

A DOCTRINA DO CONSENTIMENTO INFORMADO: DO DIREITO
FUNDAMENTAL À INFORMAÇÃO AOS LIMITES DA CAPACIDADE DE
ANUIR NO USO DAS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA

*THE DOCTRINE OF INFORMED CONSENT: THE FUNDAMENTAL RIGHT TO
INFORMATION TO THE LIMITS OF THE CAPACITY TO AGREE TO USE THE
TECHNIQUES OF ASSISTED REPRODUCTION*

Gabrielle Bezerra Sales

Resumo

O trabalho aborda a especificidade das práticas biomédicas de reprodução humana assistida face à sistemática constitucional. Há um estudo da doutrina do consentimento informado em função da existência e supremacia do princípio da dignidade da pessoa humana como proteção maior dos desdobramentos do direito à vida, à saúde, à integridade física e à informação. Interessa aos estudiosos da Bioética, do Direito Civil e do Direito Constitucional, analisando a integral tutela à vida, prevista na Constituição Federal de 1988, particularmente quanto à obrigatoriedade de consentimento livre e esclarecido nas investigações em seres humanos e no uso das técnicas de reprodução assistida.

Palavras-chaves: Sistema constitucional; Bioética; Consentimento informado; Autonomia.

Abstract

This essay addresses the specific practices of biomedical assisted human reproduction under the constitutional system. A study of the doctrine of informed consent is made, according to the existence and supremacy of the principle of human dignity and protection of the largest developments of the right to life, health, physical integrity and information. This subject interests experts of Bioethics, of Civil Law and Constitutional Law, examining the full protection of life, under the Federal Constitution of 1988, particularly as the requirement of free and informed consent in investigations into human beings and the use of techniques of assisted reproduction.

Keywords: Constitutional System. Bioethics. Informed Consent. Autonomy.

Introdução

Provavelmente em relação à postura autoritária e paternalista, demonstrada pelos ensinamentos hipocráticos, foram desferidas as maiores críticas, não somente no sentido da democratização do saber médico, mas igualmente no processo de formação e identificação do paciente como sujeito de sua vida e de suas próprias enfermidades.

Perceptível é, dessa forma, o grau de notabilidade que a idéia de autonomia alcançou ao longo da história da bioética, transformando-se num dos mais aclamados consensos dessa disciplina e acirrando acirradas controvérsias.

De fato, o problema está situado em uma ruptura necessária, que é a percepção do outro não apenas como a continuidade de uma vontade individual, mas como um ser dotado de vontade e razão própria, autônomo e capaz. O outro não mais como mero interlocutor passivo de diálogos individual e autoritariamente estabelecidos, mas como entidade ativa, autônoma e capaz de

expressar os próprios conceitos e sentimentos.

O outro entendido não mais como o *infans*, ou seja, aquele que ainda não possui o domínio dos códigos comunicativos e, portanto, carece de uma fala própria. É exatamente por essa via que se exige a alteração do *status* do outro, que surge o discurso bioético e a conseqüente crítica à ética hipocrática.

1 Atualizando o conceito de autonomia

Indiscutível é que o paternalismo, dito de caráter benevolente, resultado das lições deontológicas das tradicionais faculdades de medicina, tem caracterizado, em maior ou menor grau, o comportamento da maioria dos médicos em relação aos seus pacientes nos últimos 2.500 anos. Veatch (2003, p.70) opina, porém, que a ética hipocrática é atualmente inaceitável para qualquer ser humano racional, seja ele paciente ou não. A constatação, todavia, de que esse padrão de comportamento continua a vigorar na prática médica se torna cada vez mais evidente caso seja tomada como amostragem a relação médico-paciente do interior do Brasil.

Especialmente em lugares em que a assistência médica é precária e os postos de saúde não detêm sequer a aparelhagem mínima necessária e tampouco pessoal qualificado, resta aos poucos médicos a tarefa inglória de tomar para si ocupações que vão desde a área da enfermagem até o aconselhamento espiritual.

Efetivamente, a análise da situação, no Brasil, torna evidente a existência de um Autoritarismo Social¹ que requer, para a sua transformação, um processo de construção da democracia brasileira, não apenas a afirmação legal de direitos e garantias, mas uma ruptura de todas as práticas sociais enraizadas na sociedade, para a consolidação da idéia de cidadania no âmbito popular. (DAGNINO, 2003)

Segundo a prática hipocrática e paternalista, é dever do médico, de acordo com o seu julgamento e habilidade, atenuar a divulgação do diagnóstico no sentido de amenizar o suplício do paciente, ocultando tanto as prováveis conseqüências do tratamento ministrado quanto às alternativas disponíveis. Dessa maneira, era entendida a postura do médico paternalista como uma virtude, pois não pretendia adicionar mais peso² à dor, à miséria, à angústia e à incerteza do paciente, ocultando, muitas vezes, não somente dele, mas também de a toda família, os resultados de exames.

Ainda que se aceite, em certo sentido, a visão conseqüencialista, por vezes até mesmo lícita, de que o melhor para o paciente, num sentido global, é a postura paternalista da ocultação do diagnóstico, a idéia de que pessoas portadoras de enfermidades graves ou fatais ficarão mais felizes se forem enganadas é, no mínimo, suspeita. (HIGGS, 1985; MAIO, 2002, p.188-190).

1 A autora oferece um conceito de Autoritarismo Social e os seus reflexos na sociedade brasileira, “A construção da cidadania aponta para a construção e difusão de uma cultura democrática. A questão da cultura democrática assume um caráter crucial no Brasil [...]. Essa é uma sociedade na qual a miséria, a fome, são os aspectos mais visíveis de um ordenamento social presidido pela organização hierárquica e desigual do conjunto das relações sociais: o que podemos chamar de autoritarismo social. Profundamente enraizado na cultura brasileira e baseado predominantemente em critérios de classe, raça e gênero, esse autoritarismo social se expressa num sistema de classificações que estabelece diferentes categorias de pessoas, dispostas nos seus respectivos lugares na sociedade [...]. Esse autoritarismo social engendra formas de sociabilidade e uma cultura autoritária de exclusão que subjaz ao conjunto das práticas sociais e produz a desigualdade nas relações sociais em todos os seus níveis [...]. O processo de construção da cidadania enquanto afirmação e reconhecimento de direitos é, especialmente na sociedade brasileira, um processo de transformação das práticas sociais enraizadas na sociedade como um todo.” (DAGNINO, 1994, p.103-105).

2 Importa, contudo, esclarecer que no tocante ao comportamento típico do paciente nordestino (Brasil) diante de resultados de exames como biópsia ou da sorologia positiva de teste de HIV, por exemplo, resta ao médico poucas possibilidades senão provocar um enfrentamento duro e radicalmente necessário com a realidade tanto nele quanto em sua família que, na maioria das vezes, finge um total alheamento em relação ao diagnóstico. Nesses casos, o que se tem observado através dos registros médicos, é que tanto o paciente quanto a sua família fingem não entender o que lhes está sendo comunicado e, desta maneira, se deslocam da realidade da doença e, com isto, se desincumbem das decisões mais sérias relativas ao tratamento. É, desse modo, ao médico que cabem as mais difíceis decisões e, nesse caso, não lhe restam muitas alternativas, senão o comportamento paternalista.

A razão supostamente benevolente, na maioria das vezes, não chega a ocultar completamente que a supressão de informações esclarecedoras acerca do tratamento ou da pesquisa está normalmente investida de motivos de caráter pessoal, isto é, uma busca de aplacamento das dúvidas e inquietações do próprio profissional da saúde.

Tal atitude consiste, pois, geralmente, em um esforço de tentar evitar situações embaraçosas que podem revelar não somente o tumultuado aspecto humano do profissional, mas também seu despreparo para lidar com situações moralmente conflituosas, e até, em muitos casos com a própria incompetência técnica.

Trata-se do distanciamento moral que é evidente todas as vezes em que a ocultação da verdade é colocada como pressuposto para as relações humanas. Nesse caso, percebe-se que o outro não é considerado na esfera da reciprocidade nem da alteridade, uma das mais relevantes violações da concepção da bioética. (ROTHMAN, 1991, p.23)

Hodiernamente, o consentimento informado é, entretanto, um dos itens imprescindíveis para qualquer investigação em seres humanos na área da saúde. Por consentimento informado, entende-se a manifestação da vontade e da livre concorrência de vontades entre as partes de uma relação, isto é, a real expressão da autonomia. Casabona (1981, p.141) esclarece que:

Por outro lado, o consentimento do interessado é condição da legitimidade da ação de um terceiro, na medida em que possa afetar um bem jurídico penalmente protegido, com relação ao qual se reconhece a faculdade de disposição por parte de seu titular (integridade corporal e saúde), ou a própria liberdade de movimentos e de deslocamento (liberdade ambulatoria) e até mesmo de formação ou manifestação da vontade daquele (detenções ilegais, ameaças, coações, tratamento médico arbitrário).

Consiste, pois, em um direito subjetivo, de alcance civil, administrativo e penal, no seio da relação entre médico e paciente. A informação e o consentimento são obrigações legais que podem ser expressos mediante um processo em que ao paciente devem ficar esclarecidos o diagnóstico e as possibilidades de intervenção médica, seja ela preventiva ou curativa, e os inevitáveis riscos dela decorrentes. (CASABONA, 2004, p.131).

No entanto, cumpre esclarecer que a transferência da assunção da responsabilidade ao paciente, ou melhor, da assunção do risco do ato médico em face daquilo que lhe foi previamente informado, não acoberta nem mesmo ampara a atuação profissional incorreta, seja ela culposa³ ou dolosa⁴. A imputação da conduta incorreta continua recaindo naturalmente sobre o profissional que a ocasionou.

Assim, desde 1947, data da proclamação internacional do Código de Nüremberg, há um desenvolvimento no processo de formação e de reconhecimento, por parte dos Estados, de um catálogo de direitos do paciente em face da medicina.

No Brasil, desde 1988, o Código de Ética Médica⁵ também aponta o respeito à autonomia do

3 A culpa, neste caso, deve ser entendida em suas três modalidades: negligência, imprudência e imperícia.

4 O que caracteriza uma ação dolosa é o *animus* do agente, ou seja, é a vontade do agente de praticar o ato.

5 O Código de Ética Médica de 1988 é um relevante instrumento de transformação na relação médico-paciente. Trata-se de um documento que acompanhou as mudanças sócio-jurídicas no Brasil, tendo sido influenciado pelas conquistas na área da bioética norte-americana, especialmente em relação ao seu modelo principalista, apresentando um conteúdo mais democrático que os seus antecedentes. Em seu Capítulo IV, em função dos direitos fundamentais e do princípio da autonomia do paciente, há a seguinte vedação ao médico: “efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo iminente perigo de vida. (art. 46)”;

no mesmo sentido há a vedação a: “exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar.(art. 48)”. O Capítulo V regulamenta a relação do médico com pacientes e familiares e portanto dispõe da preservação da autonomia do paciente. No artigo 56, por exemplo, é vedado ao médico, “desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida.”; também no artigo 59 há a seguinte proibição ao médico: “deixar de informar ao paciente, o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal.”; já no artigo 70 é proibido ao médico: “negar ao paciente acesso ao seu prontuário médico, ficha clínica ou similar, bem como deixar de dar explicações necessárias à sua compreensão,

paciente como uma regra geral da conduta profissional do médico. Essa orientação se difunde por todo o código, sendo mais nítida nos capítulos IV, V e VII.

Consiste, pois, numa disposição de compreender a autonomia como decorrente das garantias e direitos fundamentais constitucionalmente assegurados, que se expressam preferencialmente dentre os incisos do capítulo 5º da Constituição da República Federativa do Brasil promulgada em outubro de 1988.

Ainda em função da garantia da autonomia, a Lei brasileira n. 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.

No artigo 7º, a Lei Magna brasileira estabelece, dentre outros princípios para o desenvolvimento das ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), “a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral”; e o “direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde.”

Pode se aduzir que, ao menos em princípio, o Sistema Único de Saúde, foi constituído tendo a autonomia do paciente como pressuposto essencial nas relações com os profissionais da saúde.

Em 1997 a Instrução Governamental sobre a manipulação genética e a clonagem em seres humanos, consolida a imprescindibilidade do respeito à autonomia. Porém, foi a Lei de Biossegurança que definitivamente assegurou a importância da autonomia no Brasil quando prevê, em seu artigo 7º, que caberá aos órgãos de fiscalização do Ministério da Saúde, do Ministério da Agricultura, do Abastecimento e da Reforma Agrária e do Ministério do Meio Ambiente e da Amazônia Legal, dentro do campo de suas competências, observando o parecer técnico da CTNBio: inciso III-“a intervenção em material genético humano in vivo, exceto para o tratamento de defeitos genéticos, respeitando-se princípios éticos, tais como princípio da autonomia e o princípio de beneficência, e com a aprovação prévia da CTNBio.”

Acompanhando essa tendência internacional, na esfera do Direito comunitário, a Carta dos Direitos Fundamentais da União Européia, aprovada em setembro de 2000, apresenta um pequeno, mas significativo núcleo de direitos dos cidadãos relativos à medicina e à biologia. Donde se apreende, do seu artigo terceiro, o incontestável direito do paciente ao consentimento informado. (SCHRAMME, 2002, p.31-32).

Daí, é que, atualmente, cabe ao médico, por meio da elaboração da história clínica do paciente, ou seja, seu prontuário, o ônus da prova perante as autoridades sanitárias e jurídicas, de ter rigorosamente cumprido com o dever de informar corretamente.

Casabona (2004, p.142-143) alerta que, o caso de manipulação ou de ocultação de trechos do prontuário, pode ser considerado como indícios graves de responsabilidade administrativa, civil e, inclusive, penal do profissional responsável.

Sugere ainda que a informação, entendida como parte imprescindível do consentimento, divide-se em três classes: a informação como objeto da consulta⁶ ou finalidade do ato médico; a informação como parte do tratamento, ou melhor, a informação terapêutica⁷; e a informação como pressuposto do consentimento⁸.

salvo quando ocasionar riscos para o paciente ou para terceiros.” O Capítulo VII do mesmo código, regulamenta a pesquisa médica e, em seus nove artigos, expressa a autonomia da pessoa humana em se submeter a um experimento científico. Em seu artigo 123 há a seguinte proibição: “realizar a pesquisa em ser humano, sem que este tenha dado consentimento por escrito, após devidamente esclarecido sobre a natureza e as conseqüências da pesquisa.”; mais adiante, resta também vedado, no artigo 127: “realizar pesquisa médica em ser humano sem submeter o protocolo à aprovação e ao comportamento de comissão isenta de qualquer dependência em relação ao pesquisador.”; finalmente, em seu artigo 128, fica proibido ainda: “realizar pesquisa médica em voluntários, sadios ou não, que tenham direta ou indiretamente dependência ou subordinação relativamente ao pesquisador.”

6 Para Casabona (2004, p.114) se trata de uma informação diagnóstica, ou seja, de caráter pré-sintomático sobre o estado de saúde momentâneo do paciente, acompanhada naturalmente de um prognóstico.

7 Casabona (2004, p.145) também ajuda a distinguir esse outro tipo de informação, isto é, de caráter terapêutico. Segundo ele, supõe aqui um tipo de esclarecimento em razão de uma ativa colaboração do paciente no processo de cura e tratamento de sua enfermidade, sendo portanto necessariamente de caráter verbal e de forma contínua.

8 Essa classe de informação é a que antecede o consentimento, deste modo a sua ausência ou transmissão errônea ou incompleta pode e deve gerar a responsabilização tanto do profissional quanto do estabelecimento sanitário, ou seja,

Tomando como base as três modalidades de informação, o consentimento deve ser necessariamente livre e consciente. Como livre deve ser entendido o consentimento em que o sujeito possua uma precisa representação mental e psíquica da realidade, a dizer, acerca do alcance do ato ou dos atos sobre os quais irá consentir.

Livre é também o consentimento que, em sua elaboração, não advier de erro, coação ou qualquer outro procedimento de cunho duvidoso ou ambíguo que possa macular ou limitar a captação das informações ou a liberdade de deliberar e consentir do paciente como um sujeito da própria história.

O sujeito do consentimento deverá ser preferencialmente o paciente ou, na falta de alguma das suas faculdades físicas, psíquicas ou mentais, seu representante legal. Em caso de paciente adulto e capaz, não devem ser exigidos qualquer tipo de assentimento de outrem, seja de cunho familiar ou mesmo profissional, no sentido de garantir uma ampla liberdade do paciente no ato de seu consentimento.

O consentimento de paciente adulto e capaz de processar e de deliberar as informações sobre o procedimento médico a que foi ou será submetido deve ser entendido como suficiente. Nesses termos, urge assegurar que a vontade do paciente, antes e durante o procedimento médico, deverá ser protegida se foi emitida na total ausência de erro ou vício.

Como se depreende, a participação do paciente, e/ou de seus familiares, como sujeito ativo⁹ na condução do tratamento a ser ministrado, é considerada a condição primordial para o discurso bioético.

Trata-se, de fato, de uma tentativa de estabelecer o tratamento médico de forma individualizada em que a cada momento, médico e paciente, possam argumentar em função das possibilidades inovadoras da biotecnologia e da medicina, em face de suas crenças e em oposição às suas opiniões, préconceitos e valores préestabelecidos.

Nesse sentido, a conduta do médico deve se caracterizar por ser um agir voltado para o entendimento. Habermas¹⁰ adverte que se trata de um agir voltado para a tarefa de identificar e reconstruir as condições universais de entendimento possível.

De fato, o que se busca é a real aproximação entre horizontes e perspectivas morais muitas vezes díspares, que deve ocorrer mediante o diálogo contínuo entre as partes, isto é, médico e paciente.

Esse diálogo deve ser marcado pela abertura a um novo horizonte comunicativo e também pela possibilidade nítida e concreta dos comunicadores se criticarem mutuamente.

Consiste, pois, num processo de compreensão, ou melhor, de interpretação mútua, que leva a

tanto responsabilidade civil quanto administrativa. (CASABONA, 2004, p.147).

9 Segundo a Encyclopædia de Bioética, a autonomia é entendida como uma capacidade psicológica do sujeito ativo, *“There are three elements to the psychological capacity of autonomy: agency, independence, and rationality.”* E define agency: *“The capacity for agency distinguishes persons from inanimate objects and from nonhuman animals. Inanimate objects can be affected by objects and conditions external to them, as can persons, but unlike persons, inanimate objects cannot be said to act on desires.”* Já independência é entendida: *“Independence is the absence of influences that so control what a person does that it cannot be said that he or she wants to do it. This may seem a feature of an autonomous action rather than an element of psychological capacity. However, there are cases in which a person’s course of life is under constant threat of violence from others, and the person acts always to avoid harm: war, poverty, abusive relationships, police states. When the whole of a person’s beliefs, plans, self-image, and ways of relating to others are the result of unrelenting coercion and manipulation, then that person has little or no capacity for autonomy.”* Finalmente, quanto à racionalidade, esclarece: *“The third element of capacity for autonomy is means-end rationality, or rational decision making. In addition to the self-consciousness of agency, the capacity for rational decision making requires a person: (1) whose beliefs are subject to standards of truth and evidence; (2) with ability to recognize commitments and to act on them; (3) who can construct and evaluate alternative decision; (4) whose changes in beliefs and values can change decisions and actions; and (5) whose beliefs and values yield rankings of action commitments.”* (POST, 2003, p.246-247).

10 Habermas (1997, p.229) tenta demonstrar que a tentativa de fusão de horizontes tradicionais, em que cada um dos comunicadores advém de tradições demasiado diversas e apresentem uma alteridade radical, culminará no entendimento entre os interlocutores. Nesse sentido, cada signo embuido de sua significação e carregado de tradição, é oferecido ao diálogo, não esgotando os sentidos subjacentes em relação à história íntima do interlocutor, mas abrindo caminho para novos questionamentos e novas reinterpretações que devem ocorrer em seu âmbito.

criação de códigos comunicativos análogos entre os interlocutores e evita, portanto, que o processo comunicativo seja frustrado pela ocorrência de conceitos equívocos, ambíguos ou dúbios impeditivos para a possibilidade do diálogo.

No caso de pacientes submetidos às técnicas de reprodução assistida, os formulários de consentimento informado, devem, obrigatoriamente, dispor detalhadamente os conceitos das várias modalidades e técnicas de fertilização artificial, seus desdobramentos médicos, jurídicos, éticos e morais, bem como um detalhado esclarecimento dos métodos e dos riscos e possíveis danos à saúde dos pacientes.

O profissional deve também informar ao paciente acerca das estatísticas quanto aos riscos¹¹, especialmente no caso de advir gravidez múltipla, orientando quanto às possíveis conseqüências acerca das possíveis reduções, casos de congelamento ou doação de embriões etc.

2 O consentimento informado na reprodução humana

Consiste no assentimento que as pessoas sujeitas a procedimentos, utilizando as técnicas de reprodução assistida, concedem aos profissionais de saúde, mediante o esclarecimento de todas as informações necessárias, direta ou indiretamente, a sua consecução, resguardando a sua autonomia e, também, a sua capacidade decisional. (HACKING, 2000, p.1-34).

Entende-se o consentimento informado como um sinal de humanização da relação médico-paciente, em função do respeito à autonomia deste e da segurança para aquele.

-
- 11 Entre os mais freqüentes riscos advindos das práticas que envolvem a reprodução assistida, se destacam:
- Hiperestimulação ovariana:** Se trata de uma resposta exagerada do ovário à estimulação a que foi submetido, ou seja, há uma produção superior do número de folículos. Caracteriza-se, basicamente, pelo aumento do tamanho dos ovários e por distensão abdominal pela retenção de líquido. Ocorre normalmente em 1 a 5% dos ciclos estimulados. Esta probabilidade é aumentada em mulheres jovens acometidas da síndrome de ovário poliquístico.
- Gravidez tubária:** É a implantação de embrião em uma das duas trompas de falópio. Este diagnóstico só pode ser materialmente realizado aproximadamente 21 dias após a transferência embrionária, quando por ecografia, poderá ser visto o saco gestacional. Esta complicação ocorre numa proporção de 1 a 2% dos casos, sendo que aos submetidos ao tratamento de FIV- fertilização *in vitro*, há o aumento para 4% devido ao fato de que a grande maioria dos pacientes que recorrem a esta técnica já possui algum tipo de enfermidade tubária ou uterina.
- Na ocorrência dessa complicação, é necessário ou procedimento cirúrgico por laparoscopia, ou a administração de uma droga quimioterápica chamada Metotrexato que inibe a multiplicação celular do embrião e, pois, diminui as chances de estrangulamento da trompa no desenvolvimento da gravidez.
- Torsão ovariana:** O ovário hiperestimulado pode, muitas vezes, duplicar ou até triplicar de tamanho. O peso excessivo, aliado à distensão abdominal, pode tender ou facilitar uma torsão, estrangulando o sistema vascular da região afetada, gerando dores e intensas cólicas. Se o quadro não se resolver espontaneamente com o retorno do ovário ao seu lugar original, pode ocorrer a necrose (morte celular), destruição do ovário e hemorragia. É uma emergência médica e o tratamento recomendado é cirúrgico por laparoscopia. Daí, trata-se de cirurgia para tentar distorcer o ovário, que nesses casos, rapidamente recupera a sua vitalidade e funcionalidade. Ocorre em casos graves, em que há grande comprometimento do sistema circulatório, a extirpação. Esses casos se apresentam em apenas 1% de todos os pacientes submetidos às técnicas de reprodução assistida.
- Em casos de fertilização *in vitro* (FIV) e transferência embrionária podem acontecer algumas complicações devido à pulsão transvaginal durante à aspiração folicular. Ainda que com baixíssima frequência podem ocorrer também, nesse caso: lesões na parede vaginal, infecções pelvianas, sangramentos e até lesões no intestino.
- Casos de má-formações no nascimento:** A porcentagem de má-formações no nascimento advindos de técnicas de fertilização artificial não é mais alta que a da população em geral em idade reprodutiva, ou seja, 2 a 2,4% de todos os nascidos vivos no ano.
- Gravidez múltipla:** A proporção de multigestação é uma conseqüência direta do número de embriões transferidos, da idade da mulher, do histórico do casal, da ocorrência de enfermidades de caráter genético e da incidência de abortos espontâneos.
- A taxa global de gravidez múltipla é de 29%. Isto significa que de 100 casos, 29 resultam em múltipla gravidez. Muitas vezes, ocorre espontaneamente ou é previamente aconselhada, a redução embrionária até a 12ª semana de gestação.
- Normalmente a implantação do número máximo de embriões é recomendada em casos de casais em que há um histórico que se traduz por uma alta mortalidade neonatal. Porém, a única maneira ética e responsável, nestes casos, é a diminuição de embriões implantados, diminuindo as seqüelas para os nascidos de gravidez múltipla. Importa ressaltar que o número de embriões a serem implantados depende da legislação do país em que deve ser conduzido o tratamento e pode variar também em função da idade e da saúde do casal.

A sua problematicidade reside nas ambigüidades que, muitas vezes, estabelecem-se no termo do consentimento. Mas, também se refere à complexidade do tema, entrelaçando a teia das noções de cidadania, direitos do consumidor, direito constitucional, prática biomédica, direito civil, biodireito, bioética etc.

Sem abordar a tensão entre os riscos e os benefícios, direitos e deveres, respeito à autonomia, à vida, à dignidade, à liberdade, confrontados com a idéia de responsabilidade, controle, confiança e autoridade.

Algumas correntes, todavia, optam por questionar a legitimidade do consentimento dado em esfera pessoal em estados graves ou comatosos¹, alegando que se encontra diminuída a capacidade do paciente.

Alegam que atos que exigem maior complexidade biomédica (Procedimentos em pacientes terminais, decisões emergenciais em UTIs ou centros cirúrgicos etc.) fogem da tradicional relação médico-paciente e, portanto, carecem de um procedimento de assentimento diferenciado. (FARSIDES, 2001, p.222-229).

A resolução nº1598/92 do CFM- Conselho Federal de Medicina prevê a obrigatoriedade do consentimento informado, emitido de forma escrita, pelos pacientes que se sujeitarão a todos os procedimentos na área da reprodução assistida, após a informação detalhada a respeito dos aspectos biológicos, jurídicos, éticos e financeiros. Estende o acesso ao tratamento às mulheres solteiras, mas no caso de serem casadas ou possuírem companheiro, torna obrigatória igualmente a anuência do cônjuge no consentimento.

Aguiar (2005, p.77) entende que se trata de exigência acertada e alude às conseqüências relativas à filiação. Segundo ela, “cada uma das vontades deve ser convergente a esse desiderato e, isoladamente não tem autonomia para criar vínculo de filiação em relação ao parceiro, casado ou não.” Trata-se de um compromisso firmado diante das clínicas, mas que assume amplas conseqüências perante o Estado, a sociedade e, finalmente, em relação à criança². Teixeira (2004, p.311) lembra que:

Esse novo ser não pode servir apenas de instrumento para a realização irrestrita da felicidade dos pais, sob pena de conduzir a discussão para a reificação de uma vida. Não se pode negar que a criança é um sujeito de direitos- protegido pelo Estado-, que deverá desenvolver todas as suas potencialidades.

Na dúvida em determinar a quem compete anuir e, pois, atuar como parte dessa relação jurídica, é preferível que todos envolvidos estejam acordados e disponham seu assentimento

1 Trata-se de um autor que se autodefine como um teórico conseqüencialista no campo da moral, preocupando-se mais com os resultados das ações boas ou más do que com definições pré-concebidas. Para Singer o limite da sensibilidade seria o referencial para a classificação das ações. Por limite da sensibilidade, Singer entende a capacidade de sofrer, sentir alegria ou felicidade, considerando esse o único limite defensável da preocupação com os interesses alheios. Para ele não há termo de comparação entre o embrião, o feto e o indivíduo vivo e participante das esferas sociais. Critica a idéia da vida como dom e seu caráter sacro-santo, entendendo ser importante descortinar a ideologia especista da ciência que sacrifica milhões de animais não-humanos em empreendimentos científicos. Lembra ainda daqueles submetidos às torturas em exposições, em circos, em zoológicos ou compõem a dieta alimentar carnívora dos humanos. Denuncia esse especismo com a mesma lógica dos que criticam o racismo ou sexismo e explica que seu interesse não é desprezar a espécie humana, mas enfrentar a realidade e denunciar uma tirania dos humanos sob os outros animais. Defende que é mais legítimo o uso de fetos de crianças com anomalias cerebrais graves do que com gorilas e outros animais que, ao contrário dos fetos humanos, demonstrem sensibilidade à dor. Nesse contexto em que é diferenciado o ser pertencente à espécie humana da pessoa humana, é que ele defende a substitucionalidade de fetos ou embriões. Apesar de não ter enumerado alguns indicadores de humanidade para identificar a pessoa humana, afirmou que esse *status* só é cabível em indivíduos que possuam a capacidade de relacionamento social, a noção de tempo histórico, a linguagem etc. Entende, finalmente, ser imprescindível denunciar a falta de dignidade como se trata a maioria dos animais. (SINGER, 1994, p.33).

2 O anonimato do doador, segundo a autora, cercearia o direito fundamental da criança de ter acesso a uma verdade essencial sobre si mesma, sobre suas origens genéticas, que poderá futuramente prejudicar o seu desenvolvimento afetivo, psíquico-social bem-sucedido e a aquisição de uma identidade pessoal completa. (FRANKLIN, 1999, p.127-165).

formalmente. (ANDRADE,1997). Analisando a tutela civil assegurada ao nascituro pelo novo Código Civil brasileiro pode se afirmar que a sua representação compete aos pais, segundo o artigo 1630. Caso a mulher seja solteira, o nascituro permanece, salvo pretensão do pai, representado pela mãe em face do artigo 1633 desse mesmo estatuto.

Dar-se-á curador ao nascituro em caso de falecimento de seu pai e, segundo o artigo 1779 do Código Civil brasileiro em conjunção com o artigo 878, parágrafo único, Código de Processo Civil brasileiro, caso a mulher esteja grávida e não detenha o pátrio poder. Ainda será, segundo o artigo 1779 do estatuto Civil, parágrafo único, nomeado curador para o nascituro em razão da interdição da sua mãe.

Quanto à época em que deva ser dado o consentimento, é relevante assegurar que deve ser sempre antes da fase da inseminação, ressaltando a possibilidade de algumas das partes virem posteriormente a aderir ao consentimento. Em relação aos doadores (de óvulos ou de sêmen), é desnecessário que eles sejam chamados a anuir a cada vez em que seja utilizada parte do material biológico doado³.

Com efeito, é pressuposto essencial que todas as implicações decorrentes dessas técnicas reprodutivas tenham sido suficientemente esclarecidas e aceitas na ocasião da doação. É fundamental, porém, que sejam estabelecidas todas as possibilidades de uso dos gametas doados. Cabe aos centros de reprodução assistida, particularmente ao médico chefe da equipe, a triagem do material biológico doado e a busca pela compatibilidade entre o perfil fenotípico dos doadores e dos receptores. Costa (2004, p.10-11) adverte que a noção de semelhança está na perspectiva do observador e alude à idéia da suposta existência de uma categoria, a do 'doador ideal'. Segundo ela,

é o que possibilita, por parte do receptor, o estabelecimento de semelhanças que sejam desejáveis, selecionadas da variedade de características presentes nos próprios receptores e seus parentes. Mas, o que acaba por prevalecer nessa seleção são as classificações realizadas pelas instituições médicas, objetivando regular que as doações e recepções de gametas sejam feitas entre aqueles considerados semelhantes

Isso consiste num ponto conflituoso das práticas de reprodução artificial, pois há, por um lado, o direito ao sigilo do doador e, em contrapartida, há o direito do conceito, constitucionalmente assegurado, à identidade. (DINIZ, 2002, p.496). O Conselho Federal de Medicina determinou, no teor da resolução de 1992, a gratuidade do dom, vedando qualquer possibilidade de lucro na doação de parte do corpo humano. Reafirmou também o direito ao sigilo do doador. Aguiar (2005, p.77) entende que:

Há que se fixar serem médico e paciente devedor e credor recíprocos. É o expert devedor do dever de informar, do qual o paciente é credor. A reciprocidade nessa relação impõe, entretanto, seja o médico credor de uma declaração de consentimento, do qual o paciente é devedor.

Acrescenta,

Somente quando se exaure, em sua inteireza, essa mutualidade, é que se pode afirmar ter havido consentimento informado, que é o dever secundário, anexo ou instrumental, consoante já realçado, em face do principal, de realizar a técnica propriamente dita. Ou seja, há uma relação dialógica entre o médico e anuente que, ao consentir, deve confirmar o esclarecimento que obteve. (AGUIAR, 2005, p.79).

Ocorre que o congelamento de embriões implica um considerável número adicional de exigências em relação à prática habitual de fertilização *in vitro*, sendo inegável a responsabilidade no armazenamento, e, sobretudo, na parte relativa à identificação. Nesse caso, a resolução 1.358/92 dispõe que deve constar do consentimento a advertência de que, em se tratando de embriões *in vitro*, todas as intervenções devem ser realizadas a fim de avaliar a sua viabilidade ou para

3 A autora indaga se, em caso de doador casado, seria necessário também a anuência do cônjuge para que se dê por firmado o termo de consentimento. E acrescenta que se, em caso de desistência antes da primeira utilização, o doador poderá impedir o uso do material biológico. (DINIZ, 2002, p.492).

diagnóstico⁴ de alguma enfermidade hereditária.

Em casos de reprodução assistida fica mais evidente que a relação médico-paciente também é uma relação de consumo, sendo pacífica a necessária proteção aos sujeitos vulneráveis⁵ pelo direito do consumidor e igualmente pelo direito constitucional, além dos demais estatutos civis, processuais e penais.

Além disso, trata-se de uma das manifestações do pluralismo jurídico a elaboração das regras gerais do termo de consentimento. É fundamental, portanto, que os protocolos sejam de fácil acesso e viabilizem não somente à conscientização do usuário, mas que também enumerem as diversas possibilidades de efeitos decorrentes dos procedimentos.

No Brasil, cabe a cada clínica ou centro a elaboração do termo de consentimento. Todavia, em 2000 houve a tentativa por parte dos centros e das clínicas ligadas à rede latinoamericana de reprodução assistida, de uniformizar os termos de consentimento.

Geralmente, os usuários deliberam sobre os serviços de uma determinada clínica, a aplicação de regras éticas e jurídicas, as modalidades das técnicas e os limites de seu emprego acerca de resultados e riscos.

Numa perspectiva científica, falar de riscos envolve a compreensiva necessidade de acolher a probabilidade de sua ocorrência. A rigor, é mais simples arrolar os riscos do que precisar a sua probabilidade e assumir o controle.

A definição dos riscos depende não só de cálculos abstratos, mas, principalmente, da análise do grau de expectativa daqueles que irão se submeter aos tratamentos, em virtude dos valores sociais do grupo a que pertencem. Dá-se, nesse sentido, a abertura para a polissemia no esclarecimento dos riscos e possíveis complicações nos procedimentos médicos-reprodutivos.

A prestação esperada pelo usuário das técnicas de reprodução assistida, bem como a promessa daqueles que oferecem o serviço, de fato, ultrapassam totalmente os termos do consentimento. Trata-se de relação profundamente ambígua, em que as partes ocultam, na maioria das vezes, que a prática estabelece idealidades e visa à realização de sonhos, excluindo o aspecto racional da negociação.

A ambiguidade mais evidente se refere à forma de tratamento dispensada ao embrião. Em alguns momentos, é afirmado como bebê, restando ainda a categoria 'pré-embrião' para designar a parte relativa aos riscos.

4 Segundo os autores, aconselhamento genético consiste: “[...] em um processo pelo qual os pacientes – e às vezes também seus parentes – com riscos de padecer enfermidades de caráter hereditário, genético ou com relação a alguma alteração cromossômica, são advertidos das conseqüências da enfermidade ou anomalia, da probabilidade de padecê-la ou de transmiti-la e dos meios possíveis para evitá-las, melhorá-las ou minorá-las.” E afirma resumidamente a responsabilidade legal do médico decorrente do processo de aconselhamento genético: “Quando o profissional de saúde não aconselha ao paciente a conveniência de submeter-se às provas pertinentes, o que pode dar lugar ao nascimento de uma criança com anomalias congênitas, ou que se renuncie à procriação de crianças que provavelmente seriam sadias; quando se oferece ao casal o submetimento a provas genéticas preditivas, determinadas para obter um diagnóstico preciso, pode ocorrer que, devido à pouca diligenciado médico ou à dificuldade da técnica utilizada, produza-se uma série de lesões ao feto, à mãe ou a ambos. Inclusive, em casos extremos pode dar lugar a sua morte; quando o profissional interprete ou valore negligentemente os resultados das provas genéticas praticadas, dando lugar aos falsos positivos e negativos. São erros que darão lugar a uma série de decisões transcendentais, dependendo do diagnóstico oferecido, e uma muito variada índole de conseqüências jurídicas- esterilizações, interrupções de gravidez por indicação embriopática erroneamente detectadas; quando o conselheiro genético não informe de maneira completa e adequadamente seus pacientes sobre o diagnóstico, o tratamento e o risco, etc.; quando os profissionais de saúde, sem o consentimento do paciente revelem a terceiros pessoas aqueles dados pessoais ou genéticos descobertos ao longo das provas realizadas, ou quando não se custodiam os referidos dados com as devidas garantias.”(CIRIÓN-EMALDI; CASABONA; QUEIROZ, 2004, p. 63-120).

5 A vulnerabilidade, no caso, é do consumidor. Consiste na desigualdade real entre aqueles que ingressam numa relação de consumo em evidente desequilíbrio. A vulnerabilidade, aliada à hipossuficiência de alguns grupos sociais e sujeitos, é um dos traços distintivos da figura do consumidor segundo o Código de defesa do consumidor brasileiro, artigo 4º. No caso da reprodução assistida, resta evidente que os usuários, sejam casados ou solteiros, se fragilizam em face dos sonhos e projetos reprodutivos e, na maioria das vezes, se deixam envolver completamente pelas promessas, verbalizadas ou não, das clínicas. Assim, pode-se dizer que, normalmente, os pacientes vão se deixando aprisionar numa teia de sonhos, irracionalidade e inconsciência, transformada na relação médico-paciente.

O embrião é apresentado como uma entidade, um ser abstrato desprovido de relações sociais. Porém, simultaneamente, é o resultado positivo de todas as promessas de procedimento exitoso.

Há uma ênfase dual na singularidade da pessoa humana, nesse caso, particularmente quando num momento se afirma e, no outro, se retira a personalidade do sujeito embrião. Incremento da vontade procreacional e, ao mesmo tempo, é destituída dos genitores a responsabilidade pelos seus atos e desejos.

Considerações finais

Geralmente, no ambiente das clínicas particulares, oculta-se ou evita-se falar sobre os riscos e as dificuldades que fazem parte do tratamento, estabelecendo uma larga margem dos chamados 'riscos inerentes' no conteúdo do documento termo de consentimento. (MENEGON, 2004, p.07).

A esperança de ver seus desejos reprodutivos realizados impede a confrontação dos riscos, dos desgastes emocionais, físicos, afetivos, financeiros e todas as demais complicações que, normalmente, fazem parte do emprego da reprodução assistida. Desse modo, numa fase prévia, os casais devem ser ampla e detalhadamente informados acerca da criopreservação e das suas conseqüências, bem como também acerca da legislação pertinente ao caso.

Importa esclarecer primordialmente sobre os riscos e possíveis danos, porém afirmar claramente que o objetivo da reprodução artificial é, essencialmente, gerar filhos e estabelecer os laços de parentesco. Aliás, esse é um detalhe que tem, deliberadamente, sido omitido nas discussões a respeito desse tema. Gerar filhos se estende em laços profundos de parentesco, cuja intimidade deve ultrapassar radicalmente o desejo momentâneo e consumista, arrolados na categoria 'satisfação pessoal' que figura nos questionários de avaliação ulterior.

É aconselhável, pois, que a fase do consentimento esclarecido e informado seja subdivida em diversas etapas⁶. Além disso, é fundamental que o casal seja acompanhado de atendimento médico-psicológico a fim de estar apto a avaliar criteriosamente e conscientemente as condições apresentadas. (ARCHER, 2002, p.251-271).

Investidos de absoluta capacidade decisional e munidos de informações verdadeiras e claras, os usuários devem acordar não somente em função da utilização desse procedimento, sobretudo a respeito do destino dos embriões supranumerários em residual e indefinido estado de criopreservação. (LEE, 1965, p.77-78).

Embriões supranumerários significam, atualmente, o que foram as típicas gestações múltiplas do final do século passado. Efetivamente, são efeitos iatrogênicos do emprego das técnicas reprodutivas. Trata-se de um dos paradoxos acarretados pelo uso da fertilização *in vitro* em série. Um efeito que traduz a incapacidade da técnica em realizar com segurança e eficiência prometida os procedimentos reprodutivos, sem causar danos reais a inúmeros embriões.

Assim, é radicalmente ilegal o uso da falta de aperfeiçoamento de uma técnica como forma de produção de embriões humanos. É inconcebível que esses gravames à natureza humana sejam aceitos e arrolados na categoria 'margem de erro e risco inerente'. Menegon (2004, p.08) orienta:

a comunicação dos riscos e benefícios, além de subsidiar a tomada de decisão apresenta uma outra forma de distribuição de responsabilidades. Na lógica do consentimento informado, o profissional tem o dever de comunicar possíveis riscos, benefícios e tratamentos alternativos. Ao cumprir esse dever as responsabilidades são redistribuídas e diluídas pela rede social de relações, em diferentes níveis.

A resolução nº 1358/92 do CFM- Conselho Federal de Medicina limita a transferência de no máximo quatro embriões por ciclo e veda a redução embrionária. Importa ressaltar, ainda, que a Lei de Biossegurança estabeleceu o prazo de três anos de congelamento para que, não havendo possibilidades de implantação em útero feminino, os embriões devem ser disponibilizados à

⁶ A autora analisa as condições para a formação e manifestação da vontade racional. Entende que se trata de um processo que, dentre as etapas, deve ser iniciado pela decisão de contratar, sucedido da etapa da concepção e deliberação e, finalmente, pela última fase, a execução. Explica que essa sucessão de etapas se estende a todos os contratos, não se restringindo somente aos contratos de crédito. (CHARDIN, 1988, p. 170-196).

pesquisa científica. Para fins de de responsabilidade civil, a relação jurídica mantida entre os usuários e a clínica ou hospital dá ensejo à responsabilidade objetiva segundo o artigo 14 do Código do Consumidor. Pode, ainda, ser aplicada a responsabilidade objetiva prevista no artigo 927, parágrafo único, do Código Civil brasileiro. A doutrina civilista afirma que:

Consagrada está a responsabilidade civil objetiva que impõe o ressarcimento de prejuízo, independentemente de culpa, nos casos previstos legalmente, ou quando a atividade do lesante importar, por sua natureza, potencial risco para os direitos de outrem. A responsabilidade fundada no risco da atividade, como prevista na segunda parte do parágrafo único do art. 927do novo Código Civil, configura-se quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano causar a pessoa determinada um ônus maior do que aos demais membros da coletividade(Enunciado n. 38, aprovado na Jornada de direito civil, promovida, em setembro de 2002, pelo Centro de Estudos Judiciários do Conselho da Justiça Federal). Substitui-se a culpa pela idéia do risco. Essa responsabilidade civil objetiva funda-se na teoria do risco criado pelo exercício de atividade lícita, mas perigosa, como produção de energia nuclear ou produtos químicos; distribuição de combustíveis; fabricação de explosivos; manuseio de máquinas ou utilização de veículos em transporte de mercadorias ou de pessoas etc. (DINIZ, 2006, p.715-716).

A prática clínica tem demonstrado que, em virtude dos custos para a manutenção dos embriões em estado de congelamento, aliado à justificativa utilitarista de que uma expressiva maioria de casais já obtém, nos primeiros ciclos, resultados positivos, os supranumerários ou excedentes são simplesmente abandonados e tratados como resíduos. (CARVALHO, 2000, p.99-115).

As remotas possibilidades de implantação *in útero* destes embriões que aguardam no limbo da reprodução assistida são menos em função da sua suposta viabilidade ou morfologia do que da vontade procreacional dos seus responsáveis ou de outros casais que pudessem vir a adotá-los.

Lícito é exigir do Estado, por meio da criação de comitês de bioética a fiscalização eficiente nas clínicas, nos centros de pesquisa e nos laboratórios, principalmente porque são locais normalmente refratários a uma ética diferente daquela que exige continuidade para a produção acelerada de resultados positivos. (NEVES, 2002).

Referências

AGUIAR, Mônica. Direito à filiação e bioética. Rio de Janeiro: Forense, 2005.

ANDRADE, Manuel A. Teoria geral da relação jurídica. Coimbra: Almedina,1997.

ARCHER, Luis. Questões éticas no princípio da vida humana: contracepção e procriação assistida. In: NEVES, Maria do Céu Paltrão (Org.). Comissões de ética: das bases teóricas à atividade quotidiana. Coimbra: Ed. Coimbra, 2002. p. 251-271.

CARVALHO, Maria Cecília Maringoni de. Por uma ética ilustrada e progressista: em defesa do utilitarismo. In: OLIVEIRA, Manfredo de (Org.). Correntes fundamentais da ética contemporânea. Petrópolis: Vozes, 2000.p. 99-118.

CASABONA, Carlos Maria Romeo. O consentimento informado na relação entre médico e paciente: aspectos jurídicos. In: CASABONA, Carlos Maria Romeo; QUEIROZ, Juliane Fernandes (Org.). Biotecnologia e suas implicações ético-jurídicas. Belo Horizonte: Del Rey, 2004. p. 99-143.

CASABONA, Carlos Maria Romeo. El médico y el derecho penal. La actividade curativa. Barcelona: Bosch, 1981.

CHARDIN, Nicole. Le contrat de consommation de crédit et l'autonomie de la volonté. Paris: Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence, 1988.

CIRIÓN-EMALDI, Aitziber. A responsabilidade dos profissionais sanitários no marco do assessoramento genético. In: CASABONA, Romeo Maria;

QUEIROZ, Juliane Fernandes (Org.). Biotecnologia e suas implicações ético-jurídicas. Belo

Horizonte: Del Rey, 2004. p. 63-120.

COSTA, Rosely Gomes. O que a seleção de doadores de gametas pode nos dizer sobre noções de raça. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 2-15, jul./dez. 2004.

DAGNINO, Evelina. Os movimentos sociais e a emergência de uma nova noção de cidadania. In: _____ (Org.). *Os anos 90: política e sociedade no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1994. p. 99-121.

DINIZ, Maria Helena. *Código civil anotado*. 12. ed. São Paulo: Saraiva, 2006.

DINIZ, Maria Helena. *O Estado atual do biodireito*. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

FARSIDES, B. Drager H. Informed consent and research on assisted conception. In: DOYAL, L. (Org.). *Informed consent in medical research*. London: BMJ Books, 2001. p. 200-230.

FRANKLIN, Sarah. Making representations: the parliamentary debate on the human fertilisation embryology act. In: EDWARDS, J. et al. *Technologies of procreation: kinship in the age of assisted conception*. 2. ed. New York: Routledge, 1999. p. 125-169.

HABERMAS, Jürgen. *Teoría de la acción comunicativa: complementos y estudios previos*. Tradução de Manuel Jiménez Redondo. Madrid: Cátedra, 1997.

HACKING, I. Why ask what? In: _____ (Org.). *The social construction of what?* Cambridge/Harvard: University Press, 2000. p. 1-39.

HIGGS, R. On Telling Patients the Truth. In: *MORAL dilemmas in modern medicine*. Oxford: Oxford University Press, 1985. p. 156-191.

MAIO, Giovanni. *Ethik der Forschung am Menschen: Zur Begründung der Moral in ihrer historischen Bedingtheit*. Stuttgart- Bad Cannstatt: Frommanholzboog, 2002.

MENEGON, Vera Mincoff. Consentindo ambiguidades: uma análise documental dos termos de consentimento informado, utilizados em clínicas de reprodução humana assistida. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 3-32, maio/jun. 2004.

NEVES, Maria do Céu Paltrão. A fundamentação antropológica da Bioética *Revista Bioética*, Brasília, DF, v. 4, n. 1, p. 9, 1996.

OSWALD, Walter. Avaliação dos ensaios clínicos. In: NEVES, Maria do Céu Paltrão (Org.). *Comissões de ética: das bases teóricas à atividade quotidiana*. Coimbra: Ed. Coimbra, 2002. p. 165-178.

POST, Stephen G. *Encyclopedia of bioethics*. 3rd. ed. New York: Macmillan Reference, 2003.

ROTHMAN, David J. *Strangers at the bedside: a history of how law and bioethics transformed medical decision making*. New York: Basic Books, 1991.

SCHRAMME, Thomas. *Bioethik*. Frankfurt: Campus Verlag, 2002.

SINGER, Peter. *Praktische Ethik*. Stuttgart: Philipp Reclam, 1994.

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. Conflito positivo de maternidade e a utilização de útero de substituição. In: CASABONA, Romeo Maria; QUEIROZ, Juliane Fernandes (Org.). *Biotechnology e suas implicações ético-jurídicas*. Belo Horizonte: Del Rey, 2004. p. 200-312.

VEATCH, Robert M. Revisiting a theory of medical ethics: main themes and anticipated changes. In: WALTER, Jennifer K.; KLEIN, Eran P. (Org.). *The story of bioethics: from seminal works to contemporary explorations*. Washington DC.: Georgetown University Press, 2003. p. 52-73.