

Ética e reprodução assistida: a medicalização do desejo de filhos

Marilena Cordeiro Dias Villela Corrêa

Este artigo discute aspectos contraditórios no uso das técnicas de reprodução assistida. São comentados princípios como a idéia de autonomia das decisões reprodutivas, à primeira vista bem estabelecidos na área da reprodução mas que suscitam dificuldades quando confrontados com o problema da elegibilidade e o desejo de filhos no contexto da reprodução assistida. Indica, a seguir, a permanência de efeitos controversos como a produção de embriões excedentes e os desafios que esse tipo de problema coloca para a Bioética.



**Marilena Cordeiro Dias
Villela Corrêa**

Médica; psiquiatra; sanitarista;
mestre e doutora em Saúde
Coletiva

*Unitermos: Reprodução assistida, Bioética,
medicalização, desejo de filhos*

INTRODUÇÃO

A reprodução assistida vem ampliando sobremaneira os limites da fecundidade masculina e feminina. Dentre as técnicas que compõem o conjunto da reprodução assistida, destacaria: a fertilização *in vitro* (FIV) e suas variantes; a inseminação artificial; a doação de óvulos, sêmen e embriões; o “empréstimo” de útero; o congelamento de embriões; o diagnóstico genético pré-implantatário; o *assisted-hatching* e as pesquisas com embriões. Em estudos não-médicos sobre o tema, o mesmo conjunto de técnicas é denominado, também, como novas tecnologias reprodutivas (NTRs).

O estabelecimento dessas técnicas veio responder a um desejo de reprodução de homens e mulheres. Esse desejo – de filhos, de família, de reprodução, de continuidade, entre outros significados simbólicos colados à procriação de seres humanos – é aquilo que vem legitimando, em

última instância, a proposição de uma série de inovações biotecnológicas, surgidas de forma contínua no campo da medicina reprodutiva.

Procriar e constituir família são aspectos altamente valorizados em sociedades como a em que vivemos - e em quase todas as sociedades humanas a infertilidade é repudiada como um infortúnio. Atualmente, a procriação se liga não apenas à idéia de felicidade mas também a de êxito pessoal. Nesse sentido, na maternidade e na paternidade são mobilizados traços arraigados das identidades individuais e sociais dos sujeitos humanos. Por tudo isso, é possível afirmar que a impossibilidade de reprodução biológica fragiliza de forma importante homens e mulheres, particularmente aqueles que se encontram em união.

A abordagem médica deste problema – a ausência não desejada de filhos – é, entretanto, atravessada por contradições. Primeiramente, a ausência de filhos não pode ser caracterizada como sendo propriamente uma doença, que causa danos físicos ou riscos à saúde e à vida, embora muito sofrimento possa estar implicado neste problema. Além disso, a reprodução assistida interfere com desejos individuais e normas sociais no campo da reprodução, do casamento e da família. Finalmente, sua aplicação tem desdobramentos que ultrapassam em muito uma terapêutica individual ao atingir gerações futuras e implicar conceitos como o do início da vida e o próprio valor da vida humana.

Em função desses aspectos, graves dilemas éticos

e bioéticos se apresentam para os médicos e a Medicina, mesmo quando as intervenções propostas são consentidas, do ponto de vista formal, e realizadas em nome da autonomia individual.

Infertilidade e desejo de filhos

A busca de realização de ideais sociais e individuais através das novas tecnologias reprodutivas tem sido acompanhada de desdobramentos paradoxais, em diferentes níveis. Ambigüidades e contradições permeiam a reprodução assistida tanto no que diz respeito ao desenvolvimento e estabelecimento das diferentes técnicas biomédicas quanto em sua aplicação em seres humanos.

Iniciar a discussão sobre o uso da reprodução assistida a partir do *desejo de filhos*, ou de seu negativo, *a ausência involuntária de filhos*, é mais que uma opção estratégica adotada para este artigo. Essa reflexão está em continuidade com resultados anteriores de pesquisas por mim realizadas neste campo (1, 2, 3, 4). Esses estudos mostraram como a categoria de desejo – de filhos, de reprodução, de família – tornou-se central e altamente operativa em análises da demanda e da oferta de técnicas e serviços da medicina reprodutiva. Considerações sobre a centralidade da categoria do desejo de filhos no debate da reprodução assistida podem ser encontradas em estudos com as mais diferentes abordagens – médicos (5, 6, 7, 8), psicanalíticos (9, 10, 11, 12), socioantropológicos (13, 14, 15, 16, 17),

demográficos (19) e bioéticos (20, 21, 22). Da mesma forma, proposições reguladoras, normativas e legislativas da reprodução assistida, reconhecem a legitimidade da busca por técnicas paliativas à dificuldade de reprodução. A importância desta categoria para o debate bioético justifica-se, particularmente, por estar diretamente implicada na discussão sobre a autonomia das decisões reprodutivas.

De fato, a impossibilidade de procriação é um obstáculo grave ao projeto de vida das pessoas. A constatação dessa impossibilidade opõe-se às idéias de liberdade, livre arbítrio e controle individual na formação das famílias – o que fica claro em pesquisas envolvendo usuários da reprodução assistida (2, 23). Estudando a sociedade norte-americana, Becker (23) reafirma a idéia de que o recurso à reprodução assistida pode ser enfocado dentro de um contexto cultural marcado de forma importante pelo individualismo e autonomia. Apesar disso, em amplo estudo contando com 134 casais e mais nove pessoas sem parceiros, a autora indica que “os pacientes-consumidores aceitam e recusam essas técnicas, ao mesmo tempo” (24).

No caso brasileiro, em pesquisa mais restrita do ponto de vista de seu universo (2), encontramos também que as atitudes que cercam em geral o processo reprodutivo – os constrangimentos relativos à infertilidade, o desejo de filhos e de constituição de uma família – levam a crer que a procura pela reprodução assistida deve aumentar. Notadamente se esses serviços tornarem-se acessíveis, principalmente do ponto de vista econômico, a uma parcela

menos limitada da população, contrariamente ao que ocorre na atualidade. Os resultados da pesquisa de Becker (23) indicam, igualmente, que a liberdade individual, motor da demanda por reprodução assistida, é limitada, antes de mais nada, por fatores econômicos: “os tratamentos médicos contra a infertilidade desenvolveram-se nos Estados Unidos como um fenômeno de classe e, na medida em que classe e origem étnica estão ligadas, a população afro-americana permanece em parte excluída” da reprodução assistida (25).

No Brasil, apesar da forte divulgação dessas tecnologias na mídia, constatamos que a demanda pelas tecnologias reprodutivas não é espontânea mas induzida pelos próprios médicos em seus encaminhamentos, o que não significa que, estimulado, o recurso às NTRs não seja amplamente aceito e bem-vindo, visto que a reprodução assistida responde a um desejo de ter filhos e família, projeto altamente valorizado pelas entrevistadas, no caso brasileiro (2).

Entender a opção pela reprodução assistida como uma questão de liberdade e autonomia individual coloca questões morais quanto ao *direito à reprodução* e à *liberdade procriativa* (26). Como se sabe, com a difusão da reprodução assistida, homens e mulheres, independentemente de seu estado de união, orientação sexual ou idade, passaram a cogitar e mesmo buscar a reprodução por meio daquelas técnicas. Como reservar ao casal monogâmico heterossexual unido o direito a reivindicar procriação e constituição de família através da reprodução assistida, quando se fala em

autonomia das decisões reprodutivas e em “direito à reprodução”? Que discursos impedirão ou, ao contrário, justificarão que demandas de homossexuais, pessoas solteiras, mulheres fora da idade reprodutiva sejam dirigidas à Medicina ? (27, 28, 40).

As respostas a essas perguntas envolvem um debate social amplo, que passa por questões políticas da sexualidade e de direitos individuais relativos ao uso do corpo (29), efeitos paradoxais da medicalização social (1, 30) e diferenças culturais (31), tornando este um terreno muito complexo para ser ocupado pelo discurso bioético tradicional de forma exclusiva. Nesses casos, a análise dos processos de tomada de decisões podem extrapolar a relação entre medicina, biociências e o indivíduo, implicando a inclusão de outras vozes e discursos (32, 33, 34, 35). Ganham destaque particular os estudos de gênero, de mulheres, feministas e a própria bioética feminista (15, 18).

Discutir a reprodução assistida a partir do desejo não realizado por filhos obriga, portanto, a acolher na discussão uma sucessão de tensões e paradoxos. Tudo seria mais simples se ter filhos fosse um desejo natural que guiasse os “socialmente adequados” (!) à reprodução. O paradoxo, aqui, é que se o desejo de filhos é visto como “natural”, como parte da natureza humana, como explicar que sua expressão esteja restrita aos indivíduos acasalados de forma monogâmica e heterossexual – uma forma bem estabelecida de construção social. Por outro lado, se esse desejo é visto, ao menos em parte, como fruto de condicio-

nantes socioculturais ligados ao simbolismo do laço familiar, da linhagem e da descendência, da continuidade individual, como justificar sua exclusão da vida de solteiros ou de homossexuais, em sociedades como as nossas ?

Como lembra Löwy (36), seguindo Strathern (37), uma ambigüidade fundamental ligada à idéia de natureza permeia a aplicação das tecnologias reprodutivas: “há uma oscilação em permanência entre uma representação das técnicas como uma transgressão aos limites fixados pela natureza e sua representação como uma ajuda técnica banal a um processo natural” (38).

Nesse ponto, é interessante confrontar as idéias de desejo de filhos e de autonomia individual aos condicionantes sociais que se explicitam no comportamento reprodutivo. Quando se reproduzir, quantos filhos ter, com quem, que tipo de atenção dispensar à gravidez e ao parto, etc. constituem normas sociais altamente medicalizadas que mostram clara hierarquização entre os sexos (4). Sede do processo reprodutivo humano, o corpo da mulher é o alvo principal de pesquisas e inovações tecnológicas reprodutivas, e é dele que falam as normas médicas na área da reprodução (39). Não apenas o corpo feminino é visado, mas o controle da mulher: de sua sexualidade até seu papel na maternidade - sua responsabilização na educação e socialização das crianças -, o que completa a perspectiva eminentemente social da reprodução humana que atribui, ainda nos dias atuais, papéis diferenciados a homens e mulheres.

De fato, é muito difícil determinar em que medida a reprodução é um exercício da vontade individual e em que medida é produto de condicionamentos sociais. A rede de desejos, objetos técnicos, possibilidades morais e recursos materiais se tece de maneira complexa. Na aplicação da reprodução assistida em homens e mulheres revelam-se fatores de pressão dos mais diversos tipos, reforçando a idéia de uma impossibilidade de se dissociar o social e o material do desejo de filhos: “diferenças entre os sistemas reprodutivos de homens e mulheres, desenvolvimento de métodos de cultura biológica e de congelamento de células, custos dos atos médicos. Incluem-se também considerações sociais como as diferenças culturais entre os sexos, as percepções de virilidade, da feminilidade, da sexualidade e da reprodução, assim como atitudes políticas em face da família e da procriação” (41). Finalmente, pesam também, nas decisões reprodutivas, fatores ligados à normatização e à legislação sobre o uso da reprodução assistida, nos diferentes contextos.

O desejo de ter filhos utilizando-se a reprodução assistida emerge, assim, em uma rede sociotécnica atual que se soma aos condicionantes sociais mais tradicionais. Um casal com dificuldades de reprodução, nos dias de hoje, dificilmente escapa de ser confrontado às possibilidades apresentadas pelas tecnologias reprodutivas. Paralelamente, pessoas “socialmente excluídas” da reprodução (solteiros, homossexuais, etc.) podem ver-se como “tecnologicamente incluídas” e encaminhar demandas reprodutivas aos médicos e à

Medicina. Por isso, é possível perguntar: seriam as tecnologias reprodutivas geradoras de um novo tipo de desejo de ter filhos? Qual o papel das próprias tecnologias na demanda por filhos da reprodução assistida? (4, 42)

Em termos lógicos, sem desejo de filhos não se pode falar em infertilidade. Não querer ter filhos anula a possibilidade de vir a ser, ou não, medicamente confirmado ou mesmo apenas interrogado um estado de hipo ou de infertilidade. Na reprodução assistida, o processo de tomada de decisão sobre ter filhos pode, ainda, sofrer a interferência do médico - em função, por exemplo, do esclarecimento sobre riscos e sucesso das diferentes técnicas. Poderíamos pensar também em uma interferência do legislador, em contextos nos quais o acesso à reprodução assistida e, conseqüentemente, à possibilidade de procriação é regulada por lei. Toda essa interferência pode ser vista como uma intermediação técnica (médica, jurídica) que tem efeitos e pode processar mudanças no plano de ação do casal (36). O desejo e o controle da decisão autônoma podem, portanto, ser confrontados a questões de toda ordem, como poder aquisitivo, leis restritivas sobre usuários ou a própria eficácia das técnicas.

O último ponto - o sucesso das técnicas de reprodução assistida - é responsável por muita controvérsia em sua aplicação. Deveria, por isso, ser objeto de maior e mais firme atenção da Bioética. Se, como visto com relação à autonomia, um quadro complexo se desenha, a discussão do benefício das tecnologias reprodutivas - ter um filho - não é um problema menor.

Além do baixo sucesso, o uso dessa tecnologia implica riscos importantes à saúde. As novas tecnologias reprodutivas podem ser iatrogênicas não apenas quando medicamentos e procedimentos aplicados sobre mulheres saudáveis causam-lhes danos físicos, o que configura um problema de riscos e de biossegurança. Do ponto de vista ético, o sentido maior da iatrogenia deve ser colocado em relação à vulnerabilidade simbólica de mulheres e de homens já confrontados ao fracasso que representa a dificuldade de reprodução. Diversos são os autores que discutem como a infertilidade é, já, a própria perda de controle (4, 13, 16, 23, 55). A liberdade e autonomia do sujeito podem ficar ainda mais comprometidas diante de promessas de reprodução não cumpridas pelas tecnologias reprodutivas ou cumpridas com um altíssimo custo moral, financeiro e de saúde, em um contexto prevalente de intensa medicalização da reprodução humana.

Bioética e reprodução assistida

Os bebês de proveta foram socialmente construídos como uma revolução na Medicina e revestidos com uma aura de milagre, representação muito reforçada pelo sensacionalismo midiático que marcou sua divulgação mas que corresponde também à visão hegemônica atual da própria medicina reprodutiva. A reprodução assistida tornou-se, assim, um procedimento padrão no campo da ginecologia e da obstetrícia, apesar da permanência de controvérsias técnicas e éticas em função do pouco esclarecimento sobre a relativamente baixa eficácia e

os riscos mal justificados no emprego dessa tecnologia. Em nosso país, soma-se um outro aspecto negativo: a escassa documentação e o baixo registro dos resultados e desdobramentos da reprodução assistida.

Com relação à performance das técnicas, encontram-se resultados contraditórios - desde um sucesso global de menos de 10% das tentativas (43) até, para as estimativas mais favoráveis, em torno de 25% (44).

A fecundação *in vitro*, base da reprodução assistida, compreende etapas diferentes, iniciadas pelo uso de altas doses de hormônios para o hiperestímulo dos ovários. Este visa o amadurecimento de um número elevado de folículos ovarianos. Os ovócitos aptos à fecundação virão a produzir embriões *in vitro*, em número elevado. Na busca de aumentar a eficácia das técnicas, equipes em todo o mundo, há mais de vinte anos, se permitem realizar transferência de um número elevado de embriões.

Todas aquelas etapas da FIV comportam riscos, como os efeitos indesejáveis de doses elevadas de hormônios, o desconforto ligado ao monitoramento laboratorial de todo o processo, as repetidas intervenções médico-cirúrgicas, etc. A transferência de vários embriões é responsável pelos principais efeitos iatrogênicos para a saúde de mulheres e bebês, ligados às gestações múltiplas (baixo peso ao nascer, problemas respiratórios de recém-nascidos e outros danos associados às gestações de mais de um feto). Esse procedimento “padrão” na

medicina reprodutiva acabou por ser caracterizado como uma má prática médica, passando a ser mais fortemente criticado (45, 46, 47, 48, 49, 50, 51). Apesar do surgimento de uma crítica, mesmo no campo médico, e de propostas (52) para limitar o número de embriões gerados e transferidos na FIV, nem todas as equipes seguem, efetivamente, essa tendência.

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

Pelo exposto, fica evidenciada a incapacidade técnica da medicina reprodutiva fazer, hoje, *um só bebê* (de proveta) saudável, a cada vez – benefício desejado e esperado pelos que se engajam na reprodução assistida. De fato, esta desemboca, com elevada frequência, em fracasso, gestações múltiplas, problemas de saúde ou, ainda, na produção de embriões excedentes, geradores de novas demandas altamente problemáticas.

A vulnerabilidade dos sujeitos em face da biotecnologia reprodutiva comporta também um elemento complicador, que é o diferencial de gênero. Sendo uma tecnologia voltada na maior parte das vezes para o casal, cabe pensar que na tomada de decisão e no consentimento

estão implicados dois sujeitos de sexos diferentes. As ameaças ao chamado “projeto parental” e, muitas vezes, para a continuidade das uniões colocadas pela dificuldade reprodutiva, podem atingir diferenciadamente homens e mulheres.

O diferencial de gênero manifesta-se, também, no plano das próprias técnicas. A ICSI (injeção intracitoplasmática de espermatozóide) é nesse sentido exemplar. Proposta para o tratamento das esterilidades masculinas, esta técnica variante da FIV consiste na introdução de espermatozóide não-fecundante (por problemas de mobilidade, quantidade ou estrutura) selecionado para injeção direta no óvulo *in vitro*. Sua aplicação significa impor a mulheres perfeitamente normais intervenções que comportam aqueles mesmos riscos do ciclo FIV. Há, sem dúvida, aqui, a participação da medicina em uma espécie de absolutização do papel social reprodutivo da mulher. Mas seria possível argumentar que a separação entre esterilidade masculina e feminina é artificial quando o que se visa é o casal. Isso é inegável, em parte. E tal argumento não anula a possibilidade que se interroga, novamente, pela eticidade da aceitação, por parte do corpo médico, em promover intervenções de risco sobre mulheres saudáveis.

Fecundação *in vitro* e pesquisa com embriões

Um último ponto não pode deixar de ser mencionado quando se discute reprodução assistida e ética: o fato da fecundação *in vitro* ter se

tornado um *locus* de produção de embriões com finalidades que podem ultrapassar em muito o desejo de filhos e de reprodução.

A produção de embriões excedentes, gerados como decorrência de aspectos técnicos do ciclo FIV, é a única via de disponibilização e consequente manipulação do embrião humano em pesquisa. As técnicas de FIV expõem embriões e células germinativas fora dos corpos de homens e mulheres, o que vem tendo importantes desdobramentos: experimentação genética; transferência de núcleo para clonagem de células somáticas ou reprodutivas; proposta de pesquisa com células estaminais e de diagnóstico genético; seleção e engenharia genética de embriões. A possibilidade de pesquisa com o embrião, aberta pela FIV, vem apontando uma co-modificação possível de fetos humanos e impondo questionamentos éticos fundamentais. Aquela possibilidade tornou-se objeto de análise bioética desde o início das atividades clínicas de reprodução assistida, mesmo em uma época na qual as pesquisas com embriões eram ainda muito restritas ou inexistentes (22, 53,54).

As possibilidades e propostas de intervenção sobre o embrião são mais do que uma interface entre clínica e pesquisa na área da reprodução. É muito importante deixar assinalado que a pesquisa com embriões é dependente do “trata-

mento” proposto através da FIV. Nesse sentido, esses desdobramentos “mais tecnológicos” não podem ser desvinculados da discussão das implicações de ordem social, ética, psicológica e mesmo legal ligadas à medicalização do desejo de filhos, tal como os problemas antes levantados da elegibilidade para o tratamento ou da autonomia das decisões reprodutivas. Ao consentir com um procedimento de fecundação *in vitro*, o indivíduo ou o casal devem ter conhecimento do alcance daquilo em que estão se engajando técnica e socialmente, uma vez que os embriões para a pesquisa são obtidos a partir daquele procedimento. Conhece-se muito pouco, de um ponto de vista psicológico e sociológico, o que isso representa para os próprios indivíduos.

Há, finalmente, considerações sobre a normatização dessas práticas e sua abordagem pela lei (55). Sem dúvida, a Bioética brasileira não deve e nem pode ignorar o processo legislativo em curso nessa área (56). Mas um contexto complexo como este, implicando sexualidade, reprodução, família, casamento, futuras gerações e o próprio conceito de vida, coloca desafios permanentes, e que se renovam, para o debate sobre ética, ciência e política, bem como para a reflexão bioética de um modo geral, que deve manter-se aberta e permeável às vozes ativas no campo da reprodução humana.

RESUMEN

Ética y reproducción asistida: la medicación del deseo de hijos

Este artículo discute aspectos contradictorios en el uso de las técnicas de reproducción asistida. Son comentados principios tales como la idea de autonomía de las decisiones reproductivas, a primera vista bien establecidos en el área de la reproducción pero que suscitan dificultades cuando se confrontan con el problema de la elegibilidad y el deseo de hijos en el contexto de la reproducción asistida. Indica, a seguir, la permanencia de efectos controvertidos como la producción de embriones excedentes y los desafíos que ese tipo de problema conlleva para la Bioética.

ABSTRACT

Ethics and assisted reproduction:
the medicalization of the desire for children

This paper discusses contradictory aspects in the use of assisted reproductive technologies. Established principles in reproductive field, as autonomous reproductive decisions, are troubled by issues of treatment eligibility and desire of reproduction in the context of assisted reproduction. Finally, the author points out undesired effects tied to these techniques, as the production of extra-embryos, and how it challenges classical bioethics.

REFERÊNCIAS

1. Corrêa MV. *A tecnologia a serviço de um sonho: um estudo sobre a reprodução assistida no Brasil [Tese]*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1997.
2. Corrêa MV, Loyola MA. *Medicalization of reproduction: new reproductive technologies, images of child and family among a group of women from the city of Rio de Janeiro*. *J Social Sciences* 1999;3(1-2):73-87.
3. Corrêa MV. *Novas tecnologias reprodutivas: doação de óvulos. O que pode ser novo nesse campo?* *Cadernos de Saúde Pública* 2000;16(3):109-18.
4. Corrêa MV. *Novas tecnologias reprodutivas: limites da Biologia ou Biologia sem limites*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.
5. Abdelmassih R. *Tudo por um bebê*. *Folha de S. Paulo* 1994 Dez 12; *Ciência*:s/p.
6. Frydman R. *La médecine du désir*. *L'Ane Le Magasin Freudien* 1985; n°: 52-53.

7. Frydman R. *L'art de faire autrement des enfants comme tout le monde*. Paris: Robert Laffont, 1994.
8. Testart J, Organizador. *Désir du gène*. Paris: François Bourin, 1992.
9. Aulagnier P. *Quel désir, pour quel enfant?* *Topique Revue Freudienne* 1989;(44): 201-6.
10. Chatel MM. *Le désir escamoté*. In: Testart J, Organizador. *Le magasin des enfants*. Paris: Follio/Gallimard, 1994: 96-112.
11. Delaisi de Parseval G. *Le désir d'enfants géré par la médecine et par la loi*. In: Testart J, Organizador. *Op.cit.* 1992:368-85.
12. James F. *Je veux un enfant: pour une ethnopsychanalyse du désir d'enfant*. *Medicine et Hygiene* 1989,(47):1012-21.
13. Becker G. *Metaphors in disrupted lives: infertility and cultural constructions of continuity*. *Medical Anthropology Quarterly* 1994;8(4):383-410.
14. Becker G, Nachtigall RD. *Eager for medicalization: the social production of infertility as a disease*. *Sociology of Health and Illness* 1992;14(4):456-71.
15. Franklin S, Mcneil M. *Reproductive futures: recent literature and current feminist debates on reproductive technologies*. *Feminist Studies* 1988;14(3): 545-75.
16. Franklin S. *Making sense of misconceptions: anthropology perspectives on unexplained infertility*. In: Stacey M, Organizador. *Changing human reproduction: social sciences perspectives*. Londres: Sage, 1992.
17. Heritier F. *La cuisse de Jupiter: reflexions sur les nouveaux modes de procréation*. *L'Homme* 1994;25(2):5-22.
18. *A extensão dessa literatura impede que sejam citadas obras em particular. Aponto, a título de informação ao leitor, algumas coletâneas da bioética feminista: Holmes HB. Issues in reproductive technology: an anthology. New York: Garland Pub, 1992.; Donchin A, Purdy L. Embodying feminist bioethics. Oxford: Rowman and Littlefield Pub, 1999.; Shildrick M. Leaky bodies and boundaries: feminism, post-modernism and (bio)ethics. London: Routledge, 1997.*
19. Leridon H. *Les enfants du désir*. Paris: Julliard, 1995.
20. Alpern KD, Organizador. *The ethics of reproductive technology*. Nova York: Oxford University Press, 1992.
21. Bourg C. *L'Infertilité, procréation médicalement assistée, adoption filiation: questions éthiques, psychologiques, juridiques et scientifiques*. Bruxelas: De Boek Université, 1992.
22. Warnock M. *A question of life: the Warnock Report on human fertilization and embriology*. Londres: Blackwell, 1985.
23. Becker G. *Espoir à vendre: commercialisation et consommation de techniques d'assistance médicale à la procréation aux États-Unis*. *Sciences Sociales et Santé* 2000;18(4):105-25.
24. Becker G. *Op.cit.* 2000: 106.
25. Becker G. *Op.cit.* 2000: 108.

26. Robertson J. *Non-coital reproduction and procreative liberty*. In: Kenneth DA, Organizator. *The ethics of reproductive technology*. Oxford: Oxford University Presse, 1992.
27. Allen K, Demo DH. *The families of lesbian and gay men: a new frontier in family research*. *Journal of Marriage and Family Research* 1995;(57): 111-27.
28. Plummer K, Organizator. *Modern homosexualities: fragments of lesbian and gay experience*. Londres: Routledge, 1992.
29. Borillo D, Fassin E. *Au-delà du PACS: P'expertise familiale à l'épreuve de l'homosexualité*. Paris: PUF, 2001.
30. Conrad P. *How ethnography can help bioethics*. *Bull Med Ethics* 1994;(96):13-8.
31. Macklin R. *Ethical relativism in a multicultural society*. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 1999;8:1-22.
32. Debru C, Organizador. *Bioéthique et cultures*. Paris: Institut Interdisciplinaire d'Études Epistemologiques, 1991.
33. Devries RG. *Towards a sociology of bioethics*. *Qualitative Sociology* 1992;18(1):119-27.
34. Marshall PS. *Anthropology and bioethics*. *Medical Anthropology Quarterly* 1992;6:49-73.
35. Muller JH. *Anthropology, bioethics and medicine*. *Medical Anthropology Quarterly* 1994;8:448-67.
36. Löwy I. *Assistance médicale à la procréation (AMP) et traitement de la stérilité masculine en France*. *Sciences Sociales et Santé* 2000;8(4):75-103.
37. Strathern M. *After nature*. Manchester: Manchester University Press, 1992.
38. Löwy I. *Op.cit.* 2000: 96.
39. Shorter E. *A history of the women's body*. Londres: Peguin Books, 1982.
40. Murphy JS. *Should lesbians count as infertile couples ? antilebian discrimination in assisted reproduction*. In: Donchin A, Purdy L. *Op. cit.* 1999: 103-20.
41. Löwy I. *Op.cit.* 2000: 97.
42. Dahvemas M-J. *Nouveaux modes de procréation: partition production/ reproduction en fonction de la notion de artifice*. *Les Rapports Sociaux de Sexe: problematiques, metodologies, champs d'analyses* 1988;(7):158-63.
43. Annas G. *The Shadowlands: secrets, lies and assisted reproduction*. *N Engl J Med* 1998;339:935-9.
44. American Society for Reproductive Medicine. *Highlights from may fertility and sterility: an analysis of the state-of-art in assisted reproduction*. *ASRM Bulletin* 1999;1(6):1-3.
45. Fitzsimmons BP, Bebbington MW, Fluker MR. *Perinatal and neonatal outcomes in multiple gestations: assisted reproduction versus spontaneous conception*. *Am J Obstet Gynecol* 1998;179:1162-7.
46. Van Steirteghem A. *Outcome of assisted reproductive*

technology. *N Engl J Med* 1998;338:194-5.

47. te Velde ER, van Baar AL, van Kooij RJ. Concerns about assisted reproduction. *Lancet* 1998;351:1524-5.

48. Angel JL, Kalter CS, Morales WJ, Rasmussen C, Caron L. Aggressive perinatal care for high order multiple gestations: does good perinatal outcome justify aggressive assisted reproductive techniques? *Am J Obstet Gynecol* 1999;181:253-9.

49. Baird DD, Wilcox AJ, Krammer MS. Why might infertile couples have problem pregnancies? *Lancet* 1999;353:1724-5.

50. Bergh T, Ericson A, Hillensjö T, Nygren KG, Wennerholm UB. Deliveries and children born after in-vitro fertilisation in Sweden 1982-95: a retrospective cohort study. *Lancet* 1999;354:1579-85.

51. Craft I, Gorgy A, Podsuadly B, Venkat G. Limiting multiple births. *Lancet* 2000;355:1103-4.

52. Cohen J, Jones H. PMA: réglementation et lois, comparaison internationales. *JOBGYN* 1999;4:1-4.

53. Fagot-Largeault A, Delaisi de Parseval G. Les droits de l'embryon (foetus) humain, et la notion de personne humaine potentielle. *Revue de Métaphysique et de Morale* 1987;(3):361-85.

54. Dijon X, Alnot M-O, Labrusse-Rioux C. La commercialisation du corps humain: quels pratiques? quel droit? *LAENNEC* 1995;(3-4):1-28. (Número especial)

55. Easton M. Infertility treatment: lack of consensus plagues an unregulated field. *CMAJ* 1998;158:1345-8.

56. Na regulação da reprodução assistida em nosso país contamos, hoje, com apenas uma resolução do Conselho Federal de Medicina (nº 1.358/92). A Lei de Biotecnologia (Lei nº 8.974/95) criminaliza a geração de embriões voltados para pesquisa. Além disso, dois projetos de lei específicos sobre a matéria encontram-se em fase avançada de tramitação no Congresso Nacional. Discuto alguns pontos sobre a regulação da reprodução assistida no Brasil em: Corrêa MV. Reprodução assistida: regulação possível? quem controla o quê e como? *Medicina* 2000;(116):8-9.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Instituto de Medicina Social – UERJ
Rua São Francisco Xavier, 524, bloco “D”
7º andar
CEP: 22559-900
Rio de Janeiro - RJ - Brasil
E-mail: mcorrea@ism.com.br