



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

**RELATÓRIO SOBRE PROcriação
MEDICAMENTE ASSISTIDA (PMA)
E
GRAVIDEZ DE SUBSTITUIÇÃO**

MIGUEL OLIVEIRA DA SILVA

(MARÇO DE 2012)



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

INDICE

Introdução	3
1. Lei de PMA 32/2006 – breve apreciação.....	4
1.1 Circunstâncias da respectiva promulgação.....	4
1.2 . Dados desconhecidos ou inexistentes: consequências éticas.....	5
1.3. Gastos anuais com PMA e prioridades no SNS.....	7
1.4. Divulgar <i>desvantagens da maternidade tardia</i>	9
1.5. A perspectiva das <i>crianças</i> oriundas de PMA.....	10
1.6. Manter o <i>anonimato na doação de gâmetas?</i> porquê? <i>Compensação aos dadores</i> terceiros.....	11
2. Nova lei de PMA	15
2.1. Introdução: unidade biológica-gestacional e social.....	15
2.2. Limites intransponíveis do corpo humanos. O natural e o artificial.....	17
2.3. Antropologia da sexualidade, reprodução, família e da parentalidade humana à luz da PMA – anotações.....	19
2.4. Os “novos direitos” humanos ?.....	21
2.5. Estudos sobre os pais e filhos de casais oriundos de maternidade de substituição	21
2.6. Ponderar congelação de óvulos.....	22
3. “Maternidade de substituição”	23
3.1. Opção semântica: gravidez de substituição.....	23
3.2. Bosquejo histórico e questões prévias	24
3.3. Motivação altruísta – absoluta (incondicional) ou condicional?	27
3.4. O ambiente uterino e sua influência determinante na pessoa humana.....	29
3.5. Prévia avaliação médica e psicológica da eventual grávida de substituição e do casal beneficiário.....	33
3.6 Os filhos sociais da grávida de substituição.....	34
3.7 Regulamentação da nova Lei.....	35
3.8 Gravidez e puerpério (incluindo amamentação).....	35
3.9. Não maleficência para com a grávida de substituição.....	36
3.10. Consentimento Informado e contrato de substituição.....	37
3.11 Alternativas futuras?.....	38
Bibliografia.....	39



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

INTRODUÇÃO

Este Relatório pretende ser um subsídio para o debate público sobre algumas questões de Procriação Medicamente assistida (doravante designada por PMA), com saliência para a chamada maternidade substituição.

A presente reflexão do CNECV sobre foi suscitada pela Comissão Parlamentar de Saúde, na sequência da apresentação na Assembleia da República de quatro projectos de lei sobre PMA, reduzidos a (131/XII e 138/XII, respectivamente do PS e PSD) por, em 19 de Janeiro de 2012, haverem sido votados e recusados na generalidade os projectos lei propostos pelo BE e pela JS.

O Conselho entendeu que, dada a sua relevância e especificidade bioética, a chamada maternidade de substituição (designação incluída nos projectos de lei em análise e que, pelas razões adiante expostas, o CNECV prefere chamar gravidez de substituição) deve ser alvo de capítulo autónomo neste Relatório.

Este é o 4º Relatório e Parecer do CNECV sobre PMA (vd. Pareceres 3/CNE/93, 23/CNECV/97, 44/CNECV/04), o que atesta a importância e actualidade bioética das questões suscitadas e, bem assim, a novidade de algumas outras delas, inexistentes ou até mesmo quase impensáveis à data de pareceres anteriores.

Em qualquer caso, e quaisquer que sejam as observações, críticas, reservas ou sugestões a fazer, há que desde logo sublinhar o entendimento favorável acerca da globalidade PMA, pelo que tem permitido na ultrapassagem das consequências da esterilidade em tantos casais e pelo avanço que tem constituído na compreensão



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

científica de tantos fenómenos da Medicina da Reprodução – neste sentido saúda-se a atribuição do Prémio Nobel da Medicina de 2010 ao Prof. Robert Edwards¹.

Este Relatório é da exclusiva responsabilidade dos seus relatores e serviu de base a boa parte da discussão para elaboração do respectivo Parecer. Não equivale a qualquer deliberação do Conselho, nem foi pelo mesmo sujeito a votação.

1. Lei de PMA 32/2006 – breve apreciação

1.1 Circunstâncias da respectiva promulgação

Antes de nos pronunciarmos sobre as propostas de lei em análise, teríamos preferido conhecer uma avaliação sobre a globalidade Lei 32/2006 (em vigor há quase 6 anos) nas vertentes técnicas e também sociológicas, adiante detalhadas.

E isto tanto mais quanto a promulgação da actual lei foi tudo menos pacífica – recorde-se o apelo a um referendo (feito por um conjunto de cidadãos²), o pedido de fiscalização sucessiva apreciado pelo Tribunal Constitucional, com uma declaração de voto vencida³, e os termos da própria mensagem⁴ - ⁵ do Presidente da República aquando da promulgação da lei no início do seu primeiro mandato, versando cuidados a ter “na composição e funcionamento do CNPMA”, cuidados que, no pensar de alguns, não foram tidos em atenção.

De uma forma geral, a aplicação técnica da Lei 32/2006 tem decorrido com normalidade institucional, sem aparentes dúvidas significativas na respectiva exequibilidade quotidiana.

¹ O livro de que é co-autor com Patrick Steptoe – *A Matter of Life*, London, Sphere Books, 1980 - é de (re)leitura essencial em qualquer formação bioética sobre as origens da PMA.

² <http://www.referendo-pma.org/campanha/pma/manifesto.pdf>

³ Acórdão do Tribunal Constitucional, n.º 101/2009. DR 64 II SÉRIE de 1 de Abril de 2009

⁴ <http://www.presidencia.pt/?idcategoria=9iditem=1172>

⁵ Leia-se a propósito das competências do CNPMA o Relatório/Parecer n.º P/03/APB/05 sobre procriação medicamente assistida, (Relatores: Rui Nunes, Helena Melo),

http://www.sbem-fmup.org/fotos/gca/12802564441136379873procriacao_assistida_parecer_03.pdf



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Todavia, e não obstante a regulamentação legal, têm subsistido algumas lacunas e dificuldades, a saber o destino a atribuir aos embriões excedentários e congelados, destino em que os casais progenitores (se não tiver havido doação de gâmetas) devem legalmente participar.

Existem centros com embriões congelados há mais de 20 anos, com todos os custos inerentes, económicos inclusive.

Um dos possíveis destinos a dar aos embriões criopreservados poderá passar pela doação a outro casal, cumprindo o embrião seu destino originário, reintegrando-o num projecto parental⁶. Não existe, porém, qualquer regulamentação que estabeleça os critérios e requisitos de acordo com os quais a doação de embriões possa ser efectuada na prática^{7, 8}.

1.2 . Dados desconhecidos ou inexistentes: consequências éticas

Lamenta-se a *ausência de estudos* – pontuais ou sistemáticos - sobre os resultados obtidos com a Lei actual, do ponto de vista técnico mas também antropológico – por exemplo, que impacto tem tido esta lei nos casais (nos que têm e nos que não têm sucesso), nas crianças obtidas por PMA, nos técnicos de saúde.

Diversas outras questões *estão em aberto*: lista de espera por centro do SNS; divulgação do sucesso do programa Fertis; nº de embriões congelados por centro;

⁶ O que foi feito para atribuir um destino digno a esta forma de vida? Quantos casais foram contactados para decidir e quantos efectivamente o fizeram? Quantos embriões continuam à espera de um destino definido antes que percam a sua viabilidade? E no caso de o casal decidir hoje pela transferência de embriões congelados antes da lei de 2006, sem consentimento assinado e a mulher tiver agora, por exemplo, 45 anos?

Por outro lado, também a transferência de embriões de um centro para outro pode suscitar dificuldades.

⁷ Paula Martinho da Silva/Marta Costa, *Lei da Procriação Medicamente Assistida Anotada* (e legislação complementar), Coimbra Editora, 2011, p. 128.

⁸ Esta doação de embriões - quase inexistente – é criticada por bioeticistas que nela vêem, do ponto de vista da futura criança originada no embrião doado, uma inaceitável discriminação perante os irmãos que não foram doados e que um dia poderá querer conhecer.



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

condições na aquisição de gâmetas (proveniência⁹ e “compensações” financeiras; nº máximo de doações¹⁰; base de dados sobre identidade genética; total de crianças nascidas por doação de gâmetas¹¹); taxas de eficácia (número de recém-nascidos saudáveis com mais de 35 semanas de gestação, por ciclo estimulado) nas diferentes clínicas e centros.

Os dados concernentes ao número de embriões congelados e técnicas com recurso a dador são publicados nos relatórios anuais de CNPMA, sendo os mesmos enviados para a ESHRE; todavia, ao contrário do que se pode ler no Relatório da ACSS (mesmo assim só para centros públicos...)¹², os dados sobre os partos oriundos por centro não são individualizados, sendo aqui absoluta má fé hipervalorizar os perdidos para *follow up*, isto é, aqueles partos de gravidezes oriundas de PMA que se não sabe onde ocorreram e o respectivo desfecho.

Na ausência destes dados é duvidoso poder com rigor falar-se em consentimento livre e informado de todos os envolvidos e participantes: técnicos de saúde, casais, dadores de gâmetas.

Por outro lado, se alguns destes dados são do conhecimento do CNPMA – como a Lei assim determina – não se vislumbra por que razões ou motivos, éticos ou de outra índole, se mantém tão grande secretismo. Quanto maior for a transparência, melhor será o conhecimento da realidade.

⁹ Há realmente doação de gâmetas no SNS? Se não há, trata-se de iniquidade e discriminação social inaceitável? Em que fase está o único Banco Público de Gâmetas previsto no Despacho n.º 3129/2011, de 9 de Fevereiro, DR I Série n.º34, de 17 de Fevereiro?

¹⁰ Havendo quem se interrogue se se trata de um “animal reprodutor sem qualquer ligação afectiva à sua prole”.
Maria do Céu Patrão Neves e Walter Osswald, *Bioética simples*, Lisboa, Verbo, 2007, p.134.

¹¹ O Relatório do CNPMA de 2010 responde muito incompletamente a algumas destas questões.

¹² ACSS, Programa Específico para a Melhoria do Acesso ao Diagnóstico e Tratamento da Infertilidade. Relatório de Acompanhamento 2010, p. 43



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Também por tudo isto decidiu o CNECV levar a cabo em 17 de Maio de 2011, no Porto, uma Conferência em que dedicou meia jornada de reflexão à apreciação bioética da lei de PMA¹³.

1.3. Gastos anuais com PMA e prioridades no SNS

Num contexto de insuficiência de resposta do SNS aos cuidados na área da infertilidade (vide listas de espera no SNS) decidiu-se intervir desde 2009 alargando a oferta do SNS no apoio à PMA, até 2008 quase limitado à comparticipação medicamentosa¹⁴ e às consultas estatais.

O Programa para a Melhoria do Acesso ao Diagnóstico e Tratamento da Infertilidade iniciou-se em Junho de 2009, exigindo um esforço de preparação e adaptação por parte de todas as entidades envolvidas, tendo tido continuidade nos anos subsequentes. A comparticipação dos medicamentos passou a beneficiar de um regime especial de 69%.¹⁵

De acordo com os últimos dados conhecidos, o valor de financiamento deste Programa terá orçado os 6 milhões de euros¹⁶, no ano de 2010, e em *comparticipação* de fármacos o Estado terá gasto cerca de 5.5 milhões de euros entre Dezembro de 2010 e Novembro de 2011¹⁷.

No seu todo estes custos têm que ser avaliados, não havendo qualquer ideia se são excessivos ou insuficientes no contexto das prioridades em saúde, e no contexto de que indicadores de PMA.

¹³ *As Leis da Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) e da Procriação Medicamente Assistida (PMA) – uma apreciação bioética.* Coleção Bioética 13, CNECV, Lisboa, 2011, pp 11-54

¹⁴ António Correia de Campos, *Reformas da Saúde. O fio condutor.* Coimbra, Almedina. 2008, p.166-7

¹⁵ Despacho n.º 10910/2009, de 22 de Agosto (DR, II Série, n.º 83, de 29 de Abril)

¹⁶ ACSS, Programa Específico para a Melhoria do Acesso ao Diagnóstico e Tratamento da Infertilidade. Relatório de Acompanhamento 2010.

¹⁷ Dados do IMS.



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Em saúde, as decisões políticas e económicas são cada vez mais condicionadas pela escassez de recursos, o que obriga à prestação de contas e a critérios transparentes para que possam definir-se prioridades. Atribuir recursos para um fim implica a sua indisponibilidade para outro fim, pelo que, o processo de tomada de decisão deverá ser rigoroso e as escolhas devidamente fundamentadas ¹⁸.

Alguns bioeticistas têm questionado, também em Portugal, se o investimento na PMA deve ou não ser uma prioridade, a quem compete suportar a despesa, e isto já antes do contexto de crise actual¹⁹. Outros bioeticistas quase sugerem que só tenha acesso a PMA quem previamente tenha adoptado uma criança²⁰. É, porém, admissível haver nesta solução extrema uma certa retórica e demagogia que, ao fim e ao cabo, pudesse lesar os interesses da criança primeiramente adoptada no contexto global da diacronia afectiva da família.

Refere-se com alguma frequência a percentagem de partos oriundos de PMA como indicador de maior ou menor eficiência nos programas existentes. Mas este indicador – ex: 4% na Dinamarca e 1% em Portugal em 2010 ²¹ - pode, em rigor, traduzir a montante realidades inteiramente diferentes na saúde, socioculturais e económicas: também a % de cesarianas é de 21% na Dinamarca e de 33% em Portugal. Mais interessante será o número de ciclos estimulados por 100.000 habitantes.

Desde a década 80' que se questiona, ao nível da ética social, a justeza da afectação de verbas para áreas específicas da saúde e o estabelecimento de prioridades nas opções

¹⁸ Um estudo de avaliação económica recente, sobre dois protocolos de estimulação ovárica, realizado na perspectiva do SNS, conclui pela adopção de um dos protocolos considerando-o o mais custo efectivo, o qual permitiria realizar mais tratamentos e o nascimento de mais crianças, mantendo-se o financiamento constante, o que poderá ter especial relevância no contexto actual de restrições orçamentais do SNS.

Vladimiro Silva, Pedro Pita Barros, Óscar Lourenço, Francisco Batel Marques, *Fecundação in vitro em Portugal: Um estudo de custo efectividade*. Revista Portuguesa Farmacoterapia, 2011 (3), p. 139-153.

¹⁹ Relatório sobre o Parecer 44/CNECV/04, CNECV Documentação 9, 3.9.3, pg. 131;

Rui Nunes /Guilhermina Rego, *Prioridades na saúde*, Lisboa, McGraw-Hill 2002, p.27

Maria do Céu Patrão Neves e Walter Osswald, *Bioética simples*, Lisboa, Verbo, 2007, p. 132

²⁰ George Annas, <http://www.pbs.org/wgbh/pages/frontline/shows/fertility/interviews/annas.html>

²¹ THE REPRODUCTIVE HEALTH REPORT. Miguel Oliveira da Silva et al. Eur j Contraception & Reproductive Health care, vol16, Supplement 1, September 2011



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

fundamentais. Podemos, então, colocar a questão de saber onde se situam as técnicas de PMA nessa gradação de prioridades ²². No contexto internacional houve a preocupação de se estabelecerem critérios que facilitassem a definição de prioridades em saúde, sendo a área da PMA, na generalidade dos países, aquela que suscitou há duas décadas maiores dúvidas. O *Governmental Committee on Choices in Health Care* ²³, na Holanda, concluiu há vinte anos pela não inclusão da PMA no *basic package*, argumentando que a pretensão dos casais inférteis de terem filhos por PMA não justifica uma solidariedade compulsiva da sociedade. No entanto, presentemente a Holanda é um dos países cujo financiamento da PMA é de 100% nos centros públicos e privados durante um máximo de 3 ciclos.

Inversamente, alguns interrogam-se se será eticamente aceitável, invocando os constrangimentos do actual contexto económico, questionar as verbas atribuídas à PMA, e impor limitações ao financiamento da PMA, num contexto de envelhecimento populacional e em que se financiam cuidados diametralmente opostos (IVG), sem taxa moderadora mesmo nos casos recorrentes. Não estaremos aqui perante uma violação de um princípio estruturante no SNS - igualdade no acesso ²⁴, na medida em há taxas moderadoras para a PMA e não há para a IVG?

1.4. Divulgar *desvantagens da maternidade tardia*

A maternidade tardia (após os 35 anos) ou o adiamento da maternidade – quaisquer que sejam as suas causas a montante – é a razão essencial da actual infertilidade nos casais ²⁵. Por seu lado, a infertilidade é também uma das causas da baixa taxa de fecundidade que hoje se verifica na grande maioria dos países da UE, em que Portugal avulta com 1.2, quando a taxa para reposição da população é de 2.1.

Por maiores que sejam as adversidades sociais, profissionais, financeiras, afectivas, a maternidade tardia e o adiamento da maternidade não são uma fatalidade,

²² In Relatório – Parecer. Procriação Medicamente Assistida 3/CNECV/93, 4 c), p.13

²³ The Netherlands, *Governmental Committee on Choices in Health Care*, A Report, 1992

²⁴ De acordo com o novo regime das taxas moderadoras (2012), a taxa a suportar pelos casais numa FIV convencional, com desenvolvimento embrionário e transferência de embriões, poderá cifrar-se em 175€.

²⁵ Em parte devido a uma reserva ovárica diminuída e declínio na qualidade dos ovócitos, fenómenos associados ao envelhecimento natural da mulher na sua quarta década de vida..



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

como o provam as inversões verificadas em França, Irlanda e Suécia, designadamente pela eficácia das medidas do esquema de apoio à parentalidade (*childbearing policies*²⁶).

Compete ao Estado – designadamente ao Ministério da Saúde – a divulgação de medidas na promoção da saúde dos cidadãos, entre as quais se inclui, sem dúvida, o conhecimento das consequências da maternidade tardia.

Ponderadas as circunstâncias íntimas e pessoais que enquadram, num homem e numa mulher, a escolha do *Kairós* adequado à decisão de procriar, alguns admitem que os recursos gastos em esterilidade pudessem ser minorados a médio prazo se o Estado investisse também noutras políticas de apoio à parentalidade, conforme o modelo sueco, por exemplo, acima mencionado.

Até hoje não são conhecidas quaisquer medidas estatais a este respeito.

1.5. A perspectiva das *crianças* oriundas de PMA

A consagração do “direito a procriar e a constituir família” subordina-se a outros direitos fundamentais, designadamente, ao direito da criança que poderá vir a nascer e à protecção da criança em ordem ao seu desenvolvimento integral²⁷.

A Lei 32/2006 (...) e o Parecer 44/CNECV/04 previam que o CNPMA diligenciasse o acompanhamento das pessoas “nascidas com a intervenção dessas técnicas”.

²⁶ THE REPRODUCTIVE HEALTH REPORT. Miguel Oliveira da Silva et al. Eur j Contraception & Reproductive Health care, vol16, Supplement 1, September 2011

²⁷ Tiago Duarte, *In Vitro Veritas? A Procriação Medicamente Assistida na Constituição e na Lei*, Coimbra, Almedina, 2003.



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Não são hoje conhecidos quaisquer dados sobre as crianças em Portugal oriundas de PMA, o que leva alguns a afirmarem que, de uma forma geral, tem havido um desequilíbrio e assimetria entre uma autonomia (excessiva?) dos pais, em relação aos direitos e interesses (pouco debatidos) das crianças oriundas de PMA.

Uma das questões fundamentais gira em torno do *direito a conhecer a respectivas origens*: genéticas e/ou gestacionais.

Quantas crianças oriundas de PMA sabem o modo como foram geradas, quantas querem conhecer, quantas podem conhecer e quantas conhecem os pais genéticos? Não há em Portugal estudos e reacções sobre esta área, não obstante o primeiro “bébé-proveta” ter nascido entre nós já em 1988, há 24 anos.

Analogamente, no caso agora em causa da PMA, não se conhecem entre nós estudos sobre a forma como têm agido os pais com as suas crianças obtidas por PMA. Não se discutindo as respectivas competências de parentalidade e capacidade de afecto, indesmentivelmente boas para a generalidade dos autores²⁸, subsiste a questão do direito da criança à respectiva identidade e da preocupação dos pais com os futuros interesses dos futuros filhos, designadamente as consequências devastadoras que o secretismo ou mesmo mentira²⁹ sobre a respectiva origem, uma vez descoberta a verdade, possa ter nalguns dos seus filhos.

Também aqui, na ausência de completa informação sobre estas questões no processo da PMA, alguns duvidam que com rigor se possa falar em verdadeiro consentimento livre, informado e esclarecido de todos os participantes.

1.6. Manter o anonimato na doação de gâmetas? porquê?

²⁸ Maria do Céu Patrão Neves e Walter Osswald, *Bioética simples*, Lisboa, Verbo, 2007, p. 133

²⁹ Alguns lhe chamando “mentira da filiação”.

Daniel Serrão, *A vida criou-preserveda*, In: *Bioética e Vulnerabilidade*, Coimbra, Almedina, 2008, p. 75



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Compensação aos dadores terceiros.

A Lei 23/2006 consagra o anonimato obrigatório na doação (singular ou dupla) de gâmetas (), nisto contrariando claramente o que se lê no Parecer 44/CNECV/04, no seu ponto 10.

Volvidos seis anos, deve esta disposição manter-se ou não ? Por que razões ?

Deve ou não revelar-se a uma criança as suas origens biológicas (genéticas e/ou gestacionais) ?

Interessa ou não à criança saber a origem dos gâmetas e do útero em que foi gerada (no caso da maternidade substituição ou da adopção, que inclui a epigenética do micro ambiente uterino, ver 3.4)?

Em 1990, o HFEA (*Human Fertilization and Embriology Authority*) autorizou o conhecimento dos dadores de gâmetas pelas crianças nascidas no Reino Unido através de PMA. Desde 2008, várias crianças têm no UK conhecido os seus dadores de gâmetas, existindo literatura e produção científica ³⁰ no Reino Unido sobre o acompanhamento psicológico dessas crianças no processo de eventual conhecimento dos dadores de gâmetas.

Qualquer que seja a decisão do legislador em Portugal a este respeito, o mínimo que se exige é que ela seja ponderada no conhecimento dos interesses de todas as partes, designadamente das crianças também. Não pode o legislador português ignorar estes aspectos.

³⁰ Ruth Macklin 2010;
Marylin Crawshaw *Preparing semen donnors and offspring for contacts*;
Olivia Montuschi *Information sharing with teenagers conceived by gamete donation*.
In: Theory and practice up date in third party reproduction, Stockholm, 24th Annual ESHRE Meeting, July 2011



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

De resto, tal como noutros aspectos sobre a discussão ética relativa à adopção, também aqui há similitudes sobre se se deve (e como se deve ou não) revelar a uma criança as suas origens biológicas.

Finalmente: está por comprovar que a doação de gâmetas não anónima diminua drasticamente o número de dadores de gâmetas em Portugal, dadas as especificadas da nossa cultura.

Talvez tal não se verificasse. De resto, sob o actual anonimato, o número de dadores é insuficiente³¹ - daí continuar a recorrer-se à importação de gâmetas no estrangeiro³², não se vislumbrando, a curto prazo, uma solução para os casais em lista de espera, já que a capacidade de resposta do actual banco público de dadores, em início, parece estar àquem das necessidades.

Que papel jogam aqui as chamadas compensações aos dadores terceiros³³ – a partir de que montante uma „compensação“ é um pagamento que objectivamente transforma a “doação” numa venda e comercialização de parte do corpo, consensualmente criticável do ponto de vista ético?

Aonde começa a abordagem consumista para obtenção de uma criança, com a reificação, comodificação³⁴, coisificação da criança que se pretende, de que é exemplo a obtenção de gâmetas submetida às normas do mercado ?

Neste cenário de diminuída aderência à doação de gâmetas ganha acuidade especial o numero máximo de gestações que se pode levar a cabo com o esperma de dador, pois a tendência será para aproveitar ao máximo as dádivas recebidas^{35 36}.

³¹ Veja-se a notícia do Jornal Público onde se refere a possibilidade de promover uma campanha junto da população universitária disponível em: <http://www.publico.pt/Sociedade/banco-publico-de-gametas-procura-dadores-de-esperma-e-ovocitos-e-desafia-estudantes-1512744>.

³² Em 2010, houve 16 pedidos de importação de amostras de espermatozóides (3 de centros públicos e 13 de centros privados; quinze espanhóis e um dinamarquês), Relatório de 2010 do CNPMA, pp 27-28

³³ Despacho nº 5015/2011, de 9 de Março (DR II Série n.º58, de 23 de Março) – estabelece as condições de que depende a atribuição de compensação aos dadores terceiros

³⁴ Susan Odds e Karen Jones, *A response to Purdy*, Bioethics 1989; 3.1, pp 35-39



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

De acordo com os requisitos e parâmetros de funcionamento dos centros de PMA:

1. É aconselhável que cada dador masculino não possa estar na origem de mais de 8 partos de nado-vivo (não confundir com 8 doações apenas);
2. Cada dadora não pode efectuar mais do que três dádivas ao longo da sua vida, independentemente de da doação resultar ou não gravidez. O intervalo entre duas doações consecutivas terá de ser superior a 6 meses;
3. A doação de gâmetas é voluntária, de carácter benévolo, e não remunerada, embora possam receber uma compensação estritamente limitada ao reembolso das despesas efectuadas ou dos prejuízos directa e imediatamente resultantes da dádiva³⁷,

No caso do Banco Público de dadores a funcionar na Maternidade Júlio Dinis, os homens recebem uma compensação de 278 euros por sete dádivas e as mulheres recebem 620 euros por três dádivas. A diferença do valor da compensação (calculado com base ao indexante de apoios sociais)³⁸.

Em qualquer caso, quando o casal aceita a doação de gâmetas, mesmo que singular, está tacitamente a dizer que, ele ou ela, pelo menos, aceitam a família sem uma conexão genética com a criança.

O que se sabe entre nós sobre o bem estar a longo termo da criança concebida com recurso a doação de gâmetas?

³⁵ Tiago Duarte, *In Vitro Veritas? A Procriação Medicamente Assistida na Constituição e na Lei*, Coimbra, Almedina, 2003, p. 84.

³⁶ Quanto ao número máximo de doações de esperma e ovócitos leia-se *Requisitos e Parâmetros de Funcionamento dos Centros de PMA*, p. 31, disponível em: http://www.cnpma.org.pt/profissionais_requisitos.aspx

³⁷ Nos termos do art. 9.º da Lei n.º 12/93, de 22 de Abril, com a redacção que foi dada pela Lei n.º 22/2007, de 29 de Junho, e concretizado pelo Despacho n.º 5015/2011 que estabelece as condições de que depende a atribuição de compensações aos dadores terceiros, como decorre do n.º 4 do art. 22.º da Lei 12/2009, de Março.

³⁸ Fonte: <http://www.publico.pt/Sociedade/banco-publico-de-gametas-procura-dadores-de-esperma-e-ovocitos-e-desafia-estudantes-1512744>



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Embora seja de crer, neste ponto, que o optimismo dos estudos de Golombok³⁹ seja extensível à nossa realidade, lamenta-se e surpreende a inexistência de qualquer investigação nacional sobre esta área crucial.

2. Nova lei de PMA : projectos em apreciação (PS e PSD,)

2.1. Introdução: unidade biológica-gestacional e social

A maternidade convencional engloba os

seguintes momentos:

Biológica (quem gera: *child-bearing*)

Genética

Gestacional (uterina)

Amamentação

Social (quem educa: *child-rearing*)

Idealmente, há uma unidade entre todos estes componentes, desde logo antecedida e enquadrada pelo projecto da sexualidade e afectividade vivida a dois, com todos os seus sucessos e falhanços.

Discutir o peso específico de cada um destes componentes, é tarefa que se não afigura possível e é certo que cada um, cada casal, lhe dará uma resposta própria, porventura de acordo com a sua história, com o seu percurso, com as suas frustrações e expectativas⁴⁰, se bem que, note-se, se fale quase exclusivamente dos casos de

³⁹ Ver 2.5 deste Relatório

⁴⁰ “Uma criança poderia assim ter três mães: a genética, a gestacional e a social. Esta fragmentação da maternidade acarreta inúmeros problemas éticos, sociais e legais, além de quebrar a unidade da família. Pergunta-se, muitas vezes, qual das três mães é a verdadeira. E a minha resposta irónica é que nenhuma delas o é. Maternidade é o conjunto vitalmente integrado das três



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

sucesso e quase nunca dos de insucesso que, recorde-se, são a maioria. Alguns defensores da chamada maternidade de substituição falam da importância que o tempo desempenhará na “hierarquia das mães”⁴¹.

É certo que com a **adoção** sempre houve e haverá uma fragmentação entre a maternidade biológica⁴² e a maternidade social: a mãe que adota e educa a criança não é a grávida que a gera. Mas não se podem identificar e medir pela mesma vara os acidentes e vicissitudes da natureza e da imperfeição humana (morte da mãe, abandono da criança) com a intenção da institucionalização legal de uma “solução” *a priori* fragmentada e incompleta.

Com a PMA introduziu-se a separação entre a componente sexual convencional⁴³ e procriativa: passou a ser possível ter uma criança sem ter relações sexuais.

Com os dois novos projectos de lei de PMA agora em análise pretende-se:

- i) Alargar o acesso de PMA às eventuais grávidas de substituição;
- ii) Consagrar uma outra e nova fragmentação na sexualidade-reprodução por PMA: além da reprodução ser independente da relação sexual, há dissociação nos componentes da maternidade: *a priori* a mulher grávida decide que não vai educar a criança, há uma mulher que “empresta” o seu útero.

Havendo doação de gâmetas (anónima ou não; singular ou, *a fortiori*, dupla) reconhece-se, tacitamente, um predomínio da parentalidade social sobre a dimensão gestacional-uterina da componente biológica da maternidade.

funções e ocorre quando elas são dissociadas. No caso das mães de substituição, dá-se a instrumentalização da mulher (que fica como que reduzida a uma máquina de substituição”.

Luís Archer, *Da Genética à Bioética*, Coimbra, Gráfica de Coimbra, 2006, p. 231

⁴¹ Geneviève Delaisi De Parseval. *Pour la légalisation des mères porteuses*. In : Lois de bioéthique : réexamen, enjeux et débats, Paris, La Documentation Française, 2009, p. 26

⁴² Também no caso histórico das **amas-de-leite** havia uma fragmentação na própria maternidade biológica: quem gera a criança não era quem a amamentava.

Recorde-se que havia aqui uma óbvia discriminação ou exploração social, porquanto nunca eram as mulheres dos meios economicamente afluentes aquelas que amamentavam os filhos das mais pobres e desfavorecidas.

⁴³ Unitiva, na terminologia da hierarquia católica.



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Para os que assim pensam, ser-se pai ou mãe social, isto é, a parentalidade social de alguma forma eclipsaria, mitigaria ou até subsumiria a questão da gestação e talvez mesmo das origens biológicas da criança (quando a doação gamética for dupla).

Enquanto o projecto do PS (art 8º, nº 3) exige que pelo menos um dos **gâmetas** seja do casal beneficiário, o do PSD é totalmente omissa a este respeito, não autoriza nem proíbe.

Não havendo doação de gâmetas, há uma ilusória sobrevalorização genética, na crença de que assim se protege a identidade genética do casal – veremos que assim não é (3.4).

Em qualquer caso, trata-se de uma substancial distinção, antropológica, biológica e ética com a concepção anterior.

O acesso à PMA sofre ruptura filosófica com a Lei de 2006, há uma nova concepção -- de exclusivamente subsidiária (ultrapassar a infertilidade através de uma gravidez evolutiva no útero da mulher do casal estéril) acede-se ao recurso à gravidez de substituição.

2.2. Limites intransponíveis do corpo humanos. O natural e o artificial.

No caso concreto da PMA, muitos limites anteriormente julgados intransponíveis na espécie humana foram já alcançados: produção de um embrião *in vitro*; nascimento de crianças saudáveis sem relações sexuais; gravidezes múltiplas com um número impensável de fetos vivos; gravidez de substituição; vitrificação de ovócitos (que permite adiar a maternidade mantendo disponíveis os óvulos jovens); gravidez após a menopausa.



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Certamente que haverá limites intransponíveis na natureza humana: será sempre necessário um útero para o desenvolvimento de um embrião/feto, por mais que a ficção científica imagine a exo genesis num útero artificial, numa incubadora.

Analogamente, e se bem que para o ser humano o artificial faça parte da sua natureza⁴⁴, sempre haverá limites para o *enhancement*, independentemente da retórica estéril associada a subtis distinções entre *restitutio ad integram* e *transformatio ad optimum*.

Não se trata da “moralização da natureza”, do recurso à natureza como normativo. Ao contrário: “está bem que se recomende intervir de acordo com o mais natural. Mas existe frequente mal-entendido por causa da estreita noção de natureza; considerar bom, sem mais, tudo o que é designado ‘*natural*’ e ajuizar negativamente, sem mais, acerca de tudo que é considerado como ‘*artificial*’. Reside na frase anterior um sério equívoco: confundir artificial com antinatural e crer que tudo o que é artificial é, por isso mesmo, antinatural”⁴⁵.

O mesmo é dizer que há limites para a natureza humana em geral, e, concretamente, no que à PMA diz respeito.

Em qualquer caso, convém recordar a velha máxima de Barahona Fernandes: “o ético preceito de que nem tudo deve ser permitido que possa simplesmente ser eficaz...”⁴⁶

A mera eficácia não é critério ético, como o não é a simples adequação legal a uma realidade empírica já vivida para que a mesma tenha enquadramento jurídico ou para se pretende acabar com a discriminação social que sempre permitirá aos mais ricos ter acesso àquilo que outros não terão (caso concreto da ida ao estrangeiro).

⁴⁴ “... assim como a natureza não faltou ao Homem com o necessário, por não lhe ter dado armas e roupa como deu aos outros animais, visto que lhe seu razão e mão pelas quais pode adquirir para si essas coisas. Assim também...”

Tomás de Aquino, *Suma Teológica*, 1^a-2^ae, q.5,5 ad 1^{um}

⁴⁵ Juan Masiá Clavel, SJ. *Bioética y Antropología*, Madrid, Universidad de Comillas, 2005, p. 214

⁴⁶ Barahona Fernandes. *Egas Moniz*. Lisboa, 1983, Biblioteca Breve, p.125



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Isto não impede que a análise ética da PMA e dos seus desfechos deva estudar a experiência vivida dos casos de infertilidade e que, como qualquer análise ética responsável, tenha que estar aberta a novas informações e à correcção de dados anteriores.

2.3. Antropologia da sexualidade, reprodução, família e da parentalidade humana à luz da PMA - anotações

O ser humano repousa estrutural e antropologicamente numa dualidade constitutiva, masculina e feminina, independentemente do género a que cada um se sinta pertencer e que para si próprio queira reivindicar.

De resto, se, por absurdo, toda a humanidade fosse exclusivamente homossexual e não fosse permitido o recurso dos homossexuais à PMA – situação portuguesa -, a espécie humana desapareceria em duas ou três gerações.

A PMA tem colocado novas questões à ligação entre a sexualidade e a procriação, e ao próprio conceito e prática de procriação.

Situações anteriormente impensáveis e tidas como impossíveis para a natureza humana⁴⁷ foram alcançadas (ex: ter um filho após a menopausa).

Significa isto que se deve repensar o conceito de procriação, separando-o da sexualidade e fragmentado as diversas componentes da maternidade biológica?

Deve repensar-se o conceito de família, paternidade, maternidade, parentalidade, confrontando-os e adaptando-os aos novos dados que a biomedicina e

⁴⁷ *Génesis, 18:11* : Abraão e Sara eram velhos de idade avançada, e Sara já tinha passado da idade.



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

as ciências sociais nos vão dando⁴⁸? Haverá que operar a redefinição de maternidade⁴⁹, parentalidade e família?

Privilegiar-se a parentalidade social em detrimento da biológica (na sua tripla componente genética, gestacional e amamentação) é algo que se deve deixar ao critério de cada um?

Se sim, é curioso que assim seja. E verifica-se agora um movimento pendular por assim dizer inverso daquele que sucedeu nos tempos primevos da PMA, em que precisamente o que se pretendia era assegurar e perpetuar a descendência genética, “ter um filho geneticamente nosso” – foi para isso que surgiu a FIV, inicialmente⁵⁰.

Com a doação de gâmetas e cedência do útero de substituição, a parentalidade começa por ser para os eventuais beneficiários como que uma antecipação da adoção, por não haver no conjunto destas duas situações qualquer resquício biológico (genético, epigenético e amamentação) com a criança que se acolhe e educa⁵¹.

Em qualquer caso: o que é a parentalidade?

O que é ser pai, o que é ser mãe?

⁴⁸ *Guilherme Oliveira, Estabelecimento da Filiação, na mudança recente e perspectivas, In Temas de Direito da Família, Almedina, Coimbra, 1986.*

⁴⁹ *Uma criança pode ter duas ou três (óvulo, útero, social) mães?*

⁵⁰ É certo que já antes de 1978 já havia a inseminação artificial heteróloga (com dador de esperma), em que a componente genética era subsumida.

⁵¹ É certo que há muitas adoções de crianças que realmente são filhas biológicas do pai adoptivo. Mas esse é todo um outro tema.



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Como se valorizam os nossos filhos?

O que significa o substantivo *humano*?

2.4. Os “novos direitos” humanos ?

As pessoas deveriam ser livres de procriar, quando e como quiserem.

Porém, a autonomia dos adultos não pode ignorar os direitos e interesses das crianças. Sabendo-se que, em caso de conflito, estes predominam sobre aqueles (por isso se pode retirar o poder parental aos pais).

Alguns defendem que o direito à reprodução supõe o direito e o dever de educar o seu próprio filho biológico. Por contraposição, quando não há, *a priori*, a intenção em educar a criança que se gera (caso da gravidez de substituição), não há, para alguns, o direito moral de reprodução ⁵².

É toda a questão em aberto entre o direito à parentalidade (dos beneficiários) versus direitos da criança que poderá nascer.

Ver a este propósito os contributos dos Prof. Michel Renaud e Jorge Novais no site do CNECV sobre esta temática.

2.5. Estudos sobre os pais e filhos de casais oriundos de maternidade de substituição

Alguns estudos⁵³, no âmbito da Psicologia e Pediatria, avaliaram a relação entre as crianças e os pais, e os respectivos níveis de bem-estar,

⁵² Steinbock B, *A philosopher looks at assisted reproduction*. Journal of Assisted Reproduction and genetics 1995; 12: 543-551

⁵³ Golombok S. *et al.*, *Non Genetic and non-gestational parenthood: consequences for parent-child relationships and the psychological well-being of mothers, fathers and children at age 3*. Human Reproduction. 2006, (7), p. 1918-1924;
Golombok *et al.*, *Families created through surrogacy arrangements: parent-child relationships in the 1 st year of life*. Human Reproduction. 2004. 40 (3), p. 400-411.

Golombok *et al.* *Surrogacy families: parental functioning, parent-child relationships and children's psychological development at age 2*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2006, 447:2, pp213-222



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

responsabilidades parental e educativa, com base na distinção entre as famílias consideradas naturais e as resultantes de técnicas de PMA (nomeadamente com recurso à gravidez de substituição), concluindo na generalidade pelo reconhecimento de boas competências de parentalidade e capacidade de afecto dos pais e normais níveis de desenvolvimento intelectual, emocional somático e social das crianças. São, porém, estudos limitados no tempo, só contemplando crianças até aos 2 anos de idade.

Outros estudos⁵⁴ concluem que a complexidade das relações estabelecidas reflectir-se-á no bem-estar e identidade pessoal, com consequências eventualmente devastadoras na vida adulta, daqueles que nascem por intermédio daquelas técnicas.

O acesso e eficácia à PMA deverá sempre ser ponderado em função de valores sociais, neste caso norteados pela salvaguarda dos interesses da criança, que será a parte mais frágil nesta relação, e que tem o direito de nascer e crescer saudável, e cujos interesses devem sempre prevalecer sobre o desenvolvimento e progresso da ciência⁵⁵.

2.6. Ponderar congelação de óvulos

A introdução em 2005 da técnica de vitrificação⁵⁶, permite congelar com qualidade os óvulos - como desde há cerca de 50 anos se faz já com o congelamento de esperma -, coisa impensável há ainda poucos anos.

Bos H, van Balen F. *Children of new reproductive technologies: Social and genetic parenthood*. In: Patient Education and Counseling, Amsterdam, Elsevier, 2010, pp 429-435

⁵⁴ Elisabeth Marquardt, Norval D. Glenn, Karen Clark, *My Daddy's Name is Donor: A New Study of Young Adults Conceived Through Sperm Donation*, Institute for American Values, 2010, p.6-8.

⁵⁵ ESHRE Task force on Ethics and Law 13: *the welfare of the child in medically assisted reproduction*. Human Reproduction 2007, 22,10 pp 2585-2588

⁵⁶ Trata-se de uma técnica que, realizando o congelamento ultra rápido dos ovocitos, não os deteriora como sucedia na habitual congelação.



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

É a introdução de uma nova realidade tecnológica na PMA⁵⁷, facilitando:

I) a doação de oocitos entre diferentes mulheres;

II) a possibilidade de uma mulher, por razões médicas (ex: ser submetida a quimioterapia) ou sociais poder proteger os seus óvulos com qualidade e atrasar, postergar, adiar a sua futura reprodução, mantendo disponíveis os seus melhores e mais jovens óvulos⁵⁸;

III) um ganho para muitos casais, com consequências supostamente positivas na PMA, em que tantas mulheres com mais de 35 anos se confrontam com ausência de óvulos de qualidade nos respectivos ovários;

IV) a diminuição no número de embriões excedentários e/ou congelados, até hoje em parte existentes por ausência de óvulos em boas condições após o normal processo de congelamento-descongelamento.

Estranha-se que o legislador não inclua na nova lei de PMA apoios e incentivos a esta nova técnica.

Não é aqui despiciendo estabelecer uma idade máxima de acesso à PMA (proibindo legalmente por exemplo gravidezes pós-menopausa), coisa que nem a lei em vigor nem os projectos de lei em análise o fazem⁵⁹.

3. “MATERNIDADE DE SUBSTITUIÇÃO”

3.1. Opção semântica: gravidez de substituição

⁵⁷ Boyer P, Rodrigues P, Tourame P, Oliveira da Silva M, Barata M, Perez-Alzaa e Gervoise-Boyer M. *Third Millennium Assisted Reproductive Technologies: the impact of oocytes vitrification* (em publicação, 2012)

⁵⁸ O que já não acontece espontaneamente a partir da idade de 35 anos, razão também pela qual é mais frequente a existência de embriões e crianças com malformações genéticas, ex: trisomia 21, „mongolismo“;

⁵⁹ Em Fevereiro de 2010 o CNPMA não chegou a acordo sobre a fixação de limites etários no acesso a técnicas de PMA de 1ª e 2ª linha, tendo sido sugerido os 42 anos para a mulher.



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Nada é eticamente neutro, objectivo ou indiferente na terminologia e na semântica bioética⁶⁰.

É célebre a frase de Paul Ricoeur: “*glissement du plan sémantique au plan ontologique*”⁶¹. Muitas expressões traduzem já implícitos pressupostos filosóficos, antropológicos, religiosos, às vezes. De facto, muitas vezes “ a escolha das palavras é reveladora (...) As palavras constituem o sintoma de um incómodo: há muitas coisas a esconder: as palavras também servem para isso” ⁶², às vezes são verdadeira “hipocrisia verbal” ⁶³.

No caso vertente, perante a fragmentação verificada na unidade dos diversos componentes naturais da maternidade (genético-uterina-social), terá sentido chamar mãe a uma mulher que, *a priori*, admite limitar-se a disponibilizar o seu útero para uma gestação?

Entendemos que, objectivamente, se lhe deve chamar grávida de substituição, grávida para outrem (*grossesse pour autrui*).

Chamar-lhe mãe de substituição supõe aceitação da fragmentação do conceito de maternidade e a subalternização do papel da grávida, e implica a possibilidade de haver mais que uma progenitora biológica (genética, gestacional e até na amamentação) o que fere em definitivo o conceito de maternidade e é, em si mesmo e a todos os títulos (antropológico, ontológico, emocional), distinto da mera doação de gâmetas.

Doar gâmetas, doar células reprodutoras, não é doar uma criança que se gerou e se pariu.

⁶⁰ Havendo mesmo quem fale de forma mais geral na « ilusão da neutralidade axiológica”.

Maria do Céu Patrão Neves e Walter Osswald, *Bioética simples*, Lisboa, Verbo, 2007, p. 25

⁶¹ Jean-Pierre Changeux e Paul Ricoeur, *La Nature et la règle*, Paris, Éditions Odile Jacob, 1998, p. 192

⁶² Sylviane Agacinski, *Contre la légalisation des mères porteuses*. In : Lois de bioéthique : réexamen, enjeux et débats, Paris, La Documentation Française, 2009, p.31

⁶³ *Ibidem*, p.32



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Alguns dos que assim não pensam afirmam: porque é que uma mulher sem ovocitos pode ter um filho com ovocitos de dadora e uma mulher sem útero não pode ter um filho com um útero de outra mulher? Não será isto uma injustiça que há que corrigir, colocando na mesma raso gâmetas, útero e gravidez?

Ora a doação - anónima ou não - de gâmetas não tem as mesmas consequências para o dador que uma gravidez, um parto e o nascimento de uma criança – de maneira nenhuma, nem no tempo, nem na vida psíquica e biológica.

3.2 Bosquejo histórico e questões prévias

O recurso a uma mulher que vai gerar uma criança para um casal estéril a educar não é novo na história da humanidade – veja-se a história de Agar e seu filho Ismael, acontecimento já então cheio de perplexidades emocionais⁶⁴. De resto, também a lei e os costumes na Babilónia permitiam esta prática, presumindo infertilidade feminina no casal em causa. Seria um meio para evitar um divórcio⁶⁵.

A chamada maternidade de substituição pratica-se desde 1985⁶⁶, inicialmente para tentar ultrapassar a infecundidade feminina em mulheres com histerectomia por razões oncológicas. Rapidamente se alargaram as indicações, acompanhadas até hoje de um recorrente acervo de sérias dificuldades antropológicas, éticas, emocionais e até jurídicas, e não apenas por a grávida de substituição mudar a sua vontade no decurso do processo, a filosoficamente chamada *liberdade de desistir da promessa*⁶⁷.

Um dos primeiros casos mais mediáticos ocorreu os EUA em 1986, *Baby M*: a grávida de substituição recusou ceder a custódia de Melissa ao casal com quem havia feito um acordo. O tribunal de New Jersey reconheceu que Mary Beth Whitehead (a

⁶⁴ Génesis, 16

⁶⁵ Postgate, J.N. . *Early Mesopotamia Society and Economy at the Dawn of History*. Londres, Routledge, 1992, p. 105

⁶⁶ *Philadelphia Investigations*

⁶⁷ Immanuel Kant. *Metafísica dos costumes*, Do contrato de doação. Lisboa, 2004, FCG, p. 155



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

grávida de substituição) era a mãe legal da criança, mas acabou por, considerando o melhor interesse da criança, a ao casal beneficiário.

A figura da grávida de substituição é proposta nos projectos de lei em análise com o objectivo de resolver problemas concretos que hoje se colocam a alguns casais, impossibilitados de procriar, por se encontrarem em situação para a qual em nada contribuíram (ex: ausência de útero, por anomalia congénita ou após cirurgia).

Reconhece-se, evidentemente, o sofrimento que tal possa provocar num casal cuja mulher, por exemplo, nasceu sem útero ou ficou sem ele, ou tem uma mal formação incompatível com uma gravidez evolutiva.

Várias questões se devem colocar:

3.2.1 O acesso à grávida de substituição **resolve mais problemas do que aqueles que provoca?**

Há um acervo de problemas antropológicos, éticos, emocionais em todos os intervenientes: na grávida de substituição, no casal beneficiário, na criança que vai nascer, na filiação jurídica da paternidade e maternidade.

Para se tentar resolver um problema, levantam-se muitos mais tão ou mais sérios e graves?

O fim pretendido justifica o recurso a estes meios ?

3.2.2 Tudo deve ser permitido para a satisfação do desejo de ter um filho ?

Se nem tudo deve ser permitido, o que é que deve ser interdito e porquê ?

Há que sublinhar que a existência de uma criança (biológica ou adoptada) não é obrigatória na realização humana, mesmo de um casal.



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

3.3. Motivação altruísta – absoluta (incondicional) ou condicional?

O CNECV nunca se pronunciou ainda sobre este tema específico: há uma brevíssima referência no Relatório de 2004 à maternidade de substituição em geral, mas o tema é totalmente omissivo do Parecer 44/CNECV/04.

Os projectos de lei em análise apenas admitem motivações altruístas.

Admitindo que nenhuma das futuras grávidas de substituição receberá, contratualmente, qualquer quantia ou compensação material (seriam então coloquialmente designadas por “barrigas de aluguer”), importa, ainda que brevemente, reflectir sobre a motivação profunda do genuíno altruísmo de que falam ambos os projectos-lei⁶⁸, e saber se é possível comprová-lo.

A relação entre a hipotética grávida de substituição e o casal beneficiário merece alguma reflexão. Antes da gravidez, durante e após, na inevitável mútua *relação de dependência* que se criará.

É ou não desejável que haja laços anteriores entre os três intervenientes (ex: amizade, laços familiares), no âmbito do mero altruísmo?

Ou, pelo contrário, só se poderá falar em altruísmo verdadeiro e desinteressado no caso da cedência do útero ser, *a priori*, inteiramente anónima⁶⁹?

Posta a questão em linguagem coloquial: “empresto o meu útero a quem dele precisar” versus “empresto meu útero só se for à minha irmã, ou à minha amiga”.

⁶⁸ Como impedir, de facto, posterior “compensação” financeira?

Se a grávida de substituição for familiar do casal requerente, como impedir pressões emocionais e familiares (ver dador vivo de órgãos, quase todos Filho/pai ou pai/filho – porque não há dadores vivos anónimos?) mascaradas de voluntariedade altruísta?

⁶⁹ Analogamente, alguns bioeticistas, quando consideram os dadores vivos de órgãos, entendem que tal doação só é inteiramente altruísta e pura generosidade quando feita de modo anónimo e desinteressada, isto é, quando o dador não sabe nem saberá quem será o futuro receptor.



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

A distinção é importante.

Havendo, inevitável e até desejavelmente (para alguns), contactos estreitos (escolha da futura grávida, ida às consultas, ecografias, parto, amamentação) entre a grávida de substituição e o casal beneficiário – em muitos casos podem até haver laços familiares -, como impedir subtis retribuições (ofertas, roupa, alimentação) do último para com a primeira, sobretudo quando esta pertence a um estrato social mais baixo e desfavorecido economicamente, como o reconhece a generalidade da literatura ⁷⁰?

Como assegurar, como propõem ambos os projectos-lei em análise, a proibição de oferta “de qualquer bem” à grávida de substituição?

Seria, então, obrigatório impedir esta discrepância económica entre a grávida de substituição e o casal – mas como a assegurar?!

É certo que só a própria grávida, uma vez terminado o processo (e quando está o respectivo processo - às vezes perpassado de luto - terminado?), poderá falar da exclusividade das suas motivações profundas, que em qualquer caso se desejam alvo de aprofundado estudo psicológico através de técnicos de saúde mental especificamente preparados para o efeito (por exemplo terapeutas familiares com larga experiência).

Em *The Possibility of Altruism* ⁷¹ Thomas Nagel discorre sobre a importância que o altruísmo pode ter na auto-estima, na recompensa e reconhecimento social de quem o exerce; e distingue “entre o caso em que uma pessoa poderá beneficiar de uma conduta altruísta, mas não a adopta por esse motivo, e aquele da pessoa que adopta tal conduta, precisamente *porque* espera beneficiar pessoalmente através dela ⁷² ” .

⁷⁰ Rosalie Ber. *Ethical issues in gestational surrogacy*. In: *Theoretical medicine and bioethics*, Kluwer academic Publishers, 2000, 21:153-169

⁷¹ Thomas Nagel, *The Possibility of Altruism*, Oxford, Clarendon Press, 1970

⁷² Amartya Sen, *A Ideia de Justiça*, Coimbra, Almedina, 2010, p. 265



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

E a verdade é que o dom cria uma relação pessoal de reconhecimento e de gratidão naqueles que o praticam entre si, com um retorno e um contra-dom que traduz a dívida moral daquele que o recebe ⁷³.

Neste contexto, nem sempre se poderá facilmente falar e avaliar o que é a “pura generosidade ⁷⁴”, ou se existe o dom incondicional, neste caso de parte do próprio corpo.

Em qualquer caso, esta é uma questão em que não há soluções ideais ou mágicas, assépticas, fora do mundo: todos somos sujeitos a pressões emocionais, mais ou menos explícitas, mais ou menos subtis, por acção ou por omissão. É próprio da condição humana.

3.4. O ambiente uterino e sua influência determinante na pessoa humana

O micro-ambiente uterino condiciona o funcionamento da placenta ⁷⁵ e o desenvolvimento do epigenoma fetal, isto sem alterar a sequência do DNA, leva a modificações do epigenoma ⁷⁶ (conjunto das modificações na cromatina ⁷⁷), por metilação da DNA, modificações na histona e no micro RNA não codificante (*non-coding*).

A gravidez é um tempo vulnerável e constitui, entre outros aspectos, o momento por excelência de activa programação do epigenoma do embrião-feto, condicionando e definindo a expressão dos genes do embrião/feto, para sempre: a expressão dos genes (activação e desactivação) do embrião/ feto/criança é moldada

⁷³ Sylviane Agacinski, *Corps en miettes*, Paris, Flammarion, 2009, p.63

⁷⁴ Daniel Serrão, *Aqui diante de mim*. Esfera do Caos, Lisboa, 2011, p. 245

⁷⁵ Robins JC, Marsit CJ, Padbury JF, Sharma SS. *Endocrine disruptors, environmental oxygen, epigenetics and pregnancy*. Front Biosci 2010, 3:690-700

⁷⁶ Odom L e Taylor HS. *Environmental induction of the fetal epigenome*. Expert Rev Obstet Gynecol 2010 November 1,5(6): 657-664

⁷⁷ Franklin TB, Mansuy IM. *Epigenetic inheritance in mammals: evidence for the impact of adverse environmental effects*. Neurobiology of Disease 39 (2010): 61-65



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

pela gestação intra uterina, activando uns genes, desactivando outros, muito se jogando logo desde a própria implantação⁷⁸ do embrião no útero. A implantação é um fenómeno cientificamente cada vez mais determinante no futuro do embrião-feto e que, obviamente, varia de útero para útero.

O recém-nascido não é a mesma pessoa de acordo com o útero em que é gerado: há uma diferente identidade (até epigenética).

A mulher grávida altera a expressão genética de cada embrião.

E inversamente: o embrião / feto altera a mãe gestatória, para sempre (até no simples plano biológico, já para não falar nos aspectos emocional e espiritual) – nenhuma mulher é a mesma pessoa (considerando apenas a biologia, já sem falar na vida psíquica e espiritual) depois de cada gravidez, dado o DNA fetal em circulação materna⁷⁹.

A grávida de substituição pode entregar a criança após o parto à mãe “legal-social”, mas terá toda a sua vida na respectiva circulação DNA desse ser humano, possivelmente com consequências na respectiva saúde e comportamento – a relação não termina com o cumprimento do contrato.

A grávida não se limita a “alimentar”⁸⁰ o feto, altera-lhe a expressão dos genes⁸¹; o micro-ambiente uterino dá-lhe muito mais do que nutrientes e oxigénio: dá-lhe anticorpos, emoções, reprograma-lhe os genes (condicionando, possivelmente, futuras patologias e talvez comportamentos da pessoa que vai nascer).

⁷⁸ Carlos Alonso Bedate, *Diálogo molecular madre-embrión en el desarrollo embriológico. Preimplantación e implantación*, In: Madrid, 2011, pp 81-119

⁷⁹ Xian-hu F e Han-ping C. *Advances on circulating fetal DNA in maternal plasma*. Clin Med J 2007;120(14):1256-1259
Tsui DWY, Chiu RWK e Lo D. *Epigenetic approaches for the detection of fetal DNA in maternal plasma*. Chimerism 2010, 1.1, 30-35

Lo DYM. *Fetal DNA in maternal plasma: biology and diagnostic applications*. Clinical chemistry 2000, 46.12, 1903-1906

⁸⁰ Daniel Serrão. *Aqui diante de mim*. Esfera do Caos, Lisboa, 2011, p. 245

⁸¹ Sheryl Van der Poel. CNECV *Colecção Bioética 13*; Lisboa, 2011, p. 13



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Sabe-se, por exemplo, que a dieta materna pode ter consequências a longo prazo o desenvolvimento de doenças crônicas na vida adulta, tais como, síndrome metabólico, resistência à insulina, diabetes tipo II, obesidade, dislipidemia, hipertensão arterial e doença cardiovascular⁸².

Uma grávida não é uma incubadora, uma máquina inerte.

Uma grávida não é um contentor fetal⁸³.

A gravidez não é um fenómeno biológico simplesmente funcional, não é simplesmente um procedimento técnico da procriação, uma mera "tarefa parcelar num processo de produção⁸⁴" que, objectivamente, desvaloriza e subalterniza a grávida, tentando incorporar a procriação num sistema de produção, em que a criança passa a ser como que um produto biologicamente fabricado a partir de três distintas origens: dador de espermatozoides, dadora de óvulo, cedência de útero.

A mulher cujo útero se tornou uma mera função, pode ser substituída por outra equivalente, no nível extremo de alienação biológica.

Só não tendo equivalente pode a grávida ter dignidade. Como escreve Kant "o que está cima de qualquer preço e que por conseguinte não admite equivalente, é aquilo que tem dignidade⁸⁵".

⁸² Canani R et al. *Epigenetic mechanisms elicited by nutrition in early life*. Nutrition Research Reviews 2011, pp1-8

⁸³ Laura M Purdy. *Are Pregnant Women Fetal Containers ?* Bioethics, 1990, 4:4, pp273-291

⁸⁴ Sylviane Agacinski, *Contre la légalisation des mères porteuses*. In : Lois de bioéthique : réexamen, enjeux et débats, Paris, La Documentation Française, 2009, p.32

⁸⁵ Kant, *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Nenhuma grávida é igual a outra, nenhuma grávida é substituível por outra.
Nem mesmo biologicamente, quanto mais espiritual e afectivamente.

Nem tudo se pode substituir.

Nem tudo se pode emprestar, nem tudo se pode vender. Há valores que não podem ser dados ou emprestados.

A gravidez não é um mero serviço que se utiliza (que é útil a alguém), um utensílio, um instrumento (num corpo que se instrumentaliza – *ver 3.8, não maleficiência para com a grávida de substituição*).

Nisto se contraria o chamado determinismo genético: não interessam tanto os genes que existem já no zigoto, mas, sobretudo, conhecer aqueles genes que se podem expressar. Esta é a verdadeira identidade genética em acto, não a que se adquire na fecundação, antes da implantação.

Curiosamente, acérrimos defensores da chamada maternidade de substituição reconhecem que “o bebé herda não apenas genes da sua mãe genética, mas também uma parte da história da sua mãe gestacional. A clínica analítica, designadamente a da psiquiatria do lactente, vai permitir-nos saber mais quando estiver mais *étouffée* no assunto⁸⁶”.

⁸⁶ Geneviève Delaisi De Parseval. *Pour la légalisation des mères porteuses*. In : Lois de bioéthique : réexamen, enjeux et débats, Paris, La Documentation Française, 2009, p. 26



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

3.5. Prévia avaliação médica e psicológica da eventual grávida de substituição e do casal beneficiário

3.5.1. motivações para a gestação – avaliação por técnicos de saúde mental com experiência na temática familiar (ex: terapeutas familiares)

3.5.2. mulher já com pelo menos um filho vivo e saudável, saudável, <35 anos, estabilidade económica (rendimento não inferior ao casal beneficiário) e profissional, sem laços afectivos anteriores com a futura mãe social (?).

3.5.3. Selecção e autonomia da grávida de substituição

É desejável que tenha laços afectivos prévios com o casal requerente? Havendo-os, não se trata então de um altruísmo sujeito a pressões e influências emocionais?

Não havendo laços afectivos prévios, quem a escolhe a grávida de substituição, e como? Os três envolvidos? Encara-se, então, a grávida de substituição como alguém substituível, trocável, permutável, susceptível de poder ser uma ou outra?

Não fere isto a dignidade?

É desejável que possa ter posteriores laços afectivos com a criança e com os pais sociais?

Quantas vezes (duas na Holanda) pode a mesma mulher ser grávida de substituição?

3.5.4. PMA e CPN: a mesma equipa ou duas equipas de saúde? No SNS ?



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

A questão não é despendida e pode ter consequências: a equipa de saúde que vigiará a gravidez de substituição é a mesma que participou no processo de PMA? Deve a nova lei ser omissa ou explícita a este respeito?

Que prioridade têm os centros de esterilidade do SNS para estes casos?

Desejavelmente, qualquer grávida é livre de escolher quem a vigiará, e este é o princípio que se deseja efectivar, não podendo haver qualquer coacção ou imposição ou restrição, venha de quem vier.

3.6 Os filhos sociais da grávida de substituição

A grávida de substituição pode já ter ou vir a ter mais tarde outras gravidezes e crianças que, normalmente, guardará e educa ou educará socialmente como suas.

O antropólogo Maurice Godelier⁸⁷ é dos poucos a preocupar-se com esta questão. Há crianças que se interrogam se poderiam ficar com o bebé que a sua mãe tem ou teve no útero de substituição, para tanto, se necessário, “recomprando-o” aos pais beneficiários.

Quem pensa nestas crianças filhas da mãe de substituição, no seu bem estar, na sua felicidade e na forma como vivem o que é, será ou foi a gravidez de substituição da sua mãe?

No sentido inverso, um estudo do *Centre for Family Research at the University of Cambridge* conclui que a gravidez de substituição não tem impacto negativo nos filhos sociais da grávida de substituição⁸⁸.

⁸⁷ Maurice Godelier, *Métamorphoses de la parenté*, Paris, Fayard, 2004, p.574

⁸⁸ British Fertility Society Press Release, [Surrogacy does not have a negative effect on the surrogate's own children](#), Study: Children of surrogate mothers: an investigation into their experiences and psychological health], Susan Imrie, Vasanti Jadva, Susan Golombok, *Centre for Family Research, University of Cambridge, Cambridge, UK* retrieved 1/17/2012



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

3.7 Regulamentação da nova Lei

A *regulamentação* prevista tem inúmeras questões éticas, tão ou mais importantes (ver 3.4, 3.6, 3.7, 3.8) que as mencionadas nos articulados legais propostos e que podem impedir a respectiva aplicação.

No seu absoluto desconhecimento qualquer abordagem ética é muito insuficiente, sendo no entanto óbvio que a regulamentação deverá ser discutida em plenário na AR.

3.8 Gravidez e puerpério (incluindo amamentação)

3.8.1. Quantos embriões se transferem? O casal beneficiário vai às consultas pré-natais? Que influências podem ter na vida e hábitos da grávida de substituição? Se esta mudar de ideias e decidir IVG? As ecografias emocionam a grávida? Assistem ao parto? Escolhem o local e a via do parto? Se o RN tem grandes malformações, recusam-no? Impedem a amamentação? Pode amamentar quanto tempo? (laços afectivos com o bebé!)

É ético impedir a amamentação natural?

3.8.2. Como lidar com o *bonding*⁸⁹ (laços afectivos, vinculação entre grávida e embrião /feto)? É desejável tentar limitá-lo, naquilo que alguns chamam “privação do diálogo materno-fetal⁹⁰” ?

Despersonalização, coisificação, instrumentalização, desumanização da grávida?

⁸⁹ Conforme estudos de Klaus e Kennel

⁹⁰ Maria do Céu Patrão Neves e Walter Osswald, *Bioética simples*, Lisboa, Verbo, 2007, p. 135



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

É ético estimular na grávida o desprendimento e desinvestimento afectivo no bebé? Com que consequências psíquicas para a díade mãe-filho?

3.9. Não maleficência para com a grávida de substituição

Como garantir a não maleficência na pré-concepção⁹¹, gravidez, no parto e após o parto ? (seguro?, indemnização?).

Estudos datados – haverá outros mais recentes ?- assinalam o sofrimento que constitui para muitas grávidas de substituição a entrega da criança após o parto e que 10% dos casos são suficientemente grave para requerer terapêutica ⁹² .

Alguns autores entendem que uma grávida de substituição tem que “viver durante nove meses, vinte e quatro horas por dia, abstraindo da sua própria existência corporal e oral. A grávida de substituição deve transformar o seu corpo num instrumento de biológico ao serviço do desejo de outrem, em suma deve *viver* ao serviço de outrem, *cortando a sua existência de qualquer significação para si mesma* “, numa autêntica “alienação biológica” em que se separa, ou tenta separar, o seu próprio *tempo biológico* do seu *tempo biográfico*, da sua história pessoal, como se fosse possível instalar uma divisão estanque entre o corpo orgânico e a vida psíquica ou mental, num “formidável despojamento/desdobramento do eu”, contrário à dignidade, mesmo quando sob a capa de altruísmo não remunerado, porque converte a própria *existência* de um ser humano num meio ao serviço de outro ⁹³ .

Outros falam na indução de um autismo durante a gestação, que estimularia a grávida a não ter sentimentos nem vínculos com o feto.

⁹¹ A grávida tem que ser também alvo de terapêutica hormonal, para sincronizar o respectivo ciclo com a mãe social (que é normalmente a dadora de óvulos).

⁹² Anderson E, *Is Women's labour a Commodity ?* Philosophy and Public Affairs 1190; 19

⁹³ Sylviane Agacinski, *Contre la légalisation des mères porteuses*. In : Lois de bioéthique : réexamen, enjeux et débats, Paris, La Documentation Française, 2009, p.33



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

3.10. Consentimento Informado e contrato de substituição

Deseja-se a maior exaustão possível, prevendo todas as possibilidades que se conhecem da literatura: explicitar o que ocorre em casos de gravidez gemelar, malformações e patologias fetais, patologia materna induzida pela gravidez, dissidência entre o casal requerente durante a gestação (fantasia de perfeição), amamentação, licença de parto.

Deve ser claro sobre a possibilidade de a criança / adolescente:

- i) ser informado sobre as condições da gestação;
- ii) conhecer a mãe gestatória.

Quem decide posterior interação com criança?

3.10.1. Contrato de gravidez de substituição

Tal como o consentimento informado, deve ser o mais minucioso possível.

Mas não sendo possível prever todas as eventualidades (ocorrências e intercorrências na gravidez – ex: alimentação, medicação, vestuário, vida sexual, exercício físico, patologia materna e fetal - escolha da equipa pré-natal, tipo de parto, amamentação, indemnizações por danos), uma questão subsiste: quem decide nas situações não previstas no contrato?

A lei deve ser explícita a este respeito.

Tal como se lê em França em *Les Rapports du Sénat* “il est essentiel que la ‘gestatrice’ puisse devenir la mère légale de l’enfant si elle le souhaite⁹⁴” e o prevê a lei

⁹⁴ Les Rapports du Sénat, *Contributions à la réflexion sur la maternité pour autrui*, Paris, n° 421, 2007-2008,



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

australiana⁹⁵, a nossa posição é que tal decisão nesses casos deve caber, quando o desejável consenso não for possível, em última análise, à mãe de substituição.

Sabe-se que há “contractos imorais”⁹⁶, que ferem a dignidade e privacidade, tentando regulamentar a alimentação, vestuário, desejos, vida sexual, ocupação de lazeres e a vida profissional da grávida de substituição.

3.11. Alternativas futuras?

3.11.1. Útero artificial (ectogenesis, procriação extra corporal) – ficção?
Indesejável

3.11.2. Transplante de útero (experimental, em Göteborg, Suécia).

⁹⁵ *A proposal for a national model to harmonise regulation of surrogacy*, Studing Committee of attorneys-general Australian health ministers’ conference community and disability services ministers’ conference, January 2009

⁹⁶ Purdy L. *Surrogate Mothering: exploitation or empowerment?* Bioethics, 1989, 3:1, pp18-34



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

BIBLIOGRAFIA

(além da já citada nas notas de rodapé, foram consultadas as seguintes obras)

Andrea Borini e Giovanni Coticchio, *Preservation of Human Oocytes : from criobiology science to clinical applications*, Bodmin, Informa, 2009

Andrée Michel, *Sociologie de la famille et du mariage*, Paris, PUF, 1972

Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la Vie et de la Santé. Avis nº 110. *Problèmes Ethiques soulevés par la Gestation pour Autrui*, Paris, Avril 2010

David A Hamburg, *Today's children*, New York, Times Books, 1992

Elizabeth Badinter, *L'amour en plus, histoire de l'amour maternel XVII-XX siècle*, Paris, Flammarion, 1980

Human Fertilisation and Embriology Act 2008. , Londres, HFEA, 2008

Jean Rostand, *Maternité et biologie*, Paris, Gallimard, 1996

Marta Leitão, *Avaliação de resultados na PMA, Estudo de caso*, XXVIII Curso de Especialização em administração hospitalar, ENSP, Lisboa, 2010

Miguel Oliveira da Silva, *Ciência, Religião e Bioética no início a vida*, Lisboa, Caminho, 2006

Monique Canto-Sperber e René Frydman. *Naissance et liberté, La procréation, quelles limites?* Paris, Plon, 2008

Pierre-André Taguieff, *La bioéthique ou le juste milieu*. Paris, Fayard, 2007

Rene Almeling, *Sex Cells: the Medical Market for eggs and Sperm*

Singer D e Hunter M. *Assisted Human Reproduction – psychological and ethical dilemmas*. London, Whurr Publishers, 2004

Susan Markens, *Surrogate Motherhood and the Politics of Reproduction*,

Sylvianne Agacinski, *Politique des sexes*, Paris, Éditions du Seuil, 1998

Vera Lúcia Raposo. *De Mãe para Mãe – questões legais e éticas suscitadas pela maternidade de substituição*, Coimbra, Coimbra Editora, 2005

Yvonne Knibielher e Catherine Fouquet, *Histoire des mères du Moyen Age à nos jours*, Paris, Éditions Montalba, 1977