

M. Patrão Neves

PMA: DO DESEJO DE UM FILHO AO FILHO DESEJADO

SEPARATA DO LIVRO

DO INÍCIO AO FIM DA VIDA

ACTAS DO COLÓQUIO DE BIOÉTICA

FUNCHAL, 18 E 19 MARÇO DE 2005



Publicações da Faculdade de Filosofia
Universidade Católica Portuguesa
Braga 2005

PMA: DO DESEJO DE UM FILHO AO FILHO DESEJADO

M. Patrão Neves*

“Do início ao fim da vida”, tema geral da presente Jornada de Bioética, retoma um dos primeiros e mais significativos motes da história da bioética fixado em 1978 pela célebre obra de Paul Ramsey, *Ethics at the Edges of Life*¹. “Início” e “fim”, “geração” e “morte”, as duas fronteiras da vida humana, sempre exerceram sobre mim um particular fascínio. Atraíram-me, num primeiro momento, de um ponto de vista estritamente filosófico. A geração do nosso ser foi-nos dada e a nossa morte será, de alguma forma, sofrida, isto é, o nosso início e o nosso fim escapam-se-nos na medida em que estão para aquém e para além do nosso domínio, da nossa iniciativa. Entre o início e o fim, entre a geração e a morte, decorre toda uma existência de que somos verdadeiramente co-autores (e não exclusivamente autores na medida em que a existência de cada um é inexoravelmente condicionada por uma infinidade de pessoas e uma multiplicidade de circunstâncias). E ao longo da nossa existência, da vivência da nossa vida, tornamo-nos capazes de dar um sentido aos factos que são a nossa geração e a nossa morte. A geração e a morte, o puramente natural, tornam-se assim humanizadas pelo sentido.

Num segundo momento, as fronteiras da vida humana atraíram a minha reflexão de um ponto de vista mais especificamente bioético. O nosso início e o nosso fim que, de facto, sempre estiveram para aquém e para além do nosso domínio, caem agora sob o poder do homem que, através do desenvolvimento das biotecnologias, se

* Professora Catedrática de Ética, Universidade dos Açores.

¹ RAMSEY, Paul – *Ethics at the Edges of Life. Medical and Legal Intersections*. New Haven: Yale University Press, 1978.

tornou capaz de produzir a vida e de adiar e suspender a morte. A geração e a morte, o puramente natural de que o homem se apropriara através do sentido, são agora artificializadas pelo poder biotecnológico do homem. Deparamo-nos assim com uma estranha contradição: é quando o homem ganha domínio efectivo sobre os factos da sua geração e morte que estes se lhe parecem escapar!

“PMA: do desejo de um filho ao filho desejado” constitui pois um tema de reflexão que me é particularmente grato e ao qual, aliás, já no passado me dediquei² sob diferentes perspectivas seja: destacando como a infertilidade, que determina o recurso à PMA, se descobre apenas através do desejo de um filho, na medida em que a maioria das pessoas só toma conhecimento da sua própria infertilidade após a expressão assumida do desejo de ter um filho; ou realçando que a PMA é sempre uma resposta a um desejo o qual tem vindo a aumentar à medida que tem também aumentado a capacidade de resposta da PMA para o filho desejado.

Este “filho desejado” de quem aqui falamos, gerado através das técnicas da PMA, nasce definitivamente no domínio de intersecção entre a descoberta da infertilidade, na correspondente explicitação do “desejo de um filho”, e o poder de a superar, através do recurso às técnicas reprodutivas, na geração do “filho desejado”. Por isso, proponho que nos centremos nestes dois pólos da questão em aberto: a infertilidade (o “desejo de um filho”) e o modo como se lhe pode responder; o poder da PMA (o “filho desejado”) e o modo como se o utiliza.

² Cf. PATRÃO NEVES, M. – “Infertilidade e o desejo de procriar: perspectiva filosófica”. NUNES, Rui; MELO, Helena [coord.s] – *A ética e o direito no início da vida humana*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2001: 75-97; “Infertilidade e o direito a ter um filho” (no prelo), palestra proferida no âmbito da Curso Intensivo sobre “Procriação Medicamente Assistida”, organizado pelo Instituto de Bioética, da Universidade Católica Portuguesa, que se realizou no Porto, no dia 14 de Maio de 2004.

I INFERTILIDADE desgraça, doença, adversidade

A descoberta da infertilidade coincide com a descoberta da ausência do filho desejado ou, simplesmente, com a frustração do desejo de um filho. O modo como o facto da infertilidade é interpretado, a natureza que se lhe atribui, determina decisivamente o tipo de resposta que se lhe dá. Deste modo, privilegiaremos aqui os mais relevantes paradigmas de interpretação e de resposta à infertilidade, contemplando também a dimensão histórica em que cada um se inscreve. Assim, consideraremos sucessivamente a infertilidade como “desgraça” (ou “infortúnio”), a que uma perspectiva psicossocial procura hoje responder, como “doença”, que a biomedicina procura tratar, e como “adversidade”, que cada pessoa singular procura compreender no contexto da sua vida.

1.1. A infertilidade como desgraça (ou infortúnio)

A infertilidade é uma realidade desde sempre narrada ao longo da história da humanidade³. Ela é perspectivada como uma “desgraça” que se abate sobre a mulher, podendo ser narrada como castigo ou maldição, condenando-a à estigmatização e destinando-a ao ostracismo.

Com efeito, se a função social da mulher é tradicionalmente a de gerar filhos e cuidar da família, a infertilidade impede-a de desempenhar o seu papel na sociedade, tornando-a assim inútil. No passado, como ainda excepcionalmente em algumas sociedades coetâneas, o homem pode repudiar a sua mulher se esta for incapaz de desempenhar a sua função procriadora, de gerar os seus filhos e, nalguns casos mesmo, se for incapaz de gerar filhos-homem.

As revoluções social e biológica de que a segunda metade do século XX foi palco no Ocidente, permitiram revolucionar o horizonte de compreensão da “infertilidade”. Primeiramente do ponto de vista social, e a partir da decisiva entrada das mulheres para o

³ A infertilidade é narrada em vários textos antigos como, por exemplo, na *Bíblia*, com Sara, mulher de Abraão, e Isabel, prima de Maria, ambas tocadas por Deus para virem a gerar um filho.

mercado de trabalho após a Segunda Guerra Mundial e da expansão do movimento dos direitos humanos à luta pela igualdade das mulheres, reconheceu-se o bom desempenho feminino numa pluralidade infinda de papéis na sociedade, numa crescente paridade com o homem e independentemente de assumir também os seus papéis tradicionais de esposa e de mãe. Seguidamente do ponto de vista biológico, a partir do crescente conhecimento do sistema reprodutivo feminino e depois do desenvolvimento das técnicas reprodutivas, descobriu-se que a infertilidade é uma realidade que afecta mulheres e homens, em valores aproximados, estando as causas de infertilidade do casal actualmente calculadas entre 45 a 50% de origem feminina e 40 a 45% de origem masculina, sendo estas causas de natureza biológica e/ou psicológica, para além das desconhecidas, idiopáticas, atribuídas a cerca de 5 a 10% dos casais inférteis. Sabe-se também que a infertilidade está a aumentar, numa crescente convergência de factores potencializadores que se estendem desde a tendência para adiar a primeira gravidez à poluição crescente no nosso planeta, afectando já cerca de 12 a 15% dos casais (quase 1 em cada 5). Descobriu-se até que é o espermatozóide que determina o sexo do futuro ser.

Não obstante, a percepção da “infertilidade” como uma “desgraça” ou, diríamos agora sobretudo depois de parcialmente vencido o determinismo social de ter filhos, como um “infortúnio”, no feminino, não faz apenas parte do passado.

A mulher continua a ser esposa e mãe, no lar é ela quem cuida mais directamente dos filhos e na sociedade o papel de mãe é enaltecido e a fertilidade valorizada, na predominante associação do sucesso da mulher ao seu desempenho maternal⁴. A incapacidade de cumprir a sua missão mais nobre e digna, porque lhe está exclusivamente reservada no plano social e a distingue no seio do casal, gera sentimentos profundos e contraditórios que a evolução em relação ao seu lugar na sociedade e a diversidade de papéis a reali-

⁴ Não é raro ouvir-se comentar que o “sucesso profissional” procurado pela mulher é apenas “egoísmo” se para tal abdicou de ter filhos ou não cuidou bem deles. Os ditados populares, com a sua imensa sabedoria paulatinamente construída ao longo dos séculos, reiteram a importância da procriação do casal na afirmação de que “um casal sem filhos é como comida sem sal”.

zar de que ela hoje dispõe ainda não logrou alterar. A declaração de infertilidade continua a ser recebida como um drama pessoal – “o quê?!” , “porquê?” , “porquê, eu?” –, numa primeira atitude de incredulidade e negação face à nova realidade, no desencadear de sentimentos intensos de tristeza e desespero pela decepção sofrida, de frustração e confusão pela ausência de controle sobre a situação. A mulher olha para si como uma estranha, cujo corpo deixou de lhe ser familiar e sobre cuja identidade se interroga. Crescem sentimentos de zanga e de revolta, de inferioridade e depressão, culpabiliza tudo e todos e principalmente a si própria num processo de dissolução da auto-estima e de deterioração do relacionamento com os outros. Infértil, ela é incapaz de realizar o seu desejo, incapaz de corresponder às expectativas do marido, dos pais..., inferiorizada perante todas as outras mulheres que naturalmente engravidam. E estão todas grávidas! Quando a mulher infértil sai à rua só vê mulheres grávidas...

Torna-se assim evidente o impacto destrutivo que a infertilidade pode ter na vida da mulher⁵. Este facto vem reforçar não apenas a importância da dimensão psicológica da infertilidade – a única, afinal, sintomática – mas também a social, que não se refere aqui apenas a um papel a desempenhar mas à necessidade e capacidade de estabelecer relações, com um filho, consigo, com os outros...

A “desgraça” ou “infortúnio” da infertilidade é, pois, hoje acolhida por uma perspectiva psicossocial na medida em que exige o aconselhamento e a psicoterapia como meios de conduzir a mulher a aceitar pacificamente a sua nova realidade, sem alimentar sentimentos negativos (auto-destrutivos ou anti-sociais), e a reprojectar a sua vida, repensando o estatuto da mulher na sociedade e

⁵ A infertilidade como “desgraça” afectou exclusivamente a mulher pelas razões expostas no texto, o que justifica o destaque que atribuímos nesta secção à infertilidade no feminino. Actualmente, depois de se descobrir que a infertilidade é também frequentemente de origem masculina, acrescentamos que o “infortúnio” da infertilidade afecta hoje igualmente muitos homens e casais na sua identidade plural. O impacto da infertilidade no homem pode ser também bastante destrutivo, frustrando o homem no seu desejo de ter filhos, suscitando sentimentos de culpa na incapacidade de corresponder às expectativas da sua mulher, destruindo a concepção que tem de “virilidade” o que pode mesmo resultar em impotência.

da procriação na família, sendo este último exercício extensivo ao homem quando a infertilidade é de origem masculina ou desconhecida. A atenção dispensada orienta-se claramente não para a criança enquanto ausente, mas para o sentimento de ausência da criança, isto é, visa não a infertilidade mas o tipo de desejo de procriar que a define. Apesar desta orientação em direcção à origem do sofrimento, não se alcançam frequentemente as causas da “desgraça” ou “infortúnio”, isto é, o plano em que estes sentimentos se geram, pautando-se o sucesso da intervenção pela subordinação destes a uma normativa de comportamento definida como individual e socialmente conveniente, como medicamento conforme à noção de bem-estar.

A infertilidade, como frustração do desejo de um filho, mantém-se, ainda que a pessoa tenha entretanto adquirido mecanismos psicossociais para lhe responder adequadamente. A pessoa libertou-se da “desgraça” da infertilidade, do determinismo (não biológico⁶ mas) social de ter filhos; porém, ainda sofre o “infortúnio” da infertilidade.

1.2. A infertilidade como doença

A superação da frustração, a realização do desejo anuncia-se hoje, sob a forma de esperança, por via do surgimento e desenvolvimento da procriação medicamente assistida.

É neste contexto que a “infertilidade” vem a ser afirmada como “doença” e é enquanto tal que, num círculo que se repete, mobiliza pacientes e médicos para a identificação das causas e o desencadear dos procedimentos conducentes ao sucesso de uma gravidez nas condições adversas particulares que enfrentam. A

⁶ Rejeitamos o por vezes invocado “desejo inato de procriar” na medida em que desvaloriza o facto, consensualmente reconhecido, de que o homem, ao longo da sua evolução, tem progressivamente substituído o determinismo da natureza pela iniciativa criadora da inteligência. O homem subordina as manifestações espontâneas da sua natureza ao escrutínio da sua capacidade reflexiva, assim as convertendo em condições naturais para a sua afirmação e desenvolvimento. Também no que diz respeito à procriação seria ingénuo e equivocado explicá-la no homem como se este se confinasse à sua dimensão natural, à semelhança dos demais seres, negligenciando as múltiplas e muito diversificadas construções do homem em relação a este aspecto, e às quais chamamos cultura. Integrando este ponto de vista especificamente humano na apreciação da procriação teremos necessariamente de rejeitar um inatismo procriativo.

PMA procura hoje dar resposta à infertilidade, qualquer que seja a origem, feminina ou masculina; qualquer que seja o material biológico disfuncional, espermatozóides, ovócitos ou útero; e qualquer que seja o domínio de intervenção necessário, transferência, encontro e fusão ou implantação.

Entra-se, assim, no domínio sedutor, quase mágico, das técnicas reprodutivas que, através da inseminação artificial, da fertilização *in vitro* ou da mais recente técnica da microinjecção (ICSI, *Intra Cytoplasmic Sperm Injection*), qualquer uma aplicada sem ou com recurso a dador (homóloga ou heteróloga, respectivamente), visam as condições concretas da infertilidade daquele casal, assistindo na geração de uma nova vida. É assim que para muitos casais inférteis o desejo se converte em esperança, o sonho em realidade e o milagre acontece na criança nascida.

Mas acontece apenas em cerca de 25% das assistências médicas, numa estimativa, aliás, já bastante optimista. Do ponto de vista clínico, trata-se, pois, de uma terapêutica com uma taxa de sucesso inaceitavelmente baixa⁷. O facto da sua implementação prosseguir e da sua promoção se intensificar indicia que ou se trata de uma situação particular, não verdadeiramente equiparável a qualquer outra “doença”, ou é incentivada por outros interesses paralelos que não apenas o de restauração da saúde.

No que se refere ao primeiro aspecto, a “infertilidade” é declarada como doença sob a perspectiva holista da Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo menos fácil de justificar como tal numa perspectiva mais restrita enquanto mais rigorosa. Na verdade, diferentes tendências na filosofia da medicina assumem diferentes perspectivas sobre a “saúde” e a “doença”, não obstante a actual tendência para definições não muito estritas. Assim, por exemplo, na concepção “bioestatística” de Christopher Boorse, a “saúde” é a ausência de “doença” e esta é uma deficiência na capacidade de

⁷ O contra-argumento habitual quando se refere a baixa taxa de sucesso da PMA é o de que é aproximadamente a mesma da que se verifica na reprodução natural. De facto, a comparação é equívoca ao negligenciar o esforço físico e psicológico, o investimento clínico e financeiro, envolvido na PMA, absolutamente incomparável ao que se verifica na reprodução natural, sem que os resultados sejam paralelos, sem que sejam efectivamente compensadores.

funcionar normalmente, de acordo com o funcionamento típico para a classe de referência: para um jovem em idade procriativa, a infertilidade será sempre uma doença⁸. Para Lennart Nordenfelt e a teoria do “bem-estar”, a “saúde” define-se como a capacidade para realizar os seus objectivos vitais, isto é, os que lhe são necessários realizar para alcançar um mínimo de bem-estar, pelo que a declaração da infertilidade como doença dependerá de cada pessoa individualmente considerada⁹.

Acrescentaríamos que a infertilidade tende a ser considerada como uma doença não por comparação com qualquer outra¹⁰ mas porque se apresenta, não raramente, como desintegradora da unidade essencial e da identidade fundamental da pessoa, afectando não só as suas dimensões física, psicológica e social mas também a sua dimensão espiritual, a única verdadeiramente unificadora e integradora do seu ser.

No que se refere ao segundo aspecto, isto é, aos possíveis interesses implicados na PMA para além do terapêutico, é do conhecimento comum que as tecnologias reprodutivas movimentam avultados interesses económicos que envolvem a medicalização da infertilidade: o número de médicos, clínicas privadas e produtos farmacêuticos especializados na área da procriação assistida tem-se vindo a multiplicar, o mesmo se verificando em relação ao produto financeiro que esta actividade mobiliza e em que se inclui também o marketing¹¹. E este último tornou-se tão poderoso que a mulher, o casal infértil, aparentemente libertos do antigo estigma social ligado ao infortúnio biológico, não escapam ao determinismo eco-

⁸ Cf. BOORSE, Christopher – “Health as a Theoretical Concept”. *Philosophy of Science*. 44, 1977: 542-573.

⁹ Cf. NORDENFELT, Lennart – *On the Nature of Health: an Action-Theoretic Approach*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1995.

¹⁰ Comparando a infertilidade com outras doenças consensualmente reconhecidas como tais, diríamos que é uma doença crónica na medida em que, na grande maioria dos casos, não há cura mas apenas superação pontual de uma situação que se mantém.

¹¹ É notório que sempre que o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida reflecte sobre a PMA, no sentido de propor regras de acesso e modos de funcionamento, surgem vários movimentos de contestação, aparentemente bem orquestrados, e que, ao abrigo da legitimidade de um pretensão activismo cívico, procuram desacreditar o Conselho e apresentar-se como os verdadeiros representantes das mais desinteressadas motivações em prol do desenvolvimento da PMA.

nómico que cresce descobrindo e vincando as necessidades cuja satisfação é capaz de prometer. É o “impulso dinâmico” (*dynamic thrust*) que Hans Jonas, já em 1979, apontava como característica da tecnologia moderna, a qual não se limita a satisfazer necessidades existentes mas cria também necessidades que pode satisfazer, numa circularidade entre meios e fins¹². E na sociedade hedonista em que vivemos, caracterizada pela militância da supressão do desejo, a descoberta da infertilidade conduz quase inexoravelmente a uma clínica reprodutiva. “O quê?! não consegues engravidar?! e ainda não foste ao médico, ainda não foste fazer uma PMA?!” – ouve-se comentar com uma frequência crescente.

E, no entanto, a PMA não chega a resolver o problema da “infertilidade”, quando muito “contorna-o”. Não o resolve porque a pessoa, o casal, mantém-se infértil, mesmo depois de ter sido assistido com sucesso na geração de um filho biológico. Outras vezes, os ciclos de PMA repetem-se sem êxito, num crescente desgaste físico da mulher, no aumento da pressão psicológica do casal e, frequentemente, no deteriorar contínuo da relação que se vai esvaziando dos projectos iniciais de vida partilhada até sobrar apenas o do “desejo” de um filho que, entretanto, se converteu na “obsessão” por um filho, cuja frustração abandona os aspirantes a pais à solidão e à separação.

A intervenção biomédica, à semelhança da psicossocial, exerce-se ao nível das manifestações de infertilidade. Ela procura contornar, superar ou ocultar os efeitos visíveis da infertilidade, de modo que o nascimento da criança por PMA representa também o “tratamento” e a “cura” da “doença”. A atenção dirige-se agora inequivocamente para a criança ausente que se quer tornar presente, através do que se pretende também suprimir quaisquer manifestações decorrentes da infertilidade, se bem que não efectivamente a infertilidade. Esta persistirá como antes, o que poderá parecer pouco relevante porque, afinal, o objectivo não era a infertilidade mas a criança ausente, que talvez apenas o desejo de um segundo filho volte a evidenciar.

¹² JONAS, Hans – “Toward a Philosophy of Technology”. *Hastings Center Report*. 9 (1), 1979, pp. 34-35.

Não obstante, temos de concluir que ambas as perspectivas – a psicossocial e a biomédica – são parciais, no isolamento de uma das dimensões do humano – psicológica e social ou física –, provisórias, porque actuaantes apenas ao nível dos efeitos, e, por isso também, incompletas e insuficientes do ponto de vista humano, o qual considera a pessoa na unicidade da sua integralidade. A infertilidade, contida numa atitude correcta ou disfarçada por um filho, está lá!

1.3. A infertilidade como adversidade (ou própria)

A sempre rara e frequentemente última modalidade de recurso para perspectivar a infertilidade é, talvez não surpreendentemente, a que nos está mais próxima e nos é mais acessível. Trata-se de perspectivar o fenómeno da infertilidade no sentido originário que possui na existência humana concreta e singular em que se descobre. Afinal, a infertilidade não se pode reduzir a uma condição biológica ou a uma categoria social; ela tão pouco é um facto objectivável ou em si mesmo observável; a infertilidade não tem uma identidade exterior à pessoa que a vive pelo que só colocada no contexto dessa vida poderemos aceder à sua genuína realidade, à autenticidade do seu sentido. Por isso, esta perspectiva pessoal deve anteceder as duas outras já referidas, sem as negligenciar, mas antes potencializando o seu sucesso quando previamente considerada.

Assim sendo, integrada no contexto de uma vida singular, da vida singular de um casal, a “infertilidade” surge (num termo tão neutro quanto possível) como uma “adversidade” no projecto de geração de um filho. Importa então, primeiramente, considerar esta nova realidade tal como ela aparece à pessoa que a experiencia e procurar apreender o significado imediato que tem para ela, significado este anterior a todo o que é racionalmente construído, seja pela sociedade em geral – uma “desgraça”, um “infortúnio” –, seja pela biomedicina – uma “doença”. Isto é, importa que a pessoa em causa aceda ao que é a infertilidade para si, a partir da sua experiência vivida, das suas expectativas e receios, das suas relações, dos seus valores e ideais, de uma vida sempre singular, e que interprete o sentido originário e único desta sua nova realidade. A

expressão deste sentido dificilmente se adequará à objectividade dos conceitos e mais facilmente se exprimirá através de narrativas sobre si, em que a pessoa se revê e projecta, se assume como protagonista configurando diferentes papéis, e narrando-se se compreende, descobrindo também a significação da sua infertilidade na história da sua vida¹³.

E as significações são então plurais, como o são as pessoas também.

A mulher, o homem, o casal, podem descobrir que o desejo de ter um filho não era próprio, mas era já social ou institucionalmente construído, dando resposta ao que era esperado de cada um deles, pelo outro, pelos pais, pelo grupo familiar ou social, etc. Neste contexto, a “infertilidade” pode tornar-se um factor de conhecimento profundo e genuíno de si e da relação amorosa, pode mesmo vir a tornar-se no “pretexto” dirigido aos outros para a ausência de filhos, agora reconhecidos como não autenticamente desejados.

Neste processo de apercepção do sentido originário e humano da infertilidade, esta pode também ser descoberta como um “obstáculo” a um projecto que então se reassume como importante na realização de si e da vida partilhada do casal. A PMA oferece-se, neste caso, como uma via conscientemente tomada e assumida nas suas dificuldades. Um eventual insucesso, entretanto, deverá ser integrado naquela vida como mais um dado cujo sentido último será ainda e sempre da pessoa em que se dá. Tal como havíamos dito inicialmente em relação à geração e à morte, também a infertilidade pode deixar de ser um facto exterior, sofrido pela pessoa, para vir a ser apropriado por cada uma, humanizada e tornada própria pelo sentido que ganha naquela vida singular, e antes mesmo da possibilidade de um controle efectivo ou poder real sobre a infertilidade através do recurso à PMA.

A partir do momento em que a “infertilidade” se reveste de um sentido subjectivamente moldado, ela não é mais apenas um fenómeno absolutamente estranho e sofrido, mas uma realidade vivida e

¹³ A perspectiva que agora se apresenta corresponde, em termos gerais, à visão fenomenológico-hermenêutica da infertilidade, desenvolvida por bioeticistas como Richard Zaner ou por feministas como Laura Shanner.

assumida, constituinte inalienável da pessoa, mesmo que como adversidade em relação a um outro plano inicial.

Mas esta é uma outra história que não faz notícia nem rende...

II

O PODER DA PMA

O desejo de um filho, o direito a um filho, o filho desejado

A PMA, na diversidade de técnicas que engloba, constitui hoje o único recurso efectivo para o casal infértil vir a gerar uma nova vida, realizando assim o desejo de um filho biológico. Não obstante constituir uma terapêutica com uma taxa de sucesso clinicamente inaceitável, a PMA tende a ser cada vez mais procurada e para uma diversidade de situações cada vez mais ampla. Nestas circunstâncias, o “desejo de um filho” tende a converter-se no “direito a um filho”; a “procriação medicamente assistida”, que apoia a geração da vida, tende a desenvolver-se na procreática, que acompanha a programação da vida; e o desejo de um filho converte-se cada vez mais no “filho desejado”.

2.1. O desejo de um filho

A prática da PMA é hoje consensualmente legítima enquanto meio para “contornar” ou “superar” a infertilidade do casal que, consciente e responsavelmente, assumiu o valor incondicionado de um filho como expressão da realização pessoal de cada um e da relação que os une. Assim sendo, a PMA é colocada ao serviço do casal, visando, do ponto de vista biológico, restaurar, ou melhor, substituir, uma função ausente, que natural e normalmente seria desempenhada pelas pessoas em causa, e contribuindo, do ponto de vista humano, para dar uma expressão única a uma relação de amor já existente. Em suma, a PMA é eticamente legítima enquanto concretiza a expressão biológica de uma relação afectiva.

É neste mesmo sentido que se orientam os “Pareceres” do CNECV sobre a matéria, nomeadamente o n.º 3 de 1993¹⁴, o n.º 23

¹⁴ Cf. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, “3/CNE/93”, *Documentação*, vol. I (1991-1993), 1993: 75-100.

de 1997¹⁵ e, muito em particular, o último, n.º 44 de Julho de 2004¹⁶, estruturado na sua globalidade a partir de dois pressupostos axiais enunciados no seu segundo parágrafo: a “fidelidade ao desígnio original das técnicas de PMA” e a restrição da sua utilização a “razões médicas”.

O primeiro aspecto – “fidelidade ao desígnio original” –, justifica que a PMA seja apresentada como um “método terapêutico subsidiário”, rejeitando a possibilidade de vir a ser utilizado como “procedimento alternativo à reprodução natural”. Deste modo, o recurso à PMA fica circunscrito aos casais heterossexuais inférteis, ao abrigo do “princípio da subsidiariedade”, e à manipulação exclusiva dos gametas do casal, ao abrigo do princípio da “não instrumentalização da vida humana, decorrente do princípio da dignidade humana”.

O segundo aspecto – a subordinação do recurso à PMA a razões médicas – surge de um modo algo inesperado na medida em que já estaria contemplado no primeiro. Esta especificação, aparentemente desnecessária, indicia que a PMA, no seu desígnio original de superar a infertilidade, ou não a perspectivava como uma doença, e/ou que existem outras situações clínicas, para além da infertilidade, que podem beneficiar da PMA. Neste último caso, o recurso à PMA seria viabilizado ao abrigo do princípio da beneficência. É também neste contexto que se justificam derrogações tanto ao “princípio da subsidiariedade”, na admissibilidade do recurso à PMA para “prevenção da transmissão de doenças graves de origem genética ou outra”, como, afinal, ao da “não instrumentalização da vida humana”, na admissibilidade do “recurso a doação singular de gametas”, “quando esteja em causa a saúde reprodutiva do casal”.

Estas derrogações não são consensuais – o que aliás se evidencia em diferentes “declarações de voto” a este Parecer de 2004. E não o são sobretudo na medida em que extravasam o âmbito de uma PMA dita homóloga, no sentido em que envolve apenas

¹⁵ Cf. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, “23/CNECV/97”, *Documentação*, vol. IV (1997), 1998: 63-67.

¹⁶ Cf. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, “44/CNECV/2004”, *Documentação*, 9 (2004), 19934: 67-71.

gâmetas dos aspirantes a pais, e se desenvolvem no âmbito de uma PMA heteróloga, isto é, envolvendo um terceiro elemento estranho ao casal. Rompe-se assim o princípio da subsidiariedade, uma vez que a acção médica não visa a situação de infertilidade do casal, mas a produção de uma criança; franqueia-se a possibilidade de desrespeito do princípio da não instrumentalização da vida humana, uma vez que esta é agora gerada recorrendo ao material biológico considerado necessário e independentemente da coincidência entre a “dimensão afectiva” e a “componente biológica” da procriação; e dificilmente se pode invocar o princípio de ética médica da beneficência que, no âmbito da PMA, só se aplica com propriedade a par com o da subsidiariedade. O princípio da beneficência só pode ser invocado se a PMA se aplicar como “método terapêutico subsidiário”, isto é, considerando a infertilidade como doença do casal e colmatando a deficiência reprodutiva deste.

Estas derrogações só se compreendem cabalmente ao abrigo do princípio da autonomia e na afirmação da preponderância deste em relação a outros princípios éticos, numa clara assunção de um sistema liberal de valores de pendor libertário. Com efeito — importa reconhecê-lo —, o recurso à doação de gâmetas para produção de um novo ser não supera ou contorna a infertilidade do casal, o qual tão pouco a assume, manifestando uma atitude de má-fé, que pretende justificar pela exigência aos outros de respeito pela sua autonomia.

A invocação do princípio da autonomia para o recurso à PMA implica o deslocamento da atenção à doença e ao seu tratamento para a pessoa e os seus interesses o que, relativamente à geração de uma nova vida, favorece o deslocamento da atenção do filho a gerar, enquanto projecto parental, para os candidatos a pais, enquanto sujeitos dotados de vontade própria e livres. Em suma, a consideração exclusiva do princípio da autonomia no âmbito da PMA conduz à conversão do comum desejo de um filho, enquanto expressão de um projecto parental, num reivindicado direito a um filho, enquanto visado pela liberdade dos candidatos a pais.

2.2. O direito a um filho

Consideramos pois que a PMA dita heteróloga, pretendendo ser apoiada por diferentes princípios éticos, só se justifica verdadeira e amplamente a partir do princípio da autonomia e na afirmação deste como preponderante em caso de dilema com outros princípios. Daí que, sendo a PMA com recurso a dador uma prática comum no mundo ocidental e também em Portugal, ela seja invariavelmente reclamada no âmbito de uma designada liberdade reprodutiva. Esta, inicialmente reivindicada como direito de cada um a decidir o número de filhos a ter e a ocasião para os gerar, no âmbito do controlo da fertilidade, vê-se hoje invertida numa reivindicação do direito a ter filhos e de opção quanto às modalidades disponíveis para os gerar, agora no âmbito do controlo sobre a infertilidade. A diferença qualitativa mais significativa é a de que o primeiro direito enunciado incide sobre o corpo do próprio, sendo um direito negativo, de não ingerência, enquanto o segundo se exerce sobre uma nova vida, um outro ser humano, sendo um direito positivo, de exigência de realização e/ou posse de um bem, neste caso, de um filho.

A legitimação da prática da PMA apenas pelo princípio da autonomia permite que ela venha a ser utilizada numa diversidade crescente de situações e de modalidades de intervenção desde o recurso à doação de esperma, criopreservado em bancos de esperma, à doação de ovócitos, *in vivo*, à utilização do útero de uma outra mulher que não a que aspira a ser mãe. A partir daqui os cenários possíveis multiplicam-se quase exponencialmente. Podemos referir, a título de exemplo, a mulher lésbica que, independentemente de ser infértil, recusa manter uma relação heterossexual e opta por recorrer a um banco de esperma para que, através de uma inseminação artificial ou de uma fertilização *in vitro* possa vir a engravidar e ter um filho; ou ainda um caso menos comum como é o da pastora norte-americana Lesley Northrup que, em 1987, solteira e virgem, recorreu à doação de esperma para se tornar numa mãe-virgem. O recurso a bancos de esperma é já hoje uma prática não rara que, além de desrespeitar o princípio da subsidiariedade — não há qualquer infertilidade diagnosticada —, instrumentaliza a vida humana porque produz uma criança fora de uma relação afec-

tiva – realidade única que justifica e legitima a sua existência¹⁷ – e para satisfação de um desejo egoísta, privando intencionalmente o novo ser da presença e mesmo do conhecimento de um dos seus progenitores biológicos, o pai.

Podemos também tornar aqui presente a mulher pós-menopausa que poderá recorrer à doação de ovócitos a serem fertilizados, *in vitro*, pelo esperma do seu marido, sendo o embrião posteriormente implantado no seu útero. Sendo estes casos ainda relativamente escassos, eles são fortemente divulgados pela comunicação social, tendo um significativo impacto no público, tal como aconteceu recentemente com a romena Adriana Iliescu que bateu o record da parturiente mais velha do mundo, com 66 anos. Mais uma vez se desrespeita o princípio da subsidiariedade – uma vez que o factor impeditivo da procriação natural da mulher não é a infertilidade mas o envelhecimento –, e o da não instrumentalização da vida humana pelas razões fundamentais apontadas de ausência do berço da relação afectiva e da distorção de uma visão auto-centrada da relação mãe-filho. Acresce, neste caso, o agravamento do inconformismo ou má-fé testemunhados no dar à luz uma criança que não é biologicamente sua e que deliberadamente, por exclusivo interesse próprio, sujeita a uma provável orfandade precoce¹⁸.

Acrescentamos ainda o exemplo da jovem que não tem útero ou que sofre de uma doença grave incompatível com a maternidade, e que propõe a recolha dos seus ovócitos e do esperma do marido para que depois de gerado um embrião este possa vir a ser

¹⁷ Só a existência da relação afectiva do casal legitima eticamente a geração de um filho, expressão biológica e também espiritual de uma vida partilhada pelos seus progenitores. À margem do recurso às tecnologias reprodutivas, podemos aqui referir o exemplo frequente do casal cuja relação afectiva se está a deteriorar e que decide ter um filho para, como é comum dizer-se, “salvar o casamento”. Também neste caso se assiste à instrumentalização da geração de um filho e mais uma vez se verifica a ausência de uma relação afectiva, a única que garante a dignidade do novo ser humano a gerar.

¹⁸ O facto de muitas crianças, recém-nascidos e mesmo fetos poderem ser violentamente afectados pelas circunstâncias de vida que os acolhem e acompanham o seu crescimento (por exemplo: morte do pai antes do nascimento, acidente e posterior deficiência da mãe durante a gestação, morte prematura do casal, etc.), por causas acidentais e não desejadas, não é comparável com a geração de novas vidas humanas em circunstâncias antecipada e deliberadamente constituídas em prejuízo da criança.

implantado no útero de uma outra mulher que se voluntarizou para a gestação do novo ser; ou ainda, numa situação ainda hoje igualmente rara, o caso de dois homossexuais britânicos, Barrie Drewitt e Tony Barlow, que comprem ovócitos a uma mulher norte-americana os quais, depois de fertilizados com o esperma de ambos, foram recebidos no útero de uma outra mulher, também britânica, que veio a dar à luz os gémeos (heterozigóticos) daqueles dois pais. Mais uma vez se desrespeita o princípio da subsidiariedade na medida em que a acção médica não visa a restauração da capacidade reprodutiva, absolutamente inexistente ou rigorosamente não utilizada, mas antes produzi-la onde está ausente ou tão simplesmente não exercitada. Para além da instrumentalização do novo ser em gestação e das condições adversas a que a sua vida é intencionalmente sujeita, acresce ainda a instrumentalização da mulher-gestante, reduzida agora a incubadora.

As três diversas situações de deficiência e/ou ausência de um dos três componentes biológicos para a procriação que os casos descritos particularizam, são igualmente determinadas pelo respeito pelo princípio da autonomia, singularmente considerado e perspectivado como obrigação positiva. São duas as implicações mais imediatas e graves da preponderância do princípio da autonomia. Uma primeira é a do desregramento da utilização das técnicas da PMA, cujo critério de aplicação fica essencialmente dependente de opções individuais, seja o dos candidatos a pais, ditado pela sua vontade ou capricho, seja o dos técnicos em geral que trabalham neste domínio, e que tanto pode ser determinado por uma suposta beneficência, como pela afirmação científica, prestígio social, fama mediática, lucro económico, etc. Uma segunda implicação, ainda mais grave, é a da subordinação dos interesses da futura criança aos dos candidatos a pais, negligenciando calculista e deliberadamente o elementar direito de cada novo ser humano a ser gerado no seio de uma relação afectiva que o deverá embalar também e o acompanhar na vida. Estes aspectos evidenciam a conversão do legítimo desejo de um filho, enquanto coincidente na sua dimensão biológica com o projecto afectivo, num ilegítimo direito a um filho que, enquanto tal, seria reduzido na sua identidade a um mero objecto ou bem cuja posse seria susceptível de ser reclamada como direito

por outrem. Esta é uma consequência directa da aplicação do princípio da autonomia no âmbito da PMA. Esquece-se, entretanto, que o princípio da autonomia só é eticamente legítimo em relação ao próprio ou por respeito a outrem e jamais como reivindicação do outro, neste caso, do filho. Todo o ser humano é um sujeito de direitos e o não objectivável por excelência¹⁹; por isso ele é um fim em si mesmo e não um meio de realização de qualquer outro projecto. Eis no que consiste a sua dignidade intrínseca, o seu valor incondicionado. Um filho está absolutamente fora do âmbito de aplicação do princípio ético da autonomia. E um direito a um filho seria incompatível com a dignidade do filho.

2.3. O filho desejado

O desenvolvimento das potencialidades da PMA, numa perspectiva “tecno-teo-lógica” – na designação de Dominique Lecourt²⁰ –, conduziu-nos da sua aplicação criteriosa a situações de infertilidade à sua ampla utilização para produção de um filho em situações diversas que não podem ser consideradas de doença e que subordinam a PMA à satisfação de caprichos individuais²¹. Se projectarmos a linha de desenvolvimento que a PMA tem seguido e que nós temos aqui acompanhado, não nos será difícil chegar a um plano da sua intersecção com outras linhas de desenvolvimento biotecnológico, nomeadamente da genética e da clonagem, que potencializam significativamente a sua capacidade de actuação. É

¹⁹ O debate em torno da PMA está inquinado por várias falácias, algumas das quais temos vindo a apontar. Nesta fase da exposição seria oportuno apontar mais uma que se refere ao reconhecimento, praticamente universal, de que todo o ser humano é um sujeito de direitos não podendo, por isso, tornar-se posse de quem quer que seja numa sua redução ao estatuto de coisa. Compreende-se assim que nem os pais são “donos” da criança nascida mas, tão mais sublime, apenas cuidadores ou guardiões responsáveis.

²⁰ LECOURT, Dominique em *Humano, pós-humano*, (trad. portuguesa de *Humain, post-humain*, de Pedro Duarte). Lisboa: Edições 70, 2002, p. 21, recorre ao termo “tecno-teo-lógica” para se referir ao optimismo exacerbado acerca das realizações das biotecnologias, perspectivadas quase como tarefa sagrada e, como tal, imparável, a qual construiria o caminho para uma nova concepção de “paraíso” um paraíso tecnológico em que todos os problemas humanos viriam a ser resolvidos pela tecnologia.

²¹ O “capricho” além de ser, por definição, súbito, passageiro e até eventualmente extravagante, é sobretudo o que, pela sua própria natureza, carece de fundamento ou justificação, manifestando-se então apenas como expressão atomística de uma vontade desenraizada de qualquer projecto.

nesta área de intersecção que surge a “procreática” como novo domínio ou especialidade médica que se dedica à produção de vida humana sem se circunscrever a um quadro clínico de intervenção, sem se subordinar, afinal, a razões de ordem médica²².

As possibilidades são agora imensas: desde a prática da FIV para evitar a transmissão de doenças genéticas ligadas ao sexo, até à sua utilização para selecção exclusiva do sexo do embrião a transferir; desde a escolha do género do filho à opção de outras características, segundo critérios francamente subjectivos; desde o planeamento de alguns traços desejáveis à programação geral do futuro filho. As virtualidades parecem infinitas e distantes mas têm-se vindo a concretizar a um ritmo avassalador.

Podemos referir, a título de exemplo, a importância crescente que as tecnologias reprodutivas articuladas com o diagnóstico genético pré-implantatório têm vindo a ter. Uma vez produzidos vários embriões por FIV (fertilização *in vitro*), estes são sujeitos a um DPI (diagnóstico pré-implantatório), o qual permitirá uma primeira selecção dos embriões a partir do seu sexo, no caso de se proceder a um despiste de doenças genéticas ligadas ao sexo. Entretanto, à medida que vai surgindo um maior número de marcadores para doenças genéticas, o DPI vai ganhando um maior alcance de aplicabilidade, procedendo a uma selecção mais extensiva e rigorosa. Apenas os embriões saudáveis serão posteriormente transferidos para um útero. O desígnio originário da PMA como do DPI são hoje, porém, desvirtuados quando utilizados exclusivamente para uma selecção de conveniência do sexo, como se verifica na Índia, seja por razões culturais, económicas, demográficas ou outras. A “selecção do sexo” como meio de despiste de doenças genéticas, já por si eticamente problemática, converte-se num fim em si mesmo, do ponto de vista ético consensualmente condenável (em particular no Ocidente, muito sensível a questões do género e

²² Fernand Leroy afirma que “o aparecimento do conceito ‘procreática’, cuja extensão tende por vezes a extravazar a da expressão ‘procriação medicamente assistida’ (PMA) não é inocente. Com efeito, ela subentende a ideia de que os métodos em questão são susceptíveis de transgredir o quadro médico para responder a outras motivações talvez menos aceitáveis.”, “Procréation Médicalement Assistée (PMA)”. HOTTOIS, G.; MISSA, J.-N. [coord.s] – *Nouvelle Encyclopédie de Bioéthique*. Bruxelas: DeBoeck Université, 2001, pp. 675-676.

não permitindo que o sexo do indivíduo seja discriminatório da pessoa).

Uma vez alcançados os primeiros sucessos na redução do acaso na geração de um filho, a perseverança neste mítico propósito torna-se ainda mais firme. E, como dizia Hannah Arendt, importa ler as grandes obras de ficção para sabermos em que direcção se orienta a ciência, sempre alimentada pelo imaginário do homem²³. No âmbito em que nos situamos, a via apontada é a da crescente programação da futura geração, da produção do filho desejado.

Assim, e para além dos aspectos apontados, podíamos também lembrar a rotineira selecção de esperma, em bancos de esperma, cujo dador apresenta determinadas características consideradas pelos utilizadores desse material biológico como convenientes ou desejáveis. Neste contexto, o critério para a escolha decorre, regra geral, da proximidade entre o fenotipo dos futuros pais sociais ou afectivos e do dador de esperma; porém, também pode assim não ser, tal como indicia o projecto norte-americano de criação de um banco de esperma exclusivamente proveniente de laureados com o prémio Nobel ou da venda organizada de ovócitos seleccionados de ex-misses. O objectivo é agora, claramente, o de potencializar a transmissão dos genes ditos “bons”. Eis um objectivo que a PMA só poderá pretender alcançar com eficácia na sua articulação mais uma vez com a genética, neste caso específico, com a engenharia genética.

Neste domínio de intersecção, e supondo que a engenharia genética virá a concretizar as promessas de já algumas décadas, podemos visionar a subtracção de alguns genes do embrião produzido *in vitro* e a potencialização ou introdução de outros no sentido do novo ser humano vir a corresponder mais plenamente à imagem desenhada pelos pais. Ainda sem o contributo da engenharia gené-

²³ ARENDT, Hannah – *La condition de l'homme moderne*. Paris: Calmann-Lévy, 1983, p. 34: “[...] a ciência realizou e confirmou o que os homens tinham antecipado nos seus sonhos que não eram nem ociosos nem absurdos. A única novidade é que um dos mais respeitáveis jornais americanos tenha proclamado, na primeira página, o que estava até então enterrado na literatura bem pouco respeitável da ficção científica (à qual, infelizmente, ninguém prestou a atenção que ela merece como veículo de sentimentos e de aspirações em massa).”

tica, um primeiro passo parece ter sido dado neste sentido quando, em 2002, duas lésbicas norte-americanas surdas – Sharon Oucheneau e Candace McCullough – quiseram ter um filho igualmente surdo. Para tal recorreram à inseminação artificial com o esperma de um amigo também surdo. O bebé Gauvin corresponde ao desejado: é totalmente surdo de um ouvido e quase surdo do outro. Este é já um exemplo de um filho desejado, neste caso à imagem e semelhança dos pais o que a prática da clonagem, como método reprodutivo assexuado alternativo, poderá vir a tornar mais amplamente real. Mais uma vez a ficção nos pode aqui indicar o caminho por que seguimos quando relembramos o anúncio feito a 26 de Dezembro de 2002, pela “Clonaid”, o ramo científico da seita raeliana, do nascimento de Eva, supostamente a primeira bebé nascida de clonagem reprodutiva. A provar tratar-se de um clone, o que não foi então possível nem hoje é provável, Eva teria o mesmo património genético do seu progenitor (com excepção dos genes mitocondriais), sendo essencialmente idêntica a este (não considerando factores como época histórica, cultura, educação, experiências de vida, etc.) ou, no caso de um outro bebé clonado, também relatado pelos raelianos, em Janeiro de 2003, idêntico ao seu irmão falecido num acidente. Desde então os raelianos, por intermédio da sua directora científica, Brigitte Boiselier, anunciaram já o nascimento de um total de cinco bebés clonados.

O comum e legítimo desejo de um filho encontrou na PMA a possibilidade para se reclamar como direito a um filho, primeira-mente quando deparasse com uma situação biológica adversa à geração natural, depois como modalidade reprodutiva alternativa disponível à escolha de cada um; entretanto, este suposto direito a um filho especifica-se na reivindicação do filho desejado, de que os potenciais pais se tornam não apenas progenitores, doando vida, mas efectivamente e cada vez mais autores, programando a vida, autores de plenos direitos sobre o criado, a criatura, o filho²⁴.

²⁴ Através do planeamento ou programação do filho procura-se reduzir, tanto quanto possível o acaso que sempre domina na geração de um novo ser. Esquece-se, porém, frequentemente, que é o acaso, a contingência que constituem condição para a liberdade, sendo que a mítica supressão do acaso conduziria apenas ao reino da necessidade.

Evocando mais uma vez o pensamento de Hannah Arendt, não cremos que seja determinante neste contexto distinguir a realidade da ficção, cuja linha distintiva é, aliás, bastante dinâmica e ténue. Importa sim, compreender a racionalidade que tem traçado este percurso contínuo e avaliar a sua pertinência, não apenas em termos individuais mas sobretudo em termos colectivos, em nome da própria humanidade, de que cada um e todos nós temos vindo a ser construtores, se bem que maioritariamente anónimos. Esta racionalidade tem sido indubitavelmente ditada pelo princípio da autonomia.

Com efeito, se a PMA foi considerada eticamente legítima ao abrigo do princípio da subsidiariedade, que a restringia à superação da infertilidade do casal percepcionada como doença, ela vem também a ser utilizada noutras situações de doença, que não de infertilidade, desta feita ao abrigo do princípio da beneficência, muito amplamente interpretado na infracção do princípio da subsidiariedade. De facto, e tal como já sugerimos, a invocação do princípio da beneficência só é legítima no âmbito da PMA enquanto coincide com o princípio da subsidiariedade, isto é, enquanto promove a superação da infertilidade do casal ou promove a sua saúde reprodutiva, como um bem e desígnio originário da PMA. Extravassando a situação de infertilidade do casal, o recurso à PMA não decorre mais do princípio da beneficência mas também, necessariamente, do da autonomia, na medida em que se pratica a partir da opção dos candidatos a pais das modalidades reprodutivas possíveis e do material biológico adequado. Uma vez admitida a invocação do princípio da autonomia, ilegítima no âmbito das tecnologias reprodutivas como já evidenciámos, as restrições ao recurso à PMA passam a ser apenas de natureza técnico-científica ou decorrentes da vontade dos vários intervenientes no processo, deixando a vida humana a gerar, o futuro ser humano exposto na sua vulnerabilidade extrema ao poder da autonomia de todos os outros. Do comummente aceite princípio da subsidiariedade coincidente, no âmbito da PMA, com o da beneficência, veio a enfatizar-se o princípio da beneficência ao qual se foi associando o da autonomia, como prerrogativa do próprio de se declarar doente e de optar pelas terapêuticas a implementar, o qual entretanto se absolutizou.

O princípio da autonomia, princípio ético indispensável a par de outros com os quais se articula contribuindo para uma acção humana ponderada entre o respeito pelo próprio e a atenção aos outros, pode-se tornar perverso quando considerado isoladamente, hegemonicamente, como tem sido a tendência dominante. Esta tendência é, aliás, alimentada por poderosos interesses lobistas como são os económicos, os científicos e os mediáticos os quais, actuando à margem do horizonte do bem comum e sem um sentido pedagógico, que deveria assistir a quem mais poder detém, manipulam os pequenos interesses individuais e promovem-nos a desígnios clínico-sociais.

Então e agora, “que fazer?”

Retomando a caricatura de Dominique Lecourt, rejeitamos qualquer posição “biocatastrofista”²⁵ que perspetive o progresso biotecnológico como uma ameaça para a existência do homem tal como o conhecemos ou para a própria sobrevivência da humanidade. Não é diabolizando as biotecnologias, tão humanas afinal como qualquer outra das produções do homem, que conseguiremos contrariar a situação presente de autismo reprodutivo e caos assistencial, que conseguiremos apaziguar a inquietude ética que, mesmo quando incapazes de a justificar, nos invade e sobressalta ao tomarmos conhecimento do pulverizar do sentido da relação na multiplicação das relações de que uma criança pode hoje nascer²⁶. As biotecnologias desempenham uma função insubstituível e de valor inestimável na assistência ao bem-estar humano, à sobrevivência e longevidade do homem – reconhecimento que é feito a

²⁵ LECOURT, D. – *Humano, pós-humano*, p. 20.

²⁶ Uma criança pode hoje ser gerada a partir de cinco diferentes pessoas: a candidata a mãe, o candidato a pai, o dador de esperma, a dadora de ovócitos e a mulher que cede o útero, numa atroz dissociação entre a relação afectiva e a biológica. Além disso, pode também ser produzida nas fendas da dissociação espaço-temporal quando se recolhe primeiramente o esperma, num determinado tempo histórico e espaço geográfico, e se criopreserva para, posteriormente, vir a fecundar um ovócito que entretanto se recolheu, num outro tempo histórico e espaço geográfico, tendo-se criopreservado o embrião, o qual poderá mais tarde vir a ser transferido para um útero e, finalmente, gerar uma criança.

margem da anacrónica ingenuidade do seu carácter axiologicamente neutro²⁷.

Também não cremos que a reclamada moralização da crescente capacidade da artificialização da geração humana se alcance através do reforço do poder (*empowerment*) da ética. A ética é expressão de um dever, um dever-fazer, um dever-ser e não de um poder, ou de um contra-poder que se pretendesse erguer frente a outros poderes instituídos como, no caso presente, o das biotecnologias. A conversão da ética de um “dever” num “poder” corresponderia à supressão da sua singularidade e proeminência no âmbito das expressões do homem a par do desvirtuar da sua autenticidade e legitimidade de intervenção no plano da acção humana²⁸. A ética, enquanto “dever”, mais do que um esforço permanente de elaboração de regras de acção susceptíveis de se converterem em “poder” por intervenção do direito, é sobretudo um despertar e exortar das consciências para uma atenção continuada sobre as modalidades possíveis do agir, num sucessivo reiterar da inquietude que dita a interrogação “que fazer?”.

“Que fazer” face ao panorama descrito no que se refere à utilização das tecnologias reprodutivas? Na era pré-biotecnológica interiorizámos as realidades sofridas da vida – geração, morte e infertilidade – e tornámo-las nossas através do sentido que lhe conferimos. A era biotecnológica deu-nos o domínio sobre aqueles factos, objectivando-os porém e tornando-os estranhos ao homem. Importa hoje, em resposta à questão “que fazer?”, reapropriarmo-nos das biotecnologias, de que somos autores, reconstituindo o seu sentido humano enquanto via de realização plena do homem.

²⁷ Todo o conhecimento científico tem hoje uma dimensão prática inalienável, não sendo mais possível procurar o saber pelo saber negligenciando os usos possíveis do conhecimento que se procura. A ingenuidade dos cientistas caducou no termo da Segunda Guerra Mundial.

²⁸ Em PATRÃO NEVES, M. – “Autonomia e Responsabilidade da Pessoa”. *Poderes e Limites da Genética. Actas do IV Seminário do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida*. Lisboa: CNECV, 1998, pp. 13-27, apresentam-se as três diferentes modalidades por que a ética tem vindo a ser chamada a intervir no âmbito da ciência: através da imposição de limites, numa acção repressiva, determinada pelo medo do inédito; através da elaboração de regras, numa acção normativa, exigida por imperativos legais; através da educação da consciência, numa acção formativa, requerida pela dimensão ética do nosso ser.

“Que fazer?” – a questão ética por excelência remete-nos, assim, para a questão antropológica fundamental: “o que é o homem?” Porque, afinal, só aprofundando a nossa identidade universal, humanidade que singularmente realizamos, saberemos então como é que as biotecnologias em geral e a PMA em particular contribuem para a promoção do humano, no seu valor incondicional a que chamamos dignidade.