



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**  
**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE**

Claudia Waymberg Goldman

**Bioética e reprodução assistida: o que pensam médicos em formação**

Rio de Janeiro

2017

Claudia Waymberg Goldman

**Bioética e reprodução assistida:** o que pensam médicos em formação

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, em regime de associação com a Universidade Federal do Rio de Janeiro, a Universidade do Estado do Rio de Janeiro e a Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, orientada pelo Professor Doutor Sérgio Rego.

Rio de Janeiro

2017

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

G619b Goldman, Claudia Waymberg.  
Bioética e reprodução assistida: o que pensam médicos em  
formação / Claudia Waymberg Goldman. -- 2017.  
152 f.

Orientador: Sergio Tavares de Almeida Rego.  
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós Graduação de  
Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, em associação das  
IES FIOCRUZ, UFRJ, UFF e UERJ. Escola Nacional de Saúde  
Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2017.

1. Técnicas Reprodutivas Assistidas. 2. Bioética.  
3. Educação Médica. 4. Moral. 5. Reprodução Assistida.  
I. Título.

CDD – 22.ed. – 1Claudia Waymberg Goldman

**Bioética e reprodução assistida: o que pensam médicos em formação**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, em regime de associação com a Universidade Federal do Rio de Janeiro, a Universidade do Estado do Rio de Janeiro e a Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, orientada pelo Professor Doutor Sérgio Rego.

Aprovada em: 11 de Dezembro de 2017

Banca Examinadora

Prof. Dr. Sergio Tavares de Almeida Rego- Orientador  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.<sup>a</sup> Dra. Marisa Palácios da Cunha e Melo de Almeida Rego  
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria do Carmo Borges de Souza  
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

RIO DE JANEIRO

2017

## AGRADECIMENTOS

Durante o mestrado muitos foram aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desse trabalho. Este é um reconhecimento aos que tiveram um papel fundamental para a realização desse projeto.

Agradeço ao professor Sergio Rego, inicialmente por ter aceitado ser meu orientador, por ter acreditado no projeto e por ter me incentivado e apoiado nos momentos de dificuldade. Também agradeço pelos debates nos quais concordâncias e discordâncias contribuíram para meu raciocínio crítico.

Minha gratidão e admiração ao corpo docente do PPGBIOS, pelos ensinamentos e conhecimentos compartilhados.

À turma de mestrado 2015-2017 do PPGBIOS agradeço muito pelas trocas de conhecimento e experiências que contribuíram para um aprendizado plural, com muitas trocas, sempre garantidas pelo respeito às diferenças e com um bom humor que favoreceram um ambiente de aprendizado leve e prazeroso. Meu agradecimento aos amigos Mabel, Vanessa e em especial ao Lucas, por terem me incentivado, pela troca de ideias e pelos desabafos.

À instituição participante e seus responsáveis, que ofereceram todo o apoio para a realização da pesquisa.

Agradeço, em especial, aos médicos entrevistados, que aceitaram participar deste projeto e disponibilizaram seu tempo, demonstrando interesse na temática e permitindo o acesso às suas percepções e angústias.

À Michele Lopes Pedrosa, que foi uma grande incentivadora para que eu realizasse o mestrado e acreditou em mim o tempo todo. Obrigada pela parceria e estímulo constante ao raciocínio crítico.

À minha amiga Daniela Rotbande, amiga de infância, companheira incansável, que disponibilizou seu tão concorrido tempo para me apoiar. Dispôs-se a me acompanhar em meu trabalho, me deu excelentes dicas, abriu caminhos de reflexão. Muito obrigada pelo incentivo,

pelas inúmeras dicas sobre a construção do texto do estilo de escrita. Muito obrigada por seu apoio e amizade sem os quais eu não teria conseguido as condições para escrever este trabalho.

Aos meus pais, irmã e avós que com seu amor e incentivo me garantiram as bases para acreditar em meu potencial, e pelo eterno estímulo a leitura.

Ao meu marido, Eduardo, pelo amor, companheirismo, apoio, incentivo, mas principalmente pela paciência, tolerância e disponibilidade, que foram fundamentais nessa jornada. Obrigada por acreditar.

Aos meus filhos, André e Felipe, por serem meus maiores incentivos, fontes de inspiração. Que esta trajetória sirva de exemplo da importância dos estudos. Que a formação de vocês possa se dar em um ambiente de respeito, diálogo, tolerância e de incentivo ao pensar ético.

Há ainda muitas outras pessoas que, de algum modo, tiveram influência na realização deste trabalho. A todos, muito obrigada.



## RESUMO

A reprodução assistida, fruto dos avanços tecnológicos na área de saúde, está inserida em um contexto completo que resultou em questões inesperadas e conflitos morais. Considerando a importância do papel da formação médica na aquisição de conteúdos essenciais para o exercício da medicina, bem como no desenvolvimento que possibilite a identificação e enfrentamento de problemas morais, esta pesquisa teve como objeto de estudo a percepção de residentes de ginecologia e obstetrícia acerca dos aspectos éticos da reprodução assistida. O estudo é qualitativo, do tipo descritivo exploratório e foi realizado em um hospital universitário que dispõe de um ambulatório de reprodução assistida e tem importante papel na formação médica. Para a coleta de dados, além de revisão de literatura no campo estudado, foram realizadas entrevistas individuais seguindo um roteiro semiestruturado, com 16 residentes da instituição que já tivessem atuado no ambulatório em questão. Os resultados obtidos evidenciam a dificuldade na identificação de conflitos morais relacionados às tecnologias disponíveis no ambulatório da pesquisa. Situações consideradas eticamente conflituosas se relacionaram à alta complexidade e se vincularam a questões religiosas, vivências pessoais, preocupação com o risco de eugenia, questões de gênero, dificuldades relacionadas ao campo de aprendizado, dentre outras. Verificou-se que há um desconhecimento da normatização relacionada ao campo da reprodução assistida, e foi apontada a falta de espaço de reflexão das questões levantadas. Portanto, ressalta-se o papel transdisciplinar da bioética na formação médica, visando oferecer subsídios para o desenvolvimento da competência moral, a partir de métodos pedagógicos que estimulem a formação de médicos críticos e capazes de identificar e agir de forma autônoma diante de conflitos morais com os quais irão se deparar.

## ABSTRACT

The fruit of technological advances in the health sector, assisted reproduction is part of a wider, complex context that has resulted in unexpected issues and moral conflicts. The object of this research is the perception that gynecology and obstetrics residents have of the ethical aspects of assisted reproduction. This is a crucial issue given the importance of medical training for both learning essential content for practicing medicine and developing the ability to identify and address moral problems. The study uses a descriptive exploratory qualitative approach. Research was conducted in a university hospital that has an outpatient unit for assisted reproduction and plays a significant role in medical training. Data collection was based on literature review as well as on semi-structured interviews with 16 residents of the institution who had already worked in this outpatient unit. The results highlight the difficulty residents have in identifying moral conflicts related to the technologies available in the unit. Situations described as ethically conflictive were related to high complexity procedures, with residents' views informed by, *inter alia*, religious belief, personal experience, concern about the risk of eugenics, personal position regarding gender issues, and related to the field of learning. The research revealed poor knowledge of accepted rules in the area of assisted reproduction, and lack of space for reflection on the questions raised. The study concludes by highlighting the fundamental transdisciplinary role bioethics needs to play in medical education as a tool for future physicians to develop moral competence. Bioethics can achieve this by using pedagogical methods that underpin the development of critical thinking and help future physicians identify moral conflicts and act with autonomy when they encounter this kind of situation.

Keywords: Assisted Reproduction. Bioethics. Medical education.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BCTGs	Bancos de Células e Tecidos Germinativos
CEP	Comitê de ética em pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
Cinaem	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
FIV	Fertilização <i>in vitro</i>
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GIFT	Transferência Intratubária de Gametas
hCG	Gonadotrofina Coriônica Humana
IA	Inseminação artificial
ICSI	Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoide
IG	Instituto de Ginecologia
IUI	Inseminação Intrauterina
IMC	Índice de Massa Corporal
MEC	Ministério da Educação e Cultura
RA	Reprodução Assistida
RHA	Reprodução Humana Assistida
REDLARA	Rede Latino-americana de Reprodução Assistida
SisEmbryo	Sistema Nacional de Produção de Embriões
Sisreg	Sistema Nacional de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRA	Técnicas de Reprodução Assistida
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
ZIF	Transferência Intratubária de Zigotos

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
2	<b>REPRODUÇÃO ASSISTIDA</b> .....	16
2.1	BREVE HISTÓRICO.....	18
2.2	TECNOLOGIAS EM RA.....	20
2.2.1	<b>Procedimentos de baixa complexidade</b> .....	22
2.2.2	<b>Procedimentos de alta complexidade</b> .....	23
2.3	POLÍTICAS PÚBLICAS EM RA.....	29
2.4	CONTROVÉRSIAS E INCERTEZAS DA RA.....	35
3	<b>BIOÉTICA E FORMAÇÃO MÉDICA</b> .....	51
3.1	A BIOÉTICA.....	52
3.2	BIOÉTICA NO BRASIL .....	61
3.3	A FORMAÇÃO MÉDICA.....	64
3.4	BIOÉTICA E EDUCAÇÃO MORAL NA FORMAÇÃO MÉDICA .....	69
4	<b>MÉTODOS</b> .....	79
4.1	REVISÃO DE LITERATURA.....	80
4.2	ESTUDO EMPÍRICO .....	81
4.2.1	<b>Coleta de dados</b> .....	81
4.3	CAMPO DE PESQUISA .....	82
4.3.1	<b>O Instituto de Ginecologia da UFRJ</b> .....	82
4.3.2	<b>O ambulatório de reprodução humana Professora Clarice do Amaral Ferreira</b> .....	84
4.4	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	86
4.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	87
4.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	88
5	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	90
5.1	ARTIFICIALIZAÇÃO DO PROCESSO REPRODUTIVO.....	92
5.2	QUESTÕES RELIGIOSAS.....	96
5.3	PREOCUPAÇÃO COM EUGENIA .....	99
5.4	O PAPEL DA EXPERIÊNCIA E VALORES PESSOAIS.....	100
5.5	CONSTITUIÇÃO DE FAMÍLIA, PARENTALIDADE E GÊNERO.....	103
5.6	ACESSO .....	107

5.7	RISCOS E POSSÍVEIS DANOS RELACIONADOS AO TRATAMENTO .....	114
5.8	QUESTÕES RELATIVAS À RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE.....	118
5.9	QUESTÕES RELATIVAS À FORMAÇÃO.....	123
6	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	136
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	139

## 1 INTRODUÇÃO

O mundo mudou, a medicina mudou, a assistência médico-sanitária – hoje chamada assistência à saúde, ou, de forma ainda mais apropriada, cuidado da saúde – também mudou, assim como o olhar da sociedade e a avaliação que esta elabora em resposta aos problemas morais relacionados ao processo saúde-doença. O meio social se transforma, e a forma como o homem se relaciona com ele também. Assim, para melhor compreensão da atuação laboral em saúde é premente o desenvolvimento de um novo olhar sobre os novos problemas morais, os quais têm marcante interface com as ações de prevenção, promoção e organização da saúde. (REGO, PALÁCIOS, SIQUEIRA-BATISTA, 2009, p. 9)

A globalização e o rápido avanço tecnológico vividos nos tempos atuais trouxeram importantes modificações na área de saúde. Novas tecnologias de diagnóstico e tratamento permitiram tratamentos mais eficientes e cura de doenças, gerando benefícios importantes para a saúde. O rápido e intenso desenvolvimento acarretou importantes transformações em diversos cenários, e de especial impacto na área biomédica, que passou a enfrentar dilemas morais inesperados. A esperança de solução de diversos males que afligem a humanidade por meio destas inovações tecnológicas vem acompanhada de novas preocupações sobre os impactos de sua utilização.

Nesse contexto surge a bioética que, aos poucos, se consolida como uma nova disciplina. Dessa forma, temas atuais em bioética estão relacionados aos avanços tecnológicos, visto que a utilização de novas tecnologias tornou a assistência à saúde mais complexa do que a tradição médica de salvar vidas, sendo geradoras de novas situações que demandam reflexões sobre limites e possibilidades destes avanços. Esta complexificação da assistência à saúde fez com que esta fosse rediscutida e “recomposta em termos de cuidado da saúde, e passou a demandar respostas morais adequadas à nova realidade” (REGO; PALÁCIOS; SIQUEIRA-BATISTA, 2009, p.20).

Dentre estas temáticas discutidas pela bioética, destaca-se a utilização de tecnologias que permitem a Reprodução Assistida (RA).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a infertilidade é definida como ausência de gravidez após 12 meses ou mais de tentativas através de relações sexuais regulares e desprotegidas (ZEGERS-HOCHSCHILD et. al., 2010). Dados da Sociedade Americana de Fertilidade mostram que, até os anos de 1960, o índice de infertilidade no mundo variava entre 10% e 15% da população. Em 2009, esses números variavam entre 25% e 30%. A explicação desse fenômeno pode estar ligada à vida moderna, justificada, dentre outros

fatores, por uma procura tardia pela gravidez e suas consequências (MOURA; SOUZA; SCHEFFER, 2009; SCALQUETTE, 2009). No Brasil, atualmente, existem cerca de 48 milhões de mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos de idade) e pelo menos cinco milhões de casais inférteis, tratando-se, dessa forma, de um importante problema de saúde pública, ao mesmo tempo, negligenciado e pouco estudado (IBGE, 2012; SOUZA, 2014; MAKUCH; BAHAMONDES, 2012). Neste mesmo contexto, verifica-se que a demanda por métodos, técnicas e procedimentos de RA vem crescendo, ao mesmo tempo em que se torna cada vez mais diversificada, o que torna fundamental conhecer o impacto da utilização destas tecnologias, bem como os conflitos morais que circundam tais procedimentos junto à população assistida.

As técnicas de RA tornaram-se um marco da revolução tecnológica da medicina e estão cada vez mais presentes nos debates sobre a utilização de novas tecnologias em saúde (CORRÊA, 2001). No atual contexto, a infertilidade e as novas tecnologias de RA são foco de questionamentos éticos acerca das implicações de sua utilização, envolvendo questões individuais, sociais, políticas, legais, econômicas, religiosas e de gênero, trazendo assim importantes debates no âmbito bioético (CORRÊA, 2005; CORRÊA, 2009; SCALQUETTE, 2009; SEGRE; SCHRAMM, 2001; ALVES; OLIVEIRA, 2014; MASSON E OLIVEIRA, 2010).

Frente a este contexto que tem, por um lado, o avanço tecnológico crescente e intensa velocidade na produção de conhecimento científico, e por outro, a ampliação de questionamentos e debates em torno de aspectos éticos e direitos sociais, é importante cuidar da formação dos profissionais que irão atuar nesta área.

As escolas de medicina, tradicionalmente, possibilitam ao estudante a aquisição de conhecimentos relativos aos avanços tecnológicos, porém desconectados das discussões acerca desses avanços. Desta forma, o médico em formação tem acesso ao conhecimento técnico e às novas tecnologias, como importantes ferramentas para sua atuação, sem que sejam, por outro lado, assegurados espaços de reflexão sobre princípios éticos. A ênfase dada aos aspectos técnicos e informativos no ensino médico não tem sido suficiente para o enfrentamento de problemas e conflitos encontrados pelos profissionais. A oferta de espaços de discussão de problemas éticos proporcionaria aos alunos ferramentas para lidar com problemas frequentes em sua prática (REGO, 2005; GOMES; REGO, 2014).

Questões bioéticas são pouco exploradas nos treinamentos em serviço e nos currículos das escolas de medicina, revelando a necessidade de instrumentalização para que profissionais

possam lidar com os temas na prática (GOMES; REGO, 2014). Assim, é através da experiência prática que os estudantes elaboram suas próprias representações acerca da RA que, aliados a valores pessoais, assumem um significado que permite justificar suas ações.

Neste sentido, surge o seguinte questionamento: qual a percepção do estudante de medicina sobre questões morais relacionadas à reprodução assistida? Que entendimento das questões éticas que envolvem a RA irão guiar a assistência e o cuidado? A formação em RA em um ambiente universitário oferece espaço para sensibilizar e capacitar profissionais para lidar estas questões em sua prática?

O interesse por essa temática surgiu através de minha atuação como psicóloga do Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IG-UFRJ), desde 2006. A atuação como psicóloga de um hospital universitário inclui funções de assistência e ensino, permitindo a atuação em diversos setores da instituição, incluindo ambulatorios e enfermaria, bem como a participação no centro de estudos, espaço multidisciplinar de discussão de casos clínicos e cirúrgicos da instituição e em aulas para acadêmicos e residentes de medicina.

O IG-UFRJ atua na assistência à infertilidade desde 1942 e tornou-se instituição de referência em saúde reprodutiva. O ambulatório de Reprodução Humana Profa. Clarice do Amaral presta assistência a casais do estado do Rio de Janeiro e é um importante centro de formação de recursos humanos na área de RA, recebendo alunos de Graduação, Residência Médica e Especialização (COSTA et al., 2009; OLIVEIRA et al., 2013).

No cotidiano do ambulatório de Reprodução Humana do IG-UFRJ os médicos em formação enfrentam situações inquietantes e dilemas éticos em sua prática. Questões como critérios de acesso ao serviço, oferta de técnicas disponíveis e suas limitações; gastos financeiros envolvidos em um serviço público; comunicação em saúde sexual e reprodutiva; disponibilidade de informação, insucessos, eficácia e segurança das técnicas, dentre outras, mobilizam esses alunos, promovendo debates informais entre eles.

Verifica-se que os debates produzidos na sociedade quanto à incorporação de novas tecnologias na saúde ocorrem também entre aqueles que estão em aprendizado, como é o caso dos residentes de medicina. Evidencia-se, portanto, a importância da existência de espaços de reflexão e discussão sobre tais aspectos nos treinamentos em serviço, quando os médicos em formação têm seus primeiros contatos com a aplicação práticas destas tecnologias.

A atuação como psicóloga, com função não apenas assistencial, mas também com papel na formação residentes de medicina neste ambulatório, permitiu a observação de

lacunas na formação destes profissionais durante sua formação, para identificar, refletir e enfrentar dilemas éticos que envolvem a atuação na área da RA. Tal questionamento levou a reflexões sobre como contribuir para o processo de formação em serviço em RA, e de que forma esta poderia contribuir para uma visão crítica, para um olhar além da técnica.

Estariam os profissionais em formação sendo preparados para identificar questões éticas em RA? Há espaço para reflexão e discussão sobre essas temáticas, durante a formação? Quais valores e crenças estão guiando a atuação destes profissionais? Eles estão sendo preparados para pensar e agir eticamente? A construção do conhecimento técnico em RA dá espaço a reflexões éticas?

Essas questões me levaram a estudar a interface entre a Bioética, a Reprodução Humana Assistida e a Formação Médica, buscando refletir sobre a formação médica no âmbito da RA, não no tocante à capacitação técnica, mas ao espaço de reflexão e formação de habilidades para identificação e enfrentamento de situações conflituosas, de discussão de dilemas éticos com os quais esses futuros profissionais irão se deparar em sua prática.

O estudo baseou-se na hipótese de que a prática da reprodução assistida em um ambiente de formação, apesar de fazer com que os estudantes se deparem frequentemente com questões que geram conflitos morais, não oferece espaço para reflexões e debates, fazendo com que as ações estejam de acordo com as regras pré-determinadas pelo serviço, ou guiadas por valores pessoais pré-concebidos, ou seja, são guiados por seus próprios valores ou regras institucionais, sem que haja reflexão.

Propôs-se avaliar neste trabalho a visão do estudante sobre questões éticas acerca da reprodução assistida com que se depara em sua prática, de que maneira esta visão interfere em suas ações e de que forma a instituição de ensino oferece espaço para reflexões e debates acerca dessas questões.

Para a organização da dissertação, foi realizada uma revisão teórica inicial e posterior pesquisa de campo. Para uma melhor compreensão da temática, será apresentada no item 2 uma conceituação e contextualização histórica da Reprodução Humana Assistida e as técnicas principais, uma vez que, para melhor compreensão dos aspectos éticos relacionados à RA, é necessário o conhecimento de suas técnicas, bem como a rotina de tratamento e diversidade de aspectos que envolvem sua utilização. Em seguida serão apresentados aspectos relacionados a regulamentações e políticas públicas no Brasil, bem como controvérsias e incertezas relacionadas à temática levantadas na literatura.

A terceira parte da dissertação contextualiza a bioética, através de um breve histórico de seu surgimento e consolidação como disciplina, buscando oferecer uma fundamentação teórica sucinta de sua corrente pioneira e reconhecida no meio médico e acadêmico: a ética baseada em princípios, de Beauchamp e Childress (2002). Em seguida, encontra-se um histórico da formação médica, com enfoque na formação moral, para abordar o papel da bioética na formação, fornecendo bases para desencadear reflexões acerca dos aspectos bioéticos da Reprodução Assistida, temática deste trabalho.

O quarto item deste trabalho apresenta o método de trabalho utilizado compreendendo uma abordagem qualitativa, em consonância com o objetivo do estudo. Em seguida será apresentado o campo da pesquisa, partindo de um breve histórico da instituição, apresentação do serviço de formação e assistência na área de Reprodução Humana Assistida, oferta de serviços disponíveis, dificuldades e barreiras, a fim de que se possa discutir os dados levantados pela pesquisa.

Por fim serão apresentados e discutidos os resultados da pesquisa, através da apresentação dos desdobramentos das entrevistas realizadas, relacionando os dados encontrados com as discussões apresentadas nos capítulos anteriores. Buscou-se compreender, a partir da discussão dos dados apresentados a percepção dos entrevistados acerca de questões éticas da Reprodução Assistida, bem como a importância da constituição de espaços de reflexão e discussão bioética na formação médica, especialmente em se tratando de temáticas que suscitam tantas questões polêmicas, como é o caso da Reprodução Assistida.

## 2 A REPRODUÇÃO ASSISTIDA

O desejo de constituir família e/ou de ter filhos faz parte do projeto de vida dos indivíduos desde os primórdios, e sua impossibilidade foi considerada, por muito tempo, como um problema social, relegando casais sem filhos à margem da sociedade (CORRÊA, 199; MOURA; SOUZA; SCHEFFER, 2009).

Nas sociedades ocidentais a formação da família costuma fazer parte do projeto de realização pessoal e a reprodução é frequentemente encarada como uma forma de continuidade individual e descendência (COSTA, 2008; SIMONI, 2010). Desta forma, a infertilidade é um acontecimento inesperado e que costuma acarretar uma série de efeitos negativos: na saúde física e psicológica, podendo ser fatores disparadores de ansiedade, depressão, isolamento social, entre outras questões psicossociais. (ZEGERS-HOCHSCHILD, 2014; GORAYEB et al., 2009; MONTAGNINI, 2009; SOUZA, GRZYNSZPAN, 2008).

O desenvolvimento científico e tecnológico no mundo proporcionou mudanças significativas nas ciências médicas possibilitando as evoluções na área de reprodução assistida, permitindo, assim, o atendimento de parte dessa demanda. Desta forma, o conceito de infertilidade humana, que antes era considerado uma condição social, passou a ser vista como patologia médica a ser tratada (CORRÊA, 1997; CORRÊA, 2001; MAIA, 2003)

A reprodução humana assistida (RHA) pode ser caracterizada como uma intervenção do homem no processo de procriação natural, com vistas a possibilitar que pessoas com problemas de infertilidade e esterilidade satisfaçam o desejo do filho biológico. (FREITAS, SIQUEIRA, SEGRE, 2008). De forma abrangente, consiste em um conjunto de procedimentos que visa sanar a limitação quanto à capacidade de gerar filhos. Através da intervenção médica, buscava-se, inicialmente, contornar as causas da infertilidade.

A expressão Reprodução Assistida é utilizada para descrever um conjunto de técnicas para tratamento paliativo da infertilidade. Podem ser descritas também como um conjunto heterogêneo de técnicas reunidas em torno do eixo para o tratamento de situações de infertilidade, visando à fecundação (CORREA, 2001; ROTÂNIA, 2003).

Originalmente, o uso destas técnicas esteve ligado a quadros medicamente definidos que geravam incapacidade de procriação, como, por exemplo, a infertilidade por fator tubário - quando as trompas estão obstruídas impedindo a fecundação. Existem ainda outros casos de infertilidade medicamente definidos: como infertilidades hormonais relacionados à função

ovariana, fatores masculinos relacionados à contagem ou mobilidade de espermatozoides que pode ser nula ou estar baixa, entre outras. Pode-se citar ainda a chamada infertilidade idiopática ou sem causa aparente. Nestes casos, os tratamentos são considerados paliativos, visto que, mesmo após o tratamento com utilização de técnicas de RA, a condição de infertilidade que levou à procura pelo tratamento permanece (CORREA, LOYOLA, 2005).

As técnicas de RA passaram a ser usadas de forma cada vez mais diversificada conforme passaram a ser indicadas a uma demanda cada vez mais diversificada conforme seus avanços e aperfeiçoamentos, apesar de terem sido desenvolvidas inicialmente para tratamento paliativo de disfunções tubárias na gravidez.

O estabelecimento de uma patologia médica, o da infertilidade humana, para diagnosticar o que antes era tratado como questão social transformou a dificuldade ou a impossibilidade de procriar em objeto do conhecimento médico (CORREA, 2001).

Diversas são as terminologias comumente utilizadas para designar o conjunto heterogêneo de técnicas, tecnologias, equipamentos, procedimentos médicos e biomédicos, como: Reprodução Assistida (RA); Reprodução Humana Assistida (RHA); Técnicas de Reprodução Assistida (TRA), dentre outras. A expansão mundial das intervenções em infertilidade acarretou variações de nomenclatura em razão dos diversos contextos dos países nos quais estão inseridas. Frente à diversidade de nomenclaturas utilizadas em diferentes países, foi elaborado pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2009) um glossário com definições internacionalmente aceitas das TRA para *Medically Assisted Reproduction* (MAR) com tradução literal Reprodução Medicamente Assistida (WHO, 2009; CORREA, 1998; CORREA, 2001).

Há ainda designações encontradas na literatura como Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas (NTRc) ou Tecnologias Conceptivas, termos mais empregados na literatura de cunho crítico, como os estudos feministas (CORREA, 1998; CORREA, 2001; TAMANINI, 2003).

Na linguagem comum, expressões como bebê de proveta e barriga de aluguel são utilizadas para descrever técnicas de RA. Tais expressões ficaram marcadas por sua divulgação pela mídia (CORREA, 2001).

Neste trabalho, será considerada a terminologia Reprodução Assistida (RA), desconsiderando sua análise técnica e seus questionamentos críticos. Esta escolha se deu devido ao fato desta terminologia ser utilizada com frequência pelo grupo a ser estudado, e

também difundida pelas mídias, possuindo um grande alcance em nosso meio social, sendo compreendida em nossa sociedade.

Como veremos a seguir, as tecnologias utilizadas na RA passaram a ser utilizadas para demandas diversificadas e por numerosas técnicas e procedimentos. Portanto, entendemos que, para que se possa aprofundar a discussão sobre seus aspectos éticos, é importante abordar, mesmo que de forma sucinta, um histórico da RA, sua situação no Brasil, assim como uma descrição das principais técnicas.

## 2.1 BREVE HISTÓRICO

A história das primeiras intervenções e experiências relacionadas à reprodução é muito antiga. Em 1332, árabes, realizaram em equinos a primeira inseminação artificial. A primeira, porém, registrada e com validação científica, foi realizada em 1779, pelo italiano Lázaro Spalanzani, que colheu o sêmen de um cachorro e aplicou em uma cadela no cio (MOURA, SOUZA, SCHEFFER, 2009).

Os primeiros resultados de inseminação em seres humanos ocorreram no final do século XVIII, na Inglaterra. A técnica de inseminação, que será abordada adiante, foi bastante utilizada nos anos de 1970, com baixas taxas de sucesso. Durante os anos de 1960 e 1970, houve uma busca por novos métodos que resolvessem os problemas da infertilidade tubária (MOURA, SOUZA, SCHEFFER, 2009).

O ano de 1978 representou um marco histórico da reprodução humana assistida, com o nascimento de Louise Brown, o primeiro “bebê de proveta”, por meio da técnica de fertilização *in vitro* desenvolvida pelo embriologista Robert Edwards e o ginecologista Patrick Steptoe, no *Oldham General Hospital*, em Manchester, na Inglaterra. Leslie Brown apresentava um bloqueio nas tubas uterinas que a impossibilitavam de engravidar. O que antes era considerado obra de ficção científica, na qual a reprodução humana era dominada e controlada para atingir um padrão de excelência, tornava-se realidade, trazendo perplexidade diante do poder tecnológico ao qual a ciência havia chegado, sendo assim denominado ‘o milagre do século’. Apesar de festejada pelo meio científico, a chegada ao mundo do primeiro ser humano produzido fora do útero materno gerou também receios (MOURA, SOUZA, SCHEFFER, 2009; BARBOZA, 1993; MANCEBO, ROCHA, 2008; SCALQUETTE, 2009).

Amplamente divulgadas e utilizadas em diversas partes do mundo, as técnicas de reprodução assistida foram trazidas para o Brasil na década de 1980, por profissionais de

clínicas particulares de reprodução humana. Especialistas estrangeiros renomados vinham ao Brasil para formar e capacitar os médicos na prática da reprodução assistida, com forte investimento da indústria farmacêutica e divulgação da mídia (CORRÊA; LOYOLA, 1999). Era grande a corrida pelo feito do “primeiro bebê de proveta brasileiro”, e também pela primeira transmissão ao vivo deste feito. Foram realizados diversos treinamentos e tentativas de fertilização *in vitro* no país em pacientes voluntárias de programas privados de RA.

Dois anos após a morte de uma paciente voluntária durante procedimento de retirada dos folículos, no Chile (RAMIREZ-GALVEZ, 2003), nasceu o primeiro bebê de proveta brasileiro, um marco para a medicina genética reprodutiva no país. Desde então, o potencial da reprodução assistida tem se mostrado aparentemente ilimitado (MOURA; SOUZA; SCHEFFER, 2009; SCALQUETTE, 2009; FREITAS; SIQUEIRA; SEGRE, 2008).

Com o auxílio do micromanipulador de gametas, surgiu o procedimento de injeção intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI), para auxiliar na infertilidade masculina, culminando em 1992 com a primeira gestação com esse método. Houve rápida disseminação da técnica da ICSI pelo mundo. Registros de tratamentos em diversos países começaram a surgir com o emprego da técnica, gerando preocupações com os conflitos e questões éticas e legais inerentes à mesma (CAMARGO, 2003).

Na virada da década 1980 para 1990, houve no Brasil um crescimento vertiginoso do número de clínicas particulares oferecendo técnicas de RA, bem como a consolidação de especialistas brasileiros na área e um aumento considerável na demanda por seus procedimentos (ALFANO, 2014). O surgimento de diversos centros privados de Reprodução Assistida pelo Brasil e América Latina motivou a criação de uma entidade cuja finalidade era compilar os resultados de todas as clínicas da região. Em 1995, surge, no Chile, a Rede Latino-Americana de Reprodução Assistida (REDLARA, 2016).

A REDLARA é uma instituição científica e educacional que agrupa mais de 90% dos centros que realizam técnicas de reprodução assistida na América Latina e conta com um total de 172 centros associados. Cataloga anualmente todos os resultados das TRA reportados por estes centros através do Registro Latino-americano de Reprodução Assistida (RLA) (REDLARA, 2016).

Na sequência de evoluções de experimentos que surpreenderam o mundo com nascimentos advindos de técnicas reprodutivas, outro marco após o primeiro “bebê de proveta” em 1978 foi o primeiro mamífero clonado, a ovelha Dolly em 1997.

O nascimento da ovelha Dolly, clonada por transferência nuclear de células somáticas de um animal adulto, pelo grupo britânico liderado por Ian Wilmut, do Instituto Roslin, da Escócia, revolucionou a comunidade científica e chocou a sociedade. A bezerra vitória, primeiro animal clonado no Brasil, nasceu em 2001, fruto de pesquisas da Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (EMBRAPA).

Registros do SisEmbryo – Sistema Nacional de Produção de Embriões, criado em 2008 pela Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária- são outra fonte de informações sobre a RA no Brasil. Segundo relatório do SisEmbryo, no ano de 2014 foram feitas mais de 60.668 transferências de embriões para as pacientes que realizaram técnicas de fertilização *in vitro* no Brasil. Além disso, foram reportados mais de 27.871 ciclos de fertilização, com cerca de 257.006 óocitos produzidos. Os dados foram enviados por 106 Bancos de Células e Tecidos Germinativos (BCTGs), mais conhecidos como clínicas de reprodução humana assistida. A Anvisa também estima que existam 130 clínicas de RA no Brasil (ANVISA, 2016).

Esses números mostram que a demanda por métodos, técnicas e procedimentos de RA vem crescendo, o que torna fundamental conhecer o impacto da utilização destas tecnologias, bem como os conflitos morais que circundam tais procedimentos junto à população assistida.

Segundo a apresentação do Registro Latino-americano de Reprodução Assistida, nasceram 50.775 bebês no Brasil entre 1990 e 2011, utilizando-se de técnicas como a fertilização *in vitro* (FIV), a inseminação intrauterina (IIU) ou inseminação artificial (IA), a injeção intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI), entre outras variações destes procedimentos (ZEGERS-HOCHSCHILD et al., 2012). Tais procedimentos serão explicados brevemente a seguir.

## 2.2 TECNOLOGIAS EM RA

Este trabalho não pretende esgotar o assunto sobre todas as técnicas de RA, tendo em vista não ser este o objetivo do mesmo, porém, uma breve descrição sobre as técnicas, justifica-se a fim de clarificar as temáticas que serão debatidas na pesquisa.

A assistência à reprodução pode se dar sem a utilização de tecnologias, apenas por meio de aconselhamento e acompanhamento de periodicidade da atividade sexual do casal, objetivando a facilitação do encontro do espermatozoide com o óvulo, a fim de otimizar as chances de que ela resulte em gravidez, ou através do emprego de técnicas médicas avançadas, de modo a interferir diretamente no ato reprodutivo, através das tecnologias de RA

(SCALQUETTE, 2009).

De forma didática, e a fim de facilitar a compreensão dos métodos descritos a seguir, pode-se dividir o processo de reprodução natural em três fases: a primeira caracterizada pelo ato sexual, no qual ocorre a transferência dos espermatozoides para o aparelho reprodutor feminino; a segunda caracterizada pela fusão do gameta feminino e masculino (ou ovócito e espermatozoide) nas trompas uterinas, gerando um ovo ou zigoto; e a terceira pela implantação embrionária, ou nidação, através da implantação do embrião na mucosa uterina, desenvolvendo-se, assim, a gravidez (ALVES, OLIVEIRA, 2014).

Os procedimentos em RA com utilização de técnicas com intervenção médica e tecnológica podem ser divididos em dois grupos: baixa ou alta complexidade. A baixa complexidade está representada pela indução de ovulação com controle ultrassonográfico, seguido de coito programado, e pela inseminação artificial (IA), na qual espermatozoides são preparados (capacitados) para adquirir maior e melhor motilidade e a seguir ser introduzidos no fundo uterino e na cavidade tubária. O encontro dos gametas, assim como a fertilização irá ocorrer de forma espontânea nas tubas uterinas, e a fecundação acontece dentro do corpo da mulher (BARBOZA, 1993; MOURA, SOUZA, SCHEFFER, 2009; MANCEBO, ROCHA, 2008; ROTANIA, 2003).

Dentre os procedimentos de alta complexidade, encontram-se fertilização *in vitro* (FIV) e injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), a criopreservação de gametas e embriões, a doação de gametas e embriões, as técnicas de diagnóstico genético, pré-implantação e a cessão temporária de útero. A transferência intratubária de gametas (GIFT), de zigotos ou embriões recém-fertilizados (ZIF) ou embriões mais desenvolvidos, também são procedimentos de alta complexidade, porém são pouco utilizadas nos dias atuais. Diferentemente dos procedimentos de baixa complexidade, nestes últimos, a fecundação se dá fora do corpo da mulher (MOURA, M.D.; SOUZA.; SCHEFFER, 2009; MANCEBO, ROCHA, 2008).

As técnicas podem ainda ser divididas também em homólogas ou heterólogas. As técnicas homólogas são aquelas em que os gametas (material genético e biológico) são os mesmos dos futuros pais. Já nas técnicas heterólogas há uma combinação das técnicas de RA com a doação, de forma que não há coincidência entre a origem da demanda por reprodução e a origem dos gametas (CORREA, LOYOLA, 2005).

De forma conceitual, pode-se dividir ainda os procedimentos de acordo com o local de

fecundação como intracorpóreas ou extracorpóreas, ou ainda, fecundação *in vivo* e fecundação *in vitro*. No primeiro caso, a fecundação ocorre no interior do corpo da mulher, compreendendo as situações de coito programado e de inseminação artificial, já no segundo, a fecundação se dá em laboratório, como nas técnicas de FIV e ICSI.

Na sequência será dada uma explicação de forma resumida de cada um desses procedimentos. Esse conhecimento se tornará importante a fim de que se possa, posteriormente, compreender o impacto de questões éticas que os envolvem. Por se tratarem de descrições técnicas, as explicações presentes nos itens 2.2.1 e 2.2.2 foram retiradas de duas referências bibliográficas: *Manual de Procedimentos - Laboratório de Reprodução Assistida da Rede Latino-americana de Reprodução Assistida* (REDLARA, 2006) e do capítulo *Reprodução Assistida – Conceitos*, do livro *Vivências em tempo de reprodução assistida. O dito e o não dito* (MANCEBO, ROCHA, 2008).

### **2.2.1 Procedimentos de baixa complexidade**

Os procedimentos de baixa complexidade são aqueles caracterizados como fecundação *in vivo*:

- **Coito Programado:** O coito programado é a determinação do melhor período do ciclo menstrual para o casal ter relações sexuais e conseguir a gestação, utilizando o conhecimento médico e a tecnologia. Pode ser através de um ciclo natural ou com medicamentos indutores da ovulação. Este método é indicado em situações em que o fator ovulatório está relacionado à causa da infertilidade, porém com constatação de que o sêmen e as trompas estejam normais.

Essa técnica pode ser ainda uma tentativa quando, embora não tenha sido detectada a causa da infertilidade, o casal não consegue engravidar. Este tratamento possibilita prever ou programar o dia ideal para o casal ter relações sexuais, justificando o nome coito programado. Após a realização de estimulação ovariana através de medicamentos, seguida de controles ultrassonográficos seriados para se identificar o momento próximo a ovulação, período mais fértil e mais indicado para que o casal tenha relações sexuais, aumentando a chance da fecundação ocorrer. As chances de um casal engravidar por meio do coito programado são em torno de 10 a 12% e variam de acordo com diversos fatores como, por exemplo, a idade da mulher. Complicações são raras, mas existe risco de infecção, reação alérgica, síndrome de hiperestimulação ovariana e gestação múltipla.

- **Inseminação artificial (IA) ou Inseminação Intrauterina (IIU):** Uma das técnicas mais antigas e considerada de baixa complexidade é a inseminação intrauterina (IIU) ou inseminação artificial (IA). Consiste em um método em que são colocados espermatozoides mecanicamente - após terem sido colhidos selecionados e preparados - no interior do útero da mulher, através de um cateter flexível. Neste procedimento, apenas os espermatozoides (gametas masculinos) são manipulados em laboratório.

Para este procedimento ocorrer, é necessária a realização de uma indução medicamentosa da ovulação feminina com controle ultrassonográfico da ovulação e do rompimento dos folículos. Essa indução tem por objetivo aumentar o número de óvulos disponíveis para o encontro com os espermatozoides. Quando os folículos, cujo crescimento é acompanhado por ultrassom, atingem o tamanho esperado, é administrada Gonadotrofina coriônica humana (hCG), através de injeção subcutânea, para induzir a ovulação. Próximo ao momento da ovulação (há um intervalo para a realização do processo, de 30 a 42 horas após injeção do hCG), é feita a coleta do esperma. Os espermatozoides são capacitados e selecionados em laboratório. Este processo visa selecionar espermatozoides de qualidade e capazes de ficar mais tempo disponíveis para a potencial fertilização, simulando um processo natural. Este material é colocado em um cateter e inserido no fundo do útero, para que cheguem às trompas, onde ocorre a fertilização. Dessa forma, aumenta-se a chance que um deles fecunde um óvulo. Esse tratamento é indicado em casos de infertilidade por fator masculino leve ou moderado, por fator cervical (quando há produção de muco hostil à passagem dos espermatozoides), por endometriose leve e, assim como no coito programado, pode ser utilizada em casos de infertilidade sem causa determinada.

### 2.2.2 Procedimentos de Alta Complexidade

- **Transferência intratubária de gametas (GIFT):** este procedimento quase não é mais utilizado nos dias atuais, tendo sido substituído pela FIV e ICSI. Nesta técnica eram previamente colhidos os espermatozoides e oócitos para em seguida serem transferidos para as trompas uterinas, local onde se dava a fusão. Utilizada principalmente em mulheres com um bloqueio nas trompas, mas ovário e útero funcionais. Também eram usadas quando havia alguma alteração na qualidade dos

espermatozoides. Nestes casos, a fecundação ocorria *in vivo*, assim como nos procedimentos de baixa complexidade.

- **Transferência intratubária de zigotos (ZIFT).** Esta técnica é uma variante da GIFT, também não mais utilizada. A principal diferença entre a GIFT e a ZIFT é que, na primeira, a fecundação acontece nas trompas, enquanto que nesta última, os gametas eram colocados em contato *in vitro*, em um meio de cultura adequado, ou seja, o encontro do óvulo com o espermatozoide realizava-se fora do corpo da mulher. Após a fecundação, o zigoto era transferido para as trompas.
- **Fertilização *in vitro* (FIV):** esta é a técnica popularmente conhecida como “bebê de proveta” e consiste no encontro dos gametas feminino e masculino, em laboratório, em condições artificiais, formando o embrião que posteriormente será transferido para a cavidade uterina. Para melhor compreensão, o procedimento pode ser dividido nas seguintes etapas:

1. Estimulação ovariana: através do uso pela mulher de medicamentos hormonais orais ou injetáveis é realizada uma estimulação ovariana controlada, com a finalidade induzir a maturação de um número de oócitos por ciclo maior do que ocorre no ciclo natural, quando, em geral, 1 ou 2 oócitos maduros chegam ao final do ciclo e são liberados através da ovulação espontânea. No ciclo com estimulação ovariana, o crescimento e amadurecimento desses oócitos são acompanhados, com ultrassonografia seriada, até que estejam no tamanho ideal para serem aspirados. A etapa seguinte poderá ser realizada após a indução da maturação final dos oócitos, em torno de 34 a 36 horas após a injeção do hormônio gonadotrofina coriônica (hCG).

2. Aspiração folicular ou captação: após a realização da primeira etapa, quando os oócitos estão maduros, ou seja, em um estágio de desenvolvimento em que se tornam aptos a serem fertilizados, é realizado o processo de captação, procedimento pelo qual os oócitos são aspirados, por via vaginal, utilizando-se uma agulha acoplada ao transdutor de um aparelho ultrassonográfico, que guia o procedimento. Este procedimento é realizado em ambiente controlado, com o auxílio de anestesia local ou geral. Nesta etapa, o objetivo é captar o maior número possível de oócitos maduros.

3. Capacitação dos espermatozoides: o procedimento de capacitação é

necessário, uma vez que o espermatozoide do ejaculado é incapaz de fertilizar o oócito imediatamente, mesmo que seja colocado em contato direto com ele. Naturalmente, o espermatozoide apto a fecundar é aquele que passou pelos processos normais de diferenciação, maturação e capacitação. Na fecundação natural, os espermatozoides são capacitados durante a passagem pelo trato genital feminino, ao nadar em direção às tubas uterinas. Neste trajeto eles entram em contato com diversas proteínas e substâncias existentes nas secreções do colo do útero, endométrio e tubas uterinas, que promovem a capacitação. Quando os espermatozoides são colocados em contato direto com óvulos, são incapazes de fecundá-los, pois não passaram pelo processo de amadurecimento, chamado capacitação espermática.

Para os procedimentos da FIV, a coleta do sêmen é realizada através de masturbação, após um período de abstinência sexual de três a cinco dias, seguida do processo de capacitação, que é realizado em laboratório, através de técnicas que separam os espermatozoides do plasma seminal e selecionam os espermatozoides com maior potencial de fertilização.

4. Fertilização *in vitro* propriamente dita: ocorrido sucesso nas etapas anteriores, promove-se, em laboratório, o contato entre oócitos maduros e espermatozoides capacitados, a fim de que a fertilização ocorra. Ocorrendo a fertilização, ocorre um processo de divisão celular (clivagem) e os oócitos passam a ser denominados “embriões”.

5. Transferência de embriões: os embriões permanecem cerca de três a seis dias em cultura, sob condições ideais, após os quais poderão ser transferidos para a cavidade uterina da paciente. Em torno de 15 dias após a transferência, através da dosagem sérica do hormônio hCG (exame BhCG) pode ser verificada a ocorrência de gestação química. Recomenda-se, então, a realização de exame ultrassonográfico 15 dias após o BhCG positivo para a visualização da vesícula vitelínica, com embrião apresentando batimentos cardíacos regulares, o que caracteriza a gestação clínica. O sucesso final é caracterizado pelo o nascimento de um bebê, quando levado para casa por seus pais, conhecido como “taxa de bebê em casa”.

- **Fertilização *in vitro* através de Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI):** a fertilização *in vitro* é dividida em FIV convencional e a FIV realizada com micromanipulação de gametas, conhecida como ICSI. A ICSI é mais utilizada atualmente. Ela é uma técnica complementar à FIV e é disponibilizada no Brasil desde 1993, tendo surgido inicialmente a fim de ser utilizada em situações de infertilidade por fator masculino, nas quais houvesse baixa concentração de espermatozoides, alterações importantes de motilidade ou mesmo ausência de motilidade dos espermatozoides.

Nestes casos, a FIV convencional não apresentava bons resultados, pois é necessário um número mínimo de espermatozoides com boa motilidade para que a fertilização ocorra. A ICSI veio, então, permitir que casos com graves anomalias espermáticas pudessem conseguir gravidez, uma vez que, através de uma agulha muito fina, é possível promover a penetração de um único espermatozoide selecionado para dentro do óvulo. Os espermatozoides são retirados diretamente do epidídimo ou do testículo por punção, sendo escolhido um de “melhor qualidade” (quanto à sua morfologia e motilidade). Esta técnica é utilizada quando existem alterações na quantidade, na motilidade ou na forma dos espermatozoides, o que poderia impedir sua entrada no óvulo de maneira natural. Também se utiliza esta técnica em pacientes com vasectomia.

Da mesma forma que na FIV convencional, as etapas descritas anteriormente também são realizadas: há estimulação ovariana controlada, procedimento de aspiração folicular, capacitação espermática, fertilização *in vitro* e transferência de embriões. Diferentemente da FIV tradicional, entretanto, na ICSI, o contato dos gametas ocorre de maneira diferente. Nesta última, através da utilização de microagulhas, com um equipamento especialmente desenvolvido para este fim (micromanipulador) o espermatozoide selecionado é injetado diretamente no oócito, aumentando as chances de fertilização.

- **Outros procedimentos:** os procedimentos de alta complexidade não se limitam atualmente à FIV e à ICSI. A **criopreservação de embriões** (congelamento) é, atualmente, amplamente praticada em todo o mundo. Tal técnica pode ser utilizada quando há embriões excedentes de um procedimento de fertilização *in vitro*, que

possam ser utilizados em situações diferentes: futura tentativa caso não haja sucesso na primeira; a fim de limitar o número de embriões a serem transferidos, reduzindo-se o risco de gravidez múltipla ou até mesmo o adiamento da etapa de transferência para um ciclo subsequente em pacientes com risco de hiperestímulo; possibilitar novas tentativas de gestar sem o custo e desconforto da realização de novos ciclos de estimulação; utilização de embriões em ciclos naturais (sem estimulação ovariana), pois a implantação uterina pode ser facilitada devido a melhor receptividade uterina em ciclos naturais. O congelamento em nitrogênio líquido em condições ideais permite que os embriões possam permanecer congelados por tempo indeterminado.

A **criopreservação de gametas** também pode ser realizada, tanto de sêmen, quanto de oócitos. O sêmen pode ser congelado com diferentes objetivos, dentre eles preservar a fertilidade de pacientes que serão submetidos a tratamento cirúrgico, quimioterápico ou radioterápico que possa provocar infertilidade como efeito colateral; em casos que o parceiro não poderá colher o material na data provável do procedimento de capacitação nos casos de FIV ou ICSI, ou até mesmo não desejam ser submetidos ao estresse de ter que colher a amostra em data específica; em casos de doação para banco de sêmen. Tal banco poderia ser utilizado por casais com fator masculino grave em que nem mesmo a ICSI seria possível com sêmen homólogo, ou como alternativa para casais com história de alterações genéticas.

O congelamento de oócitos também é realizado, porém sem o mesmo sucesso nas taxas de sobrevivência e fertilização após o descongelamento em comparação ao congelamento de embriões, devido a dificuldades técnicas ainda não superadas. Utilizado principalmente na tentativa de preservar a fertilidade de mulheres que farão tratamento cirúrgico, quimioterápico ou radioterápico que possa provocar infertilidade, como no caso masculino.

A **doação de embriões** surgiu diante do excesso de embriões congelados em clínicas privadas de reprodução assistida, como uma opção viável para casais inférteis ou mulheres sem parceiros. Frente ao desinteresse de casais que tinham embriões congelados e à legislação de países, como o caso do Brasil, como será visto adiante, que impedem o descarte de embriões, o destino dos mesmos passou a ser a doação para outros casais inférteis ou para pesquisa (MANCEBO, ROCHA, 2008).

A **doação de gametas**, inicialmente, restringia-se a casos de falência ovariana precoce, em que oócitos doados eram fertilizados com o sêmen do parceiro da receptora

e realizada FIV. Atualmente, seu uso é realizado em situações como a de mulheres em menopausa que desejam conceber; mulheres submetidas à cirurgia de ooforectomia (retirada dos ovários) bilateral; casos de falhas em tentativas de FIV devido à baixa qualidade dos oócitos obtidos. Os procedimentos de FIV com utilização de gametas doados seguem as etapas descritas anteriormente. Entretanto, no caso da utilização de oócitos doados, é preciso realizar a sincronização do ciclo da doadora e da receptora para que o endométrio da receptora esteja preparado no momento adequado para receber os embriões que se formarem *in vitro*. O material genético poderá ser 50% do casal, pois o sêmen utilizado poderá ser o do parceiro da receptora. A doação de sêmen, como citada anteriormente no item de criopreservação, da mesma forma, segue todas as etapas do procedimento de FIV ou ICSI e também poderá ser feita a fertilização com oócitos da parceira.

A **gestação por substituição** ou **doação temporária do útero**, conhecida como “barriga de aluguel” é realizada através da fertilização *in vitro*, com os gametas do casal interessado, que serão transferidos para o útero de uma outra pessoa, que o “cederá” para a gravidez. Neste procedimento, por alguma impossibilidade ou contra-indicação de gestação da paciente ou em caso de união homoafetiva, o embrião com o material genético do casal é transferido para uma doadora temporária de útero. No Brasil, segundo a resolução do Conselho Federal de Medicina n. 2013/13, esta doadora deve pertencer à família de um dos parceiros, num parentesco consanguíneo até o quarto grau - mãe, irmã, avó, tia ou prima - com a idade máxima de 50 anos. (MANCEBO, ROCHA, 2008).

O **diagnóstico genético pré-implantacional (PDG)**, consiste em um tipo de medicina preditiva, para realizar *screening* genético, no qual os embriões são analisados antes de sua implantação no útero, em busca de anomalias genéticas ou cromossômicas que possam ser responsáveis por doenças hereditárias ou comprometer a gravidez. A FIV é necessária nestes casos, pois o estudo dos embriões é feito em laboratório, fora do útero, através de técnicas específicas capazes de realizar a pesquisa sem causar danos ao embrião. Essas técnicas são utilizadas por casais com mulheres acima de 36 anos que tenham interesse em informações em busca de uma gravidez evolutiva; homens com alteração grave no sêmen; portadores de doenças genéticas ligadas aos cromossomos X ou Y, translocações cromossômicas ou outras anomalias; casais com falhas em outras tentativas de FIV ou ICSI, abortamentos de repetição ou gestação anterior apresentando

anomalia cromossômica (MANCEBO, ROCHA, 2008).

Essa evolução das tecnologias, bem como sua rápida disseminação trouxe questões inéditas, relacionadas à estrutura celular, à genética, à manipulação dos gametas e embriões, ao diagnóstico genético pré-implantação, à seleção de embriões, ao estudo genético das células-tronco embrionárias, à clonagem terapêutica. E acrescentam-se as questões relativas às mudanças e efeitos dessas práticas médicas nas práticas sociais. Entretanto, sua rápida evolução e disseminação não tiveram o mesmo acompanhamento por parte da legislação e de políticas públicas na área.

### 2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS EM RA

Ainda hoje a normatização das técnicas de reprodução assistida no Brasil permanece fragmentada e escassa (NAVES, SÁ, 2015). Não existe legislação específica que regule a prática da reprodução assistida. Como referência para utilização das técnicas de RA utilizam-se as normas éticas do Conselho Federal de Medicina (CFM) e as Resoluções de Diretoria Colegiada da Anvisa, as RDCs. A introdução da reprodução assistida no Brasil, nos anos 80, se deu em um contexto mal regulado e fortemente concentrada no setor privado da medicina (CORREA, 1997).

A discussão sobre a regulamentação e o acesso às tecnologias reprodutivas no Brasil se baseia nos princípios constitucionais e de direitos humanos adotados pelo país assim como nos princípios do Sistema de Saúde no Brasil (SUS): universalidade, igualdade e equidade (BRASIL, 1990).

Apesar dos princípios apresentados acima, persistem, na prática, exclusões e desigualdades no acesso a estes recursos no país. No caso da reprodução humana assistida, estas desigualdades são agravadas pela inexistência, até o momento, de uma regulamentação específica baseada nos preceitos do SUS e nos acordos internacionais de direitos fundamentais do indivíduo (ALFANO, 2009).

A RA tornou-se especialidade médica no país na década de 1990, na tentativa de ser regida por normas técnicas e científicas. O CFM foi o primeiro a se posicionar formalmente sobre as novas tecnologias reprodutivas na área médica. Em 1992 surge o primeiro documento oficial de normatização profissional, uma resolução do CFM, que, além de regular o exercício da medicina no país, também exerce atividades no campo da bioética. Trata-se da Resolução 1.358/92 (CFM, 1992), que adota normas éticas para a utilização das técnicas de

reprodução assistida a seus profissionais. Esta resolução ressalta a infertilidade como um problema de saúde que envolve implicações médicas e psicológicas (CORREA, LOYOLA, 2005).

A Resolução 1.358/92 reiterou a necessidade de gratuidade e anonimato de doações, a inviolabilidade e não comercialização do corpo humano e indicou a necessidade de observação do consentimento formal dos participantes de programas de FIV. Tal resolução aceita que mulheres solteiras tenham acesso às técnicas, assim como à doação temporária de útero, que deve ocorrer dentro da família. (CORREA, LOYOLA, 2005). Delimitou o tempo máximo de desenvolvimento de um embrião fora do corpo feminino em 14 dias, indo de acordo com as recomendações bioéticas internacionais que se seguiram ao *Warnock Report* (WARNOCK, 1985), bem como proibiu a utilização de embriões para fins de pesquisa, destruição de embriões supranumerários ou a redução embrionária. Entretanto, não criou nenhum sistema de regulação como necessidade de licença para funcionamento ou monitoramento das técnicas e resultados.

Permaneceu como única regulação da RA no país até 2009, quando foi revisada e substituída pela Resolução 1.957/2010. Desde então, o CFM editou algumas resoluções que, como recurso deontológico a ser seguido pelos médicos, adotam condutas éticas para o emprego dos procedimentos de RA, como as Resoluções 2103/13 que revogou a anterior, e esta pela 2.121/2015, que vigora nos dias atuais.

A Resolução 2121/15 ressaltou, dentre outros aspectos, a proibição da utilização de técnicas de RA com a intenção de selecionar o sexo (presença ou ausência de cromossomo Y) ou outras características biológicas, exceto para evitar doenças, e a limitação da idade das candidatas à gestação através da RA até 50 anos, justificada pelo objetivo de preservar a saúde da mulher, em virtude de possíveis complicações no período gravídico. (CFM, 2013).

Em meados dos anos de 1990 surgem projetos de lei específicos em RA. Os primeiros projetos são produzidos por parlamentares médicos e acabam por reproduzir a norma do CRM, permeados de argumentos clínicos, de forma que a autoridade técnica prevalece sobre valores e crenças. Entretanto, temáticas relacionadas ao direito de acesso às tecnologias de RA, reprodução de casais homoafetivos, efeitos sobre a família e pesquisa com embriões acaba por alterar a tendência de legalização da norma do CFM, ampliando as discussões (CORREA, DINIZ, 2002; DINIZ, BUGLIONE, 2002).

Considerando que o primeiro bebê de proveta nasceu em 1984 no Brasil e o primeiro projeto de lei apenas em 1993 (PL1184/03), pode-se dizer que o debate legislativo brasileiro para a regulamentação das tecnologias reprodutivas teve um atraso de quase dez anos (CORREA, 2001).

O debate legislativo sobre RA limitava-se, inicialmente, a apresentar projetos de lei que praticamente reafirmavam a resolução do CFM/1992 na íntegra para a esfera legislativa. Estavam baseados em argumentos clínicos e biológicos, elaborados por parlamentares médicos, reforçando a autoridade técnica em detrimento de questões sociais relacionadas às tecnologias reprodutivas. Ao longo do processo legislativo, este perfil foi sendo alterado por diversas questões fazendo com que os projetos permaneçam em tramitação, sem serem conclusivos. São questões ligadas aos direitos reprodutivos, ao acesso à RA por pessoas solteiras, homossexuais, em idade avançada, à formação de novos arranjos familiares e parentalidade, além da pesquisa com embriões humanos (ALFANO, 2014).

Ao longo de sua tramitação houve alterações no projeto de lei, e o mesmo foi considerado por especialistas em RA como controlador e que dificultaria ou até mesmo inviabilizaria a prática da RA (CORREA, LOYOLA, 2005; DINIZ, 2002).

Em 2002, o Ministério da Saúde criou um grupo de trabalho sobre reprodução humana assistida, com o objetivo de discutir a regulação da RA. Tal grupo de trabalho foi constituído por antropólogos, sociólogos, juristas, bioeticistas, médicos, dentre outros, para discutir os aspectos éticos e jurídicos do uso das técnicas de RA visando subsidiar o Congresso para a elaboração da Lei de Reprodução Assistida no Brasil. Parte desse grupo de trabalho integrava o *Projeto Ghente Estudos das implicações sociais, éticas e legais do estudo dos genomas na área da saúde*, grupo com experiência em temas relacionados a reprodução e genética, constituído de especialistas da área do direito, bioética, medicina, sociologia, psicologia, antropologia e biologia que entre os anos de 2003 e 2004 promoveram reuniões multidisciplinares (GHENTE, 2016).

Essas reuniões resultaram na elaboração de Nota técnica sobre a Reprodução Assistida no Brasil (CORREA, LOYOLA, 2005; BRASIL, 2004) Tal norma técnica abordava pontos considerados obstáculos a aplicação da RA no país, visando garantir o acesso e evitar abusos. Dentre os principais pontos destaca-se: acesso universal independente de estado civil e sexualidade; consentimento livre e esclarecido obrigatório; transferência de até três embriões por ciclo reprodutivo, segundo criteriosa avaliação médica; possibilidade de congelamento de embriões; possibilidade de acesso à identidade genética; admissão da gestação por

substituição; identificação de um órgão de controle e fiscalização.

Após longo período sem plano de políticas públicas voltadas para a RA no SUS, em 2005, o Ministério da Saúde formula duas versões de uma portaria, a Atenção Integral à reprodução humana assistida no SUS (BRASIL: 2005a; 2005b), que entretanto, acabaram não sendo implantadas, por falta de priorização na alocação de recursos (CORREA, LOYOLA, 2015).

A Lei n. 11.105 de 2005, Lei de Biossegurança (BRASIL, 2005c), é um dos poucos dispositivos normativos que se aproxima do tema da Reprodução Assistida. Esta lei permite a pesquisa em embriões humanos congelados, entretanto, não se preocupou em regulamentar a prática da RA. Posteriormente, surgiram iniciativas e resoluções normativas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em 2006, criando o sistema de informações sobre embriões congelados no país (Sisembryo) e em 2011, normas para as condições mínimas de funcionamento das clínicas. Dessa forma, embriões para pesquisa e clínicas passam a ser alvo de regulação pela ANVISA, entretanto, efeitos clínicos como riscos inerentes aos procedimentos, sociais, como definição de parentalidade e trocas de materiais reprodutivos entre pessoas permanecem sem regulação (CORREA, LOYOLA, 2015).

No mesmo período foi elaborada a Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos que, em complementação à Constituição Federal no que tange ao direito ao planejamento familiar (BRASIL, 1996), passou a reconhecer o direito básico de casais e indivíduos decidirem livremente sobre o número e o momento de ter filhos, além do direito à informação, aos meios e à saúde sexual e reprodutiva, incluindo o direito às decisões sobre a reprodução sem discriminação (BRASIL, 2005d).

Através da Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos foram elaboradas propostas de ações que contemplassem: a ampliação do acesso aos métodos reversíveis de contracepção; o acesso à esterilização cirúrgica voluntária; o acesso à reprodução assistida pelo SUS (BRASIL, 2005). A Portaria no 426/2005, com base no direito ao planejamento familiar, reconheceu a necessidade de se estruturar uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços voltada para a reprodução humana assistida, objetivando que a infertilidade tivesse atenção integral e acesso mais igualitário nas diversas regiões do país, tanto na Atenção Básica quanto na Média e Alta Complexidade. Seriam beneficiários pessoas que tivessem condições de infertilidade medicamente definidas e/ou que desejassem evitar o alto risco de transmissão vertical ou horizontal de doenças. A não inclusão de homossexuais, pessoas solteiras, entre outras, tem sido interpretado como o não reconhecimento dos direitos

reprodutivos de muitos usuários que dependem exclusivamente do SUS para serem assistidos (ALFANO, 2008; BRASIL, 2005a).

Entretanto, esta portaria foi suspensa para que fossem revistos seus impactos financeiros, e considerada insubsistente posteriormente, no aguardo de uma definição. Desde o lançamento da “Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida”, poucas medidas foram tomadas para a sua implantação, apesar das inúmeras promessas ministeriais de que o SUS passaria a oferecer serviços de média e alta complexidade em infertilidade (BRASIL, 2005b).

Em 2010, após dezoito anos de duração da Resolução 1358/1992, esta é substituída pela Resolução CFM 1957/2010. Nesta última o CFM reconheceu a união homoafetiva como entidade familiar.

Até 2013 a Resolução 1.957/10 do CFM servia como orientação aos médicos quanto às condutas a serem adotadas frente aos problemas decorrentes das práticas de RA. Entretanto, a rápida e constante evolução científica e os questionamentos sociais exigiram também atualização da mesma. Exemplos que impulsionaram sua atualização foram a inexistência de limitação etária para o uso das técnicas e a grande procura por doadoras de óvulos jovens por parte de mulheres cuja infertilidade poderia se relacionar a idade fértil.

Diante disso, foi elaborada a Resolução 2013/13 que, assim como as demais, estabelece normas de condutas éticas a serem seguidas por indivíduos submetidos à entidade. Trouxe como novidade a limitação etária de até 50 anos para uso das técnicas de RA, permitiu a realização de gestação de substituição, desde que as doadoras temporárias de útero pertençam a família de um dos parceiros em parentesco consanguíneo de até quarto grau, limitada idade de até 50 anos. Essa alteração justificou-se pela preservação da integridade física da mulher e seu descendente, visto que com o passar dos anos aumenta-se o risco de pré-eclâmpsia durante a gestação.

Muitas são as discussões levantadas por essa regulação, como o reconhecimento da possibilidade de casais homoafetivos se utilizarem das técnicas, as consequências jurídicas da reprodução assistidas *post mortem*, dentre outras (NAVES, SÁ, 2015).

A Resolução 2.2121/15 do CFM, atualmente em vigor, retirou a limitação de faixa etária para usuárias das técnicas de RA, desde que conheçam e assumam os riscos de uma gravidez tardia, juntamente ao médico.

A legitimidade do acesso à RA no SUS é questionada não apenas por conservadores e

religiosos que integram os congressos brasileiros. É também foco de análise crítica de pesquisadores das ciências sociais, feministas e da saúde coletiva, inclusive entre aqueles que defendem o acesso às tecnologias reprodutivas nos serviços públicos de saúde (ALFANO, 2014).

A oferta de técnicas de RA acaba por concentrar-se no setor privado. No setor público os poucos serviços existentes tem pouco alcance tanto em termos de técnicas disponíveis, como em relação ao número de pacientes atendidas devido a filas de espera e critérios de acesso. Apenas 5% da demanda de atendimento de técnicas de RA é feito no setor público que, em sua maioria, apesar de oferecerem o serviço, não conseguem custear todas as fases de tratamento (ALFANO, 2014; SOUZA, 2014).

Por outro lado, mesmo no setor privado, as técnicas de RA não fazem parte do setor de saúde suplementar (planos e seguros de saúde), evidenciando a perspectiva “privatizante” e exclusiva predominante na RA no país.

A falta de priorização das tecnologias de RA pelo SUS, apesar da lógica de universalidade e integralidade, cria barreiras de ordem econômica, concentrando a medicina reprodutiva no setor privado, aprofundando desigualdades e vulnerabilidades de pessoas excluídas do acesso a essas tecnologias (CORREA, LOYOLA, 2015).

A regulação é difícil e complexa pois envolve diversos interesses, muitas vezes conflitantes, como entre o juristas, feministas, classe médica, indústria, políticos e crenças religiosas. A transformação da resolução do CFM em uma lei federal seria a simplificação de um debate complexo, pois os aspectos morais que permeiam os preceitos éticos da medicina são insuficientes para dar conta destas questões.

A rápida evolução das tecnologias reprodutivas trouxe implicações em diversos campos entre eles o da saúde, social e no campo jurídico. Os dispositivos legais e normativos tendem a relacionar-se aos posicionamentos sociais em um determinado contexto e de uma determinada época. Entretanto, as diversas questões éticas que se apresentam, especialmente no campo da RA, em rápida evolução, não se esgotariam no debate legislativo, tornando fundamental a ampliação do debate dessas questões.

## 2.4 CONTROVÉRSIAS E INCERTEZAS DA RA

Os progressos trazidos pelas tecnologias de RA, por um lado, trouxeram inúmeros benefícios, por outro, preocupações e incertezas. Questões relativas ao início e ao valor da vida humana, à possibilidade de intervenção, limites e consequências de tais tecnologias vieram à tona (DA SILVA, 2007).

Questionamentos éticos surgiram diante de uma pluralidade de situações e abordagens possíveis em um campo multidimensional e controvertido, que envolve ainda a multiplicidade de sujeitos (usuários, médicos e profissionais de saúde envolvidos) instituições (laboratórios, clínicas e hospitais), e os contextos e condições em que se desenvolvem as técnicas de RA.

A princípio verifica-se que a reprodução assistida suscitou questionamentos acerca de valores, crenças e representações que até então eram inquestionáveis. As evoluções tecnológicas da RA tornaram possível que a reprodução ocorra de forma independente do ato sexual.

A influência religiosa em nossa sociedade fez com que a infertilidade fosse compreendida como um mal, um infortúnio, já que a fertilidade é compreendida como uma manifestação da vontade Divina, e, como tal, não deveria ser questionada. Assim, muitas questões morais sobre a RA advêm de influências religiosas, especialmente da Igreja Católica, tendo em vista que a RA seria uma interferência humana na procriação (DA SILVA, 2007).

Desta forma, sem depender do ato sexual entre homens e mulheres, a RA possibilitou a reprodução por “pessoas celibatárias, em relações homossexuais, mulheres na menopausa ou até mesmo a mulheres virgens, sendo possível a fecundação com doação de material reprodutivo humano de terceiros” (ALFANO, 2008, p.37).

Essa dissociação entre sexo e reprodução, em uma sociedade como a brasileira, na qual a religião exerce forte influência moral, “a possibilidade de se intervir diretamente, num território sagrado e privativo do Criador – a reprodução – ainda encontra resistência moral em alguns setores (...)” (QUEIROZ, 2002).

A necessária (até então) participação de dois sexos na procriação de mamíferos poderia ser feita de diversas maneiras, possibilitando vários arranjos e formas de procriação, rupturas no modelo hegemônico de formação familiar, de parentalidade, de filiação. Ao trazerem a fecundação para fora do corpo humano, as novas tecnologias reprodutivas, particularmente as fertilizações *in vitro*, provocaram colapsos, deslocamentos, fraturas nos antigos binarismos natural/artificial, biológico/social, sexo/gênero. (ALFANO, 2009, p.37)

Diante da irreversibilidade do avanço tecnológico, cada vez mais intenso na área da RA, tem-se um núcleo de discussão, que seria a questão do acesso a essas tecnologias. Na pauta das discussões sobre a quem se destinam as técnicas de RA, verificam-se discursos conservadores e uma tendência a se restringir o acesso às tecnologias reprodutivas ao modelo heterossexual de procriação (ALFANO, 2014).

Cabe aqui lembrar que, as técnicas reprodutivas foram utilizadas inicialmente com o objetivo de solucionar o problema da infertilidade sob uma visão biomédica, sendo destinadas a patologias definidas na área reprodutiva passíveis de diagnósticos precisos, como as obstruções tubárias, anomalias uterinas, endometrioses, disfunções hormonais, disfunções ejaculatórias, varicocele, causas imunológicas, entre outras (GUILHEM, PRADO, 2001; CORREA & LOYOLA, 2015).

A discussão acerca do que medicina está tratando com as tecnologias reprodutivas é importante e recorrente nos debates éticos sobre as tecnologias de reprodução assistida e evidencia a importância da problematização do conceito de infertilidade e da necessidade de seu diagnóstico para o acesso às tecnologias reprodutivas no país. (CORREA E LOYOLA, 2015)

Cabe lembrar que é apenas a partir do desejo não satisfeito por filhos biológicos que se inicia o processo de medicalização da infertilidade, ou seja, apenas quando “a ausência de filhos se torna ausência involuntária de filhos” é que passa a se justificar a discussão sobre elegibilidade (DINIZ, 2002: 15). Portanto, diferentemente de outras situações em que se utiliza tecnologia médica, ainda que se tenha investigações e diagnósticos de hipo ou infertilidade, é a partir da identificação do desejo insatisfeito que se configura a procura por técnicas de RA. Assim, se a *patologia infertilidade* existe apenas a partir do desejo insatisfeito, o tratamento, por sua vez, passa a se destinar então, a corrigir uma falha no projeto reprodutivo (CORREA, 2001; CORREA E LOYOLA, 2015; COSTA, T, 2014).

A dificuldade em se definir se as tecnologias de RA estão a serviço de tratar uma doença médica ou solucionar a ausência involuntária de filhos já evidencia a complexidade da discussão a respeito da elegibilidade para o acesso às tecnologias.

Seguindo um critério diagnóstico exclusivamente biomédico de infertilidade, somente pessoas heterossexuais em relação de conjugal idade e inférteis buscariam, a princípios, a reprodução assistida para realizar seus desejos de filhos. Entretanto, a utilização da tecnologia reprodutiva não se restringe à infertilidade medicamente constatada. Considerando a

infertilidade a partir do desejo, pessoas com ou sem problemas médicos, homens ou mulheres, casadas, solteiras, em união estável ou não, celibatárias, de qualquer orientação sexual, com ou sem recursos financeiros, com ou sem outros filhos, em qualquer idade podem ter esse desejo e buscar o acesso a essas tecnologias (ALFANO, 2014). As tecnologias reprodutivas tornaram possível atender a esta diversidade de desejos, levando a questionamentos morais acerca de sua utilização para fins não delimitados a uma definição médica (CORREA, 1997). Esta compreensão do uso das tecnologias reprodutivas passou a impor a questão de quem poderia ter acesso à reprodução assistida.

Mas, mesmo sendo frágil e arbitrário o critério de infertilidade clínica, é ele que tem sido adotado e disseminado globalmente pela OMS como elegibilidade de acesso à RA, subestimando a verdadeira extensão do sofrimento causado pela ausência de filhos em mulheres e homens, escondendo perspectivas morais fundamentais à reprodução, como os valores sociais relacionados à fertilidade, à maternidade, à reprodução biológica e social, aos papéis de gênero, ao parentesco, à filiação, à família e mais recentemente à informação genética (ALFANO, 2008, p.2-3).

Verifica-se, pois, que o desejo por filhos não acontece apenas em um determinado grupo específicos de sujeitos. Tem-se um dilema então, quando se há que decidir quem terá acesso as tecnologias, seja por questões, morais, legais ou por restrição de recursos (CORREA, 1997; CORREA, 2001; DINIZ, 2002; ALFANO, 2008).

Nessa discussão, historicamente ganharam destaque estudos de gênero e da bioética feminista (DINIZ, 2002; ALFANO, 2014; CORREA, 2009) . Existem diferentes argumentos em diferentes correntes feministas acerca de diversos aspectos da RA, mas a título de compreensão, pode-se dividir em dois grandes grupos (DINIZ, 2002). O primeiro seria de uma perspectiva mais antiga e mais radical do feminismo. Para este grupo as tecnologias de RA serviriam como forma de opressão do corpo feminino, controle da sexualidade e reforço a uma ideologia machista e patriarcal. Segundo essa visão, as mulheres cujo desejo não realizado por filhos estariam com sua autonomia comprometida, “ofereceriam seus corpos à ciência” (DINIZ, 2002:16). Desta forma, tais mulheres deveriam ser protegidas, em razão desta vulnerabilidade.

Já no outro grupo, chamado pelas autoras de liberais, as tecnologias reprodutivas são compreendidas como uma conquista das mulheres no campo do direito sexual e reprodutivo, caracterizando-se como uma ferramenta de empoderamento feminino, já que possibilita a escolha reprodutiva (DINIZ, 2002).

De toda forma, algumas das discussões acerca do acesso às tecnologias reprodutivas giram em torno da manutenção da ordem moral já estabelecida socialmente em cada contexto, ou caminha para um questionamento do *status quo*, podendo gerar a subversão dos padrões estabelecidos (DINIZ, 2002). Verifica-se, de toda forma, que apesar de argumentos divergentes, evidencia-se que a explicação meramente médica para a infertilidade não é suficiente para dar conta das discussões que advém das possibilidades que as tecnologias de RA proporcionaram.

A importância desta discussão sobre o acesso, no âmbito bioético, se dá tendo em vista estar relacionada, ainda, à discussão sobre “autonomia das decisões reprodutivas” (CORREA, 2001, p.73).

Cabe lembrar que, a saúde reprodutiva é definida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas à ausência de enfermidade, em todas as questões relativas ao sistema reprodutivo, às suas funções e processos (BRASIL, 2005). A saúde reprodutiva, desta forma, implica que as pessoas possam ter uma vida sexual satisfatória e segura e que tenham a possibilidade de se reproduzir e a liberdade de decidir se, quando e com que frequência o fazer (NAÇÕES UNIDAS, 1994; PENNING, 2012).

Desta forma, questões como liberdade e autonomia individual na formação da família são questões passíveis de discussão quando se trata do acesso às tecnologias, especialmente quando relacionadas a questões como a parentalidade e a justiça equitativa.

As possibilidades de transformação nas relações familiares proporcionada pela RA é enorme. Famílias monoparentais, homoafetivas, recasadas, entre outras, cada vez mais comuns nos dias atuais, passaram a poder realizar seu desejo por filhos biológicos. Doações de gametas, gestação por substituição, possibilitaram novos arranjos e configurações. De acordo com os conceitos de liberdade e autonomia procriativa, não se poderia reservar o direito ao acesso à procriação pelas técnicas de RA a um determinado grupo e determinar a exclusão de outro (CORREA, 2001).

Entretanto, se por um lado, as técnicas de RA ampliaram as possibilidades de solução de um desejo, por outro, são também fontes de angústia, riscos, além de serem altamente excludentes (ALFANO, 2014). A discussão quanto à justiça equitativa do acesso igualitário aos serviços de saúde, envolve recursos, procedimentos e discussões sobre as prioridades para o sistema de saúde.

No Brasil, verifica-se que, na rede privada, o acesso depende do poder aquisitivo e reflete normas de gênero e reprodução social (DINIZ, BUGLIONE, 2002). A oferta de técnicas de RA encontra-se concentrada no setor privado de saúde em nosso país e oferecem tratamentos a altos custos, sendo acessíveis, desta forma, a uma pequena parte da população. Desta forma, a principal exclusão do acesso a técnicas de RA, em nosso país, é de ordem econômica, devido a quase indisponibilidade de técnicas de alta complexidade no setor público e o alto custo que as tornam inacessíveis a maior parte da população. A oferta de técnicas de RA no setor público brasileiro é representada por poucos serviços, poucas técnicas disponíveis e longas filas de espera (ALFANO, 2014; MAKUSK, 2012; SOUZA, 2014; CORREA E LOYOLA, 2015). Em alguns serviços, as usuárias precisam custear parte do tratamento, como, por exemplo, a compra de medicamentos necessários (SOUZA, 2014).

Além da questão econômica e indisponibilidade de tecnologias de alta complexidade, os poucos serviços públicos de atenção à infertilidade e à reprodução assistida pelo SUS no Brasil estabelecem critérios de elegibilidade para seu acesso, dependendo das características do serviços e, segundo os especialistas, de acordo com critérios biomédicos. A idade costuma ser o principal fator considerado como critério de acesso nos serviços públicos de RA, já que o tratamento pode ser ineficaz em idades mais avançada (MAKUSH, 2012). No entanto, diversos estudos tem analisado estes critérios como representação de normatividades, que distinguem socialmente quem pode e quem não pode se reproduzir com o auxílio das técnicas de reprodução assistida. São critérios que vão além da tentativa de se adequar a enorme procura pelos serviços ao número limitado de possibilidades de atendimento. Incluem limites de idade, de diagnósticos de infertilidade, de estado civil, socioeconômicos, entre outros (CORREA, 2001; DINIZ, BUGLIONE, 2002, ALFANO, 2009).

A falta de priorização das tecnologias de RA, agravadas pelas restrições de acesso através de critérios variados estabelecidos pelas instituições, apesar da lógica de universalidade e integralidade do SUS, cria barreiras à grande parte da população, concentrando a medicina reprodutiva no setor privado, aprofundando desigualdades e vulnerabilidades de pessoas excluídas do acesso a essas tecnologias. As questões de acesso e critérios de elegibilidade no uso das tecnologias de RA estão sendo debatidas no campo das lutas sociais por direitos (CORREA, LOYOLA, 2015).

Esperar-se-ia que o problema da ausência de filhos tivesse sido dirigido pelo SUS, considerando seus princípios fundamentais, como a definição ampliada de saúde e a visão de integralidade da atenção, exigidos nos conteúdos programáticos das políticas públicas no país. Deve ficar claro que tais princípios ultrapassam, no nível das práticas de saúde, a proposta

heurística aqui avançada, no plano das ideias, de uma diferenciação entre a categoria da ausência involuntária de filhos, oriunda da pesquisa socioantropológica aplicada à saúde e definições biomédicas de infertilidade. Os deslocamentos que os princípios do SUS produzem no campo da Saúde Pública no Brasil, produzindo e promovendo uma concepção ampliada de saúde e bem-estar, permitem acolher a questão, sob um ou outro dos termos (CORREA, LOYOLA, 2015, p. 761).

Assim, pessoas já frustradas em seus projetos reprodutivos ainda se confrontam com a indisponibilidade das técnicas, a desigualdade, agravando sua situação de vulnerabilidade moral e social (COSTA et. al., 2009).

Muitos casos acarretam judicialização por parte das usuárias em que processos judiciais demandam que o Estado pague por tratamentos não disponíveis no SUS. Como decorrência, tem-se, com frequência, o argumento que ausência de filhos não é doença para negar o acesso, reforçando a importância da questão já debatida anteriormente sobre os conceitos de infertilidade e o que as tecnologias de RA estão tratando (CORREA, LOYOLA, 2015). Ressaltam-se aqui outros argumentos para discussão sobre a disponibilização da RA no sistema público de saúde, especialmente em países em desenvolvimento, confrontando a autonomia reprodutiva com questões relacionadas a priorização de recursos escassos, a crença de que a superpopulação nestes países seria responsável por problemas sociais e econômicos, o risco de abusos, foco em programas de prevenção como papel dos serviços de saúde, justiça distributiva e equidade no acesso (PENNING, 2012).

Além das questões de ordem econômica, “o desejo e o controle da decisão autônoma” (CORREA, 2001: p75) podem sofrer interferência de legislações restritivas, mas também da própria eficácia e riscos das técnicas. Desta forma, a discussão acerca dos benefícios das técnicas em contraposição aos malefícios se justifica.

Além do baixo sucesso, o uso dessa tecnologia implica riscos importantes à saúde. As novas tecnologias reprodutivas podem ser iatrogênicas não apenas quando medicamentos e procedimentos aplicados sobre mulheres saudáveis causam-lhes danos físicos, o que configura um problema de riscos e de Biossegurança. Do ponto de vista ético, o sentido maior da iatrogenia deve ser colocado em relação à vulnerabilidade simbólica de mulheres e de homens já confrontados ao fracasso que representa a dificuldade de reprodução. Diversos são os autores que discutem como a infertilidade é, já, a própria perda de controle. A liberdade e a autonomia do sujeito podem ficar ainda mais comprometidas diante de promessas de reprodução não cumpridas pelas tecnologias reprodutivas ou cumpridas com um altíssimo custo moral, financeiro e de saúde, em um contexto prevalente de intensa medicalização da reprodução humana. (CORREA, 2001, p.76)

Todas as etapas do processo de RA envolvem riscos, como os efeitos indesejáveis da

estimulação hormonal, o desconforto relacionado ao monitoramento laboratorial, e as intervenções médico-cirúrgicas. Questiona-se, desta forma, a importância de se problematizar se o desejo por filhos, independente de diagnóstico clínico de infertilidade, pode legitimar todas as formas de intervenção.

A Bioética é, assim, desafiada a promover um forte questionamento quanto à eticidade desses procedimentos. O desejo de reprodução justificaria a imposição de riscos medicamente induzidos a mulheres saudáveis e seus futuros bebês? Seria adequado propor limites para a intervenção médica, mesmo quando ela é formalmente consentida e se segue a decisões consideradas autônomas? (CORREA, 2001, p. 77).

Na área da RA a veiculação da informação sofre, historicamente, uma influência importante da mídia. O avanço das tecnologias reprodutivas e sua propagação foram apresentadas pela mídia como eficientes, seguras e simples, com poucos esclarecimentos sobre sua relativa baixa eficácia e seus riscos, exaltando os sucessos e minimizando ou até mesmo não mencionando os riscos, os efeitos colaterais e os fracassos (CORREA, 1997; FERREIRA, 2014). Discute-se ainda o poder da mídia em estimular o desejo por filhos, de forma que se questiona a demanda “espontânea” pelas tecnologias reprodutivas sem considerar o desejo como uma categoria construída a partir da oferta das novas tecnologias reprodutivas (CORREA, 1997; ALFANO, 2014).

Essa forma de retratar as técnicas não se modificou desde então, sendo veiculadas como bens de consumo e sinônimo de modernidade que, somados à exaltação dos sucessos e possibilidades, acaba por incentivar seu potencial de uso (ALFANO, 2009). Neste contexto, em que as tecnologias são apresentadas como capazes de soluções milagrosas, aumentam as frustrações decorridas de insucessos no tratamento (ALFANO, 2014).

Verifica-se, pois, que a liberdade e autonomia podem ficar comprometidas, não apenas diante das expectativas não satisfeitas pelas tecnologias, mas mesmo por aquelas que se dão mediante “altíssimo custo moral, financeiro e de saúde, em um contexto prevalente de intensa medicalização da reprodução humana” (CORREA, 2001, p. 76).

Em relação a autonomia das decisões, muitos argumentos na tentativa de garantir a realização dos procedimentos em RA recorrem ao consentimento informado que garantiria a decisão autônoma, consciente e responsável. Entretanto, a infertilidade é fonte de sofrimentos frustração, culpa e inferioridade, que pode estigmatizar quem se desvia da ordem social. (DINIZ, 2002, p.17).

A vulnerabilidade inata a qualquer paciente, torna-se ainda mais aguda no âmbito da RHA. Além da intransponível impossibilidade – na maioria das vezes – de uma “cura” e das muitas incertezas cultivadas pelos especialistas neste ramo, há outras circunstâncias agravantes, como os efeitos psicológicos da luta pela fertilidade e os altos custos destes tratamentos. A soma de tais fatores confere aqueles que passam por este verdadeiro calvário uma “especial vulnerabilidade (LEWICKI, 2001, p.128).

Desta forma, os usuários que procuram tratamento, já fragilizados emocionalmente, ainda que recebam informações adequadas, encontram-se carregados de esperança e ilusão quanto as possibilidades de eficácia das técnicas, estando assim, mais vulneráveis à publicidade realizada pelos centros de reprodução e meios de comunicação. Assim, estimulados pela possibilidade de realização do desejo, os usuários tendem a não refletir sobre riscos e consequências dos tratamentos (ALFANO, 2014).

Além dos riscos e efeitos colaterais do uso de hormônios para estimulações hormonais ovarianas, a partir deste estímulo, produz-se células reprodutivas femininas e, posteriormente, embriões excedentes. Na busca por aumentar a eficácia das técnicas, durante muitos anos foi comum a transferência de um elevado número de embriões, podendo gerar gestações múltiplas. A transferência de vários embriões envolve risco para a saúde de mulheres e bebês, decorrentes de gestações gemelares (baixo peso ao nascer, problemas respiratórios de recém-nascidos e outros danos associados a gestações de mais de um feto). Este procedimento, iatrogênico, foi caracterizado como má prática médica, tendo sido fortemente criticado pelo próprio campo da medicina, gerando uma revisão sobre o número máximo de embriões a serem implantados (CORREA, LOYOLA, 2015; WHO, 2002).

Dentre as diversas controvérsias em torno da RA, àquelas relacionadas aos embriões, sua manipulação, estocagem, pesquisa, descarte e doação, são de grande repercussão e debate, principalmente em países que sofrem influência religiosa. (DINIZ, BUGLIONE, 2002; DINIZ, 2001). Com o aumento do número de tratamentos para realização de FIV, houve uma “explosão populacional” de embriões excedentes que ficaram armazenados nos laboratórios de RA, em geladeiras de nitrogênio líquido. Alguns destes embriões serão utilizados em novos ciclos de tratamento, porém a grande maioria não tem destino definido. Alguns usuários podem desistir da transferência por abandono do tratamento ou mesmo por ter obtido sucesso e não desejar mais uma nova gravidez, pode haver alguma mudança na circunstância dos envolvidos, como separação ou morte, sem que haja definição ou acordo sobre guarda ou utilização.

Os avanços da criopreservação e da manipulação de embriões possibilitaram o aumento da taxa de viabilidade, ao mesmo tempo em que se permitiu identificar embriões menos viáveis ou inviáveis através de exames diagnósticos, aumentou as taxas de sobrevivência após o descongelamento (DA SILVA, 2007). Além disso, o estudo das células-tronco embrionárias de embriões constituiu-se uma esperança de cura de algumas doenças, portanto este tema provoca debates e questionamentos, sobre o que fazer com os mesmos: criopreservar, doar, utilizar em pesquisas ou destruir? Deve haver limite para pesquisas, manipulações e intervenções nos embriões? A quem cabem essas decisões? (BALADOTTI, 2010)

As técnicas de FIV expõem embriões e células germinativas fora dos corpos de homens e mulheres, o que vem tendo importantes desdobramentos: experimentação genética; transferência de núcleo para clonagem de células somáticas ou reprodutivas; proposta de pesquisa com células estaminais e de diagnóstico genético; seleção e engenharia genética de embriões. A possibilidade de pesquisa com o embrião, aberta pela FIV, vem apontando uma co-modificação possível de fetos humanos e impondo questionamentos éticos fundamentais. Aquela possibilidade tornou-se objeto de análise bioética desde o início das atividades clínicas de reprodução assistida, mesmo em uma época na qual as pesquisas com embriões eram ainda muito restritas ou inexistentes (CORREA, 2001, p. 78).

Coloca-se a questão, pois, do status moral do embrião. De acordo com a compreensão que se tem sobre quando começa a vida humana e a definição de pessoa, tem-se diferentes posicionamentos. Há controvérsias se o embrião pode ser considerado um ser humano desde o momento da fertilização, com os mesmos direitos de proteção e respeito, ou se o embrião se constituiria apenas de um conjunto de células e como tal, não merecedor de nenhuma proteção específica, como qualquer outro grupo celular (CORREA, 2000). Há ainda um posicionamento intermediário, que defende que o embrião tem status especial, mas que não se justifica protegê-lo como a uma pessoa (TELOKEN, et. al, 2002).

Discussões bioéticas sobre o início da vida, a sacralidade e a dignidade da vida são estimuladas pelo desenvolvimento das tecnologias de RA e relacionadas à manipulação de embriões, assim como o debate sobre qual o momento da morte foi estimulado a partir do momento que o transplante de órgãos foi possibilitado (SCHRAMM, SEGRE, 2001).

A doação de gametas, apesar de não envolver a questão sobre o início da vida, não é menos polêmica, e envolvem discussões acerca da introdução de um terceiro elemento na relação conjugal, a forma como os gametas são obtidos, a questão do anonimato, os possíveis danos às crianças geradas e o risco de consanguinidade (LOPES, et. al., 2008; CORREA, 2000).

A doação de oócitos passou a ser utilizada na RA desde que se verificou a possibilidade de, com o uso de hormônios, capacitar o endométrio de uma mulher sem função ovariana ativa para implantação de um embrião e conduzir uma gestação com sucesso. Esta técnica permitiu que um universo de mulheres na menopausa, bem como outras pacientes portadoras de defeitos genéticos que as impediavam de usar seus próprios óvulos, pudessem engravidar. Posteriormente, identificaram-se diversas situações para se utilizar a doação de oócitos (LOPES et al, 2008). A polêmica em relação a essas doações baseia-se na questão do anonimato e o direito ao conhecimento da origem biológica e o risco de mercantilização e comercialização de material genético (DA SILVA, 2007).

Diferente da doação de sêmen, em que não há danos à saúde do doador, no caso da doação de óvulos, existem riscos para a doadora que precisará realizar estimulação ovariana, e a de captação dos óvulos, procedimento invasivo com utilização de anestesia. Coloca-se em discussão as motivações para esta possível doação.

A invasividade e as pesadas manipulações do corpo feminino – implicadas nas diferentes etapas do ciclo de FIV, tais como a hiperestimulação hormonal, a punção e a coleta de óvulos, a superprodução de embriões, etc. – são aspectos negativos, cuja imposição a mulheres que viriam apenas a “doar” seus óvulos seria, de modo geral, ainda mais dificilmente justificável do ponto de vista ético do que a FIV. Essas mulheres correriam os riscos e arcariam com custo financeiros sem estarem envolvidas em um projeto próprio de maternidade (CORREA, 2000, p.865).

O reconhecimento social do gesto de doação, comum em outras formas de doação, como a doação de sangue, tendo em vista a complexidade da RA que envolve efeitos colaterais indesejáveis e desagradáveis, riscos e custos, além de incertezas quanto ao uso do material doado, questões relacionadas ao congelamento de embrião, não se tem as mesmas motivações (CORREA, 2000).

Uma possível motivação seria a empatia, a partir de uma situação em que uma mulher que esteja realizando o procedimento doe alguns óvulos excedentes para outra que não os produz e também precise de tratamento. Outra possibilidade de incentivo à doação é financeira, pois algumas clínicas realizam a doação compartilhada de óvulos. Esta caracteriza-se por uma “troca” em que uma mulher “doa” seus óvulos à receptora que paga pelo tratamento de ambas (CORREA, LOYOLA, 2015). Em geral, a doadora costuma ser uma mulher mais jovem, sem condições financeiras de custear seu tratamento, cuja infertilidade possivelmente é decorrente de problemas passíveis de prevenção (CORREA, 2000). Estes problemas, comuns em países em desenvolvimento, como a obstrução tubária, costuma ser

decorrente de abortos e infecções recorrentes ou não tratadas, além de mulheres que realizam esterilização cirúrgica. Do ponto de vista hormonal e ovariano, são consideradas mulheres férteis. Já a receptora costuma ser uma mulher, em geral mais velha e com mais recursos financeiros, com infertilidade de base hormonal, seja por questões médicas, seja por ter tido seus planos de maternidade adiados em função da vida escolar e profissional, características cada vez mais comuns segundo os padrões reprodutivos de países desenvolvidos (CORREA, 2000). Assim, mulheres que não possuem recursos financeiros para arcar com todos os custos da FIV podem compartilhar os óvulos com outras que os necessitam e que, por isso, arcam com a despesa financeira de ambos os procedimentos. Questiona-se neste último caso a situação de vulnerabilidade e autonomia da doadora. “A troca, de fato, não se dá entre iguais. Ela se produz numa situação de desequilíbrio de poderes, influências e recursos” (RAMIREZ- GALVEZ, 2003, p. 40).

A associação de fatores comuns em países em desenvolvimento como o Brasil, como a questão econômica (concentração de riqueza com disparidade econômica na população) e de ordem médica (diferentes padrões de infertilidade muitas vezes decorrentes de doenças sexualmente transmissíveis não tratadas ou abortos em condições insalubres que podem levar a fatores tubários de infertilidade) acrescidos da indisponibilidade de tecnologias de alta complexidade em RA no âmbito público são o contexto propício para a aplicação da doação compartilhada. A associação da dificuldade econômica, somada à condição de infertilidade, faz com que haja questionamentos éticos sobre as escolhas neste contexto. (CORREA, LOYOLA, 2015). Questiona-se, ainda, em relação às doações, o risco de consanguinidade, tendo em vista a larga utilização destas tecnologias. Os argumentos que vão desde a proibição da doação até a tentativa de minimizar riscos limitando o número de doações por pessoa (TELOKEN et. al., 2002)

O diagnóstico genético pré-implantação, que surgiu com a possibilidade da manipulação dos embriões antes de sua transferência para o útero, tornou possível a análise genética, podendo identificar-se malformações, ao mesmo tempo em que permitiu a determinação do sexo da futura criança e a possibilidade de seleção de sexo. Argumentos favoráveis alegam que esta se justifica quando utilizada para evitar transtornos genéticos ligados ao cromossoma sexual. Entretanto, a possibilidade de se selecionar características levantou o risco de ideologias racistas, discriminação de gênero, com a possibilidade de desequilíbrio populacional entre sexos, podendo servir de instrumento para a eugenia (DA SILVA, 2007).

A possibilidade de doação de sêmen, óvulos e embriões, trazendo novos personagens da dinâmica reprodutiva, levantou outra questão controversa que envolve o dilema entre o direito ao anonimato de doadores e o direito ao acesso à informação sobre a origem biológica, agravado ainda em situações nas quais tal conhecimento pode interferir em sua saúde (QUEIROZ, 2002). O conhecimento de certas doenças familiares, a necessidade de um doador compatível de órgãos são situações que poderiam gerar conflito em torno deste sigilo. Pode-se questionar que o anonimato na doação garante direitos aos doadores em detrimento dos sujeitos fruto dessas tecnologias (RIOS, 2002).

Se, por um lado, há quem pense que manter o anonimato é importante, tendo em vista a necessidade de evitar futuras situações anômalas emocionais e legais entre doadores, receptores e pessoas nascidas, por outro lado, há os que defendem o direito a identidade pessoal e ao conhecimento acerca de sua ascendência genética dessas pessoas, que coadunam com seus direitos de personalidade, decorrentes do respeito à dignidade da pessoa humana (VASCONCERLOS et. al., 2014, p.515).

A gestação de substituição é outra temática controvertida. Esta é caracterizada pela transferência de embriões para o útero de uma mulher que o empreste ou alugue. Questiona-se, não apenas a presença de um novo elemento na reprodução, como nos casos de doação de gametas e embriões citados anteriormente, mas envolvem ainda questões relacionadas à seleção da doadora, à exploração comercial do útero, com a possibilidade de exploração de mulheres vulneráveis, os riscos do procedimento a ser realizado, possibilidades de disputas pela criança, dentre tantas (BADALOTTI, 2010).

Muito se discute sobre o pagamento na gestação por substituição, que poderia não apenas gerar exploração de mulheres economicamente vulneráveis, e alguns argumentos se dão no sentido de recomendar que as doadoras temporárias de útero pertençam à família dos doadores genéticos do embrião, como é o caso de nosso país.

Se, por um lado, o vínculo familiar evita o caráter mercantil da maternidade substitutiva, de outro pode gerar tensão e uma forma sutil de coação: como poderia uma irmã fértil se negar a emprestar o útero? Além disso, poderia gerar conflitos psicológicos no âmbito familiar, pela duplicidade de papéis (tia-mãe e avó-mãe, por exemplo), pela relação que poderá se estabelecer em determinadas circunstâncias (entre cunhados, por exemplo) e pelas repercussões sobre a criança (BALADOTTI, 2010, p.483).

Até o advento das tecnologias de RA, casais considerados inférteis, indivíduos sozinhos, ou casais homoafetivos, com desejos de filhos, poderiam recorrer à adoção como forma de

realização de seu desejo. Questiona-se o papel da RA, de forma a gerar um desprestígio da adoção e das filiações sociais (CORREA, 2008).

(...) muito embora o Brasil seja um país com milhares de crianças abandonadas em abrigos e orfanatos, e isso é uma dura realidade, não serve de barreira ou impedimento para aqueles que desejam um filho, como se precisassem recorrer primeiramente à adoção. (...) não pode servir de justificativa para negar o acesso às novas tecnologias reprodutivas. A frase “pra que tentar uma FIV, se há milhares de crianças esperando por um lar” não serve de consolo para quem quer ver perpetuado seu patrimônio genético (COSTA JUNIOR, 2016, p.124).

Um campo mais recente de discussão na área da RA relaciona-se à preservação da fertilidade em pessoas com câncer. A fertilidade de pacientes com câncer pode ser ameaçada tanto pela doença, quanto pelos tratamentos como algumas cirurgias, quimioterapia ou radioterapia. A preservação da fertilidade no homem pode se dar através da criopreservação de esperma, procedimento simples e não invasivo, sem efeitos colaterais. Em alguns casos, como em homens pré-puberes ou impossibilitados de produzir esperma, pode-se obter tecido testicular e submetê-lo a congelamento. Em mulheres, o procedimento menos invasivo para preservação da fertilidade envolve a estimulação ovariana e captação de oócitos para criopreservação e posterior fertilização assim como se pode realizar preservação de tecido ovariano para posterior implante (CASTELLOTTI, CAMBIAGHI, 2008).

Questões como vulnerabilidade de pessoas que estão vivendo um momento de adoecimento e precisam tomar uma decisão sobre possibilidade de reprodução, riscos e possíveis malefícios do tratamento, possível atraso no tratamento oncológico em razão dos procedimentos de RA, a possibilidade de se criar falsas esperanças devido as taxas de sucesso de algumas técnicas, são alguns dos argumentos que se contrapõe à liberdade e autonomia reprodutivas (PENNING, 2012).

Importante destacar que o ritmo acelerado com que ocorrem os avanços tecnológicos e a lógica de mercado fazem com que novos procedimentos e técnicas venham sendo incorporadas, sem que haja, necessariamente estudos suficientes sobre eficácia e riscos. As inovações trazem modificações técnicas nos métodos utilizados e implicam e consequências imprevistas. Gestações múltiplas representando risco aumentado de mortalidade materna, efeitos colaterais, riscos para a saúde dos bebês, Síndrome de Hiperestimulação Ovariana (decorrente do uso de hormônios indutores de ovulação e que pode causar consequências graves na saúde da mulher), são algumas consequências, hoje já conhecidas, mas não esperadas quando do início da utilização destas tecnologias. Da mesma forma, novas e

inimagináveis consequências podem decorrer das inovações na área. (ROTANIA, 2006).

Em nosso país, a utilização das tecnologias de RA no serviço público também é temática controversa e fruto de análises e discussões. Refere-se não apenas a dificuldade de acesso público aos avanços proporcionados pela RA, aos critérios de acesso, alocação de recursos públicos, mas também a qualidade e probabilidade de sucesso (VASCONCELOS, et. al., 2014).

No que se refere a RA, verifica-se que não houve implementação plena dos princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS. Raras são as instituições públicas no Brasil que oferecem o tratamento completo (exames, procedimentos e medicamentos) e sem custos, estando dois em SP, um no DF e outro em Pernambuco (GARCIA, BELLAMY, RUSSI, 2012). Outros hospitais oferecem parte do tratamento gratuitamente, porém os pacientes necessitam pagar pelas medicações. Entretanto, as filas para atendimento na maioria dessas instituições são muito longas (MAKUSH, 2011).

A insuficiência do número de vagas, de material e medicamentos disponibilizados, aliado ao longo tempo de espera em muitas instituições, acaba por ocasionar aumento na idade das mulheres (VASCONCELOS, et. al., 2014). Cabe lembrar que a idade das pacientes é um fator importante nas taxas de sucesso, de forma que a espera pode ser um fator dificultador, reduzindo as chances de muitas pacientes. Da mesma forma, o tempo de espera e o conseqüente avançar da idade podem gerar o aumento dos riscos de uma gestação. Entretanto, o entendimento de que as tecnologias oferecidas nessas instituições são a última esperança faz com que muitas usuárias optem por permanecer nas filas (MAKUSH, 2011; COSTA et al., 2011).

No Brasil, o poder aquisitivo é determinante para o acesso. Quem pode pagar pelo tratamento utiliza-se de serviços provados e dispõe da possibilidade de se utilizar da alta complexidade que as tecnologias de RA podem oferecer. Por outro lado, a maior parte da população tem dificuldade de acesso desde os exames diagnósticos, passando pelo encaminhamento, e quando se consegue chegar a um serviço, este não possui tecnologia de alta complexidade e não custeia as medicações (ALFANO, 2014; COSTA, 2014). Outras questões de debate no campo da RA dizem respeito ao agir médico, guiado por princípios éticos em qualquer área de atuação (SEGRE, SCHRAMM, 2001). Tendo em vista ser a RA campo rico em controvérsias, de forma que possibilitar espaços de discussões destas questões parece ser fundamental.

O conceito de medicalização diz respeito a apropriação médica de questões que antes não faziam parte de seu domínio, como é o caso da reprodução (CORREA, 2001). Verifica-se que as decisões em RA têm interferência da palavra médica desde a definição de quem pode acessar os serviços, passando por decisões ao longo de todo o processo.

A atuação na área de RA tende a gerar a sensação de trabalhar em um campo moderno e permite o acompanhamento do desenvolvimento tecnológico. (TAMANINI, 2004). A compreensão de que as tecnologias de RA servem como forma de ajuda, acabam por ser consideradas benevolentes, e, portanto, pouco questionáveis.

A intervenção médica cotidiana na reprodução humana parte do pressuposto de que é necessário ajudar a natureza, devolvendo sua capacidade reprodutiva, que está em algum lugar e que necessita ser acordada e ajudada pela ciência (TAMANINI, 2004, p.88).

Para muitos médicos, “o querer do casal legitima sua prática”, o que pode fazer com que os critérios para continuidade ou desistência de um tratamento sejam baseados nesse desejo, sem levar em conta as reais possibilidades e riscos (TAMANINI, 2004). Por outro lado, conforme veremos mais à frente de acordo com a própria formação médica, é comum que o médico estabeleça critérios de acordo com seus próprios valores morais, passando a definir as necessidades e os tratamentos de seus pacientes, podendo ainda decidir sobre critérios de elegibilidade, adotando uma prática paternalista, segundo a qual o médico tem a obrigação de ajudar o outro, sendo este o fundamento e a justificação para suas práticas. (MEDEIROS, VERDI, 2010).

A supremacia do saber médico acaba por fazer com que este tenha um papel fundamental nas decisões em RA. Embora esse saber seja fundamental neste campo, não se pode desconsiderar a importância de outros saberes que possam contribuir para o debate de tantas questões que merecem ampla discussão, tanto em seus aspectos técnicos, proporcionados pelo saber médico, como outros saberes que possam ser articulados de forma a permitir diferentes visões sobre a temática, como a filosofia, a sociologia, movimentos sociais e a bioética, dentre tantas. Dentre estes diversos saberes, a bioética revela-se como um importante caminho de reflexão e debate e pode ter um papel fundamental na formação médica, possibilitando a reflexão crítica acerca das temáticas apresentadas.

Ressalta-se o fato de não haver consenso nas diversas questões que se apresentam, decorrente daí a importância do debate bioético que leve em conta os diversos aspectos que envolvem os dilemas que se apresentam. Da mesma forma, este trabalho não busca respostas,

nem mesmo é propósito o aprofundamento em argumentos, perspectivas ou correntes específicas.

As diferenças e divergências de pontos de vista decorrem das variadas concepções de mundo, da vida, do ser humano e suas relações, e destas com a natureza, adotadas por indivíduos e grupos. Elas advêm das variadas interpretações sobre a natureza e o papel da ciência e da tecnologia no mundo contemporâneo e, fundamentalmente, do entendimento de quais valores humanos universais devem ser respeitados (ROTANIA, 2003, p. 41).

A bioética surge em um contexto de preocupação entre as ciências e humanidades, buscando oferecer subsídios para a ampliação da reflexão a respeito desses aspectos. O próximo capítulo apresentará o histórico de seu surgimento e consolidação, discutirá sua importância na formação médica, a fim de fornecer subsídios para a discussão dos dados levantados por este trabalho.

### 3 BIOÉTICA E FORMAÇÃO MÉDICA

O avanço tecnológico que o mundo vem acompanhando nas últimas décadas ocasionou inúmeras mudanças nas sociedades, e especialmente na medicina e na assistência à saúde. Surgiram novos problemas morais relacionados ao processo saúde-doença que precisam ser avaliados e discutidos pelos profissionais envolvidos, bem como pela sociedade, a fim de que se possa enfrentar questões de natureza ética.

Nesse contexto surge a bioética como um campo de conhecimento transdisciplinar que propõe ferramentas para a análise desses problemas morais, trazendo uma contribuição para a prática em saúde.

Este capítulo visa contextualizar a bioética, através de um breve histórico de seu surgimento e consolidação enquanto campo da ética aplicada, buscando oferecer uma fundamentação teórica sucinta de sua corrente pioneira e reconhecida no meio médico e acadêmico. Será abordado o ensino da disciplina na formação médica para então desencadear reflexões acerca do principal tema aqui tratado.

Torna-se importante neste momento fazer uma distinção entre ética, moral e deontologia, a fim de facilitar a compreensão da temática discutida. A moral caracteriza-se por um conjunto de normas de condutas de determinadas sociedades em determinado momento (CORTINA, 2003). São regras que vem externamente ao indivíduo, e regulam o comportamento social no sentido de garantir a ordem. São “normas de conduta vigentes em dada sociedade, (portanto, “vindas de fora” do indivíduo)”, podendo ser introjetadas de forma que estes as reconheçam como parte de seus princípios e valores (REGO, GOMES, SIQUEIRA-BAPTISTA, 2007, p. 26). Estão relacionadas aos interesses vigentes e sujeitas a transformações de acordo com a época e a sociedade.

Já a ética corresponde a um saber filosófico, a uma reflexão a respeito da moral, resultante do uso da razão crítica (CORTINA, 2003; REGO, GOMES, SIQUEIRA-BATISTA, 2007). O conceito de ética supera a ideia de um conjunto de normas, pois pressupõe reflexão e decisão. Também deve ser compreendido contextualmente, já que também está sujeito às transformações da sociedade.

A deontologia tem caráter legal, invoca a noção de dever, construindo-se, portanto, um invocativo de ética dos deveres muitas vezes ligado a questões profissionais e de conduta profissional (CORTINA, 2003). Refere-se ao conjunto de deveres que o profissional tem que

seguir em suas atividades. As profissões seguem normas e regras relacionadas ao seu exercício. “Por muito tempo, tal modelo foi a base do ensino da ética nos cursos de saúde e, apesar de importante, tem se mostrado insuficiente, uma vez que os códigos de conduta não têm acompanhado a contento as transformações ocorridas na sociedade” (CARNEIRO, et. al., 2010, p. 413).

Assim, chamamos de ‘moral’ esse conjunto de princípios, normas e valores que cada geração transmite à geração seguinte na confiança de que se trata de um bom legado de orientações sobre o modo de se comportar para viver uma vida boa e justa. E chamamos de ‘Ética’ essa disciplina filosófica que constitui uma reflexão de segunda ordem sobre os problemas morais. A pergunta básica da moral seria então: ‘O que devemos fazer?’, ao passo que a questão central da Ética seria antes: ‘Por que devemos?’, ou seja, ‘Que argumentos corroboram e sustentam o código moral que estamos aceitando como guia de conduta?’ (CORTINA, MARTINEZ, 2005, p. 20).

O estudo da filosofia aponta que ao longo de toda a história da humanidade diversos estudiosos discutiram a moralidade, e o pensamento crítico em relação a valores sempre precisou acompanhar as mudanças das sociedades. Neste sentido, imerso em um contexto de intenso crescimento tecnológico e transformações sociais é que se dá o surgimento da bioética.

### 3.1 A BIOÉTICA

Diversos são os marcos que contribuíram para seu surgimento, como as pesquisas realizadas em campos de concentração nazistas no período da Segunda Guerra Mundial e os tratados de direitos humanos, que são marcos de seu surgimento histórico (DINIZ, GUILHEM, 2005).

A utilização do termo bioética é atribuída, apesar de haver questionamentos se esta teria sido realmente a primeira utilização da palavra, à Van Rensselaer Potter, um cancerologista americano, através de sua obra *Bioética: uma Ponte para o Futuro* (Potter, 1971), que foi considerada um marco fundamental para a construção dessa área de conhecimento. Potter preocupava-se com a sobrevivência do planeta, estabelecendo uma relação entre as ciências da natureza e as humanidades, buscando um saber que fosse uma ponte de integração entre o conhecimento biológico e os valores humanos. (DINIZ, GUILHEM, 2005; POTTER, 2016).

Para Potter, a bioética, deveria acompanhar o desenvolvimento científico, de forma a manter uma vigilância ética. A sobrevivência da espécie humana, para ele, dependia de uma ética aplicada a situações de vida, e para tal, tornar-se-ia fundamental a democratização do

conhecimento científico e o cuidado ético. Essa proposta, na qual a biologia e a ética se associam, corresponde, para alguns autores, ao “espírito da bioética” (DINIZ, GUILHEM 2005, p.15)

Desta forma, originalmente a bioética relacionava-se a uma ética global, ou seja, a preocupação com a preservação do planeta, diante da constatação que as novas descobertas poderiam, apesar de poder trazer benefícios para os seres humanos, gerou a preocupações quanto ao seu futuro, a destruição do meio ambiente, envolvendo riscos ao planeta e à vida. (GARRAFA, 2005).

Outro nome da história da bioética, André Hellegers, do *Kennedy Instituto of Ethics*, vinculado à *Georgetown University*, na cidade de Washington, nos Estados Unidos ficou reconhecido pela utilização institucional do termo, tendo utilizado o termo bioética para referir-se a uma nova área de atuação. (Diniz e Guilhem, 2005)

Pode-se, didaticamente, dividir o desenvolvimento histórico da bioética em quatro momentos: a etapa de fundação, quando os primeiros autores estabeleceram suas bases conceituais; a etapa de expansão e consolidação; a etapa de revisão crítica; a etapa de ampliação conceitual, que se caracteriza após a homologação, em 10 de outubro de 2005, em Paris, da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos (GARRAFA, 2005). As diversas transformações entre os anos de 1960 e 1970, sociais, políticas e tecnológicas, precederam e contribuíram para o nascimento da bioética. Essas transformações se deram em diferentes contextos, tanto político e social, como tecnológico. Este período foi marcado pela conquista dos direitos civis, pelo fortalecimento de movimentos sociais como o feminismo, o movimento negro e de outras minorias, que evidenciaram questões sobre “a diversidade de opiniões, o respeito às diferenças e o pluralismo moral” e estimularam debates éticos (DINIZ, GUILHEM, 2005, p.16; MUNÕZ, MUNÕZ, 2003).

Neste período os padrões familiares tradicionais, crenças religiosas e a vida em sociedade de maneira geral, estavam sofrendo uma serie de transformações, e as tecnologias buscavam promover a busca de uma melhor qualidade de vida. O intenso desenvolvimento tecnológico deste período trouxe dilemas morais antes impensados relacionados à prática biomédica. O surgimento da bioética, neste período, pode ser compreendido como uma resposta ética a essas intensas mudanças (DINIZ, GUILHEM, 2005, p.16; MUNÕZ, MUNÕZ, 2003).

Outras contribuições para que a bioética se estabelecesse como campo disciplinar foram denúncias relacionadas às pesquisas com seres humanos, especialmente relacionadas às atrocidades cometidas por pesquisadores em campos de concentração. Até esse período, marcado por questionamentos, não se conhecia, ou não se discutia, normas que conduzissem a realização de pesquisas em seres humanos, de forma que a condução das mesmas se justificava em nome da ciência. Casos famosos começaram a ganhar repercussão na mídia e alguns tornaram-se emblemáticos para a bioética e para sua consolidação como disciplina (Diniz e Guilhem, 2005).

Um destes acontecimentos foi a divulgação em 1962 pela revista *Life*, do artigo “Eles decidem quem vive, quem morre”, escrito pela jornalista Shana Alexander, a respeito da criação do Comitê de Seattle, comitê de ética hospitalar em Washington, nos Estados Unidos. A autora conta no artigo sobre a tomada de decisão do comitê sobre a alocação de recursos restritos para pacientes renais crônicos que precisavam de hemodiálise. Frente a uma situação em que havia mais pacientes do que máquinas de hemodiálise disponível, o comitê decidiu delegar os critérios para alocação dos recursos a um grupo de não-médicos. O processo de decisão médica, que até então estava restrita aos profissionais da área, deixou de ser exclusivo do médico e passou a ser de domínio público, marcando uma ruptura entre a ética médica tradicional e a bioética. A medicina, a partir dos avanços tecnológicos que ameaçavam a tranquilidade da decisão médica e trazia conflitos inesperados, passa a ter que dialogar com outras perspectivas (DINIZ, GUILHEM, 2005, p.16; MUNÕZ, MUNÕZ, 2003).

Outro evento marcante ocorreu em Tuskegee, no Alabama, Estados Unidos, e serve como referência para a bioética para os abusos que ocorriam em nome da ciência. A pesquisa tinha a finalidade de acompanhar a evolução natural da sífilis em sujeitos infectados. O estudo foi conduzido entre os anos de 1930 e 1970, período em que 400 pessoas negras portadoras de sífilis ficaram sem tratamento (a penicilina, medicamento para o tratamento da doença, já existia nesse período e já tinha seu uso difundido para o tratamento da doença), em uso de placebo, a fim de conhecer a história natural da doença, sem que os mesmos soubessem que estavam participando de um experimento. A pesquisa foi conduzida pelo Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos, e ficou conhecido como um dos exemplos mais perturbadores utilizados pela bioética como disciplina (DINIZ, GUILHEM, 2005).

Diversos relatos de pesquisas científicas em seres humanos em condições pouco respeitadas, perversas e degradantes foram surgindo na mídia. Os experimentos realizados durante o período da Segunda Guerra Mundial, amplamente realizados pela Alemanha,

Estados Unidos e pela União Soviética, utilizando cobaias humanas consideradas inferiores, como judeus, escravos, negros e ciganos. Após o fim da guerra e com o conhecimento a respeito do funcionamento dos campos de concentração, estes estudos passaram a ser divulgados para o mundo. Os horrores relatados chocaram o mundo, e surge a necessidade de uma mudança na conduta das pesquisas com os seres humanos. O choque e indignação provocados serviram de combustível para a realização do Tribunal de Nuremberg, nos Estados Unidos, cujo objetivo era condenar os oficiais nazistas responsáveis pelos experimentos. Como resultado, teve origem o Código de Nuremberg, conjunto de princípios éticos que regem a pesquisa com seres humanos (BRAZ, et. al., 2017; MUNÓZ, MUNÓZ, 2003).

A disseminação da temática da bioética pelo mundo foi fruto da angústia da sociedade frente às implicações sociais e políticas provenientes do progresso biomédico, científico e tecnológico. O debate bioético na área biomédica trouxe à tona a preocupação com a garantia de interesses de grupos e indivíduos socialmente vulneráveis, ou seja, aqueles inseridos em uma situação de hierarquia social que os impossibilitam de agir livremente. Transformou-se ainda, na área da pesquisa biomédica, o a premissa até então aceita, de que o desenvolvimento da ciência estaria “acima de qualquer suspeita para o bem-estar e a saúde da humanidade” (DINIZ, GUILHEM, 2005, p.28), sendo substituída por um discurso crítico quanto à pesquisa científica, questionando-se os avanços relacionados à experimentação humana, tanto do ponto de vista ético, como jurídico, econômico, social e político (DINIZ, GUILHEM, 2005; MUNÓZ, MUNÓZ, 2003).

Dentre as temáticas levantadas pela discussão bioética quanto aos avanços tecnológicos na área biomédica, pode-se ressaltar o transplante de órgãos, a engenharia genética, a saúde reprodutiva, entre outros (DINIZ, GUILHEM, 2005; PASSINI, BARCHIFONTAINE, 2007).

Durante o processo de transformação social, como citado, ocorrido entre as décadas de 1960 e 1970, toma curso um processo de mudança no relacionamento entre profissionais de saúde e pacientes, especialmente no que tange às questões morais. O declínio na confiança nos médicos e seus princípios morais marca um momento de contestação do código moral médico, baseado no juramento hipocrático, transmitido como ensinamento da ética médica nas escolas de medicina, abrindo caminho para o estabelecimento da bioética como mediadora para os conflitos morais (MUÑOZ, 2004; DINIZ, GUILHEM, 2005).

Neste mesmo período, em 1974, instituiu-se, nos Estados Unidos, em resposta às acusações e escândalos relacionados às pesquisas envolvendo seres humanos, um comitê nacional com objetivo de definir princípios éticos norteadores de pesquisas científicas,

formando-se, assim, a “Comissão Nacional para Proteção de Sujeitos Humanos na Pesquisa Biomédica e Comportamental” (DINIZ, GUILHEM, 2005). A Comissão tinha como proposta articular princípios éticos, considerados universais, que serviriam como base para a formulação, crítica e interpretação de dilemas morais envolvendo pesquisas científicas e desenvolver diretrizes a fim de assegurar que as investigações pudessem ser conduzidas de acordo com esses princípios. Como resultado deste trabalho, que durou quatro anos, foi elaborado o Relatório Belmont, divulgado em 1978, que é considerado um marco histórico e normativo da Bioética (DINIZ, GUILHEM, 2005; BRAZ et. al., 2017).

O Relatório Belmont introduz três princípios éticos, dependentes entre si e relacionados à história das tradições e do pensamento moral do ocidente que deveriam servir para a solução de conflitos éticos das ciências biomédicas, além de orientar as pesquisas com seres humanos: o respeito às pessoas, a beneficência e a justiça (DINIZ, GUILHEM 2005; BRAZ et. al., 2017):

- **Respeito pelas pessoas:** esse princípio pressupõe que os indivíduos sejam tratados como agentes autônomos e as pessoas com autonomia diminuída, considerados vulneráveis, devem ser protegidas de abusos. Com relação a pesquisas com seres humanos, esse princípio implica na vontade do sujeito como condição fundamental para sua participação, de forma que o consentimento à participação apenas seria válido mediante completa informação e compreensão da totalidade da pesquisa a ser realizada;
- **Beneficência:** compreendida como o compromisso do pesquisador em garantir o bem-estar dos envolvidos direta ou indiretamente na pesquisa científica. Tem como objetivo também a ideia de não causar danos e maximizar os benefícios. Tal princípio propõe a avaliação entre riscos e benefícios para os envolvidos.
- **Justiça:** implica no reconhecimento de necessidades diferentes para a defesa de interesses iguais, baseado no conceito de equidade social, segundo a compreensão do filósofo social John Rawls. Tal princípio exigia um cuidado na busca dos participantes das pesquisas científicas.

O Relatório Belmont causou grande impacto na comunidade científica à época de sua divulgação, tendo em vista o contexto de incertezas éticas relacionadas às pesquisas científicas, e inaugurou uma nova abordagem metodológica dos problemas éticos, podendo ser, assim, considerado um divisor de águas para a ética aplicada (PESSINI, BARCHIOFONTAINE, 1998; BEAUCHAMP, CHILDRESS, 2002). Além disso, a partir da

estruturação de princípios norteadores, permitiu-se a organização da bioética em termos acadêmicos, tendo assim, importância fundamental para a formalização da mesma como novo campo disciplinar (DINIZ E GUILHEM, 2005).

A década de 1970 foi fundamental para que a bioética ingressasse no domínio acadêmico, tendo sido publicados os primeiros livros e artigos sobre o tema. Em 1976 foi publicado o livro *Problemas Morais na Medicina*, do filósofo Samuel Gorovitz, que relacionou situações médicas geradoras de conflitos, como a eutanásia e o aborto, a estudos éticos. A produção destacou-se pela proposta interdisciplinar da bioética, tendo sido composta por autores médicos e filósofos, que expuseram suas opiniões e argumentações sobre temas de conflito moral na área da saúde, ressaltando a relação médico-paciente, consentimento livre e esclarecido, justiça social, dentre outros (DINIZ, GUILHEM, 2005).

Contribuindo para a consolidação da força teórica da Bioética, especialmente das universidades estadunidenses, em 1979 é publicado o livro *Princípios da Ética Biomédica*, do filósofo Tom Beauchamp e do teólogo James Childress (BEAUCHAMP, CHILDRESS, 2002). Os autores deram continuidade às ideias levantadas pelo Relatório Belmont (do qual Tom Beauchamp havia participado da elaboração), propondo que os conflitos morais poderiam ser mediados por princípios éticos. Assim, os autores através do livro, analisam princípios morais que devem ser aplicados à área biomédica, oferecendo uma instrumentalização para enfrentamento de conflitos morais na área da saúde (DINIZ, GUILHEM 2005).

O livro *Princípios da Ética Biomédica* visava atingir um público diversificado, desde médicos e enfermeiros, passando por professores, pesquisadores, estudantes, profissionais responsáveis pelas políticas públicas de saúde, dentre outros, de forma que, por um lado, evidenciava a falência da autoridade da técnica no campo ético, incluindo outros atores no debate biomédico, e de outro, ressaltava o espírito multidisciplinar da bioética (DINIZ, GUILHEM, 2005).

Na obra, os autores propõem quatro princípios éticos como a base da teoria bioética: autonomia (respeito às pessoas), beneficência, não maleficência e justiça (BEAUCHAMP, CHILDRESS, 2002). As duas mudanças em relação ao Relatório Belmont seriam o princípio da não-maleficência, e a substituição do princípio de respeito às pessoas pelo respeito à autonomia das pessoas. A mediação de dilemas biomédicos deveria ser orientada então, através da análise sistemática destes princípios morais:

- **Autonomia:** esse pode ser compreendido como “governo pessoal do eu, que é livre tanto de interferências controladoras por parte de outros quanto de limitações pessoais que criam embaraços para a escolha, tais como a compreensão inadequada” (REGO, PALÁCIOS, SIQUEIRA-BATISTA, 2009, p.44-45). Tal princípio aponta que o exercício da moralidade pressupõe a existência de uma pessoa autônoma. Aponta que indivíduos considerados capacitados possam deliberar a respeito de suas escolhas pessoais e devem ser respeitados em sua decisão. Desta forma, o respeito à autonomia implica no reconhecimento das opiniões, escolhas, valores e crenças pessoais, exigindo a transmissão clara de informações para subsidiar a decisão autônoma. A noção de respeito a autonomia assegura que pessoas que não sejam capazes de exercer plenamente sua autonomia, pessoas tradicionalmente dependentes ou vulneráveis, como crianças, idosos, deficientes, pessoas em uma posição hierárquica desigual, tenham sua integridade e interesses protegidos. Importante ressaltar a linha tênue entre o paternalismo médico e a proteção a vulneráveis, já que o respeito a autonomia deve garantir que indivíduos vulneráveis sejam respeitados em suas escolhas morais. (DINIZ, GUILHEM, 2005; REGO, PALÁCIOS, SIQUEIRA-BATISTA, 2009). Diante dessa questão, foi introduzida a temática do consentimento informado, ou “consentimento livre e esclarecido” (conceituação brasileira), como estratégia formal de garantir os interesses e a proteção dos pacientes, em situações de pesquisa ou atendimento clínico. (Diniz e Guilhem, 2005)
- **Não-Maleficência:** obrigação de não infligir dano intencional. Está associado à tradição deontológica hipocrática, *primum non nocere* (primeiro não causar danos). Refere-se à obrigação moral em “não contrariar, frustrar ou interpor obstáculos aos interesses de alguém”, (REGO, PALÁCIOS, SIQUEIRA-BATISTA, 2009, p.47) ou seja, evitar ações prejudiciais (DINIZ, GUILHEM, 2005; REGO, PALÁCIOS, SIQUEIRA-BATISTA, 2009).
- **Beneficência:** difere do princípio anterior na medida em que a beneficência implica em ações positivas. Refere-se à obrigação moral de agir em benefício do outro, fazer o bem, atuando de acordo com seus interesses legítimos, conceber benefícios, “proteger e defender os direitos dos outros; atuar para que outros não sofram danos; eliminar as condições que causarão danos a outrem; ajudar pessoas inaptas e socorrer pessoas que estão em perigo” (REGO, PALÁCIOS, SIQUEIRA-BATISTA, 2009, p.48), além do balanço de riscos e benefícios potenciais a fim de se decidir a ação que melhor atende ao princípio da beneficência.

- **Justiça:** esse princípio refere-se à justiça distributiva, ou seja, a uma distribuição justa, equitativa e apropriada de benefícios, recursos, oportunidades, danos, encargos. Coloca-se aqui o conflito entre interesses particulares e interesses da sociedade e a análise de critérios para a distribuição justa de danos, riscos e benefícios. (DINIZ, GUILHEM, 2005; REGO, PALÁCIOS, SIQUEIRA-BATISTA, 2009).

Os quatro princípios explicitados são considerados *prima facie*, - princípios não absolutos que são considerados igualmente válidos, não havendo hierarquia entre eles, devendo ser analisados criteriosamente para orientar as decisões morais. A partir destes princípios centrais são derivadas regras específicas, como dizer a verdade, obter consentimento, garantir a privacidade do paciente, cumprir as promessas, dentre outras, consideradas generalizações normativas que orientam a ação. As regras são mais específicas quanto ao conteúdo e mais restritas na finalidade do que os princípios (REGO, PALACIOS, SIQUEIRA-BATISTA, 2009; BEAUCHAMP, CHILDRESS, 2002).

Em um primeiro momento, cada um dos princípios deve ser igualmente respeitado. Entretanto, em casos de tomada de decisão em que tais princípios sejam conflitantes, a teoria propõe métodos de análise para a tomada de decisão: aplicação, balanceamento e especificação (BEAUCHAMP, CHILDRESS, 2002). Não é proposta deste trabalho o aprofundamento no método utilizado por esta teoria. Entretanto, ressalta-se sua importância como uma ferramenta no campo da bioética, contribuindo não apenas para permitir uma maior consciência da complexidade de conflitos na área da saúde e das dificuldades em solucioná-los, mas também como diretriz para tomada de decisão em saúde, através de seus princípios e mecanismos de análise e tomada de decisão. (REGO, PALACIOS, SIQUEIRA-BATISTA, 2009; BEAUCHAMP, CHILDRESS, 2002).

A teoria dos quatro princípios éticos elaborada por Beauchamp e Childress ficou conhecida como teoria principialista e foi a teoria dominante da bioética por cerca de duas décadas, (DINIZ, GUILHEM 2005), sendo, muitas vezes, confundida com a própria disciplina Bioética. A teoria foi amplamente propagada em congressos, como uma fórmula técnica capaz de mediar os conflitos morais. Sua proposta universalista e transcultural foi um dos fatores que levou a uma série de críticas à teoria, (ressalvas quanto ao princípio da autonomia como ação inerente ao ser humano, dentre outras críticas, foram apontadas por estudiosos, mas que não serão aprofundadas nesse trabalho), e fez com que vários pesquisadores tentassem mostrar, a

partir dos anos 90, a falência da mesma. Se por um lado, a década de 1980 é considerada a etapa de expansão e consolidação da bioética, o período entre os anos 90 e o início de 2005 corresponde a etapa de revisão crítica, caracterizada pelo surgimento de diversas correntes críticas à teoria principialista e a necessidade de enfrentamento de questões relacionadas à priorização e alocação de recursos destinados à saúde. (GARRAFA, 2005).

Em 10 de Outubro de 2005 foi homologada, em Paris, a Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), que, reafirmou o caráter pluralista e multi-intertransdisciplinar da bioética, além de ter ampliado a agenda para os campos social e ambiental, além da temática biomédica-biotecnológica (GARRAFA, 2005; UNESCO, 2005).

Cabe ressaltar que são diversas as teorias bioéticas, bem como categorias ou referenciais que podem contribuir para a reflexão bioética. Apesar de ter sido objetivo deste trabalho apresentar um panorama histórico e conceitual da bioética, o destaque à teoria principialista se deu devido a sua hegemonia no ensino médico, tendo em vista sua aplicabilidade à clínica e à pesquisa.

No contexto da formação ética dos médicos, a análise dos principais conceitos da corrente da *ética baseada em princípios*, de Beauchamp e Chilres (2002) torna-se importante referencial teórico para análise das possíveis questões identificadas na pesquisa de campo, visto que esta teoria se apresenta como um dos modelos bioéticos de solução de conflitos mais influente e difundido na área biomédica, tendo em vista sua aplicação às decisões clínicas. A obra *Principles of Biomedical Ethics* é uma das obras mais difundidas, ainda que em disciplinas de ética aplicada. Dessa forma, supõe-se que tal teoria sirva de embasamento para muitas decisões de profissionais de saúde que enfrentam dilemas em sua prática. Entretanto, “incorre em grave equívoco conceitual aquele que reduzir a bioética exclusivamente aos quatro princípios já mencionados” (GARRAFA, 2005).

No campo da saúde, a bioética tem sua difusão como “ética prática” ou “ética aplicada” (GARRAFA, 2005), tendo em vista o avanço tecnológico e suas repercussões, provocando dilemas, cada vez mais frequentes, que se apresentam às pessoas e às coletividades, na vida prática e cotidiana, e que exigem respostas rápidas e concretas. (GARRAFA, 2005). Entretanto, a bioética não deve ser considerada apenas uma extensão da ética médica, podendo ser definida como:

(...) o estudo sistemático das dimensões morais das ciências da vida e dos cuidados em saúde, que emprega uma variedade de metodologias éticas

em um ambiente interdisciplinar. Outra forma de defini-la é dizer que a bioética se preocupa em analisar os argumentos morais a favor e contra determinadas práticas humanas (REGO, PALÁCIOS, SIQUEIRA-BATISTA; 2009, p.32).

A bioética contribui, desta forma, para a reflexão em busca de respostas equilibradas para os conflitos. Para tal, necessita de abordagens pluralistas e transdisciplinares.

Como campo de saber específico e estruturado, a bioética congrega questionamentos de teólogos, filósofos, juristas, cientistas sociais e médicos, diante de problemas como processos de tomadas de decisões na prática médica, confidencialidade e privacidade, direito à recusa de tratamento de pacientes terminais, ensaios terapêuticos procedimentos de pesquisa, alocação de recursos escassos, etc. (RIOS, 2002. IN: DINIZ, BUGLIONE, 2002, 51-72, p. 52).

Neste contexto, encontram-se questões relacionadas à Reprodução Assistida, tendo em vista seus desdobramentos diversos e complexos, e que acarretaram novas preocupações morais.

### 3.2. BIOÉTICA NO BRASIL

A trajetória da bioética que teve em seu início uma preocupação maior com questões de cunho individual passa, nos anos 90, a aproximar-se de questões coletivas e sociais. Questões como desigualdades sociais, equidade, justiça social, saúde pública, políticas sociais, alocação e priorização de recursos escassos, dentre outras, passam a ser de interesse nos debates bioéticos (FORTES, 2011; GARRAFA, PORTO, 2002; SCHRAMM, KOTTOW, 2001).

No Brasil, a bioética encontra-se intimamente associada à prática médica, não apenas pela escolha de seus temas de estudo e enfoque, mas também pela trajetória acadêmica e profissional, tendo sua estruturação no país apenas nos anos de 1990 (DINIZ e GUILHEM, 2005).

Em 1993, o CFM, entidade da classe médica, lançou a revista *Bioética*, importante periódico científico, tido como referência na área, ainda nos dias atuais. No mesmo período, foi criada a Sociedade Brasileira de Bioética (SBB), e em 1996 a Resolução 196/96 foi editada, regulamentando a criação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) e os Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs). Os CEPs seriam responsáveis pelo acompanhamento ético das pesquisas que envolvessem seres humanos e o Conep a instancia reguladora dos CEPs, sendo

responsável por avaliar os conflitos surgidos nos CEPSS e pelos grandes projetos de referências multicêntricas.

A criação destes comitês permitiu a divulgação e popularização da bioética, mais especificamente a teoria baseada em princípios, tendo em vista ser ela a referência teórica para o conteúdo da resolução, principalmente no que tange ao princípio da autonomia, tendo tornado obrigatório o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em todas as pesquisas e procedimentos que envolvam seres humanos (DINIZ e GUILHEM, 2005).

A medicina em nosso país tem como característica a importação de teorias e práticas de países centrais desenvolvidos. Da mesma forma em que se pressupõe a universalização de técnicas e conhecimentos médicos, ocorreu uma tentativa de universalização de teorias bioéticas, como transculturais e aplicáveis independente do contexto. Desta forma, a sedução inicial pela teoria principialista pelo campo da bioética no Brasil, gerou inquietações em alguns pesquisadores que buscaram, não apenas desenvolver uma perspectiva crítica à teoria principialista, mas também buscar uma compreensão adequada aos dilemas morais da realidade sociocultural brasileira (DINIZ, GUILHEM, GARRAFA, 1999). Questões como “a desigualdade, a vulnerabilidade, a pobreza, o racismo, a desigualdade de gênero” não deveriam estar desvinculadas, em nosso país, dos debates da bioética (DINIZ, GUILHEM, 2005, p.75).

Com relação à Reprodução Assistida, apesar da mídia ter dado ampla divulgação sobre as experiências de reprodução humana nos anos 80 e 90, no campo da bioética o debate sobre a RA demorou a acontecer. (CORREA, LOYOLA, 2005). Os estudos neste campo focaram-se nas questões jurídicas e normativas de algumas situações específicas como o destino de embriões excedentes e a comercialização de útero (DINIZ, 2002), questões patrimoniais e sucessórias, o direito ao anonimato do doador de material reprodutivo, o direito ao conhecimento das origens biológicas por indivíduos gerados por meio destas técnicas, dentre muitas outras (RIOS, 2002).

Os estudos feministas que nas décadas de 70 e 80 ocuparam-se do debate relacionando saúde e direitos reprodutivos, focaram-se em outras questões e pouco pesquisaram sobre a reprodução assistida. (DINIZ, 2002). Neste período a luta pela libertação feminina girava em torno do anticoncepcional, da institucionalização do aborto legal, da defesa do parto sem dor (ALFANO, 2009).

Desta forma, foram nas duas últimas décadas que a bioética, as ciências sociais e os direitos humanos passaram a discutir temas relacionados à RA (ALFANO, 2009; CORREA,

2001). Não se pode, entretanto, desconsiderar que a difusão das tecnologias de RA e a divulgação pela mídia dessas inovações, contribuíram para que tais inovações fossem problematizadas no contexto da bioética, por meio de temas como seleção natural, gravidez em mulheres na menopausa, congelamento de embriões, redução embrionária, clonagem, medicina preditiva, dentre outros (CORREA, 2001).

A transformação da reprodução assistida em objeto da bioética se deve, em parte, ao fato de aquele conjunto de técnicas se inserir no chamado núcleo de ponta da medicina, em função do tipo de intervenção que promove na ordem biológica, que atinge os níveis celular, molecular, genético de seres humanos, argumento utilizado por muitos autores, particularmente do próprio campo médico e da biologia. Mas a discussão ética é igualmente mobilizada em função de questões de outra ordem: quanto à formação de famílias, à inserção social de crianças (os filhos), às escolhas na sexualidade, etc. (CORREA, 2001, p.206).

No campo disciplinar, no Brasil o ensino da bioética foi marcado inicialmente pela tentativa de criação de uma identidade frente a outras disciplinas, principalmente à disciplina de ética médica. Assim, buscava-se em seu início reforçar as diferenças entre as disciplinas, mais do que apontar as próprias características. A criação de núcleos e centros de pesquisa destinados exclusivamente à bioética têm sido uma conquista da área (DINIZ, GUILHEM, 2005).

A abordagem temática da bioética apresenta um olhar sobre o fazer bioético através da utilização de casos que possam ser considerados dilemas éticos. Tal abordagem é considerada dominante no Brasil, de modo que é muito comum sua utilização por professores de bioética que se baseiam em situações conflituosas que foram considerados casos clássicos de dilemas bioéticos para abordarem, a partir destes, considerações teóricas e conceituais (DINIZ E GUILHEM, 2005).

A bioética tem uma função tríplice: descritiva, que visa descrever e analisar os conflitos morais; normativa, que visa guiar a tomada de decisão diante de tais conflitos; e protetora, a fim de amparar os envolvidos em uma possível disputa de interesses, priorizando, quando necessário, os mais vulneráveis (SCHRAMM, 2002).

Ao contrário da ética profissional deontológica, a bioética não possui cunho legalista, ou seja, não visa a proibição ou punição, ao contrário, pretende legitimar ações e situações. (GARRAFA, 2005). Entretanto, apesar de distinta do caráter deontológico, através de seus debates e conhecimentos pode-se guiar ações dos profissionais de saúde. As reflexões bioéticas extrapolam o conhecimento adquirido através da formação científica racional e objetiva, pois

perpassa pelo campo das subjetividades humanas, geralmente não incluídas nos currículos tradicionais (DINIZ E GUILHEM, 2005).

É inegável o impacto dos intensos e acelerados avanços tecnológicos na área da saúde, ocasionando mudanças nas circunstâncias das intervenções médicas, trazendo novas questões e problemas. A bioética surge nesse contexto e vem sendo utilizada, como disciplina, para indicar a reflexão acerca dos problemas morais contribuindo para a tomada de decisão sobre o que se deve ou o que seria mais justo fazer em situações específicas (MORI, 2006).

A fim de abordarmos o papel da bioética na formação médica, torna-se necessário conhecer, inicialmente, o contexto da formação médica em nosso país.

### 3.3. A FORMAÇÃO MÉDICA

A formação do médico sempre foi um desafio para as instituições devido a sua complexidade. Historicamente, o saber médico e sua prática foram se desenvolvendo em consonância com as compreensões dos fenômenos de saúde e doença em cada momento histórico e social e estiveram relacionadas à disponibilidade de recursos tecnológicos e às diversas formas de organizar a atenção à saúde ao longo do tempo.

Apesar de existirem diversas escolas médicas pelo mundo capazes de desenvolver conhecimento e habilidades técnicas satisfatórias, no campo das competências chamadas relacionais, como as de comunicação e éticas, as escolas médicas ainda deixam a desejar (REGO, 2003; REGO, 2005).

O sistema de saúde no Brasil, historicamente, caracterizou-se por um modelo médico hegemônico, o qual tem influência na educação e formação médica, baseado nos princípios da chamada Reforma Flexner (REGO, 2003; REGO, 2005; PEREIRA, LAGES, 2013; PAGLIOSA, ROS, 2008). Esta reforma corresponde a uma série de transformações que ocorreram no modelo de ensino da medicina após a publicação do Relatório Flexner, marco de inovação na educação médica. O estudo *Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carbergie Foundation for the Advancement of Teaching*, que ficou conhecido como *Flexner Report*, elaborado por Abraham Flexner e publicado em 1910, é fruto de um relatório que reuniu informações e avaliações realizadas durante visitas em 155 escolas médicas nos Estados Unidos e Canadá, durante seis meses (REGO, 2005; PAGLIOSA, ROS, 2008). O relatório foi fundamental para a realização de importantes mudanças nas escolas médicas nos Estados Unidos na América, com repercussões profundas para a formação médica

e para a medicina mundial (PAGLIOSA, ROS, 2008). Introduziu critérios de cientificidade e contribuiu para a reorganização e regulação das escolas médicas, tendo como objetivo a busca pela excelência na formação dos futuros médicos (CARVALHO, CECCIM, 2006; REGO, 2005; PAGLIOSA, ROS, 2008).

As propostas de Flexner se difundiram e consolidaram, provocando intensas mudanças sobre a educação médica, de forma que houve a denominação de modelo flexneriano para esta nova visão da formação, baseada no conhecimento científico de alto nível, centrado na doença, através do estudo do corpo humano segundo órgãos e sistemas, e tendo nos hospitais o local principal de transmissão do conhecimento médico (CARVALHO, CECCIM, 2006; REGO, 2005; PAGLIOSA, ROS, 2008).

Este modelo de educação médica, foi uma tentativa de adequar o ensino médico aos avanços científicos, e permanece, ainda hoje, vigente na maior parte das escolas médicas do mundo.

O modelo biomédico de Flexner, centrado na doença, considerada de forma individual e concreta, exclui qualquer outra questão social, coletiva, psicológica ou econômica, do processo saúde-doença, estando estes, portanto, excluídos do ensino médico. Desta forma, a formação médica centrada na doença e no hospital, acabou por levar os processos de educação médica a uma visão reducionista, deixando pouco ou nenhum espaço para a inclusão das mais diversas dimensões do processo saúde-doença (REGO, 2003).

Este trabalho não busca esgotar as propostas, modificações e discussões das mudanças ocasionadas pelo Relatório, porém cabe destacar que ele transforma a racionalidade médica através da incorporação de uma visão científica não apenas em relação à formação, mas ainda em relação à prática da assistência. O biologicismo e mecanicismo da assistência, assim como pela ênfase na cura e na especialização e fragmentação do conhecimento, são heranças desse modelo (ALMEIDA FILHO, 2010).

Diversas foram as críticas, especialmente a partir da década de 1960, em relação à área da saúde, época em que se caracterizou pela chamada ‘crise da medicina’ (PAGIOSA E ROS, 2008). No Brasil, a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), fundada em 1962, desde então adotou uma postura questionadora, propondo modificações na formação médica. Algumas destas críticas referiram-se ao enfoque curativo e à ultraespecialização da formação (REGO, 2005).

A partir do início da década de 60 houve um intenso crescimento do número de escolas médicas no país. A formação profissional nestas escolas seguiu o modelo educacional centrado no professor, com uma estruturação curricular em disciplinas com fragmentação e especialização do conhecimento, através da chamada pedagogia tradicional (PEREIRA, LAGES, 2013).

As repercussões do Relatório Flexner demoraram a chegar no Brasil, tendo seus princípios sido implementados em 1968, quando o modelo de ensino brasileiro foi reformulado, através de uma Reforma Universitária. Tal reforma trouxe mudanças no currículo médico, formando uma estrutura departamental e criando um núcleo básico obrigatório e comum à área da saúde e um ciclo profissional (REGO, 2003).

A forma de organização dos cursos de medicina, como determinado pela Resolução no 8, de 8 de outubro de 1969, ainda é a mesma em grande parte das escolas médicas no Brasil. Assim, nos primeiros dois anos os alunos cursam matérias definidas como básicas, como anatomia, fisiologia, genética, histologia, dentre outras. Disciplinas como psicologia médica e ética costumam ser incluídas neste período, apesar de questionar-se se a inclusão das mesmas nesse momento seria mais por falta de tempo durante o curso profissional do que propriamente por considera-las ‘básicas’, ou por alguma forma de estratégia pedagógica (REGO, 2005). O ciclo profissional se inicia após dois anos de ciclo básico, e neste momento os alunos iniciam o contato com os hospitais universitários, quando aprendem as especialidades médicas. Como reflexo destas modificações, houve a substituição de equipes generalistas por profissionais cada vez mais especializados, a compartimentalização do ensino com disciplinas fragmentadas com pouca integração e a prática centrada nos hospitais (REGO, 2005; STELLA, PUCCINI, 2008).

O processo de mudança da saúde no Brasil, tem seu início a partir da década de 80, e se dá de forma lenta e gradual. Em 1986 ocorre a VIII Conferência Nacional de Saúde, marco histórico da transformação da saúde no Brasil, pois através deste encontro em que compareceram representantes de diversos setores da sociedade, foram discutidas as bases para a seção relacionada à saúde da Constituição da República Federativa do Brasil (Brasil, 1988), na qual se determinou a saúde como “direito de todos e dever do Estado” e a criação do SUS (REGO, 2005).

A publicação do relatório final da Conferência evidenciou críticas à pedagogia tradicional e às práticas em saúde, na medida em que aponta a inadequada formação de

recursos humanos em nível técnico assim como nos aspectos ético e de consciência social. (PEREIRA, LAGES, 2013).

O Sistema Único de Saúde (SUS), pautado nos princípios e diretrizes da universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social, torna evidente a necessidade de mudanças na formação de profissionais de saúde (CARVALHO, CECCIM, 2006). Assim, dentre as atribuições do SUS está a competência de ordenar a formação na área de saúde do Brasil (BRASIL, 1988). O Ministério da Saúde incorpora, então, a educação em saúde (BRASIL, 2009: 64). Embora na pauta da discussão, o relatório não aponta pedagogias necessárias à formação técnica, ética e política dos profissionais que atuam no SUS (PEREIRA, LAGES, 2013).

Na década de 1990 realizam-se, internacionalmente, estudos e avaliações sobre a educação médica. No mesmo período, no Brasil, entidades representativas dos médicos se uniram para criar um sistema de avaliação através da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem). Através do projeto de avaliação, foi elaborado em 2000 um relatório com uma proposta de transformação do ensino médico.

Dentre as questões levantadas estão relacionadas a “Baixa qualidade e qualificação de professores, baixa produção de conhecimento, dissociação entre teoria e prática e entre ciclo básico e clínico, desumanização e descontextualização da prática, incorporação indiscriminada de tecnologias e currículos arcaicos são algumas das conclusões” (PAGIOSA E ROS, 2008, p.6).

Apesar das críticas relacionadas a uma imagem de ação corporativista e a pouca mudança observada desde então que possa ser atribuída a suas ações, a Cinaem possibilitou a discussão sobre a educação médica, contribuindo para que questões como a formação humanística dos estudantes de medicina estivessem em pauta em encontros profissionais.

Desta forma, em dezembro de 1997, o Ministério da Educação e Cultura (MEC) lançou o edital no 4/97 solicitando contribuições de universidades, sociedades científicas, conselhos profissionais, cursos para a elaboração de Diretrizes nacionais dos cursos de graduação (BRASIL, 1997).

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de Graduação em Medicina, segundo a Portaria 126 de primeiro de fevereiro de 1999 (BRASIL, 1999; REGO, 2005) foram elaboradas visando dar um direcionamento para os cursos de Ensino Superior na área da saúde.

Aponta orientações para elaboração dos currículos e projetos pedagógicos a serem seguidos pelas instituições de ensino superior, assim como conteúdos e habilidades essenciais.

A Resolução do Conselho Nacional de Educação – CNE/CES 1.133/2001 que institui as Diretrizes curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, trouxe elementos sobre o perfil, competências e habilidades do egresso desses cursos, os conteúdos curriculares, os estágios e atividades complementares, a organização do curso e o seu acompanhamento e avaliação (Brasil, 2001).

Segundo as DCN, o médico deve terminar a graduação com o seguinte perfil:

Art. 3º O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (RESOLUÇÃO CNE/CES No 4, 2001, p.1).

As DCN propuseram novas estratégias de ensino-aprendizagem, de avaliação do aprendizado, bem como um novo eixo de desenvolvimento curricular, pautado nas necessidades de saúde da população, buscando a interação entre a comunidade, os serviços e o ensino, no âmbito do SUS.

O enfoque tradicional do ensino médico, eminentemente técnico, com ênfase nos aspectos biológicos do processo saúde-doença, deixaram os aspectos psicossociais deste processo, historicamente, à margem do ensino. As diretrizes curriculares nacionais orientam a formação profissional segundo diretrizes que buscam suprir essas deficiências. Segundo essas diretrizes:

Artigo 4º: A formação do [profissional de saúde] tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

I – Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade de atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo (BRASIL, 2001).

Cabe ressaltar que no ano de 2003 a 32ª Conferência Geral da Unesco apontou a necessidade de incentivar o ensino da ética e da bioética em toda educação científica e profissional (UNESCO, 2017).

Após a publicação das DCN, diversas escolas médicas vêm passando por mudanças no ensino. No entanto, muitas destas mudanças se referem apenas à inclusão de novas disciplinas ou pedagogias (REGO, SIQUEIRA-BATISTA, 2009).

É importante que o ensino da bioética seja incluído nos currículos e nas práticas de ensino, integrando conhecimentos das ciências humanas e sociais, através do estímulo à reflexão, a fim de capacitar o aluno ao enfrentamento crítico de situações de conflitos em sua prática.

O desafio, então, é como encontrar a melhor forma de desenvolver essa habilidade. Seria a reforma de metodologias e currículos suficiente para dar conta dessa demanda? Coordenadores, gestores e docentes devem compreender o processo de formação moral e capacitar-se para que o ambiente de ensino seja favorecedor deste processo (VARELA, 2013). Novas metodologias devem ser incorporadas aos processos de formação para capacitar profissionais capazes de identificar, refletir criticamente, debater e enfrentar dilemas da prática na área da saúde.

### 3.4 BIOÉTICA E EDUCAÇÃO MORAL NA FORMAÇÃO MÉDICA

O papel do educador e das instituições de educação certamente não é só o de informar, nem tampouco o de transformar experiência educativa em puro treinamento técnico. Para a garantia da integralidade do cuidado, deve-se permitir o desenvolvimento de um trabalhador ativo e capaz de aprender a aprender, o que deve compreender o aprender a conhecer, o aprender a fazer, o aprender a conviver e o aprender a ser. Portanto, as abordagens pedagógicas progressivas de ensino-aprendizagem – ou metodologias ativas – vêm sendo construídas como ferramentas para a reintegração de habilidades perdidas pelo médico em sua trajetória histórica, permitindo alcançar como resultado a formação de profissionais como sujeitos autônomos – com competências humanas, éticas, políticas e técnicas – e dotados de conhecimento técnico, responsabilidade e sensibilidade para as questões da vida e da sociedade, capacitando-os para intervirem em contextos de incertezas e complexidades como os da medicina atual (REGO, GOMES e SIQUEIRA-BATISTA, 2008, p. 487).

Diversos fatores contribuem para a importância da bioética na formação médica. O contexto em que se dá a formação médica encontra-se marcado pela velocidade na produção

do conhecimento, fazendo com que o saber científico se modifique constantemente, pela necessidade de reorganização constante das práticas em saúde, a partir da integralidade, da interdisciplinaridade e da ética, pela necessidade de otimização de gastos em razão da intensa incorporação tecnológica, pelo questionamento de valores tradicionalmente hegemônicos, por mudanças no papel de pacientes e sociedade em relação às práticas em saúde, pela influência dos meios de comunicação, dentre tantos outros, o que torna a formação médica um desafio, em especial se levado em conta as características esperadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, as quais propõem que o egresso seja um médico crítico, reflexivo, cidadão e autônomo, capaz de atuar nos diversos níveis de atenção à saúde (REGO, GOMES, SIQUEIRA-BATISTA, 2008).

Nas últimas décadas, as transformações decorrentes de desenvolvimento científico, tecnológico e social, trouxeram repercussões especialmente na área da saúde. Tais implicações requerem dos profissionais da área a aquisição de capacidades e competências para se adaptar às novas mudanças, não apenas tecnológicas e científicas, mas ainda conceituais ou de valores, especialmente no que diz respeito à formação ética (NEVES JUNIOR, ARAUJO, REGO, 2016). Essas mudanças passaram a ser necessárias na medida em que verificou-se que o modelo de ensino não dava conta de responder aos problemas decorrentes dos avanços científicos.

Conforme visto anteriormente, as Diretrizes Curriculares Nacionais preconizam que o graduando deverá ser formado para concretizar a qualidade na atenção à saúde e orientado por seu pensamento crítico, e que a ética profissional será fundamentada nos princípios da ética e da bioética. Apesar da proposta de ensino transversal de temáticas de ética para estudantes, conforme preconizam as DCN, no Brasil, estudos sobre o ensino da ética nas escolas de medicina apontam um direcionamento para a ética profissional deontológica (DANTAS, SOUZA, 2008; MUNÓZ & MUÑOZ, 2003).

O modelo de ensino da ética através da deontologia foi a base do ensino de ética nos cursos de saúde. A ética médica tem caráter normativo, refere-se ao conjunto de deveres e direitos a serem seguidos na prática médica e consiste em um método para se julgar se determinada conduta está de acordo ou não com os preceitos éticos adotados na profissão (NEVES JUNIOR, ARAUJO, REGO, 2016). Neste sentido, este modelo tradicional de ensino da ética nos cursos de graduação reforça a ideia de uma moral heterônoma, centrada no comportamento dos indivíduos, que devem seguir um conjunto absoluto de normas e princípios, pois se limita à discussão do código ou insiste na apresentação de modelos

idealizados (REGO, 2005).

Apesar de constantes atualizações, e sem questionar a importância do ensino da deontologia e da medicina legal para a formação e o exercício da medicina, ressalta-se o fato de serem insuficientes, de forma exclusiva, para dar conta das decisões médicas (CARNEIRO et. al. 2010). Novos dilemas se apresentam aos médicos frente ao surgimento crescente e vertiginoso das tecnologias e as mudanças sociais que requerem a revisão de valores e conceitos como vida e morte, saúde e doença. Da mesma forma, a relação entre médico e paciente vem se modificando. Fatores como a luta pelos direitos civis e a disseminação cada vez mais rápida da informação fixaram com que o paciente - até então passivo no seu processo de cuidados em saúde - passasse a ser mais ativo participando das escolhas sobre seu tratamento. O ensino da ética baseado nos códigos de ética considerados modelos ideais a serem seguidos, como se os pacientes não fossem únicos, e as decisões a serem tomadas fossem apenas técnicas, não dá conta das subjetividades nas decisões morais a serem tomadas (REGO, 2005).

Assim, além do conteúdo teórico, técnicas profissionais e do conhecimento do código de ética, as instituições formadoras devem, através do processo de ensino-aprendizagem, formar profissionais capazes de dialogar, respeitar as diferenças e tomar decisões através da reflexão crítica (SANTOS, 2016).

Durante muito tempo na história do exercício da medicina considerou-se que os médicos que fossem bons técnicos seriam também éticos em sua prática. A própria escolha pela medicina, que implicava na arte de salvar vidas faria com que os médicos sempre soubessem o que seria melhor para os interesses de seus pacientes, saberiam decidir pelo mais correto a se fazer diante de decisões a serem tomadas. A cultura religiosa, a formação familiar e as convenções sociais da corporação médica eram suficientes para o enfrentamento das questões (REGO, 2005). Entretanto, o advento da tecnologia, em especial a partir do século XX, as mudanças na medicina e na sociedade, trouxeram novas questões e ocasionaram mudanças nas relações entre médicos e pacientes. O saber médico científico que era de domínio exclusivo dos médicos, passou a ser difundido cada vez mais pelos meios de comunicação, fazendo com que os pacientes passassem a ter acesso à informação científica, permitindo a adoção de uma postura mais ativa em seu processo de tratamento. Ainda hoje, é comum verificar, mesmo entre docentes, o desconhecimento de aspectos éticos de sua prática. Alguns ainda acreditam que a boa vontade e boa intenção asseguram o caráter ético das ações (REGO, 2005; REGO & SCHILLINGER – AGATI, 2011).

Frente ao atual contexto em que a área da saúde está inserida, no qual a globalização permite a rápida difusão das informações e a tecnologia torna a medicina uma ciência cada vez mais complexa, o aluno de medicina necessita cada vez mais, além de conhecimento científico e habilidades técnicas, outras competências que possam permitir o enfrentamento de situações que exijam um saber que integre todas as dimensões do processo saúde-doença. Entretanto, apesar de todas essas mudanças, não houve no Brasil uma mudança nas ferramentas pedagógicas utilizadas na formação ética dos estudantes na maioria das escolas médicas (Rego, 2005). Evidencia-se então a necessidade de adequar o ensino a essas mudanças e suas implicações.

Atualmente, fica claro que para formação ética do profissional de medicina não basta somente compreender a ética baseada nos códigos deontológicos, na qual valores e normas são impostos como mecanismos de adaptação heterônoma, consolidando o poder autoritário das normas sociais (NEVES JUNIOR, ARAUJO, REGO; 2016, p. 412).

Apesar de muitas escolas médicas terem criado cursos de Bioética, tal fato não representou uma mudança realmente significativa, mantendo-se o ensino da ética limitado ao estudo da deontologia e da medicina legal, voltado para o exercício profissional após a conclusão da graduação, sem que haja abordagem de dilemas éticos com os quais os alunos se deparam à medida que caminham no processo de formação e, mais tarde, na prática médica (Rego, 2005).

Compreendendo-se a formação moral como um processo que permita ao estudante a reflexão crítica sobre situações em que estejam envolvidos valores morais, facilitando o desenvolvimento de capacidades no julgamento e ação moral (PUIG, 1998; REGO, 2005), verifica-se que o código de ética não pode ser o único instrumento de formação moral. É necessário haver um debate sobre a melhor forma de ensinar ética e bioética, ou mesmo se é possível transmitir este conhecimento.

A compreensão do desenvolvimento moral tem sido estudada por diversos campos de conhecimento. Três correntes teóricas a respeito do processo de desenvolvimento moral se destacam, a saber: teoria psicanalítica, teorias da aprendizagem e teorias cognitivistas (REGO, 2003; BIAGGIO, 1988).

Apesar de haver algumas contradições e antagonismos entre as três teorias, estas também podem ser consideradas complementares (REGO, 2005). Este trabalho não se propõe a estudar ou se aprofundar nestas teorias, mas ressalta a importância das correntes teóricas

citadas e de aspectos relevantes das mesmas para o reconhecimento de sua contribuição para a compreensão da importância do desenvolvimento de um ambiente que favoreça uma formação moral adequada.

Destacam-se no processo educativo as chamadas teorias do desenvolvimento cognitivo, de autoria de Jean Piaget, posteriormente desenvolvidas por Lawrence Kohlberg e outros (REGO, 2005). Esta teoria compreende que o desenvolvimento moral evolui de um estágio de desenvolvimento egoísta, autocentrado, com obediência acrítica às normas a um estágio de comportamento autônomo, com preocupação com os interesses da coletividade, de fundamentação da ação baseada no raciocínio crítico. Assim, pode-se dizer que os indivíduos evoluem de uma fundamentação heterônoma a uma autônoma em seus julgamentos morais. A evolução da capacidade de julgamento moral se dá a partir de conflitos cognitivos, que determinam a necessidade de elaboração de novas estruturas cognitivas que viabilizem respostas a novas situações. A competência moral está relacionada à forma como o sujeito identifica aspectos morais em uma situação, como ele reflete e toma decisões baseadas em regras morais ou princípios internos (REGO, 2003).

Desta forma, a moralidade depende da competência cognitiva, do raciocínio lógico. Apesar de se apoiar na cognição, tal teoria não nega os aspectos afetivos envolvidos no comportamento humano (BIAGGIO, 1988; REGO, 2003).

O processo de desenvolvimento moral, em consonância com as teorias cognitivas, caracteriza-se pelo “desenvolvimento da capacidade de refletir sobre aspectos morais e realizar julgamentos pessoais de ordem moral, escolhendo o que é certo e errado, justo e injusto, bom ou mau etc.” (REGO, 2003:48). Essa capacidade de realizar julgamentos morais desenvolve-se, principalmente, em razão da interação do indivíduo com o meio. As condições e oportunidades que o meio social proporciona ao indivíduo são fundamentais para esse processo, de forma que o sistema educacional tem grande responsabilidade neste contexto. Assim, para os teóricos deste referencial, uma das funções do aparelho escolar seria provocar esses conflitos cognitivos, que possibilitem o desenvolvimento moral dos indivíduos.

Teorias explicativas do desenvolvimento moral contribuíram para a compreensão de como se dá o desenvolvimento moral dos estudantes de medicina e como as escolas médicas podem contribuir para preparar o futuro médico para lidar com situações de dilemas morais durante a formação e ao longo de sua vida profissional (REGO, 2005).

A educação médica, através da transmissão de conteúdos aos estudantes sob ao formato tradicional de ensino no qual o professor transmite informações e dá respostas, não contribui

para o desenvolvimento moral (LIND, 2000). O ensino da ética através da transmissão de informações também não permite o desenvolvimento da moral autônoma, na qual os alunos são capazes de pensar moralmente por si próprios e decidam a partir de sua autonomia.

O principal objetivo do ensino de bioética deve ser desenvolver nos estudantes a capacidade de tomar decisões e fazer julgamentos são morais, ou seja, com base em princípios internos e no agir de acordo com tais juízos. Para tal, é necessário o desenvolvimento da competência para identificar e discernir interesses morais individuais (autonomia) e interesses morais coletivos (heteronomia) (JUNIOR, ARAUJO, REGO; 2016, p. 412).

Um aspecto ainda pouco discutido na educação médica no Brasil refere-se à transmissão de valores durante a formação. A cultura específica de cada profissão possui também valores específicos. Discute-se como esses valores são perpetrados, de que forma as disciplinas de ética médica podem ou não contribuir para como os estudantes aprendem a se comportar e lidar com situações em que precisem tomar decisões adequadas que possam interferir na vida de outrem, o papel da educação familiar, da educação formal, dos códigos de ética e do bom senso nos valores morais que guiarão tais decisões (REGO, 2005).

Através do processo de socialização é que se dá o processo de desenvolvimento moral, através do qual se desenvolve a “capacidade de refletir sobre aspectos morais e realizar julgamentos entre o que é certo ou errado, justo ou injusto, bom ou mal, etc.” (REGO, 2005, p. 48).

É importante que se compreenda que é possível interferir no processo de desenvolvimento moral, o que torna necessário discutir quais seriam as estratégias educativas facilitadoras deste processo capazes de estimular a autonomia dos estudantes (REGO, 2003).

(...) as condições de interação dos indivíduos com seu meio social – e as oportunidades que esse meio social lhes oferece – é que são determinantes para a compreensão das resultantes deste processo. Isto confere grande responsabilidade ao sistema educacional – e no caso em análise, ao sistema de ensino de nível superior -, posto que é sua missão a formação de profissionais de saúde não apenas nos aspectos técnicos, mas também morais e éticos (REGO, GOMES, SIQUEIRA-BATISTA, 2007, p.26).

Para uma adequada formação moral nos cursos de medicina, portanto, compreende-se a importância de dois desafios. O primeiro refere-se à apresentação da bioética como disciplina, suas principais referências teóricas que instrumentalizam o estudante para lidar com situações específicas da atuação médica, como questões relacionadas ao início e fim de vida, uso de

biotecnologias, alocação de recursos, dentre outras. O segundo é proporcionar a formação ou competência moral, através de técnicas pedagógicas capazes de favorecer a discussão de questões morais, desenvolver a capacidade de identificação e preocupação com problemas morais, contribuindo assim para o desenvolvimento moral. Ou seja, que o ensino da ética e da bioética não se limitem à informação, mas que contribuam para que os estudantes sejam moralmente competentes (REGO, 2003; REGO, PALACIOS, SCHRAMM, 2004).

Considerando, ainda, a educação moral como o estímulo ao “desenvolvimento da capacidade do indivíduo e do grupo de lidarem de forma respeitosa com a diversidade de opiniões e, ao mesmo tempo, exprimirem suas convicções e avaliações sobre os aspectos morais envolvidos” (REGO, 2003, p.168), o papel da universidade e dos professores é definir a utilização de métodos adequados para alcançar esse objetivo, ao invés de definir valores a serem ensinados.

A universidade tem papel fundamental na formação de alunos e desenvolvimento de competências morais e éticas (REGO, GOMES, SIQUEIRA-BATISTA, 2008). Para tal, torna-se fundamental, não apenas a utilização de práticas pedagógicas adequadas segundo as quais o professor seja um facilitador do processo de ensino-aprendizagem, estimulando e motivando os alunos na busca pelo conhecimento, mas também o estímulo à reflexão, debates, um espaço para que os alunos possam exercer sua autonomia crítica.

Frente à compreensão de que o desenvolvimento moral busca do estudante de medicina atingir esta moral autônoma, verifica-se a incompatibilidade de ensinar ética através da metodologia convencional, pela aquisição passiva do conhecimento através da utilização de aulas expositivas, que demandam apenas raciocínio e memória com ensino centrado no professor, como aquele que detém o saber e de forma verticalizada o transmite aos alunos através de conteúdos pré-estabelecidos. Isto porque tal método trata a realidade de modo estanque, distante dos dilemas vividos pelos médicos no exercício da profissão. É necessário não apenas repensar os conteúdos e temas, mas também promover discussões sobre as metodologias e técnicas de ensino que possam promover a debates e estimulem a reflexão crítica (REGO, PALACIOS, SCHRAMM, 2004).

Seria preciso ver a universidade como lugar de permanente exercício da ética, de discussão crítica dos conflitos, de orientação para o futuro e de transmissão não apenas de conhecimentos, mas também de juízos de valores aos estudantes (JUNIOR, ARAUJO, REGO; 2016, p.41).

O ensino da bioética com vistas ao desenvolvimento da competência moral, compreendida como a habilidade de identificar conflitos morais, avaliá-los criticamente e tomar decisões baseadas em princípios morais, é um desafio para docentes e universidades (REGO, 2005).

Um desses desafios refere-se à própria formação do docente. Cabe lembrar que a própria formação universitária desses docentes ocorreu de acordo com o ensino tradicional, vertical e fragmentado, que vem sendo questionada como insuficientes para o desenvolvimento moral (REGO, GOMES, SIQUEIRA-BATISTA, 2007; VARELA, 2013).

Novas metodologias de ensino-aprendizagem precisam capacitá-los não apenas para apresentar a fundamentação teórica e os métodos da Bioética, assim como identificação e discussão de situações concretas das práticas em saúde, mas também para proporcionar um ambiente favorável à participação ativa dos alunos na construção do conhecimento. É fundamental que o docente capacite o aluno a identificar questões conflituosas do ponto de vista ético, sendo capaz de avaliá-las criticamente (REGO, PALACIOS e SCHRAMM, 2004).

A fim de que se possa alcançar um desenvolvimento moral que propicie a capacidade de identificação e enfrentamento de dilemas morais baseados no diálogo crítico e democrático, o conhecimento teórico sobre a bioética não é suficiente. Apenas a inclusão de uma disciplina ou mesmo de temas relacionados não seria suficiente para a formação destes profissionais. O ambiente universitário precisa propiciar um espaço favorável ao debate, à democracia, à exposição livre de ideias, favorecendo, assim, a formação de sujeitos capazes de realizarem criticamente julgamentos morais (REGO, 2003; REGO, GOMES, SIQUEIRA-BATISTA, 2007).

Um estudo realizado na Alemanha sobre o desenvolvimento moral de estudantes de medicina (LIND 2000) constatou que houve regressão do desenvolvimento moral durante o curso. Tal fato estaria associado a diversos aspectos do ambiente de ensino, especialmente das relações entre alunos e professores, dentre outros aspectos. O ambiente de ensino pautado no respeito, na ética e na democracia é fundamental para o desenvolvimento da competência moral (LIND, 2000). É através da relação entre professores e alunos no ambiente hospitalar que o aluno aprende como se portar na relação médico-paciente.

Além do ambiente democrático, respeitoso e ético, algumas metodologias podem contribuir para o desenvolvimento da reflexão e desenvolvimento da autonomia, dentre elas: discussão de casos, representação de papéis, grupos de debates, simulação de julgamentos,

discussão de documentários ou filmes que despertem sentimentos morais (REGO, GOMES, SIQUEIRA BATISTA, 2008).

O desenvolvimento da competência moral, ou seja, da capacidade de julgar e decidir de forma autônoma, depende do ambiente. Desta forma, é fundamental que os alunos possam participar do processo de ensino-aprendizagem de forma ativa, sendo estimulados a pensar e debater a realidade, sendo preparados para agir de forma crítica e autônoma (REGO, 2005).

Discussões em grupos de situações conflituosas através da utilização de exemplos são estratégias favoráveis, pois podem provocar conflitos cognitivos, fazendo com que os estudantes possam se questionar a respeito de seus próprios valores e questionar o senso comum (REGO, PALACIOS, SCHRAMM, 2004). Desta forma, através do desafio intelectual, e não da transmissão vertical de teorias e valores, é que os professores serão capazes de estimular a autonomia do estudante. Para tal, preconiza-se a utilização de pequenos grupos para discussões, pois possibilita a participação ativa e a troca de opiniões.

O ensino da bioética deve se utilizar de casos reais e situações concretas que permitam ao aluno uma melhor compreensão da realidade, como protagonista do processo de aprendizagem, utilizando-se do recurso do diálogo consigo mesmo e com os outros como ferramenta de trabalho e aprendizagem. A realização de julgamentos simulados e a criação de sessões ético-clínicas são estratégias pedagógicas para a discussão de situações atuais vivenciadas no ambiente de treinamento. A reflexão cultural e histórica, o estímulo ao debate aberto e democrático, ao confronto de ideias e a geração de múltiplas e criativas alternativas de solução do problema que sejam eticamente justificáveis devem ser estimulados, através da utilização de pequenos grupos de alunos (DANTAS, SOUZA, 2008).

Atividades que estimulem debate, a possibilidade de exercer a autonomia, a liberdade de expressão, que permitam aos estudantes a possibilidade de questionarem seus valores, o senso comum e mesmo o politicamente correto, ou seja, atividades que provoquem conflitos cognitivos são realmente efetivas para o desenvolvimento moral, permitindo a aquisição da capacidade de reflexão e argumentação crítica acerca de dilemas morais (LIND, 2000; REGO, 2003).

O ensino de bioética tem, como desafios pedagógicos, prover o estudante da chamada caixa de ferramentas da bioética, através do conhecimento de suas principais teorias, argumentos e estratégias na avaliação de conflitos morais, e promover a prática da reflexão crítica permanente acerca dos conflitos morais com os quais poderá se deparar em sua prática.

Desse modo, a educação moral deve ser vista como uma forma de favorecer o desenvolvimento moral do indivíduo, ou seja, o desenvolvimento de sua capacidade de raciocinar e julgar questões morais. Precisamos ajudar o indivíduo a ser capaz de conviver em uma sociedade democrática e pluralista, preocupado com a busca por estabelecer relações mais justas na sociedade, mas também a ser capaz de raciocinar de forma autônoma (REGO, 2003, p.167).

Mudanças efetivas não são simples ou localizadas, nem devem concentrar-se exclusivamente nos métodos de ensino. É fundamental a compreensão do problema em sua totalidade, avaliando-se de que forma o ambiente de formação pode contribuir para o desenvolvimento da competência moral do aluno, proporcionando oportunidades para o exercício da autonomia e da prática dialógica (REGO, GOMES, SIQUEIRA-BATISTA, 2007).

A principal contribuição da bioética para a formação médica, para além uma disciplina capaz de oferecer uma fundamentação teórica aplicada aos conflitos e dilemas morais, se coloca através de seu saber interdisciplinar (ou de forma ideal, transdisciplinar), que deve perpassar todo o processo de formação, podendo contribuir para o processo de desenvolvimento moral do aluno.

## 4 MÉTODOS

A saúde enquanto questão humana e existencial é uma problemática compartilhada indistintamente por todos os segmentos sociais. (...). Portanto, incluindo os dados operacionalizáveis e junto com o conhecimento técnico, qualquer ação de tratamento, de prevenção ou de planejamento deveria estar atenta aos valores, atitudes e crenças dos grupos a quem a ação se dirige. É preciso entender que, ao ampliar suas bases conceituais, as ciências sociais da saúde não se tornam menos “científicas”, pelo contrário, elas se aproximam com maior luminosidade dos contornos reais dos fenômenos que abarcam (MINAYO, 2010, p. 16).

Este trabalho foi desenvolvido adotando-se uma abordagem **qualitativa**, através de pesquisa de cunho **exploratório**.

A abordagem qualitativa permite a compreensão de fenômenos subjetivos da realidade social, não quantificáveis, incluindo em sua análise o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes de fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Segundo a autora, na abordagem qualitativa, “[...] preocupamo-nos menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação” (MINAYO, 2010, p. 102).

A escolha pelo método qualitativo se mostrou a mais adequada para a compreensão da temática que esta pesquisa se propôs a estudar, visto que a identificação de questões éticas percebidas por estudantes de um serviço de reprodução assistida envolve crenças, valores e percepções individuais, não sendo quantificável, por ser subjetiva.

Quanto aos objetivos, o trabalho constou de uma pesquisa **exploratória**, definida como aquela que tem por objetivo proporcionar uma maior familiaridade com o problema a ser estudado, tornando-o mais explícito ou permitindo a construção de hipóteses consistentes. A exploração consiste em “[...] fazer a primeira aproximação de um tema e visa a criar maior familiaridade em relação a um fato, fenômeno ou processo” (SANTOS, 2007, p. 28).

Tratou-se também uma pesquisa **descritiva**, caracterizada pela descrição de características de uma população ou fenômeno, podendo estabelecer relações entre as variáveis (GIL, 2002). “A pesquisa descritiva é um levantamento das características conhecidas que compõem o fato, fenômeno ou processo” (SANTOS, 2007, p. 28).

Considerando o delineamento do trabalho, este pode ser classificado como um **estudo de campo**. No estudo de campo, utiliza-se a observação direta e entrevistas como ferramentas

para coleta de dados para estudo de um determinado grupo a ser pesquisado (GIL, 2002). “A pesquisa de campo é aquela que recolhe os dados in natura, como percebidos pelo pesquisador” (SANTOS, 2007, p. 29).

A revisão de literatura e a entrevista aberta com roteiro semiestruturado foram utilizadas como instrumentos de coleta de dados.

#### 4.1 REVISÃO DE LITERATURA

Para melhor conhecimento da temática foi realizado, inicialmente, um estudo de revisão bibliográfica e documental que permitiram conhecer o histórico da Reprodução Humana Assistida, principais técnicas disponíveis e a regulamentação no Brasil, além de subsidiar o embasamento teórico da bioética e da formação moral, permitindo as discussões das temáticas levantadas pela pesquisa de campo.

Foram utilizados descritores para pesquisas em bases de dados. Dividiu-se os descritores em quatro (4) grupos para que pudessem ser feitos os cruzamentos necessários à busca de material adequado à temática da pesquisa.

- Grupo 1 - “técnicas reprodutivas”; “técnicas de reprodução”; “tecnologia reprodutiva”; “técnicas reprodutivas assistidas”; “tecnologia reprodutiva assistida”; “reprodução humana”; “reprodução assistida”;
- Grupo 2 - “bioética”; “ética”;
- Grupo 3 - “formação médica”; “treinamento em serviço”; “residência médica”; “educação médica” “medicina”;
- Grupo 4 - “educação moral”; “desenvolvimento moral”;

A busca foi realizada na literatura científica disponível na internet, nos acessos as bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO), PubMed (*National Library of Medicine and National Institute of Health*), MedLine (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), e Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), PERIÓDICOS CAPES, dissertações e teses disponibilizadas na BDTD (Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações), assim como livros especializados relacionados à temática do projeto.

Foram realizados refinamentos quanto aos idiomas escolhidos, utilizando-se os

publicados em português, espanhol e inglês. Devido ao grande número de estudos de tecnologias reprodutivas em animais, definiu-se ainda a utilização apenas de artigos de estudos com humanos.

Após a realização da busca e os seguintes refinamentos, realizou-se, a partir da verificação dos títulos dos artigos e leitura de resumos, a seleção daqueles que fossem pertinentes à temática deste trabalho.

## 4.2 ESTUDO EMPÍRICO

Após a fase de revisão de literatura. Iniciou-se a pesquisa de campo, através de um estudo exploratório de abordagem qualitativa. Como instrumento de coleta de dados optou-se pela realização de entrevistas abertas com roteiros semiestruturados. Esta ferramenta é caracterizada por um roteiro prévio que orienta sua realização, porém com certa liberdade, permitindo ao participante discorrer sobre a temática proposta. O entrevistador direciona a entrevista para o assunto proposto, porém não limita as respostas, permitindo que haja desdobramentos (MINAYO, 2012). O roteiro para a entrevista é composto por itens que irão guiar o entrevistador, sendo um facilitador que visa “apreender o ponto de vista dos atores sociais previstos nos objetivos da pesquisa” (MINAYO, 2010, p. 99).

Este trabalho tem como objetivo principal a discussão sobre a percepção de residentes de ginecologia de questões éticas relacionadas à reprodução humana assistida. Como objetivos específicos, visa investigar a percepção de residentes de ginecologia de questões morais relacionadas à temática de reprodução assistida, identificar os problemas morais com os quais os residentes se deparam em sua prática no ambulatório e discutir, a partir das questões identificadas, o papel da formação em serviço na formação ética dos médicos que atuarão na área de RA.

A fim de alcançar estes objetivos, optou-se por entrevistar residentes de ginecologia de uma instituição de ensino que oferecesse a prática em reprodução assistida.

### 4.2.1 Coleta de dados

A entrevista semiestruturada foi guiada por um roteiro apresentado em tópicos, contemplando temáticas orientadoras. O roteiro foi elaborado visando atingir os objetivos propostos e permitir a exploração e aprofundamento de questões que aparecessem no decorrer

das entrevistas.

A abordagem dos participantes se deu por convite direto. Os locais de entrevista foram escolhidos pelos participantes e aconteceram em consultórios de atendimento, sala de reunião e quarto dos residentes, todos pertencentes ao Instituto de Ginecologia e realizados em datas e horários pré-combinados.

Antes de iniciar as entrevistas os participantes consentiram a participação na pesquisa, após realização de todos os esclarecimentos a respeito da mesma e posterior assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tendo sido garantido seu anonimato.

As entrevistas foram gravadas, após autorização dos participantes, e posteriormente os dados analisados e registrados pela própria pesquisadora e seu orientador.

O período de coleta de dados foi omitido, tendo em vista preservar a identidade dos participantes. As entrevistas ocorreram de acordo com a disponibilidade de horário e local dos participantes. Foram gravadas com a utilização de gravador de voz digital e tiveram duração total de cinco horas e 54 minutos.

#### 4.3 O CAMPO DE PESQUISA

##### 4.3.1 O Instituto de Ginecologia da UFRJ

Tendo em vista se tratar de um trabalho de abordagem qualitativa envolvendo pesquisa de campo, com o objetivo de compreender aspectos de uma determinada realidade, torna-se importante identificar e contextualizar o campo, bem como justificar sua escolha.

A pesquisa foi realizada no Setor de Reprodução Humana do Instituto de Ginecologia (RH/IG). O Instituto de Ginecologia constitui uma das unidades docente-assistenciais do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Faz-se necessário esclarecer a escolha do serviço para a realização da pesquisa. O limite temporal imposto pelo mestrado, além do fato de ser apenas uma pesquisadora, tornaria inviável sua realização em todas as instituições que oferecem atendimento em Reprodução Humana no Brasil. Atualmente, na cidade do Rio de Janeiro, o IG/UFRJ é um dos principais centros públicos de assistência e formação em Reprodução Humana sendo, até o momento, o único a oferecer inseminação intrauterina homologa pelo SUS, além de se tratar de um hospital universitário, aspecto que coaduna com os objetivos deste trabalho.

Conhecer um pouco da história do Instituto de Ginecologia da UFRJ e mais especificamente do Ambulatório de Reprodução Humana, tem relevância, não apenas para descrever o campo de pesquisa, mas para contextualizar o ambiente de aprendizado e formação médica apresentados neste trabalho.

O **Instituto de Ginecologia** da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IG/UFRJ) foi criado oficialmente em 1947, com o objetivo de unir prática clínica e ensino da especialidade de Ginecologia. A ginecologia, que havia sido transformada em especialidade médica em 1936, é desvinculada da cirurgia geral tendo sido transferida, em 1942, para o Hospital Moncorvo Filho. O ambulatório do estudo foi inaugurado no mesmo ano de 1942, como o primeiro serviço de tratamento para infertilidade em um hospital público brasileiro (IG-UFRJ, 2017).

Configura-se nos dias atuais em um dos poucos serviços públicos que oferecem tratamento para infertilidade no Rio de Janeiro, ainda que de baixa complexidade, recebendo, portanto, uma clientela bastante diversificada de todo o Estado e até mesmo de fora deste. Trata-se, ainda, de um núcleo de formação de profissionais na área de reprodução humana, através dos cursos de Especialização em Ginecologia, em sistema de residência, oferecido desde 1964, e o de Pós-Graduação “*Stricto sensu*” em Ginecologia, desde 1975, bem como através dos internatos rotatórios e eletivos para alunos de graduação da Faculdade de Medicina da UFRJ (ALFANO, 2009; COSTA et al., 2009).

Como unidade docente-assistencial, ocorrem no IG atividades de ensino, pesquisa, extensão e assistência. Oferece disciplinas eletivas, internatos rotatórios e eletivos para alunos de graduação da Faculdade de Medicina da UFRJ, Mestrado e Doutorado, Ocorrem no IG seminários e reuniões semanais do Centro de Estudos e conferências ministradas por professores convidados. São estimuladas publicações e participações dos docentes e alunos em cursos, jornadas e congressos da especialidade (ALMEIDA FILHO, 2017; MOHAMED, 2015).

Na área assistencial, desde 2013 a instituição passou a fazer parte do Sistema Nacional de Regulação (SISREG) que passou a gerenciar a marcação de consultas de atendimento especializado em ginecologia (MOHAMED, 2015). Dentre as áreas assistenciais de atendimento encontram-se a Ginecologia geral, Ginecologia cirúrgica, Ginecologia infanto-puberal, Ginecologia da adolescente, Endocrinologia ginecológica, Reprodução Humana, Endoscopia ginecológica (Vídeo-Histeroscopia e Vídeo-Laparoscopia), Patologia cervical, Patologia vulvar, Mastologia, Sexologia e Uroginecologia. Outras especialidades médicas

disponíveis são a Anestesiologia, Dermatologia, Cardiologia, Radiologia, Anatomopatologia, Citopatologia e Ultrassonografia que atuam como suporte as ações de cuidado das enfermidades ginecológicas, assim como profissionais de outras áreas de saúde como Enfermagem, Farmácia, Serviço Social, Nutrição e Psicologia (ALMEIDA FILHO, 2017).

A escolha pela instituição justifica-se, pois, por tratar-se de um hospital universitário com importante papel na formação de profissionais na área da saúde reprodutiva, além de ser um centro público de referência no atendimento na área de Reprodução Assistida no Rio de Janeiro, pioneiro no setor de RA.

#### **4.3.2 O ambulatório de Reprodução Humana Professora Clarice do Amaral Ferreira**

Em 1942 foi criado o chamado Consultório de Esterilidade, primeiro serviço com a proposta de tratamento para a infertilidade a partir do desenvolvimento de terapêuticas que ampliassem as chances de gravidez em um serviço público no Brasil. Em seu início as consultas aconteciam como um “serviço móvel”, realizado pela médica Clarice Amaral Ferreira, sem um ambiente destinado a este fim. Em 1974 o Setor de Esterilidade passa a fazer parte da Divisão de Reprodução Humana do Instituto de Ginecologia, com local específico destinado a estes atendimentos (COSTA, 2008).

Depois de uma reforma nas instalações físicas, em 2008 é inaugurado o atual Ambulatório de Reprodução Humana: Profa. Clarice Amaral Ferreira (COSTA, 2008), que passou a ofertar o procedimento de inseminação artificial (ALFANO, 2009; COSTA et. al., 2009). Nesta época houve implantação do serviço de acolhimento interdisciplinar a casais inférteis, através do projeto de extensão intitulado “O direito de decidir na hora de planejar a família: o Ambulatório de Reprodução Humana” (OLIVEIRA et. al., 2012).

Além da assistência, cabe lembrar que, sendo um hospital universitário, é um dos poucos polos de formação de profissionais de saúde na área de RA no serviço público. Recebe internos da faculdade de medicina, e residentes do programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia, em conjunto com a Maternidade Escola da UFRJ que atualmente oferece cinco a cada ano, podendo receber também residentes de dois outros programas a partir de parceria com Hospital Estadual Adão Pereira Nunes, e da Maternidade Municipal Leila Diniz para onde são oferecidas duas vagas cada (ALMEIDA FILHO, 2017).

O Ambulatório de Reprodução Humana, como referência na área, desde o início de seu funcionamento atende a uma clientela diversificada, de todos os municípios do estado do Rio de Janeiro e de estados vizinhos. Como o Instituto de Ginecologia é totalmente regulado pelo SUS, as consultas são agendadas através das Unidades Básicas de Saúde (UBS), respeitando-se os critérios estabelecidos pelo serviço.

Os critérios definidos pela instituição e divulgados no SISREG para agendamento de consultas são: “casais tentando engravidar há mais de um ano // não encaminhar: casos que necessitem de ‘fertilização *in vitro*’, mulheres com idade superior a 40 anos ou mulheres com IMC acima de 30, mulheres que tenham realizado laqueadura tubária”.

As primeiras consultas ocorrem no ambulatório didático, considerado a “porta de entrada” do Instituto, onde as pacientes são avaliadas e encaminhadas aos ambulatórios especializados. Alguns casos têm resolutividade no próprio ambulatório didático. As consultas para o ambulatório de Reprodução Humana são pré-agendadas e a organização do atendimento é feita por ordem de chegada. Em média, são atendidas neste ambulatório entre 25 e 30 mulheres/casais por dia.

Além da realização de consultas médicas, cujo atendimento é realizado por internos (acadêmicos de medicina de último ano) e residentes, supervisionados por um professor-médico da instituição (*staff*), responsável pelo ambulatório. O setor dispõe ainda de controles ultrassonográficos de monitoramento da ovulação, realizados por profissional especializado, sempre seguidos de uma breve consulta de orientação de conduta.

A rotina do ambulatório segue um protocolo que envolve três principais etapas: investigação; indução hormonal com controle de ovulação e coito programado; indução hormonal e controle ultrassonográfico seguido de inseminação.

A primeira etapa caracteriza-se pela realização de exames necessários à investigação da infertilidade, à verificação a possibilidade de tratamento com as técnicas disponíveis e à segurança para o início do tratamento.

O laboratório de inseminação realiza exames de espermograma de usuários do serviço. Alguns exames de sangue necessários estão disponíveis a partir de uma parceira como o laboratório do Instituto de Endocrinologia e Diabetes do Estado do Rio de Janeiro (IEDE), instituição vizinha que também funciona no Hospital Moncorvo Filho. Outros exames, como a Histerossalpingografia (exame para verificar a permeabilidade das trompas) por exemplo, não

estão disponíveis, de forma que os usuários precisam realiza-los em outros locais da rede pública, se disponíveis, ou privada.

Preenchendo-se os critérios para início do tratamento, a primeira etapa consiste na indução hormonal da ovulação. Os usuários precisam custear os medicamentos utilizados, que não são disponibilizados pelo serviço. Durante um período é necessária a realização de controle ultrassonográfico para identificação do momento mais adequado para o coito, que será indicado pela equipe médica. Podem ser realizadas até três tentativas deste método.

Caso não ocorra a gravidez após as tentativas realizadas com o método anterior, ou caso haja algum fator masculino importante que justifique passar diretamente para a etapa seguinte, passa-se à indução com vistas a realização da Inseminação Intrauterina, procedimento já descrito no item 2.2.2 deste trabalho.

O laboratório de inseminação conta com biomédicos voluntários e alunos da faculdade de Biomedicina, em parceria com a Universidade federal do estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) que são responsáveis pela avaliação e capacitação do material a ser inseminado.

O ambulatório funciona integralmente às segundas e quartas-feiras. Às sextas-feiras não há agendamento de consultas, porém ocorrem controles ultrassonográficos seguidos de orientação às pacientes, bem como inseminações de acordo com a necessidade determinada pelo ciclo da paciente.

#### 4.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Instituída pelo Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, a residência médica é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização. Funciona em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, sendo considerada o “padrão ouro” da especialização médica. O mesmo decreto criou a Comissão Nacional de Residência Médica (BRASIL, 1977).

O Programa de Residência Médica confere ao médico residente o título de especialista. Neste sentido, a Residência Médica em Obstetrícia e Ginecologia tem como objetivo geral:

Tornar o médico residente em Obstetrícia e Ginecologia apto a promover a saúde e prevenir, diagnosticar e tratar as afecções relacionadas à mulher, nas diferentes fases da vida, bem como desenvolver habilidades e raciocínio crítico nas sub-especialidades e nas diversas áreas de atuação (BRASIL, 2006).

Dentre os objetivos específicos encontram-se: desenvolver conhecimentos e habilidades em reprodução humana, incluindo planejamento familiar e infertilidade e desenvolver conhecimentos relacionados à responsabilidade ética e profissional (BRASIL, 2006). A formação durante a residência deve, portanto, desenvolver não apenas atributos técnicos, mas também atributos relacionais (comportamentos e atitudes) (BOTTI, REGO, 2010).

Em conformidade com a proposta deste trabalho o grupo pesquisado foi formado por médicos residentes em ginecologia do IG/UFRJ.

Como critério de inclusão, o participante deveria ser residente em ginecologia na instituição e já devia ter atuado ou estar atuando no ambulatório de Reprodução Humana no momento da pesquisa. De um total de 19 residentes da instituição, apenas três residentes não se enquadraram nesses critérios, por não terem atuado, até o momento da pesquisa, no ambulatório de estudo, tendo em vista um sistema de rodízio nos ambulatórios, adotado na instituição. Todos os residentes abordados, que se enquadravam no critério de inclusão, aceitaram participar do estudo, totalizando 16 entrevistas. Foram excluídos os participantes que não se enquadraram nos critérios do estudo.

A escolha destes participantes relaciona-se com o objetivo deste trabalho que busca analisar a percepção de residentes de ginecologia em formação em um hospital universitário sobre as questões éticas relacionadas à reprodução humana assistida.

#### 4.5 ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados resultantes da pesquisa foi realizada através da análise de conteúdo. De acordo com MINAYO (2010), a análise do conteúdo é composta por um conjunto de instrumentos que se aplicam a discursos diversificados que se propõe a descrever e interpretar o conteúdo das mensagens. Esta técnica de análise de dados vem sendo utilizada com frequência nas pesquisas qualitativas (MINAYO, 2010).

A análise de conteúdo constitui-se importante ferramenta para estudos qualitativos, sendo eficaz no tratamento de dados de pequenos grupos, assim como para grandes amostras (MINAYO, 2010). Este método de análise contribui para “lançar luz” sobre o assunto, possibilitando a aproximação da realidade. O pesquisador busca compreender as características que estão por trás das mensagens (MINAYO, 2010).

Este método qualitativo de análise de dados envolve exploração do material, identificação de categorias de análise e o tratamento dos resultados que proporciona a interpretação dos mesmos (MINAYO, 2010).

Desta forma, após a realização das entrevistas seguiu-se a fase de transcrições, e posterior leitura e releitura flutuante, para impregnação do conteúdo e a fim de ter uma noção do todo. Em seguida iniciou-se a classificação do material em categorias definidas a partir dos dados empíricos. Por fim, passou-se à interpretação do material a fim de permitir uma análise e discussão aprofundada dos dados.

#### 4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Os aspectos éticos e científicos pertinentes da pesquisa serão cumpridos de acordo com as determinações do Conselho Nacional de Saúde (CNS) através da Resolução nº 466/12 (BRASIL, 2012) que determina as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ através da Plataforma Brasil e aprovado através de protocolo CAAE 57762816.7.0000.5240.

Os participantes da pesquisa foram plenamente informados sobre o estudo e, aqueles que consentiram sua participação, através de consentimento livre e esclarecido, com explicação para o participante em linguagem clara e acessível, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), como orienta a Resolução nº 466/12 do CNS (BRASIL, 2012).

Os riscos desta pesquisa em relação aos participantes se caracterizaram por possíveis desconfortos ao se confrontar com dilemas e questões morais em relação ao tema. Assim, foi garantida ao participante a possibilidade de não participar mais da pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhe causasse prejuízos de qualquer natureza.

A identidade dos participantes será preservada, a fim de garantir a confidencialidade, e os dados gerados foram codificados através da letra E (entrevista) seguida de números. As entrevistas foram transcritas e armazenadas com segurança para que se garanta a confidencialidade das informações.

Apesar da pesquisadora trabalhar no hospital onde a pesquisa foi realizada desde o início do mestrado sua atuação esteve restrita a resposta de pareceres para a psicologia, não tendo sua

rotina, desde então, vinculada ao ambulatório de RA, campo desta pesquisa. Diante do fato da pesquisadora integrar o corpo de profissionais do IG-UFRJ, campo dessa pesquisa, foi feito um esforço de distanciamento crítico, buscando isenção nas análises e interpretações realizadas, no sentido de controlar/minimizar a possibilidade de conflito de interesses.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo apresentou como objetivo principal a discussão sobre a percepção de residentes de ginecologia em formação em um hospital universitário sobre as questões éticas relacionadas à reprodução humana assistida.

Foram entrevistados 16 residentes do Instituto de Ginecologia da UFRJ que durante seu período de residência na instituição já tivessem atuado no ambulatório de Reprodução Humana ou estivessem atuando no momento da pesquisa.

Verificou-se que três (3) entrevistados estavam cursando o primeiro ano (R1) da residência médica em ginecologia e obstetrícia, oito (8) estavam no segundo ano (R2) e cinco (5) no terceiro (R3). Apenas um entrevistado cursou outra graduação antes de medicina e nenhum deles fez outra residência.

Observa-se a predominância do sexo feminino entre o grupo estudado, sendo apenas um entrevistado do sexo masculino, em conformidade com estudo que apresentou o fenômeno da feminização da medicina no Brasil, fenômeno que ocorre de forma preponderante em algumas especialidades, como é o caso da Ginecologia e Obstetrícia (SCHEFFER, CASSENTE, 2013).

Os residentes foram contatados individualmente nos diversos ambulatórios em que atuavam no período da pesquisa. Todos os residentes convidados aceitaram participar da pesquisa. Antes de iniciar as entrevistas, todos receberam um esclarecimento detalhado, inclusive, recebendo a garantia do caráter anônimo das respostas, e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO A).

As respostas apresentadas aparecem da forma como foram ditas pelos participantes, de forma que se observa o emprego de linguagem coloquial e vícios de linguagem. Não houve preocupação de correção, apenas omissão de informações que pudessem identificar o participante. Houve preocupação com a possibilidade de identificação de gênero, porém verificou-se cuidadosamente que, mesmo sendo possível identificar o gênero feminino em algumas respostas, não é possível identificar, ainda que por exclusão, o gênero masculino, garantindo, portanto, o anonimato dos entrevistados. As respostas serão identificadas ao longo da discussão pelas letras E (entrevista) seguidas de um número que vão de 1 a 16, conforme o número de entrevistados.

A ênfase na identificação dos aspectos éticos relacionados à temática da Reprodução Assistida sob a perspectiva dos médicos residentes, fez com que não houvesse preocupação em avaliar se as questões apresentadas se configuram, de fato, em um conflito ou dilema ético. Em consonância com o trabalho de TAQUETTE et. al., (2005) compreende-se que a percepção do entrevistado é o aspecto mais relevante, pois reconhecendo-o como agente moral, sua sensibilidade e percepção aos problemas deve ser valorizada.

Apesar de todos os entrevistados considerarem a existência de questões éticas relacionadas à Reprodução Assistida, em um momento inicial da entrevista, verificou-se a dificuldade de identificação de conflitos éticos. Tal dificuldade encontra-se em consonância com esse estudo, no que diz respeito à carência de espaços de discussão na formação moral do estudante de medicina, de forma a capacitá-lo para a identificação e análise crítica de dilemas morais com os quais possa se deparar em sua prática. A mesma é evidenciada no discurso de alguns residentes ao serem perguntados se identificam questões éticas relacionadas à temática da RA.

*“Tem tanta coisa, agora não vem nada na cabeça.” (E5)*

*“É difícil pensar sobre isso, tem mil coisas né? Mas eu tô tentando pensar agora aqui.” (E8)*

*“Ah não sei, com certeza tem, mas é que assim, não vem agora na cabeça.” (E9)*

*“Olha, é possível. Agora eu não consigo me lembrar de nenhuma, mas é possível.” (E4)*

Esses achados evidenciam as dificuldades de reconhecimento de questões éticas e, o desequilíbrio entre a aquisição das competências técnicas e das competências morais pelos médicos em formação (FEITOSA et al., 2013). Percebe-se que ao longo de sua formação, os médicos focam quase que exclusivamente em conteúdos técnicos e não há o incentivo nem o espaço para debates mais profundos sobre situações vividas durante, não só o treinamento, mas também possíveis dilemas que surgirão em sua prática. Logo, ao serem incentivados a refletir sobre os aspectos ética da RA, apresentaram clara dificuldade em citar os mesmos.

Com o transcorrer da entrevista, os residentes começaram a levantar algumas questões que consideraram conflituosas. Através da análise das situações apontadas, pôde-se categorizar 9 grupos de questões passíveis de serem discutidas:

- Questões relacionadas à artificialização do processo reprodutivo;
- Questões religiosas;
- Preocupação com a eugenia;
- O papel da experiência e valores pessoais;
- Questões relacionadas à constituição de família, parentalidade e normas de gênero;
- Questões relacionadas ao acesso aos serviços de RA;
- Questões relacionadas aos riscos e possíveis danos relacionados ao tratamento;
- Questões relativas à relação médico-paciente;
- Questões relativas à formação.

### 5.1 ARTIFICIALIZAÇÃO DO PROCESSO REPRODUTIVO

Verificou-se nos discursos a dificuldade em identificar questões éticas relacionadas à RA, mais especificamente relacionadas à prática do ambulatório de aprendizado. As reflexões sobre questões éticas eram vinculadas aos procedimentos de alta complexidade, não disponíveis no campo de atuação dos entrevistados.

*“(...) Mas é que assim, aqui a gente não lida com FIV, e FIV eu acho que é uma das principais partes ao redor da qual você tem discussões éticas (...) não sei, para nossa realidade daqui eu acho tranquilo, eu acho que deve ser bem mais desafiador pra quem trabalha com FIV.” (E9)*

*“Eu confesso que ainda não parei ainda para refletir, não formei opinião, porque especialmente assim acho que os aspectos mais importantes que eu teria que parar para pensar, eles envolvem fertilização in vitro, útero de doação, fertilização in vitro, então como eu não tenho acesso a esse tipo de tratamento, também não tive interesse particular de procurar isso externamente, eu também não parei pra pensar nessas questões, não mesmo.” (E2)*

*“Eu acho que a parte ética, eu acho que envolve algo que é mais pra frente que é relacionada à fertilização in vitro, que eu consigo pensar agora no momento.” (E11)*

*“Eu acho que aqui a gente está num ambiente protegido, né? Porque o que a gente faz de reprodução humana eu acho que não transpassa limite de ética nenhuma. Eu não sei como é essa vivencia nas clínicas privadas, no momento que entra seleção de embrião, de descarte de embrião, é, doação de óvulo, essa parte eu não tenho convívio pra dizer, eu não sei se nesse ponto eu vou sentir alguma coisa ou vou perceber algum conflito ético. Pro que a gente faz aqui dentro eu vejo zero, pra mim não tem problema nenhum”.* (E16)

Nesta última resposta, o ambiente universitário é citado como protegido. O que significa ambiente protegido? A universidade representaria uma verdade absoluta e os professores seriam exemplo de uma prática não passível de questionamento? Será que está claro para estes residentes que a reflexão sobre sua prática será de fato importante para sua formação? A falta de questionamento poderia ser compreendida como exemplo de confiança plena em seus professores? Verifica-se a necessidade que tem o médico em formação de adquirir um conhecimento considerado sólido e verdadeiro, tal qual o discurso científico, hegemônico, de verdades absolutas que aprendem na universidade, que poderia ser capaz de sustentar toda a subjetividade e implicações da RA.

A falta de identificação de questões éticas relacionadas à prática pode evidenciar uma dificuldade em refletir sobre questões do dia a dia. Fica claro pelas respostas que os entrevistados não identificam em sua prática diária questões éticas a serem refletidas; a “questão ética” está em outro lugar, não no lugar onde exercem sua prática, justificado através da carência da alta complexidade no serviço. Evidencia-se a dificuldade em perceber o que de fato pode ser caracterizado como questão ética.

Verifica-se ainda que, intervenções na reprodução que tendem a se aproximar do natural, são identificadas como menos conflitantes. Na medida em que se começa a utilizar tecnologias de alta complexidade, a identificação de questões éticas aparece nos discursos.

Os avanços científicos na Reprodução Assistida possibilitaram o desenvolvimento de técnicas que foram capazes de subverter a relação entre sexo e reprodução, fecundidade e acaso, início da vida e interioridade do corpo (CORREA, 2001). O impacto destas modificações, trazendo reflexões na sociedade, também se apresentam no discurso dos entrevistados:

*“(...) Então ajudar até onde a gente pode, vamos dizer assim, com os recursos biológicos, das próprias pacientes, eu acho fantástico, eu acho que é nossa obrigação mesmo, mas a partir do momento que tem que manipular embriões, genética, selecionar embriões, e isso daí eu não consigo trabalhar na minha concepção pessoal essa parte.”* (E3)

*“(...) No que a gente faz aqui ok, a gente induz ovulação, a gente tenta estimular naturalmente, vamos dizer assim, simular o natural.” (E3)*

*“As coisas tendem a ser muito mais simples porque aqui. Você faz indução da ovulação, então a paciente basicamente ela continua tendo a relação com o marido dela e vai ter o filho por meios naturais” (E9)*

As possibilidades das técnicas de RA vão desde a baixa complexidade até tecnologias mais avançadas, e muitas vezes mais invasivas e distantes da naturalidade dos processos. Segundo Diniz e Costa (2014) a “ideologia naturalista garantiu o sucesso e a consolidação das tecnologias conceptivas como um tratamento complementar à natureza” (DINIZ, COSTA, 2014, p. 49), de forma que a utilização de tecnologias de baixa complexidade que não envolvem o manuseio ou descarte de embriões acabam por ser compreendidas como complementares à reprodução natural e, portanto, livres da acusação de manipulação da natureza.

*“Nunca tive contato com a parte de fertilização porque o nosso setor de reprodução humana ele tem uma limitação estrutural, enfim, então a gente não tem aqui congelamento, congelação de embrião, não tem essa parte que eu acho que envolve mais a ética, né? Não tem como selecionar, você realmente usa o espermatozoide do marido daquela mulher, o óvulo é dela, então não tem muitas questões. Agora, quando você vai para o mundo lá fora, no que se trabalha com essas coisas e aí eu penso que você tem muita questão ética que envolve e que deve estar sendo discutido ainda, muita coisa deve estar sendo amadurecida ainda no Brasil e no mundo, que é uma coisa relativamente recente.” (E15)*

*“Eu não enxergo muitos problemas assim no tipo de prática que a gente tem, inclusive em fertilização que a gente não faz aqui, eu acho que faz parte, eu começo a enxergar um pouco os problemas quando a gente fala de assuntos como selecionar um embrião que não tenha um problema, se você tem alguma carga genética de alguma doença pra você transmitir, porque acho que você tá interferindo um pouco na atividade assim de Deus, mas acho que se eu for pensar a fundo nem isso me incomoda tanto, porque eu acho que no fim das contas é para um bem estar, e é para trazer ao mundo uma pessoa que vai ter uma maior capacidade de viver em plenitude de saúde e tudo mais.” (E13)*

Verifica-se nos discursos a questão da naturalidade ou artificialidade dos processos sendo relevante para aquilo que os residentes consideram ético, de forma que, quanto mais as tecnologias se aproximam da reprodução natural, quanto menos mudanças nos padrões conhecidos, maior aceitação foi verificada.

As formas artificiais da procriação estão reconhecidamente destacadas no campo do avanço do conhecimento humano em sua importância. Elas anunciam a criação da vida e estão “implantadas” na racionalidade científica. Não podemos deixar de pensar nas consequências éticas em que todos nós estamos implicados a partir do momento em que o discurso da ciência passou a monitorar os procedimentos de produção da vida. (SOUZA, MOURA. GRZYNSZPAN, 2008, introdução)

Argumentos morais contra a utilização da RA relacionam-se ao fato de tornar a reprodução artificial e ao argumento de que natureza deveria ser inalterável, de que o ser humano não deveria transformar sua natureza, “(...) a ilicitude de intervir nos processos naturais; a “desmedida (*hybris*) resultante da soberba humana que, ao intervir e reprogramar os processos naturais, estaria “jogando o papel de Deus” (*playing God*) de forma indevida...” (SEGRE, SCHRAMM, 2001, p. 44).

Se a FIV se anuncia e é acolhida como uma revolução na medicina, no que diz respeito aos sujeitos diretamente implicados – especialistas e usuários – parece ser, até então, socialmente adequado evitar todo um excesso da inovação, bem como evitar a idéia de artificialidade quanto à criação e manipulação da vida humana, sendo preferível mantê-la no domínio do “natural” e do conhecido (CORREA, 2000, p. 864).

Chama a atenção a polaridade natural/artificial nos discursos apresentados. A ciência permitiu a intervenção na natureza e possibilitou ao homem conhecer e controlar processos naturais. A evolução tecnológica trouxe mudanças em diversos campos, em especial na área da saúde. A medicina tradicionalmente incorpora tecnologias buscando prevenir, diagnosticar e tratar desordens na saúde, de forma que a intervenção em processos naturais é prática regular neste campo. Toda prática médica infere uma intervenção, e portanto, deixa de ser “natural”. Qual o limite entre o natural e o artificial em se tratando de intervenções na área de saúde? Estaria a artificialidade associada a uma “falta de ética”, ou esta relação, para os entrevistados, está apoiada apenas no campo da RA?

Verifica-se uma tensão com relação aos impactos das tecnologias, especificamente no campo da reprodução. Se, de alguma forma, as intervenções médicas estão interferindo em processos naturais, por que a questão da artificialidade aparece como argumento especialmente relacionado às tecnologias de alta complexidade?

Em função de impasses e contradições surgidos a partir do uso e da difusão dessa tecnologia – por sua associação à genética e à biologia molecular é anunciada e acolhida como uma revolução na medicina – que, deve-se ainda evitar o emprego do termo “artificial” no que diz respeito a criação e à manipulação da vida humana, sendo preferível

mantê-la próxima ao domínio do “natural”. Menos discutido, mas igualmente (ou talvez mais) problemático do que o enquadramento dessas técnicas dentro da própria medicina, é o enquadramento dos seus efeitos sociais: as consequências que elas podem trazer no nível da família, filiação, sexualidade, relações entre os sexos, subjetividade. (CORREA, 2001, p. 170)

Cabe questionar o quanto estas respostas pautadas na artificialidade dos processos podem ser fruto de pouca reflexão não apenas sobre o papel do médico e da medicina, mas de conceitos como saúde-doença, e de outros aspectos envolvidos como questões psicossociais, questões de gênero e questões religiosas, dentre outras.

## 5.2 QUESTÕES RELIGIOSAS

As questões relacionadas às implicações da RA envolvem debates em diversas áreas do conhecimento e, para muitas pessoas, questionamentos também no âmbito religioso, tendo em vista a característica disciplinadora das religiões, em relação a mente e ao corpo. Evidencia-se que questões relacionadas ao início da vida e a crença de que não se deve interferir na natureza associam-se aos questionamentos religiosos que exercem forte influência na realidade sociocultural de nosso país (GRYNSZPAN, 2008). Destacam-se algumas respostas que revelam a influência da moral religiosa nas preocupações referentes às transformações promovidas pelas biotecnologias reprodutivas.

*“Tem um pouco da minha religião nisso, porque acho que os profissionais que trabalham, eles manipulam muito a vida. (...) Então eu acho a reprodução assistida uma área muito tênue na parte de ser um pouco Deus. (...) principalmente na parte da reprodução, fertilização in vitro, das manipulações de gene, isso eu acho, não consigo entender essa parte por conta da minha formação religiosa e familiar”.* (E3)

*“(...) você vai até o aconselhamento, até aquele facilitar que as coisas aconteçam, ok. Quando você chega na FIV, na fertilização in vitro, até onde você tem o poder de formar embriões, de escolher qual embrião você quer implantar, de escolher embriões, de definir o que você vai fazer com os outros? Isso sempre foi uma questão complicada para mim, ainda mais quando eu era mais nova, eu era um pouco mais religiosa.”* (E4)

*“Então assim, até que ponto a gente tá sendo médico, até que ponto a gente está interferindo na questão religiosa da paciente? (...) a gente acaba sendo bastante invasivo né? a gente acaba passando por cima de coisas que as pessoas acreditam e não*

*acreditam. E eu acho que a gente vai, a ciência acaba ultrapassando o.... não sei explicar” (E14)*

*“Eu sou espírita então pra mim assim, antes mesmo daquele espermatozoide se unir àquele ovulo tem um porquê, então esse óvulo, esse embrião pronto, tem um porquê, será que tem um porquê de ele continuar congelado não sendo usado? Será que tem um porquê de ele ser usado pra pesquisa?” (E15)*

Historicamente, as religiões determinam, através de seus dogmas, padrões de comportamento considerados aceitáveis ou condenáveis nas diversas sociedades. Em alguns contextos, constituem mecanismos de controle social do Estado, padronizando comportamentos que servem aos interesses dos grupos hegemônicos. Seguir leis, determinações vindas de fora ou os dogmas religiosos, ou utilizá-los exclusivamente como argumentos para justificar valores morais configuram-se em um nível de consciência moral heterônoma.

Conforme tratado no item 3.4 deste trabalho, de acordo com as teorias cognitivas do desenvolvimento moral, as pessoas evoluem de uma etapa de heteronomia, estágio de desenvolvimento egoísta e autocentrado, quando as normas são interiorizadas, e os argumentos demonstram obediência à autoridade externa, para uma etapa de autonomia, quando os princípios e valores são justificados de forma racional, a partir da reflexão crítica (BIAGGIO, 1998; REGO, 2003).

A universidade deveria servir de espaço sentido de promover a formação médicos como cidadãos democráticos, independe de religião ou ideologia, que busquem uma sociedade mais justa, constituída de instituições públicas que assegurem a dignidade da pessoa e seus direitos, a liberdade de expressão e de pensamento e a igualdade para todos os cidadãos sem distinção, conforme a Declaração Universal de Direitos Humanos das Nações Unidas (UNESCO, 2005). Para tal, torna-se fundamental o exercício de estímulo da autonomia moral dos médicos em formação. Verifica-se a importância da bioética, através de seu caráter pluralista, multicultural e transdisciplinar, buscando o diálogo e a tolerância como aspectos fundamentais durante o treinamento médico, a fim de que se possa estimular o desenvolvimento da autonomia moral.

A discussão quanto ao momento de início da vida sempre foi motivo de debates e ganhou novas proporções com o advento das tecnologias de RA. Ciência e religião têm diferentes respostas e delas derivam diferentes argumentos éticos e jurídicos.

Talvez a possibilidade de controle da vida, mais do que qualquer outra, tenha despertado a humanidade para a necessidade de preservá-la, estabelecendo limites para a atuação do cientista. Na verdade, antigas e não resolvidas questões – com a do aborto e da eutanásia – foram realimentadas com o advento das técnicas de RHA e dos transplantes de órgãos e tecidos. (BARBOZA, 2000, p. 210)

A intensa divulgação da mídia também contribui para que a questão relacionada ao status moral do embrião seja alvo de debates, pois além de estar relacionado com as questões de quando começa a vida humana e a definição de pessoa, envolve questões jurídicas, e morais, relacionadas ainda ao desejo de controle da sexualidade, tendo se tornado de relevância para o debate ético e bioético. Percebe-se que estas questões também são de relevância no discurso dos entrevistados, aparecendo com frequência como foco de sua atenção.

*“Na reprodução assistida tem esse controle, vai ser o material genético de um homem com uma mulher que vão gerar os embriões, e eles tem que decidir o que vão fazer com esses embriões depois, se eles vão doar. Será que eles vão ficar pagando aluguel da manutenção daqueles embriões congelados? A maioria não paga depois e aí aquilo é jogado fora. E aí, eu acho que isso tem que ser limitado, eles têm que ter esse compromisso, eles vão doar para pesquisa, eles têm que se comprometer. E também, se eles se separarem? Aquilo vai ficar pra quem? O que vai ser feito daquilo? As pessoas têm que ter essa noção, não é ficar brincando com a vida dos embriões, com as próprias vidas deles, né?” (E3)*

*“Tem muita discussão hoje em dia com o que vai acontecer com os embriões que não foram aproveitados na fertilização, e assim, a gente está no ponto que, apesar de estar num estado laico, não é laico né? É muito baseado na religião, então assim você não vai poder desprezar esses embriões e eles também não vão poder ser usados com objetivo científico, eu acho que esse é um dos grandes pontos da sociedade em geral, eu particularmente, pra mim até que aconteça a nidação não é uma vida, então assim, usar aqueles embriões com objetivo científico acho que pra mim não seria um grande problema, mas eu reconheço que a gente é um estado sem grande separação entre a igreja e o estado em si para você ter esse tipo de política.” (E9)*

*“E eu vejo que, de repente, uma questão ética que eu vejo é justamente o descarte dos embriões depois, eu acho que é uma questão ética assim, ética e religiosa, né? Sei que há muita discussão éticas em relação a isso, ah por ser um embrião ainda não seria considerado uma vida por algumas especialidades, enfim, que não teria problema maior, mas eu acho que, acho que o que conta mesmo é o que aquela paciente quer pra ela, é algo que você vai, tem que deixar claro pra ela, que outros embriões vão ser descartados e eu acho que entra, igual aquelas questões éticas em relação ao aborto mesmo.” (E11)*

Pode-se verificar, nas falas acima, a preocupação relacionada aos embriões, como algo que gera dúvidas e inquietações. Entretanto, os argumentos demonstram dificuldade em identificar as questões morais. A fala acima evidencia que a não diferenciação entre ética e religião. Mais uma vez, o argumento religioso aponta um estágio de desenvolvimento de uma moral heterônoma.

O avanço das técnicas no campo da RA, e seus impactos fizeram com que as discussões fossem incorporadas por diferentes campos de conhecimento, levantando novos argumentos e novas preocupações, evidenciando assim o quanto o espaço de aprendizado em um ambulatório de RA pode servir de um rico espaço de abordagem destas questões. Observa-se nos discursos dos entrevistados algumas inquietações, porém grande dificuldade de reflexão ou argumentação sobre a temática.

### 5.3 PREOCUPAÇÃO COM EUGENIA

As tecnologias reprodutivas suscitaram um temor social quanto à possibilidade de gerar um novo tipo de eugenia, e reforçar atitudes discriminatórias diante da possibilidade de manipulações do material genético humano, diagnóstico pré-natal e pré-implantacional, aborto terapêutico, dentre outras (CORREA, 2001). Tais preocupações também se mostram presentes entre os entrevistados.

*“Acho que tem um limite ético mesmo, limite do que é permitido fazer, senão você começa a selecionar, ‘eu quero ter um filho de olho azul, porque eu acho olho azul bonito’. Aí é para você o limite: ‘Ah, mas olho azul, qual o problema? Olho azul é bonito para todo mundo’. Aí você passa a escolher que quer ter um filho branco, aí você passa a escolher que quer ter um filho louro, daqui a pouco você tá criando uma geração de racistas, tem um limite né? (...) Eu acho que quando você seleciona, ah eu tenho uma herança, uma doença de herança familiar de uma gravidade tal, e aí eu quero evitar com isso de ter um filho com essa doença, tudo bem. É diferente, você tá evitando uma doença, agora quando você começa a selecionar fenótipos né, por aparência física, isso vira uma loucura, né? (...) Acho que é difícil estabelecer um limite, só que se você vai abrindo, abrindo, abrindo, de repente você está fascista. (...) Selecionar sexo pode, selecionar cor do olho pode, daqui a pouquinho selecionar cor da pele pode, e aí? (...) já viu o sexo, já tá bom demais, o sexo é bom que você escolhe a roupinha, a pele você não vai escolher. A roupinha, sabe, bobagem.” (E4)*

Essa fala evidencia a preocupação do entrevistado com riscos racistas, sexistas, porém considera plausível certa flexibilidade. Inicialmente considera a pesquisa por doenças genéticas justificável, porém não consegue, apresentar argumentos provenientes de uma reflexão crítica.

*“Eu acho uma coisa muito perigosa. A gente tava até discutindo hoje, eu comentei com a outra R1 sobre aquele filme, não sei se você assistiu, Gattaca, que é um filme que ele fala exatamente isso, sobre você fazer uma, você alterar geneticamente as crianças antes delas nascerem, você já programar seu filho. Isso é uma coisa perigosa eu acho.” (E12)*

*“Hoje em dia algumas pessoas mexem até na parte do sexo do embrião. Então, até que ponto a gente tá passando do que é certo? (...) às vezes a gente mexe para a gente mudar uma doença genética que nasceria só num tipo de sexo, só que a gente está interferindo na escolha né? Não é a gente que decide o sexo, então eu acho que essa parte a gente tem que tomar muito cuidado. (...) não sei, eu acho que se isso for evoluir para a gente apenas gerar saúde e ver curas de doenças talvez seja um ponto positivo, mas eu não sei até que ponto é só isso, se o povo vai... se os médicos vão parar nisso e não vai evoluir para uma, simplesmente escolha pessoal e isso seria realmente muito ruim.” (E14)*

*“Eu acho que a gente precisa discutir um pouco melhor a respeito daqueles procedimentos relacionados a você selecionar, fazer análise do cromossomo antes de fazer fertilização; porque não sei até que ponto isso vai ser utilizado pro bem apenas, na questão de doenças ou se as pessoas vão começar a selecionar, a criança com olho azul e criança loira, morena” E13*

A justificativa para seleção de embriões com base na ideia de se prevenir doenças parece aceitável para alguns dos entrevistados. Ainda assim, demonstram preocupações quanto aos limites de sua utilização sem, entretanto, conseguir aprofundar a reflexão. Verifica-se que a identificação de questões conflituosas acerca da RA começa a surgir na medida em que os entrevistados são estimulados a falar sobre a temática, de forma que se evidencia o quanto o período de treinamento pode servir como momento fértil para estimular tais reflexões. Na última fala retratada acima, o entrevistado considera a necessidade de se “discutir um pouco melhor”.

### 5.3 O PAPEL DA EXPERIÊNCIA E VALORES PESSOAIS

Percebe-se, em muitas respostas, o quanto valores pessoais, familiares, sociais e religiosos interferem na visão que os residentes têm sobre a RA, sem que haja estímulo a reflexão sob outros olhares. Verifica-se, muitas vezes, o uso da primeira pessoa no discurso, o que aponta a análise das questões a partir de um olhar voltado para si mesmo, a partir de suas próprias experiências e exemplos próximos, para justificar suas respostas.

*“Eu tenho minhas dúvidas com a fertilização in vitro (...) por exemplo, eu vou tirar um óvulo ali e vou juntar com o espermatozoide, eu não vou tirar um só, eu vou tirar vários e vou fertilizar vários. E vou ter vários embriões, para mim esses embriões não são um monte de células, então eu tenho uma dificuldade de lidar com isso porque, tá, você não pode contar oito, tem que implantar dois, mas e aqueles outros? O que você vai fazer com eles, você vai congelar, você vai jogar fora? Então eu acho que essa questão me deixa um pouco receosa, porque eu, se eu fizesse, se eu como paciente, posso ter que fazer como paciente, por causa da menopausa precoce, eu ficaria com isso na minha cabeça, tá e os outros? O que vou fazer com os outros, eu não posso jogar fora, mas eu vou ter que implantar tudo? Eu acho que isso me causa um certo conflito.” (E1)*

*“Através da reprodução humana, de tratamentos, nasceu uma das crianças que eu mais amo na vida, que é meu afilhado, então se não existisse esse tipo de tratamento pessoa maravilhosas também não existiriam (...) então ajudar até onde a gente pode, vamos dizer assim, com os recursos biológicos, das próprias pacientes, eu acho fantástico, eu acho que é nossa obrigação mesmo, mas a partir do momento que tem que manipular embriões, genética, selecionar embriões, e isso daí eu não consigo trabalhar na minha concepção pessoal essa parte.” (E3)*

*“Tem um pouco da minha religião nisso, porque acho que os profissionais que trabalham eles manipulam muito a vida, então são formados muitos embriões. (...) porque eu sei que quando eu tiver filhos, independente de eles terem dois dias de concepção, eles já são meus filhos, a partir do momento que eu engravidar, que eles existirem, eles serão meus filhos não serão minhas células, células minhas combinadas com as do meu marido, serão meus filhos desde sempre. E já são. Nos meus sonhos eu já tenho filhos, eles existem nos meus sonhos e quando eles vierem biologicamente, é isso” (E3)*

*“Eu tenho síndrome do ovário policístico, então eu acho que eu vou ter um pouco mais dificuldade de engravidar que uma mulher que não tenha essa síndrome, pode ser que eu consiga rápido, mas pode ser que eu não consiga e que eu tenha que provavelmente fazer uso de progesterona de segunda fase, tudo bem não é um tratamento ainda da reprodução assistida, mas é um dos que se faz aqui. Depois disso, se eu tiver que induzir ovulação, eu vou induzir, isso daí eu já tenho já essa consciência. Se for necessário eu vou induzir sim, porque eu quero muito, mas é aquilo, até onde eu vou eu não sei, porque se não acontecer muitas vezes, não sei o que eu vou fazer, se eu vou desistir. Porque ir pra reprodução assistida vai ser assim superar todas as minhas crises, tem que superar tudo que eu penso até agora, depende do quanto eu vou querer esse filho ou não, se eu vou quebrar com meus conceitos e minhas crenças para ter um filho, vamos ver, só o futuro que vai dizer.” (E3)*

Verifica-se nas falas anteriores o quanto a visão que os entrevistados têm acerca da RA pode estar pautada em suas próprias vivências, experiências e interesses, adotando uma visão

autocentrada, podendo assim correr o risco de desconsiderar o outro. O que a princípio não parecia certo, pode passa a ser caso seja necessário para si próprio.

Colocar-se no lugar do outro é o exemplo mais claro da utilização de seus valores e de sua análise da situação para tomar uma decisão relacionada a um terceiro, que só é considerado com alvo de sua ação moral, jamais como sujeito moral (REGO, 2003, p. 136).

*“A questão que eu sempre julguei, sempre pensei que eu nunca faria uma fertilização in vitro e já é uma coisa que cogitei várias vezes no momento da minha vida, se eu não faria uma fertilização in vitro. Atualmente eu acho que, talvez se eu não engravidasse em alguns anos, não sei se provavelmente faria, porque eu ainda me muito pergunto isso, então não sei te dar essa certeza. Algumas pessoas te falaria que fariam com certeza, mas é uma coisa que eu penso que eu mesma poderia fazer, então eu não posso julgar o outro. Eu tô há um ano tentando engravidar, então você passa a pensar melhor, como as pessoas pensariam. Até onde vai o desejo das pessoas, é muito aquela questão da ética da doação de órgãos, da ética do uso de embrião na pesquisa, enfim, quando você precisa você passa a pensar diferente” (E4)*

Esta última resposta mostra a percepção do papel das experiências pessoais, e de como acabam por interferir na visão que se tem do que é certo ou errado, do que se deve ou não fazer. Entretanto, não se pode garantir que o médico irá vivenciar em sua vida todas as experiências que o permitam analisar de novos ângulos, como foi o caso desta resposta. Desta forma, verifica-se a importância do ambiente de formação, em especial da formação em serviço, tendo em vista as possibilidades de vivências, no incentivo à reflexão e debate dessas questões sob diferentes perspectivas.

O estudante de medicina, em geral, entra na universidade em uma idade jovem, em que ainda está em processo de formação de sua identidade. Estes estudantes trazem consigo valores morais adquiridos de sua família e sua história de vida (REGO, 2003). Durante o curso, acabam por reproduzir também condutas morais de seus professores e preceptores, formando assim sua identidade profissional. Apesar de o grupo estudado ser composto de médicos, estes estão recém-formados (menos de três anos), e ainda em período de formação especializada, sob a forma de residência.

Desta forma, torna-se fundamental durante essa formação, o incentivo a reflexão e a discussão, através de um exercício de reconhecimento da diversidade de valores e tolerância entre diferentes visões, de forma que possa contribuir para formar profissionais autônomos e capazes de dialogar e respeitar com o outro e suas convicções, ao contrário de se basear em uma moral externa como a única válida, melhor e mais adequada.

## 5.5. QUESTÕES RELACIONADAS À CONSTITUIÇÃO DE FAMÍLIA, PARENTALIDADE E GÊNERO

Uma questão que apareceu com frequência nos discursos dos entrevistados foi em relação à utilização das tecnologias de RA por casais homoafetivos. Apesar das possibilidades de mudanças que as tecnologias reprodutivas trouxeram na constituição de famílias, sendo capazes de subverter a heteronormatividade da reprodução humana, a reprodução assistida, especialmente nos espaços públicos, tem sido destinada a reiterar o modelo tradicional de reprodução biológica e social (ALFANO, 2009).

As respostas encontradas evidenciam o conflito dos entrevistados relacionado às novas constituições de famílias e demonstram essa reprodução de valores sociais de gênero e parentalidade. Verifica-se que a falta de recursos do serviço em que atuam, não havendo possibilidade de utilização de técnicas de FIV ou banco de criopreservação de gametas disponível, acaba por justificar a pouca discussão quanto a essas questões e quanto aos critérios de acesso, que exigem a presença de um casal heteroafetivo, definido em razão da falta de recursos.

*“Eu nunca peguei um casal homossexual porque até não sei como fazer, teria que ser um esperma doado (...) pra mim, eu não acho que por ser um casal gay a criança vai ter alguma predisposição ou qualquer coisa do tipo. É uma questão que eu acho muito difícil, eu tenho muita dúvida com relação a isso, eu acho que, lógico a figura do pai e a figura da mãe são importantes na criação de uma criança, mas porque um homem não pode para qualquer criança representar uma figura materna? (...) acho que essa é uma realidade cada vez mais forte, eu acho que o perfil da família brasileira mudou e a gente tem que saber lidar com essas novas famílias e isso começa na reprodução, porque aquela gestação vai começar ali, é uma gestação que é muito desejada, a gente quer ter essa formação voltada para como lidar. Vai chegar dois homens, a irmã de um deles para vir no meu consultório. E aí? Como eu vou conversar sobre aquilo, como eu vou abordar eles?” (E1)*

*“Existe uma questão que eventualmente acontece aqui, da mulher querer um filho e do homem não. Então as pacientes vêm sozinhas e querem fazer o tratamento sozinhas (...) o que acontece é que a gente não pode dar prosseguimento ao tratamento porque aqui a gente precisa que o homem concorde, aqui a gente precisa que ele queira também, ele tem que fazer o espermograma e se o espermograma não estiver bom, a gente não pode dar seguimento ao tratamento, então primeiro ele tem que querer” (E2)*

A definição de infertilidade da OMS envolve a tentativa de um casal de engravidar após um período mínimo de um ano de relações sexuais sem proteção contraceptiva, de forma que, baseando-se nesta definição, homens ou mulheres sem parceiros, ou casais homoafetivos não se encaixariam nesta definição e, portanto, não teriam acesso aos serviços de RA. Desta forma, as tecnologias de RA não apenas seriam um ato técnico de cuidado biomédico, mas também um “ato moralizador no campo da sexualidade e da reprodução” (DINIZ, COSTA, 2006, p. 51).

*“Uma questão ética importante, por exemplo, casais homoafetivos que hoje em dia querem engravidar. Como isso pode ser feito e até que ponto a medicina reprodutiva pode ajudar esses casais? No caso de casais homoafetivos de sexo masculino, vai precisar de um útero de substituição e aí todas as questões envolvidas com isso, os direitos da mãe em relação a aquela criança, enfim, é.... acho que essa é a grande questão. E no caso de mulheres, você vai ter que ter um doador masculino também e também envolve essa questão do direito do pai, dos direitos dessa criança em relação a quem são seus pais biológicos, de conhecer, não conhecer, acho que são essas as questões.” (E5)*

*“Eu sou católica, e a minha família é muito nessa parte, tem que ser tudo certinho, a família tem que ser bem construída, essa questão de produção independente, até não tem nada a ver com reprodução assistida, mas tem a ver com minha concepção entendeu? A mulher ter um filho sozinha, por que que essa criança não tem direito de ter um pai? Na minha família os casais né, eles são muito presentes. O meu próprio pai ele é sensacional então eu também não consigo entender como que eu seria uma outra pessoa se só minha mãe tivesse me criado. (...) eu acho que nessa parte da reprodução, da gente ser conivente com isso, da mulher chegar e falar: ‘eu quero pegar o esperma de um desconhecido e engravidar desse cara’. Eu acho que essa criança nunca vai ter direito de ter um pai, ao menos que ela tenha um outro parceiro mas aí não vai ser o pai biológico dela, isso é algo que não entra na minha cabeça, não entra, eu já tentei trabalhar isso, mas não é natural, vamos dizer assim, natural pra mim é a família, o pai, a mãe e os filhos” (E3)*

Essas respostas evidenciam a preocupação em se pensar nas novas composições familiares decorrentes das possibilidades que as tecnologias reprodutivas podem trazer. Ressaltou-se, especialmente, o acesso a casais homoafetivos, apesar de uma das respostas citar ainda a preocupação com as crianças fruto destes novos rearranjos. As dificuldades encontradas no serviço em questão, impedindo o acesso a casais homoafetivos é pontuada como justificativa para que haja pouca reflexão ou discussão destes aspectos. Entretanto, as falas evidenciam que independente da disponibilidade de recursos e da possibilidade de

vivenciar na prática essas questões, elas se verificam como situações conflituosas para estes profissionais, de forma que poderiam ser exploradas e debatidas neste espaço de formação.

Verifica-se o papel da RA na discussão sobre as novas constituições familiares e a importância dessa discussão na formação médica. Os residentes formados no IG não trabalharão apenas nesta instituição ou em outro serviço público com limitação de acesso. Da mesma forma, questões de gênero e diversidade nas constituições familiares irão estar presentes em qualquer área de atuação. Portanto, torna-se evidente a importância do debate sobre questões de gênero, parentalidade e diferentes constituições familiares no processo de formação.

*“Chegou no ambulatório um casal de homoafetivas e elas queriam ter filhos, e aí, elas queriam usar o óvulo de uma com o esperma de uma outra pessoa né, que não fazia parte do relacionamento, mas que doaria aquele esperma para poder fazer inseminação, e a gente questionou que isso não poderia, isso não era legal, visto que ele não era o marido dela, e aí a paciente falou se ela poderia voltar numa outra consulta fingindo que o cara seria o marido dela e aí fazer a inseminação, e aí a gente disse que se ela voltasse falando que era o marido e a gente não soubesse, que sim ela teria direito, e isso acaba gerando um pouco de polêmica” (E8)*

A infertilidade sem causa aparente, conforme já apresentado, independe de uma identificação da causa da infertilidade. Entretanto, para que este diagnóstico ocorra, não há comprovação do coito, apenas o relato dos usuários, como é comum em qualquer anamnese médica, de forma que, em caso de afirmação de uma heteronormatividade, o desejo de filhos e sua ausência são suficientes para garantir o acesso.

No entanto, quando confrontadas com a infecundidade involuntária de mulheres sozinhas ou homossexuais, por exemplo, a identidade de tratamento de saúde passa a ser soberana: alega-se que mulheres sozinhas ou homossexuais não necessariamente vivem em um corpo estéril, portanto, não há como justificar o acesso às técnicas (DINIZ, COSTA, 2006, p. 58-59).

O potencial de mudança que as tecnologias reprodutivas proporcionaram com relação à reprodução, sexualidade e constituição de famílias pode ser percebida em algumas falas. Entretanto, percebe-se que o campo em que estão inseridos os entrevistados acaba por reforçar uma moral heteronormativa e padrões de constituição de família tradicionais, que por mais que estejam em desacordo com o que alguns pensam, por fazer parte da regra do serviço, acaba não sendo discutido ou questionado.

*“Quando a gente começa no ambulatório de reprodução, é... tem muitas questões assim que, uma das questões que foram colocadas é que o protocolo daqui tinha que ser um parceiro fixo, porque havia alguns casos de algumas pacientes que, ah isso eu lembrei agora, que eram, era uma paciente que ela veio aqui pra cá e ela queria engravidar, e na época foi perguntado se ela tinha parceiro se ela tinha relações frequentes, ela disse que sim, é... e na verdade depois a gente perguntando melhor pra ela, ela foi e contou que na verdade ela não tinha nenhum parceiro fixo e que ela tentava engravidar assim, eventualmente de várias pessoas (...) mas nunca entrei a fundo no assunto, foi alguma coisa que me falaram: “ah, a gente aqui aceita parceiro fixo, tem que vir com acompanhante”. Porque já teve algumas coisas aqui que aconteceram, de paciente que não tinha parceiro fixo estava vindo pra cá, ou uma outra que era um amigo dela e que ela queria engravidar do amigo, porque ela não tinha parceiro. Eu acho que inclusive o amigo era homossexual, e ela queria engravidar do amigo, e aí, sei que foi assim. (...) Não vejo restrição nenhuma, não vejo. Tipo assim, eu acho que é tudo questão pessoal, a pessoa que escolhe o que ela quer fazer com a vida dela, ah quero ser mãe do meu amigo, tá bom vai ser mãe do seu amigo, importante é você fazer o que você quiser.” (E11)*

*“Eu acho que, ao mesmo tempo a mulher não tinha que ter um parceiro fixo para querer engravidar, eu acho que o ambulatório podia aceitar mulheres que simplesmente querem ter e não tem parceiro, enfim. Tentaram engravidar de outros, não sei, acho que tinha que ter uma ajuda para esse caso sim, eu não vejo motivos pra ela precisar ter mentido quanto ao colega que não era parceiro. (...). É, é...sim. Eu acho que, por exemplo, se um casal lésbico quer trazer um amigo e tá todo mundo entendendo direito aquele caso, tá todo mundo é... confirmou o desejo de estar dentro daquela situação, por que não?” (E12)*

Pode-se constatar nas últimas falas a questão relacionada ao direito reprodutivo, que deveria estar alinhado ao exercício da sexualidade e da reprodução. No entanto, em nossa sociedade esse direito é permeado por questões sexistas e dificuldades de acesso (CORREA, 2003). A restrição na medicina pública é maior do que nas clínicas privadas, “onde a lógica de mercado abre espaço para uma maior negociação moral no campo da sexualidade” (DINIZ, COSTA, 2006, p. 56). Apesar dessas questões aparecerem no discurso dos entrevistados, não há espaço para reflexão e discussão destas questões, como evidenciado por um dos residentes que coloca o fato de terem que seguir o protocolo do serviço.

## 5.6 ACESSO

As questões de gênero e constituição de família abordadas, no caso da RA, geram discussões relacionadas também ao direito ao acesso. Acrescentam-se nesta discussão questões relacionadas às desigualdades socioeconômicas, disponibilidade de recursos, e outros critérios que definem quem pode e quem não pode ter acesso à RA. Neste sentido, verificou-se nos discursos dificuldades e ambiguidades em relação aos critérios de acesso aos tratamentos. As respostas, por vezes se relacionaram a dificuldades na própria definição de infertilidade, entendida desde uma visão biomédica, passando pela questão do desejo. Em outros momentos verificavam-se ambiguidades em relação aos critérios para serviços públicos e privados.

Nestas respostas que se seguem pode-se observar as questões de gênero e constituições familiares influenciando na definição dos critérios de acesso ao serviço público e a visão que os residentes têm dessa questão.

*“A tecnologia é feita em prol da pessoa, tem que ser individualizado o caso, se a paciente no caso x precisa daquela tecnologia, eu acho que ela deveria ter acesso a ela, eu acho que sim (...) porque a ideia é um casal infértil que não consegue ter filho e vai lá pra..., mas aí, aí mexe com muitas outras coisas, por exemplo uma mulher homoafetiva, que quer ter filho sozinha... nunca pensei nisso. Mas eu acho que sim, eu acho que ela tem direito, né? O objetivo é qual, engravidar seja por qualquer situação, qualquer cenário, acho que sim.” (E7)*

A fala acima evidencia a dificuldade de reflexão acerca de questões que possam definir critérios de acesso à RA. Na medida em que o entrevistado vai dando sua resposta, percebe-se sua hesitação e a constatação de que nunca havia pensado no assunto. Mais uma vez aponta-se o papel do treinamento em serviço de formar profissionais capazes de refletir acerca de sua atuação e dos aspectos subjetivos que envolvem sua prática e não apenas a aquisição de conhecimentos técnicos e a reprodução de condutas de seus preceptores.

*“Os critérios, eles são com base em alguns estudos que foram realizados, mas essa questão que tem que ter um casal que está tentando há um ano (engravidar) e a gente vai fazer a pesquisa do casal, sinceramente eu acho isso meio ultrapassado, eu acho que se chegar uma pessoa e falar: “Olha, eu sou solteira, eu quero ser mãe, será que se eu conseguir uma pessoa para doar... Já chegou aqui paciente com um amigo para doar o esperma e a gente não fez. (...) Numa clínica particular a pessoa tá pagando então lá chega de tudo”. (E1)*

*“O acesso das pacientes que querem gestar, mas não tem parceiro, porque a gente também pega isso aqui a paciente quer gestar, mas não tem parceiro e simplesmente assim, não posso te ajudar entendeu? (...) eu acho que a gente tá caminhando cada vez para uma coisa melhor, que todos têm direito a tudo, você vê casais, homem com homem, mulher com mulher, e todos conseguem ter esse acesso, né? Claro que depende muito de dinheiro, isso varia muito de acordo com o nível econômico da paciente ou do paciente, mas eu acho interessante isso, que a gente tá caminhando pelo menos no nível privado para uma coisa assim, para que todos tenham acesso, já que é para realizar sonhos, que seja o sonho de todos, não só de um grupo de pessoas.” (E2)*

*“Ninguém precisa passar pelo sonho de casar pra ter o sonho de ser mãe, então eu acho que sim, qualquer um poderia ou deveria ter acesso, agora a questão financeira realmente não tem como, não tem como opinar, a parte financeira é essa, enquanto o serviço público não tiver condição, e não tem, de bancar.” (E15)*

Pode-se perceber a questão da desigualdade de acesso associada a questões de gênero e sexualidade no discurso destes residentes, ressaltadas por questões econômicas, diferenciando acesso público e privado. Na primeira fala o residente questiona o critério médico de infertilidade (casal heterossexual que tenta engravidar há um ano, com coitos regulares e desprotegidos, sem sucesso, utilizado como critério de acesso no serviço público, e as outras duas ressaltam o desejo de filhos que, apenas tem o acesso garantido, diante de recursos. No entendimento desses entrevistados, o acesso, relacionado às questões de gênero e constituição de família deveria ser mais abrangente, ou até mesmo universal. Porém, ao mesmo tempo que chegam a propor “direito a tudo”, “qualquer um poderia ou deveria ter ao acesso” e “já que é para realizar sonhos, que seja o sonho de todos”, como veremos adiante, quando refletindo sobre outros critérios do serviço em que atuam, como idade e índice de massa corporal (IMC), a questão do desejo e da universalidade do acesso não parece ter a mesma correspondência. Parece ser o caso da resposta abaixo.

*“Ah...eu acho que assim, os critérios para acesso nos ambulatórios deveriam ser só os critérios de infertilidade mesmo. Paciente há mais de um ano tentando engravidar, ou até com 6 meses se tiver alguma comorbidade, uma síndrome dos ovários policísticos ou mais de 35 anos. Tem outras, assim, você tem outras restrições, por exemplo de peso, paciente com uma comorbidade limitante, mas eu acho que essas pacientes deveriam ser acolhidas para você poder pelo menos começar a abordar esses outros problemas dela, antes de partir pra infertilidade em si.” (E9)*

Alguns entrevistados que, em um primeiro momento responderam que o acesso à RA deveria ser universal, quando questionados sobre os critérios do ambulatório em que atuam, acabavam por reavaliar sua posição, como pode-se observar nas falas abaixo.

*“Eu acho que todo mundo deveria ter acesso. (...) No nosso ambulatório a gente tem critérios com relação à idade, eu acho que a gente sabe, é comprovado que, uma idade avançada, a gente aumenta os riscos não só para a paciente como também o risco de um desfecho neonatal pior ou mesmo de abortamento, então eu acho que tem que ter essa limitação realmente, não dá pra gente colocar uma paciente com uma idade muito avançada, com um IMC muito avançado que a gente sabe que se ela engravidar tem uma chance alta de ela fazer aborto, desenvolver uma hipertensão gestacional, uma diabetes gestacional.” (E8)*

Percebe-se a ambiguidade apresentada quando pensando de forma mais ampla, em um primeiro momento, acredita que o acesso deveria ser irrestrito, por outro lado, considera as regras da instituição, que são restritivas, adequadas de acordo com critérios biomédicos de análise de riscos.

O mesmo ocorre com outro entrevistado, que inicialmente considera que o acesso deveria ser de direito de todas as mulheres que desejassem gestar e na sequência, justifica que pela diminuição de resultados com o avançar da idade, deveria haver limitação.

*“Acesso? Ah, todo mundo mesmo, todas as mulheres que desejam gravidar, que tenham assim possibilidade. Aqui a gente tem o critério de 40 anos, eu acho que esse critério até poderia se estender um pouco mais, mas não muito, porque a partir do momento que a gente estende muito os resultados são muito ruins, entendeu? Então meio que a gente perde tempo também. Acho que até uns 43 talvez, porque a gente acha que três anos é pouco, mas é importante, você estender um pouco a idade talvez de corte né? (E10)*

Esta última fala evidencia uma resposta inicial de acesso irrestrito, reavaliada em função das possibilidades de resultados em função da idade, seguida de uma tentativa de ampliar o critério etário, sem mesmo conseguir justificar seu argumento.

Outra pessoa que em um momento coloca a necessidade de parceiro e como critério e exames “viáveis”, na sequência diz que não deveria haver restrições, para em seguida utilizar-se de justificativas clínicas como idade e peso, condições clínicas para as impor restrições. Por fim, demonstra ficar em dúvida por conta da questão do desejo.

*“Eu acho que todas as mulheres que tem dificuldade pra engravidar dentro, dentro dos pacientes, estão um ano tentando engravidar, mesmo parceiro fixo e tendo relação frequente e mesmo assim não consegue, e pelos exames a gente vê que é um tratamento viável, que o cotte é positivo, que a gente tem uma chance, enfim, eu acho que não tem que ter restrição. Claro que tem a parte clínica, e isso a gente também vê, por exemplo as pacientes que vão ter um risco muito, muito, vão ter uma chance muito menor que são as pacientes que estão com sobrepeso, aquelas pacientes que tem né, alguma outra doença que pode interferir, acho que essas pacientes não devem ser restritas, proibidas de fazer, mas devem ser tratadas antes pra poder iniciar o tratamento. (...). Eu acho que deveria ter uma restrição de idade, mas baseado em evidência mesmo, assim ah... não vai chegar aqui uma paciente de 60 anos para poder fazer... eu acho que não, eu acho que deveria restringir. (...) aqui a gente usa o protocolo que a idade é de 40 anos, mas a gente sabe que existem mulheres que engravidam com 40 anos então, assim, eu acho que isso é uma coisa que realmente tem que ser revista e pensada. Realmente é 40 anos a idade que os pacientes têm maior chance de engravidar? Porque não fazer até os 50, não sei? Que a taxa é muito pouca, isso vai ter um custo pro hospital ou pro SUS, até que ponto isso daí vai estar impedindo uma mulher de realizar o sonho dela de ser mãe por conta desse detalhe? Não sei.” (E11)*

Esta última resposta evidencia ambiguidades entre o que os residentes pensam acerca do que seria justo em termos de acesso à RA e àquilo que aprendem como critérios definidos pelo ambulatório de aprendizado. À medida que vão falando, os residentes parecem ir refletindo mais sobre as questões. O fato de terem que responder a uma entrevista, por si só, acaba por estimular a reflexão. Ressalta-se, pois, a importância de espaços de reflexão para que estes médicos em formação sejam estimulados a pensar, debater e refletir sobre temas relevantes para sua prática.

Uma das pessoas entrevistadas, ao mesmo tempo em que se considera a necessidade de haver critérios de acesso ao serviço por conta do excesso de demanda, na medida em que transcorre a fala, percebe a complexidade da discussão.

*“ (...) se a gente não colocar critérios, a gente não tem controle e aí nosso volume já é absurdamente grande, então eu acho que se, por exemplo limite de idade a gente atende até 40 anos, se a gente não tivesse isso, a gente ia receber pacientes que assim, a chance de sucesso é muito, muito, muito pequena e iam ocupar espaço talvez de pacientes que tem maior chance. É difícil, esse, esse, essa discussão é complicada, mas eu acho que sim, eu acho que concordo.” (E12)*

Para alguns a questão da alocação de recursos é determinante para o estabelecimento de critérios de acesso, justificando, assim, a concordância com os critérios utilizados pelo serviço. A resposta abaixo aponta para uma decisão com base na maior chance de benefício.

*“Eu concordo com os critérios, porque eu acho que quando a gente está num ambiente que não é o ideal, e o nosso país não vive um ambiente ideal de saúde, a gente tem que apostar nas coisas que têm mais chance de dar certo, porque se a gente resolver abranger todas as pessoas, e tiver uma mulher pedindo com 48 anos, ela tem muito menos chance do que uma de 28 que tá tentando e não tá conseguindo de jeito nenhum, então essa de 28 pode estar perdendo a vaga que é limitada (...) então eu acho que pro momento atual é bom fazer esse corte, esses pontos de corte para a gente selecionar as pessoas com mais chance de dar certo (...) no momento, nosso atual cenário, ainda devem haver critérios para selecionar essas mulheres.” (E13)*

Percebe-se uma tentativa de justificar os critérios do serviço com os quais tende a concordar, sem que haja uma discussão sobre diferentes ângulos. Privilegiar o acesso de uma pessoa de 48 anos poderia significar dar chance para quem, em pouco tempo, pode não ter mais chance alguma. Entretanto, o que se evidencia pelas respostas é uma busca por justificar aquilo que já está definido hierarquicamente por quem decide. Neste mesmo sentido observa-se a limitação de recursos tecnológicos como justificativa sobre as possibilidades de gerar benefícios.

*“A restrição que a gente tem, por exemplo idade, tudo mais, ela, ela, ela existe no particular, tá entendendo? (...) Não é que seja a mesma, mas pro que a gente tem pra oferecer, não faz sentido eu te oferecer uma coisa, o que você oferece no serviço particular que aceita paciente de 40, 50 anos é o que a gente não tem aqui, então faz sentido a gente limitar” (E15)*

Esta resposta sugere que, o fato de não haver disponibilidade de tecnologias de alta complexidade no serviço justifica a diferença de critério etário no acesso entre serviço público e privado. Em geral, pacientes com recursos financeiros, acima de 40 anos, tem maiores chances de resultados com a utilização recursos de alta complexidade. Cabe aqui o mesmo questionamento feito anteriormente. Isso por si só, justificaria a decisão pela restrição etária. Seria um critério justo? Essa discussão deveria ser problematizada em um ambiente público e universitário, a partir de diferentes olhares.

*“Eu acho muito razoável você por exemplo ter um critério etário, acho o limite de 40 anos muito razoável porque tem embasamento na literatura científica (...) Eu acho que a de 42, a de 41, 42, 43 pode engravidar? Pode. Mas ela tem que ir pra alta complexidade que a gente não fornece aqui. Se a gente oferecesse alta complexidade com ovodação acho que o critério etário não deveria entrar” (E16)*

A justificativa do “embasamento na literatura científica”, mesmo que esta não seja apresentada ou justificada, parece dar crédito à resposta e ser suficiente para dar moralidade às decisões. Como se as respostas de professores mais experientes, o fato de estar em um hospital universitário ou a literatura tivessem poder de verdades absolutas sobre aquilo que é bom ou correto.

Em relação ao acesso às tecnologias de RA, no setor público de saúde encontram-se barreiras de disponibilidade de recursos financeiros, materiais e tecnológicos.

Destaque-se que a maior restrição enfrentada pelos serviços públicos no fornecimento de procedimentos complexos de reprodução assistida é orçamentária. Não há uma verba específica no SUS destinada ao financiamento destes procedimentos. O SUS possui um rol de procedimentos que são financiados, mediante repasses, por recursos do Fundo Nacional de Saúde. Medidas não contempladas pelo rol são financiadas com recursos públicos dos orçamentos estaduais e municipais, mas os procedimentos de reprodução assistida não fazem parte deste rol (MACCKLIN, 2012, p.12).

Diante da carência de recursos e limitações dos serviços disponíveis na rede pública, critérios elegibilidade para o acesso são definidos pelos responsáveis dos serviços e geralmente incluem critérios biomédicos, como a idade e algumas causas de infertilidade, podendo, entretanto, existir critérios socioeconômicos, estado civil, entre outros (MAKUSH et. al, 2012). Estão excluídos aqueles necessitam e não podem pagar por tecnologias de alta complexidade. Estão excluídos aqueles que não podem custear medicamentos e exames não disponíveis, impondo-se barreiras de ordem sociais, econômicas, biomédicas e de gênero, aprofundando desigualdades e vulnerabilidades (CORREA, 2015). Faz-se necessária a reflexão e indagação de questões éticas advindas das escolhas nesse contexto.

Os entrevistados, em sua totalidade, consideram a necessidade de definição de critérios que restrinjam o acesso em se tratando de um serviço público com escassez de recursos. Entretanto, verifica-se em algumas respostas a dificuldade em se refletir sobre as questões éticas que se relacionam a essa definição de critérios e com base em que argumentos os definir. Alguns residentes argumentaram os critérios do serviço em razão da escassez de recursos relacionada à probabilidade de se atingir o objetivo, determinado pelas chamadas “taxas de sucesso”.

*“Acho razoáveis. Por exemplo a questão da idade, aqui o nosso limite por idade, por exemplo, é por aquilo que a gente pode oferecer. A gente tem um limite de 40*

*anos, que a gente não tem, a gente não tem benefício nos procedimentos que a gente faz aqui depois dos 40 anos” (E4)*

*“Bom, primeiro em relação a nosso serviço aqui, um serviço público, é... o acesso é restrito, que a gente tem critérios claro, pensando em saúde pública, uma instituição pública, eu tenho que selecionar os pacientes que têm as melhores chances de sucesso, e os nossos tratamentos aqui são bastante restritos então a gente tem um acesso aqui complicado. Assim eu acho que, pensando como uma instituição pública, temos que garantir o acesso a todo mundo, mas ao mesmo tempo nós temos um custo efetivo, é uma situação muito complicada e a gente tem que ter realmente uma seleção dos pacientes porque a gente não vai ter condições, por causa da capacidade do serviço. (...), mas pra mim a grande questão são essa paciente que tão ou no limite da idade reprodutiva, por exemplos as pacientes de 40 anos que vem pra cá buscando um auxílio pra tratamento de reprodução e a gente diz pra essa paciente que realmente a chance maior delas vai ser com fertilização in vitro, mas na verdade quando a gente nega atendimento pra elas aqui a gente está muitas vezes eliminando qualquer chance de ela ter um tratamento. (E5)*

*“Acho que tem que ter esse limite principalmente porque é um custo muito elevado, é... pra paciente principalmente, e aí a gente sabe que a taxa de sucesso vai ser praticamente zero para aquela paciente, então eu acho que tem que ter restrição. Acho que no máximo 40 anos, IMC de no máximo 35, que eu já acho que é muito.” (E8)*

*“Para cá eu concordo, porque acaba que a gente tem que limitar, a gente tem financeiramente pouco recurso, então a gente tem que dar o maior recurso para quem vai ser melhor aproveitado né, então eu acho que ter um número de pacientes mais velhos por exemplo, a gente vai ter pouco sucesso, então por isso, financeiramente como o SUS funciona, eu acho que essas restrições são boas pro funcionamento do Instituto” (E14)*

Essas questões relacionadas à escassez de recursos no serviço público servem como justificativa para as restrições de acesso e ao mesmo tempo evidenciam a diferença de visão entre os critérios para serviço público e privado, ressaltando desigualdades pouco questionadas ou refletidas pelos entrevistados, como verificado nos discursos.

*“Apesar de eu achar que toda mulher tem o direito de ter um filho, eu acho que você ter FIV no SUS é um luxo e eu não acho que a saúde pública do Brasil tem direito a esse luxo, infelizmente. Eu acho que o dia que a gente puder ter FIV no SUS é porque os outros problemas já estão muito bem encaminhados, eu acho que é um luxo. Aí você fala assim, poxa vida, mas aí você tá pondo esse critério financeiro ao paciente, infelizmente a gente tem que escolher, eu não posso, não tem dinheiro para todo mundo, você tem que tirar dinheiro de um lugar para pôr em outro, eu acho que infelizmente passa por aí.*

*Eu acho que é uma questão, acho que é um luxo, é coisa de país que tá sobrando dinheiro ter filho na rede pública, infelizmente. (E16)*

*“No particular qualquer um que tenha dinheiro vai chegar lá e vai conseguir o que quiser, mas eu acho que tenha que restringir sim. Não pode pacientes que não tem como ter o parceiro próximo, por exemplo tem muitas pacientes que tem o parceiro preso, eu acho que não é o momento de elas engravidarem, deixa eles serem soltos, pra eles fazerem o tratamento juntos, afinal é um casal que vai ter um filho. Que mais, outros que não deveriam?” (E3)*

Nesta última resposta, o entrevistado considera, por sua vez, que o desejo por filhos não pode prescindir de critérios sociais para determinar o acesso, como também é o caso da resposta a seguir.

*“Algumas pacientes não têm recursos financeiros para ter um filho, mas elas querem ter aquele filho, não sei com que dinheiro elas vão sustentar essa criança. Eu sinceramente acho um absurdo, se a paciente não tem dinheiro pra fazer o exame, ela não pode ter filho realmente, ou ela tem o mínimo de condição, ou ela não tem. (E3)*

Com relação ao acesso, pode-se perceber diferenças entre as respostas dos entrevistados, que variaram de critérios biomédicos, questões de gênero, questões econômicas e sociais. Em alguns momentos verificou-se a questão do desejo como único determinante, não devendo haver restrições.

*“Não acho que deveria ter restrição não, acho que as pessoas deveriam ser só mais bem informadas. Mas acho que não deveria ter restrição não.” (E14)*

## 5.7 RISCOS E POSSÍVEIS DANOS RELACIONADOS AO TRATAMENTO

Dentre algumas respostas sobre os critérios de acesso ao ambulatório campo desta pesquisa, evidenciam-se argumentos relacionados à definição biomédica de infertilidade, preocupações clínicas e aos possíveis riscos associados aos tratamentos.

*“Não pode pacientes obesas que a gente vai causar uma gestação de risco numa mulher obesa (...) pacientes com doenças descompensadas, mas isso por motivos médicos óbvios não poderiam de jeito nenhum.” (E3)*

*“Não pode colocar pra mais de 50 anos, não sei exatamente, mas eu acho que tem que ter uma restrição mesmo, porque você pode estar sendo iatrogênico, você pode acabar matando a mulher, com uma gestação.” (E6)*

A questão das comorbidades aparece com frequência nos discursos e evidencia a preocupação com aspectos biomédicos determinando critérios de acesso, contrapondo a autonomia do sujeito com possíveis danos e malefícios que justificariam sua proteção.

Apostar na consciência sem explicitar que serão avaliados os interesses do outro, através de seu entendimento sobre os fatos e da consideração dos valores e interesses de forma com que este o manifesta, é o que se convencionou chamar de “paternalismo”. Age-se como um pai que, por saber o que é melhor para o filho, toma as decisões em seu lugar (REGO, 2003, p.131).

Argumentos com base em critérios biomédicos parecem estar no campo de domínio do conhecimento dos entrevistados e, portanto, tendem a ser mais explorados nos discursos. Assim, a verdade científica parece oferecer a resposta que justifiquem, por si só, decisões morais. Por outro lado, sendo de seu domínio de conhecimento, a justificativa de proteção à saúde reitera o modelo paternalista aprendido na faculdade médica através da repetição dos modelos, sem que haja uma reflexão crítica que coloque a autonomia e a proteção em análise, como o entrevistado abaixo, de forma superficial, chega a apontar.

*“No nosso ambulatório, eu acho que esses critérios eles são entre aspas justos, idade, comorbidade, porque a gente sabe que paciente muito mais velha, cheia de comorbidade vai ter uma gestação de alto risco. (...) não sei exatamente, mas eu acho que tem que ter restrição mesmo, porque você pode estar sendo iatrogênico, você pode acabar matando aquela mulher, com uma gestação.” (E6)*

*“(...) a idade, eu acho que tem todos os riscos biológicos, por exemplo uma mãe de 50 anos, em plena menopausa, você vai induzir ovulação, pode ter complicações físicas, patologias, né? Enfim, pode gerar um filho com patologias, Síndrome de Down, depois dos 50 anos a chance é de 50%, não sei. Em relação médica, eu acho que deve ter essa restrição, entendeu? Na visão médica né? Na visão científica, eu acho que sim. Mas aí se você for passar pra um âmbito assim mais filosófico, mais... uma pessoa de 50 anos não tem direito de ter filho, não tem direito? Não sei. Tem. Mas aí gera outros riscos, né? Será que essa mãe de 50 anos vai passar por uma situação, por um procedimento desse, vai, vai continuar grávida? Vai conseguir levar essa gestação até o final? Será que ela tem hormônio necessário para levar? Então assim eu acho que sim, tem que ter restrição.” (E7)*

Esta última fala acima faz uma distinção entre o âmbito médico e o que chamou de *âmbito filosófico*, contrapondo riscos e desejo, caracterizado na fala como *direito*. Apesar disso, a continuidade de sua reflexão se dá no âmbito biomédico, àquele de seu domínio de conhecimento, que acaba por justificar sua resposta.

Evidencia-se em muitos discursos a preocupação com os possíveis danos causados pelos tratamentos e o desconforto que isso causa nos residentes.

*“O tratamento em si consiste em você dar hormônios pra ela ovular, né? Ter acompanhamento semanal de ultrassom e você falar com a mulher pra ela ter relação todos os dias, ou dias alternados. E assim isso.... Isso é um impacto muito grande na vida da pessoa, então assim se você, a ética eu acho que gira em torno disso, você mexer no organismo dela, ela vai ovular mais, isso pode dar certo ou não, você também pode criar uma síndrome de hiperatividade ovariana, e isso prejudicar ainda mais ela, e esgotar as chances dela de engravidar. (...) você retirar ela de uma rotina de vida dela, do trabalho dela, ela ter que vir aqui toda vez fazer ultrassom, você fazer com que ela tenha relação sexual com o marido. Às vezes, ela não tá bem com o marido sei lá, ela não consegue, ela não tem vontade, ela ter que ter relação eu acho que isso mexe muito com o psicológico da pessoa, então, eu não sei se eu tô te respondendo, a ética em torno do tratamento” (E7)*

*“Nada é inócuo né, nada é inócuo. A própria expectativa pode ser um malefício né, então, mas eu não parei para pensar em todas não. E todas as medicações que a gente usa né, tudo tem um contra né?” (E16)*

*“Às vezes como o tratamento não é bem-sucedido aquilo acaba se tornando eu vejo aquilo como uma frustração muito grande, traz uma frustração muito grande o fato de ter investido tempo, dinheiro, esperança naquilo ao dar certo, e eu vejo pacientes muito chateados por não estarem conseguindo, e aí é um efeito reverso, você tá tentando evitar e a pessoa caba piorando, por não conseguir atingir aquele objetivo dela.” (E5)*

*“Teve um caso agora, de uma paciente e 42 anos, obesa e hipertensa, que nunca tinha engravidado e fez uma FIV fora, particular, e a gente sabe que na lei até 35 anos pode implantar dois embriões, 35 a 40 três, e mais de 40, quatro, e foi o que fizeram nela, botaram quatro embriões. E três pegaram, né? Então ela tava com trigemelar, uma paciente obesa hipertensa, então assim era uma gravidez de risco tanto pra ela quanto pros bebês, de prematuridade, porque não dá pra esperar até o termo (...). Aí assim, a gente fica meio se questionando, é ético fazer uma FIV numa paciente hipertensa, obesa. (...). Enfim foi uma história bem, e ela ficou, eu internei ela, ela ficou internada mais de um mês. (...)A perna dela, o pé assim, ela tinha muito edema, muito inchaço, ela tinha pressão alta, tinha que controlar os bebês toda hora.” (E6)*

*“Essas questões psicológicas tão horríveis, essa pressão, esse sofrimento, essa angustia para essa gestação acontecer, esse tratamento, os medicamentos, eu acho que isso tudo é uma maldição, você fica manipulando, eu não gosto, e eu acho que a paciente sofre muito. (...) aqui, inicialmente foi muito ruim, eu odiava aqueles estímulos, porque as pacientes criam uma expectativa enorme e você tem que chegar e dar aquela notícia que não deu certo ou de que não foi daquela vez” (E3)*

*“E assim, a gente não tem uma taxa no momento, nos últimos anos de um sucesso assim nessa inseminação, então eu tenho essa dúvida, de será que a gente deveria estar realmente oferecendo um serviço pros pacientes que tem uma taxa de sucesso tão pequena, uma porcentagem tão pequena? Será que esses meses dos pacientes aqui, em relação a tudo, né? Em relação a tempo de espera, em relação ao psicológico delas, em relação a um atraso em um outro tipo de tratamento, como uma fertilização in vitro logo por exemplo. A gente sabe que não é a realidade da maioria, que a inseminação é a última chance que elas têm, se elas não fizerem elas vão, vão sair do hospital e não vão, não vão adotar, não vão... acabou. Então eu acho que isso é um conflito e pessoalmente fico pensando se vale a pena, mas será que não vale a pena também ir até o fim já que esse é o último recurso que elas têm? De pelos menos tentar, pode ser que consiga ou não.” (E11)*

Essa última fala coloca em dúvida os reais benefícios da inseminação em contraposição aos malefícios colocados como efeitos psicológicos, expectativas e tempo de espera que poderia estar atrasando a possibilidade de um tratamento mais eficaz, como a FIV. Por outro lado, na indisponibilidade de FIV no serviço público, fica na dúvida sobre tentar o que considera *último recurso* ainda que com poucas chances de sucesso. O conflito fica claro em sua fala e reflete a questão da vulnerabilidade do paciente, muitas vezes pela escassez e qualidade dos recursos públicos, aliada a pouca informação, ou até mesmo sua ausência, que os usuários recebem sobre esses aspectos (MACKLIN, 1995, PENNINGS, 2008).

As questões bioéticas que se apresentam podem ser expressas pela falta de autonomia das pessoas em decidir sobre os melhores métodos, já que eles não têm acesso aos mesmos, seja por desinformação seja pela ausência dos serviços de saúde (BRAZ, 2005, p. 175).

Verifica-se que tanto a falta de informação quanto a carência de recursos são fatores identificados como conflituosos nas entrevistas, que acrescidos pelos possíveis danos dos tratamentos acentuam vulnerabilidades. Os conflitos relacionados à transmissão da informação, ao conhecimento e compreensão que as pacientes têm do processo de tratamento, taxas de sucesso e riscos e às questões emocionais que trazem consigo refletem a dificuldade que se coloca na relação médico-paciente.

## 5.8 QUESTÕES RELATIVAS À RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Não apenas as questões relacionadas aos critérios de acesso ao serviço e escassez de recursos, envolvendo a questão da vulnerabilidade, se mostraram conflituosas para os entrevistados. Um aspecto que foi relatado por diversos entrevistados foi a questão da carência de informação ou compreensão do processo de tratamento pelas pacientes. A frequente constatação da falta de conhecimento dos usuários sobre as técnicas, riscos e efeitos colaterais, e especialmente chances de sucesso, aparecem no relato dos entrevistados que mostraram, por um lado, preocupação com aquilo que entendem como falsas expectativas, por outro, conflitos quanto ao seu papel e suas dificuldades como médicos, que ainda se encontram em formação, na transmissão adequada destas informações.

*“Eu acho que a gente manipula muito as esperanças, inicialmente, da paciente, que a gente tem um conhecimento que elas não têm. Elas sempre acham que vai dar certo elas tão gastando dinheiro e energia com aquilo e às vezes a gente sabe que as chances são muito pequenas” (E3)*

*“Eu acho que ninguém tem coragem, quer dizer, não é ninguém tem coragem, mas eu acho que demora pra alguém falar pra elas olham a taxa de sucesso é muito baixa (...) porque isso aqui pode dar certo, a gente vai fazer o máximo possível para isso dar certo, só que tem uma chance muito forte de você não engravidar e eu acho que isso demora pra elas ouvirem. (...) eu já fui direta o suficiente pra dizer: ‘olha infelizmente a maioria das nossas pacientes não engravida’. E elas ficam surpresas quando você fala isso, porque elas realmente acreditam que é só entrar no ambulatório e elas vão sair gestantes. (...) Eu acho que as pessoas (médicos) tem medo da resposta delas, de decepcionar, de ‘ah eu não quero dar essa informação’, talvez o próximo dê, aí elas chegam no ambulatório e já acham uma coisa que não é verdade.” (E12)*

*“Você cria essa ilusão de que é uma coisa resolvível. (...) Eu acho um viés muito ruim, porque não sei se falta esclarecimento, é uma coisa difícil de entender, né? Eu acho que esse viés da reprodução, da medicina é ruim, criar essa ideia de que aquilo está resolvido sem ter essa resolução tão boa assim, a reprodução ainda tem muito pra avançar, não é uma coisa como um leigo pensa, ah vai fazer inseminação vai engravidar, vai fazer uma FIV vai engravidar, não é tão fácil. Acho isso bem ruim também”. (E4)*

A relação médico-paciente é caracterizada por um desequilíbrio de poder. As desigualdades em termos de conhecimento e habilidades, pela diferença de formação e saberes,

podendo ser agravada pelas diferenças de classes sociais, culturais, pelo papel de poder que o médico exerce na instituição hospitalar são agravadas pela vulnerabilidade causada pela necessidade de busca de tratamento, frequentemente geradora de sofrimento.

Em alguns discursos verificou-se a preocupação com a qualidade da informação que as pacientes recebem, em contraposição à visão que os entrevistados têm sobre as chances de sucesso do procedimento.

Inseridos em uma sociedade de consumo, onde se relaciona custo-benefício, os casais, naturalmente, depositam no médico e equipe de trabalho, todas as suas esperanças e exige a sua recompensa, que em última análise, é um “bebê em casa”. Assim, o relacionamento médico-paciente pode apresentar-se flutuante em todas as etapas do tratamento, visto que as expectativas de cada casal são extremamente variadas (CARVALHO, et. al., 2006, p. 5).

A questão da expectativa e ansiedade das pacientes quanto aos resultados em contraposição a visão dos entrevistados sobre as taxas de sucesso do procedimento, mostrou-se uma questão que suscita preocupações. Este fato pode estar influenciado pelas taxas de sucesso da instituição, que para os entrevistados são consideradas baixas em comparação com as de serviços privados, mas também fruto de uma expectativa de eficácia das tecnologias não condizente com sua real capacidade.

*“Então o que eu questiono é, são meses que a gente submete uma mulher a uma esperança de que, inclusive elas acham, todas elas acham, que se não resolver com a, com a indução da ovulação por medicação, elas vão chegar na inseminação e elas vão resolver. “Vou engravidar, né?” E essa não é a realidade, pelo menos eu tento deixar claro desde a primeira consulta, porque muitas delas inclusive têm uma ansiedade maior para chegar nesse momento da inseminação. (...) então elas ficam com a sensação ‘ah se eu não conseguir engravidar eu vou conseguir pela inseminação’, e isso não é verdade”. (E11)*

*“Me incomodava mais o fato das pacientes depositarem uma ansiedade muito grande, de elas estarem vivendo um período difícil na vida delas, depositarem toda aquela responsabilidade em você, como se você fosse a salvação, a resolução dos problemas dela, e a taxa de sucesso é uma taxa muito baixa, a gente sabe disso, e acabava me incomodando um pouco isso no começo, depois acabei que comecei a me acostumar e entender que realmente era assim, mas no começo isso me incomodava bastante.” (E8)*

*“Eu nunca gostei muito dessa área, acontece que eu também continuo não gostando muito. (...) eu acho não sei, nem sempre você tem um êxito, é chato isso ne? (...) eu acho*

*que para os médicos é muito mais fácil entender o que que é um processo de reprodução que pra paciente. (...) Pra gente as vezes é fácil entender essas estatísticas, mas pra mulher às vezes é um pouco mais difícil. E aí você cria dois lados, um que as vezes ou elas acham que aquilo vai resolver e ponto e na verdade não é assim, a taxa de sucesso é muito baixa não só da inseminação como da FIV ainda é muito baixa também. (E4)*

Percebe-se a identificação de um incômodo com relação à percepção de que as pacientes têm em relação aos possíveis resultados dos tratamentos e que estariam em desacordo com a percepção que os médicos, detentores do conhecimento, sobre os mesmos. Este incômodo reflete uma questão moral relacionada a autonomia das pacientes, que não teriam, de acordo com as respostas acima, acesso a informações de qualidade que as permitam tomar decisões de forma autônoma.

Verifica-se ainda a preocupação de que a alta expectativa associada a falta de informação podem fazer com que haja exposição a riscos e malefícios inerentes aos tratamentos sem o adequado conhecimento dos mesmos.

*“Por exemplo isso, a pressão da gestação múltipla, algumas mulheres podem não saber disso, a gente subentende que elas sabem, que a indução aumenta o risco de gestação múltipla. Elas não sabem, só descobrem isso depois que são gestantes de gêmeos, trigemelar e aí, elas podem ter um susto e que elas nem sabiam antes que isso poderia acontecer, e algumas podem não poder arcar com esse, com essa gestação. Então eu acho que isso é algo que tinha que se atentar mais aqui sempre.” (E13)*

Esse argumento reflete a questão da vulnerabilidade diante da falta de informação sobre os riscos contrastando com a alta expectativa de pacientes em relação ao potencial das tecnologias.

*“Há pouco tempo atrás, no início da minha residência, há 1 ano e meio, 1 ano atrás, ainda se fazia recanalização, paciente que tinha feito uma laqueadura tubária era feita a recanalização dessa tuba, um procedimento que, você não pode dizer que não funciona porque uma vez na vida alguém engravidou e provocou um artigo, mas é uma coisa que tem uma taxa de sucesso muito pequena. A paciente é submetida a uma cirurgia, um procedimento invasivo, ela cria esperança de algo que não é real, para um benefício praticamente inexistente. O risco que ela vai ter de uma gestação tubária, por exemplo, uma gestação anormal, com risco de vida pra ela, é muito maior do que a chance que ela vai ter de uma própria gestação normal, então você tá gerando um malefício pra paciente, primeiro malefício de estar criando uma falsa esperança, não orientar ao ponto de ela entender que aquilo não é possível, e um malefício em questão da saúde também, porque ela tem um risco maior de ter uma doença na gestação.” (E4)*

A resposta acima diz respeito a um procedimento de reversão de laqueadura, ou recanalização tubária, procedimento cirúrgico que visa reverter o processo de laqueadura tubária. A laqueadura tubária é um procedimento eficaz de anticoncepção e com vistas a ser definitivo. Entretanto, muitas mulheres, por motivos diversos, se arrependem de ter realizado o procedimento e procuram o procedimento de reversão. A recanalização tubária consiste em um procedimento cirúrgico e seu sucesso é variável e depende de vários fatores. Os riscos relacionados ao fato de ser um procedimento cirúrgico, são acrescidos do risco aumentado de gravidez ectópica (FERNANDES, 2001; ABELHA, 2008).

Este procedimento não é mais realizado na instituição, campo desta pesquisa, segundo os entrevistados, devido ao baixo índice de sucesso. Segundo a resposta acima, a realização do procedimento geraria falsas esperanças e faria com que as pacientes se submetessem a riscos desconhecidos por elas.

As expectativas, ansiedade e frustração e outros sentimentos que as pacientes apresentam, relacionados pelas dificuldades relacionadas à reprodução e aos tratamentos mobilizam os residentes que ressaltam dificuldade em lidar com essas questões. Cabe lembrar que a experiência de infertilidade pode desencadear sentimentos de raiva, culpa, depressão, inferioridade, frustração, isolamento, prejuízo nas relações sociais, profissionais e conjugais, sentimentos de fracasso pessoal, dentre outros (CORREA, 2001; GORAYEB, 2009; MONTAGNINI, 2009).

Um grande número de entrevistados, quando questionado sobre situações conflituosas relacionadas à RA referiu-se à dificuldade de lidar os sentimentos suscitados nos pacientes.

*“Você espera que uma paciente vai chegar no seu consultório você vai falar com quantos milímetros está o folículo e que dia que ela vai ovular, mas o paciente chega no seu consultório e ela tem questões e ela não tem com quem mais falar aquilo, então ela vai perguntar pra você, vai falar com você. Não é incomum no ambulatório de reprodução paciente ter feito tantas tentativas de indução de ovulação e ela começar a chorar achando que nunca vai engravidar e no final você não pode dar uma garantia previa que ela vai.” (E9)*

Percebe-se aqui o quanto a formação médica, pautada em um modelo de formação que valoriza o primado da técnica, através de um modelo cientificista e cartesiano, acabou por não

valorizar aspectos da relação médico-paciente e não preparar os profissionais para o enfrentamento de situações não previsíveis nos livros técnicos e artigos científicos.

*“Assim eu acho muito difícil você falar pra paciente que ela não pode engravidar entendeu? E virar pra ela e falar não, você não vai engravidar de jeito nenhum, não tem como, não tem o que fazer (...) eu acho complicado você dar um diagnóstico desse, mas as vezes tem que ser, né? (...) Agora eu acabei de subir, atendi uma paciente que já tem um filho e quer engravidar, veio ‘Histerossalpingo’ negativo das duas trompas, aí veio o diagnóstico e ela começou a chorar. Aí você fica assim, vou falar alguma coisa pra agradar ela, não posso também né, vou falar a verdade, mas ela ficou triste, a solução que você dá não é a solução que é possível pra ela” (E10)*

*“É muito difícil porque a gente tem que lidar com o público mais difícil, as pacientes são muito difíceis eu acho. (...) a gente acaba esquecendo muito a paciente, pensando só na reprodução assim, nos espermatozoides, nos óvulos e a gente esquece da paciente em geral, isso é algo que eu vejo acontecendo em vários lugares. (...) tá evoluindo muito rápido a ciência e o básico que é conversar com a paciente, saber o que está acontecendo, isso não evolui, então a gente acaba sendo antiética com a paciente entendeu?” (E14)*

Nesta última fala as expressões “público mais difícil”, “pacientes muito difíceis” parecem se referir, por um lado, aos sentimentos suscitados pelas pacientes, e por outro, à própria dificuldade em lidar com esse desconhecido e compreender a importância e o papel do médico nessa relação. Parece, entretanto, perceber a questão da fragmentação do sujeito na formação médica e a importância deste resgate.

*“Eu não vejo só um útero, eu vejo que a pessoa sempre quis ser mãe, eu fico um pouco mexida, né, às vezes as pacientes tentam, inseminam, aí não ficam grávidas etc. É um ambulatório que tem uma carga pesada e sinceramente disso eu já devo ter comentado alguma coisa de ‘ai, que pena a paciente’. Tipo assim, fico com peninha, você fica meio assim, mas não dá pra investir muito no assunto no meio do ambulatório” (E6)*

Se por um lado, a fala acima demonstra a tentativa de um olhar integral para o sujeito a partir da frase “não vejo só um útero, eu vejo a pessoa”, e evidencia certa sensibilização com o sofrimento da paciente, por outro, afirma que “não dá pra investir muito no assunto no meio do ambulatório”, reforçando que é um espaço de questões biomédicas desconectadas dos aspectos psicossociais, voltando a reforçar a fragmentação.

Cabe lembrar que “considerar as necessidades psicológicas dos pacientes por si só não significa o respeito à condição humana desse paciente, muito menos o respeito a autonomia” (REGO, 2003, p.40).

A preocupação com a relação médico-paciente e o respeito ao outro devem fazer parte da formação médica.

(...) ao longo dos anos em que temos nos dedicado a estudar o processo de formação, percebemos este processo como alienante e desumanizante. Junto ao ensinamento de se adotar um distanciamento emocional do paciente, sem dúvida indispensável para uma análise e abordagem crítica de cada um com quem o estudante se envolve em um processo terapêutico, está um aprendizado prático de que este distanciamento se dá pela negação da condição de sujeito ao outro; pela negação de sua capacidade de pensar e de decidir sobre seu destino; pela fragmentação do indivíduo em órgãos e sistemas isolados; pela descontextualização da ação terapêutica (REGO, 2003, p. 158)

## 5.9 QUESTÕES RELATIVAS À FORMAÇÃO

A residência representa mais que uma busca de aperfeiçoamento da competência profissional adquirida na escola. Ao ingressar nessa pós-graduação, procura-se treinamento em alguma especialidade; aquisição progressiva de responsabilidade pelos atos profissionais; desenvolvimento da capacidade de iniciativa, julgamento e avaliação; internalização de preceitos e normas éticas; e o desenvolvimento de espírito crítico. Todas essas funções fazem com que a residência médica represente um marco profundo no perfil profissional do futuro médico (BOTTI, REGO, 2010, p.133).

Verifica-se nos discursos questões conflituosas relacionadas à formação. As falas a seguir demonstram inquietações ressaltadas pelos residentes relacionadas a pouca oferta de instrumentalização acadêmica na área de reprodução assistida. Os entrevistados ressaltaram a ausência de informações e conteúdos teóricos sobre o assunto antes de iniciarem a atuação no ambulatório. Essa preocupação pode ser vista nas respostas que se seguem:

*“A gente começa a reprodução no R1 então a gente chega sem saber absolutamente nada, ninguém nunca nos falou nada, você nunca viu aquilo (...) Então você chega aqui sem saber nada de nada de nada, você não tem muita referência, é um tema difícil, academicamente falando, então acho que não é um tema para R1 ou então assim pelo menos mais pra frente que você tem que entender algumas outras coisas melhor para poder entender bem a reprodução” (E2)*

O ‘R1’ corresponde ao primeiro ano de residência, ou seja, o médico está recém-formado, carregando ainda, muitas vezes, inseguranças relacionadas ao início de uma profissão, em especial na carreira médica que envolve a responsabilidade com a saúde e a vida de outrem. Especificamente em relação ao campo de pesquisa, por ser um ambulatório especializado, na maior parte das vezes esse é o primeiro contato com a área. Identifica-se nos discursos o desconforto relacionado ao ‘não saber’ e ao ‘aprender fazendo’, característico de unidades de ensino-assistência.

*“Eu não sabia quais eram as medicações, quais que eram as doses, e eu acho inclusive que foi um pouco jogado, do tipo: ‘senta aí que você está num ambulatório, e é isso e acabou’. A gente não teve uma preparação, não tivemos aula sobre isso, inclusive acho que poderíamos ter tido um preparo de como abordar essas questões, acho que isso falta, muitos staffs no geral acham assim: “Ah, é residente e acabou, já sabe. E ele vai ter que tocar”. E não é assim entendeu?” (E1)*

*“No meu primeiro dia de residência um staff virou, eu estava tirando dúvida com o R2, e falou: “por que você está com ela? Você é residente também”. Não, eu cheguei num lugar novo, propedêuticas novas e eu tenho que saber como tem que fazer, então a gente nunca teve aula com os staffs a respeito de como abordar, e as pessoas se esquecem disso, que a gente vem de lugares diferentes e que a gente precisa de orientações diferentes sobre essas questões, E isso foi muito difícil pra mim. Se você me perguntar, porque vocês fazem 3 ciclos e não fazem 4? Não sei, eu sei que isso é feito aqui, mas não sei porquê.” (E1)*

Verifica-se a insegurança destes médicos recém-egressos da universidade, que ainda não dominam conteúdos teóricos especializados e a cobrança pelo fato de já serem profissionais formados. “Ao ser considerado apto pela escola médica e ao receber o grau de médico, este profissional é considerado como tendo a competência mínima exigida para exercer a profissão” (LIPPER, LOCH, 2002, p.110). Entretanto, sendo a residência uma continuidade da formação sob a forma de treinamento em serviço, esta deve ser acompanhada pela supervisão dos aprendizes. O papel do preceptor, como aquele profissional mais experiente e responsável pelo ensino e supervisão das práticas na residência médica ainda é muito controverso na literatura científica (BOTTI, REGO, 2011). Entretanto, essa relação, historicamente, tem se dado de forma hierarquizada e vertical, de forma que, muitas vezes, os residentes se sentem pressionados a realizar tarefas para as quais não se sentem capacitados (KIPPER, LOCH,

2002). As instituições de ensino deveriam estimular a formação pedagógica dos professores, tendo em vista estes terem sido formados por este mesmo modelo que acabam por perpetuar.

Percebe-se ainda na última fala o desconhecimento do motivo pelo qual o protocolo do serviço determina a realização de até três ciclos de indução de ovulação ou três ciclos de inseminação e o quanto o questionamento do staff quanto à posição de profissional que não deveria ter insegurança pode ter contribuído para que passasse a seguir o protocolo compreender ou sem questionar.

Se por um lado os entrevistados apontaram a falta de embasamento teórico antes de iniciar os atendimentos no ambulatório, verificou-se também o desconhecimento das normas que regem a RA em nosso país. Ao serem questionados se conhecem informações sobre a legislação relacionada à RA, responderam:

*“Pouco. Acho que conheço pouco”* (E2)

*“O básico. Então aqui, na verdade assim eu não sei exatamente como funciona a lei, eu sei como a gente faz aqui”*. (E6)

*“Muito mal, não conheço muito não”* (E9)

*“Não. O que eu sei é que aqui no Brasil não pode barriga de aluguel é proibido, em alguns países é autorizado. Isso que eu sei. Não pode ser paga né? É isso.”* (E10)

*“Eu nunca li, só por alto.”* E12

*“Muito pouco. Acho que falta isso aqui, acho que a gente deveria ter uma sessão sobre isso.”* E16

Percebe-se pelas respostas o desconhecimento e pouco incentivo à busca pela informação, revelando a importância dada aos aspectos técnicos biomédicos da atenção especializada que acaba por deixar de lado outras questões relevantes e necessárias ao exercício profissional e ao compromisso ético e social.

As duas respostas que mencionaram ter recebido alguma informação colocam que foi em outro momento ou ambiente, e de forma superficial.

*“O que eu conheço é o que foi discutido com a gente, inclusive, na maternidade escola a gente teve uma aula com uma psiquiatra que conversou com a gente sobre isso, com relação à barriga de aluguel, sobre você poder fazer redução de embrião, porque isso é uma coisa que eu acho que tem que ser discutida inclusive aqui, eu acho, a gente não traz essas discussões” (E1)*

*“Eu lembro que eu fui no Fórum no Cremerj, ainda como acadêmico. Teve um fórum no Cremerj, que o pessoal da liga foi chamado e era sobre reprodução humana e foram abordados alguns temas sobre a reprodução assistida, mas enfim, não era especificamente desse ambiente de hospital universitário, saúde coletiva, eram donos de clínica, era uma discussão mais ampla e foram sim abordados no fórum da Cremerj alguns aspectos éticos disso. Eu lembro bem que foi falado bem do uso de gametas post mortem, que é uma situação bastante delicada, eu lembro que foi abordado o fato de não haver uma legislação específica, eram só recomendações mesmo do próprio Cremerj não tem legislação específica sobre isso no Brasil. Eu lembro que o que me chamou mais atenção foi o uso post mortem.” (E5)*

O processo de socialização nas escolas médicas tende a reproduzir valores e atitudes de forma heterônoma, na medida em que alunos devem seguir regras e determinações, não havendo estímulo para que o estudante reflita e questione aspectos morais de sua prática (TAQUETTE, 2005).

A socialização profissional inclui mais do que educação técnica e treinamento, incluindo o aprendizado direto e o indireto, ou seja, atitudes e padrões de comportamento adquiridos de professores, colegas, pacientes e outros profissionais da equipe de saúde. Essa aprendizagem indireta corresponde ao chamado “currículo oculto” (REGO, 2003, p.58).

Abordando questões conflituosas sobre a prática no ambulatório de reprodução humana, aparecem situações consideradas inadequadas e justificadas pelo fato de se estar em instituição pública universitária, como pode-se verificar:

*“(...) às vezes (situações) de postura na consulta, isso eu acho que sim, é. Mas não acho que é algo específico da reprodução humana, acho que é uma coisa do hospital universitário em si, tem na reprodução humana mas tem em qualquer outro ambulatório, que é de repente a privacidade do paciente, isso de cada hora ela ser atendida por um médico, eu acho que isso é difícil, o exame ultrassonográfico com uma paciente que entra e sai eu acho difícil, mas eu não acho que isso é pontual da reprodução humana (...) Quando a gente fala em hospital universitário, quando a gente fala em SUS, algumas coisas no nosso comportamento acabam sendo negligenciadas, eu mesmo sabe, essa coisa de muita gente na sala, não parar pra conversar, mas eu acho*

*que isso não é específico da reprodução humana, acho que isso é geral. Então assim, eu, não é uma questão de culpar ninguém, porque eu acho que é geral”.* (E16)

O hospital universitário precisa associar assistência e ensino e tem o desafio ter médicos recém-egressos da faculdade de medicina em processo de especialização praticando atos médicos complexos. Neste contexto surgem questões sobre condutas adotadas em instituições de ensino, e o desafio de como realizar estas tarefas sem desrespeitar a dignidade das pessoas (KIPPER, LOCH, 2002). Além disso, observa-se o papel da relação professor-aluno que exerce influência na formação da identidade profissional e na conduta dos alunos. Não é pouco comum que a identidade profissional vá se constituindo através de modelos (REGO, 2003).

*“Eu tinha um chefe que ele tem uma clínica de fertilização, e aí ele mesmo já falou sobre os termos, aquela questão toda, né? (...) tudo tem que estar escrito antes do tratamento, tem que estar escrito, quem vai ser o dono do embrião se o casal se separar, tudo. Ele falou, ‘eu não me meto, briga de casal, o que eles quiserem não me interessa, contanto que esteja escrito e os dois tenham assinado, tem que ser conveniente pros dois’. Então é aquilo, só nessa parte que já foi discutido, porque eu me questionava muito: “e depois o que acontece?” E depois também não me interessa, contanto que esteja escrito e assinado pelos clientes, tudo ok”.* (E3)

Evidencia-se aqui que alguns valores vão sendo transmitidos aos alunos em processo de formação, mesmo que de forma informal, através da citação de exemplos e como foram conduzidos. Tem-se aqui novamente a questão do currículo oculto, verificado através da aprendizagem indireta (REGO, 2003).

Nesse ambiente, o residente observa os preceptores, tomando-os como modelo não apenas de conhecimento e de habilidades técnicas, mas também como espelhos de comportamentos e atitudes. E esse processo pelo qual adquirem conhecimentos, habilidades e valores, e começam a aprender a exercer o seu papel na sociedade é chamado de formação da identidade profissional, que se inicia desde a graduação e continua na residência médica (BOTTI, REGO, 2010, p.135).

Essa última resposta evidencia ainda a visão do consentimento como um instrumento legal, de proteção ao médico, ao invés da preocupação real quanto à transmissão da informação tendo em vista garantir a autonomia e o respeito às pessoas. O consentimento deveria servir como instrumento de transmissão de informações de forma clara e compreensível, possibilitando escolhas conscientes e autônomas, no campo da RA, acaba por

se transformar em uma formalidade de assinatura de um documento visando proteger o médico e “desresponsabilizá-lo” (SILVA, 2008; BAZZACO et. al., 2014).

*“Eu não sei se tem um certo ou errado, mas assim é.... eu pessoalmente sou uma pessoa, minha personalidade, que eu gosto de conversar com as pacientes, eu dou mais espaço eu acho, em geral. Isso é bom, porque eu acho que as pacientes se sentem mais à vontade, mas ao mesmo tempo isso é, entre aspas, ruim, porque eu atendo mais devagar, acaba que eu fico mais tempo em cada, por cada paciente. E eu já fui chamada atenção por causa disso, não assim de levar esporro, mas assim, tipo acelera, entendeu? E enfim.... Não sei.” (E6)*

Existe uma expectativa durante a residência que os médicos sejam breves e objetivos e que saibam apresentar questões complexas de forma resumida (BOTTI, REGO, 2010). Desta forma, acaba-se por desvalorizar aspectos fundamentais da relação médico-paciente. A resposta anterior demonstra a importância dada para a agilidade no atendimento como característica importante, de forma a fazer com que a pessoa entrevistada tenha dúvidas quanto a importância de oferecer espaço de escuta para seus pacientes: “isso é bom, mas ao mesmo tempo é entre aspas ruim”.

O hospital universitário, ao mesmo tempo campo de assistência e aprendizado, está inserido em um contexto de uma sociedade pautada na agilidade e automatização dos processos em busca de mais eficiência. Desta forma, o tempo para ouvir, a escuta cuidadosa e respeitosa do paciente, bem como reflexões, discussões e estímulo a um processo ativo de ensino-aprendizagem acabam por ser pouco valorizados em detrimento da necessidade de “tocar o serviço”, ou seja, atender maior número de pacientes em menor tempo.

*“E você chega muito para tocar serviço, entendeu, alteração de controle, tá evoluindo ou não tá evoluindo, você não entende de fato o que tá acontecendo. Você vê um número e julga se aquele número tá bom ou tá ruim, se ele tá crescendo ou parou de crescer, você não tem um entendimento disso.” (E2)*

*“O ambulatório aqui sempre foi muito cheio, então assim, sempre foi muito corrido, às vezes essa parte ética acho que não coube aí por conta disso, entendeu? “Ah, bota esse tanto de clomifeno, pode voltar daqui a 15 dias” (...) Foi muito mecânico assim, que eu achei, a parte de ética, a parte mais, essa parte mais, enfim.” (E7)*

*“Por ser assim meio atropelado, a gente atende muita gente, a gente tá, a gente tá, tem essa veia desde a faculdade de, de, buscar a parte mais biológica, porque científico tudo*

*é, parte biologia entendeu? Então a gente está mais preocupada em tentar entender o momento de entrar com tal medicação e como ela vai atuar e da melhor forma que ela vai atuar, do que outros aspectos entendeu, então eu acho isso.” (E15)*

*“Eu acho que você precisa ter um feeling também, aquele é o momento do coito, aquele é o momento da inseminação, e isso você só adquire ao longo do tempo e eu não tenho isso ainda. Então eu não sei exatamente o momento adequado de fazer as coisas. (...). É insegurança também, eu acho, o fato de que são muitos pacientes no mesmo dia isso me atrapalhou, por que acaba que a gente... não é um momento acadêmico, é o momento que tem 20 pacientes pra atender a gente vai fazer os 20 controles. Tá e que horas a gente vai discutir como foi feito isso, porque que isso foi feito assim, entendeu? O academicismo do ambulatório eu acho que não tem.” (E1)*

Se por um lado os residentes demonstraram insegurança e falta de conhecimento para a realização de atendimento e procedimentos na área de RA, por outro, evidenciaram incômodo com o fato de internos de medicina (estudantes de último ano) também realizarem atendimentos que consideram fora de seu domínio e capacidade.

*“Outra coisa que me incomoda muito aqui é o interno atender paciente que vai fazer a reprodução (...) é que eu acho que muitas vezes eles não têm o tato para tirar todos as dúvidas ou pra chamar o (professor) na hora que deve chamar para uma intervenção, até no atendimento. Algumas pacientes já reclamaram comigo de rapidez no atendimento, principalmente quando são os controles. Como não tem uma agenda para o controle, as vezes tem 20 pacientes fazendo o controle, e elas querem tirar as dúvidas, elas querem saber qual vai ser o próximo passo, e não necessariamente o interno vai saber, às vezes ele só vai receber aquela orientação lá” (E1)*

*“Acho que RI tem dificuldade de explicar, é diferente de outras especialidades. Não é ambulatório pra interno aprender, a gente tá na especialidade da especialidade, então eu acho sim, já vi pacientes malconduzidas, paciente mal orientada, eu acho que sim. Se residente falha, imagina interno.” (E16)*

O paciente, em uma instituição universitária, é sujeito para o treinamento de habilidades de estudantes e residentes, sendo comum o atendimento ser realizado por alunos, residentes e um médico professor, justificada pela necessidade do exercício prático para a aquisição de habilidades e competências para o exercício da profissão. Cabe, entretanto, ressaltar a importância de se discutir de que forma é possível que seja moralmente aceitável que estudantes participem dos cuidados de pacientes, minimizando riscos e danos que possam advir da inexperiência. Ressalta-se aqui o papel dos professores e das instituições como forma

de assegurar a segurança e eticidade desse processo de ensino-aprendizagem da prática com pacientes.

Assim como a atividade profissional, também o ensino médico e o treinamento de residentes implicam em responsabilidades éticas importantes, que devem ser compartilhadas por alunos, residentes, educadores, instituições de ensino e treinamento, autoridades, pacientes e sociedade (KIPPER, LOCH, 2002, p.125).

Cabe ressaltar que o incômodo identificado se refere ao fato de internos atenderem especificamente no ambulatório de RA, o que parece refletir as dificuldades que os próprios residentes têm nesse campo. Se os residentes não se consideram suficientemente preparados para lidar com questões consideradas complexas e conflituosas, consideram que, conseqüentemente, internos estariam ainda menos.

É importante destacar que as consultas realizadas no ambulatório campo desta pesquisa são seguidas de orientação e definição de conduta pelo médico professor responsável. Cada aluno seleciona um prontuário e realiza o primeiro atendimento para em seguida dirigir-se a uma sala, na qual ficam os prontuários do ambulatório e o professor, para que seja apresentado o caso e definida conduta. Não é objetivo deste trabalho discutir rotinas do serviço ou analisar fatos. A percepção do entrevistado, independente dos fatos em si, é que está no foco de atenção e análise.

Apesar de ter se verificado ao longo das entrevistas algumas ambigüidades e conflitos no discurso dos entrevistados com relação a alguns aspectos do serviço, como àquelas relacionadas aos critérios de acesso, nota-se nos relatos uma tendência a seguir a determinação do responsável/professor, sem que houvesse questionamento. Tal fato reforça o que foi estudado quanto ao histórico da formação médica e desenvolvimento moral.

O relato abaixo mostra uma tentativa de questionamento a respeito se seguir o protocolo sem individualizar caso a caso (o protocolo do serviço envolve três ciclos de indução de ovulação, podendo ser seguida de três tentativas de inseminação, ambas com medicações específicas, que devem ser adquiridas pelos usuários, e controle de ovulação). Entretanto, nas falas seguintes, o que se verifica é uma postura passiva na aquisição de conhecimento, reproduzindo aquilo que se determina, sem que haja questionamento ou reflexão.

*“Uma coisa que me incomoda aqui é, por exemplo, tem um protocolo. Então a gente vai fazer 3 ciclos de indução, com coito programado e usar o clomifeno, acabou. E vamos pra inseminação, que necessariamente vai usar gonadotrofina exógena. Só que tipo, pelo que eu já li nada impede que você use o clomifeno para fazer inseminação. E*

*“aí você vê pacientes que respondem super bem ao clomifeno e que você por tá no protocolo e você tem que fazer a outra medicação, você acaba fazendo uma medicação muito mais cara e muitas vezes aqueles pacientes não respondem àquela medicação. Respondiam perfeitamente ao clomifeno, aí, porque passou pro ciclo de inseminação é obrigado a usar aquela outra medicação. Não responde, aí você tem que aumentar a dose, é mais custo. Então assim, eu já discuti isso uma vez, tentei levar isso no ambulatório e falaram: ‘Não, pra indução a gente faz assim’. (...) em geral o protocolo é bem fechado, o que fazer?” (E5)*

Não cabe aqui avaliar a validade científica do questionamento da medicação proposta, ou de se flexibilizar o protocolo. Entretanto, cabe ressaltar a postura reflexiva apontada pela argumentação, relacionando benefícios, custo e efetividade, mostrando uma tentativa de questionamento e individualização. Nota-se, entretanto, que essa não é a postura mais comum entre os entrevistados.

*“Se você me perguntar, porque vocês fazem três ciclos e não fazem quatro? Não sei, eu sei que isso é feito aqui, mas não sei porquê.” (E1)*

*“Olha, eu não.... Nunca li estudos, artigos demonstrando a porcentagem que dá certo, que não dá certo, mas eu confio no meu professor se ele fala que não vale a pena fazer. Eu acho assim, .... A gente não pode pensar assim como médico, mas por exemplo se fosse eu ou alguém da minha família, e nada tivesse dado certo eu acho que eu gostaria de tentar.” (E6)*

*“Normalmente você vai fazendo aquilo que o serviço orienta, é o protocolo do serviço, é o que a gente leva em consideração. E o desejo da mulher, ela quer engravidar? A gente leva em consideração se ela tem as condições. De acordo com o protocolo a gente faz o tratamento.” (E10)*

As respostas apresentadas estão em consonância com a discussão apresentada sobre a formação verticalizada em que o conhecimento é reproduzido sem que haja estímulo para reflexões, questionamentos e a participação ativa dos alunos na construção desse saber.

Os residentes identificaram ao longo das entrevistas diversas questões que identificaram como conflituosas. Entretanto, apesar da pluralidade de questões, estas ficaram limitadas a conversas informais, não se avançando para discussões mais amplas que envolvessem a identificação e abordagens dos conflitos morais presentes. Os residentes ressaltaram a falta de espaços de discussão, ao mesmo tempo em que alguns apontaram sua importância. Assim, quando perguntados sobre a existência de um momento/espço para

discussão dos temas causadores de desconforto, dúvidas e conflitos, identificados ao longo da entrevista, responderam:

*“Não, não existe, pelo menos não no ambulatório (...) eu acho que essas questões podem ser melhor levantadas aqui (...) é isso eu sinto falta, a gente não tem esse tipo de discussão, do tipo, a gente não tem. Hora nenhuma se fala de questão de legislação, é o que eu falo, falta a parte acadêmica, falta a parte de discussão. (...) Ele (o professor) fala o que a gente tem que fazer e gente faz. Talvez fosse acrescentar pra gente. Eu acho que a gente lida com algo que é muito delicado e eu acho que a gente tinha que ter uma discussão multidisciplinar a cerca de ‘n’ questões que envolvem a reprodução assistida, e aqui sinceramente até hoje eu nunca vi uma. (...) o chefe do ambulatório eu te confesso que eu nunca conversei porque acaba que o ambulatório fica muito corrido, o tempo dele aqui é muito corrido então falta talvez esse tempo” (E1)*

*“Não existe uma discussão em cima disso. Assim eu tenho uma dúvida, vou te perguntar e você vai me responder, e pronto. Tipo, tem que fazer o que tem que fazer. Isso, entendeu? Não existe uma... “vamos sentar aqui no final do ambulatório e vamos discutir um tema, um negócio”. Acho que isso não rola, isso é muito ruim pra pessoa.” (E2)*

*“Muito pouco, muito pouco. Por exemplo, mais na nossa sessão clínica, nós temos sessão clínica aqui. Naquela época que estava sendo discutida a questão da recanalização, isso foi um pouco discutido, mas muito pouco, muito pouco em questão de ética na reprodução, muito pouco. (...) A prática permite que a gente identifique alguns problemas, agora a discussão do problema eu não vejo acontecendo.” (E4)*

A exposição acima evidencia que, apesar do ambulatório não fornecer um espaço para discussão justificada por alguns pela alta demanda por atendimento e pouco tempo, há durante a residência um espaço que poderia servir para aprofundamento e debate das questões levantadas, a sessão clínica. Esta caracteriza-se por uma reunião semanal, nas qual comparecem todos os residentes, grande parte dos professores e outros profissionais de saúde da área da nutrição, serviço social, enfermagem, psicologia e farmácia. Nesta reunião são apresentados e debatidos os casos cirúrgicos agendados para a semana e ocorre uma apresentação científica de alguma temática da ginecologia pelos residentes.

Percebe-se que o processo de ensino-aprendizagem valoriza a aquisição de conteúdos e técnicas, através de um ensino fragmentado, de forma que as questões conflituosas que surgem na prática acabam não sendo valorizadas e ficam no espaço da informalidade. Prosseguindo em sua fala, a mesma pessoa que expressou a falta de espaço de discussão, conta que

compartilha suas questões de forma informal, com os colegas residentes, assim como na fala subsequente.

*“Com os colegas residentes. No ambulatório em si, não.” (E4)*

*“Falta muito, e a gente vê nos nossos próprios encontros informais que essas questões não são só minhas, são de residentes e de todos os médicos em geral, todo mundo vive essas crises e ninguém fala, a gente só fala mesmo numa rodinha informal, como se fosse uma roda de bar e a gente está lá dividindo nossas angústias de vida, e na verdade deveria estar dividindo aqui na residência com nossos staffs que tem mais experiência que a gente, nessa parte.” (E3)*

A residência é um momento rico para que questões éticas sejam discutidas, tendo em vista a diversidade de experiências e vivências de questões que mobilizam os residentes em sua prática, que se bem aproveitados podem estimular o desenvolvimento da capacidade de identificação de problemas no campo da moral contribuindo para seu enfrentamento.

A fala a seguir conta uma situação que mobilizou alguns dos residentes que participaram ou mesmo conheceram os fatos, e que aproveitaram o momento da entrevista para abordá-la, mostrando, mais uma vez a importância da valorização de aspectos que vão além do domínio biomédico, permitindo que o residente possa desenvolver a percepção de determinantes socioculturais, a compreensão da diversidade de comportamentos, ideias e crenças, sua habilidade de comunicação e empatia, e de identificação e manejo de questões morais. O papel do preceptor é de fundamental importância para o estímulo ao ensino-aprendizagem dessas competências (BOTTI, REGO, 2010).

*“Ah uma das pacientes que queria engravidar de um preso, por isso que eu lembrei dessa situação agora, e ela tentou durante 4 anos engravidar de uma pessoa que estava presa. Eu não sei qual a perspectiva de vida que ela tinha para essa criança e para ela, mas também não cabia a mim julgar. (...) Muito esquisito, muito. (...). Falei com o staff naquele momento e ele: “ah eu já sei desse caso, não tem muito o que a gente possa fazer né?” Foi aquela coisa, é isso aí mesmo (...), é esquisito, mas é isso aí. Foi muito rápido” (E3)*

Estimular o desenvolvimento da consciência crítica, questionando e gerando conflitos cognitivos para, então, esperarmos o amadurecimento de sua competência moral. Para que a formação ética não se transforme numa transmissão de valores e códigos, o preceptor deve utilizar das situações diárias de seu próprio local de trabalho, observando e discutindo os comportamentos e atitudes com o residente (BOTTI, REGO, 2011, p.79).

Apesar de terem ressaltado a carência de espaços de discussão, os entrevistados identificam sua relevância para a formação.

*“Acho legal até para levantar essas dúvidas que muitas vezes a gente, as polêmicas que a gente nem pensa, acho que seria interessante assim, também como não é um tema que não me interessa tanto, em congresso eu acabo não assistindo essas aulas, então eu acho que esse espaço para a discussão ética, que eu me lembre assim não, não tem tanto essa discussão.” (E8)*

*“Acho que por a gente fazer ambulatório, a gente com certeza está discutindo isso muito mais que 99% dos ginecologistas que estão sendo formados aí, mas eu acho que esta subaproveitado a gente pode aproveitar isso muito mais.” (E16)*

Dentre as respostas, duas ressaltaram que, apesar da carência de um espaço formal de discussão, há, por parte do professor, disponibilidade para abordagem de assuntos que os mobilizam, sempre que procurado.

*“Não, não tem um espaço formal de aprendizado, mas o orientador, nosso staff, ele está sempre disposto a falar sobre essas coisas, tirar dúvidas (...) é informal, durante o ambulatório, não tem um espaço teórico para isso” (E9)*

*“Eu acho que oportunidade é algo também que você pode ir atrás, eu nunca fui atrás, então não posso jogar isso pro outro, porque se eu quisesse, eu provavelmente teria. Acho que o chefe do serviço estaria muito disponível. E ele conhece, ele trabalha com isso fora daqui, então as questões éticas que eu falei no início esbarram mais, então provavelmente ele poderia me ajudar mais (...) então tem abertura, mas eu nunca procurei, a verdade é essa. Eu conversei poucas vezes com outros residentes que pensam parecido, entendeu?” (E15)*

De forma geral, as respostas apontam a valorização, tanto do professor, quanto do serviço, quanto a possibilitar discussões sobre questões morais. Cabe lembrar, como já discutido anteriormente, que os profissionais que hoje são professores e tutores foram formados pela mesma lógica cartesiana, hierárquica e fragmentadora e carecem, muitas vezes, de visão crítica e/ou formação pedagógica para proporcionarem um processo de ensino-aprendizagem que desenvolva tais habilidades.

*“Aqui é um serviço muito bom, muito bom no sentido de que tem tudo, eu não queria estar em outro lugar, mas ao mesmo tempo, é um serviço que a gente tem um serviço bom, excelentes profissionais, mas tem método de ensino que eu acho que não funciona. (...) assim eu tenho uma dúvida, você responde minha dúvida, e não tem uma discussão, sobre o tema (...) E2*

A formação médica deveria proporcionar espaços em que problemas éticos fossem discutidos, estimulando o desenvolvimento da capacidade dos médicos em identificar e lidar com problemas do campo moral com os quais se depararão em sua prática. Entretanto, o modelo pedagógico atual não enfatiza esse aprendizado, não proporcionando assim espaços de reflexão moral (TAQUETTE, 2005), aspecto que se verifica também na resposta que se segue.

*“Eu acho que como é muita paciente e etc., a gente acaba não tendo muito tempo pra discussão. Eu acho que isso é um problema crônico dos médicos e estudantes de medicina, a gente tem que saber tanta coisa, tem que estudar tanto, tem que atender tanta gente que, a gente às vezes, não para pra refletir sobre o que a gente está fazendo, não discute sobre ética e acaba sendo um achismo o que cada um julga ético, e eu acho que isso tá errado, a gente tem que saber parar pra pensar o que a gente está fazendo.”*  
(E6)

Verifica-se através da análise das entrevistas a relevância do conhecimento da percepção dos estudantes sobre questões consideradas conflituosas relacionadas à RA, à sua prática e ao processo de formação relacionado, especialmente para o desenvolvimento de estratégias de ensino-aprendizagem que estimulem o desenvolvimento moral. Entretanto, evidencia-se a carência de um espaço de discussão, e o quanto estes aspectos são desconsiderados durante a formação.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os avanços tecnológicos trouxeram implicações na relação do homem com a natureza gerando transformações em diversos aspectos da vida, em especial na área da saúde. Temas como limites e consequências biológicas, sociais e ambientais passaram a ser debatidos. Nesse cenário surge a bioética que se configura como um campo da ética aplicada que vem sendo utilizado como “um instrumento concreto a mais, para contribuir no complexo processo de discussão, aprimoramento e consolidação das democracias, da cidadania, dos direitos humanos e da justiça social” (GARRAFA, 2005, p. 128).

As tecnologias de reprodução humana, frutos destes avanços tecnológicos, se inserem em um contexto complexo que envolve diversos sujeitos e temáticas relacionadas à sexualidade, gênero, família, conceito de vida, questões jurídicas e religiosas, trazendo à tona debates em diversos campos. Novos dilemas e controvérsias colocam-se como um desafio para o debate e reflexão bioética.

O estudante de medicina está necessariamente inserido neste contexto complexo de assistência à saúde, que “passou a demandar respostas morais adequadas à nova realidade” (REGO, PALACIOS, SIQUEIRA-BATISTA, 2009, p.20). Apesar de as Diretrizes Nacionais Curriculares apresentarem uma proposta integralizadora do ensino com o objetivo de formar profissionais com formação generalista, crítica e reflexiva, verifica-se que a formação acaba por dar mais ênfase na aquisição de conteúdos e técnicas e que o ensino da ética se limita à apresentação do código deontológico relacionado à regulamentação da prática profissional.

Os médicos em formação deveriam, portanto, aprender a identificar dilemas morais, sendo estimulados a refletir eticamente. Apesar de as novas tecnologias provocarem desafios que exigem do médico uma capacidade cada vez maior de identificação de problemas morais, verifica-se grande dificuldade quanto à identificação dos mesmos (REGO, PALACIOS, 2017).

O ambulatório de reprodução assistida de um hospital universitário, lugar de ensino e assistência, permite a vivência de situações diversas que poderiam servir, se bem aproveitadas, para debates e reflexões, favorecendo o raciocínio crítico.

Esta pesquisa teve como objetivo investigar a percepção de residentes de ginecologia de questões morais relacionadas à temática de reprodução assistida, identificar os problemas morais com os quais os residentes se deparam em sua prática no ambulatório e discutir, a partir das questões identificadas, o papel da formação em serviço na formação ética dos médicos que

atuarão na área de RA. O foco deste trabalho foi na percepção dos residentes, enquanto médicos em formação, sem o compromisso de avaliar os fatos ou aprofundar-se nas temáticas e argumentos apresentados, e sim apresentá-los sob a ótica da análise dos discursos e apontar a importância destas questões na formação.

Observou-se a dificuldade dos entrevistados em identificar o que são questões morais. Os residentes, ao serem estimulados pela entrevista, identificaram questões que consideraram conflituosas e relataram dificuldades vivenciadas no campo de pesquisa, levantaram temas que identificam como polêmicos ou controversos na área, sem, entretanto, relacionar estes incômodos com problemas éticos.

Dentre os incômodos citados, percebeu-se a influência de aspectos religiosos, experiências vivenciadas por pessoas próximas com a RA, questões de gênero, composição de famílias, dentre outras, que não foram exploradas de forma sistemática durante o período da formação em serviço.

Esta pesquisa demonstrou que os residentes entrevistados sentem necessidade da criação de espaços de discussão de problemas de ordem moral, porém ressaltaram que o ensino no ambulatório campo desta pesquisa não proporciona esse espaço formal. Ou seja, não apenas eles sentem a necessidade de espaços formais para a reflexão como efetivamente precisam disso, dada a dificuldade observada para manifestarem uma opinião pessoal sobre os problemas morais inerentes ao campo de atuação profissional deles.

Verificou-se, ainda, uma tendência em seguir normas estabelecidas sem questioná-las, mesmo quando evidenciava-se certa discordância ou dúvidas quanto as mesmas, como no caso dos critérios de acesso ou protocolos de tratamento do serviço. Provavelmente esse fenômeno está associado à falta de espaços de diálogo e reflexão sobre os problemas morais. Esta tendência aponta para um estágio de heteronomia do desenvolvimento moral, o que leva à pergunta: como a formação pode estimular o desenvolvimento moral dos estudantes de medicina?.

Consideramos que, a partir da compreensão da educação moral como o estímulo ao desenvolvimento de pessoas autônomas, envolvendo a capacidade de identificar questões morais e, com base em argumentos internos, através de uma atitude dialógica, discutir e refletir sobre dilemas morais, é possível interferir neste processo.

Decorre daí a importância de se pensar a formação através de estratégias de ensino que estimulem “a autonomia dos estudantes, o respeito à diversidade e pluralidade cultural e moral,

e esta não é uma questão simples de ser equacionada” (REGO, 2003, p. 165). Novas abordagens pedagógicas precisam incentivar a capacidade de pensamento crítico e autônomo, o debate crítico de temas da realidade. Cabe lembrar que, de forma geral, os docentes foram formados de acordo com um modelo que não forneceu formação pedagógica que o tenha capacitado para ser um facilitador deste processo. Compreende-se, portanto, que uma mudança no ensino requer ações que envolvam as instituições, os docentes e discentes e que envolva a necessidade de treinamento, interesse e disponibilidade; ou seja, uma mudança de paradigma.

A bioética, enquanto disciplina pluralista e transdisciplinar pode contribuir para a mudança do cenário atual. Para que se possa ir além da competência técnica, ou de uma competência ética baseada pelo do ensinamento do código de ética, puramente deontológico, ou quando disponível, o ensino da bioética baseado apenas em conteúdos teóricos e restrita a uma disciplina, sem que haja a transdisciplinaridade a qual a bioética se propõe não é suficiente. Oferecer espaços formais e contínuos de debates é fundamental.

A Reprodução Assistida propicia uma grande amplitude de debate, de forma que o campo de pesquisa, por ser ao mesmo tempo local de assistência e ensino, pode servir como espaço para o estímulo a reflexão e discussão sobre situações relacionadas à RA e bioética, podendo contribuir para o desenvolvimento moral dos estudantes e possibilitando a reflexão crítica sobre situações com as quais irão se deparar em sua prática.

Neste sentido, espera-se que esta pesquisa possa, através das temáticas levantadas, oferecer subsídios e contribuir para que se repensemos sobre as práticas e estratégias de ensino-aprendizagem ao longo da formação dos médicos.

Este estudo é uma contribuição para a interface entre a reprodução assistida, a formação médica e a bioética, compreendida como uma disciplina transdisciplinar e dialógica, apontando sua importância na formação de médicos como agentes morais que enfrentarão diversas questões bioéticas em sua prática.

## REFERÊNCIAS

ABELHA, M. et al. Recanalização tubária: análise dos resultados de 30 anos de tratamento. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v.30, n.6, p.294-299, junho 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032008000600005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032008000600005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 oct. 2017.

ALFANO, B. *Reprodução e biopolítica: infertilidades e práticas de saúde em um serviço público no Rio de Janeiro*. 2009. 109 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

\_\_\_\_\_. *Reprodução assistida: a organização da atenção às infertilidades e o acesso às técnicas reprodutivas em dois serviços público-universitários no Estado do Rio de Janeiro*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

\_\_\_\_\_. Reflexões sobre a universalidade e a equidade no acesso aos serviços de reprodução assistida no SUS. In: *Fazendo Gênero 8: Corpo, Violência e Poder*, 2008, Florianópolis. *Anais ou resumos*, Florianópolis, 2008. Disponível em: <[http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST40/Bianca\\_Alfano\\_40.pdf](http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST40/Bianca_Alfano_40.pdf)>. Acesso em 15 jun. 2016.

ALVES, S. M. A. L.; OLIVEIRA, C. C. Reprodução medicamente assistida: questões bioéticas. *Revista Bioética*, v. 22, n. 1, p.66-75, Brasília, Apr 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-80422014000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000100008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 jun. de 2016.

ALMEIDA FILHO, N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre a produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Cadernos Saúde Pública*. v.26, n.12, p. 2234-2249, 2010.

ALMEIDA FILHO, G. L. Plano de Desenvolvimento Institucional 2017. Instituto de Ginecologia. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **SISEMBRIO: 9º relatório do sistema nacional de produção de embriões**. Brasília: ANVISA, 2016. Disponível em: <<http://sbra.com.br/images/sisembrio/sisembrio9.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2016.

BADALOTTI, M. Aspectos bioéticos da reprodução assistida no tratamento da infertilidade conjugal. *Revista da AMRIGS*, v.54, n.4, p.478-485, 2010.

BARBOZA, H. H. *A filiação em face da inseminação artificial da fertilização in vitro*. Rio de Janeiro: Renovar, 1993. 133p.

\_\_\_\_\_. Princípios do Biodireito. *Revista Bioética*. Brasília, v.8, n.2, 2000, p. 210.

BAZZACO et. al. Entendimento do consentimento livremente esclarecido na reprodução assistida. *Revista bioética*. (Impr.), v.22, n.1, p. 134-44, 2014

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. *Princípios de ética biomédica*. São Paulo: Edições Loyola, 2002, 574p.

BIAGGIO A. M. B. Desenvolvimento moral: aspectos cognitivos. In: *Psicologia do Desenvolvimento*. Petrópolis: Vozes, 1988, 344p.

BOTTI, S.H.O; REGO, S. Processo ensino-aprendizagem na residência médica. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 34, n.1, p. 132-140, mar. 2010.

\_\_\_\_\_. Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 65-85, 2011.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 20 set. 1990; Seção 1.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.358, de 11 de novembro de 1992. Adota Normas Éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida, como dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 nov. 1992, Seção 1, p. 16053. Disponível em: <[http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao\\_impressao.php?id=2970](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=2970)> Acesso em: 10 fev. 2016.

\_\_\_\_\_. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988, 292p.

\_\_\_\_\_. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei no 1184/2003. Dispõe sobre a reprodução assistida. Define normas para realização de inseminação artificial e fertilização "in vitro"; proibindo a gestação de substituição (barriga de aluguel) e os experimentos de clonagem radical. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=118275>>. Acesso em 20 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Nota Técnica sobre a Regulação da Reprodução Humana Assistida. Brasília, 16 março 2004. Disponível em: <[http://www.ghente.org/temas/reproducao/nota\\_RA.pdf](http://www.ghente.org/temas/reproducao/nota_RA.pdf)>. Acesso em: 12 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 426/GM, de 22 de março de 2005. Institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida e dá outras providências. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria\\_426\\_ac.htm](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_426_ac.htm)>. Acesso em: 12 abr. 2016. (a)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 388, de 06 de julho de 2005. Determina que as Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal adotem em conjunto com os municípios, as providências necessárias para organizar e implantar as redes estaduais, municipais e do Distrito Federal de Atenção em Reprodução Humana Assistida. Disponível

em:

<[ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe\\_eletronico/2005/IELS.jul.05/Iels129/U\\_PT-MS-SAS-388\\_060705.pdf](ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe_eletronico/2005/IELS.jul.05/Iels129/U_PT-MS-SAS-388_060705.pdf)>. Acesso em: 12 abr. 2016. (b)

\_\_\_\_\_. Lei no 11.105, de 24 de março 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 12 de dezembro de 2003, e dá outras providências. D.O.U., Poder Executivo, Brasília, DF, 28 mar. 2005. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/345638.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2016. (c)

\_\_\_\_\_. Lei n. 9.263, de 12 de janeiro 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_direitos\\_sexuais\\_reprodutivos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf)>. Acesso em: 12 abr. 2016. (d)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. 1ª ed. Brasília: 2004

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de educação superior. “Edital no 4/97. Convoca as Instituições de Ensino Superior a Apresentarem Propostas para as Novas Diretrizes Curriculares dos Cursos Superiores.” Brasília (DF) 1997. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/eo4.pdf> . Acesso em 10 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Resolução CNE/CES No 4, Brasília, 7 de novembro, 1-6, 2001.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 80.281 de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 6 de setembro de 1977. Disponível em:

<<http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-medica>>. Acesso em: 09 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação e Cultura. Resolução CNRM nº 02/2006, de 17 de maio de 2006. Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, DF, 2006. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=6511-ginecologia-obstetricia-sesu-rm&category\\_slug=agosto-2010-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=6511-ginecologia-obstetricia-sesu-rm&category_slug=agosto-2010-pdf&Itemid=30192)>. Acesso em: 09 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Política Nacional de Educação Permanente no SUS. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009, p. 64.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Trata de pesquisas e testes em seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.

BRAZ, M. Bioética e reprodução humana. In: SCHRAMM, F. R.; BRAZ, M. (org.). *Bioética e saúde: novos tempos para mulheres e crianças?* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p.175

BRAZ, M. et al. *Bioética: Algumas datas e acontecimentos*. Disponível em: <http://www.ghente.org/bioetica/historico.htm>. Acesso em: 12 jul. de 2017.

CARVALHO Y. M.; CECCIM R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz; 2006, p. 149-182.

CAMARGO, J. F. *Reprodução Humana: ética e direito*. Campinas, SP: Edicamp, 2003, 358p.

CARNEIRO, L. A. et al. O ensino da ética nos cursos de graduação da área de saúde. *Revista Brasileira de educação médica*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. 412-421, 2010.

CARVALHO, C. et al. Guia sobre saúde mental em reprodução humana. *Atualização 2006*, 2006. Comitê de psicologia da SBRH Biênio 2005-2006. Disponível em: <[http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1340367925guideline\\_de\\_psicologia.pdf](http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1340367925guideline_de_psicologia.pdf)> Acesso em: 05 abr. 2017.

CASTELLOTTI, D. S.; CAMBIAGHI, A. S. Preservação da fertilidade em pacientes com câncer. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, v. 30, n.5, p. 406-410, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1358/1992. Adota normas éticas para utilização das técnicas de reprodução assistida. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1992/1358\\_1992.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1992/1358_1992.htm)>. Acesso em: 05 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 1957/2010. Após 18 anos de vigência, a Resolução CFM nº 1358/1992 recebeu modificações relativas à reprodução assistida, o que gerou a presente

resolução, que a substitui *in totum*. Disponível em:

<[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2010/1957\\_2010.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2010/1957_2010.htm)>. Acesso em: 05 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Resolução 2.103/2013. Adota normas éticas para utilização das técnicas de reprodução assistida, anexas à presente resolução, como dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos e revoga a Resolução CFM nº1957/10. Disponível em:

<[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2013/2013\\_2013.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2013/2013_2013.pdf)>. Acesso em: 05 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Resolução 2.121/2015. Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida – sempre em defesa do aperfeiçoamento das práticas e da observância aos princípios éticos e bioéticos que ajudarão a trazer maior segurança e eficácia a tratamentos e procedimentos médicos – tornando-se o dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos brasileiros e revogando a Resolução CFM nº 2.013/13, publicada no D.O.U. de 9 de maio de 2013, Seção I, p. 119. Disponível em:

<[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2015/2121\\_2015.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2015/2121_2015.pdf)>. Acesso em: 05 abr. 2017.

CORRÊA, M. C. D. V. *A tecnologia a serviço de um sonho: um estudo sobre a reprodução assistida no Brasil*. 1997. 290 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 1997.

\_\_\_\_\_. Novas tecnologias reprodutivas: doação de óvulos. O que pode ser novo neste campo. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p. 863-870, 2000.

\_\_\_\_\_. Novas tecnologias reprodutivas: limites da biologia ou biologia sem limites? Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001, 264 p.

\_\_\_\_\_. Reprodução e bioética: a regulação da reprodução assistida no Brasil. *Caderno CRH*, v. 18, n. 43, p. 103-112, 2005.

\_\_\_\_\_. Um saber sem Verdade e um Saber não sem verdade – Aspectos Sociais da Reprodução Assistida. IN: SOUZA, M., C., B.; MOURA, M., D.; GRYSZPAN, D. *Vivências em tempo de reprodução assistida: o dito e o não dito*. Rio de Janeiro: Revinter, 2008, p. 103-108.

\_\_\_\_\_. Ética e reprodução assistida: a medicalização do desejo de filhos. *Revista Bioética*, Brasília, v.9, n.2, 2009.

CORRÊA, M. C. D. V.; DINIZ, D. Novas Tecnologias Reprodutivas no Brasil: Um debate à espera de Regulação. In: CARNEIRO, F. & EMERICK (Orgs.) *LIMITE – A Ética e o Debate Jurídico sobre Acesso e Uso do Genoma Humano*, Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2000, p. 103.

CORRÊA, M. C. D. V.; LOYOLA, M. A. Novas tecnologias reprodutivas: novas estratégias de reprodução? *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 9, n. 2, p. 209-234, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v9n1/09.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2016.

\_\_\_\_\_. Reprodução e Bioética: A regulação da reprodução assistida no Brasil. *Caderno CHR*, Salvador, v. 18, n. 43, p.103-112, 2005.

\_\_\_\_\_. Tecnologias de reprodução assistida no Brasil: opções para ampliar o acesso. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 25, n. 3, p. 753-777, 2015.

CORTINA A. *O Fazer Ético: Guia para Educação Moral: Escola & Democracia*. São Paulo: Moderna, 2003. 119 p.

CORTINA A, MARTINEZ E. *Ética*. São Paulo: Ed. Loyola; 2005. 184 p.

COSTA, T. *Infertilidade e reprodução humana: um estudo sobre a percepção social dos riscos*. Tese [Doutorado]. Instituto Oswaldo Cruz, Ensino de Biociências e Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

\_\_\_\_\_. *Avaliação do impacto da oferta de tecnologia de alta complexidade em serviço público de referência, na visão dos usuários e dos profissionais*. Relatório (Pós-Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

\_\_\_\_\_. E por que não a Adoção ou Ficar sem Filhos? O desejo da maternidade no Contexto da Reprodução Assistida. IN: SOUZA, M. C. B.; MOURA, M. D.; GRZYNSZPAN, D. *Vivências em tempos de reprodução assistida: o dito e o não dito*. Rio de Janeiro: Revinter, 2008. p. 109-120

COSTA, T. et al. *Desafios da educação continuada em saúde reprodutiva: integração multiprofissional e inclusão tecnológica*. *Jornal Brasileiro de Reprodução Assistida*, v. 18, n. 4, p. 24-28, 2011.

COSTA, T. et al. América Latina e busca por reprodução assistida: perfil da paciente em um serviço público de referência no Rio de Janeiro (Brasil). *Jornal Brasileiro de Reprodução Assistida*, v. 13, n. 4, p. 21-35, 2009.

COSTA, T. et. al. Desafios da educação continuada em saúde reprodutiva: integração multiprofissional e inclusão tecnológica. *Jornal Brasileiro de Reprodução Assistida*, v. 18, n. 4, p. 24-28, 2011.

COSTA JÚNIOR I. B. *Reprodução humana assistida: o acesso universal e igualitário à fertilização in vitro no sistema público de saúde como garantia do direito fundamental ao planejamento familiar*. 2016. 428 f. Tese (Doutorado em Direito) - Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2016.

DA SILVA, A. C. *Reprodução assistida: da realização do projeto parental ao risco da mercantilização do ser humano*. 2007, 156 f. Tese (Doutorado). Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, 2007.

DA SILVA S. M. R. D. Consentir incertezas: o consentimento informado e a (des)regulação das tecnologias de reprodução assistida - *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, n.3, p. 525-534, 2008.

DANTAS F.; SOUSA E. G. Ensino da deontologia, ética médica e bioética nas escolas médicas brasileiras: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.32, n.4, p. 507-517, 2008.

\_\_\_\_\_. Ensino de Ética em Escolas Médicas Brasileiras. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 32, n.4, p. 507 – 517, 2008

DINIZ, D. Introdução. IN: DINIZ, D.; BUGLIONE, S. (org). *Quem pode ter acesso as tecnologias reprodutivas? Diferentes perspectivas do Direito Brasileiro*. Brasília: Letras Livres, 2002. p. 9–21.

DINIZ, D.; COSTA, R. G. Infertilidade e Infecundidade: Acesso às Novas Tecnologias Conceptivas. In: FERREIRA, V., ÁVILA, M.B., PORTELLA, A.P. (orgs). *Feminismo e Novas Tecnologias Reprodutivas*. Recife: SOS CORPO – Instituto Feminista para a Democracia, 2006, p.49-66.

DINIZ, D.; BUGLIONE, S. (orgs). *Quem pode ter acesso às tecnologias reprodutivas? Diferentes perspectivas do direito brasileiro*. Brasília: Letras Livres, 2002. 96p.

DINIZ, D.; GUILHEM, D. O que é bioética. Editora brasiliense. São Paulo, 2005. 128p.

DINIZ, D.; GUILHEM, D., GARRAFA, V. Bioethics in Brazil. *Bioethics*, v.13, n.3/4, p..244-248, 1999.

DOSSIÊ REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA. Rede Feminista de Saúde. Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 2003. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/Homepage/Dossi%EAAs/Dossi%EA%20Reprodu%E7%E3o%20Humana%20Assistida.pdf>> Acesso em: 21 nov. 2008].

FEITOSA, H. N. *et al.* Competência de juízo moral dos estudantes de medicina: um estudo piloto. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v.37, n.1, p. 5-14, 2013.

FERNANDES, A. M. S. et al. Seguimento de mulheres laqueadas arrependidas em serviço público de esterilidade conjugal. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.69-73, mar. 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032001000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032001000200002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 oct. 2017.

FERREIRA, N. P. *Condições e possibilidades do exercício da autonomia em saúde frente as novas tecnologias em Reprodução Assistida*. Tese (Doutorado), 71 f. PPGBIOS, Niterói, Rio de Janeiro, 2014.

FORTES, P.A.C. A bioética em um mundo em transformação. *Rev. Bioét.* v.19, n.2, p.319-327, 2011.

FREITAS, M. D.; SIQUEIRA, A. A. F.; SEGRE, C. A. M. Avanços em reprodução assistida. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, v. 18, p. 93-97, 2008.

GARCIA, S.; BELLAMY, M.; RUSSI, K. Considerações sobre a reprodução assistida no contexto brasileiro. In: *Anais do XVIII Encontro de Estudos Populacionais*. Águas de Lindóia, SP, 2012. Disponível em:

<[https://www.researchgate.net/profile/Sandra\\_Garcia11/publication/285234229\\_Consideracoes\\_sobre\\_reproducao\\_assistida\\_no\\_contexto\\_brasileiro/links/565ca16008aeafc2aac71752/Consideracoes-sobre-reproducao-assistida-no-contexto-brasileiro.pdf?origin=publication\\_detail](https://www.researchgate.net/profile/Sandra_Garcia11/publication/285234229_Consideracoes_sobre_reproducao_assistida_no_contexto_brasileiro/links/565ca16008aeafc2aac71752/Consideracoes-sobre-reproducao-assistida-no-contexto-brasileiro.pdf?origin=publication_detail)>. Acesso em: 08 fev. 2016.

GARRAFA, V. Introdução à bioética. *Revista do hospital universitário*, UFMA, v.6, n.2, p.9-13, 2005.

\_\_\_\_\_. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. *Bioética*, v.13, n.1, p.125-34, 2005. Disponível em:

<<http://www.portalmédico.org.br/bioetica/index.php?opcao=revista&selecionaRevista=25#>>. Acesso em 19 out. 2017.

GARRAFA, V., PORTO, D. Bioética, poder e injustiça: por uma ética de intervenção. *Mundo Saúde* (Impr.), 26(1), p.6-15, 2002.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 192 p.

GHENTE. Projeto Ghente. Estudos das implicações sociais, éticas e legais do estudo dos genomas na área da saúde. Disponível em: <<http://www.ghente.org/>>. Acesso em: 08 fev. 2016.

GOMES, A. P.; REGO, S. Paulo Freire: contribuindo para pensar mudanças de estratégias no ensino de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 38, n.3 p. 299-307, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v38n3/03.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2015.

GORAYEB, R. *et al.* Caracterização clínica e psicossocial da clientela de um ambulatório de esterilidade. *Estudos de Psicologia*. (Campinas), v.26. n.3, 2009, p.288

GRYNSZPAN, D. Informação, Educação e Cidadania em Tempos de Reprodução Assistida. In: SOUZA, M. C. B.; MOURA, M. D.; GRYNSZPAN, D. *Vivências em tempo de reprodução assistida: o dito e o não-dito*. Rio de Janeiro: Revinter, 2008. p. 121 – 142.

GUILHEM D.; PRADO M. M. Bioética, legislações e tecnologias reprodutivas. *Bioética*, v.9, n.2, p.113-126, 2001.

IG-UFRJ. Instituto de Ginecologia. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Home Page. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <[ginecologia.ufrj.br/institucional/index.php#](http://ginecologia.ufrj.br/institucional/index.php#)> Acesso em: 18 set. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2012*. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv65857.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2016.

JÚNIOR, N.; ARAUJO, L. Z. S. D.; REGO, S. The teaching of bioethics in medical schools in Brazil. *Revista Bioética*, 2016, 24.1: 98-107.

KIPPER, D. J.; LOCH, J. A. Questionamentos éticos relativos à graduação e à residência médica. *Rev Bioética* 10(2): 107-128, 2002.

LEWICKI, B. O homem construtível: responsabilidade e reprodução assistida. IN: BARBOZA, H. H.; BARRETO, V. P. (org.). *Temas de Biodireito e Bioética*. Rio de Janeiro: Renovar, 2001, p.128

LIND G. Moral regression in medical students and their learning environment. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.24, n.3, p. 24-33, 2000.

\_\_\_\_\_. Moral dilemma discussion revisited: the Konstanz method. *European J Psychol* n.1, v.1, 2005. Disponível em: < <https://ejop.psychopen.eu/article/view/345/html>>. Acesso em: 15 abr. 2017.

LOPES, et. al. Doação de Óvulos. In: SOUZA, M.; C. B.; MOURA, M. D.; GRZYNSZPAN, D. *Vivências em tempo de Reprodução Assistida: o dito e o não dito*. Rio de Janeiro: Revinter, 2008, p. 69 – 86.

MAIA, M. B. (org.) Dossiê Reprodução Humana Assistida; Rede Feminista de Saúde – Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos.; 2003. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/home/conteudo/biblioteca/biblioteca/dossies-da-rede-feminista/006.pdf>>. Acesso em 22 fev. 2016.

MACKLIN R. Tecnologias reprodutivas nos países em desenvolvimento, *Bioética*, v.9, p. 276 – 282, 1995.

MAKUCH, M. Y. et al. Inequitable access to assisted reproductive technology for the low-income Brazilian population: a qualitative study. *Human reproduction*, v.26, n.8, p. 2054-2060, 2011.

MAKUCH, M. Y.; BAHAMONDES, L. Barriers to access to infertility care and assisted reproductive technology within the public health sector in Brazil. *Facts, Views & Vision in ObGyn*, v. 4, n. 4, p. 221-226, 2012.

MAKUCH, M. Y et al. Low priority level for infertility services within the public health sector: a Brazilian case study. *Human Reproduction*, v. 25, p. 430-435, 2010.

MANCIBO, A. C. A.; ROCHA, C. A. Reprodução Assistida – Conceitos. IN: SOUZA, M. C.B.; MOURA, M. D.; GRZYNSZPAN, D. *Vivências em tempo de Reprodução Assistida: o dito e o não dito*. Rio de Janeiro: Revinter, 2008. p. 15 -24

MASSON, F. M.; OLIVEIRA, E. A. A atenção reprodutiva na rede pública do Rio de Janeiro: um relato do serviço social da UFRJ. *Jornal Brasileiro de Reprodução Assistida (Impresso)*, v.14, p.33-37, 2010.

MEDEIROS, L. S.; VERDI, M. I. M. Direito de acesso ao serviço de reprodução humana assistida: discussões bioéticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.15, p.3129-3138, 2010.

MINAYO, M. C. S. et al. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2012, 96p.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2010, 408p.

MOHAMED, R. P. D. S. *Representações sociais de enfermeiros da área de saúde sexual e reprodutivas sobre reprodução humana assistida*. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2015, 223 f. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.

MORI, M. A bioética: sua natureza e história. *Humanidades*, Brasília, v.9, n.4, p.333-341. 1994. Disponível em: <[https://social.stoa.usp.br/articles/0015/4637/Texto\\_1\\_-\\_A\\_bioA\\_tica\\_sua\\_natureza\\_e\\_histA\\_ria.pdf](https://social.stoa.usp.br/articles/0015/4637/Texto_1_-_A_bioA_tica_sua_natureza_e_histA_ria.pdf)>. Acesso em: 20 mar. 2016

MONTAGNINI, H. M. L. et al. Estados emocionais de casais submetidos a fertilização in vitro. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v.26, n.4, 2009.

MOURA, M. D. D.; SOUZA, M. D. C. B. D.; SCHEFFER, B. B. Reprodução assistida: um pouco de história. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, v. 12, p. 23-42, 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v12n2/v12n2a04.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2016.

MUÑOZ, D. R. Bioética: a mudança da postura ética. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v. 70, n. 5, p. 578-579, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-72992004000500001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992004000500001&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 03 out. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72992004000500001>.

MUÑOZ, D. R.; MUÑOZ, D. Bioética: o novo caminho da ética em saúde. *Saúde, Ética & Justiça*, São Paulo, v. 8, n. 1-2, p. 1-6, 2003. Disponível em: <<http://www.periodicos.usp.br/sej/article/view/42216>>. Acesso em: 03 oct. 2017.

NAVES, B. T. O.; SÁ, M. F. F. Panorama bioético e jurídico da reprodução humana assistida no Brasil. *Revista. Bioética y Derecho*, Barcelona, n. 34, p. 64-80, 2015. Disponível em: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1886-58872015000200007&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872015000200007&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em 03 oct. 2017. <http://dx.doi.org/10.1344/rbd2015.34.12067>.

NAÇÕES UNIDAS. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: el Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Nueva York: Naciones Unidas, 1995. Disponível em: <[http://www.unfpa.org/upload/lib\\_pub\\_file/572\\_filename\\_finalreport\\_icpd\\_spa.pdf](http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/572_filename_finalreport_icpd_spa.pdf)> Acesso em: 23 nov. 2015.

OLIVEIRA, E. A. et al. *Reprodução humana: conversando sobre infertilidade*. Rio de Janeiro: Instituto de Ginecologia da UFRJ: Reproarte, 2013 (cartilha).

OLIVEIRA, E. A. et. al. O direito de decidir na hora de planejar a família: o Ambulatório de Reprodução Humana. In: 10<sup>o</sup> Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Porto Alegre, 2012.

PAGLIOSA, F. L.; ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.32, n.4, p. 492-499, 2008.

PASSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. *Problemas atuais de Bioética*, 8ª Ed. revista e ampliada, São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2007. 657p.

PENNINGS, G. Ethical issues of infertility treatment in developing countries. *Facts, views, and vision in obstetrics and gynaecology*, v.2, n.4, p. 17–23, 2008.

\_\_\_\_\_. Ethical issues in infertility treatment. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, v.26, p. 853-863, 2012.

PEREIRA, I. D. F.; LAGES, I. Diretrizes curriculares para a formação de profissionais de saúde: competências ou práxis. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 319-338, 2013. Disponível <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462013000200004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462013000200004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 09 ago. 2017.

POTTER V. R. *Bioética: ponte para o futuro*. São Paulo: Edições Loyola; 2016. 208p.

\_\_\_\_\_. *Bioethics: Bridge to the Future*. New Jersey, Prentice-Hall, 1971.

PUIG J. M. Aproximação à educação moral. In: PUIG, J. M. *Ética e valores: métodos para um ensino transversal*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998, 226p.

QUEIROZ, A. Tecnologias Reprodutivas e Direito: algumas conexões. In: DINIZ, D; BUGLIONE, S. (orgs) *Quem pode ter acesso às tecnologias reprodutivas? Diferentes perspectivas do direito brasileiro*. Brasília: Letras Livres, 2002, p: 23-31.

RAMIREZ-GALVEZ, M. C. *Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: fabricando a vida, fabricando o futuro*. 2003. 272 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

RED LATINOAMERICANA DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA (Chile). *Home*. Versão em português da Redlara. 014a. Disponível em: <[http://redlara.com/aa\\_espanhol/default.asp](http://redlara.com/aa_espanhol/default.asp)>. Acesso em: 26 mai. 2016.

\_\_\_\_\_. *Registro Latinoamericano: estado actual de la reproducción asistida en Latinoamérica y el mundo*. Registro Latino Americano de Reproducción Asistida 1990 - 2012. 2014b. Disponível em: <[http://www.redlara.com/aa\\_portugues/registro.asp](http://www.redlara.com/aa_portugues/registro.asp)>. Acesso em: 26 maio. 2016.

REGO S. Diretrizes curriculares para os cursos médicos: e a educação moral? *Caderno de currículo e ensino*, v.2, n.4, p. 25-32, 2003.

\_\_\_\_\_. *A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. 184p.

REGO S.; SCHILLINGER- AGATI, M. Desenvolvimento moral e ambiente de ensino-aprendizagem nas escolas médicas. In: MARINS J. J. N.; REGO S. *Educação Médica: gestão, cuidado, avaliação*. São Paulo: Hucitec, 2011, p.114-30.

REGO, S.; PALÁCIOS, M.; SIQUEIRA-BATISTA, R. *Bioética para profissionais da saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. 134p.

REGO S.; PALÁCIOS M.; SCHRAMM F. R. O ensino da bioética nos cursos de graduação em saúde. In: MARINS J. J. N.; REGO S.; LAMPERT J. B.; ARAÚJO J. G. C., (orgs). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 165-86

\_\_\_\_\_. Competência bioética em saúde materno-infantil. In: SCHRAMM F.R.; BRAZ M. *Bioética e saúde: novos tempos para mulheres e crianças?* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

REGO, S.; GOMES, A. P.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Humano demasiado humano: bioética e humanização como temas transversais na educação médica. *Cadernos da ABEM*, v. 3, p. 24-33, 2007.

\_\_\_\_\_. Bioética e humanização como temas transversais na formação médica. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 482-491, Dec. 2008. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022008000400011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000400011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 11 jul. 2017.

REGO S.; GOMES A. P. Paulo Freire: contributions to the changing strategies for teaching medicine. *Revista Brasileira de educação médica*, Rio de Janeiro, v.38, n.3, set. 2014. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022014000300003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022014000300003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 04 abr. 2015.

RIOS, R. R. Acesso às tecnologias reprodutivas e princípios constitucionais: igualdade, pluralismo, direito constitucional de família e orientação sexual no debate bioético brasileiro. In: DINIZ, D.; BUGLIONE, S. (orgs) *Quem pode ter acesso às tecnologias reprodutivas? Diferentes perspectivas do direito brasileiro*. Brasília: Letras Livres, 2002. P: 51-72.

ROTANIA, A. (org.) Dossiê reprodução humana assistida. Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Belo Horizonte, agosto 2003. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/home/conteudo/biblioteca/biblioteca/dossies-da-rede-feminista/006.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2016.

ROTANIA, A. Por uma Ecologia da Procriação Humana ou Novas Tecnologias Reprodutivas? In: FERREIRA, V.; ÁVILA, M. B.; PORTELLA, A. P. (Org.). *Feminismo e novas tecnologias reprodutivas*. Recife: Sos Corpo, 2006. Cap. 3. p. 39-48.

SANTOS, A. R. *Metodologia científica: a construção do conhecimento*. 7. ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2007, 158p.

SANTOS, R. N. O. L. *O papel do docente na formação ética dos estudantes de fisioterapia: o olhar de quem ensina*. 2016, 85 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2016.

SCALQUETTE, A. C. S. *Estatuto da reprodução assistida*. 2009. 347 f. Tese (Doutorado em Direito Civil) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2131/tde-08032010-095921/>>. Acesso em: 15 jun. 2016.

SCHRAMM, F. R. Bioética para quê? *Revista Camiliana da Saúde: Revista da Faculdade São Camilo*, v. 1, n. 2, p. 14-21, 2002.

\_\_\_\_\_. Uma breve genealogia da bioética em companhia de Van Rensselaer Potter. *Revista Bioethikos* - Centro Universitário São Camilo, v. 5, n. 3, p. 302-308, 2011.

SCHRAMM, F. R., KOTTOW, M. Princípios bioéticos em salud publica: imitaciones y propuestas. *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.17, n. 4, p. 949-56, 2001.

SCHEFFER, M. C.; CASSENOTE, A. J. F. A feminização da medicina no Brasil. *Revista bioética. (Impr.)*, v.21, n.2, p. 268-77, 2013.

SEGRE, M.; SCHRAMM, M. R. Quem tem medo das (bio)tecnologias de reprodução assistida. *Revista Bioética*, v.9, n.2, p. 43-56, 2001.

SILVA, S. Consentir incertezas: o consentimento informado e a (des)regulação das tecnologias de reprodução assistida. *Cadernos de Saúde Pública*. v.24 n.3, p.525-534, 2008.

SIMONI, F. Monoparentalidade e Tecnologias Reprodutivas. In: BUGLIONE, S.; VENTURA, M.(org) *Direito à Reprodução e à Sexualidade: uma questão de ética e justiça*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010, p.310.

SOUZA, M. C. B.; MOURA, M. D.; GRZYNSZPAN, D. (orgs). *Vivências em tempo de reprodução assistida: o dito e o não-dito*. Rio de Janeiro: Revinter, 2008. 176p.

SOUZA, M. C. B. Latin America and access to assisted reproductive techniques: a Brazilian perspective. *Jornal Brasileiro de Reprodução Assistida*, v. 18, n. 2, p. 47-51, 2014.

STELLA, R. C. R.; PUCCINI, R. F. A formação profissional no contexto das Diretrizes Curriculares nacionais para o curso de medicina. In PUCCINI, RF., SAMPAIO LO.,

BATISTA N. A. (org) *A formação médica na Unifesp: excelência e compromisso social* (online). São Paulo: Editora Unifesp, 2008. p. 53-69. ISBN 978-85-61673-66-6. Disponível em: SciELO Books <<http://books.scielo.org>>

TAMANINI, M. *Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas à luz da Bioética e das teorias de gênero: casais e médic@s no Sul do Brasil*. Tese [Doutorado Interdisciplinar em Ciências Humanas] Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003, 363f.

\_\_\_\_\_. *Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: bioética e controvérsias*. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v.12, n.1, p.73-107, 2004.

TAQUETTE, S. R. et al. Situações eticamente conflituosas vivenciadas por estudantes de medicina. *Revista da Associação Medica Brasileira*, v.51, n.1, p.23-8, 2005.

TELÖKEN, C. et al. Bioética e reprodução assistida. *Revista AMRIGS*, Porto Alegre, v.46, n.3/4, p. 100-104, 2002.

UNESCO. Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos - Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura Divisão de Ética das Ciências e Tecnologias

Sector de Ciências Sociais e Humanas [www.unesco.org/shs/ethics](http://www.unesco.org/shs/ethics) SHS/EST/BIO/06/1 - UNESCO, 2005.

\_\_\_\_\_. Report of the Working Group on the Teaching of Ethics of the World Commission on the Ethics of Scientific Knowledge and Technology (COMEST) Paris 2003 [Available from: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001345/134552mb.pdf>.] Acesso em: 10 jul. 2017.

VARELA, M. A. B. *Competência moral e formação médica: percepção dos docentes sobre a influência do ambiente universitário*. 2013, 110 f. Dissertação (Mestrado) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

VASCONCELOS, C. et al. Direito ao conhecimento da origem biológica na reprodução humana assistida: reflexões bioéticas e jurídicas. *Revista Bioética*, v.22, n.3, p.509-518, 2014.

WARNOCK, M. *A Question of Life: The Warnock Report on Human Fertilisation and Embryology*. Oxford: Blackwell, 1985. 132p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Glossário revisado da Terminologia das Técnicas de Reprodução Assistida (TRA)*: Comitê Internacional para Monitorização da Tecnologia Reprodutiva Assistida. Geneva, 2009. Disponível em: <[http://www.redlara.com/aa\\_portugues/glossario.asp](http://www.redlara.com/aa_portugues/glossario.asp)>. Acesso em: 23 nov. 2014.

\_\_\_\_\_. Current practices and controversies in assisted reproduction report of a meeting on. Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction. Geneva, WHO, 2002. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/283621640\\_Tecnologias\\_de\\_reproducao\\_assistida\\_no\\_Brasil\\_opcoes\\_para\\_ampliar\\_o\\_acesso](https://www.researchgate.net/publication/283621640_Tecnologias_de_reproducao_assistida_no_Brasil_opcoes_para_ampliar_o_acesso). Acesso em: 03 out. 2017.

ZEGERS-HOCHSCHILD, F. *Bioética, reproducción y familia*. 1 ed. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Diego Portales, 2014, p.38.

ZEGERS-HOCHSCHILD, F. et al. Glossário revisado da Terminologia das Técnicas de Reprodução Assistida (TRA), 2009†, Comitê Internacional para Monitorização da Tecnologia Reprodutiva Assistida (ICMART) e Organização Mundial da Saúde (OMS). *JBRA Assist Reprod*, v.14, p. 14-23, 2010.

ZEGERS-HOCHSCHILD, F. et al. Assisted reproductive technologies (ART) in Latin America: the Latin American registry, 2012. *Jornal Brasileiro de Reprodução Assistida*, v. 18, n.4, p. 127-135, 2014. Disponível em: <http://www.jbra.com.br/media/html/JBRA1081.html>>. Acesso em: 08 fev. 2016.