversos Centros de Medicina Reprodutivas (CMR) que ganharam espaço gradativamente na América Latina. Tal fato motivou a criação de uma organização denominada de Rede Latino-Americana de RA (Redlara), em meados de 1995, que também é uma instituição científica e educacional que agrupa mais de 90% dos centros que realizam técnicas de RA na América Latina (REDLARA, 2018).

Atualmente, há aproximadamente 159 instituições cadastradas na Redlara, distribuídas entre 15 países da América Latina - que vão do norte do México ao sul do Chile. Antes que seus dados sejam aceitos, todas as instituições são certificadas por um órgão independente, composta por uma equipe de avaliação de um país diferente do que solicitou o credenciamento. Tal equipe costuma possuir avaliadores com formação médica – clínico geral - e em biologia (60).

Anualmente, a Rede disponibiliza um relatório contendo o resultado dos procedimentos realizados pelas instituições credenciadas. O software desenvolvido para registro de tais dados recebeu várias modificações ao longo do tempo e, desde 2010, é possível obter dados individualizados informando caso a caso, estabelecendo, assim, um registro multinacional baseado sempre no primeiro ciclo dos procedimentos realizados (61).

Segundo o último relatório publicado pela Rede, o número de ciclos iniciados e o número de centros que reportam a realização das técnicas de RA cresceram, se comparado os dados entre 1990 a 2014. Pode-se observar pelos dados disponibilizados no relatório, a crescente adesão tanto ao sistema quanto à utilização das técnicas de RA ao longo dos anos.

Em 1990, a Rede possuía apenas 19 centros credenciados e os dados apresentados foram de aproximadamente 20 ciclos iniciados, aproximadamente 1 ciclo para cada instituição. Em 1995 este número aumentou para 52 centros credenciados e, aproximadamente 6.744 ciclos iniciados, a variação de ciclos cresceu em média para 130 registros por clínica. O ano de 1995 foi o primeiro momento a causar impactos em relação a quantidade de pessoas que fizeram uso das tecnologias

reprodutivas, pois em anos anteriores a quantidade de ciclos iniciados se manteve em uma média, aproximada, de 400 ciclos por ano.

Cinco anos após, em 2000, com um número de adesão mais expressivo, chegando a 98 centros credenciados, o quantitativo de ciclos iniciados e informados se aproximou a 16 mil casos.

Figura 4 - Número de ciclos iniciados e o número de centros

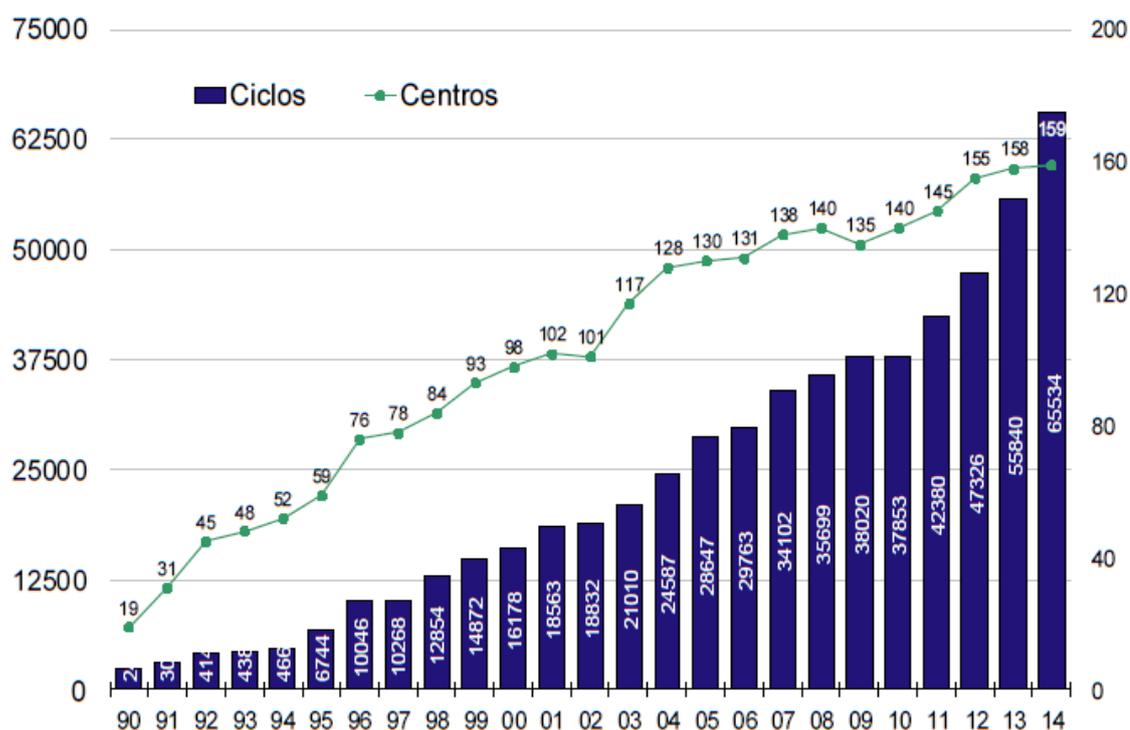


Tabela 1 - Número de ciclos iniciados e o número de centros

Ano	Ciclos iniciados	Clínicas credenciadas	Ciclos por Clínicas que reportaram dados
90	20	19	1
95	6744	59	114
00	16178	98	165
05	28647	128	224
10	37853	140	270
14	65534	159	412

Fonte: Registro latino-americano de reprodução assistida: tendências 1990-2014. Rede Latino-americana de RA (RLA/REDLARA) (62),

É importante frisar que os dados apresentados vão até o ano de 2014 e que, atualmente, poderá haver modificações. Dados de anos posteriores encontram-se em construção, segundo resposta do sistema de RLA (anexo I).

Ainda segundo o Relatório Redlara, cerca de 41,34% dos ciclos FIV/ICSI foram realizados em mulheres em idade fértil - 35 a 39 anos - e 23,35% dos casos foram realizados por mulheres com 40 anos ou mais (61). Dentre os 159 centros credenciados e distribuídos entre os 15 países que relataram procedimentos de RA realizados em 2014, nota-se um número expressivo de instituições localizadas no Brasil, com uma representatividade de 54 clínicas, acompanhado pelo México, com 31 clínicas e Argentina, com 24 clínicas, conforme dados disponibilizados pelo Relatório. Não foram localizados estudos que pudessem explicar o percentual de clínicas brasileiras cadastradas junto a Redlara, mesmo com uma implementação tardia das técnicas no país. Conjectura-se que as instituições brasileiras podem se credenciar em busca de referencial e aceitação internacionais, podendo ser também uma forma de divulgação das instituições credenciadas.

Os dados apontam que em 90% das clínicas que desenvolviam tratamento para fertilidade de um montante total de clínicas cadastradas - 156 clínicas -, são privadas e estão alocadas em 15 países diferentes. Alguns com uma concentração maior de utilização das técnicas em comparação aos demais. Destaca-se que no Brasil havia o maior número de clínicas cadastradas à época, com uma utilização aos meios mais acentuada do que os demais países da América-latina

Ainda segundo o Relatório, foram registrados um total de 65.534 de ciclos iniciados, resultando em 163.852 casos de gravidez clínica, 126.323 partos e 162.448 nascimentos com vida.

As principais contribuições para a fertilização in vitro e outras formas de fertilização vieram do Brasil (43,2% dos casos), Argentina (19,8%) e México (14,7%). Chile (5,6 %), Peru (4,6 %), Colômbia (4,2%) e a Venezuela (4,0%) mostraram taxas similares de ciclos iniciados, conforme dados disponibilizados pelo relatório Redlara.

Compõe este relatório a quantidade de ciclos e partos realizados por tipo de técnica empregada em toda a América Latina, demonstrando as localidades com o maior índice de adesão aos procedimentos ofertados pelos tratamentos de RA. A quantidade de ciclos iniciados, de gravidez, de gestações de partos múltiplos, natimortos, morte neonatal precoce e nascidos com vida definidos por país, em seguida demonstrados.

Os dados do relatório Redlara, possibilitam verificar que do total de ciclos que foram iniciados, aproximadamente, 72% não resultaram em nascimento com vida, apresentando uma taxa de insucesso extremamente alta em relação as tentativas realizadas (62).

É possível ainda, verificar a quantidade de pessoas que buscam alguma espécie de tratamento para infertilidade na América Latina, bem como, a quantidade de casos que utilizam a inseminação artificial (ICSI), a forma mais simples das técnicas, com uma representatividade aproximada de 51,1% em relação aos demais tratamentos (62).

Figura 5 - Procedimentos de ART relatados ao RLA e acesso em 2014

País	Número de clínicas	Técnicas de reprodução assistida							Total	Disponibilidade, ciclos / milhão ¹
		IVF / ICSI ^a	IVF ^b	ICSI ^b	FET ^a	Fresh OD ^a	OD (FET) ^a	FP ^a		
Argentina	24	9,083	954	7.215	2.903	1.826	663	505	14.980	348,8
Bolívia	3	430	221	195	41	86	13	6	576	55,7
Brasil	54	16.474	878	14.473	6.877	1.728	943	1.247	27,269	133,4
Chile	9	2.111	124	1.792	881	461	188	150	3.791	211,0
Colômbia	11	1,196	357	753	289	246	102	35	1.868	38,5
Equador	6	663	181	398	200	228	59	168	1.318	81,6
Guatemala	1	103	60	42	33	17	4	4	161	10,0
México	31	4.862	1.390	3,205	1.499	2.016	744	100	9,221	76,6
Nicarágua	1	98	17	68	0	14	0	0	112	18,0
Panamá	1	239	0	196	65	46	25	14	389	97,7
Paraguai	1	75	37	25	18	17	4	0	114	16,3
Peru	7	1.286	443	755	445	742	478	433	3.384	108,1
R.Dominicana	1	30	11	19	5	32	0	0	67	6,4
Uruguai	2	317	30	238	78	84	22	13	514	150,3
Venezuela	7	1.119	385	561	211	286	120	34	1.770	58,2
Total	159	38.086	5.088	29.935	13.545	7,829	3.365	2.709	65.534	116

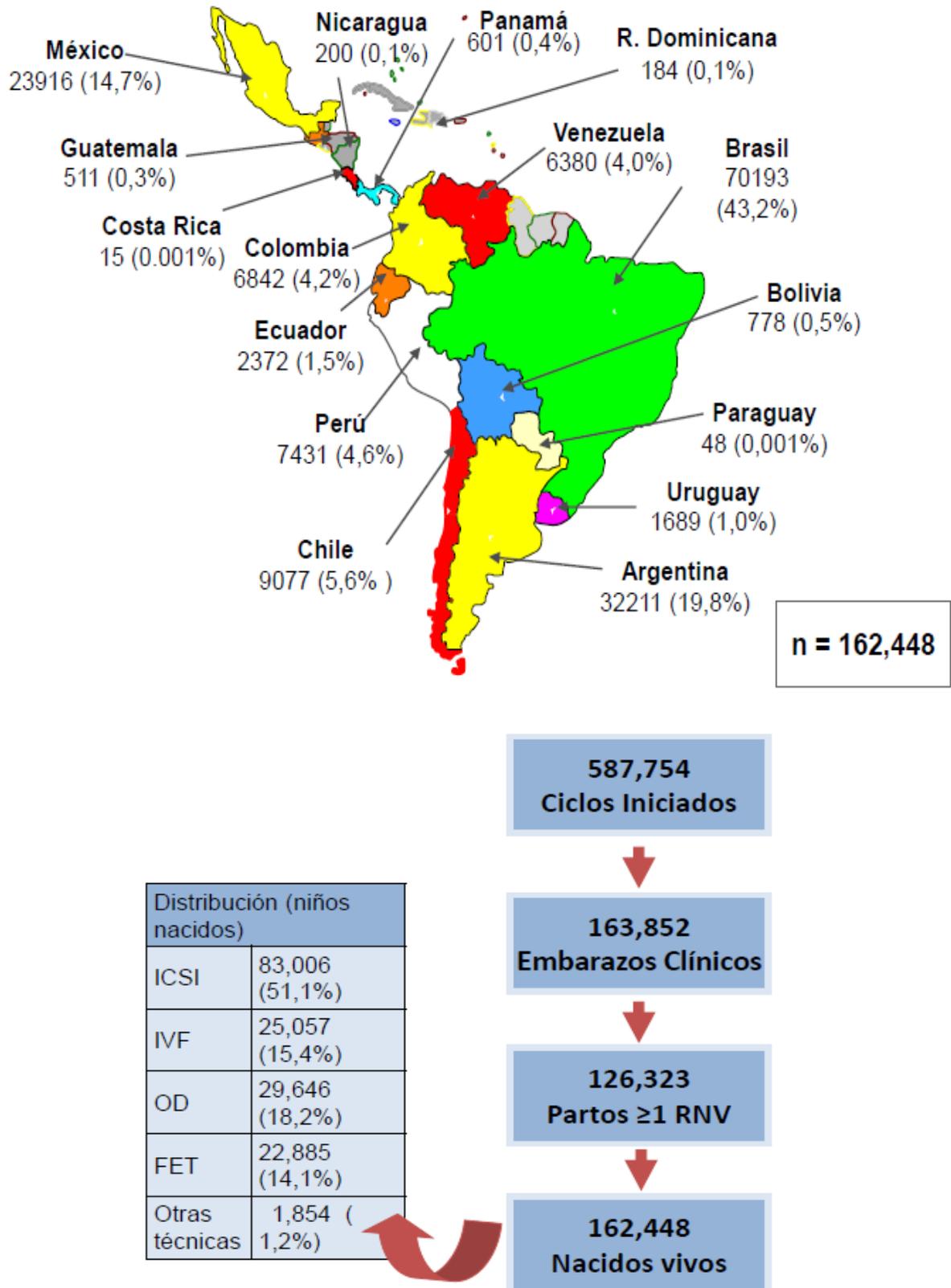
^{um} ciclo iniciado.

^b Recolhimentos de óocitos com ≥ 1 ovócitos maduros.

¹ Número de ciclos no país dividido por sua população em 2014 (World Population Data Sheet, Banco Mundial).

Fonte: Registro latino-americano de RA: tendências 1990-2014 (62).

Figura 6 - Número de ciclos iniciados e partos de recém-nascidos vivos por procedimento na América Latina.



Fonte: Registro latino-americano de RA: tendências 1990-2014 (62).

Além disso, o Relatório propõe e discute perspectivas sobre cuidados em saúde reprodutiva calculando um promissor crescimento na utilização de tais tratamentos na América Latina (62).

Os dados apresentados pelo relatório deixam claro a quantidade de casos relacionados a infertilidade, a aderência crescente em países subdesenvolvidos, uma taxa de insucesso alta em consideração ao volume de gestações iniciadas e partos realizados e uma incidência aumentada de utilização da técnica mais simples, que substitui o ato sexual, apenas. Estes índices podem representar as mudanças relacionadas aos novos modelos familiares e explicar a aderência de muitos que antes não tinham esta opção reconhecida mundialmente (62).

Mas, pode representar também a necessidade de uma busca pela preservação da fertilidade ou solução a infertilidade, tendo em vista que a infertilidade atinge mais pessoas em países em desenvolvimento, principalmente devido a doenças infecciosas que prejudicam o trato reprodutivo e onde o acesso a serviços de fertilidade não está disponível ou é limitado (6).

Não ter filhos numa situação involuntária, segundo Schroeder (1988), é vivenciado por aproximadamente cinco milhões de casais (63). Segundo Domar e Seibel (1996), em casais americanos, este número chega a 10 milhões de casos (64).

Em quase todos os estudos realizados no campo da RA nos países em desenvolvimento, é comum a presença de alguma forma de infelicidade ou problema social relacionado à infertilidade humana. Tais ocorrências relacionam-se no contexto sócio econômico e cultural com as injustiças no acesso às tecnologias, na exploração de pessoas com menores recursos e informação, com as idiosincrasias dos sistemas públicos de acesso aos recursos básicos de sobrevivência, as diversas inadequações do acesso a RA dentro do sistema de saúde, etc (65).

No Brasil, apesar de em melhores condições socioeconômicas que muitos de seus vizinhos na América Latina, a grande disparidade social constitui um desafio a ser alcançado, pois há um grande número de procura pelos serviços. Em contrapartida, há um grande número de pessoas com recursos para realizar procedimentos por conta própria, o que influencia o mercado de desenvolvimento e oferta dos serviços, além do grande número de pessoas que dependem exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS) para realização dos procedimentos de RA e que normalmente ficam sem acesso aos tratamentos por longos anos.

Mesmo com os diversos problemas enfrentados pelo SUS para a manutenção e disponibilização dos serviços de RA no Brasil, a tendência de discussões e estudos em torno do tema é escasso. Há um incentivo aos estudos relacionados às formas e técnicas empregadas no âmbito da RA, mas são raros em relação aos enfrentamentos sociais e éticos no campo.

Abaixo, uma tabela dos artigos localizados por uma busca simples no *Scopus* com o uso dos termos “*assisted reproduction and health unic system or reproductive ethics*”

Tabela 2 - Estudos referentes aos aspectos sociais e éticos em RA no Brasil

Termos de busca: (TITLE (assisted AND reproduction) AND TITLE (health AND unic AND system) OR TITLE-ABS-KEY (reproductive AND ethics))

Áreas			Tipo		
Ciências sociais	25	13%	Artigos	104	56%
Enfermagem	24	13%	Revistas	45	24%
Medicinas	123	66%	Pesquisa Curta	12	6%
Multidisciplinar	1	0,5%	Nota	14	7%
Outras áreas	13	7%	Conferência	6	3%
Psicologia	1	0,5%	Editorial	6	3%
Total geral	187	100%	Total geral	187	100%

Fonte: Pesquisa da autora no *Scopus*.

O resultado apresentado com a utilização dos termos “*assisted reproduction and health unic system or reproductive ethics*” foi de 187 artigos, onde apenas 25 estão relacionados com as ciências sociais, um multidisciplinar e um em psicologia, sendo os demais estudos relacionados às áreas biomédicas. Dentre os 187 estudos, cerca de 41 fazem menção à ética reprodutiva e apenas um¹ artigo fala sobre aspectos éticos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil.

As inovações do campo biomédico, no Brasil, inicialmente, eram difundidas por intermédio dos serviços universitários e/ou públicos. Isto se dava pelos altíssimos custos relacionados aos campos de inovações tecnológicas, bem como pelo interesse

¹O artigo localizado é o “Expectativa de mulheres à espera de reprodução assistida em hospital público do DF - estudo bioético”(99).

em pesquisa básica e tecnológica do Brasil(39). No entanto, os serviços de RA, basicamente, não percorreram os mesmos caminhos. “Ao contrário das outras práticas, chegaram ao país quase exclusivamente pela medicina privada” (p.146) (66).

O Brasil não incentivava o ensino no campo da reprodução humana e à época em que os estudos alcançavam avanços significativos no mundo, os pesquisadores brasileiros mantinham pesquisas reduzidas e superficiais ativas apenas nas “Universidades Federal da Bahia, Federal de Juiz de Fora e a Federal do Paraná, oferecendo disciplinas relacionadas à Ginecologia, Obstetrícia e Reprodução Humana em todo o país” (p.59)(67). As pesquisas relacionadas à área “começavam a emergir no Brasil somente a partir desse momento” (p.59) (39).

Nas décadas de 1980 e 1990, especialistas estrangeiros vinham ao país para ministrarem seminários e desenvolveram estudos com pacientes submetidos às técnicas de RA, com os médicos brasileiros apenas acompanhando o desenvolvimento de tais pesquisas (66).

Destes estudos, um dos mais significativos e inovadores no país, na época, foi o realizado por Nakamura, com um grupo de dez mulheres portadoras de lesão tubária, nas quais foi realizada uma série de fertilizações *in vitro*, no Hospital Santa Catarina, em São Paulo, com ampla divulgação midiática da Rede Globo”(p.61)(66). Mas, em consequência de um acidente anestésico, uma destas mulheres faleceu, o que impossibilitou a continuidade do projeto pelos dois anos consecutivos (33,66). Apenas em meados de 1983, Nakamura retomou o estudo e reiniciou mais duas séries de sua pesquisa, inclusive com o mesmo grupo de Melbourne, – desta vez, sem cobertura midiática. No início de 1984, Nakamura obteve a primeira gravidez, que resultou no nascimento do primeiro bebê de proveta do Brasil - em 7 de outubro de 1984, em São José dos Pinhais, Paraná (66).

Nas décadas seguintes, “surgiram diversos centros de RA, e no início da década de 1990, o Brasil ultrapassou a marca de dez clínicas distribuídas em São Paulo, Curitiba, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, Porto Alegre e Recife” (p.62) (66).

Todo esse processo evolutivo se iniciou no Brasil em 1947, com a fundação da Sociedade Brasileira de Esterilidade (SBE), cujo objetivo principal estaria em debater “questões científicas e sociais referentes à esterilidade, à prevenção e sequelas de abortos, à anticoncepção e à assistência à maternidade sob todos os aspectos”(p.60) (66). Em 1974, a sociedade modificou seu estatuto e passou a ser denominada de

Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH), e em decorrência ao congresso realizado na mesma época, tornou-se reconhecida nacionalmente. Em 1975, Nakamura tornou-se presidente da SBRH. Nos anos seguintes, as atividades no campo da reprodução humana se intensificaram e com o sucesso de Steptoe e Edwards em 1978. Assim o pesquisador Nakamura iniciou seus estudos para alcançar o mesmo feito, agora no Brasil.

Em 1984 nasce o primeiro bebê utilizando-se das técnicas de reprodução humana no País (66). A partir deste momento e que as pesquisas brasileiras do campo passam a ser difundidas, e no início da década de 1990 o país ultrapassou a marca de 10 clínicas que realizavam os procedimentos, Dentre as primeiras clínicas brasileiras de RA, destaca-se clínica Prof. Franco Junior, que auxiliou nas pesquisas relacionadas ao primeiro bebê nascido das técnicas de reprodução humana no Brasil(68). A primeira base de dados sobre RA no Brasil foi disponibilizada pela SBRH, contendo “alguns parâmetros de avaliação do sucesso e/ou complicações no emprego da RA”(p.199)(39), e publicado em meados de 1994 (66).

Em 1996, a SBRH transforma-se em Sociedade Brasileira de RA (SBRA), sob a direção do professor José Gonçalves Franco Junior, com a missão de representar a maioria dos centros que se dedicam à RA no País (69). Trata-se de uma associação científica e cultural de âmbito nacional, representando a todos que, direta ou indiretamente, estiverem ligados à reprodução humana assistida. Sua finalidade está na promoção, facilitação e divulgação de discussões relativas a reprodução humana assistida, bem como em ser a promotora do aperfeiçoamento e capacitação dos especialistas da área (69). O foco principal da SBRA é minimizar os anseios da prática diária relacionada a RA, alcançando uma representatividade junto às entidades e estruturas governamentais como consultora técnico-científica, sem perder de vista os avanços que estão acontecendo na área da reprodução.

Na primeira publicação consolidada dos resultados relativos as técnicas aplicadas na RA do Brasil, os dados observados demonstraram que cerca de 1.440 punções de ovócitos com vistas à *FIV* foram realizadas. No entanto, não foi documentado o “número de ciclos iniciados, fase anterior a punção, que marca o início do tratamento”(p.155)(39) à época, deixando de apresentar o número de casos expostos as técnicas de reprodução no país (68).

Em relação aos indicadores negativos relacionados com a prática das tecnologias reprodutivas brasileiras à época e apresentada pelo estudo de Franco

Junior e Wheba (70), apenas dois aspectos são considerados como índice negativo: a incidência de gravidez ectópica, ocorrida em cerca de 0,01% dos casos e considerada como uma representatividade baixa em relação aos outros países e o aborto espontâneo, com índices de até 24% dos casos no Brasil (70).

Apenas em meados dos anos 2000, com as diversas discussões morais e éticas relacionadas ao uso de tecnologias de RA e as preocupações relacionadas aos avanços no campo da procriação humana no Brasil, foram sancionada a Lei nº 11.105 (lei de biossegurança) e publicado o Decreto nº 5.591/2005, que autorizavam a utilização de embriões humanos para pesquisas com células tronco, dentre outros aspectos (70–72).

A Lei aportou diversas novidades ao panorama das manipulações genéticas no Brasil, dando à matéria um tratamento jurídico mais completo. No entanto, não foi o suficiente em função da quantidade de centros médicos instalados no País e que estavam realizando os procedimentos resultantes das técnicas de RA, surgindo, assim, a necessidade de acompanhamento dos procedimentos desenvolvidos por meio do cadastramento nacional dos Bancos de Células e Tecidos Germinativos (BCTG) (73). Diante desta evolução, é apresentada uma compilação dos marcos e referências relacionados com o campo de RA, que fornece um panorama geral sobre a preocupação com as consequências possíveis da utilização das técnicas de RA, dado o número de normativas e resoluções que são difundidas no país. No entanto, observa-se que todos os documentos são normativos éticos do Conselho Federal de Medicina (CFM).

Tabela 3 - Marcos brasileiros em RA



2017 - Resolução CFM nº 2.168/2017 Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida e revogando a Resolução CFM nº 2.121.
2015 - Resolução CFM nº 2.121/2015 Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida e revoga a Resolução CFM nº 2.013/2013.
2013 - Resolução CFM nº 2.013/2013 Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida e revoga a Resolução CFM nº 1.957/10.
2011 - Atualização da resolução Anvisa – RDC nº 29/2008 pela RDC Anvisa nº 23/2011
2010 - Resolução CFM nº 1.957/10 Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida.
2008 - Criação do sistema SisEmbrio
2005 - Lei nº 11.105 (biossegurança) 2005 - Decreto nº 5.591/2005
1995 - Fundação da Redlara; 1995 - 1º nascimento após coleta de espermatozoides do testículo/ICSI, em São Paulo
1994 - Publicação da 1ª base de dados sobre RA do Brasil pela SBRH; 1994 - 1º nascimento após criopreservação de embriões em São Paulo
1991 - 1º nascimento após doação de óvulos
1990 - 10 CRH no Brasil
1984 - Nasce o 1º bebê de proveta do Brasil
1975 - Milton Nakamura Presidente
1974 - Transforma-se em SBRH
1947 - Fundação da SBE

Há de se falar ainda que a construção da regulamentação da RA, no âmbito do SUS, necessita de mais estudos e análises do impacto financeiro para a incorporação de técnicas, insumos e medicamentos.

Verificada tal necessidade, a Anvisa publicou a Resolução de Diretoria Colegiada/Anvisa RDC nº 29, de 12 de maio de 2008 - atualizada pela RDC nº 23/2011 -, para regulamentar a criação do Sistema Nacional de Produção de Embriões (SisEmbrio), com a função de “acompanhar o número de embriões humanos produzidos, a quantidade de embriões doados, a produção de células e tecidos germinativos (oócitos e embriões) e divulgar os indicadores de qualidade dos bancos” (p.2) (73).

Com a organização e fiscalização sob responsabilidade da Anvisa, a partir de 2008, foi possível se ter acesso ao número de embriões humanos produzidos pelas técnicas de fertilização *in vitro* criopreservados (congelados) nos BCTG, mais conhecidos como clínicas de Reprodução Humana Assistida. Além disso, é possível, hoje, obter informações sobre embriões doados para pesquisas.

O relatório SisEmbrio coleta o número de ciclos realizados, que podem ou não ter resultado em fertilizações realizadas. Tais dados passaram a ser exigidos a partir da publicação da RDC nº 23/2011, ou seja, a informação do Sistema data apenas dos últimos 8 anos (73).

Os relatórios recentes publicados pelo SisEmbrio revelam que o Brasil possui aproximadamente 160 estabelecimentos que realizam técnicas de fertilização *in vitro*, crioconservação de embriões humanos e mantêm os BCTGs (p.2) (73).

O 11º Relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões, publicado em 2018 – SisEmbrio, o último disponibilizado pela Anvisa, revela que cerca de 78 mil embriões foram congelados em todo território brasileiro. Até aquele momento, foram informados 146 (cento e quarenta e um) registros de BCTGs referentes à produção de embriões” (p.3)(73).

Segundo o Relatório, os percentuais de clivagem no contexto nacional estão acima de 90%, considerado normal e homogêneo, e a taxa de fertilizações *in vitro* (FIV) foi de 76%, também considerada normal em relação aos parâmetros encontrados em literatura internacional, que varia entre 65% a 75% (p.9)(73).

Os dados revelam que a “região Centro-Oeste foi a que apresentou a maior média de óocitos por mulher, um percentual de 10,4%, sendo o dado nacional de 9,3%. No entanto, a taxa de clivagem é homogênea se comparada aos dados

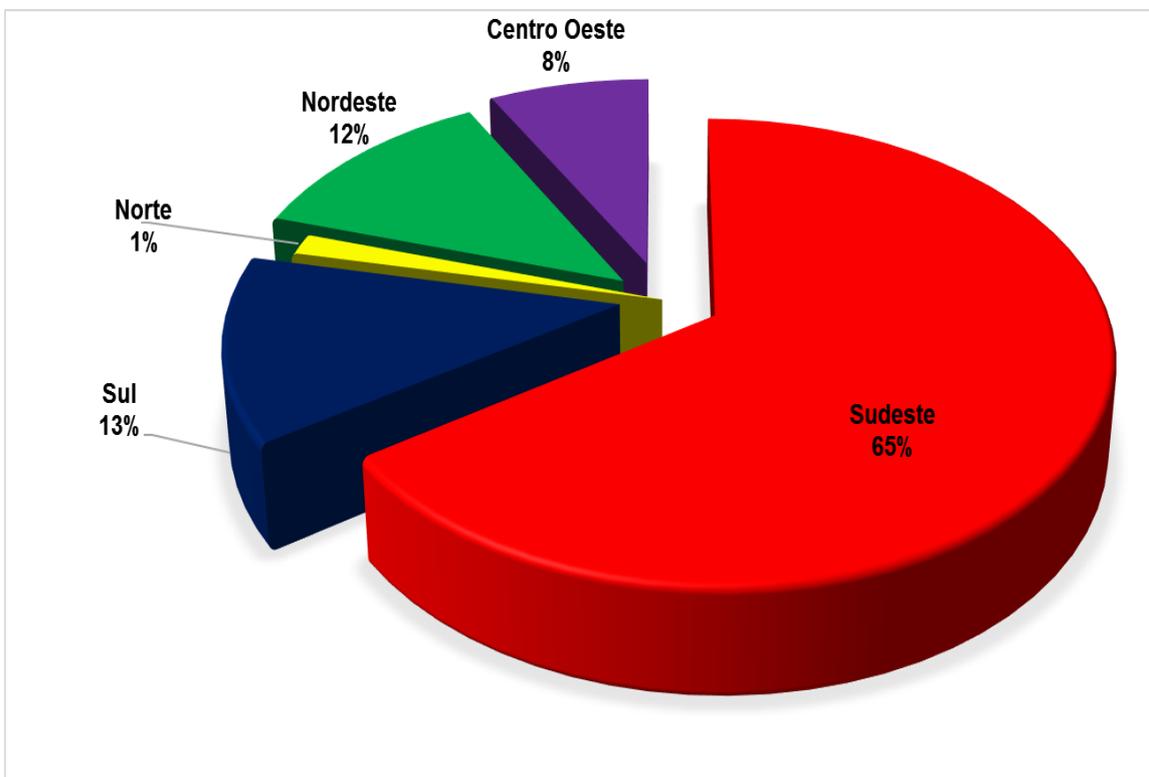
nacionais” (p.9)(33,42). Segundo o Centro de Reprodução Humana (CEPRA), em Brasília, o índice de sucesso da técnica está entre 35 a 40% (73).

É possível verificar ainda que a maior concentração de procedimentos realizados está no Estado de São Paulo, mantendo a sua posição em anos consecutivos, desde a implantação do SisEmbrio (73). O índice no Estado chega a 45,3% sobre o número total de embriões produzidos e congelados no Brasil.

As regiões que apresentam uma maior concentração de reproduções e congelamento de embriões são as Sudeste, com 65% do montante total e a Sul, com 14% sobre o total de congelamentos realizados.

A menor concentração está localizada na região Norte com apenas 2% de representatividade, conforme tabela demonstrativa abaixo, disponibilizada pelo Relatório (73).

Figura 7 - Embriões congelados pelos BCTGS em 2017



Fonte: ANVISA. 11º relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões – SisEmbrio (p.4) (73).

Tabela 4 - Embriões congelados pelos BCTGS em 2017

Região	Unidade federativa	Embriões congelados	% Estado	Total embriões por região	% geral
Sudeste	ES	1.621	2,1%	51.171	65%
	MG	6.172	7,9%		
	RJ	5.415	6,9%		
	SP	37.963	48,5%		
Sul	PR	2.631	3,4%	10.186	13%
	RS	5.585	7,1%		
	SC	1.970	2,5%		
Norte	AC	0	0,0%	1.139	1%
	AM	371	0,5%		
	AP	0	0,0%		
	PA	597	0,8%		
	RO	0	0,0%		
	RR	0	0,0%		
	TO	171	0,2%		
Nordeste	AL	0	0,0%	9.643	12%
	BA	1.962	2,5%		
	CE	2.910	3,7%		
	MA	609	0,8%		
	PB	0	0,0%		
	PE	2.659	3,4%		
	PI	452	0,6%		
	RN	453	0,6%		
	SE	598	0,8%		
Centro	DF	1.941	2,5%	6.077	8%
	GO	2.445	3,1%		
Oeste	MS	493	0,6%		
	MT	1.198	1,5%		
Total geral		78.216		78.216	

Fonte: ANVISA. 11º relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões – SisEmbrio (p.4)(73).

Pode-se observar que, dos 78.216 embriões congelados no ano de 2017, mais da metade está na Região Sudeste do país, provavelmente, pela maior concentração de recursos financeiros e altas taxas de natalidade do País, além de ser a Região mais populosa (73).

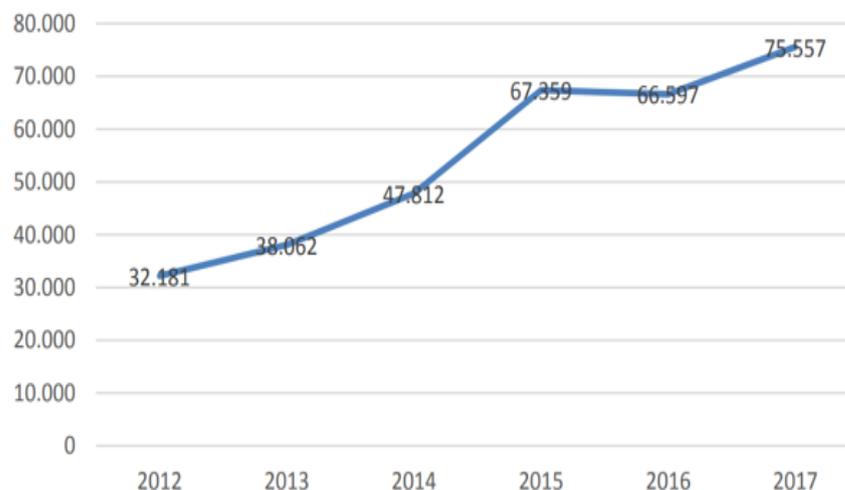
Outro dado de realce do 11º Relatório SisEmbrio é a comparação do total de embriões congelados entre os anos de 2012 a 2017, onde se verifica um crescimento de mais de 130% no período (73).

Tabela 5 - Embriões congelados pelos BCTGS entre os anos de 2012 a 2017

Ano	Qtn.	Crescimento ano	%
2012	32.181	-	
2013	38.062	5.881	18%
2014	47.812	9.750	26%
2015	67.359	19.547	41%
2016	66.597	-762	-1%
2017	75.557	8.960	13%

Fonte: ANVISA. 11º relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões – SisEmbrio (p.4)(73).

Figura 8 – Gráfico de embriões congelados pelos BCTGS entre os anos de 2012 a 2017(73).



Fonte: ANVISA. 11º relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões – SisEmbrio (p.4)(73).

Este dado é importante para o embasamento da discussão sobre o incentivo no uso de tecnologias reprodutivas no país. Tais dados são essenciais à visualização do aumento à procura pelas tecnologias de RA, no Brasil (73).

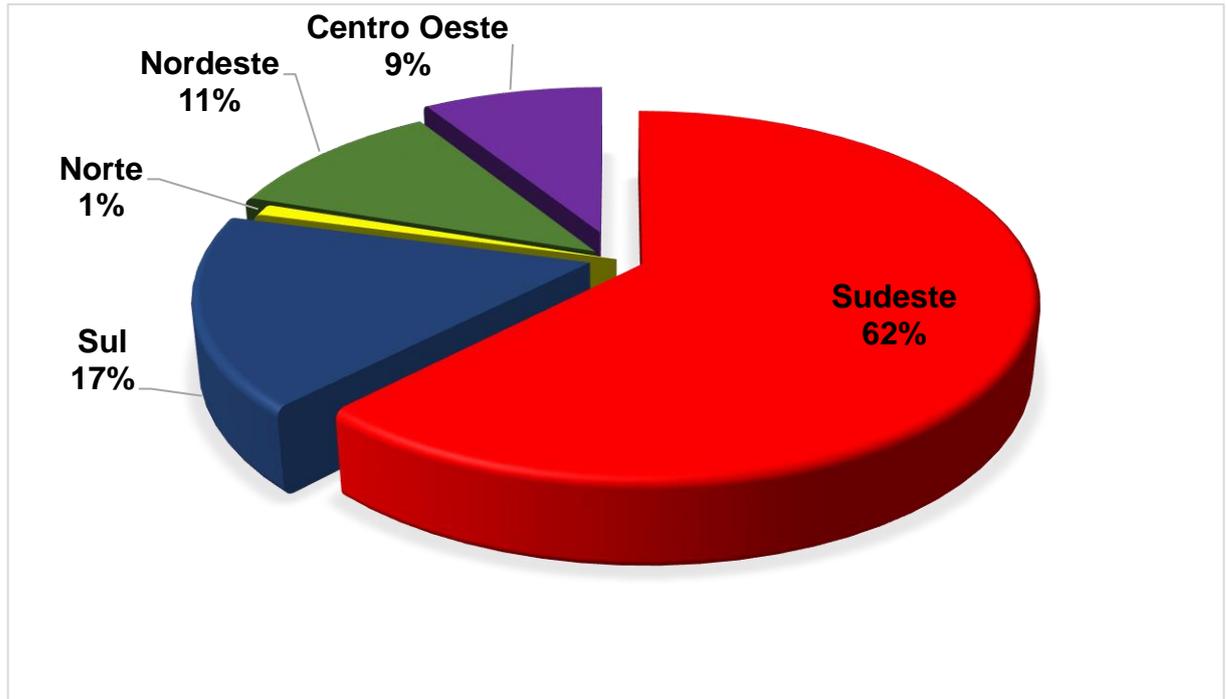
Ainda, segundo o 11º Relatório SisEmbryo, cerca de 67.292 embriões foram transferidos em todo território nacional.

Tabela 6 - Embriões transferidos em 2017

UF		Quantidade	Total região	%
Sudeste	ES	1.060	42.888	62%
	MG	8.289		
	RJ	5.380		
	SP	28.159		
Sul	PR	4.613	11.707	17%
	RS	5.017		
	SC	2.077		
Norte	AC, AP, RO, RR	0	669	1%
	AM	241		
	PA	355		
	TO	73		
Nordeste	AL, PB	0	7.546	11%
	BA	2.074		
	CE	1.855		
	MA	424		
	PE	1.900		
	PI	352		
	RN	443		
	SE	498		
Centro Oeste	DF	2.000	6.081	9%
	GO	2.535		
	MS	345		
	MT	1.201		
Total Geral			68.891	

Fonte: ANVISA. 11º relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões – SisEmbryo (p.4)(73).

Figura 9 - Embriões transferidos em 2017



Fonte: ANVISA. 11º relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões – SisEmbrio (p.4) (73)

Observa-se outra vez que a maior concentração de procedimentos realizados continua concentrada na Região Sudeste, com o índice de 62% seguido pela Região Sul, com cerca de 17%, em relação ao número total de embriões transferidos no Brasil (73). Conseqüentemente, pode-se deduzir que em tais regiões há também maior concentração dos recursos, biotecnológicos e econômicos, em relação ao restante do país.

Os custos com tratamentos no Brasil não seguem uma padronização e podem divergir em relação à região em que são realizados os procedimentos. Esta divergência também é percebida em relação aos tratamentos e aos métodos utilizados para combater a infertilidade. Os procedimentos menos complexos podem oscilar entre R\$ 350,00 a R\$ 600,00; os intermediários, entre R\$ 1,5 mil e 3 mil; e os mais complexos, entre R\$ 10 mil e 20 mil reais.(28,74)

Estes custos podem significar um impedimento ao acesso dos tratamentos de RA. Em conseqüência, o Estado oferece os tratamentos necessários dentro da rede de assistência em saúde pública. Mas, os custos elevados e a falta de investimentos no programas do SUS para a RA limitam o acesso a tais tratamentos a todos que o buscam (28,74).

A demanda pelo serviço de reprodução humana é bem mais elevada que o oferecimento do serviço pelo SUS, resultando em uma espécie de efeito cascata do diagnóstico de infertilidade, para os tratamentos de IIU ou FIV. Isto, aliado à ansiedade pela longa espera, desdobramentos diversos, inclusive outras doenças de fundo emocional (75).

O Programa de RA no ofertado no SUS, atualmente, não possui uma estrutura organizacional que possibilite acesso claro as informações sobre demanda e oferta dos serviços, não há uma gestão voltada a apresentação de casos de insucesso e, ainda, não há requisito algum para a inclusão de uma pessoa no cadastro para os tratamentos. Há apenas uma organização temporal da procura e da oferta, ou seja, quem se cadastrar primeiro possui a chance de ter acesso aos tratamentos primeiro, antes mesmo de casos de maior repercussão relacionados à saúde reprodutiva e a impossibilidade de manutenção da fertilidade.

Aos programas de RA do SUS não é facultado o direito de criar critérios específicos para organização e priorização de casos, sendo obrigatório a não distinção de quem necessita dos serviços ofertados, sejam elas jovens ou não, que já possuam filhos ou que realizaram algum tipo de esterilização voluntária, por exemplo. Em tratamentos já em curso ou realizados, o Programa suporta até mesmo os custos de crioconservação dos materiais biológicos resultantes dos procedimentos realizados (76).

Os serviços ou tratamentos oferecidos à “cura” da infertilidade humana e procriação - ausência de filhos - fazem parte de um rol de biotecnologias aplicadas à saúde humana. Obter acesso a tais biotecnologias, benéficas à saúde humana, é um direito e deve ser fomentado pelo Estado. A crítica não está relacionada ao direito de acesso aos serviços da RA e sim à falta de gestão do aparato público. Os critérios de inclusão e exclusão devem ser um tema discutido no âmbito do oferecimento de assistência pública de saúde no caso da RA, e novas formas de gestão devem ser pensadas. Tal situação poderia gerar menos angústia ou mais acesso há quem realmente necessita dos serviços públicos ofertados no SUS.

Hoje, há, no País, nove unidades hospitalares que oferecem tratamento de infertilidade pelo SUS. Tais unidades contam com cerca de R\$ 10.000.000,00 (dez milhões de reais) para atender toda a estrutura e demanda dos serviços de RA, cientificamente aceitos para auxílio do planejamento familiar, conforme dispõe o art. 226, § 7º da CRFB (76,77).

O recurso é distribuído por estados e são ofertados em Brasília, São Paulo, Belo Horizonte, Porto Alegre e Recife, conforme tabela disponibilizada pela PRT nº 3.149/MS, de 28 de dezembro de 2012. Em 2013, houve uma inclusão, pela PRT nº 1397/GM/MS, de 10 de julho de 2013, da disponibilização dos serviços pelo estado de Natal, que recebe atualmente R\$ 1.500.000,00 para a oferta dos procedimentos (77).

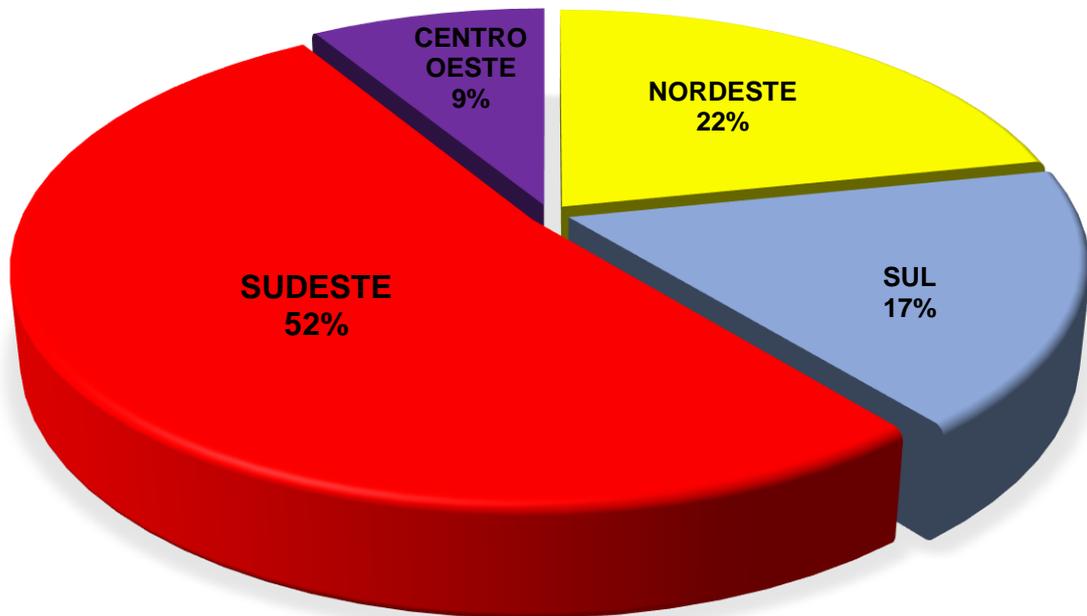
Tabela 7 - Distribuição orçamentária para procedimentos relacionados à RA

UF	GESTÃO	ESTADO, MUNICÍPIO E DF	CNES	ESTABELECIMEN TO	RECURSOS EM REAIS
DF	Estadual	Brasília	10537	HMIB - Hospital Materno Infantil de Brasília	1.000.000,00
MG	Municipal	Belo Horizonte	27049	Hospital das Clínicas da UFMG	1.500.000,00
RS	Municipal	Porto Alegre	2237571	Hospital Nossa Senhora da Conceição SA - Fêmeina	1.000.000,00
RS	Municipal	Porto Alegre	2237601	Hospital das Clínicas de Porto Alegre	1.000.000,00
SP	Estadual	São Paulo	2078015	HC da FMUSP Hospital das Clínicas São Paulo	1.500.000,00
SP	Estadual	São Paulo	2078287	Centro de Referência da Saúde da Mulher São Paulo - Pérola Byington	1.500.000,00
SP	Estadual	São Paulo	2082187	Hospital das Clínicas FAEPA Ribeirão Preto	1.500.000,00
PE	Dupla	Recife	434	Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira- IMIP	1.000.000,00
<u>RN*</u>	<u>Municipal</u>	<u>Natal</u>	<u>2409208</u>	<u>Maternidade escola</u> <u>Januário Cicco</u>	<u>1.500.000,00</u>
Total					10.000.000,00

*incluída pela PRT nº 1397/GM/MS de 10 de julho de 2013 (78).

Fonte: Lei nº 3.149 de 28 de dezembro de 2012 (79).

Tabela 8 – Representação gráfica da distribuição orçamentária para procedimentos relacionados à RA



Fonte: Lei nº 3.149 de 28 de dezembro de 2012

Os dados sobre a distribuição orçamentária para procedimentos relacionados à RA, nos informa que o Estado não disponibiliza recursos e unidades especializadas para todos que necessitam de assistência e os cuidados a saúde reprodutiva em caso de infertilidade. A região Norte do país está totalmente desassistida neste sentido, e ainda estão em desvantagem aos demais estados do país, pois se pensarmos que para ter acesso as tecnologias reprodutivas qualquer pessoa dessa região terá que ir para outro estado em busca de assistência e cuidados (77).

Em contrapartida, o Estado disponibiliza 52% do recurso para a região sudeste do país. Região com o maior índice populacional do país, com a maior concentração de riquezas e recursos de saúde, informação e tecnologia.

Buscou-se uma atualização destes dados junto ao Ministério da Saúde, utilizando-se do portal da Transparência. No entanto, a resposta recebida não foi satisfatória, ou foi incompleta, em relação aos investimentos no campo (Anexo II).

Os recursos e investimentos disponíveis não são suficientes para atender a procura pelos serviços ofertados no SUS, o que acaba gerando filas de espera para iniciar os tratamentos. Apesar de pacientes e médicos afirmarem que o tempo de

espera na fila pode ser de anos, o Ministério da Saúde após consulta utilizando-se Sistema eletrônico do serviço de informação ao cidadão (e-SIC), informa que não é possível disponibilizar o tempo médio e o número de tentativas autorizadas, pois não há o quantitativo de atendimentos realizados em RA no Brasil, tendo em vista que a gestão é direcionada a saúde da mulher e mantêm atenção a todas as formas de assistência da saúde reprodutiva e apesar disso, não são tratamentos específicos e voltados para a RA. Informou, que, a gestão e o controle dos dados sobre os recursos disponibilizados são de competência dos gestores estaduais e municipais inexistindo dados que possam responder aos questionamentos em âmbito do Ministério da Saúde. Vale ressaltar que as políticas de atenção a reprodução humana devem atender aos requisitos dos protocolos e padrões internacionais de atendimento que não foram mencionados na resposta enviada pelo órgão (80).

As instituições estaduais e municipais que ofertam os tratamentos no campo de RA, divulgam alguns dados em seus sites, e em alguns deles é possível verificar que a realidade está aquém das expectativas do programa de RA ofertado no SUS, pois relatam que o tempo médio de espera pelos tratamentos está entre quatro e cinco anos em média.

No Hospital Pérola Byington, em São Paulo, por exemplo, em maio deste ano não era possível realizar agendamentos de pacientes, pois a fila de espera ultrapassava cinco anos. Em Brasília, a lista de espera para a IIU é de 1036 pessoas, para a FIV é de 4458 pessoas, atualmente, e nos demais Estados, esta realidade se repete, demonstrando fragilidade financeira que o sistema suporta e as dificuldades reais em coordenar e manter os serviços a todos que necessitam(81).

Em contrapartida, o número de clínicas que ofertam os tratamentos tem aumentado consideravelmente em todo o país e aqueles que desejam a realização deste projeto parental não medem esforços para conquistá-los, mantendo ativo um mercado de procriações na atualidade.

As clínicas que ofertam os serviços de RA observaram o crescente número de pessoas que, de alguma maneira, enfrentam os problemas da infertilidade e vislumbraram nesta ocasião uma oportunidade de oferecer tais serviços em troca de pagamentos que, se quem busca não estipular um fim, podem ser infinitos.

Com frequência são comercializadas por clínicas especializadas, através da mídia de massa, novas e “promissoras” tecnologias de RA no Brasil. Como exemplo, tem-se a divulgação pela mídia televisiva aberta, portanto, de amplo acesso a diversos

públicos, da notícia de que a técnica de fertilização *in vitro* avança nos últimos 20 anos no Brasil e que a procura por métodos de seleção de embriões mais fortes cresceu cerca de 40% apenas na cidade de São Paulo(57).Apesar de fazer menção às questões éticas relacionadas ao processo da RA ao longo da reportagem, estas foram relegadas a segundo plano, em favor da esperançosa possibilidade de produzir um embrião melhor, viável e sem riscos de doenças preexistentes.

As informações veiculadas não abordam os processos em que cada pessoa será envolvida, os custos financeiros e emocionais ou os riscos e as incertezas que serão vividos durante os tratamentos, tais como os sentimentos de ansiedade, solidão, abandono vividos.

Não se discutem abertamente os conflitos éticos que circundam os processos de RA e deixa-se uma ligeira sensação de que é um processo muito simples, acessível, garantido e rápido. No entanto, há divergências e dilemas que devem ser discutidos. Um deles está ligado à forma de acesso às tecnologias, seja por questões, morais, legais ou por restrição de recursos(82–84).

Por isso, torna-se relevante realizar uma reflexão das questões morais sob enfoque bioético do atual cenário da RA no Brasil em relação às demais formas de constituição do projeto parental, que será aprofundada nos próximos capítulos.

1.1.4 Questões morais em torno da RA e panorama das discussões bioéticas.

As técnicas de RA vêm levantando uma série de questões morais desde o princípio de seu desenvolvimento, que envolvem a consideração da concepção humana e mesmo a criança que dela resulta como produto comercial, o reforço do fetiche tecnológico, a atribuição à biotecnociência como única forma de solucionar os problemas humanos, os riscos de exploração comercial da esperança de conceber, entre outros.

Segundo Spar (57) para a maioria das pessoas, é estranho mencionar que uma criança pode ser o resultado de um produto comercial, mas a autora realiza uma crítica a este pensamento e ressalta que mesmo após tantos avanços da humanidade e com todos os aparatos tecnológicos, predominantemente dominados pelo mercado capitalista, continua-se fundando no argumento de que as premissas de uma vida humana é a causa maior em questão e que tal condição vai além dos mercados da

ciência - funda-se na concretização e reparação de um defeito proporcionado pela natureza (57).

Spar (57) busca demonstrar, ao longo de seu estudo, que a demanda pela procriação é mais do que um desejo pessoal ou biológico, ela representa um crescimento global de “um mercado de bebês”(58) (p.11) – “um negócio que se desenvolve ao par de tecnologias e que se recusa a reconhecer as suas raízes comerciais” (p.28) (57,85). Tal investimento é embasado nos diversos diagnósticos de infertilidade humana apresentados em diversos relatórios e estudos no mundo, uma vez que, como já mencionado, dados da OMS referem que um entre dez pessoas no mundo terão alguma espécie de dificuldade relacionada à fertilidade e reprodução. Há, portanto, um encorajamento da medicina reprodutiva de, cada vez mais, possibilitar meios que possam de alguma forma resultar em “melhorias” aos “defeitos” da espécie humana no campo da fertilidade (86).

Os novos estudos na área de reprodução humana seguem esse viés e embarcam no conceito de que a biotecnociência é a solução para todas as doenças, todos os males, todas as mutações, e todos os problemas que a humanidade enfrenta nos últimos tempos (52,57).

A criatividade dos pesquisadores não tem fim quando o assunto é inovação científica no campo da reprodução humana assistida. É claro que se deve considerar a imensa contribuição na melhoria da qualidade de vida de diversas pessoas, mas a visão do pesquisador necessita contemplar não só a chance de alguma inovação no seu campo de estudo, pois o resultado de sua pesquisa será utilizado em um contexto geral, e outros podem já não ter a genuína pretensão de ‘ajudar’ ou ‘salvar vidas’ (85).

Assim, pode-se dizer que existe uma forma de alienação biotecnocientífica relacionada aos diagnósticos dados aos indivíduos que esperam o ‘milagre da ciência’ e que permanecem subsumidos cada vez mais a uma forma de escravidão relacionada aos recursos tecnológicos, cultivando-os como a única forma possível de concretização da felicidade, vida e continuidade da prole (81), podendo provocar uma desvalorização de outros aspectos essenciais para a constituição familiar e de parentesco que são a boa convivência, o amor maternal e paternal, o respeito pelas diferenças e a educação.

O próprio nascimento da Bioética tem uma relação com o avanço das técnicas de RA, pois nasce como campo de discussão e torna-se um novo território de conhecimento principalmente relacionada às questões de ética reprodutiva. O seu

lugar é reconhecido após a segunda metade do século XX e, em meados do século XXI, iniciou uma relação formal e concreta com as áreas social e sanitária (84–86). Costuma-se frisar que dois autores foram importantes no reconhecimento deste campo: Van Rensselaer Potter, que utilizou o termo para designar preocupações que envolviam a degradação do ambiente ao modo de desenvolvimento tecnocientífico e seus efeitos sobre a qualidade de vida humana (86); e Andre Hellegers do Instituto Kennedy, obstetra holandês que trabalhava com RA e que levantava os problemas éticos inéditos que a nova tecnologia desencadeava. Hellegers utilizou o termo Bioética para denominar os novos estudos propostos na área de reprodução humana, ao criar o Instituto Kennedy de Ética, então denominado de *Joseph P. and Rose F. Kennedy Institute of Ethics*” (p.1) (89).

Dentre os méritos de Hellegers, pode-se destacar o estabelecimento de critérios bem definidos para discussões bioéticas (90), descritas da seguinte forma:

- a) A utilização de diálogos interdisciplinares entre cientistas e humanistas como metodologia de trabalho;
- b) A racionalidade dos argumentos;
- c) A suspensão dos argumentos de autoridade;
- d) A elaboração de novas respostas para os novos problemas;
- e) A importância do diálogo ecumênico para enriquecer as reflexões com ajuda de tradições religiosas; e a
- f) Provisoriedade das respostas.

O pesquisador, com base em tais critérios, considerou pela primeira vez que somente com a observação de todos os aspectos clínicos, éticos, sociais, filosóficos, teológicos, econômicos e demográficos poder-se-ia considerar os problemas que se apresentavam com os novos avanços biotecnológicos (90).

Na atualidade, os principais problemas levantados pela bioética devem seguir este mesmo caminho, principalmente quando as discussões estão voltadas aos aspectos bioéticos relacionados aos países periféricos como os da América Latina, que sofrem com discrepâncias no acesso ao mínimo para uma sobrevivência com dignidade, tais como saneamento básico, água potável, moradia, alimentação, cuidados básicos em saúde, convivência familiar de uma criança, por exemplo.

Os conhecimentos na área da RA, evoluíram em uma velocidade inimaginável, imbuindo as sociedades e os governantes de uma vigilância permanente. Diversos países que utilizam e dominam as técnicas de RA passam a construir protocolos e

normas de proteção, visando o impedimento de desvios e distorções nos desenvolvimentos proporcionados pelas técnicas que lhe são aplicadas (91–93).

Um marco no campo da RA é o nascimento do primeiro bebê gerado por fertilização *in vitro* (FIV) – 1978. Grandes polêmicas de caráter moral e ético são levantadas após o acontecimento e as técnicas empregadas no campo procriativo passam a ter desdobramentos múltiplos. Os questionamentos perpassam os temas de doação de material genético, criopreservação de embriões, diagnóstico genético pré-implantacional, doação temporária de útero, ectogênese, pesquisas com embriões, a clonagem reprodutiva, e outras. Tais discussões advinham da legalidade moral e ética dos procedimentos efetivados pelas técnicas de RA.

Dentre as polêmicas e questões éticas mais atuais e discutidas estão: a destinação de embriões excedentários e o descarte de tais embriões; a doação de gametas e embriões e a utilização do *mix* ou mistura de materiais genéticos; a utilização das técnicas, mesmo sem diagnóstico de infertilidade, em razão de orientação sexual e escolhas pessoais, como mulheres solteiras em projeto autônomo de filiação e a utilização das técnicas por casais homoafetivo; o status moral do embrião e cessão temporária de útero ou de conflito entre a paternidade afetiva e biológica; o direito ao sigilo do doador, em contrapartida ao direito de conhecimento da origem genética; a edição do embrião humano; o chamado “adultério genético”, relacionado aos casos de utilização dos gametas doados sem o prévio conhecimento e autorização do uso pelo doador, ou seja, quando um dos gametas utilizados no processo de fertilização é proveniente de doador anônimo e este não é informado da utilização dos gametas para que seja autorizado o uso (91–94).

O status moral do embrião é, dentre tais discussões, a questão ética mais antiga em agendas sobre RA. Este debate se assenta na impossibilidade de precisar o momento em que a vida se inicia, nos resultados futuros do aprimoramento genético humano e em que medida deve ser permitida a realização de tais procedimentos (95,96). Estas questões, ainda, são temas de estudos com fundamentos religiosos ou relacionados às preocupações futuristas pelos tecnofóbicos, que veem as técnica como risco à vida, inclusive nas relações de domínio entre os homens (8). Já as questões éticas relacionadas aos custos, aos riscos para as mulheres, às angustias da indução à permanência nos tratamentos, mesmo após diversas tentativas e das frustrações relacionadas às sucessivas tentativas com a RA, sem êxito, são quase que esquecidas (44).

A utilização da técnica de *mix* de materiais genéticos levanta alguns questionamentos relacionados à ética nos procedimentos e à ausência da legislação que a regule. Mas, há também entendimento de que para tais situações não existam proibições, sejam éticas ou normativas, em razão dos efeitos psicológicos que ocasionará aos partícipes dos procedimentos, que fatalmente, quando necessário, aumentam as chances de sucesso (49,52).

Outras polêmicas se instauraram mais recentemente, com as técnicas relacionadas de edição de embriões humanos que, também, está associada com a legalidade moral e ética dos procedimentos realizados.

As discussões éticas sobre o estudo sobre edição de embriões tomaram lugar, com vários pesquisadores expondo suas preocupações quanto ao método utilizado, mais especificamente relacionado à criação de embriões humanos para a realização da pesquisa.

Houve, ainda, questionamentos sobre a criação dos embriões que, após alguns dias do experimento foram destruídos, tendo, esta ação, sido considerada, por alguns críticos, como assassinato. Mas, o estudo de edição de embriões não tinha intenção de implantação dos embriões em um útero e foram reproduzidos com a única finalidade de pesquisar a possibilidade de edição de mutações hereditárias, relatam os estudiosos em resposta às críticas que receberam (97,98).

Diante de tantos conflitos, a bioética deve ser utilizada como campo de reflexão em torno das práticas que interfiram na vida individual e coletiva dos seres vivos e, à medida que envolve os indivíduos humanos, deve estimular a capacidade de ponderação entre possíveis conflitos éticos que se dá em função das teses científicas, demonstrando preocupações com a rapidez dos avanços científicos, que se fundam em uma tábua de salvação a quaisquer mazelas humanas (99). Exaltam-se mais as promissoras inovações que geram esta expectativa exacerbada ao modelo estabelecido de constituição sanguínea de filiação e afastam-se quaisquer hipóteses de junção de todas as possibilidades existentes para a composição familiar.

Os avanços biotecnológicos trazem consigo significativos progressos na transformação de vida de pessoas que enfrentam problemas relacionados à saúde reprodutiva e à fertilidade, ou a pessoas transgêneros, por exemplo. Não se questiona tal evidência, pois estas transformações geraram impactos não somente no campo médico, mas alcançaram os campos sociais e possibilitaram a transformação da visão de parentalidade e de constituição familiar (100). Possibilitaram ainda, a

implementação, devido às muitas divergências, de diretrizes éticas ao aprimoramento genético humano, abordando preocupações e necessidades públicas além das médicas (57).

Os questionamentos bioéticos propostos neste estudo estão direcionados à ausência de acompanhamento destas evoluções biotecnológicas e, apesar de possibilitarem e atenderem diversas situações, esbarram ainda em alguns significativos entraves, como por exemplo, nos custos das técnicas, na ausência de informações claras relacionados aos prazos de vida útil para realização dos procedimentos, ou seja, o momento ou prazo de parar com as intervenções, além da simetria com outras formas de realização do projeto parental.

O sentido físico de maternidade no anseio de geração de um filho na sociedade atual é o resultado de uma mistura de concepção, gravidez e nascimento. O papel fundamental da RA é definir contornos dos mais avançados tratamentos, onde o procedimento é um elemento crucial ao projeto parental e familiar e pode ser, largamente, relacionado ao sucesso (55).

Atlan (49) chama atenção para as consequências deste processo, “entendendo-se que os desempenhos técnicos, assim como no passado, não poderão estar dissociados do ambiente social para cujo advento eles terão contribuído” (49)(p.20), que, atualmente, pouco se preocupam com as questões éticas relacionadas às possibilidades de existir um mercado da maternidade de substituição, da ectogênese ou geração espontânea, da saúde impecável e da imortalidade humana, sem mencionar as controvérsias em relação aos direitos de sigilo do doador e, em contrapartida, os direitos de reconhecimento biológico da origem da pessoa, os direitos reprodutivos, os direitos de nascer e não nascer, os direitos de reconhecimento da paternidade, e outros.

São os novos artefatos biotecnocientífico que, conseqüentemente, geram preocupações bioéticas acerca do uso e aplicação de tecnologias para a formação e o desenvolvimento da vida humana (102).

Neste ponto, deve-se refletir eticamente sobre o sentido da busca pela procriação biológica assistida: seria mesmo esta necessidade um impulso biológico ou uma demanda mercadológica e social? A vida humana se constitui por meio de processos ligados aos conhecimentos adquiridos com a convivência, que englobam, por exemplo, vivências cotidianas, costumes, hábitos, cultura, etc. Seria a genética um determinante para a condição de filiação e os pais somente são pais em

consequência da genética e, conseqüentemente, seus filhos somente serão filhos se forem composições de sua genética? E o que é constituir família e parentalidade? Deve-se pensar se todas estas questões estão relacionadas à forma com que vivemos e nos posicionamos diante do universo de possibilidades oferecidas pelo avanço científico em torno da RA humana.

Poderia ser também objeto de pesquisa social a utilização e acompanhamento de equipe multidisciplinar como ferramenta de auxílio e minimização dos reflexos psicoemocionais, perspectivas e interesses do campo como, por exemplo, desenvolvidos pelo Programa de Atenção Integrada a Família (Paif), implementado pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (103,104). Tal possibilidade garantiria o direito de escolha empoderada e autônoma como objeto transformador de preconceções em relação a gestação consanguínea.

Na realidade, deveria ser empreendida uma investigação minuciosa de todos os impactos que as técnicas podem trazer à sociedade, com vistas a implementar mecanismos difusores da autonomia e do empoderamento da população envolvida. Buscando, além de garantir acesso às técnicas de reprodução humana assistida, assegurar meios educacionais, informativos e saneadores dos impactos negativos de um caso de insucesso, por exemplo. Além de possibilitar maior conscientização dos processos em que estarão envolvidos durante todo o tratamento com as técnicas de RA.

É importante frisar também que a sociedade atual, sobretudo, em países com problemas sociais graves, necessita de uma reeducação e conhecimento atualizado sobre as condições de vida e da garantia constitucional de convivência familiar de muitas crianças já nascidas no Brasil e que se encontram em situação de acolhimento ou disponíveis para adoção no Brasil.

Proporcionar meios facilitadores e esclarecedores à realização da maternidade não somente por intermédio do uso das tecnologias de RA, mas também pela inclusão do instituto jurídico da adoção, é um reforço significativo à promoção do projeto parental, já que é por meio destas ações que são estabelecidos e assegurados os direitos de escolha da vida e convivência familiar. Torna-se essencialmente importante compreender os motivos para uma convergência entre os programas de RA e a adoção em países da América Latina, em concordância com a realidade vivida nesses países, onde existem discrepâncias consideráveis de culturas e moralidades envolvidas na formação do projeto parental.

Para tanto, precisamos inicialmente conhecer a outra forma de constituição do projeto parental, que é objeto deste estudo. Assim, com o fim de elucidar as possíveis discrepâncias existentes no instituto jurídico da adoção, seguir-se-á com breve panorama geral da realidade vivenciada no campo da adoção, demonstrando um panorama histórico geral, o cenário e a perspectiva mundial, seguida do panorama atual da adoção no Brasil.

1.2 ADOÇÃO PANORAMA HISTÓRICO, CENÁRIO MUNDIAL E PERSPECTIVAS

A adoção constitui-se em uma realidade que se transforma ao longo dos tempos, que ganha contornos de acordo com as circunstâncias socioeconômicas e políticas de cada momento histórico, constituindo diversas formas do seu reconhecimento (103).

O registro mais antigo que trata da adoção é o *Código Hammurabi*, (1728–1686 a.C.), na Babilônia, considerada a primeira codificação jurídica relatada na história. O Código traz aproximadamente 282 dispositivos e em nove deles, os preceitos que deveriam ser seguidos tanto pelos pais quanto pelos filhos em caso de adoção. Em alguns casos, previam inclusive punições àqueles que desafiassem a autoridade dos pais adotivos (105). Outros povos, como os hebreus, por exemplo, acolhiam as crianças sem pais e integravam-na em sua família, constituindo o parentesco e reconhecendo-os como filhos legítimos (105). Há relatos também de povos hindus, egípcios, persas, gregos, que acolhiam crianças como filhos naturais no seio das famílias, efetivando os laços de parentesco, independentes dos laços biológicos (106).

No entanto, foram os romanos que possibilitaram o reconhecimento da adoção como forma de presunção legal e absoluta da entrada de alguém em um ente familiar já constituído (107). Para os romanos, a adoção era o ato de saída de alguém de sua família de origem e entrada em outra como filho ou filha, neto ou neta. Contudo, a entrada deste novo membro não alcançaria o patrimônio do adotante, mantendo-se o vínculo com sua família de origem, bem como, não seriam transmitidos aos filhos do adotado, ocorrendo apenas a mudança de família (108).

Eles utilizavam-se da adoção também para modificar as origens dos latinos, tornando-os cidadãos, ou plebeus em patrícios, ou patrícios em plebeus, de forma que pudesse ser garantida a continuidade do “culto doméstico e da inserção de um sucessor no ente familiar. Tal fato ocorria devido às crenças primitivas que atribuíam a necessidade da existência de um filho que pudesse dar continuidade ao culto doméstico, evitando sua extinção, à época esta concepção formava a base do ente familiar (109). Nesta mesma época as famílias germânicas não aceitavam bem a adoção e a igreja vislumbrava nesta condição um meio de mudança, utilizando-se do casamento para tal substituição (104). A própria igreja vivenciou em toda a sua

trajetória momentos onde a adoção foi o cenário principal dos acontecimentos, como por exemplo a adoção de Moisés pela filha do Faraó, no Egito (110).

Assim, surge um dos primeiros códigos relacionados com a adoção em 1683, na Dinamarca, promulgado por *Christian V*. Em seguida, logo após este período surgem o *Código Prussiano*, na Alemanha, e o *Códex Maximiliano* da Bavária em 1756. Em 1851, surgiu a primeira legislação moderna sobre adoção, aprovada no estado de Massachusetts, Estados Unidos, exigindo dos pais adotivos a capacidade de criar e educar a criança adotada (103,110).

Em 1926, a Grã-Bretanha aceita legalmente os parâmetros elaborados para uma adoção, mesmo já existindo outras formas de proteção e cuidados de suas crianças. Em 1939, na França, é introduzida a figura de legitimação adotiva, desligando o adotando de sua família de origem, com a finalidade de criar vínculos permanentes e abrangentes entre pais e filhos. A Alemanha e os países escandinavos acompanham os parâmetros das leis de adoção e da proteção francesa, cuidado e bem-estar das crianças (103,111).

A centralidade da adoção, atualmente, está na satisfação dos interesses da criança. Em termos jurídicos atuais, a adoção se resume ao acolhimento de criança ou adolescente no ente familiar, com o conseqüente reconhecimento de parentalidade, denominando-o de filho, garantindo-lhe o convívio familiar.

No entanto, não há um consenso para definir o instituto jurídico da adoção, podendo ser reconhecida como: ato solene pelo qual se cria entre o adotante e adotado relação fictícia de paternidade e filiação ou como garantia da inserção de uma criança em ambiente familiar de forma definitiva e com aquisição de vínculo jurídico próprio de filiação, nos casos em que os pais são desconhecidos, falecidos, são de alguma forma considerados indignos ou não podem ou não desejam assumir o desempenho das funções parentais (13).

Assim, entende-se por adoção o estabelecimento de vínculo legal de parentalidade e/ou maternidade com uma pessoa que, biologicamente, não é filho, mas assim passa ser considerado para todos os fins de direito. A finalidade da adoção é “proporcionar e assegurar a convivência familiar” (p.144) (3). Além de ser um “mecanismo para determinação de uma relação jurídica de filiação, através do critério socioafetivo, que possibilita a inserção de alguém em uma família sob a chancela do Estado e do Poder Judiciário”(p.1897) (3).

Tal instituto jurídico está assentado na ideia de “inserção de uma pessoa em núcleo familiar com integração efetiva e plena, garantindo a dignidade e as necessidades de desenvolvimento da personalidade, inclusive pelo prisma psíquico, educacional e afetivo” (p.1897) (13). Trata-se, portanto, de ato espontâneo e voluntário firmado na aceitação de alguém como parte da família, concedendo-lhe assistência material e moral, cercada de proteção, cuidado, zelo, sustento, educação e amor (112,113). Que pode ocorrer no âmbito nacional ou internacional devendo, para tanto, seguir alguns critérios de direitos e cuidados àquelas crianças em situação de orfandade.

Segundo a Convenção de Haia de 1993, a adoção internacional é aquela realizada por pretendente residente em país diferente daquele da criança a ser adotada. Trata-se de um instituto jurídico de ordem pública que concede à criança a possibilidade de conviver em um lar, em outro país, desde que sejam assegurados o bem-estar e a educação, dentro das normas do país do adotado e do adotante (113)

Sua finalidade está em reconhecer que para o desenvolvimento harmonioso de sua personalidade, a criança deve crescer em meio familiar, em clima de felicidade, de amor e de compreensão. Devendo atentar-se à necessidade de prever garantias para as crianças respeitando seus direitos fundamentais, além de prevenir possíveis abusos, como sequestros, venda ou o tráfico de crianças ligados a adoção internacional, por exemplo (114).

A frequência de adoção internacional aumentou após a Segunda Grande Guerra, visto o grande número de menores órfãos e sem condições de permanecerem com suas famílias. Alguns países ficaram destruídos, mas outros sofreram menos e acabaram acolhendo as crianças vítimas da orfandade causada pela Guerra. A partir daí diversos Estados foram realizando acordos, onde a adoção internacional passou a ser solução para grande parte do problema (110).

Assim, desde o século 20, milhares de crianças do Sudeste Asiático, da América Latina e África foram adotadas, principalmente por pais americanos e/ou da Europa Ocidental (110).O número de adoções, bem como os países de origem com maior índice de crianças adotadas, variou com a incidência de pobreza, guerras, desastres naturais, além de fome, doenças e orfandade em grande escala (106,110)

Os contextos sociais mais comuns que envolvem este panorama de orfandade e adoção estão relacionadas a pobreza severa a privação de direitos da família biológica da criança adotada, da privação de direitos de acesso de determinadas

crianças devido ao seu menor status social, opressão de gênero e discriminação contra crianças do sexo feminino, risco para os direitos das crianças ao conhecimento de sua história de nascimento e parentesco, risco para os direitos das crianças quanto a identificação com seu grupo étnico, cultural e nacional, e práticas que podem envolver abdução, engano, e até mesmo ilícitos como o tráfico de crianças associados ou não com a adoção internacional (106).

A forma de processamento das adoções internacionais, bem como a habilitação de residente no Brasil para adoção no exterior de crianças brasileiras é de responsabilidade das Autoridades Centrais dos Estados e do Distrito Federal (comissões estaduais judiciárias de adoção / adoção internacional), em conformidade com o Decreto nº 3.174, de 16 de setembro de 1999. A Autoridade Central Federal (ACAF) é órgão federal administrativo que tem como competência o credenciamento dos organismos nacionais e estrangeiros para adoção internacional, bem como o acompanhamento do processo pós adoção e a cooperação jurídica com as autoridades centrais estrangeiras.

A adoção como instituto legal é baseado em uma relação entre família de origem, adotante e família adotiva. No princípio, esta relação possuía uma multiplicidade de arranjos e a prática comum eram basicamente de quatro tipos, denominadas de simples ou plena e extrafamiliar ou intrafamiliar. Mas, atualmente os tipos de atos praticados são, apenas, o da adoção por familiares ou por não familiares (115).

Para este estudo não importa relatar detalhadamente as funções de cada tipo de adoção, portanto, serão apenas informados quais os tipos e como funcionam com a finalidade de um conhecimento básico sobre cada forma, descritas a seguir.

A adoção no Brasil é regida pelo poder público, em conformidade com o §5º, do art. 227, da CRFB, e mantém a função de estabelecer as condições para devida efetivação dos critérios nela estabelecidos. A legislação vigente é a Lei 13.509/2017 que alterou dispositivos da Lei nº 8.069/1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA) e demais correlatas aos cuidados com crianças e adolescentes (3). No entanto, as formas para a efetivação da adoção são conduzidas pelo ECA, em casos vinculados aos menores de 18 anos e ainda pode ser regulada pelo Código Civil em casos relacionados aos nascituros e maiores de 18 anos. Além de tais formas, há ainda os institutos da adoção “à brasileira” ou “adoção de complacência” e casos em

que alguém registra o filho de outrem como se seu fosse, sem o assentimento do poder público.

A partir do ECA, iniciou-se uma nova prática e cultura sobre a adoção no Brasil, atualmente, as práticas comuns são a **adoção “à brasileira”**, que consiste em um falso registro de nascimento do filho de outro como se próprio fosse; a **adoção *intuitu personae* ou adoção pronta**, onde os interessados recebem a criança diretamente da genitora; a **adoção unilateral**, que se dá por extensão do poder familiar; a **adoção internacional**, que é preconizada pela convenção de Haia e a adoção pautada do **cadastro de inscrições prévias** junto a Justiça da Infância e Juventude, onde ocorrem os processos de adoção com auxílio das Varas da Infância e da Juventude do país acompanhada pela atuação do Ministério Público e da Defensoria Pública (116)(115,117,118)

São requisitos essenciais para que a adoção seja efetivada pelas Varas da Infância e da Juventude no país, o consentimento dos pais, avós, irmãos e demais representantes e do adotado, a destituição do poder familiar de origem e a consequente colocação do adotado em família substituta (116,119). Tais requisitos devem ser verificados desde os casos de adoção por tutor ou curador, *intuitu personae*, estrangeiros, nascituro até aos casos de adoção de embriões e de material genético - óvulo e esperma -, na atualidade. Os efeitos da adoção alcançam a personalidade da pessoa, tais como nome, patrimônio e poder do ente familiar. Por este motivo, a adoção em conformidade ao artigo 39 §1º do ECA “é medida excepcional e irrevogável, à qual se deve recorrer apenas quando esgotados os recursos de manutenção da criança ou adolescente na família natural ou extensa” (115), portanto, este instituto possui mantêm o cuidado de realizar todas as verificações e adaptações e aquele vínculo jurídico com a família biológica jamais se restabelece, ainda que aqueles que adotaram vierem a falecer(120).

Segundo Morelli (120), os relatos mais comuns nos estudos publicados no período de 2002 a 2012 para a busca de uma adoção são: altruísmo, desejo de ser pai/mãe, medo da solidão e infertilidade. Lembra, ainda, em uma visão psicanalítica da infertilidade, a possibilidade de feridas, mesmo que inconscientes, narcísicas nas pessoas, reafirmando as ideias de vários autores que dizem ser necessário “exercer o luto pelo filho biológico que não pode vir e trabalhar angústias inerentes à infertilidade para evitar possíveis dificuldades na relação com a criança ou o adolescente adotado, favorecendo a aceitação de um filho real”(120)(p181), e lembra

que tal luto não se refere apenas à parentalidade adotiva, mas também na filiação biológica, cita-se:

Quando se atribui à família adotiva a função de substituir e imitar a biológica, incorre-se no risco de negar a história de origem da criança e suas diferenças. É preciso assimilar as especificidades desses os fatores inconscientes que movem os pais no processo de parentalidade adotiva (Schettini et al., 2006). Há de se destacar, ainda, que o luto pelo filho ideal não é exclusivo da parentalidade adotiva, também ocorre na filiação biológica.(121,122)(p181)

É, portanto, comum a idealização de um filho, e o sistema adotivo do Brasil ainda corrobora para que esta realidade seja continuamente mantida, com uma espécie de cadastro de perfis dos pretendentes à adoção de crianças/adolescentes. O sistema adotivo brasileiro denomina tal cadastro de “documentação de qualificação”. Portanto, no momento do cadastramento para adoção é disponibilizado um formulário para habilitação (anexo III), onde são colocados os dados essenciais dos pretendentes, tais como: nome, profissão, endereço, estado civil, etc, além de um rol de documentos que devem ser apresentados. Os dados específicos solicitados são o motivo de adotar, qual o tipo de composição familiar, espécie de moradia e ao final as características da criança esperada(105,123).

Esse documento é disponibilizado aos pretendentes logo que ingressam nas Varas da Infância e da Juventude em busca de informações sobre como realizar uma adoção. Em tal documento, além de apresentar dados sociais e as motivações para a realização de uma adoção, há um quadro denominado de *características da criança esperada*, contendo campos para especificação sobre aceitação e escolha da criança pelo sexo, saúde, cor e idade, se aceita portadores de necessidades especiais (PNE), grupo de irmãos e gêmeos.

1.2.1 Adoção no Brasil, atualidades, perspectivas e considerações éticas

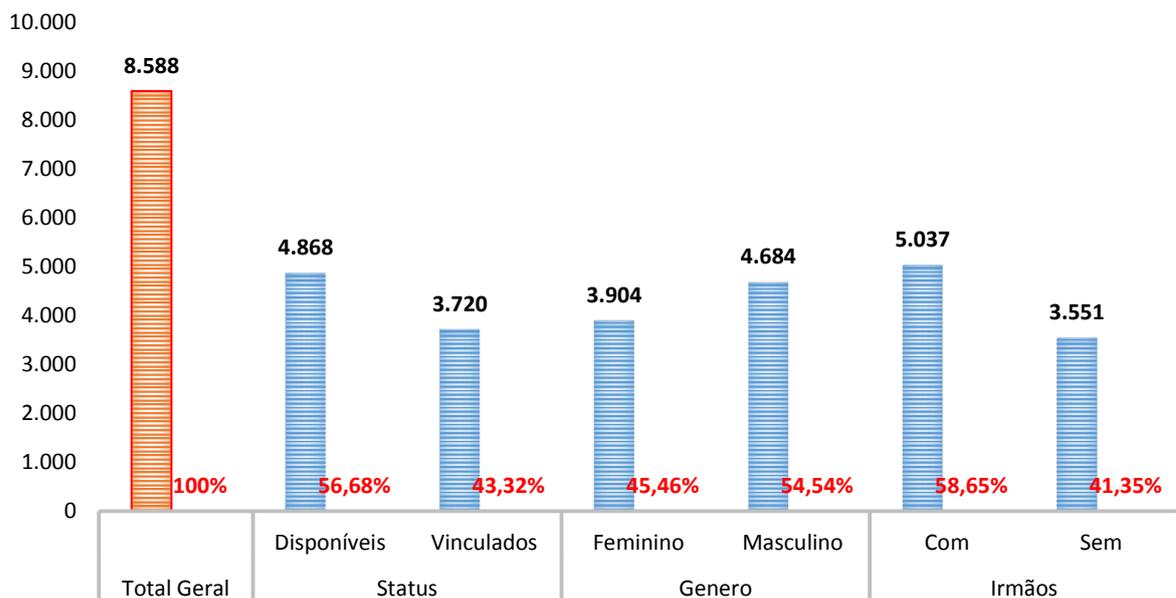
O Cadastro Nacional de Adoção (CNA), constituído a partir de 2008, atualmente é mantido dentro da estrutura do Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Sua função é

auxiliar os juízes das Varas da Infância e da Juventude (VIJ) na condução dos processos de adoção em todo o país e organizar os dados relativos aos quantitativos de crianças/adolescentes e pretendentes à adoção nacional e internacional(124).

Atualmente, o quantitativo geral de crianças cadastradas no sistema do CNA chega a aproximadamente 8.588 crianças/adolescentes, dentre as quais cerca de 4.868 crianças/adolescentes estão disponíveis para adoção e cerca de 3.720 crianças/adolescentes ainda estão vinculadas ao seu ente familiar e que, portanto, não estão disponíveis para adoção.

O número mais expressivo em relação à quantidade de crianças cadastradas refere-se à quantidade de irmãos chegando a 5.037 crianças/adolescentes. A maioria dessas crianças/adolescentes são do sexo masculino, representando cerca de 54% do total 2.192, ou 25,52%, possuem alguma espécie de doença².

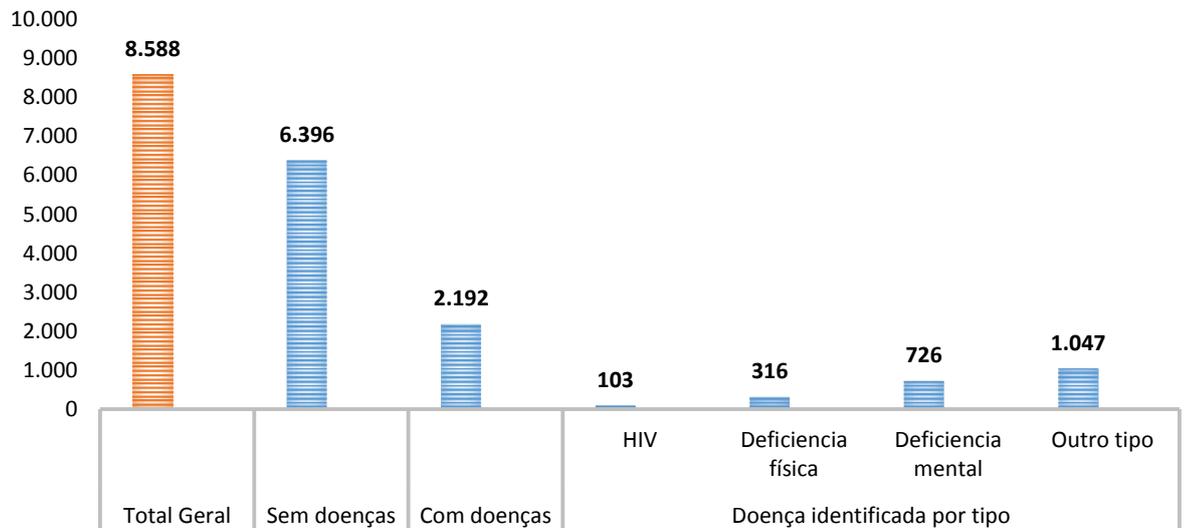
Figura 10 - Crianças cadastradas segundo os registros do CNA(125)



Fonte: Dados extraídos em 08/04/2018 no sistema do CNA (<http://www.cnj.jus.br/cnanovo/pages/publico/index.jsf>)

²Dados extraídos em 08/04/2018 no sistema do CNA (<http://www.cnj.jus.br/cnanovo/pages/publico/index.jsf>)

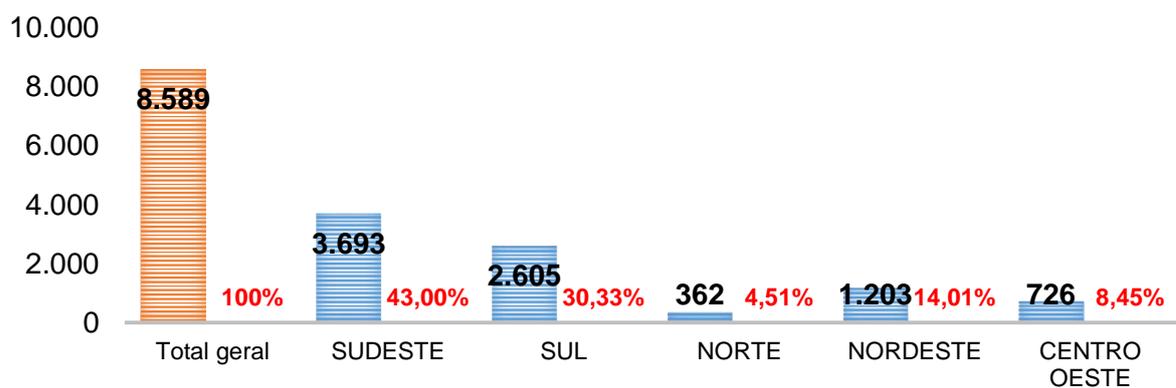
Figura 11 - Crianças cadastradas com doenças segundo o CNA (125)



Fonte: Dados extraídos em 08/04/2018 no sistema do CNA (<http://www.cnj.jus.br/cnanovo/pages/publico/index.jsf>)

O relatório do CNA³ apresenta os dados por região e por Estado/UF. Dentre as regiões, as que possuem maior representatividade de crianças cadastradas são a Sudeste, com 43%, e a Sul, em relação ao total de crianças cadastradas em todo o país (TABELA 7).

Figura 12 - Crianças cadastradas por região segundo os registros do CNA (125)



Fonte: Dados extraídos em 08/04/2018 no sistema do CNA (<http://www.cnj.jus.br/cnanovo/pages/publico/index.jsf>)

³Dados extraídos em 08/04/2018 no sistema do CNA (<http://www.cnj.jus.br/cnanovo/pages/publico/index.jsf>)

Tabela 9 Crianças cadastradas por região

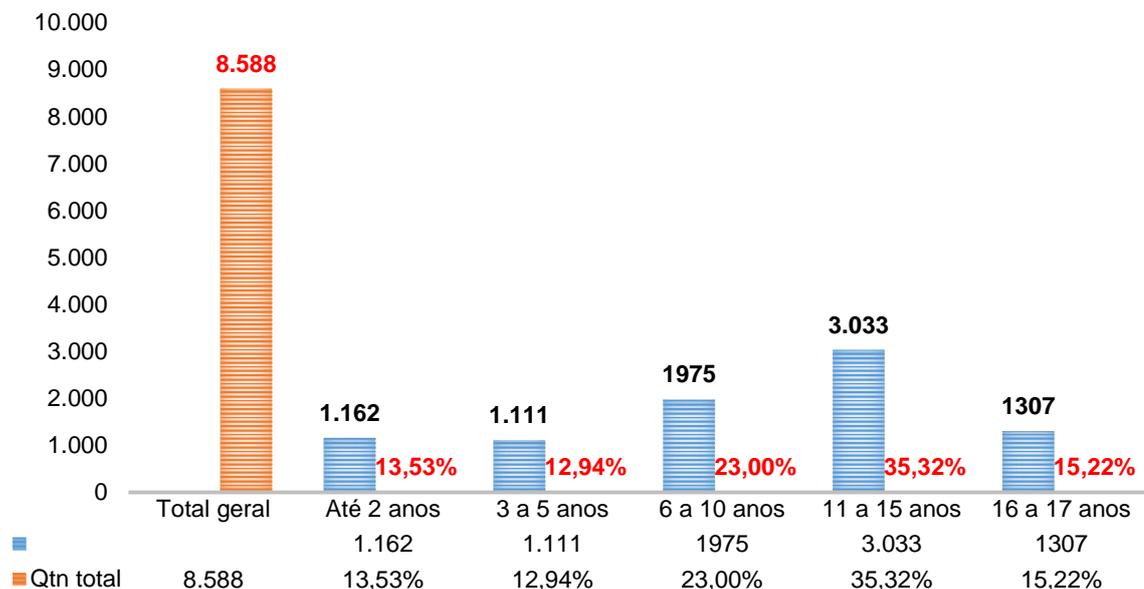
REGIÃO	UF	QTN. UF	% UF	Total região	% Região
Sudeste	ES	213	2,48%	3.693	43,00%
	MG	999	11,63%		
	RJ	733	8,53%		
	SP	1.748	20,35%		
Sul	PR	964	11,22%	2.605	30,33%
	RS	1.323	15,40%		
	SC	318	3,70%		
Norte	AC	10	0,12%	362	4,21%
	AM	63	0,73%		
	AP	63	0,73%		
	PA	100	1,16%		
	RO	72	0,84%		
	RR	4	0,05%		
	TO	50	0,58%		
Nordeste	AL	78	0,91%	1.203	14,01%
	BA	176	2,05%		
	CE	244	2,84%		
	MA	107	1,25%		
	PB	67	0,78%		
	PE	349	4,06%		
	PI	68	0,79%		
	RN	64	0,75%		
	SE	50	0,58%		
Centro Oeste	DF	195	2,27%	726	8,45%
	GO	164	1,91%		
	MS	274	3,19%		
	MT	93	1,08%		
Total geral		8.589	100,00%	8.589	100%

Fonte: Dados extraídos em 08/04/2018 no sistema do CNA
(<http://www.cnj.jus.br/cnanovo/pages/publico/index.jsf>)

Na Região Sudeste, o Estado com maior índice de crianças/adolescentes cadastrado é São Paulo, com 20,35%, seguido de Minas Gerais, com 11,63%. Na Região Sul, a maior representatividade está no Rio Grande do Sul, com 15,41% e no Paraná, com 11,22% do total de crianças/adolescentes cadastrados no sistema.

Dentre as 8.588 crianças/adolescentes cadastradas, 26,47% possuem idade entre 0 e 5 anos, e 73,53% possuem idade entre 4 e 17 anos⁴ (FIGURA 14). A maioria de tais crianças são de cor parda ou negra chegando a aproximadamente 48,85% do número total cadastrados⁵. Segundo o IBGE esta diferenciação está associada apenas a forma com que a pessoa se vê em relação a sua cor, e entende que o negro seria a soma das pessoas que se auto declaram “pardas” e “pretas”. Portanto, não se trata de uma especificação física, biológica que se baseia no genótipo. Devendo ser entendida a partir da auto identificação que cada pessoa se reconhece (126).

Figura 13 - Crianças por faixa etária segundo os registros do CNA (121)



Fonte: Dados extraídos em 08/04/2018 no sistema do CNA (<http://www.cnj.jus.br/cnanovo/pages/publico/index.jsf>)

⁴Dados extraídos em 08/04/2018 no sistema do CNA (<http://www.cnj.jus.br/cnanovo/pages/publico/index.jsf>)

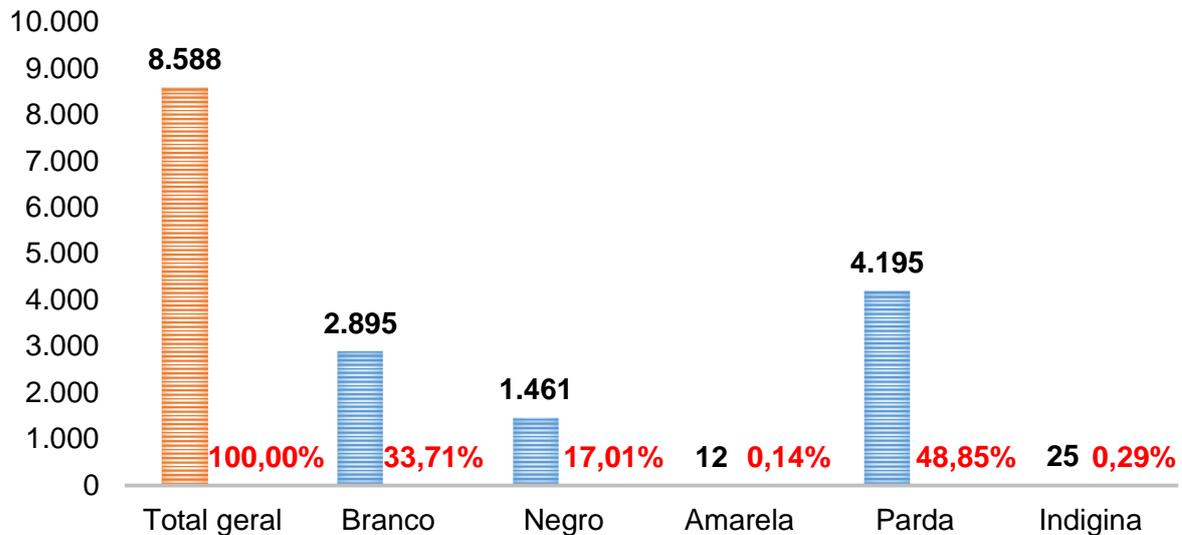
⁵Dados extraídos em 08/04/2018 no sistema do CNA (<http://www.cnj.jus.br/cnanovo/pages/publico/index.jsf>)

Tabela 10 Total de crianças por idade

Idade geral	Idade	Qtn.	%	Qtn. Total	% total	
Até 2 anos	0	303	3,53%	1.162	13,53%	26,47%
	1	451	5,25%			
	2	408	4,75%			
3 a 5 anos	3	377	4,39%	1.111	12,94%	
	4	365	4,25%			
	5	369	4,30%			
6 a 10 anos	6	361	4,20%	1975	23,00%	
	7	378	4,40%			
	8	385	4,48%			
	9	434	5,05%			
	10	417	4,86%			
11 a 15 anos	11	502	5,85%	3.033	35,32%	73,53%
	12	595	6,93%			
	13	613	7,14%			
	14	636	7,41%			
	15	687	8,00%			
16 a 17 anos	16	715	8,33%	1307	15,22%	
	17	592	6,89%			
Total geral		8.588		100%		

Fonte: Dados extraídos em 08/04/2018 no sistema do CNA (<http://www.cnj.jus.br/cnanovo/pages/publico/index.jsf>)

Figura 14 Crianças por cor segundo os registros do CNA (125).



Fonte: Dados extraídos em 08/04/2018 no sistema do CNA (<http://www.cnj.jus.br/cnanovo/pages/publico/index.jsf>)

Os dados apresentados pelo CNA, informam que as crianças cadastradas acima da faixa etária de 5 anos de idade são da cor parda, possuem irmãos e alguma espécie de doença. Raramente estas crianças serão “escolhidas” nos critérios de busca por um filho adotivo. Tal informação não está disponível nos relatórios. Chega-se a esta conclusão por meio de uma simples análise do quantitativo de crianças e do quantitativo de pretendentes e suas preferências.

É comum que os pretendentes cadastrados brasileiros optem por um perfil de crianças do gênero feminino, com representatividade de 27,46% das preferências; sem irmãos, com representatividade de 64,33% das preferências; sem doenças, com representatividade de 63,29% das preferências; e da cor branca, com representatividade de 17,08% das preferências.

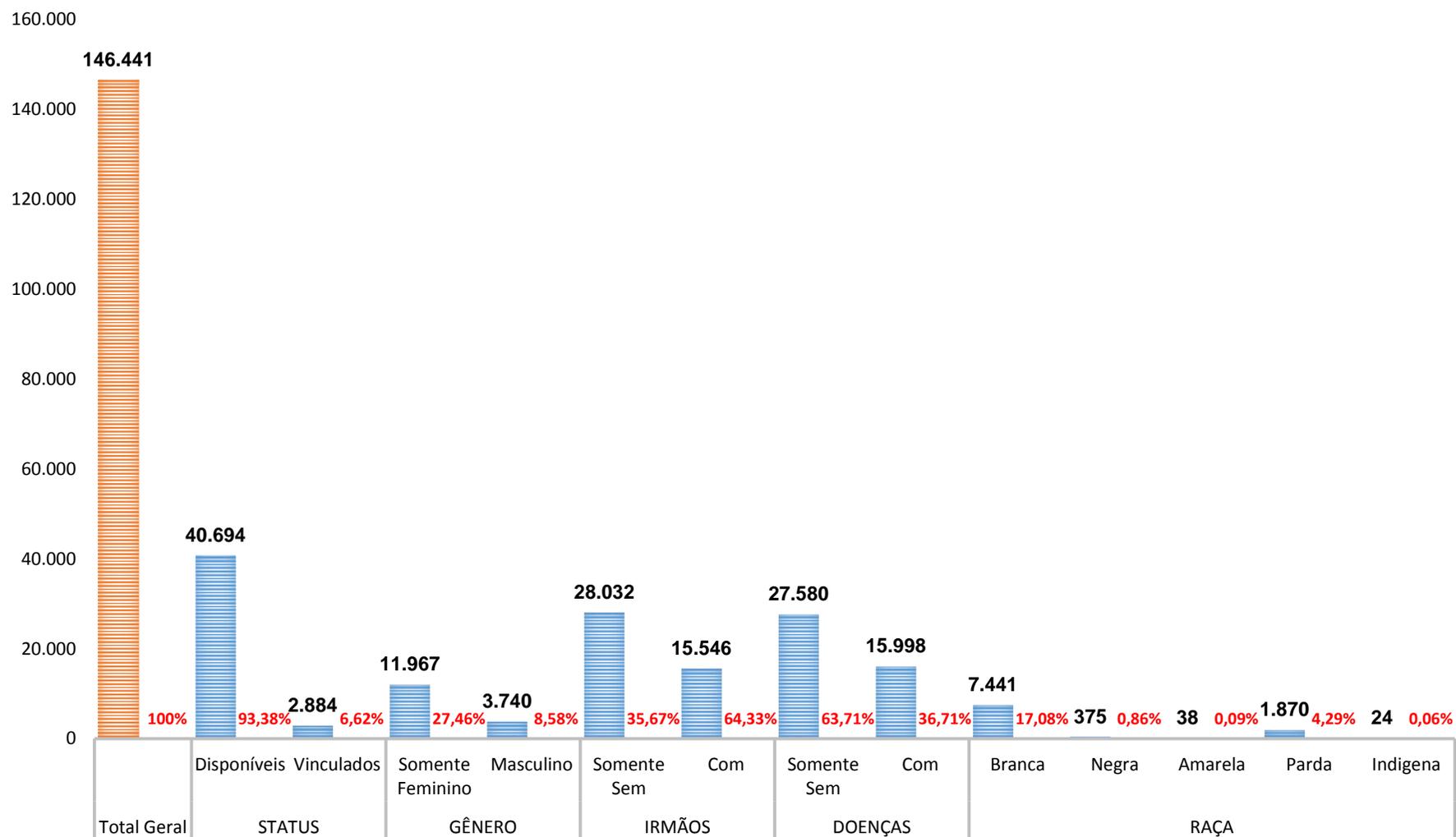
É tendenciosa, também, a procura por crianças na faixa etária de 0 a 3 anos, com representatividade de 48,50% das preferências; e na faixa etária de 4 a 6 anos, com representatividade de 38,52% das preferências. Em outras palavras, 87,02% dos pretendentes a pais adotivos preferem crianças na faixa etária de 0 a 6 anos de idade⁶.

Há diversas pessoas em busca de uma adoção, e tais pretendentes independente das aspirações, medos e quaisquer outras variáveis que estes pretendentes utilizam para justificar a formulação de um perfil desejado podem

⁶Dados extraídos em 08/04/2018 no sistema do CNA (<http://www.cnj.jus.br/cnanovo/pages/publico/index.jsf>)

conhecer e pensar que existem milhares de crianças nas instituições desejando uma família substituta que sequer possuem conhecimento de suas origens ou compreendem o abandono vivido.

Figura 15 Relatório de dados dos pretendentes à Adoção, segundo CNA



Fonte: Dados extraídos em 08/04/2018 no sistema do CNA (<http://www.cnj.jus.br/cnanovo/pages/publico/index.jsf>)

Com isto, passa-se a entender também as motivações envolvidas nas raríssimas adoções inter-raciais, de portadores de deficiência e de crianças maiores, indicando que talvez exista uma busca pela substituição do filho biológico idealizado, mantendo de alguma forma o processo adotivo como um segredo, trazendo consigo um conceito distorcido de filiação, parentesco e da maternidade (123,127)

Segundo Weber (127), as motivações implícitas dentro deste desencontro de segmentos de perfil de crianças e adolescentes institucionalizados disponíveis e postulantes à adoção estão cercadas por determinantes bem definidos, dos quais o principal está vinculado ao preconceito, principalmente no Brasil, seja ele consciente ou não (127).No estudo, a autora demonstra que “estes preconceitos são tão arraigados e tão fortes que interpõem-se até mesmo no discurso e nas ações de pais e filhos adotivos” (p.3) (127) e elenca 13 opiniões despendidas entre a população pesquisada que merecem considerações e reflexões profundas, tendo em vista a caracterização e vínculo meramente pré-definido por conceitos distorcidos e irrealis, cita-se:

“Dentre a população pesquisada as principais opiniões são:

- 1. teriam medo de adotar crianças mais velhas (acima de 6 anos) pela dificuldade na educação;*
- 2. teriam medo de adotar crianças de cor diferente da sua, pelo "preconceito dos outros";*
- 3. teriam medo de adotar crianças com problemas de saúde pela incapacidade de lidar com a situação e pelas despesas altas que teriam;*
- 4. teriam medo de adotar uma criança que viveu muito tempo em orfanato pelos "vícios" que traria consigo;*
- 5. medo de que os pais biológicos possam requerer a criança de volta;*
- 6. medo de adotar crianças sem saber a origem de seus pais biológicos, pois a "marginalidade" dos pais seria transmitida geneticamente;*
- 7. culpabilizam somente os pais pelo internamento e abandono dos filhos e pensam que o governo deveria controlar o número de filhos, principalmente em mulheres pobres;*
- 8. pensam que uma criança adotada, cedo ou tarde, traz problemas;*

9. acreditam que a adoção visa primordialmente o adotante e não a criança, sendo um último recurso para pessoas que não conseguem ter filhos biológicos;

10. acreditam que a adoção pode servir como algo para "desbloquear algum fator psicológico" e tentar ter filhos naturais;

11. acham que quando a criança não sabe que é adotiva ocorrem menos problemas, assim, deve-se adotar bebês e "fazer de conta" que é uma família natural;

12. acham que as adoções realizadas através dos Juizados são demoradas, discriminatórias e burocráticas e recorreriam à adoção "à brasileira" caso decidissem adotar;

13. consideram que somente os laços de sangue são "fortes e verdadeiros"(127)(p.3) g.p

Cabe destacar algumas considerações presentes neste rol de opiniões que são importantes para a discussão bioética que se pretende neste estudo, das quais destaco: transmissão genética da marginalidade dos pais, o medo da opinião social em relação a cor, o medo de que a criança possa vir com "vícios" trazidos pela condição de abrigo em orfanatos, a crença de que a adoção pode servir como desbloqueio psicológico para se alcançar a maternidade biológica(127).

Este estudo evidencia mais ainda a pretensão dos pretendentes a pais adotivos da ocultação das relações adotivas, buscando simetrias físicas para preservar uma concepção cultural, conceitual e psicológica de parentalidade, que é ultrapassada e necessita de atualização, inclusive educativa. É importante frisar também que a sociedade atual, sobretudo em países com problemas sociais graves, necessita de uma reeducação e conhecimento atualizado sobre a qualidade de vida e ausência de observação da garantia constitucional de convivência familiar de muitas crianças já nascidas e que se encontram em situação de acolhimento ou disponíveis para adoção no País.

A realidade de crianças aptas à adoção não acompanha o interesse dos pretendentes. Este dado é significativo e bastante expressivo, pois demonstra a total alienação dos pretendentes cadastrados em relação a realidade atual do sistema adotivo do País, demonstrando a necessidade de informação ampla e atual sobre o papel dos pais e do ente familiar.

Retrata, ainda, o estímulo que o poder público deve despender para manter a equidade, paridade e simetria entre o desejo dos pretendentes e a realidade de crianças/adolescentes disponíveis no Sistema. Esbarra também, no desafio de manter o fornecimento adequado à convivência familiar e a ausência de adversidades nas sociedades atuais, bem como na guarda dos direitos à educação, saúde, lazer, etc; garantidos constitucionalmente e que devem ser abrangidos enquanto o Estado for o tutor dessas crianças.

Vale ressaltar que tais garantias são asseguradas somente até a maioridade dessas crianças e, quando alcançam a vida adulta, o Estado não terá mais obrigações diretas com estas crianças. Em uma realidade de pobreza e desigualdade como a do Brasil, esta pessoa torna-se mais propensa aos efeitos da desigualdade, tendo em vista as impossibilidades vividas em relação à ausência de melhores condições de vida, ensino, saúde, por exemplo (123).

Dentro deste cenário de procura e demanda de crianças no sistema adotivo, fica claro que a maior parte delas se enquadram no perfil que provavelmente não serão procurados pelos pretendentes. Demonstra, também o total desconhecimento dos pretendentes em relação a realidade do sistema adotivo no país, descartando previamente a chance de vivenciarem a experiência da maternidade em detrimento a uma cultura de mitos, preconceitos e fantasias relacionados à existência de um “instinto de amor materno” ou da importância “da descendência de sangue”, ocasionando uma confusão e discriminação entre a paternidade biológica e adotiva, atribuindo maior relevância à primeira (128).

De fato, tanto a RA quanto a Adoção, possuem exatamente a mesma importância e a mesma essência, sendo partes de contingências díspares apenas, mas que deveriam estar em plena convergência e simetria. O que se percebe é que as generalizações cotidianas, a falta de preparo e reflexão anterior, parecem ser determinantes e geradores do temor à perda da função familiar, fortalecendo os mitos relacionados aos laços (127,128)

A falta de reflexão sobre o tema não é exclusividade dos pais pretendentes a adoção, há uma carência cultural, estrutural e fomentada à adoção no País. Tal situação é latente, tendo em vista a ausência de discussões frequentes quanto às reflexões que envolvam questões sociais, éticas, e polêmicas relacionadas com adoção. A maioria das publicações acadêmicas nacionais relatam e discutem a

adoção em uma perspectiva técnica e jurídica e raramente são objeto de estudo no âmbito ético ou bioético, englobando as questões sociais e tecnológicas em conjunto.

Por acreditar que este tema é de suma importância, faz-se necessário uma reflexão aprofundada das motivações do Estado e da sociedade ao estímulo evidente no uso e submissão dos procedimentos tecnológicos de RA distanciadas da existência de realização do projeto parental pela via da adoção, já que ambas constituem o mesmo papel na sociedade atual que é a formação e realização do projeto parental.

Como visto, até o momento foi relatado e apresentado o problema que será discutido nesta dissertação, bem como os aspectos que nortearam os questionamentos, as discussões e reflexões sobre os acontecimentos sociais que permeiam a RA e a adoção no Brasil.

Em seguida passaremos a apresentar a perspectiva bioética com a qual pensaremos o problema desta dissertação e suas possíveis soluções. Iniciaremos com um breve histórico da Bioética e suas e suas perspectivas contra hegemônicas em seguida, falaremos sobre a trajetória da bioética latino-americana até chegarmos a visão da Bioética Crítica.

CAPÍTULO 2 - REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A PERSPECTIVA LATINO-AMERICANA DE BIOÉTICA E SUAS PROPOSTAS CONTRA- HEGEMÔNICAS.

A Bioética surge nos anos setenta do século XX, nos Estados Unidos, em um contexto de crise entre a sociedade e poderes estabelecidos e entre lutas por liberdades de minorias, como os negros e os grupos LGBT. Este novo campo surge, inicialmente, com a proposta de ligação entre as ciências biomédicas e as ciências humanas, porém, alguns autores “sustentaram a ideia de que, sem uma reflexão ética, essas ciências poderiam ser aplicadas de forma a causar males para os seres humanos e o planeta” (p.171) 14.

Diante destas preocupações, a Bioética se desenvolve e passa a ser delineada. Segundo Garrafa (97), quatro momentos específicos formulam os marcos essenciais à Bioética: a fundação, onde são estabelecidas bases conceituais ao novo campo; a expansão e consolidação, que ocorreu em meados da década de 80, com a declaração dos quatro princípios bioéticos básicos; a revisão crítica, que ocorreu mais tarde dentre os 1990 até 2005; e a etapa de ampliação conceitual, que se deu após a publicação da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos da Unesco (97).

Duas correntes distintas foram essenciais para consolidação destas etapas, a primeira delas e mais ampla, defendida por Potter (129), clamava por uma maior responsabilidade da ciência para com a sobrevivência humana e do ambiente e outra, defendida por Hellegers (89), propunha restringir o novo campo a uma ética aplicada aos novos desafios que se apresentavam com o avanço das tecnologias biomédicas, em especial a própria reprodução humana.

No entanto, a disseminação mundial da Bioética ocorre com a publicação do livro *Principles of Biomedical Ethics*, em 1979, onde Beauchamp e Childress (130) propuseram a ampliação dos princípios expressos no Relatório Belmont (131), acrescentando o princípio da não maleficência, na tentativa de resolução de conflitos éticos, em favor dos voluntários participantes de pesquisas (130).

O modelo desenvolvido por Beauchamp e Childress, no final dos anos 70, ficou conhecido como Principlismo (130) e se fundamentou principalmente na moralidade comum americana, como fonte última de normas morais as quais seriam uma espécie

de um instrumento de pensamento acessível e prático para análise dos conflitos surgidos no campo bioético.

O modelo principialista sugeria uma intermediação nas relações entre profissionais de saúde e pacientes em torno do uso de novas tecnologias, baseada em uma justificação moral por meio do balanço entre quatro princípios pré-estabelecidos: respeito à autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, mas tendo como pano de fundo, a filosofia liberal na compreensão do sentido desses princípios (130,132). Este modelo contribuiu para uma sedimentação da Bioética, como uma disciplina destinada à assistência e mediação de conflitos interpessoais. No entanto, possuía limitações frente à crescente multiplicidade e complexidade das questões no mundo.

Assim, alguns anos mais tarde surgiu outro modelo, com ainda mais forte conteúdo neoliberal, defendendo serviços privados de saúde e propondo uma discussão moral sobre acesso e qualidade de atenção, tomando em consideração a contratação que o indivíduo fez de serviços e condenando moralmente o pagamento de impostos de quem tem mais recursos, para possibilitar assistência a quem tem menos. Essa perspectiva neoliberal radical de Engelhardt (133) também teve grande repercussão e foi o primeiro livro de Bioética traduzido no Brasil.

Nas décadas seguintes, o modelo principialista recebe diversas críticas, as quais apontavam, principalmente, que os princípios quando aplicados partiam de pressupostos superficiais, realizando uma análise muito rasa do contexto sociocultural em que se davam os conflitos, pois eram concretizadas sem considerar a diversidade cultural, os valores sociais e as formas de vida. A crítica pairou, também, sobre a existência de um falso equilíbrio entre principialismo que, ora privilegiava uma compreensão demasiado liberal de autonomia, ora atrelava a justiça aos limites de um sistema de saúde baseado na mercantilização dos serviços (132,134–137).

Contudo, este modelo, ainda hoje, persiste e continua sendo o mais conhecido em todo mundo. Seus quatro princípios chegam a ser definidos, em alguns textos, como os princípios norteadores da Bioética, esquecendo-se que esse campo do saber não deve ser compreendido em uma visão única, mas, sim, de forma abrangente compreendendo-a em sua diversidade, implícita. Portanto, deve-se considerar que não existe uma só forma de compreender esse novo campo de saber.

Assim sendo, é possível concluir que a construção de uma hegemonia de teorias bioéticas vindas do Centro, dos países responsáveis pelos meios de produção

das novas biotecnologias, medicamentos e insumos de saúde, constitui um dispositivo normalizador da aceitação das formas de produção e distribuição de tecnologias, onde o mercado tem papel fundamental, seja para o meio do desembolso privado de indivíduos, seja por meio da aquisição por Estados, visando o acesso dentro dos sistemas locais de saúde.

As bioéticas latino-americanas surgiram exatamente para se contrapor à hegemonia, considerando seus próprios contextos de ampla desigualdade social e injustiça no acesso de bens e serviços de saúde, historicamente construídos.

A produção latino-americana em Bioética se fundamentou em um arcabouço epistemológico capaz de suprir as particularidades de seus contextos, bem como de seus principais problemas éticos em torno da saúde e da sociedade. Esta construção se dá centrada no respeito aos direitos humanos, na construção de solidariedade social dirigida à emancipação dos grupos socialmente vulneráveis, na reivindicação das responsabilidades do Estado e de empresas, no restabelecimento da participação social nas decisões que envolvem indivíduos e coletividades e demais demandas sociais.

Assim, as discussões bioéticas vivenciadas no contexto latino-americano se afastam de uma perspectiva hegemônica que ignora a desigualdade social entre pessoas e povos, em busca de formas para a desconcentração das estruturas de poder dos países centrais, que produzem, vendem e distribuem as novas tecnologias para o mundo, mais principalmente aos países do sul (14).

Portanto, tornaram-se conteúdos centrais da perspectiva latino-americana em Bioética, também conhecida, por alguns, como Bioética Social (138), as preocupações com os grupos sociais excluídos, com a diversidade etno-cultural, com as ações programáticas do Estado e suas políticas públicas, com a desigualdade de poder entre os países no processo de globalização, com o aprofundamento nas análises das relações entre Estado e mercado na produção e distribuição justa de tecnologias, considerando tanto tecnologias antigas como os 20 (vinte) medicamentos classificados como essenciais pela OMS, e que ainda não chegam à grande parte da população mundial, quanto as tecnologias de última geração.

Todos esses enfrentamentos estão presentes nos modelos bioéticos desenvolvidos desde o Sul, tais como: a Bioética de Intervenção de Garrafa e Porto (139); Bioética de Proteção de Schramm e Kottow (140); Bioética centrada nos Direitos Humanos de Oliveira (141) e Andorno (142), e mais recentemente a Bioética

Crítica de Lorenzo (15) e Cunha (16). Todos os modelos desenvolvidos pelos autores buscam alguma forma de justiça social, abrangendo as condições de vida e as realidades dos países do Sul.

A aprovação do texto final da DUBDH representa a maior vitória no plano internacional das perspectivas teóricas latino-americanas, uma vez que muitas das teses defendidas pelos países periféricos - de respeito aos diversos contextos culturais, responsabilidade sanitária dos Estados, distribuição justa dos benefícios gerados pelos avanços tecnocientíficos, por exemplo - foram, por aquele ato, confirmadas e passaram a ser internacionalmente reconhecidas (143).

Diante deste panorama geral sobre a Bioética latino-americana e por entender que a presente dissertação necessita de uma fundamentação teórica voltada para discutir os problemas sociais, as responsabilidades do Estado e o justo acesso aos benefícios das biotecnologias empregadas em saúde e sociedade, é escolhido como referencial teórico a Bioética Crítica de Lorenzo (15) e Cunha (16), uma caixa de ferramentas mais adequada que passaremos a apresentar sucintamente, nas próximas páginas.

2.2 A Bioética Crítica

Segundo Nobre (144), uma teoria possui duas vertentes principais, uma onde um tema ou assunto pretende explicar “como as coisas são dentro de uma hipótese ou um conjunto de argumentos adequados, com a função de explicar ou compreender um determinado fenômeno ou uma determinada conexão de fenômenos” (p.17)(144), e outra voltada a dar explicações e previsões de “eventos futuros, ou então de compreender os eventos no mundo de tal maneira a produzir também prognósticos a partir das conexões significativas encontradas” (p.17)(144). Em um outro sentido, este prognóstico teórico pode “se contrapor à prática, segundo a ideia de que há uma diferença qualitativa entre o como as coisas são e o como as coisas deveriam ser” (p.18)(144).

O autor afirma que a prática não é a aplicação da teoria, mas, sim a aplicação de um conjunto de ideias norteadoras de ações e princípios empregados na transformação da vida no mundo. Assim, uma teoria pode estar ligada aos fenômenos de descrição dos acontecimentos, demonstrando como as coisas são. E de relatos

mais complexos demonstrando como as coisas deveriam ser, estabelecendo, assim, um canal entre a teoria e a prática. É nesta perspectiva que pretendemos apresentar a Bioética Crítica, e para isso será necessário tecer algumas considerações sobre a própria Teoria Crítica, sobre a qual essa nova proposta se estrutura (144).

Ao iniciar, é importante ressaltar que Teoria Crítica não se refere a toda e qualquer crítica social. Ela é uma construção teórica específica, que teve o início de sua produção ligada ao Instituto de Pesquisa Social de Frankfurt, nas primeiras décadas do século XX, onde intelectuais de diversas áreas se reuniram para aplicar elementos da teoria social e filosófica de Karl Marx a diversos campos de conhecimento e seus problemas práticos, trazendo por isso algumas diretrizes próprias que a distinguem de outras críticas sociais na abordagem de problemas práticos (144).

Entre os elementos analíticos principais da Teoria Crítica, poderíamos destacar quatro diretrizes centrais: 1. A negação da neutralidade da ciência, considerando-a como elemento nascido do ideal de dominação sobre a natureza e outros seres humanos; 2. A história como base fundamental para a compreensão dos fenômenos sociais; 3. A construção de uma nova ciência compromissada com a emancipação dos povos e grupos sociais excluídos pela forma de desenvolvimento capitalista; e 4. Os fenômenos sociais promotores de injustiça como processos dinâmicos, passíveis de transformação, sobre os quais a definição e aplicação de vias de investigação das transformações necessárias para a alteração desta realidade é uma tarefa central (124).

A Teoria Crítica identificou, de forma muito contundente, como a produção de conhecimento por uma ciência criada e desenvolvida para o exercício da dominação vinculou-se à produção de poder em sociedades tecnocientíficas. Nessa forma de produção de saber, ele deve poder se transformar em produto, onde natureza e seres humanos tornam-se coisas, alienados de suas próprias realidades. Estabelece-se uma valoração distinta aos trabalhos que envolvem principalmente atividades físicas e àqueles preferencialmente ligados à atividade intelectual, o que teria produzido a divisão da humanidade em seres de duas categorias: uma superior, destinada ao trabalho intelectual e ao consumo de bens; e outra inferior, destinada ao trabalho físico e a produção de bens.

Este fato é o que marca a estrutura social da modernidade, que substituiu as formas arcaicas de servidão, tais como o escravismo, por uma divisão de classes com

baixa mobilidade, sustentadas pelas formas de emprego na indústria, comércio e agricultura, e resguardado pelo aparato burocrático do Estado (145).

Em síntese, a Teoria Crítica, busca a compreensão das ações estratégicas dos poderes políticos e econômicos responsáveis pelas injustiças e vulnerabilidades dos seres humanos e ambiente, com o intuito de elaborar ações emancipatórias, considerando, obviamente, as condições sociais da aplicação das ações propostas às diversas realidades.

A Bioética Crítica foi construída, então, considerando que os conflitos éticos locais em torno da saúde trazem sempre uma vinculação de dimensão global pelo fato de que as desigualdades sociais e econômicas nos diversos países, bem como a definição dos países produtores de tecnologias e dos que meramente as consome, serem historicamente provocadas pela forma de organização da ordem mundial que afeta a todos.

Neste sentido, a Bioética Crítica toma como parâmetros analíticos para sua investigação e reflexão as quatro diretrizes centrais da Teoria Crítica, anunciadas alguns parágrafos acima. Para ela, os conflitos éticos no campo da saúde, sejam eles ligados à produção e uso de novas tecnologias, sejam eles decorrentes das injustiças e exclusão envolvendo indivíduos e coletividades, devem ser considerados na mesma proporção que os fenômenos sociais, passíveis não apenas de compreensão, mas também de transformação. A análise da produção científica e do comportamento de cientistas e instituições, devem considerar a influência do mercado na definição dos interesses científicos, os quais, neste contexto, não buscam, obviamente em primeiro plano, o bem-estar social, mas o retorno dos investimentos nas formas convencionais das leis de produção, livre comércio e lucro.

A tarefa principal da Bioética Crítica não está, portanto, na mediação de conflitos éticos interpessoais em torno de práticas científicas e de saúde, mas sim na compreensão histórica e social dos processos e contextos implicados na geração desses conflitos. O que significa, por exemplo, a necessidade de analisar os interesses de indústrias biotecnológicas, os contextos econômicos locais, e a conduta de Estados e governos em relação ao problema em foco (15).

Nesta perspectiva, uma importante contribuição à robustez teórica da Bioética Crítica foi o desenvolvimento da tese de doutoramento do Prof. Thiago Cunha, no Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília, a partir da qual foi incorporado à Bioética Crítica, o pensamento de Robert Cox sobre o sistema-

mundo moderno e, além disso, foram também aprofundadas as articulações os conteúdos da Teoria Crítica com os Estudos da Colonialidade (16).

Robert Cox é um cientista político canadense, que, apesar de não se anunciar como filiado à Escola de Frankfurt, tem um trabalho teórico muito vinculado a esta corrente do pensamento, com o qual ele contribuiu, sobretudo no campo das relações internacionais e da economia global (146).

Também de forma bem atrelada à Teoria Crítica, tomará esta ordem como fenômeno passível de transformação e que vai além da sua mera descrição ou explicação e busca investigar as forças que a compõem, para encontrar a partir da modificação destas forças o caminho para a transformação emancipatória (146). As categorias que ele desenvolve no exame das forças que estruturam a ordem mundial vigente tornam-se centrais para as reflexões e proposições produzidas pela Bioética Crítica, sempre que ela se propuser a investigar conflitos éticos que podem ter origem ou ser mais diretamente influenciadas por essa ordem mundial.

A Bioética Crítica passa, então, a englobar o modelo Coxiano (146) de análise baseado na investigação das forças que estruturam historicamente o poder na conformação da ordem mundial, pela relação entre Estados e mercado, bem como a compreensão de como essa ordem gera as divisões da sociedade civil, e o funcionamento da ordem para privilegiar as classes dominantes, agora globalizadas em padrões estéticos, econômicos e políticos.

Dessa forma, três forças principais são consideradas na conformação da ordem mundial: as capacidades materiais, as ideias e as instituições (147). Descreveremos a seguir cada uma delas e a forma como são absorvidas pela Bioética Crítica.

As capacidades materiais se referem a recursos e meios de produção dominadas por determinadas classes. Elas constituem o elemento central do desenvolvimento econômico. Dessa forma, é próprio da ordem mundial o fluxo de matéria prima dos países periféricos para os países centrais e o fluxo de produtos industrializados dos países centrais para os periféricos. No campo das tecnologias em saúde, isso gera uma quase incontornável dependência na produção de medicamentos, insumos, equipamentos e procedimentos tecnológicos. Dependência esta que é normatizada, ainda, pela própria relação de poder entre os países e pela influência dos detentores dessas capacidades sobre a organização político em níveis globais e locais.

As ideias constituem as racionalidades, os discursos e valores a partir dos quais a dominação e reprodução das capacidades materiais bem como os atributos e condutas das instituições se definem e se justificam. Cox identifica duas categorias especialmente importantes de ideias: as intersubjetivas, que fundamentam relações sociais e definem modos de vida e comportamento, entre as quais podemos identificar, por exemplo, o racismo, ou o sexismo⁷; e aquilo que ele chama de imagens coletivas, espécies de ideias compartilhadas que influenciam as estruturas sociais e sustentam as relações de poder dentro dessas estruturas, dentre as quais se poderia exemplificar o próprio racismo em sua dimensão estrutural, as relações de gênero e a naturalização da existência de ricos e pobres.

Já as instituições são tomadas por Cox, em nível global, como organizações que definem os interesses direcionam e examinam as políticas globais, como por exemplo a Organização Mundial da Saúde, o Fundo Monetário Internacional ou Banco Mundial. Na Bioética Crítica, são consideradas também todas as instituições públicas ou privadas que atuam na oferta de serviços, atendem ou influenciam as políticas públicas locais.

A dominação dessas forças, seja por classes sociais privilegiadas globalizadas, seja por Estados concentradores de poder, é o que irá conformar as hegemonias, o que seria ainda agravado pelo processo de globalização, que provocou uma espécie de internacionalização dos Estados nacionais, os quais passaram a ser obrigados a seguir as políticas econômicas capitaneadas pelas instituições internacionais regidas por um pequeno grupo de países e indivíduos em posição de poder.

Para a Bioética Crítica, uma quantidade muito grande de conflitos éticos no campo da saúde, em especial, aqueles envolvidos em ética da pesquisa com seres humanos, uso de novas biotecnologias, distribuição de recursos em saúde pública e organização da oferta de serviços de atenção à saúde são provocados por essa dominação das forças que compõem a ordem mundial.

Com o intuito de pensar uma revitalização da sociedade civil como meio de reconfiguração dessas forças e estabelecimento de uma nova ordem mundial justa e emancipatória, Cox se propõe a estudar a influência da globalização e sua consequente internacionalização dos Estados na construção das hierarquias sociais. Neste sentido, ele classifica três posições hierárquicas de grupos sociais: no ponto

⁷Atitude de discriminação fundamentada no sexo.

mais alto dessa hierarquia está o grupo dos "integrados", o grupo que concentra riqueza e poder e que são proprietários ou mandantes dos setores privilegiados públicos ou privados da economia global, ou ainda que são preferencialmente servidas por eles; no ponto intermediário encontram-se os grupos dos "precarizados" aqueles que não influenciam decisões, e servem com seu trabalho, em geral fácil de ser substituído dado o excedente de mão de obra em relação a postos de trabalho, e que vivem com padrões instáveis de renda e segurança; e finalmente no ponto mais baixo, encontram-se os grupos dos "excluídos", aqueles com maiores dificuldades de se integrar à ordem econômica, que vivem em situação de pobreza extrema, estão quase invariavelmente desempregados ou exercendo trabalhos informais de baixa remuneração, ou ainda as populações inteiras que vivem em países que não despertam nenhum interesse para o sistema produtivo e financeiro estabelecido pela ordem mundial (148).

A pequena descrição que foi feita de alguns elementos da Teoria Crítica de Robert Cox, demonstra sua pertinência para Bioética Crítica, na medida em que a solução daqueles conflitos que implicam produção e comercialização e distribuição de tecnologias em contextos de grandes disparidades sociais, ou organização de serviços e distribuição de recursos, passa pela investigação da configuração das forças inerentes à ordem mundial, as quais provocam o conflito em análise e a proposição da transformação da configuração dessas forças passa também pelo exame dos três tipos grupos sociais envolvidos no conflito e pelo fortalecimento da sociedade civil, de forma a poder influenciar as ações dos Estados.

Entretanto, a realidade social, as características culturais e as questões raciais que envolvem os diversos povos do Sul, bem como as relações de poder com os países do Norte, produtores de tecnologias, e regentes da ordem mundial, impuseram à Bioética Crítica a necessidade de compreender melhor essas relações que envolvem saber e poder, a partir de elementos de teorias sociais produzidas no Sul, a partir da experiência do sofrimento da dominação geopolítica, condição não vivenciada pelos intelectuais do Norte, responsáveis pelas teorias até então incorporadas. Daí a necessidade de aproximação da Bioética Crítica com os Estudos da Colonialidade.

Fazer uma descrição detalhada dos Estudos da Colonialidade ultrapassaria a finalidade do presente capítulo. Assim, nós iremos destacar aqui alguns conteúdos que foram incorporados à Bioética Crítica e que nos ajudarão, no capítulo seguinte, a

pensar o problema da atuação do Estado brasileiro na garantia do direito ao projeto parental.

Nascimento e Garrafa (149) produziram no Brasil a primeira incorporação dos Estudos da Colonialidade em uma teoria bioética - na Bioética de Intervenção -, justificando que as intervenções bioéticas deveriam funcionar também como processos de descolonização da vida (149). Lorenzo(15), no capítulo em que apresenta as bases iniciais da Bioética Crítica, também ressalta a importância dos Estudos da Colonialidade para análise e proposições sobre conflitos no campo da saúde que envolvem práticas mediadas por normas ou tecnologias de alcance transnacional.

Sua importância se justifica, sobretudo, porque os demais elementos teóricos utilizados até aqui, não incluíram em suas análises a percepção de que a dominação das forças que compõem a ordem social não se dá apenas em nível econômico, político e tecnológico, mas em múltiplos níveis objetivos e subjetivos das relações sociais, e onde a noção de cor constitui um elemento central.

Para Quijano (150), a atual ordem mundial, que teve sua origem no período das grandes navegações europeias, teve na noção de raça o elemento central que possibilitou construir uma visão de oposição entre o país colonizador e o país colonizado. Desta forma, a oposição entre modernidade, civilidade, desenvolvimento e progresso, próprios dos europeus brancos e o arcaísmo, barbárie, primitivismo e estagnação próprios aos povos das Américas e África, justificavam a posse das riquezas, a catequização, a dominação propriamente dita. A esse exercício normatizador tanto estético, quanto político e econômico que surge nos países centrais em direção aos países periféricos, de forma a garantir o fluxo de matéria prima da periferia para o Centro e a transformação da periferia em ampliação de mercado, foi o que passou a ser conceituado como colonialidade de poder (151).

Já a soberania das formas de pensamento e da produção de conhecimento pela determinação de uma hegemonia epistemológica da ciência tal como concebida na modernidade europeia, subjogando formas locais próprias de pensamento e investigação da realidade, na medida em que impede sua aparição ou difusão, foi chamada de Colonialidade do Saber (152). Desta forma, estabelece-se uma desvalorização das riquezas culturais e materiais dos países periféricos que são postos no obscurantismo, o que facilita a dominação e parece estabelecer que as soluções dos problemas locais precisam estar baseadas em exemplos vindos dos

países centrais. Desta forma, a legitimação dos conhecimentos válidos depende de sua proximidade com os padrões coloniais, incluindo aí a própria origem racial da formulação (150).

Além disso, alguns princípios considerados como fundamentais dentro da modernidade colonial onde os indivíduos pensam sozinhos, sem vínculos com Estado, religião, ideologia, e onde o direito à propriedade fundamenta os demais direitos é pensado. A partir desses princípios, os sujeitos coloniais agem nos espaços públicos (153).

Dessa forma, existe um modelo colonial de poder e de saber que se estrutura de forma complexa articulando várias formas de controle: o econômico, o da exploração de recursos naturais, o das relações raciais, o de gênero e sexualidade, até o próprio controle da subjetividade e da opinião pública (153).

Estes elementos teóricos dos estudos da colonialidade reforçam a Bioética Crítica, na medida em que chamam a atenção para que as soluções aos conflitos éticos que ocorrem em nossos contextos, ainda muitas vezes, necessitem de uma análise de seus aspectos globais, podem e devem encontrar suas soluções a partir de valores e saberes próprios ao contexto onde se dão os conflitos, e não permite que elementos centrais dos conflitos como sua origem ou consequências de natureza racial sejam negligenciados.

A Bioética Crítica foi comparada a outras perspectivas hegemônicas na discussão de uma possibilidade de Bioética Global (14), aplicada à análise de metas de organismos internacionais não-governamentais (16), e de projetos de cooperação internacional em saúde (154), e também à crítica do planejamento de serviços de saúde no Sistema Suplementar de Saúde no Brasil (155).

No próximo capítulo, pretende-se aplicá-la ao problema central desta dissertação, que é a análise dos programas de realização do projeto parental no Brasil, entre a regulamentação da RA e da adoção.

CAPÍTULO 3 - AS POSSIBILIDADES DE REALIZAÇÃO DO PROJETO PARENTAL NO BRASIL SOB A PERSPECTIVA DA BIOÉTICA CRÍTICA.

O projeto parental aqui referido é entendido como a perspectivas de uma vida em comum entre pessoas, surgindo da atual constituição do ente familiar, onde, conjuntamente, manterão uma convivência, inclusive respeitando variações de gênero e desvinculando-se de questões religiosas, valorativas e culturais (3).

As políticas para a realização do projeto parental frente as dificuldades vividas por quem passa por alguma espécie de incapacidade de procriação estão estabelecidas sob uma perspectiva estatal de dominação do conhecimento e dos direitos de quem delas necessitam.

Tal projeto insurge da forma com que as famílias se constituem, ultrapassando a ideia de família fundada em conceitos tradicionais de gênero ou de origem religiosa. Agora, a composição familiar passa a ser constituída a partir de um núcleo familiar, de proteção, solidariedade e interdependência econômica, dos laços criados pela coabitação acompanhados ao projeto de uma vida em comum, independente da identidade de gênero dos integrantes da família (3). Em um passado recente, uma família era composta apenas por duas pessoas de sexos opostos e por seus filhos, gerados dentro de uma relação contratual, denominada de casamento. Este modelo de família patriarcal está vencido pelas transformações trazidas pelo mundo moderno e o projeto parental de casais formados por união homoafetivas, por exemplo, pode hoje contar tanto com advento das biotecnologias da reprodução, quanto com a autorização judicial para adoção.

Se o projeto parental tanto das famílias tradicionais, quanto das novas conformações familiares, pode se dar ou por RA ou pela adoção, compreende-se que o direito de acesso para estas duas formas de realização do projeto parental pode manter um diálogo simétrico, na intenção de prover melhores condições aos pretendentes em ambas as formas.

O que se pretende neste estudo é investigar, de forma fundamentada pelas categorias analíticas da Bioética Crítica, os pontos de convergência entre as normativas voltadas para RA e as normativas de adoção, incorporando os conflitos éticos pertinentes ao projeto parental sob a perspectiva da Bioética Crítica,

apresentados em três dimensões possíveis: a teórica, institucional e a normativa, dentro de suas variações (15).

Este estudo pretende alcançar os dois principais componentes epistemológicos da Bioética Crítica. O analítico no qual um conflito ético é investigado, analisando sua natureza interdisciplinar, e o sintético ou propositivo, no qual são apresentadas propostas de ações para a resolução dos conflitos (15). Trata-se de um estudo teórico, sob forma de um ensaio explicativo, dedicado a reconstruir teoria, conceitos, ideias, tendo em vista, em termos imediatos, aprimorar fundamentos teóricos relacionados ao projeto parental e propor possibilidades de convergência entre as duas formas principais de realização do projeto parental.

Para tanto, faz-se necessário uma análise das normativas sobre reprodução humana assistida e instituto jurídico da adoção no Brasil, o que poderá ser encontrado nas páginas seguintes, demonstrando um panorama normativo brasileiro relacionado aos meios de acesso tanto à RA, quanto à adoção.

3.1 ARCABOUÇO NORMATIVO BRASILEIRO VOLTADOS AO PROJETO PARENTAL

As normas relacionadas ao projeto parental no Brasil estão incorporadas por algumas frentes principais, uma voltada ao planejamento reprodutivo, no sentido de controle da fecundidade, outra voltada aos procedimentos biotecnológicos como solução possível à infertilidade humana com o uso das tecnologias de RA e uma terceira voltada às garantias dos direitos da criança e do adolescente em condição de orfandade que é o instituto jurídico da adoção. A seguir, faremos uma descrição analítica de cada uma delas, dando ênfase aos principais aspectos de cada uma.

3.1.1 Panorama normativo sobre planejamento reprodutivo no Brasil

O planejamento reprodutivo, denominado igualmente de planejamento familiar, designa um conjunto de ações de regulação da fecundidade, as quais podem auxiliar as pessoas na prevenção e controle da gestação e nascimento dos filhos. Tais ações estão voltadas aos adultos, jovens e adolescentes, com vida sexual com e sem

parcerias estáveis, bem como, todos que se preparam para iniciar sua vida sexual (156). Este planejamento propõe ações voltadas para escolha do método contraceptivo (uso de anticoncepcionais), da esterilização voluntária feminina e masculina (métodos definitivos e cirúrgicos) ou da abordagem da mulher ou do casal que planeja a gravidez – auxílio à concepção. Tais ações estão definidas e amparadas pela Lei nº 9.263/1996, que também estabelece penalidades e dá outras providências (12).

Portanto, a ideia de planejamento reprodutivo no Brasil está voltada ao controle que as pessoas devem ter sobre a sua fecundidade e saúde reprodutiva em dois aspectos principais: o controle sobre a concepção e a contracepção, com a finalidade do desenvolvimento familiar responsável, desejado e estruturado economicamente, como um direito fundamental, sob a proteção do Estado e oportunizado pelo poder público a todos sem distinção.

A Organização das Nações Unidas (ONU)(157) também entende que o planejamento reprodutivo é um direito essencial, ressaltando que toda a comunidade internacional deve manter os devidos cuidados para com as famílias e crianças no mundo e, ainda, com os pais que possuem o direito humano e fundamental de livre escolha sobre a forma e a quantidade de filhos que terão.

Para a Declaração Universal dos Direitos Humanos (Dudh,1948)(158), a maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais, tendo em vista que tais direitos devem ser estabelecidos em âmbito nacional e sob a proteção da CRFB. Neste sentido, o § 7º, do art. 226, da CRFB (159), preconiza que a família é a base da sociedade e que, por este fato, deve ter ela especial proteção do Estado. Como se trata de um direito constitucional sob a proteção de organismos internacionais de direitos humanos, uma lei ordinária foi elaborada para disciplinar as bases e forma de organização de tais direitos (158,159).

Assim, a Lei nº 9.263/96 (12) é instituída para regular o direito ao planejamento reprodutivo, fundamentado nos princípios da dignidade da pessoa, da paternidade/maternidade responsável, de forma livre, vedando qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas. Está definido na Lei que o planejamento reprodutivo é um direito de todo cidadão e deve ser entendido como “o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde”(p.1)(12). Portanto, nada mais

é do que o exercício do direito à reprodução, à saúde reprodutiva e ao controle da fecundidade, intimamente ligado ao direito à maternidade, à paternidade responsável, à descendência e à filiação, em uma tentativa de que tais pessoas sejam conscientes da sua postura, preparando-se para receberem filhos, tanto econômica quanto psicologicamente, de forma a propiciar um ambiente sadio e equilibrado para a sua prole (p.132)(160).

No entanto, a Lei informa que o “planejamento reprodutivo é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde”(p.1)(12), onde o SUS se obriga no âmbito da saúde da família em difundir ações que possibilitem garantias e programas de atenção integral a saúde, atendendo como atividades básicas “a assistência à concepção e contracepção, o atendimento pré-natal, assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato, controle das doenças sexualmente transmissíveis, o controle e a prevenção dos cânceres cérvico-uterino, de mama, de próstata e de pênis”(p.1)(12). Outras formas de maternidade, como a adoção, são ignoradas no âmbito do planejamento da maternidade/paternidade. Portanto, ignora o instituto da adoção dentro de um processo de planejamento da maternidade, como uma forma de realização do projeto parental e que deveria constar como um dos parâmetros de ações do estado ao efetivo planejamento reprodutivo e familiar.

A Lei está voltada para as questões relacionadas aos métodos conceptivos e contraceptivos e difunde esta informação como se estas fossem as únicas frentes que devem ser discutidas para o planejamento do ente familiar e diante desta premissa, se pretendem como garantidoras completas do dever de especial proteção à família.

A contracepção na legislação vigente ocupa o papel de proporcionar à população métodos que evitem a gestação, a exemplo da esterilização voluntária (técnica que recebeu do legislador maior atenção ao regulamentar na Lei 9.263/96), o legislador diz que a norma existe no sentido de disseminação dos métodos anticoncepcionais, visando apenas a auxiliar a decisão das pessoas que assim deliberarem, inexistindo qualquer intenção de controlar a natalidade, o que de fato no país é expressamente vedado. Quanto à concepção, o alvo das atenções gira em torno da viabilização de uma gestação, utilizando-se de tecnologias reprodutivas como a inseminação artificial e a fertilização *in vitro*, tanto homóloga como heteróloga.

Para que tais direitos sejam alcançados, o Estado fomenta outras normativas e programas voltados à saúde da família, no âmbito do Ministério da Saúde. Tais ações

estão voltadas especificamente a este fim e são acolhidas dentro das ações de Atenção Básica, dentre elas estão: o acompanhamento gestacional, a proteção dos direitos reprodutivos, a atenção integral à saúde da mulher, entre outras. Uma política mais ampla voltada à saúde reprodutiva é a Rede Cegonha, instituída no âmbito do SUS pela portaria MS nº 1.458/2011, que consiste numa rede de cuidados que visam assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e também à criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses.

Apesar de tais normativas perpassarem pelo tema deste estudo, neste momento, não cabe um detalhamento aprofundado de cada política voltada à Atenção Básica, mas sim, apenas, lembrar que tais ações estão implementadas em uma visão de proteção da concepção, contracepção, reprodução, gestação.

3.1.2 Panorama normativo sobre Reprodução Humana Assistida no Brasil

A introdução da RA no Brasil, nos anos 80, se deu em um contexto mal regulado e fortemente concentrado no setor privado e biomédico. Nesta mesma época, a aderência às inovações biotecnológicas no campo procriativo tomam proporções maiores, surgindo discussões em diversos âmbitos sobre os resultados de sua implementação no País, de suas fundamentações e consequências futuras (32). Mesmo com tais discussões, não houve interesse legislativo para concretização e implementação de legislação específica sobre o tema, e até hoje permanecem fragmentadas, escassas e sem cobertura para diversos aspectos que resultam do uso das tecnologias reprodutivas (161).

Portanto, desde o nascimento do primeiro bebê resultante de uma fertilização *in vitro* no Brasil até o presente momento, as tecnologias empregadas na RA não foram regulamentadas no ordenamento legislativo e jurídico brasileiro. Para que tais práticas não fiquem totalmente órfãs de uma organização das condutas praticadas durante todos processos, as resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) e da Diretoria Colegiada da Anvisa cumprem este papel e orientam as condutas sob um enfoque ético e sanitário à utilização de tais técnicas.

Deste modo, com a intenção de proteção dos pacientes e, ainda, para evitar excessos, o CFM lança resoluções orientadoras das condutas dos profissionais de saúde que trabalham com as tecnologias reprodutivas. A resolução oferece diretrizes éticas e parâmetros para a solução dos problemas relacionados à reprodução humana assistida, quando outras terapêuticas tenham sido ineficazes ou inapropriadas (92). Apesar da existência de tais diretrizes, não há impedimento factual à má utilização das tecnologias de reprodução artificial humana, pois não há regulamentação que a fundamente ou direcione, inclusive, não há um acompanhamento efetivo das condutas dos profissionais envolvidos nos processos de RA, ficando a cargo da resolução a incumbência de orientação direta a todos os casos enfrentados no campo de RA no Brasil, mas sem poder de coibir processos de abusos e má utilização das tecnologias (99).

Atualmente, estão em vigência as normas elencadas na Resolução CFM nº 2.168/2017 (38), que é o dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos brasileiros, prezando pela defesa do aperfeiçoamento das práticas em RA, bem como aos princípios éticos e bioéticos. Esta Resolução considera diversos aspectos relacionados às tecnologias reprodutivas, dentre elas, destacam-se o uso da definição de infertilidade dado pela OMS compreendendo-a como um problema de saúde, a tardia procura das mulheres à maternidade e o reconhecimento da união homoafetiva como entidade familiar. Tais incorporações em seu texto normativo possuem o propósito de harmonizar o uso das tecnologias reprodutivas aos princípios éticos e bioéticos, primando pelo cuidado à vida em todas as dimensões possíveis (38).

O cuidado aqui estabelecido relaciona-se com a prática e o uso das tecnologias, primando pela efetividade de sua aplicabilidade, deixando expresso que as tecnologias, somente devem ser empregadas caso “exista efetiva probabilidade de sucesso e não se incorra em risco grave de saúde para o(a) paciente ou o possível descendente”(p.3)(38). Ocorre que as probabilidades de sucesso nos procedimentos, bem como os riscos que dela resultam, raramente são objeto de discussão entre paciente e médico, dando ênfase as expectativas de sucesso gerando a falsa sensação de ausência de riscos nos processos.

Toda intervenção invasiva no corpo humano possui alguma espécie de risco e chances de insucesso, que devem ser calculadas e considerada pelo paciente. Para tanto, os profissionais de saúde envolvidos neste processo necessitam ser claros quanto às probabilidades em cada caso específico, inclusive delimitando as chances

em percentuais de sucesso e insucesso para que o paciente se conscientize e não crie expectativas maiores que a realidade. No caso da idade, por exemplo, já é pacífico na literatura atual que mulheres acima de 40 anos incorrem em probabilidades menores de sucesso no uso das tecnologias reprodutivas, e em todas as normativas é evidente que após a idade de 50 anos, a eficácia dos procedimentos é praticamente nenhuma (38).

Esta evidência foi incorporada pela resolução CFM nº 2.168/2017 e foi considerada como uma inovação tendo em vistas os critérios estabelecidos em suas versões anteriores. Dentre as inovações relevantes da Resolução, cabe ressaltar, também, o preenchimento de lacunas relacionadas com a idade dos doadores para os casos de doação compartilhada que passou a ser de 35 anos para mulheres e 50 anos para homens. Trazem ainda a proibição de utilizar as técnicas de RA com a intenção de selecionar o sexo ou outras características biológicas, exceto em relação às doenças (38). Destacam-se também a ampliação de possibilidade de cessão temporária do útero para familiares além do quarto grau consanguíneo, sendo possível também a realização da cessão temporariamente de útero por filha e sobrinha.

Solteiros e relacionamentos homoafetivos passam, também, a ter o direito ao meio de cessão temporária de útero, ampliando o rol de pessoas que desejam a procriação. Para tanto, a Resolução conceitua de gestação compartilhada informando que se enquadram neste critério as situações em que o embrião é obtido a partir da fecundação de oócitos(s) de uma mulher e é transferido para o útero de sua parceira, ainda que não exista diagnóstico de infertilidade.

Outro ponto de atualização foi o prazo para o descarte de embriões, onde ocorreu uma redução no prazo, passando de 5 para 3 anos o período mínimo para descarte de embriões. Este critério vale tanto para os casos de vontade expressa dos pacientes quanto nos casos de abandono. Esta medida foi adotada para manter o texto em sintonia com a Lei de Biossegurança (Lei nº 11.105/2005) (38).

A Resolução considera também a quantidade de embriões a serem transferidos, utilizando-se também do critério idade onde quanto maior a idade da receptora maior será a quantidade de embriões transferidos chegando ao limite de quatro embriões por procedimento. Outra preocupação legítima da Resolução foi com a redução embrionária em caso de gravidez múltipla após a transferência dos embriões, deixando claro sua proibição (38).

Deste modo, a Resolução segue elencando parâmetros para utilização das técnicas de RA em uma perspectiva da ética médica, subdividindo-se em pontos chave. O primeiro é o alcance das técnicas de RA, deixando claro que todas as pessoas podem ser receptores das técnicas para, em seguida, tratar da responsabilidade das clínicas e centros de serviços que as aplicam, da doação e crioconservação de gametas e embriões, do diagnóstico genético pré implantacional de embriões, gestação de substituição e do uso das técnicas após a morte de um dos pares envolvidos. Cada tópico desta Resolução elucida condutas éticas no enfrentamento de situações de conflito ou que mereçam uma atenção maior dos profissionais de saúde (38).

Cabe aqui ressaltar que dentre os pacientes, há a permissão do uso das técnicas nas relações homoafetivas, até mesmo em caso de inexistência de infertilidade. No âmbito de doação de gametas e embriões, destaca-se a preocupação de proibir o caráter lucrativo ou comercial, e ainda o cuidado com o sigilo e confidencialidade dos dados tanto dos doadores quanto dos receptores. Há uma atenção também de manter um cadastro com os dados clínicos de caráter geral, de forma que possibilite evitar a realização de uma doação de embriões em uma área de um milhão de habitantes e ainda de manter a doação do mesmo material genético à mesma família receptora (38). Toda a Resolução segue neste sentido, prezando pelo cuidado e preservação das pessoas envolvidas nos processos da RA.

As técnicas são aplicáveis tanto pela rede de saúde pública, mantidas pelo SUS, quanto pelas instituições de saúde privadas. As instituições em âmbito privado seguem os parâmetros orientados pela Resolução do CFM. Já no âmbito da saúde pública, uma portaria foi instituída pelo Ministério da Saúde com a intenção de manter uma política nacional de atenção integral em reprodução humana assistida - Portaria de Consolidação nº 2, de setembro de 2017, que, como o próprio nome já indica, consolida todas as políticas nacionais no âmbito do SUS e revoga a Portaria 426/GM-2005 (162).

A Portaria do MS, em seu anexo XXX, institui a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, demonstrando a tentativa do Estado de organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação) que perpassasse todos os níveis de atenção por intermédio de uma equipe multiprofissional e com atuação interdisciplinar (162).

Dentro de seu texto, elenca alguns critérios na tentativa de manter esta organização, das quais destacamos: a busca por definição aos critérios técnicos mínimos do funcionamento, monitoramento e avaliação dos serviços; o fomento de estudo do custo-efetividade, eficácia e qualidade no uso das técnicas; a promoção da democratização das informações sobre os tratamentos e a promoção de educação permanente dos profissionais de saúde. Todos estes critérios são essenciais ao bom funcionamento das práticas em reprodução humana assistida, embora não estabeleçam de forma clara os procedimentos em que estarão submetidos a quem deseja utilizá-la.

Assim, como a Resolução do CFM e a Portaria do MS não alcançaram todas as necessidades advindas do campo reprodutivo, com o intuito de regulamentar o dispositivo legal que autorizou as pesquisas no campo de RA no Brasil, foi publicada a Portaria nº 2.526, de 21 de dezembro de 2005 (163), do Ministério da Saúde, que atribuiu competência à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), para elaborar e manter um cadastro nacional de embriões produzidos por fertilização *in vitro* em procedimentos de RA e não utilizados nesse procedimento

Para cumprir esta incumbência, a ANVISA publicou a Resolução (RDC) nº 29, em 12 de maio de 2008, que aprovou o Regulamento Técnico para o cadastramento dos BCTG, que consiste em um sistema de informações referentes à produção de embriões humanos por fertilização *in vitro* no Brasil. Para obter um panorama objetivo da situação de embriões produzidos e armazenados, foi criado pela RDC nº 23 o SisEmbrio, que organiza informações em forma de base de dados, com objetivo de realizar censo dos BCTG em funcionamento no Brasil, bem como daqueles embriões que poderão ser doados para uso em pesquisa e terapia, segundo determina a legislação brasileira (164).

Cabe ainda, lembrar que a Lei de Biossegurança estabelece algumas condições para as destinações dos embriões no sentido de doação às pesquisas com células tronco. Para regular essa Lei, o Decreto nº 5.591/2005(165) define o termo “disponível” para caracterização dos embriões que estão em conformidade com as exigências da Lei para serem doados para pesquisa e terapia e define outros termos, como “genitores” e “embriões inviáveis”(72).

Portanto, inexistente uma legislação específica que trate do tema Reprodução Humana Assistida. E o debate legislativo sobre RA foi e ainda é muito atrasado no Brasil, o primeiro projeto de lei sugerido ao Congresso Nacional ocorreu apenas em

1993 - PL1184/03. No entanto, tal projeto, não manteve uma aceitação considerável e ao longo dos anos recebeu alterações em sua forma e matéria.

Em 2002, em busca de melhores argumentos e expectativas sobre uma possível legislação sobre RA, o Ministério da Saúde cria um Grupo de Trabalho (GT), multidisciplinar, constituído por antropólogos, sociólogos, juristas, bioeticistas, entre outros. Tal equipe possuía por objetivo principal discutir uma possível regulação sobre RA e subsidiar o Congresso Nacional na elaboração da Lei de RA no Brasil. Ao final, o GT elaborou uma norma técnica sobre o tema que abordou pontos de possíveis obstáculos para aplicação da RA no país, outros que discutiam as garantias do acesso e dos cuidados necessários a possíveis abusos no uso das tecnologias reprodutivas (91). Esta nota técnica foi utilizada para subsidiar a elaboração do Projeto de Lei (PL) 115/2015, que tem por objetivo instituir o Estatuto da RA, para regular a aplicação e utilização das técnicas de RA e seus efeitos no âmbito das relações sociais. Este PL, ainda, está em tramitação e, aparentemente, não há previsão para que sua discussão no Congresso Nacional termine.

No âmbito da Saúde Suplementar, regulada pela Agência Nacional de Saúde (ANS), os procedimentos para diagnóstico e tratamento da infertilidade tanto masculina quanto feminina têm cobertura obrigatória dos planos de saúde, desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, na segmentação contratada. No entanto, tratamentos com a fertilização *in vitro*, não são cobertos pelos planos de saúde, pois estes procedimentos constam nas exclusões permitidas pela Lei nº 9.656, de 1998 (166).

Como pode ser notado, não há entraves para quem busca o processo de RA no País e o rol de requisitos propostos continuam voltados ao poder e à influência tanto dos profissionais de saúde da área quanto das biotecnologias aplicáveis ao processo de RA. Não são objeto de preocupação, por exemplo, garantias de um futuro certo, onde os direitos essenciais e fundamentais a uma vida são respeitada ou de que a convivência familiar será garantida, dentre tantas outras que são objeto de especulação quando se fala em uma adoção no Brasil. Assim, após este panorama analítico geral sobre as normativas relacionadas com as técnicas de reprodução humana assistida, passaremos a apresentação das legislações que regem o instituto jurídico da adoção no Brasil.

3.1.3 Instituto da Adoção

Como já abordado, a adoção é um instituto jurídico estabelecido há anos no Brasil que ainda mantém raízes fortes em uma visão paternalista e ultrapassada. Há uma imensa burocratização no sistema, onde os pretensos pais são orientados a participarem de grupos assistências voltadas para adoção, há formulários que devem ser preenchidos e documentos obrigatórios que devem ser entregues, além do acompanhamento imprescindível de psicólogos especializados na área que atuam junto às Varas da Infância e da Juventude do País. Estas lacunas estão fundadas primeiro a uma idealização de um filho, o que é comum quando se mantém este desejo. Mas, incomum quando o sistema adotivo do Brasil corrobora para que esta realidade seja mantida. Há diversos requisitos que devem ser analisados para aprovação de uma adoção, exigências relacionadas a forma de moradia e condições de vida que, por vezes, dificultam e causam morosidade ao processo, o que contribui para uma maior frustração quando se busca uma adoção no País, condições que jamais foram pensadas em relação a aplicação das técnicas de RA, e que a bioética crítica pode defender, tendo em vista o seu cunho voltado às soluções das desigualdades e injustiças sociais.

A adoção está dentro de uma visão de condição pessoal e a necessidade de proteção da criança e do adolescente, bem como garantias inerentes à infância e à juventude. Tal proteção se acha prevista no texto constitucional, sendo um direito social, expresso no artigo 6º da CF:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (76)q.p.

Dentro desta visão de direitos, diversos princípios são elencados à proteção da criança e do adolescente, são eles: o princípio da dignidade da pessoa humana; o princípio da proteção integral; princípio da prioridade absoluta; princípio da cooperação; princípio da brevidade e o princípio da excepcionalidade (167). Cabe

neste estudo, a verificação de dois princípios destes seis anteriormente apresentados, que são o princípio da proteção integral e princípio da prioridade absoluta (167).

O princípio da proteção integral está disposto no artigo 227 da CRFB e trata do dever da família, da sociedade e do Estado em assegurar a criança/adolescente/jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. Acrescente-se que é dever de todos colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (76).

O princípio da prioridade absoluta também decorre do artigo 227 da CRFB e significa que as crianças/adolescentes devem gozar sempre de prioridade de atendimento e prestação, de forma que fiquem assegurados direitos à vida, saúde, convivência familiar, e outros (76).

Em conjunto, e respeitando os dispositivos constitucionais, o sistema adotivo é regido por legislações específicas, tendo recebido recentemente alterações significativas para uma atuação mais humanizada e célere. Tais atualizações estão dispostas na Lei da Adoção - Lei 13.509, de 22 de novembro de 2017-, que alterou a Lei 8.069, de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente -, ambas vigentes no país. São estas duas Leis que regem todo o instituto jurídico da adoção no Brasil.

A Lei 8.069/1990 elenca um rol de medidas protetivas à vida da Criança e do Adolescente em todas as vias que possam incorrer em perda dos direitos já conquistados e a Lei 13.509 dispõe especificamente sobre adoção.

Como o objeto deste estudo é a adoção, serão abordadas as mais significativas modificações que facilitam o processo adotivo no Brasil, que foram elencadas por esta lei.

A Lei de Adoção inovou em diversos aspectos. O primeiro deles foi em relação ao prazo máximo de permanência de criança ou adolescente em programa de acolhimento, que era de dois anos e passou a ser de 18 meses, no máximo. A fundamentação para esta modificação está em preservar a criança de prolongamentos no acolhimento institucional, visto que tal medida é provisória e excepcional.

Outra modificação é o acolhimento de mãe adolescente que estiver em acolhimento institucional e a criança na mesma entidade, para garantir o direito à convivência familiar.

Elenca também o procedimento caso a gestante ou mãe manifeste interesse de entregar o filho para adoção. Neste caso específico, as medidas devem ser primeiro em realizar o encaminhamento desta gestante ou mãe ao Juizado antes ou logo após o nascimento da criança, que será encaminhada à Justiça da Infância e da Juventude (art. 19-A inserido pela Lei nº 13.509/2017). Cabe ainda a oitiva por equipe interprofissional onde a gestante ou mãe será ouvida por esta equipe, que deverá considerar inclusive, os eventuais efeitos do estado gestacional e puerperal. O atendimento especializado também foi pensando pela nova legislação, onde de posse do relatório, o magistrado poderá determinar o encaminhamento da gestante ou mãe, mediante sua expressa concordância, à rede pública de saúde e assistência social para atendimento especializado

Um ponto específico destas inovações é a garantia de preferência ao acolhimento pelo pai da criança ou com algum representante da família extensa, que é aquela que se estende para além da unidade pais e filhos ou da unidade do casal, formada por parentes próximos com os quais a criança ou adolescente convive e mantém vínculos de afinidade e afetividade (art. 25, parágrafo único do ECA), a exemplo, citam-se avós ou tios. A inovação neste quesito ficou a cargo do prazo para a busca desta família extensa, que não poderá ser feita de forma indefinida e, por isso, deverá durar, no máximo, 90 dias, prorrogável por igual período.

Com a impossibilidade de a criança ficar com o pai ou com a família extensa o juiz deverá, após o prazo estipulado decretar a extinção do poder familiar e determinar a colocação da criança sob a guarda provisória de quem estiver habilitado a adotá-la ou de entidade que desenvolva programa de acolhimento familiar ou institucional.

Em relação ao prazo para a propositura de ação de adoção, a modificação foi em relação ao prazo de sua propositura, passa a ser de 15 dias contado do dia seguinte à data do término do estágio de convivência.

O legislador pensou também no caso de desistência da mãe e do pai de entregarem a criança à adoção, neste caso, o pai ou a mãe deverá manifestar esta desistência em audiência ou perante a equipe interprofissional e a criança será então, mantida com os genitores, sob o acompanhamento familiar pela Justiça da Infância e da Juventude, no prazo de 180 dias.

Em caso de entrega do filho à adoção, o critério de sigilo também deve ser respeitado, ou seja, esse procedimento guardará sigilo sobre os dados da mãe. Neste quesito específico, cabe ressaltar que o adotado tem direito de conhecer sua origem

biológica, bem como de obter acesso irrestrito ao processo no qual a medida foi aplicada e seus eventuais incidentes, após completar 18 (dezoito) anos de idade, em conformidade ao art. 48 do ECA.

Há ainda a instituição do apadrinhamento, que consiste no estímulo ao acolhimento familiar de forma que possibilite a formação de vínculos afetivos com pessoas de fora da instituição ou da família acolhedora onde vivem e que se dispõem a ser “padrinhos”, conforme o art. 19-B, *caput* e § 1º, inseridos pela Lei nº 13.509/2017 no ECA:

Art. 19-B. A criança e o adolescente em programa de acolhimento institucional ou familiar poderão participar de programa de apadrinhamento.

§ 1º O apadrinhamento consiste em estabelecer e proporcionar à criança e ao adolescente vínculos externos à instituição para fins de convivência familiar e comunitária e colaboração com o seu desenvolvimento nos aspectos social, moral, físico, cognitivo, educacional e financeiro. (...) g.p

Assim as crianças ou adolescentes passam a ter encontros com seus “padrinhos”, onde são permitidos passeios, visita a casa dos padrinhos, participação de eventos comemorativos como aniversários, datas especiais, como dia das crianças, natal, ano novo, etc. A intenção deste Programa é fazer com que a criança ou adolescente receba afeto e possa conhecer como funciona uma saudável vida em família, com carinho e amor.

Esta inovação possibilita ainda uma ampliação do estágio de convivência, o que pode diminuir a incidência de arrependimentos e dificuldades na aceitação da família adotiva pela criança. O estágio de convivência é um período não superior a 90 dias que antecede a adoção, onde o adotado ficará morando alguns dias com o adotante por um período com a finalidade de avaliar a existência de compatibilidade entre adotante e adotando, bem como se o interessado está efetivamente preparado, na prática, para adotar. Este processo será acompanhado pela equipe interprofissional a serviço da Justiça da Infância e da Juventude.

Outro aspecto importante da Lei é a habilitação à adoção com a estipulação do cadastro de adoção regido pelo CNJ e mantido pelo CNA. Neste cadastro serão mantidas informações sobre o adotando e o adotante de forma ampla possibilitando ao judiciário acesso célere a tais informações.

A habilitação de pretendentes à adoção, em conformidade com os artigos. 197-A a 197-E, deve seguir parâmetros precisos, onde os interessados em adotar deverão apresentar o pedido formal ao judiciário contendo dados precisos, tais como a qualificação completa do interessado, os dados familiares, cópias autenticadas de certidão de nascimento ou casamento, ou declaração relativa ao período de união estável e demais documentos pessoais, comprovante de renda e domicílio, atestados de sanidade física e mental, certidão de antecedentes criminais e certidão negativa de distribuição cível. Ressalta-se ainda que, no momento do cadastramento, o interessado deve informar o perfil da criança ou do adolescente que deseja adotar (idade, cor da pele, sexo, condições de saúde etc.). Após este processo, o interessado em adotar deverá se submeter a um procedimento de habilitação no qual são exigidas diversas formalidades do interessado, inclusive a sua participação em um programa oferecido pela Justiça da Infância e da Juventude, com cursos, palestras e entrevistas e, ao final, haverá um parecer do Ministério Público e a decisão do juiz deferindo ou não a habilitação do interessado. O prazo máximo para este processo deve ser de no máximo 120 dias.

Dentro de todo este processo, duas situações específicas merecem atenção: a primeira aborda a recusa do adotante, por três vezes, onde haverá reavaliação da habilitação concedida (novo § 4º do art. 197-E); a segunda aborda a desistência da guarda recebida, na qual a devolução da criança ou do adolescente depois do trânsito em julgado da sentença de adoção importará na sua exclusão dos cadastros de adoção e na vedação de renovação da habilitação, salvo decisão judicial fundamentada, sem prejuízo das demais sanções previstas na legislação vigente (novo § 5º do art. 197-E).

Verificados os parâmetros principais para a adesão aos programas de adoção no Brasil, bem como de seus prazos, motivações, partes interessadas, passar-se-á a seguir de forma propositiva a discutir alguns aspectos que merecem destaque sob o enfoque da Bioética Crítica.

3.2 BIOÉTICA CRÍTICA COMO MEIO ANALÍTICO E PROPOSITIVO AO PROJETO PARENTAL NO BRASIL

Até o momento, foi feita uma descrição dos principais aspectos que envolvem o projeto parental no Brasil, apresentando o panorama normativo sobre o direito ao planejamento reprodutivo, da utilização de técnicas de reprodução humana assistida e da adoção. Estes campos podem ser interligados. No entanto, mantêm-se afastados cada um em uma esfera diferente de gestão e organização do poder estatal.

Como já abordado no Capítulo 2, a Bioética Crítica busca compreender as ações estratégicas dos poderes políticos e econômicos responsáveis pelas injustiças e vulnerabilidades dos seres humanos e ambiente, com o intuito de elaborar ações emancipatórias, considerando, obviamente, as condições sociais da aplicação das ações propostas às diversas realidades.

Após conhecermos os processos em que estão envolvidos o planejamento reprodutivo e o uso das tecnologias de RA, pode-se pensar que o primeiro aspecto da teoria cultivada pela Bioética Crítica pode ser aplicado. Há, dentre as normativas, claramente a atuação da ciência como elemento de dominação sobre a natureza e sobre os seres humanos. Fica evidente que a ciência não é neutra e mantém, como elemento chave, a dominação da vida e dos interesses privados, utilizando-se, inclusive, do argumento de que a ciência existe, neste caso, para possibilitar uma evolução aos meios de acesso aos direitos reprodutivos.

No entanto, há de se considerar que esta visão pode existir a partir de um impulso à ideia de que os usos das tecnologias sempre serão melhores e mais efetivos na resolução de todos os problemas do campo procriativo, mesmo quando existam baixas chances de sucesso. Tal situação pode constituir uma exploração da esperança empregada nos procedimentos de RA e carrega consigo um estigma oculto, nascido em sentimentos de vergonha sobre as experiências vivenciadas com a infertilidade, tornando-se comum os sentimentos fracasso ante a instituição familiar e a perda e insegurança nos objetivos de vida destas pessoas (65).

Quando adoção de uma criança é discutida, a neutralidade da ciência é evidente, pois ela não resulta de processos tecnológicos e sim do ponto de vista social, cabendo a ela o segundo ponto abordado pela Teoria Crítica, que é a utilização da história como base fundamental para a compreensão dos fenômenos sociais em que as pessoas estão envolvidas.

Os outros dois aspectos trazidos pela Bioética Crítica, de construção de uma nova ciência compromissada com a emancipação dos povos e grupos sociais excluídos pela forma de desenvolvimento capitalista e dos fenômenos sociais promotores de injustiça, podem também ser aplicados aos campos que são objeto deste estudo.

Se de forma propositiva a construção dos elementos públicos e políticos voltados ao projeto parental - que neste estudo englobam planejamento reprodutivo, uso de tecnologias reprodutivas e adoção de crianças - estivessem voltados para emancipação dos povos e proteção às injustiças sociais no campo procriativo, talvez seria possível uma conscientização do papel de cada pessoa envolvida neste processo de forma global.

Na América Latina, o discurso, tanto acadêmico quanto biomédico sobre inovações tecnológicas no campo procriativo, está contido em uma perspectiva de crescimento mercadológico das técnicas e não em relação aos impactos psicossociais, sociais e culturais resultantes do seu uso. Esta visão de mercado não é explícita aos pacientes e fica como pano de fundo, aparecendo primeiro o slogan e promessa de concretização de um sonho. Neste sentido, cabe a aplicação do pensamento contra hegemônico que a Bioética Crítica propõe, tendo em vista que esta visão de mercado pode ser importada e incluída ao contexto social brasileiro dos padrões vivenciados e característicos dos países do Norte.

A contra hegemonia pode ser aplicada também em relação a visão do desenvolvimento acadêmico da área, onde se emprega sempre uma “cópia” dos modelos advindos dos países centrais, desenvolvendo discussões sobre aspectos que nada contribuem para proposição de melhorias a sua própria sociedade.

A maioria dos estudos científicos da área são voltados às expectativas de mercado e estão envolvidas em um processo, primeiro de produção, livre comércio e lucro, sequer pensando, nos problemas sociais que tais tecnologias podem possibilitar. A Bioética Crítica nos possibilita entender sob do ponto de vista histórico que a construção destes estudos continua aceitando a colonialidade do saber dos países centrais, considerando que tais aspectos são mais promissores dentro desta visão de mercado e uso de tecnologias que a aplicabilidade de inovações que atendam às reais necessidades dos países periféricos, como o Brasil.

O Brasil possui uma desigualdade expressiva, além de um evidente descontrole da natalidade, principalmente quando se atenta às situações em que as pessoas estão

subjugadas, em condição de rua, ou que são dependentes químicos, por exemplo. Além disso, no País, a população de baixa renda equivale a mais de 50%. Além disso, há uma concentração desigualdades e injustiças, cotidianas (168).

A visão de organização e planejamento reprodutivo, não acompanhou o crescimento populacional, o desenvolvimento da saúde pública e as desigualdades sociais no Brasil. Ao contrário disso, manteve seu campo de atuação em uma visão de proteção da concepção, contracepção, reprodução e gestação. A proposição do legislador está em garantir o efetivo direito de decisão sobre ter ou não ter filhos, auxiliando nos meios contraceptivos sem realização de qualquer tipo de controle da natalidade.

No entanto, pode-se notar que a preocupação principal estava voltada a contracepção e não ao incentivo de uma emancipação social dos deveres, direitos e responsabilidades de todos em sociedade no campo procriativo. E, ainda, sequer ocupou-se de pensar nas pessoas em condições de vulnerabilidade latente, onde, talvez, um certo controle da natalidade, poderia auxiliar na diminuição de doenças, orfandade, abandono, e demais consequências advindas da pobreza extrema e das condições precárias de vida.

Quando nos deparamos com uma perspectiva do ponto de vista da realidade para a maioria das pessoas no Brasil, é que se percebem as desigualdades legislativas e da total alienação das políticas empregadas no campo procriativo. O legislador deveria considerar o predomínio das desigualdades no País, anteriormente mencionado, desconsiderando padrões de mercado em virtude das necessidades reais e do contexto histórico de desenvolvimento social.

O sistema de saúde pública pode, sim, manter meios de acesso a todas as tecnologias voltadas ao campo procriativo, aderindo aos avanços biotecnocientíficos da RA, mas se ocupando também de parâmetros normativos, jurídicos, que suportem todas as necessidades advindas das técnicas no campo procriativo, além de considerar outras possibilidades, como a adoção de crianças por exemplo.

Há de se considerar também as desigualdades, tanto na disponibilização de recursos financeiros quanto no acesso aos processos fornecidos pelo SUS, pois há pessoas que até podem manter o custo dos procedimentos realizados na RA na rede de saúde privada, mas, outras não que, por vezes, desfazem-se de bens, acumulam dívidas, geram expectativas, frustrações, desenganos, na busca de uma gestação

biológica, simplesmente por não conseguirem os tratamentos no sistema de saúde público.

Uma convergência entre todas as formas de realização do projeto parental poderia facilitar a inclusão dessas pessoas em um contexto de informação, educação e conscientização efetivas de suas necessidades, realidades e das consequências da submissão a qualquer tipo de forma do projeto parental.

Poderia também ajudar na visão de que se realiza uma fertilização *in vitro*, se se submete à adoção de embriões ou de material genético de outras pessoas, se deposita tanta confiança em resultados positivos no uso das tecnologias reprodutivas, por que não usar esta mesma percepção positiva das possibilidades futuras quando pensar em uma adoção de criança.

A cultura e forma de pensar da sociedade brasileira, que é objeto deste estudo, é ainda arcaica e predominantemente preconceituosa. Acreditam em situações ilusórias, consomem seus melhores dias de vida em uma corrida por uma relação de sangue que, de fato, não podem oferecer certezas em relação a concretização deste processo e dos resultados futuros advindos de tal uso. O mesmo pensamento pode ser aplicado a adoção, pois pode-se pensar que, talvez, as mesmas incertezas podem se fazer presente.

Estamos em um mundo moderno, onde as relações sociais ganharam força e predominância, os estigmas, preconceitos, racismo, ceticismo, e todas as formas de pensamento que estejam dentro de um padrão contra hegemônico, considerado arcaico, surgem como completamente defasados. É preciso, portanto, dar voz ao que realmente é importante ao ser humano, e que constituem aspectos muito presentes em nossas comunidades tradicionais da América Latina que são as relações de convívio, afeto, respeito e sobre tudo o sentimento de fraternidade, equidade e empatia por outra pessoa.

3.3 CONVERGÊNCIAS POSSÍVEIS

É possível uma convergência entre RA e Adoção no Brasil? Este questionamento pode ser respondido dentro da perspectiva da Bioética Crítica e voltada aos acontecimentos e desenvolvimentos a partir dos países do Sul, tendo em vista o contexto social vivenciado em tais países e, principalmente, no Brasil, objeto principal deste estudo.

Consciente das limitações e das dificuldades metodológicas para a realização deste tipo de análise, pela inexistência de literatura disponível sobre o tema específico, limitei-me a tratar de maneira exploratória tanto o campo da RA quanto o campo da adoção de crianças, a fim de descobrir os caminhos mais seguros e possíveis para estabelecer este diálogo, tais como: as motivações envolvidas nas raríssimas adoções inter-raciais, ou de portadores de deficiência, ou de crianças maiores de cinco anos.

O fato de não ter filhos numa situação involuntária, segundo Schroeder (63), é vivenciado por aproximadamente cinco milhões de casais (63). Segundo Domar e Seibel (64), em casais americanos este número chega a 10 milhões de casos. Em quase todos os estudos realizados no campo da RA nos países em desenvolvimento, é comum a presença de alguma forma de infelicidade ou problema social relacionado à infertilidade humana. Tais ocorrências relacionam-se, no contexto sócio econômico e cultural, com as injustiças no acesso às tecnologias, na exploração de pessoas com menores recursos e informação, com as idiosincrasias dos sistemas públicos de acesso aos recursos básicos de sobrevivência, com as diversas inadequações do acesso a RA dentro do sistema de saúde, etc.(65). Há de se falar, também, nas taxas de insucesso relacionadas aos tratamentos de RA, que são consideravelmente altas e aproximam-se ao índice de 72% dos casos em que ocorreu alguma tentativa do resultado gravidez (62).

O Quadro abaixo sintetiza alguns aspectos sobre a normatização das possibilidades de escolha para realização do projeto parental entre a RA e a Adoção e para pensar suas possibilidades de convergência futura.

Quadro 1 - Situação normativa da RA e Adoção no Brasil e possibilidades de convergência futura.

Situação normativa	RA	Adoção	Possível Convergência
Abrangência	Nacional e internacional	Nacional e internacional	
Legislação específica	Não possui	Sim	
Possui política pública específica	Não	Sim	
Possui regulamentação ética normativa	Sim	Sim	
Destinado para todos os gêneros	Sim	Sim	
Pretendem a convivência familiar	Sim	Sim	
Pretendem a manutenção da saúde	Sim	Sim	
Sofrem com desigualdade sociais	Sim	Sim	
São objeto de discussões bioéticas	Sim	Sim	
São objeto de discussões jurídicas	Sim	Sim	
São objeto de consumo biotecnológico	Sim	Não	
São de interesse industrial e científico	Sim	Não	
São objeto do desejo humano	Sim	Sim	
São objeto de injustiças	Sim	Sim	
São propensas a falhas e desconhecimento	Sim	Sim	
São amplamente divulgadas	Sim	Não	
São de fácil acesso	Não	Não	
Possuem recursos e incentivos do Estado	Sim	Sim	

O quadro 1 apresenta as possíveis convergências entre os dois campos, pensando primeiro sobre as preocupações do Estado com a efetiva manutenção e inserção de legislação específica para ambos os campos, seguido dos recursos disponibilizados, acesso, questões éticas e uso de biotecnologias. Este quadro foi criado a partir dos argumentos apresentados ao longo do estudo e tenta demonstrar que os dois campos possuem mais semelhanças do que diferenças.

A escolha pela alternativa biotecnológica de procriação pode demonstrar o desconhecimento dos envolvidos neste amplo rol de possibilidades que é o projeto parental. Dentro das noções de colonialidade, já abordadas, percebe-se que neste contexto de escolhas, há o enraizamento de que toda a ordem mundial foi criada para garantir a transferência de matéria prima da Periferia para o Centro. São os próprios corpos que são coisificados para tornarem-se matérias primas para o uso tecnológico, uma vez que esse uso não é regulamentado no ponto de vista do direito à informação das verdadeiras chances de sucesso, e quando vale ou não a pena investir no procedimento, seja custeado pelo Estado, seja pelo desembolso privado. Isto acaba por tornar mercadoria a própria esperança das famílias. Raciocínio semelhante pode ser aplicado ao tráfico de crianças órfãs, sobretudo, das brancas de países latino-americanos para Europa.

No caso do Brasil, também inserido entre os países do Sul, não poderia ser diferente. Mantém-se um modelo que, talvez, possa ser bem aplicado em países do Norte para os processos relacionados ao projeto parental, de forma separada. No entanto, tanto a adoção quanto a RA são alternativas possíveis para todos aqueles que não podem de alguma forma constituir o ente familiar pela forma “natural”, ou que deseje outras maneiras de constituição do ente familiar.

Neste caso, como há lacunas e injustiças tanto no uso das técnicas de RA, quanto nos processos adotivos, uma convergência possibilitaria acesso igualitário a todos os benefícios advindos das tecnologias reprodutivas e das formas de organização do instituto da adoção brasileira. Incluindo-as em uma visão de acolhimento e emancipação dentro dos processos voltados ao projeto parental.

Como já abordado nos capítulos anteriores, desde o século XX, diversas crianças de países periféricos foram adotadas, principalmente por pais americanos e/ou da Europa Ocidental, com variações em relação a situação política de cada país (110).

Para estes casos, a atuação estatal poderia ser simultânea. No entanto, não se tem conhecimento de alguma diretriz que as trabalhe conjuntamente - são, portanto, alternativas com planos de atuação distintos, mas que buscam ao final um resultado semelhante.

Uma solução, que neste estudo vem referenciada pelas categorias analíticas da Bioética Crítica, possível, seria uma convergência entre as ações do Estado sobre RA e adoção.

Uma convergência possível seria a utilização dos ambulatórios que atendem os casos de infertilidade no País, onde grupos multiprofissionais poderiam atuar em conjunto, possibilitando meios possíveis de acesso tanto à RA quanto à Adoção, apresentando os benefícios, os riscos e as possibilidades que cada um dos campos possuem.

Outra forma de manter esta convergência seria na utilização dos sistemas já instalados de assistência social, onde os profissionais mais adequados para lidar com as frustrações advindas da infertilidade podem atuar livremente.

Por analogia, poderíamos pensar na equipe multiprofissional, tal como existe em casos de doenças raras ou graves, que dialogam entre si e apresentam todas as possibilidades aos envolvidos, empoderando-os e, conseqüentemente, iniciando movimentações de forma igualitária e justa.

O Quadro 1 é resultado de uma análise dos dados verificados, onde foram elencados pontos possíveis de convergência entre as ações públicas voltadas à RA, Adoção e ao projeto parental, no Brasil. Trata-se de uma hipótese, com fundamento no resultado esperado em quaisquer dos campos, que é a realização do projeto parental que necessitará de aprofundamento teórico futuro. A confirmação de tais possibilidades não é viável, devido à ausência de estudos que busquem uma convergência entre os campos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sob um olhar superficial tanto a RA quanto a Adoção não se privilegiam dos aspectos biológico, genético da filiação, se for considerado que as técnicas de RA são também uma forma de adoção do próprio material genético, ou de outrem, tendo em vista que os atos que levam à gestação não são em sua essência “natural”. Contudo, em tais situações, o fundamento se dá em maternidade ou paternidade socioafetiva, visto que se dá importância ao ânimo de procriar e à intenção de assumir deveres que decorrem da filiação, independente de vínculo biológico ou genético. Em ambos os casos, há o parentesco seja o socioafetivo ou o civil.

Do ponto de vista da constituição familiar, sabe-se que o ente familiar pode ser estabelecido de forma legal, afetiva e ética, sem que haja nenhum vínculo genético como nos casos de adoção. A diferença está no imaginário de quem acredita que uma RA é mais “justa”, “correta”, “eficiente” e está livre de preconceitos e estigmas.

Torna-se extremamente complexo definir o que é justo e como devem e podem ser definidos tais parâmetros tendo em vista que a estipulação de critérios de justiça deve ocorrer desde a formação das bases de uma sociedade. Os modelos bioéticos desenvolvidos desde o Sul buscam discutir estas possibilidades e incorporam os referenciais de justiça equânime, não se limitam na busca de bens sociais que determinem a saúde das sociedades e sim buscando princípios norteadores do respeito pela dignidade humana, pelos direitos humanos, liberdades fundamentais e o respeito pela vida de forma justa, evitando o perigo iminente. Tais referenciais são devidamente discutidos e alcançados pela Bioética Crítica de Lourenço(15) e Cunha (16).

A incorporação de alguns conteúdos dos Estudos da Colonialidade à Bioética Crítica possibilitou a discussão proposta pela dissertação em uma perspectiva ampliada, funcionando também em prol de uma visão de descolonização da vida, tendo em vista que a maternidade ou paternidade é fruto de uma construção social, que exige a constituição de um ente familiar, e, portanto, precede um projeto parental.

Uma convergência entre RA e adoção possibilitaria um caminho mais acessível, menos oneroso e humanitário para quem busca a realização do projeto parental.

Ainda há bastante preconceito na sociedade brasileira com relação à adoção, que levam as pessoas a se manterem em uma busca incansável pela RA e somente quando se chega a um grau de estresse e desgaste, tanto emocional quanto conjugal e físico e que tais pretendentes recorrem à adoção, tornando-se a última opção para a conquista do projeto parental.

Salta aos olhos a questão de escolha entre RA e adoção, que aparenta ser um problema real, pois insere uma reflexão complexa e profunda sobre as escolhas que as pessoas fazem cotidianamente, e de quais são os reais fundamentos que justificariam um interesse maior pela gestação e parto “natural”, mesmo que possibilitado pelos recursos biotecnológicos em contraposição ao acolhimento de uma criança já nascida e em condição de vulnerabilidade social.

Há de se considerar, ainda, que se há realmente autodeterminação dos indivíduos nos processos referentes ao projeto parental, deve haver também uma necessidade de examinar a legitimidade desta autonomia e consentimento dados, em função da carga emocional envolvida no processo. Ponderações sobre os riscos e benefícios, custos emocionais e econômicos envolvidos também devem ser considerados, observando se os envolvidos realmente compreenderam e avaliaram os impactos da decisão tomada.

Uns dos aspectos que este estudo julga mais importante é a qualidade de informação recebida por esses indivíduos em relação às taxas de insucesso dos procedimentos realizados em RA e, igualmente, das motivações que levaram a escolher a RA e não a Adoção.

Este estudo é inovador ao apontar vias que podem promover o efetivo exercício da autonomia dos partícipes nos processos de RA e Adoção, além de permitir escolhas simétricas no âmbito dos programas assistências direcionados ao projeto parental, passando a pensar tanto nos direitos dos pais de compor família, quanto nos de um adotando de fazer parte de um ente familiar. Tal estudo promoveu uma reflexão sobre a existência de uma política pública pensada para o projeto parental, que poderia ser utilizada em novos programas e normativas do Estado, entendendo que se trata de assunto extremamente complexo e que merece uma atenção maior e mais aprofundada, que certamente será objeto de reflexões bioéticas futuras

REFERÊNCIAS

1. Madaleno R. Manual de direito de família. Rio de Janeiro: Forense; 2017. 589 p.
2. Gama GCN. Princípios constitucionais de direito de família. São Paulo: Atlas; 2008.
3. Farias CC de, Netto FB, Rosenvald N. Manual de direito civil - Volume único. Salvador: Ed. JusPodvm; 2017. 2176 p.
4. Corrêa M. Ética e reprodução assistida: a medicalização do desejo de filhos. *Bioética*. 2001;9(2):71–82.
5. Santos TA, Ramos MM. Esterilidade e procriação medicamente assistida: estado da arte. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra; Ferring; Fundação para a ciência e tecnologia; 2010.
6. Cousineau TM, Domar AD. Psychological impact of infertility. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2007;21(2):293–308.
7. Cordeiro; MS, Gomes JC. Ansiedade e relacionamento conjugal em mulheres com infertilidade: impacto da terapia de grupo. *Rev Port Enferm Saúde Ment*. 2013;9:7–13.
8. Fontenele CV, Tanaka ACDA. Expectativas e sentimentos de mulheres que esperam por tratamento de reprodução humana. *Physis*. 2013;23(1):93–108.
9. Batista LAT, Daibert; BH, Almeida RJ de. O impacto da infertilidade: narrativas de mulheres com sucessivas negativas pelo tratamento de reprodução assistida. *Reprodução Clim. Sociedade Brasileira de Reprodução Humana*; 2016;31(3):121–7.
10. Nunes MG, Simonis A, Coelho FU, Baggenstoss GA, Mazzon JA, Roland MC, et al. Tempo dos processos relacionados à adoção no Brasil: uma análise sobre os impactos da atuação do poder judiciário. *Associação Brasileira de Jurimetria (ABJ)*. 2015.

11. Fernandes NCT. Nova lei de adoção reduz prazos e divide opinião na área da infância. Folha de Sao Paulo. 2017. p. 1–7.
12. BRASIL. Presidência da Republica. Lei 9.263 de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.Casa civil. Brasília: Subchefia para Assuntos Jurídicos; 1996. p. 1–107.
13. Nucci G de S. Estatuto da criança e do adolescente comentado. 3ª ed rev. Rio de Janeiro: Editora Forense; 2017. 1008 p.
14. Cunha T, Lorenzo CFG. Bioética global na perspectiva da bioética crítica. Rev Bioética. 2014;22(1):116–25.
15. Lorenzo CFG. Teoria crítica e bioética: um exercício de fundamentação. In: Porto D, Garrafa V, Martins GZ, Barbosa S do N, organizadores. Bioéticas, poderes e injustiças: 10 anos depois. Brasília: CFM, Catedra Unesco de Bioética/ SBB; 2012. p. 171–99.
16. Cunha TR da. Bioética crítica, saúde global e a agenda do desenvolvimento - Tese (doutorado). Universidade de Brasília/Programa de Pós-Graduação em Bioética. Brasilia; 2014. p. 196.
17. Félix KC, Almeida RJ de. Perspectiva de casais em relação à infertilidade e reprodução assistida: uma revisão sistemática. Reprod e Clim. Sociedade Brasileira de Reprodução Humana; 2016;31(2):105–11.
18. Nascimento FRM do; AT. Adiamento do projeto parental: um estudo psicanalítico com casais que enfrentam a esterilidade. Psicol em Rev. 2010;16(1):103–24.
19. Original A. Estresse de homens e mulheres que buscam tratamento para infertilidade. 2013;
20. WHO. World Health Organization. Sexual and Reproductive Health: Infertility Definitions and Terminologies. Sexual and reproductive health. 2015. p. 4–5.
21. OMS. Organização Mundial de Saúde. Assistindo casais e indivíduos -fertilidade

- e infertilidade. Saude sexual e reprodutiva. 2017. p. 1–2.
22. Mascarenhas MN, Flaxman SR, Boerma G, Vanderpoel S, Stevens GA. National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys. PLoS Med. 2012;1–11.
 23. OMS. Organização Mundial de Saúde. Definições e terminologia da infertilidade [Internet]. Saude sexual e reprodutiva. 2017 [citado 19 de julho de 2017]. p. 1–2. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/multiple-definitions/en/>
 24. OMS. Organização Mundial de Saúde. Saude sexual e reprodutiva definições múltiplas de infertilidade. Organização Mundial da Saude. 2018. p. 2018.
 25. Pintura P. Saude sexual e reprodutiva Definições e terminologia da infertilidade e questões-chave. 2017;1–2.
 26. Mendonça FS, Salles LG, Cruz MAR da C e. A tecnologia da reprodução humana assistida como subsídio da afetividade nas relações familiares. Rev eletrônica direito do Cent universtário Newt Paiva. Belo Horizonte: Revista eletrônica de direito do centro universtário Newton Paiva; 2017;31:23–33.
 27. Boivin J, Bunting L, Collins JA, Nygren KG. International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: Potential need and demand for infertility medical care. Hum Reprod. 2007;22(6):1506–12.
 28. Raimundo JM. Infertilidade uma realidade atual? Saude. 2015. p. 66.
 29. Direção Geral da Sapude (DGS). Saude reprodutiva e infertilidade [Internet]. Programa Nacional de Saude Reprodutiva. Lisboa: DGS; 2010 [citado 20 de agosto de 2017]. Disponível em: www.saudereprodutiva.dgs.pt
 30. Montagnini; HML, Blay; SL, Novo; NF, Freitas; V de, Cedenho AP. Estados emocionais de casais submetidos à fertilização in vitro. Estudos de Psicologia (Campinas) Campinas; 2009 p. 475–81.
 31. Verhaak CM, Smeenk JMJ, van Minnen A, Kremer JAM, Kraaimaat FW. A

longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles. *Hum Reprod.* 2005;20(8):2253–60.

32. CORRÊA MCD V. A tecnologia a serviço de um sonho: um estudo sobre a reprodução assistida no Brasil. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social; 1997. 290 p.
33. Moura MD de, Souza M do CB de, Scheffer BB. Reprodução assistida - um pouco de história. *Rev da Soc Bras Psicol Hosp.* 2009;12:23–42.
34. Amaral M. Evolução histórica da família. 2017;1–8.
35. Dill MA, Calderan TB. Evolução histórica e legislativa da família e da filiação. *Âmbito Jurídico, Rio Gd XIV.* 2011;I(85):1–8.
36. Allebrandt D. Sobre mães e doadores: identidade e pertencimento sob a luz da experiência da maternidade , do direito de filiação e acesso à reprodução assistida em uma associação de famílias homoparentais do Quebec Sobre mães e doadores. *Civitas.* 2015;15(2):309–25.
37. Novaes TO da S. Humanos sem natureza: as técnicas de reprodução assistida e o anonimato no parentesco. Brasília: Instituto de Ciências Sociais Departamento de Antropologia Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social HUMANOS; 2016. p. 266.
38. CFM. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM Nº 2.168 de 2017. Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida. Brasília. Diário Oficial da União; 10/nov/2017.
39. Corrêa MV. Novas tecnologias reprodutivas: limites da biologia ou biologia sem limites? 1ª. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2001. 264 p.
40. CUI W. Mother or nothing: the agony of infertility. *Bull World Heal Organ.* 2010;88:881–2.
41. Silva F, Pinelo S, Pires I, Felgueira E. Preservação da fertilidade feminina – novos desafios. *Acta Obs Ginecol Port.* 2015;9(2):154–7.

42. Brasil. GDF. Governo do Distrito Federal. Perguntas Gerais CEPRA [Internet]. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. 2016 [citado 5 de abril de 2017]. p. 1–2. Disponível em: <http://www.saudedoadolescente.com.br/outros-links/fepecs/inscricoes/item/4953-perguntas-gerais-cepra.html>
43. CFM. Conselho Federal de Medicina. Resolução Nº 1.957 de 2010. Adotar as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida. Brasília: Diário Oficial da União; 06/jan/2010.
44. Meirelles AT. As escolhas procriativas no projeto parental assistido heterólogo: as condutas neoeugênicas à luz dos limites ético- jurídicos. *Rev Direitos Fundam e Alteridade*. 2017;1(01):6–22.
45. Deborah O, A. BC, Sã; EJ. *Reprodução Assistida: até onde podemos chegar?* São Paulo: Editora Gaia; 2000. 158 p.
46. River T. Preimplantation Genetic Diagnosis (PGD). *Reproductive Science Center of New Jersey*. 2018. p. 2–5.
47. ICMART. Comitê Internacional de Monitoramento Tecnologia Reprodutiva Assistida, OMS Organização Mundial da Saúde. Glossário de terminologia em Técnicas de Reprodução Assistida (TRA). Rede Latino-Americana de Reprodução Assistida (Redlara). 2010. p. 6.
48. Rocha R. *O direito à vida e a pesquisa em células-tronco*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2008.
49. Ma H, Marti-Gutierrez N, Park S-W, Wu J, Lee Y, Suzuki K, et al. Correction of a pathogenic gene mutation in human embryos. *Nature*. Nature Publishing Group; 2017;
50. Chaudhary K, Chattopadhyay A, Pratap D. The evolution of CRISPR/Cas9 and their cousins: hope or hype? *Biotechnol Lett*. Springer Netherlands; 2018;40(3):465–77.
51. Escobar F de C e H. Cientistas conseguem editar genoma de embrião humano para evitar doença hereditária [Internet]. Vol. 9, O Estado de S.Paulo. Estadão.

- 2017 [citado 2 de agosto de 2017]. Recuperado de: <http://ciencia.estadao.com.br/noticias/geral,cientistas-conseguem-editar-genoma-de-embriao-humano-para-evitar-doenca-hereditaria,70001921113>
52. Begley S, Mitalipov S. U.S. scientists edit genome of human embryo, but cast doubt on possibility of ‘designer babies’ [Internet]. Stat. 2017 [citado 2 de agosto de 2017]. p. 1–9. Disponível em: <https://www.statnews.com/2017/08/02/crispr-designer-babies/>
 53. Escobar H. Cientistas conseguem editar genoma de embrião humano para evitar doença hereditária. 2017;9.
 54. Krishan K, Kanchan T, Singh B. Human Genome Editing and Ethical Considerations. Sci Eng Ethics. Springer Netherlands; 2016;22(2):597–9.
 55. Atlan H. O útero artificial. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2006. 1-128 p.
 56. Partridge EA, Davey MG, Hornick MA, Flake AW. An Extrauterine environment for neonatal development : Extending fetal physiology beyond the womb. Semin Fetal Neonatal Med. Elsevier Ltd; 2017;1–6.
 57. Spar DL. O negócio de bebês - como o dinheiro, a ciência e a política comandam o comércio da concepção. Coimbra: Edições Almeida, SA; 2007.
 58. Fagot-Largeault A. Embriões, células-tronco e terapias celulares: questões filosóficas e antropológicas. Estud Avançados. 2004;18(51):227–45.
 59. Redlara. Rede Latinaamericana de Reprodução Assistida. História da Rede Latino Americana de Reprodução Assistida [Internet]. Rede Latino Americana de Reprodução Assistida (Redlara). 2018 [citado 10 de fevereiro de 2018]. Recuperado de: http://redlara.com/aa_portugues/default.asp
 60. Zegers-Hochschild F, Schwarze JE, Crosby JA, Musri C, Urbina MT. Assisted reproductive techniques in Latin America: The Latin American registry, 2013. J Bras Reprod Assist. 2016;20(2):49–58.
 61. Zegers-Hochschild F, Schwarze JE, Crosby JA, Musri C, Urbina MT. Assisted

- reproductive techniques in Latin America: The Latin American registry, 2014. *J Bras Reprod Assist.* 2017;21(3):164–75.
62. Hochschild FZ, Crosby J, Schwarze JE, Musri C, Schwarze K. Registro latinoamericano de reprodução assistida: tendências 1990-2014. Rede Latinoamericana de Reprodução Assistida (RLA/REDLARA). 2017.
63. Honorable T, Schroeder P. Infertility and the world outside. *Fertil Steril.* Elsevier Masson SAS; 1988;49(5):765–7.
64. DOMAR AD., SEIBEL M. The emotional aspects of infertility. In: DOWNEY, organizador. *Infertility: A comprehensive.* 2nd ed. Norwalk: CT: Appleton – Lange; 1996. p. 29–44.
65. Lourenço JW. Infertilidade Humana: comentando suas causas e consequências. *ervista Saúde e Desenvolv.* 2016;10(5):110–24.
66. Pereira DHM. A história da reprodução humana no Brasil. *Femina.* 2011;39(2):59–64.
67. Souza PVS de. Bem jurídico-penal e engenharia genética humana: Contributo para a compreensão dos bens jurídicos supra-individuais. *Rev dos Trib.* 2004;185–7.
68. Franco Junior JG, Wheba S. I Registro Brasileiro sobre o uso das técnicas de reprodução assistida. *Reprodução.* 1992;9(3):199–202.
69. SBRA. Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida. Estatuto social da sociedade brasileira de reprodução assistida (SBRA). Ribeirão Preto; 1999 p. 1–12.
70. BRASIL. Presidência da Republica. Lei 11.105 de 2005. Regulamenta os incisos II, IV e V do § 1o do art. 225 da Constituição Federal, estabelece normas de segurança e mecanismos de fiscalização de atividades que envolvam organismos geneticamente modificados – OGM e seus derivados, cria o Conselho Nacional de Biossegurança – CNBS, reestrutura a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança – CTNBio, dispõe sobre a Política Nacional de

Biossegurança – PNB, revoga a Lei no 8.974, de 5 de janeiro de 1995, e a Medida Provisória no 2.191-9, de 23 de agosto de 2001, e os arts. 5o, 6o, 7o, 8o, 9o, 10 e 16 da Lei no 10.814, de 15 de dezembro de 2003, e dá outras providências. Brasília: Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos; 2005.

71. Bonis M De, Costa MAF Da. Educação em biossegurança e bioética: articulação necessária em biotecnologia. *Cien Saude Colet.* 14(6):2107–14.
72. Carvalho, G.M. Carvalho, É.M. A lei de biossegurança (lei 11.105/2005) e os novos crimes contra o patrimônio genético humano. *Ciências penais.* 2011;7:1–21.
73. Anvisa. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. 11º relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões - SisEmbrio [Internet]. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária Anvisa. 2018. p. 1–24. Disponível em: <http://sbra.com.br/wp-content/uploads/2018/05/11º-Relatório-Sisembrio-2018.pdf>
74. Pagan M. Tratar infertilidade pelo SUS : o que diz quem já tentou fazer. Vix. 2017.
75. Fontenele CV. Quando nasce um bebê, nasce também uma mãe?: maternidade e reprodução humana assistida em mulheres laqueadas. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010.
76. Brasil. Presidência da Republica. Constituição República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Casa Civil. S Subchefia para Assuntos Jurídicos; 2010.
77. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.149 de 2012. Fica destinados recursos financeiros aos estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos de atenção à Reprodução Humana Assistida, no âmbito do SUS, incluindo fertilização in vitro e/ou injeção intracitoplasmática de espermatozoides. Brasília. Diário Oficial da União; 28/dez/2012.
78. Brasil. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Programas de reprodução humana. 2017. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/programas/292-reproducao-humana.html>. Acessado em 05/abr/2017.

79. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1397/GM/MS, de 10 de julho de 2013. Brasília; 2013.
80. MS. Ministério da Saúde. Sistema eletrônico do serviço de informação ao cidadão. Brasília; 2018. p. 1–2.
81. Brasil. Nacional J. Técnica de fertilização in vitro avança nos últimos 20 anos no Brasil. 2015. p. 1–29. Disponível em: <http://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2015/07/tecnica-de-fertilizacao-vitro-avanca-nos-ultimos-20-anos-no-brasil.html>. Acessado em 04/mai/2017.
82. Diniz D, Corrêa MCD. Declaração de Helsinki: relativismo e vulnerabilidade [Internet]. Cad. Saúde Pública. 2001. p. 679–88. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000300022&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2001000300022>. Acessado em 04/dez/2017
83. Corrêa MCD., Diniz D. Novas tecnologias reprodutivas: um debate à espera de regulação. In: LIMITE - A ética e o debate jurídico sobre acesso e uso do genoma humano. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2000. p. 1–8.
84. Alfano B. Reprodução e biopolítica: infertilidade e práticas de saúde em um serviço público no Rio de Janeiro (dissertação). Rio de Janeiro; 2009.
85. Corrêa MCD. Novas tecnologias reprodutivas : doação de óvulos . O que pode ser novo nesse campo? Cad Saude Publica. 2000;16(3):863–70.
86. Bureau C. População atual. US Census Bureau. 2018. p. 1–2. Disponível em: <https://www.census.gov/popclock/print.php?component=counter&image=https://www.census.gov/images/census-logo-whiteBG.png>. Acessado em: 02/mar/2017.
87. Engelhardt HT. Fundamentos de Bioética. São Paulo: Edições Loyola; 1998.
88. Garrafa V. Bioética. In: Giovanella L, Lobato LVC, Noronha JC CA, organizador. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2ª-Ediçã. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2012. p. 1–18.

89. Goldim JR. Bioética: origens e complexidade. Rev HCPA. 2006;26(2):86–92.
90. Soares A marcelo M, Piñeiro WE. Bioética e biodireito: uma introdução. São Paulo: Edições Loyola; 2002. 135 p.
91. Leite TH, Henriques RA de H. Bioética em reprodução humana assistida: influência dos fatores sócio-econômico- culturais sobre a formulação das legislações e guias de referência no Brasil e em outras nações. Physis. 2014;24(1):31–47.
92. CFM. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.121 de 2015. Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida. Brasília. Diário Oficial da União 24/set/2015.
93. Costa APC de A da. Direitos humanos e vida extrauterina: risco versus responsabilidade na manipulação de matéria biológica humana nos tratamentos de reprodução medicamente assistida. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2016. p. 1–254.
94. Corrêa MCD. Bioética e reprodução assistida. Infertilidade, produção e uso de embriões humanos. In: Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP), organizador. Bioética reprodução e gênero na sociedade contemporânea. Brasília: Letras Livres; 2005. p. 256.
95. Schramm FR. Três ensaios de bioética. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2015. 1-176 p.
96. Isa NM, Hj Safian Shuri MF. Ethical Concerns About Human Genetic Enhancement in the Malay Science Fiction Novels. Sci Eng Ethics. Springer Netherlands; 2017;24(1):1–19.
97. Garrafa V. Introdução à bioética. Rev Hosp Univ UFMA. 2005;6:9–13.
98. Schramm FR. As diferentes abordagens da bioética. In: Palácios M, Martins A, Pegoraro OA, organizadores. Ética, ciência e saúde Desafios da bioética. Rio de Janeiro: Editora Vozes; 2001.

99. Samrsla M, Nunes JC, Kalume C, Rodrigues da Cunha AC, Garrafa V. Expectativa de mulheres à espera de reprodução assistida em hospital público do DF - estudo bioético. *Rev Assoc Med Bras.* 2007;53(1):47–53.
100. Condat A, Mendes N, Drouineaud V, Gründler N, Lagrange C, Chiland C, et al. Biotechnologies that empower transgender persons to self-actualize as individuals, partners, spouses, and parents are defining new ways to conceive a child: psychological considerations and ethical issues. *Philos Ethics, Humanit Med.* 2018;13(1):1.
101. Schramm FR. Existem boas razões para se temer a biotecnociência? *Rev Bioethikos.* 2010;4(2):189–97.
102. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Sistema Único de Assistência Social. Orientações técnicas sobre o PAIF. Brasília: Brasil; 2012. p. 112.
103. Gueiros DA. Adoção consentida: do desenraizamento social da família à prática de adoção aberta. São Paulo: Cortez; 2007 p. 278.
104. Brasil. Senado Federal. História da adoção no mundo. Em discussão. 2017 Disponível em: <https://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/adocao/contexto-da-adocao-no-brasil/historia-da-adocao-no-mundo.aspx>. Acessado em: 22/nov/2017.
105. Weber LND. O psicólogo e as práticas de adoção. In: *Psicologia jurídica no Brasil*. 2ª. Rio de Janeiro: Nau; 2010. p. 99–140.
106. Madaleno R. Curso de direito de Família. 5ª ed. rev. Rio de Janeiro: Forense; 2013. 1302 p.
107. CHAMOUN E. Instituições de direito romano. 4. ed., re. São Paulo: Forense; 1962. p. 170.
108. Maria Regina Fay de A. Breve revisão da adoção sob a perspectiva da doutrina da proteção integral e do novo código civil.

109. LIMA CV de. Legitimação Adotiva (Lei n. 4.655 de 2 de junho de 1965). p. p.8.
110. Albert DM, Gamm DM. Adoption [Internet]. Britannica Academic. 2017 [citado 5 de março de 2018]. p. 63314. Recuperado de: <http://academic-eb-britannica.ez1.periodicos.capes.gov.br/levels/collegiate/article/adoption/3773>
111. Diniz JS. A adoção: notas para uma visão global. In: Freire F, organizador. Abandono e adoção: Contribuições para uma cultura da adoção. Curitiba: Terre des Hommes; 1994. p. 337.
112. Aldrovandi A, Zaccaron R. Família A proteção do adotando na adoção internacional [Internet]. Âmbito jurídico. 2017 [citado 4 de maio de 2017]. p. 1–4. Disponível em: <https://www.mendeley.com/viewer/?fileId=3a61876c-367a-ba89-54ff-785edf16c412&documentId=d60779b7-4df2-319b-ac0a-2ae0b9198601>
113. Brasil. Presidência da República. Decreto Nº 3.087 de 1999. Diário da República, 1ª série - nº 116 Brasília: Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3087.htm; 1999 p. 3901–2. Acessado em: 14/jul/2017.
114. Costa TJM. Adoção Transnacional – Um estudo sociojurídico e comparativo da legislação atual. \Belo Horizonte: Del Rey; 1995. 640 p.
115. Brasil. Presidência da República. Lei 8069 de 13 de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília. Casa Civil; 1990. p. 1–115.
116. Brasil. Presidência da República. Lei 12.010 de 2009. Dispõe sobre adoção; altera as Leis nos 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente, 8.560, de 29 de dezembro de 1992; revoga dispositivos da Lei no 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil, e da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1o de maio de 1943; e dá outras providências. Brasília; 2009. p. 1–11.
117. Almeida JA de. Adoção intuitu personae uma proposta de agir.pdf [Internet]. 2002 [citado 20 de junho de 2017]. p. 1–30. Disponível em:

http://www.amprs.com.br/public/arquivos/revista_artigo/arquivo_1279044932.pdf

118. Albuquerque FS. Adoção à brasileira e a verdade do registro civil. In: Instituto Brasileiro de Direito de Família. Brasília: IBDFAM; 2017. p. 1–17.
119. Silva ML, Arpini DM. A nova lei nacional de adoção - desafios para a reinserção família. *Psicol em Estud.* 2013;18(1):125–35.
120. Morelli AB, Scorsolini-Comin F, Santeiro TV. O “lugar” do filho adotivo na dinâmica parental: revisão integrativa de literatura. *Psicol Clínica.* 2015;27(1):175–94.
121. CNJ. Conselho Nacional de Justiça. Passo - a - passo da adoção. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/programas-e-acoas/cadastro-nacional-de-adocao-cna/passo-a-passo-da-adocao>. 2017.
122. DPU. Defensoria Pública Federal. Documentos necessários para ingressar com pedido de inscrição para habilitação para adoção. Brasília; 2017. p. 3.
123. CNA. Cadastro nacional de adoção. Cadastro nacional de adoção: Relatório de dados estatístico crianças. 2017 p. 31–2. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/cnanovo/pages/publico/index.jsf>. Acessado em: 18/dez/2017.
124. CNJ. Conselho Nacional de Justiça. CNA. Cadastro Nacional de Adoção. p. 1–2. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/cnanovo/pages/publico/index.jsf>. Acessado em: 04/abr/2018
125. CNA. Cadastro nacional de Adoção. Relatório de dados estatístico pretendentes. Conselho Nacional da Justiça de 2017. p. 66–8. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/cnanovo/pages/publico/index.jsf>. Acessado em: 18/dez/2017. Acessado em 4/abr/2017
126. IBGE. Pesquisa personalizada: PNAD 1999. IB. 2017;3–10.
127. Weber LND. Da institucionalização à adoção: um caminho possível? *Rev Igual*

nº. 2011;9.

128. Badinter E. Um amor conquistado: o mito de amor materno. 1985;367.
129. Potter VR. Bioethics: bridge to the future. Englewood: Prentice-Hall; 1971.
130. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 7th ed. New York/Oxford: Oxford University Press; 2013.
131. Research NC for the P of HS of B and B. Belmont Report: ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research [Internet]. [citado 10 de junho de 2012]. Disponível em: <http://www.med.umich.edu/irbmed/ethics/belmont/BELMONTR.HTM>.
132. Clouser KD, Gert B. A Critique of Principlism. In: Bioethics na introduction the history, methods, and practice. Boston, London: Jones na bartlett publishers; 1990. p. 219–36.
133. Engelhardt HTJ. Fundamentos da Bioética. São Paulo: Edições Loyola; 1998. 516 p.
134. K. Danner Clouser, Ph.D. Bernard Gert PD. Uma crítica do principlismo. Rev Med e Filos. 1990;15(2):219–36.
135. Elliott C. On being unprincipled. Theor Med Bioeth. 1998;19(2):153–4.
136. Harris JM. In praise of unprincipled ethics. J Med Ethics. 2003;29(5):303–6.
137. Callahan D. Principlism and communitarianism. J Med Ethics. 2003;29(5):287–91.
138. Olivos AR. Bioética narrativa y salud intercultural mapuche Aportes a su fundamentación y complementación. Veritas. 2016;34(Marzo):93–116.
139. Garrafa V, Porto D. Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. Bioethics. 2003;17(5–6):399–416.
140. Schramm FR, Kottow M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y

propostas. *Cad Saude Publica*. 2001;17(4):949–56.

141. Oliveira AAS de. *Bioética e Direitos Humanos*. São Paulo: Loyola; 2011.
142. Andorno R. Human dignity and human rights as a common ground for a global bioethics. *J Med Philos*. 2009;34(3):223–40.
143. UNESCO. *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. O mundo da saúde. 2005;455–60.
144. Nobre M. *Teoria crítica*. 3ª. Zahar; 2004.
145. Horkheimer MAX, Adorno TW. *A dialética do esclarecimento: fragmentos filosóficos*. Almeida TGA de, organizador. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1995. 253 p.
146. Cox RW. Social forces, states and world orders: beyond international relations theory. *Millenn J Int Stud*. 1981;10(2).
147. Cox RW. *Production, Power, and World Order: Social Forces in the Making of History*. Vol. 1. 1987. 516 p.
148. Leysens A. *The critical theory of Robert W. Cox: fugitive or guru?* New York: Palgrave Macmillan; 2008.
149. Nascimento WF do, Garrafa V. Por uma vida não Colonizada: diálogo entre bioética de intervenção e colonialidade. *Saúde e Soc*. 2011;20(2):287–99.
150. Quijano A. Colonialidade do Poder e classificação social. In: Santos BSS MM (Orgs. ., organizador. *Epistemologias do sul*. Coimbra: Edições Almeida; 2009. p. 73–118.
151. Quijano A. Colonialidade do poder, Eurocentrismo e América Latina. In: Lander E (comp., organizador. *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales Perspectivas latinoamericanas*. Buenos Aires: CLACSO.; 2005. p. 33–49.
152. Mignolo WD. Local histories, global designs: coloniality, subaltern knowledges,

and border thinking. Princeton University Press.; 2012. p. 371.

153. R G. Para descolonizar os estudos de economia política e os estudos pós-coloniais: transmodernidade, pensamento de fronteira e colonialidade global. In: Santos BSS MM (Orgs. ., organizador. Epistemologias do sul. Coimbra: Edições Almedina; 2009. p. 383–417.
154. Almeida SS de, Lorenzo CFG. A Cooperação Sul-Sul em saúde, segundo organismos internacionais, sob a perspectiva da bioética crítica. Saúde em Debate. 2016;40(109):175–86.
155. Andraos C, Lorenzo CFG. Sistema suplementar de saúde e internação domiciliar de idosos na perspectiva da bioética crítica. Rev Bioética. 2013;21(3):525–35.
156. BRASIL P da R. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. [Internet]. Vol. 120, Presidência da República - Casa civil. 2003. p. 10–1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.778.htm
157. ONU. Declaração sobre o Direito ao Desenvolvimento. Instrumentos Int Direitos Humanos. 1986;
158. ONGs. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Onu. 1948;1–7.
159. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Texto Const Orig Publ no Diário Of da União 5 outubro 1988. 1988;2016:496.
160. Diniz MH. O estado atual do biodireito. 5ª. São Paulo: Saraiva; 2008. 912 p.
161. NAVES BTDO, SÁ MDFF DE. Panorama bioético e jurídico da reprodução humana assistida no Brasil. Rev Bio y Der. 2015;64(80):64–80.
162. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria de consolidação N°2, de 28 de setembro de 2017 [Internet]. Ministério da Saude. 2018 [citado 10 de maio de 2017]. Recuperado de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html
163. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.526, de 21 de dezembro de 2005

[Internet]. Ministério da Saude. 2018 [citado 10 de maio de 2018]. p. 2526.
Recuperado de:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2526_21_12_2005.html

164. Brasil. Resolução da Diretoria Colegiada Número 23, de 27 de maio de 2011. Agência Nac Vigilância Sanitária - ANVISA. 2011;1–19.
165. BRASIL P da R. Decreto nº 5.591, de 22 de novembro de 2005 [Internet]. Presidência da República - Casa civil. 2018 [citado 10 de maio de 2018]. p. 1–17. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/decreto/d5591.htm
166. Brasil. Presidência da República. Lei nº 9.656, de junho de 1998 [Internet]. Presidência da República - Casa civil. 2018 [citado 10 de maio de 2018]. p. 1–18. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656compilado.htm
167. Neves GB, Loyola K, Rosa E. Estatuto da criança e do adolescente (ECA). 2ª. São Paulo: Rideel; 2018.
168. IBGE. PNAD Contínua: 10% da população concentravam quase metade da massa de rendimentos do país em 2017. 11042018. 2017;5–12.

ANEXOS

Anexo I – Resposta do sistema de Registro Latino-Americano de RA (RLA);



Nalda Araújo <edinalda@gmail.com>

<sin asunto>

1 mensagem

Carolina Musri Fuentes <registro@redlara.com>
Para: Nalda <edinalda@gmail.com>

26 de março de 2018 13:25

Buenas tardes Nada,

En estos momentos se está trabajando en la edición 2015. Eso es lo mas actual que tenemos.
Atte,
Carolina

De: Nalda <edinalda@gmail.com>
Fecha: domingo, 25 de marzo de 2018, 20:38
Para: Carolina Musri Fuentes <registro@redlara.com>
Asunto: Re: Relatório atualizado

Buenas noches, Carolinal

Gracias por responder.

Sin embargo la información disponible en el sitio es del año 2014. Necesito la información actualizado. Es posible acceder a los datos atuais?

Soy un estudiante de postgrado de la Universidad de Brasilia, y mi estudio requiere más información.

Si me puede ayudar con datos actuales, seré muy agradecida.

Obrigada!

Anexo II – Solicitação de informações junto ao MS sobre atualização em RA

e-SIC

SISTEMA ELETRÔNICO DO SERVIÇO DE INFORMAÇÃO AO CIDADÃO
Versão 2.6.2

Ciá Edinalda de Araújo Matias - domingo 01/04/2018
Sua sessão expira em: 14:35minutos SAIR X

[Registrar Pedido](#) | [Consultar](#) | [Dados Cadastrais](#) | [Início](#)

Relatório - Detalhe do Pedido



Dados do Pedido

Protocolo	25820001142201807
Solicitante	Edinalda de Araújo Matias
Data de Abertura	01/03/2018 11:04
Orgão Superior Destinatário	MS – Ministério da Saúde
Orgão Vinculado Destinatário	
Prazo de Atendimento	02/04/2018
Situação	Respondido
Status da Situação	Acesso Concedido (Resposta solicitada inserida no e-SIC)
Forma de Recebimento da Resposta	Pelo sistema (com avisos por email)
Resumo	Solicito informação à respeito dos investimentos e custos empregados no programa de Reprodução Assistida no ano de 2017.
Detalhamento	Sou estudante de mestrado e para compor o meu estudo, necessito de informações adicionais referente aos custos e procedimentos realizados com Reprodução Assistida no país. Assim, solicito informação sobre os investimentos e custos empregados no programa de Reprodução Assistida no ano de 2017. Gostaria de saber se os valores planejados foram alcançados e se foram suficientes para atender a demanda pelo serviço. Gostaria de saber ainda a quantidade de procedimentos atendidos e custeados pelo SUS nos Estados que o programa está estabelecido. E se há previsões orçamentárias adicionais para o programa no ano de 2018/2019.

Dados da Resposta

Data de Resposta	29/03/2018 10:29
Tipo de Resposta	Acesso Concedido
Classificação do Tipo de Resposta	Resposta solicitada inserida no e-SIC
Resposta	<p>A Coordenação – Geral de Saúde das Mulheres informa que atualmente os seguintes procedimentos são pagos pelo SUS e podem ser utilizados para o tratamento de infertilidade primária: consulta médica, coleta de citologia oncológica, colpocitologia oncológica, sorologia anti-HIV, sorologia para hepatite B, sorologia para hepatite C, sorologia para sífilis (VDRL), sorologia para toxoplasmose IgG, sorologia para toxoplasmose IgG, glicemia de jejum, vacinação contra rubéola, espermograma, consulta em ginecologia, consulta especializada em urologia, atendimento individual em psicologia, atendimento individual serviço social, atendimento em grupo multidisciplinar, ultrassonografia transvaginal, histereossalpingografia, biópsia de endométrio, dosagem de prolactina, dosagem de TSH, dosagem de FSH, dosagem de T4 livre, dosagem de LH, dosagem de estradiol, dosagem de SDHEA, dosagem de testosterona, dosagem de insulina, cultura de esperma, antibiograma simples, histeroscopia diagnóstica, laparoscopia diagnóstica, pesquisa de cariótipo por banda, ultrassonografia transretal, ultrassonografia transvaginal, ultrassonografia bolsa escrotal, biópsia testicular, pesquisa de cariótipo por banda, punção do fundo do saco vaginal, gonadotrofina coriônica humana, gonadotrofina urinária e coleta alternativa de espermatozoide. Dito isso, informamos que não é possível extrair os dados solicitados, pois não temos o quantitativo de mulheres atendidas, já que os procedimentos não são específicos para Reprodução Humana Assistida.</p> <p>Destaca-se que de acordo com a legislação do SUS, compete ao Ministério da Saúde a formulação das políticas nacionais de saúde, bem como acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços, respeitadas as competências estaduais e municipais, entre outras.</p> <p>Compete aos Gestores Estaduais acompanhar, controlar e avaliar as Redes de Atenção à Saúde do SUS, coordenar, em caráter complementar, executar ações e serviços de saúde, bem como prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios, entre outros. Compete aos Municípios, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde. Assim a gestão de serviços de saúde é responsabilidade dos Estados e/ou dos Municípios, dependendo da forma de gestão pactuada entre a Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde, em conformidade com a legislação do SUS para as várias políticas e programas de saúde.</p>

01/04/2018

e-SIC - Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão

O cidadão pode acessar o site: ajgapp.datama.gov.br para obter informações como profissionais habilitados para executar, CID relacionado e quais os tipos de leitos habilitados para realização do procedimento. Consegue visualizar ainda pela modalidade de atendimento, sexo, bem como a idade definida para realização do mesmo.

Atualmente, há doze instituições públicas vinculadas ao Sistema Único de Saúde-SUS- que trabalham com a Reprodução Humana Assistida, sendo que a parte de exames de atenção básica são feitas totalmente pelo SUS, mas a medida que o grau de complexidade dos procedimentos avança, e dependendo dos critérios e protocolos de cada serviço, a responsabilidade financeira fica a cargo do gestor estadual ou municipal, ou do próprio casal, conforme a gestão do hospital.

Com relação ao investimento para Reprodução Humana Assistida, não foram destinados recursos específicos em 2017 e ainda não há previsão orçamentária para os anos de 2018 e 2019. Ressalta-se que a construção e regulamentação da RHA no âmbito do SUS necessita de mais estudos e análises do impacto financeiro para a incorporação de técnicas, insumos e medicamentos.

Responsável pela Resposta	Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Destinatário do Recurso de Primeira Instância	Secretário de Atenção à Saúde
Prazo Limite para Recurso	11/04/2018
Classificação do Pedido	
Categoria do Pedido	Saúde

[Voltar](#)

Anexo III – Formulário para habilitação em seleção para adoção no Brasil;



Documentos necessários para Ingressar com pedido de Inscrição para HABILITAÇÃO PARA ADOÇÃO

Após a reunião de todos os documentos é necessário o agendamento para atendimento e confecção da inicial / propositura da ação.

1. Cópia da Carteira de Identidade e CPF, do(s) Requerente(s);
2. **Cópia autenticada** da Certidão de Casamento ou caso seja separado de fato ou divorciado com as devidas averbações;
3. Conviventes em União estável - Declaração de vida em comum, assinada por duas testemunhas com firma reconhecida em cartório (modelo da Defensoria Pública) ou Escritura Pública;
4. **Cópia autenticada** da Certidão de Nascimento dos requerentes (somente se for solteiro); **Conviventes em união estável** deverão apresentar certidão comprovando estado civil (solteiro, separado judicialmente, divorciado);
5. Atestado de sanidade física e mental do(s) Requerentes; **(com validade de 30 dias)**
6. Certidão de Distribuição Cível e Criminal da Justiça Federal: <http://portal.trf1.jus.br/sjdf/> do(s) Requerente(s);
7. Certidão de Distribuição Cível e Criminal do Distrito Federal: - (www.sjdf.t.jus.br) - do(s) Requerente(s);
8. Comprovante de renda do(s) Requerente(s) (contracheque);
9. Comprovante de residência do(s) Requerente(s) (conta de água, luz ou telefone);
10. Documento de qualificação preenchido manualmente pelo(s) requerente(s) (modelo da Defensoria Pública);
11. Carta de Apresentação Pessoal (escrita ou digitada) do(s) requerente(s) (modelo da Defensoria Pública);
12. Fotos da Família (máximo de 03 fotos);
13. **Informações por escrito** de 3 (três) testemunhas: Nome, profissão, estado civil, CPF, RG, endereço completo da residência e local de trabalho e telefone (art. 450 - NCPC);
14. E-mail;
15. Certidão de Nascimento, caso tenham filhos;

➡ **As cópias deverão estar autenticadas**

Roteiro para Carta de apresentação Pessoal

- O que faz
- Em que trabalha
- Rotina
- O que faz nas horas de lazer
- Por que quer adotar
- O que espera da adoção
- Sonhos
- Tem filhos biológicos e/ou adotivos
- O que é ser mãe/pai para você

DEFENSORIA PÚBLICA DA INFÂNCIA E JUVENTUDE

- Horário de funcionamento: 12:00 às 19:00
- Horário de atendimento ao público: 12:00 às 17:00
- Horário de confecção de peças interlocutórias: 12:00 às 17:00h
- Horário de confecção de peças iniciais, propositura de ações: 12:00 às 15:00 (Alvará de viagem somente com agendamento)
- Horário de atendimento para Contestações - **somente por meio de agendamento.**

Às sextas-feiras somente atendimento de medidas urgentes.

Telefones: (61) 2196-4500 / (61) 2196-4501

E-mail: juve-tudec150@gmail.com

NÚCLEO DA INFÂNCIA E JUVENTUDE



DOCUMENTO DE QUALIFICAÇÃO

NOME: Data de Nascimento: Naturalidade: RG: _____ CPF: _____ Endereço: Celular: _____ Tel. Residencial: _____ Estado Civil:	Instrução: Profissão: Local de Trabalho: Telefone Trabalho: E-mail: Renda Mensal:
NOME: Data de Nascimento: Naturalidade: RG: _____ CPF: _____ Endereço: Celular: _____ Tel. Residencial: _____ Estado Civil:	Instrução: Profissão: Local de Trabalho: Telefone Trabalho: E-mail: Renda Mensal:
Data da União:	Data do Pedido:
Por que adotar?	
Composição Familiar:	
Moradia:	
CARACTERÍSTICA DA CRIANÇA ESPERADA:	
SEXO: _____ SAÚDE: _____ PNE: _____	
ACEITA GRUPOS DE IRMÃO? () GÊMEOS? () COR _____	
IDADE: _____	