

**DO BEBÊ-MEDICAMENTO SOB O ENFOQUE DO BIODIREITO E DA BIOÉTICA**  
*BABY-MEDICINAL PRODUCT UNDER THE BIOLAW AND BIOETHICS*

**Valéria Silva Galdino Cardin\***

**Caio Eduardo Costa Cazelatto\*\***

**Nádia Carolina Brencis Guimarães\*\*\***

**RESUMO:** No Direito de Família tem-se assegurado autonomia aos pais para a realização do livre planejamento familiar pautado na parentalidade responsável e na dignidade da pessoa humana. Com os avanços das técnicas de reprodução humana assistida surgiu a possibilidade da seleção de embriões, uma das técnicas utilizadas na reprodução humana assistida é denominada “bebê medicamento”, procedimento pelo qual os embriões são selecionados por meio de um duplo diagnóstico genético pré-implantacional, para serem livres de falhas genéticas e ao mesmo tempo compatíveis com irmãos mais velhos, que precisem de transplante de células-tronco hematopoiéticas. Sendo assim, o presente artigo tem como escopo analisar a controvérsia que envolve o “bebê medicamento” e os impactos físicos e psíquicos desse procedimento e seus limites éticos, especialmente, porque envolve temas controversos como a eugenia, a questão do transplante de órgãos e tecidos por menores e, por outro lado, representa uma chance de cura para os irmãos que tenham alguma doença grave. Para tanto, utilizou-se o método teórico de abordagem, optando-se pela revisão bibliográfica e a análise legislativa.

**Palavras-chave:** Bebê-medicamento. Biodireito. Bioética. Reprodução humana assistida.

**ABSTRACT:** In the Family Law autonomy has been guaranteed to parents for the realization of free family planning based on responsible parenthood and the dignity of the human person. With advances in assisted human reproduction techniques the possibility of embryo selection has emerged, one of the techniques used in assisted human reproduction is called "baby medicine", a procedure by which the embryos are selected through a double pre-implantation genetic diagnosis, to be free from genetic failures and at the same time compatible with older siblings who need haematopoietic stem cell transplantation. Thus, this article aims to analyze

\* Pós-doutora em Direito pela Universidade de Lisboa. Doutora e mestre em Direito das Relações Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP). Docente na Universidade Estadual de Maringá e no Programa de Pós-graduação em Ciências Jurídicas do Centro Universitário de Maringá (UNICESUMAR). Pesquisadora no ICETI. Advogada no Paraná.

\*\* Mestre em Ciências Jurídicas pelo Centro Universitário de Maringá (Unicesumar); Bacharel em Direito pela Universidade Estadual de Maringá (UEM); Membro do Centro de Investigação Jurídico-Econômica (CIJE) da Faculdade de Direito da Universidade do Porto (FDUP); Advogado no Paraná.

\*\*\* Discente no curso de Direito da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Pesquisadora Discente na Universidade Estadual de Maringá (UEM). Membro do Núcleo de Estudos e Debates em Bioética e Biodireito (NEBIO/UEM). Membro do Núcleo de Estudos Constitucionais Prof. Zulmar Fachin (NEC/UEM). Membro do Núcleo de Estudos Penais (NEP-UEM).

the controversy surrounding the "baby drug" and the physical and psychic impacts of this procedure and its ethical limits, especially because it involves controversial topics such as eugenics, the issue of organ and tissue transplantation by minors and, on the other hand, represents a healing opportunity for siblings who have a serious illness. For that, the theoretical method of approach was used, opting for the bibliographical review and the legislative analysis.

**Keywords:** Baby-medicine. Breeze. Bioethics. Assisted human reproduction.

## 1. INTRODUÇÃO

As técnicas de reprodução humana assistida têm ao longo dos anos mostrando-se importante solução para problemas de esterilidade, já que por meio de tratamentos e procedimentos clínicos viabiliza-se o projeto parental, que é um direito assegurado no ordenamento jurídico. Por outro lado, os avanços significativos das técnicas reprodutivas passaram gradativamente a serem objeto de discussões éticas e legais, especialmente, porque passou-se a ser possível a manipulação genética e a seleção de embriões.

Cita-se o “bebê-medicamento”, uma técnica de reprodução humana assistida, pela qual há a seleção de embriões saudáveis e histocompatíveis com irmãos mais velhos, portadores de doenças hereditárias graves, e que precisam receber transplante de células-tronco hematopoiéticas, por meio da realização de dois diagnósticos genéticos pré-implantacionais.

Na falta da compatibilidade genética, os genitores optam pela concepção de um novo filho, selecionado geneticamente, para que possa ser doador do outro, o que torna o tema polêmico, sob a perspectiva do direito ao livre planejamento familiar, da dignidade humana e da parentalidade responsável. O tema ainda não foi regulamentado no Brasil, embora tenha-se registro de que em 2012 registrou-se o nascimento do primeiro “bebê medicamento” no país.

Por isso, emerge a necessidade de um debate envolvendo os aspectos bioéticos e jurídicos, pautado na análise do ordenamento jurídico pátrio e do direito comparado, visto que a única menção legal é a Resolução sob n. 2013/2013 do Conselho Federal de Medicina, que permite a utilização das técnicas de reprodução humana assistida, para a seleção de embriões compatíveis com o filho(a) do casal já afetado por doenças que tenham como terapia o transplante hematopoiético ou de órgãos.

Discute-se se a garantia constitucional do livre planejamento familiar, ao conceder autonomia aos pais para decidirem como compor sua família, aliados aos desdobramentos do princípio da afetividade e da solidariedade familiar, possibilitam a escolha de ter outro filho

que possa ajudar a salvar o irmão, especialmente, porque de certo modo há a instrumentalização da criança como um meio e não um fim em si mesma.

Nesta esteira, o presente artigo, desenvolvido por meio do método teórico, tem como objetivo analisar a polêmica que envolve o “bebê-medicamento”, especialmente, em relação aos impactos físicos e psíquicos desse procedimento e seus limites éticos. Para tanto, será necessária a abordagem de temas controversos e polêmicos em sua essência como é o caso da eugenia, do transplante de órgãos e tecidos por menores e sua vulnerabilidade em situações como essas, que se contrapõem ao fato de que a técnica em questão representa uma, e em alguns casos a única, chance de cura para os irmãos mais velhos que têm alguma doença grave e correm risco de morte.

## 2. DO BEBÊ-MEDICAMENTO E DAS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDAS UTILIZADAS

A evolução e consolidação das técnicas de reprodução humana assistida emergiram como ferramenta para a concretização do consagrado direito ao livre planejamento familiar, ampliou os limites da fecundidade masculina e feminina, possibilitando que casais acometidos por problemas de esterilidade, bem como casais compostos por pessoas do mesmo sexo e até mesmo indivíduos solteiros realizem o seu projeto parental, que pelo processo natural muitas vezes não seria possível.

São várias as técnicas que compõem o conjunto da reprodução humana assistida, cita-se por exemplo, a fertilização *in vitro*, que consiste na fecundação extracorpórea, isto é retira-se um ou vários óvulos de uma mulher e fecunda-os em laboratório, sendo que posteriormente estes são introduzidos no útero da futura mãe, bem como a inseminação artificial, técnica em que há a introdução do esperma na cavidade uterina no espaço de tempo em que o óvulo está propício à fecundação, podendo ser homóloga quando o material utilizado é o do marido ou companheiro, e heteróloga quando utiliza-se um terceiro como doador. (CORRÊA, 2009)

Há ainda a cessão temporária de útero ou maternidade de substituição, técnica pela qual um casal vale-se da fertilização *in vitro*, seja ela homóloga ou heteróloga, para a concepção de um embrião a ser implantado no útero de outra mulher, (CARDIN *et al.*, 2015, p. 79-93) o *assisted-hatching* (“eclosão assistida” – em tradução livre), por sua vez, consiste na técnica de micromanipulação para facilitar a saída do embrião e a sua adesão ao útero (MATERPRIME, 2017) e, por fim, o diagnóstico genético pré-implantatório, que é a micromanipulação genética com o fito de selecionar os embriões geneticamente saudáveis, ou seja, sem alterações

cromossômicas ou com adulterações relativas à doenças hereditárias, (OLIVEIRA, 2009) sendo esta última técnica a que está relacionada ao tema objeto de estudo.

Os avanços alcançados na esfera biotecnológica, especificamente, no que tange à medicina reprodutiva apesar de trazerem benefícios inegáveis e representar muitas vezes a única ferramenta capaz de possibilitar que certos indivíduos possam constituir uma instituição familiar idealizada e exercer a almejada parentalidade, trouxe também em seu seio impasses jurídicos, éticos e morais, pois a “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”. (CORRÊA, 2009, p. 72)

A possibilidade de se manipular geneticamente os embriões deu margem a preocupações em relação à forma como essa intervenção poderia ocorrer e fins almejados, sendo que é neste contexto que emerge a controversa técnica denominada “bebê-medicamento”, também conhecida como “bebê da dupla esperança”, (LE MONDE, 2011) “bebê-salvador”, (LE MONDE, 2011) “bebê-doutor” ou “bebê-útil”. (RESTREPO; ABAD; PASTOR, 2012)

A técnica reprodutiva supracitada consiste no conjunto de procedimentos utilizados para gerar um embrião histocompatível com um irmão portador de uma patologia grave e, que necessite de transplante de células-tronco hematopoiéticas obtidas do cordão umbilical ou da medula óssea. Em regra, pode-se dizer que o “bebê-medicamento” surge quando “um casal se depara com a morte eminente de um filho e numa tentativa desesperada de evitar o pior, decidem ter outra criança, portadora de igual patrimônio genético”. (CHAVES, 2015)

Assim, o embrião é concebido utilizando-se a fecundação *in vitro* e submetido ao duplo diagnóstico genético pré-implantacional, com o objetivo de se selecionar um embrião saudável e histocompatível com o irmão doente. Na primeira etapa, isto é, na fertilização *in vitro* a fecundação é extracorpórea e o processo composto basicamente por quatro etapas: estimulação ovariana, aspiração folicular, processo de fertilização *in vitro* (FIV) em laboratório e transferência de embriões para a cavidade uterina. (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2011)

A estimulação ovariana, por exemplo, tem como finalidade a obtenção de um número maior de óvulos em cada ovário através da aspiração folicular, o que irá permitir que mais óvulos sejam fecundados. Nesta esteira, quanto maior o número de óvulos extraídos, maior será a possibilidade de se ter êxito com a técnica, especialmente, atentando-se ao fato de que “nem todos os óvulos poderão ser fecundados, que nem todos os fecundados se tornarão embriões, e

que nem todos os embriões serão implantados, se fazem necessárias as fecundações de mais de um óvulo”. (ALVARENGA; CASABONA; QUEIROZ, 2004, p. 233-234)

O processo de fecundação em laboratório se dá em um meio de cultura assemelhado ao encontrado na trompa onde os óvulos são colocados em contato com os espermatozoides, após a confirmação da fecundação, geralmente, quando o embrião possui de 4 a 8 blastômeros,<sup>1</sup> ocorre então a transferência para a cavidade uterina da mulher. A implantação nesta fase específica evita que os embriões sofram com os efeitos prejudiciais que, ocasionalmente, podem ocorrer ao ficarem expostos na cultura *in vitro*.<sup>2</sup>

Antes da implantação propriamente dita, é de praxe a realização do diagnóstico genético pré-implantacional, também conhecido como biópsia embrionária ou hibridização genômica comparativa, com objetivo evitar que embriões com alterações genéticas causadoras de doenças sejam transferidos ao útero da mãe. Normalmente, no terceiro dia quando o embrião tem entre seis a dez células, retira-se uma ou duas células por meio de uma biópsia embrionária, para serem analisadas a fim de detectar se o embrião possui as características genéticas relativas às doenças estudadas, procedimento este que não prejudica o desenvolvimento do embrião. (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, p. 103-104)

No caso do bebê-medicamento, concebido com o auxílio diagnóstico genético pré-implantacional, são selecionados os embriões livres da mesma doença genética que afeta o irmão já nascido. Posteriormente, é também realizado um segundo diagnóstico de mesma natureza, com a finalidade de se conhecer a tipagem do sistema HLA (Antígenos Leucocitários Humanos) do embrião, capaz de determinar se os irmãos serão compatíveis e se as células-tronco do cordão umbilical do bebê gerado, a serem coletadas no momento do parto, poderão ser utilizadas para a cura do irmão portador de doença grave. (RESTREPO; ABAD; PASTOR, 2012, p. 303-304)

---

<sup>1</sup> Blastômeros são as estruturas resultantes da divisão do zigoto, seriam as células-filhas originárias. MARTINHAGO, Ciro Dresch. *Identificação do sexo de embriões humanos através da análise de blastômero pelas técnicas da reação em cadeia da polimerase em tempo real (PCR em tempo real) e hibridização in situ fluorescente (FISH)*. 2007. 125 f. Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2007. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/104166>>. Acesso em: 02 jan. 2018.

<sup>2</sup> A implantação ocorre precocemente para minimizar riscos ao embrião, embora “a transferência em estádios mais avançados ficaria mais próxima dos eventos fisiológicos, pois, em curso natural, o embrião chega ao útero no estágio de divisão de 8 a 16 blastômeros. Habitualmente, os serviços de FIV procedem a transferência de um ou mais embriões em cerca de 48, 72 ou 120 horas do processo de captação dos oócitos”. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. *Op. cit.*, p. 64.

Anteriormente, nas mesmas circunstâncias, quando a busca por um doador entre parentes ou entre terceiros não-parentes era infrutífera,<sup>3</sup> muitos pais tentavam ter um filho de maneira natural, na esperança de que este fosse compatível com o irmão. Salienta-se que, essa tentativa, na maioria das vezes, ou não se mostrava eficiente em relação ao resultado esperado ou em alguns casos até mesmo inviável, já que a probabilidade de um irmão ser compatível é de apenas 25%, além do risco de também nascer com a mesma doença. (ASSOCIAÇÃO DA MEDULA ÓSSEA (AMEO), 2015)

Em situações como a descrita acima, isto é, nos casos de gravidez natural, os casais optavam por realizar os exames pré-natais capazes de determinar tanto a ocorrência de doenças genéticas, como também a tipagem HLA (Antígenos Leucocitários Humanos) do feto. Desta feita, caso alterações genéticas fossem detectadas ou ainda quando o feto não era compatível com o irmão portador da patologia, não raramente, os pais acabavam optando por interromper a gravidez. (NETO, 2012)

Hodiernamente, vencidas as etapas retro mencionadas para a concepção do “bebê-medicamento”, serão então transferidos ao útero apenas os embriões geneticamente saudáveis e compatíveis com o irmão. A seleção genética é controversa, conforme se verá a frente, mas também é inegável que o duplo diagnóstico genético é um avanço na prevenção e cura de várias doenças hereditárias, tais como: a talassemia, a anemia de Fanconi, a anemia aplástica, as imunodeficiências, as leucemias, bem como os linfomas. (NETO, 2012)

Segundo Othoniel Pinheiro Neto, somente após o esgotamento de todas as outras possibilidades de se encontrar um doador compatível, é que deve a seleção de compatibilidade ser utilizada, seria uma espécie de último recurso para salvar o filho portador de doença em que efetivo seja o transplante de células-tronco hematopoiéticas. Portanto, o diagnóstico pré-implantacional, assim como o restante das técnicas de reprodução humana assistida não devem ser realizadas de maneira indiscriminada. (NETO, 2012, p. 35)

No mesmo sentido, Julia Angélica Pereyra defende a limitação do uso do diagnóstico genético pré-implantacional para fins apenas terapêuticos, não permitindo sua utilização para seleção de características sociais pré-definidas ou desejadas pelos pais. As restrições, de acordo com a autora, são essenciais para evitar que se desenvolva uma medicina do desejo, em que os filhos se tornariam uma mercadoria, sujeitas a livre escolha por seus pais. (PEREYRA, 2013)

---

<sup>3</sup> O maior “problema é que aproximadamente 60% dos pacientes não encontram doador na família e precisam buscar um doador compatível voluntário cadastrado no Registro Brasileiro de Doadores de Medula Óssea (REDOME)”. ASSOCIAÇÃO DA MEDULA ÓSSEA (AMEO). *A Compatibilidade HLA*. Disponível em: <<http://www.ameo.org.br/home/conhecimento/44-a-compatibilidade-hla20>>. Acesso em 10 fev. 2015.

Em contrapartida, denota-se que há certo temor generalizado no que se refere à autorização ou não de certas técnicas de reprodução humana assistidas, denominado na Bioética como “*slippery slope*” (ou rampa escorregadia, em português). A resistência está no receio de que a autorização de determinado procedimento aparentemente inofensivo ou de pequena repercussão, sirva de esteio para a aceitação de outros procedimentos inicialmente impensados e, que podem ter consequências indesejadas. (SILVA, 2012)

A discussão interdisciplinar mostra-se imprescindível diante dos rumos que a biotecnologia tem tomado, como se observa o “bebê-medicamento” é fruto da micromanipulação genética, por conseguinte, autorizar legalmente a seleção de determinados embriões e o descarte daqueles que apresentam más formações genéticas e, no caso em discussão, daqueles que não são compatíveis para serem doadores, é uma técnica relativamente invasiva. Isso porque, esta afasta-se do processo reprodutivo natural e, como se verá adiante, esbarra em questionamentos éticos e morais que devem ser bem delineados, a fim de que não ocorra um desvirtuamento em relação as técnicas de reprodução humana assistidas.

### **3. DAS DIFERENÇAS ENTRE A TÉCNICA DO “BEBÊ-MEDICAMENTO”, DA EUGENIA E DA CLONAGEM HUMANA E ALGUNS EMPECILHOS PRÁTICOS**

É comum, por exemplo, discussões relacionadas à possibilidade de que a aceitação do uso do diagnóstico genético pré-implantacional para a seleção de embriões geneticamente compatíveis, poderia ser desvirtuado e servir de fundamento para a aceitação e prática da eugenia ou da clonagem reprodutiva. E, por isso, faz-se mister diferenciar sucintamente cada uma dessas práticas, visto que as razões que motivam às últimas são distintas das que levam os pais a recorrerem ao “bebê-medicamento”, o que em tese as diferenciariam.

A eugenia, termo criado por Galton em 1883, denomina as ações tendentes a promover melhorias raciais ou características sociais desejadas por determinado grupo, podendo ser classificada em positiva e negativa. Na primeira situação, a eugenia positiva, tem-se a seleção de embriões com condições consideradas superiores ou com a finalidade de garantir atributos desejados, relacionada à escolha de características sociais do embrião, como é o caso da cor da pele ou dos olhos, (FRAGA; AGUIAR, 2010) por exemplo, ou até mesmo com determinadas alterações genéticas, como surdez, nanismo, entre outros. (CHAVES, 2015, p. 100)

Já na segunda situação, em que se tem a eugenia negativa, o foco é evitar determinadas características com finalidade terapêutica, aquelas consideradas indesejáveis ou até mesmo defeitos ou más formações genéticas tidas socialmente como inferiores, um exemplo da prática

seria a sexagem de embriões com a finalidade de evitar doenças ligadas ao sexo, e até mesmo o aborto eugênico, que consiste na interrupção da gravidez quando constatadas deficiências físicas, intelectuais ou anomalias. (FRAGA; AGUIAR, 2010, p. 125-126)

Por esta perspectiva, o “bebê-medicamento” não seria considerado um procedimento eugênico, isso porque não tem como objeto fim a formação de uma sociedade considerada superior ou indivíduos considerados modelos. Na verdade, há no caso do “bebê-medicamento” uma preocupação em selecionar o embrião saudável e compatível para eliminar doenças genéticas já conhecidas dentro do grupo familiar, (FRAGA; AGUIAR, 2010, p. 125-126) e que sabidamente inviabilizariam uma vida digna e saudável da criança gerada.<sup>4</sup>

A técnica do “bebê-medicamento” afastar-se-ia, deste modo, da eugenia, e seu uso seria justificado à medida em que se mostra capaz, em tese, de evitar todo o sofrimento dos intermináveis tratamentos médicos a que são submetidos os pacientes que tenham certas doenças hereditárias, além de proporcionar ao irmão as células-tronco do cordão umbilical que, concomitantemente, restabelecerão o equilíbrio familiar ao trazer a este também a dignidade e o direito a uma vida saudável. (MORAES; FERDINANDI, 2016)

Já no que se refere à clonagem reprodutiva, a técnica em questão é uma modalidade de reprodução assexuada na qual o DNA do clone será o mesmo da pessoa clonada. Como Mayana Zatz elucida, nesta espécie de manipulação genética:

[...] a proposta seria retirar-se o núcleo de uma célula somática, que teoricamente poderia ser de qualquer tecido de uma criança ou adulto, inserir este núcleo em um óvulo e implantá-lo em um útero (que funcionaria como uma barriga de aluguel). Se este óvulo se desenvolver teremos um novo ser com as mesmas características físicas da criança ou adulto de quem foi retirada a célula somática. Seria como um gêmeo idêntico nascido posteriormente. (ZATZ, 2004)

As justificativas para optar pela clonagem pairam sobre a busca pela imortalidade (SÉGUIN, 2005, p. 91-92) e o desejo de se auto reproduzir. De acordo com Tereza Rodrigues Vieira, ao enumerar alguns objetivos da clonagem em seres humanos, destaca entre eles o desejo de se obter a “cópia de alguns indivíduos e raças em detrimento de outras”, ou ainda o de “montar um banco de células utilizáveis na medicina”. (VIEIRA, 2003, p. 28-29) E,

---

<sup>4</sup> O primeiro caso noticiado no Brasil foi o de Maria Clara selecionada para ser histocompatível com Maria Vitória, que desde os cinco meses de idade recebia transfusões de sangue a cada três semanas e tomava diariamente quelante de ferro para diminuir o acúmulo da substância no organismo.

diferentemente da eugenia, na clonagem as doenças que acometem o ser clonado, também poderão estar presentes no clone. (BOCCATTO; VIEIRA, p. 2012, p. 19)

Ao se confrontar a técnica do “bebê-medicamento” com o da clonagem humana, percebe-se que aquele não guarda relação com esta, na verdade a busca pela compatibilidade genética não implica na identidade de mesma natureza daquele que será gerado e aquele que será o possível receptor de células hematopoiéticas, especialmente, porque o material utilizado é o dos genitores e não o do irmão mais velho portador da doença hereditária grave.

Entre os empecilhos práticos que circundam a temática do “bebê-medicamento”, envolve o destino dos embriões excedentários. De maneira geral, a Lei de Biossegurança (Lei nº 11.105/2005) determina que os embriões inviáveis<sup>5</sup> poderão ser utilizados em pesquisas e terapias com células-tronco embrionárias, conforme prevê o artigo 5º, inciso I<sup>6</sup> da referida lei. Mas, omitiu-se quanto ao destino dos embriões saudáveis e que não serão transferidos ao útero por serem incompatíveis com o irmão.

Logo, a Lei de Biossegurança apesar das contribuições no que concerne às diretrizes voltadas ao estímulo do avanço científico na área de biossegurança e biotecnologia, além da proteção à vida e à saúde humana e a preocupação com a observância do princípio da precaução, o que restou expresso já em seu artigo 1º<sup>7</sup>, *caput.*, silenciou-se quanto ao destino dos embriões viáveis que fossem criopreservados, mesmo após a sua promulgação, autorizando tão somente sua utilização para pesquisas e terapias aqueles que permanecerem congelados há 3 (três) anos ou mais, mas não o descarte.

A Resolução 2.121/2015 do Conselho Federal de Medicina, que tem como finalidade servir como referencial ético para a atuação dos médicos para a utilização das técnicas de reprodução assistida,<sup>8</sup> determina que nas fertilizações *in vitro* convencionais, para evitar que a

---

<sup>5</sup> De acordo com o artigo 3º, inciso XIII, do Decreto nº 5.591, de 22 de novembro de 2005, são considerados embriões inviáveis “aqueles com alterações genéticas comprovadas por diagnóstico pré implantacional, conforme normas específicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, que tiveram seu desenvolvimento interrompido por ausência espontânea de clivagem após período superior a vinte e quatro horas a partir da fertilização *in vitro*, ou com alterações morfológicas que comprometam o pleno desenvolvimento do embrião”.

<sup>6</sup> Art. 5º É permitida, para fins de pesquisa e terapia, a utilização de células-tronco embrionárias obtidas de embriões humanos produzidos por fertilização *in vitro* e não utilizados no respectivo procedimento, atendidas as seguintes condições: I – sejam embriões inviáveis [...].

<sup>7</sup> Art. 1º Esta Lei estabelece normas de segurança e mecanismos de fiscalização sobre a construção, o cultivo, a produção, a manipulação, o transporte, a transferência, a importação, a exportação, o armazenamento, a pesquisa, a comercialização, o consumo, a liberação no meio ambiente e o descarte de organismos geneticamente modificados – OGM e seus derivados, tendo como diretrizes o estímulo ao avanço científico na área de biossegurança e biotecnologia, a proteção à vida e à saúde humana, animal e vegetal, e a observância do princípio da precaução para a proteção do meio ambiente [...].

<sup>8</sup> De acordo com a ementa da Resolução, a atuação deve buscar a “defesa do aperfeiçoamento das práticas e da observância aos princípios éticos e bioéticos que ajudarão a trazer maior segurança e eficácia a tratamentos e procedimentos médicos”. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução CFM nº 2.121/2015*, de 24 de

mãe seja submetida diversas vezes ao processo de estimulação ovariana e aspiração folicular, são produzidos um número maior de embriões do que os que serão transferidos ao útero da mãe, sendo estes (excedentes) criopreservados.<sup>9</sup>

Destaca-se que os pacientes das técnicas de fertilização *in vitro* devem, no momento da criopreservação, definir o destino dos embriões e, que aqueles que permanecerem criopreservados por mais de 5 (cinco) anos poderão ser descartados, se esta for a vontade dos pacientes, e não apenas para pesquisas de células-tronco, conforme previsto na Lei de Biossegurança.<sup>10</sup> Sendo assim, por analogia, percebe-se que aos pais que optarem pela técnica do “bebê-medicamento” é também facultado destinar os embriões para pesquisa com células-tronco, bem como o descarte após decorrido o prazo mínimo de sua criopreservação.

Percebe-se desta maneira, que a incerteza acerca do destino dos embriões não implantados, quando há utilização da técnica do “bebê-medicamento”, se não constitui argumento suficiente para a integral proibição de utilização da técnica, ao menos é uma questão delicada que ainda se coloca como um entrave para a plena aceitação e expressa autorização legal, que demanda uma análise pormenorizada, até mesmo pelos possíveis impactos que pode ocasionar em relação à (des)valorização da vida humana.

#### **4. DOS ASPECTOS NORMATIVOS NO BRASIL NO QUE SE REFERE AO “BEBÊ-MEDICAMENTO” E O DIREITO COMPARADO**

A técnica do bebê-medicamento ainda não foi regulamentada no ordenamento jurídico brasileiro. Utiliza-se então, como norma de referência jurídica e ética, as regras referentes ao planejamento familiar e demais técnicas de reprodução humana assistida, além dos dispositivos que tratam da proteção à criança e ao adolescente, bem como da preservação da família, além da Resolução 2.121/2015 do Conselho Federal de Medicina, que não desfruta da mesma hierarquia que a lei.

---

setembro de 2015. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2015/2121\\_2015.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2015/2121_2015.pdf)>. Acesso em: 02 jan. 2017.

<sup>9</sup> É a previsão encontrada na resolução, especificamente no subitem 2, do item V, que estipula que “o número total de embriões gerados em laboratório será comunicado aos pacientes para que decidam quantos embriões serão transferidos a fresco. Os excedentes, viáveis, devem ser criopreservados”.

<sup>10</sup> De acordo com o subitem 3, do item V dos princípios gerais que regem a reprodução humana assistida, no “momento da criopreservação, os pacientes devem expressar sua vontade, por escrito, quanto ao destino a ser dado aos embriões criopreservados em caso de divórcio, doenças graves ou falecimento, de um deles ou de ambos, e quando desejam doá-los”. E, no subitem 4 resta consignado que “os embriões criopreservados com mais de cinco anos poderão ser descartados se esta for a vontade dos pacientes. A utilização dos embriões em pesquisas de células-tronco não é obrigatória, conforme previsto na Lei de Biossegurança”.

A Constituição Federal de 1988 consagrou o direito ao livre planejamento familiar, em seu artigo 226, § 7º,<sup>11</sup> desde que respeitada a dignidade da pessoa humana e o exercício da parentalidade responsável, diretrizes também consignadas na Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regulamentou o tema. Desta forma, ao pai, à mãe ou ao casal é resguardado o direito de livremente, sem interferência estatal ou de terceiros, escolher o número de filhos que terão e em quais circunstâncias se dará o nascimento destes. (FREIRE JÚNIOR; BATISTA, 2017)

Hodiernamente, a família tem se organizado de forma a promover o máximo bem-estar de cada um de seus membros, pautando-se na dignidade, na solidariedade e na afetividade. Surge então, o conceito de família eudemonista, cuja função principal é propiciar a realização pessoal de cada membro. Neste modelo, a instituição familiar deixa de ser um fim em si mesma, para ser um meio social para a busca da felicidade na relação com o outro. (GAGLIANO; PAMPLONA FILHO, 2012, p. 101-102)

A família é a base da sociedade e desfruta de proteção estatal, conforme previsto no artigo 226, *caput* da Constituição Federal, visto que se trata de um local ideal para o desenvolvimento de seus membros, por meio da consolidação das relações solidárias, tão necessárias para a efetivação da dignidade da pessoa humana, (DIAS, 2010) já que é na relação do outro que o ser humano se autoconhece e se reconhece enquanto sujeito. (WERLE, 2004)

Pode-se inferir, desta maneira, que o ambiente familiar é tido hoje como o lugar ideal para a construção de uma relação de amor, cumplicidade, companheirismo, gratidão e solidariedade, entre tantos outros sentimentos inerentes à própria natureza das relações familiares, e decisivas no processo de formação da personalidade das pessoas, tanto é que o Direito de Família, por exemplo, tem a solidariedade familiar e a afetividade como seus sustentáculos. (CARDIN, 2012)

Vale destacar que, a solidariedade familiar, como um princípio jurídico, não concentra a titularidade de direitos apenas no grupo familiar enquanto coletividade, mas também na figura de cada um dos seus integrantes que dentro da instituição assumem, assim, deveres recíprocos para com os demais componentes que a integram. (LÔBO; CONRADO; PINHEIRO, 2009, p. 330-338) Já a afetividade, por seu turno, está diretamente ligada ao respeito mútuo, à dignidade e à própria solidariedade, valores e diretrizes que devem nortear as relações familiares,

---

<sup>11</sup> Art. 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado [...] § 7º Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas [...].

proporcionando a construção de um espaço saudável ao desenvolvimento de cada um dos seus membros. (LÔBO, 2011)

As relações familiares atuais estão funcionalizadas, de forma a acolher e proteger seus membros, assegurando-lhes os recursos necessários para terem uma vida plena e saudável. Desta feita, concede-se aos pais autonomia para decidir os rumos da instituição familiar, especialmente, no que se refere à melhor maneira de criar e educar os filhos, por exemplo, mas não de forma ilimitada, pois tem-se exigido a observância da parentalidade responsável, da afetividade e do cuidado sobre a prole e proteção prioritária de seus interesses.

Para Paulo Lôbo, (2011, p. 72) hodiernamente, a “família recuperou a função que, por certo, esteve nas suas origens mais remotas: a de grupo unido por desejos e laços afetivos, em comunhão de vida”. Nesta esteira, é possível afirmar que a família ao recorrer à utilização da técnica do “bebê-medicamento” tem como objetivo não apenas salvar o filho doente, mas também evitar a continuidade de uma geração que sofra de severas doenças genéticas.

A chegada do “bebê-medicamento” no ambiente familiar, ao contrário do que possa parecer, contribui para o fortalecimento dos laços afetivos e de solidariedade recíproca. Essa interação fica mais evidente ao se considerar que, como bem pontua Júlio de Mello Filho, existe uma relação entre equilíbrio-desequilíbrio familiar e a eclosão de patologias, (MELLO FILHO, 2004, p. 43) que deve ser ponderada.

Um problema de saúde pode impactar de maneira tão agressiva na instituição familiar que, por vezes, esta se reorganiza e passa a funcionar conforme a necessidade do ente acometido pela doença. (MELLO FILHO, 2004, p. 53-54) A criança geneticamente compatível, cuja concepção tem como mola propulsora situações que envolvem filhos portadores de patologias que demandam tratamento com células-tronco, vem de certa forma pacificar e restabelecer o reequilíbrio dentro do ambiente familiar, mas cujo valor pessoal somente será firmado no processo de formação de sua personalidade.

Adentrando-se às questões normativas, propriamente ditas, do “bebê-medicamento”, reitera-se que sua menção é feita tão somente na Resolução nº 2.121/2015 do Conselho Federal de Medicina, que não possui caráter normativo, mas tão somente deontológico carecendo de exigibilidade jurídica, (VASCONCELOS, 2006, p. 16) tal como ocorre quando o tema é legislado, por ser uma regulamentação administrativa referente à atuação da classe médica.

No direito comparado o cenário é outro, há países que já possuem um acervo legislativo específico que regulamenta as técnicas de reprodução humana assistida, como é o caso de

Portugal que desde o ano de 2006 já conta com diploma legal que trata sobre o tema, como é o caso da Lei n.º 32/2006, que teve ainda sua redação atualizada pela Lei n.º 59/2007.

Na referida legislação há regulamentação específica sobre a utilização do diagnóstico genético pré-implantacional, conforme se observa nos artigos 28<sup>12</sup> e 29,<sup>13</sup> em que é permitido quando há um histórico de doença genética ligada ao sexo ou quando necessário para obter o grupo HLA (Antígenos Leucocitários Humanos) compatível para efeitos de tratamento de doença grave, sendo vedado o seu uso para conseguir determinadas características que não guardem relação às questões de saúde do nascituro.<sup>14</sup>

De semelhante modo, também a Espanha por meio da Lei n.º 14, promulgado em 26 de maio de 2006, regulamenta as técnicas de reprodução humana assistida, disciplinando que o diagnóstico pré-implantacional nomeadamente em seu artigo 12,<sup>15</sup> onde consta autorização para a seleção de histocompatibilidade com finalidade terapêutica para terceiros, mas com a necessidade de autorização expressa da autoridade sanitária competente.<sup>16</sup>

---

<sup>12</sup> Artigo 28.º - Rastreamento de aneuploidias e diagnóstico genético pré-implantação: 1 - O diagnóstico genético pré-implantação (DGPI) tem como objetivo a identificação de embriões não portadores de anomalia grave, antes da sua transferência para o útero da mulher, através do recurso a técnicas de PMA, ou para os efeitos previstos no n.º 3 do artigo 7.º; 2 - É permitida a aplicação, sob orientação de médico especialista responsável, do rastreio genético de aneuploidias nos embriões a transferir com vista a diminuir o risco de alterações cromossómicas e assim aumentar as possibilidades de sucesso das técnicas de PMA; 3 - É permitida a aplicação, sob orientação de médico especialista responsável, das técnicas de DGPI que tenham reconhecido valor científico para diagnóstico, tratamento ou prevenção de doenças genéticas graves, como tal considerado pelo Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida; 4 - Os centros de PMA que desejem aplicar técnicas de DGPI devem possuir ou articular-se com equipa multidisciplinar que inclua especialistas em medicina da reprodução, embriologistas, médicos geneticistas, citogeneticistas e geneticistas moleculares.

<sup>13</sup> Artigo 29.º - Aplicações: 1 - O DGPI destina-se a pessoas provenientes de famílias com alterações que causam morte precoce ou doença grave, quando exista risco elevado de transmissão à sua descendência; 2 - As indicações médicas específicas para possível DGPI são determinadas pelas boas práticas correntes e constam das recomendações das organizações profissionais nacionais e internacionais da área, sendo revistas periodicamente.

<sup>14</sup> PORTUGAL. *Lei n.º 32/2006*, de 26 de julho de 2006, que trata da procriação medicamente assistida. 2006. Disponível em: <[http://www.fd.unl.pt/docentes\\_docs/ma/tpb\\_MA\\_4022.pdf](http://www.fd.unl.pt/docentes_docs/ma/tpb_MA_4022.pdf)>. Acesso em: 15 nov. 2014.

<sup>15</sup> Originalmente, extrai-se da legislação citada: Artículo 12 Diagnóstico preimplantacional: 1. Los centros debidamente autorizados podrán practicar técnicas de diagnóstico preimplantacional para: a) La detección de enfermedades hereditarias graves, de aparición precoz y no susceptibles de tratamiento curativo posnatal con arreglo a los conocimientos científicos actuales, con objeto de llevar a cabo la selección embrionaria de los preembriones no afectados para su transferencia; b) La detección de otras alteraciones que puedan comprometer la viabilidad del preembrión. La aplicación de las técnicas de diagnóstico preimplantacional en estos casos deberá comunicarse a la autoridad sanitaria correspondiente, que informará de ella a la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida. 2. La aplicación de técnicas de diagnóstico preimplantacional para cualquiera otra finalidad no comprendida en el apartado anterior, o cuando se pretendan practicar en combinación con la determinación de los antígenos de histocompatibilidad de los preembriones in vitro con fines terapéuticos para terceros, requerirá de la autorización expresa, caso a caso, de la autoridad sanitaria correspondiente, previo informe favorable de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida, que deberá evaluar las características clínicas, terapéuticas y sociales de cada caso.

<sup>16</sup> ESPAÑA. *Ley 14/2006*, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida. 2006. Disponível em: <[http://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2006-9292](http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2006-9292)>. Acesso em: 27 fev. 2015.

Insta salientar, que a autorização supramencionada somente será dada após a emissão de um parecer favorável da Comissão Nacional de Reprodução Humana Assistida, a quem a lei atribui o dever de avaliar as características clínicas, terapêuticas e sociais de cada caso. Ou seja, há a permissão legal para o uso da técnica do “bebê-medicamento”, entretanto, esta somente pode ser feita quando constatada a viabilidade, em uma análise caso a caso<sup>17</sup>.

Por fim, no Reino Unido a denominada *Human Fertilisation and Embryology Act 2008* (Lei de fecundação e embriologia humana de 2008), preconiza de forma mais ampla que o teste de embriões pode ser realizado com a finalidade de determinar se o embrião é compatível com o irmão que possa ser tratado com células-tronco do cordão umbilical, medula óssea ou qualquer outro tecido<sup>18</sup>.

Cumprindo ainda mencionar, que no campo da legalidade, a doação das células hematopoiéticas do cordão umbilical não provoca grandes conflitos, a polêmica centra-se de fato na doação de medula óssea por um menor. No cenário nacional, a questão da disposição de tecidos, órgãos e partes do corpo humano para fins de transplante ou tratamento é tratada pela Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, com as devidas alterações pela Lei nº 10.211 de 23 de março de 2001.

A legislação acima citada, em seu artigo 9, §6º, estipula que o indivíduo juridicamente incapaz, com compatibilidade imunológica comprovada, pode fazer doação nos casos de transplante de medula óssea, entretanto, é necessário concomitantemente o consentimento de ambos os pais ou de seus responsáveis legais, a autorização judicial e a constatação de que o ato não ofereça risco para a sua saúde. Assim, somente se preenchidos os requisitos legais, poderá então a criança dispor de tecido para ser utilizado em transplante de medula óssea.

A intervenção do Ministério Público é obrigatória nos processos que versem sobre interesses de incapazes, como é o caso da doação por menor, devendo então o seu representante ser intimado de todos os atos processuais sob pena de nulidade, conforme disposto no artigo 178, inciso II, do Código de Processo Civil de 2015. Sua atuação aqui dá-se como *custos legis*, ou seja, como fiscal da lei incumbido do dever de defender e zelar pela “prevalência da ordem jurídica e do bem comum”. (THEODORO JUNIOR, 2014, p. 189)

O consentimento informado, requisito necessário para o transplante de tecidos, é dado pelos pais, no exercício do poder familiar. Sob este aspecto, emerge entraves quanto a

---

<sup>17</sup> I ESPAÑA. *Ley 14/2006*, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida. 2006. Disponível em: <[http://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2006-9292](http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2006-9292)>. Acesso em: 27 fev. 2015.

<sup>18</sup> UNITED KINGDOM. *Human Fertilisation and Embryology Act 2008*. 2008. Disponível em: <<http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2008/22/schedule/2>>. Acesso em: 15 jun. 2015.

imparcialidade dos pais (ou a falta desta) ao autorizar a doação de medula óssea, já que para eles está em jogo a integridade física de um filho e a vida de outro, e a decisão que atende ao melhor interesse do filho doador deve levar em consideração não apenas a sua individualidade, mas também o impacto emocional que ocorrerá caso o irmão doente venha a morrer.

Neste sentido, Vera Lucía Raposo ao tratar do tema, cita que:

[...] de certa forma, esses casos são comparáveis àqueles em que a doação de órgãos é discutida por portadores com deficiência mental em favor de um membro da família, um irmão, por exemplo, situações que foram objeto de vários pronunciamentos judiciais nos Estados Unidos, onde agora começamos a questionar os benefícios dessas doações para o doador e, por esse motivo, o seu próprio consentimento está sendo exigido. Algo que, é claro, nem sempre é viável. Portanto, em caso de impossibilidade, é necessária a presença de uma forte relação familiar entre doador e destinatário, o que permite ter certeza de que o dano emocional que o doador sofre com a morte do parente doente é menor do que saber que contribuiu para um esforço para a sobrevivência, critério não demonstrável. para permitir a gestação de uma criança com o propósito específico de salvar a vida de outra pessoa.<sup>19</sup>

Ainda que, sejam os pais ou responsáveis que darão o consentimento informado para a doação, não deve a criança ser negligenciada e/ou ignorada, tem também este o direito de ser informada sobre todas as fases do tratamento ao qual será submetida, logicamente, de maneira adequada à sua idade, (SÉGUIN, 2005, p. 242) o que pode minimizar eventuais traumas pelo temor a aquilo que é desconhecido e complexo para ela, como é a submissão à procedimento de doação de tecidos.

---

<sup>19</sup> Originalmente: “[...] en cierta forma, estos casos son comparables con aquellos en que se discute la donación de órganos por parte de portadores con discapacidades mentales a favor de un familiar, de un hermano por ejemplo, situaciones que han sido objeto de varios pronunciamientos judiciales en Estados Unidos, donde ahora mismo se ha empezado a cuestionar los beneficios de estas donaciones para el donante y, por tal motivo, se está exigiendo su propio consentimiento. Algo que, desde luego, no siempre es factible. Por lo que en caso de imposibilidad, se exige la presencia de una relación familiar fuerte entre donante y receptor, que permita tener la certeza de que el daño emocional que el donante sufra con la muerte del familiar enfermo sea menor al saber que contribuyó a un esfuerzo por su supervivencia, criterio no demostrable. para permitir la gestación de un niño con el específico propósito de salvar la vida de otro”. RAPOSO, Vera Lucía. Se busca embrión en buenas condiciones para la aplicación del diagnóstico preimplantacional y el bebe-medicamento. Disponível em: <<http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/27951/1/articulo5.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2015.

Outrossim, tal como ocorre em relação as decisões importantes da vida da criança como, por exemplo, a colocação em família substituta <sup>20</sup> e as medidas de proteção,<sup>21</sup> a opinião do menor também não deve, no caso em tela, ser desconsiderada quando ele tiver a capacidade de exprimir sua vontade em relação a doação de medula óssea para ajudar o irmão. E, quando constatado que os interesses dos pais são colidentes com os interesses do menor, deverá então o juiz nomear um curador especial ao incapaz, de acordo com o artigo 72, inciso I, do Código de Processo Civil.

Além dos cuidados acima mencionados, também a atuação do médico e dos demais profissionais da área sempre estará limitada pelos direitos fundamentais do menor, isso porque o Código de Ética Médica ao tratar dos princípios fundamentais estipula que deverá este guardar “absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício”.<sup>22</sup> Assumindo ainda, o compromisso de que “jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade”.<sup>23</sup>

A complexidade e a controvérsia não se restringem tão somente ao processo de concepção do “bebê-medicamento”, estende-se ainda para além do seu nascimento, ou melhor da doação de tecidos. Deste modo, a bioética chama para si o tema, pois como uma ciência transdisciplinar que busca soluções para as demandas morais relacionados aos avanços científicos em relação à vida e ao biodireito, e por ser esta sua expressão positiva, tem como finalidade limitar a atuação científica e preservar a dignidade dos sujeitos dos processos científicos. (KREPSKY, 2016, p. 149-166)

Assim como, é necessário o estudo de cada caso concreto, a fim de determinar se o “bebê-medicamento” seria a solução mais adequada naquele dado contexto, também é inegável

---

<sup>20</sup> Art. 28. A colocação em família substituta far-se-á mediante guarda, tutela ou adoção, independentemente da situação jurídica da criança ou adolescente, nos termos desta Lei. § 1º Sempre que possível, a criança ou o adolescente será previamente ouvido por equipe interprofissional, respeitado seu estágio de desenvolvimento e grau de compreensão sobre as implicações da medida, e terá sua opinião devidamente considerada [...].

<sup>21</sup> Art. 100. Na aplicação das medidas levar-se-ão em conta as necessidades pedagógicas, preferindo-se aquelas que visem ao fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários. Parágrafo único. São também princípios que regem a aplicação das medidas: [...] XII - oitiva obrigatória e participação: a criança e o adolescente, em separado ou na companhia dos pais, de responsável ou de pessoa por si indicada, bem como os seus pais ou responsável, têm direito a ser ouvidos e a participar nos atos e na definição da medida de promoção dos direitos e de proteção, sendo sua opinião devidamente considerada pela autoridade judiciária competente, observado o disposto nos §§ 1º e 2º do art. 28 desta Lei [...].

<sup>22</sup> CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). *Código de ética médica*. Resolução nº 1.931/2009. 2009. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra\\_6.asp](http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra_6.asp)>. Acesso em: 04 ago 2014.

<sup>23</sup> CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). *Código de ética médica*. Resolução nº 1.931/2009. 2009. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra\\_6.asp](http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra_6.asp)>. Acesso em: 04 ago 2014.

o fato de que constitucionalmente tem a criança e o adolescente o direito de ser protegido, com absoluta prioridade, por conseguinte, emerge o dever de resguardar a integridade física e psicológica do infante, tanto pelos pais, pelos médicos e demais pessoas envolvidas no processo de doação de medula óssea pelo menor. E, caso seja constatado que qualquer direito do menor possa ser ameaçado ou efetivamente desrespeitado, o profissional responsável deve se recusar do ato capaz de causar dano à criança ou ao adolescente.

## **5. DOS QUESTIONAMENTOS ÉTICOS SOBRE O “BEBÊ-MEDICAMENTO” SOB O ENFOQUE DA CRIANÇA SELECIONADA GENETICAMENTE**

Outras questões éticas ainda permeiam a utilização da técnica do “bebê-medicamento”, nomeadamente, sob o enfoque da criança gerada a partir da sua utilização. De um modo geral, os argumentos tanto contrários, quanto favoráveis ao uso do “bebê-medicamento” estão ligados basicamente às seguintes questões: a possível instrumentalização do filho, a ausência do desejo de incluir outro filho no planejamento familiar e os possíveis danos físicos e/ou psicológicos que podem advir a criança.

Quanto à primeira preocupação apontada pela doutrina, ao tratar sobre a utilização do diagnóstico genético pré-implantacional, diz respeito à possível instrumentalização do bebê ou da procriação. Para aqueles que se alinham a essa corrente, o filho selecionado para ser histocompatível com o irmão equivaleria a um meio para obter a cura do filho doente, o que impulsionaria uma possível tendência à “coisificação” da criança com a finalidade de satisfazer os desejos dos pais e proporcionar a salvação do irmão. (LONGNEAUX, 2012, p. 58)

Neste sentido, a criança selecionada geneticamente não seria um fim em si mesma e, sua existência seria uma afronta ao princípio da não-instrumentalização do ser humano. Os principais defensores desta tese, encontram-se também entre os partidários da proteção da vida humana embrionária, (RAPOSO, 2015) em que se parte de uma percepção de moralidade, tal como a idealizada por Immanuel Kant, onde a ação moral é configurada quando se age com humanidade “tanto na tua pessoa, como na pessoa de qualquer outro, sempre e ao mesmo tempo como fim e nunca simplesmente como meio”. (KANT, 2009)

Há ainda quem se oponha à essa vertente, pois consideram que os pais ao optarem pela seleção genética do embrião não estão unicamente instrumentalizando a criança em favor do irmão. Embora, a sua concepção esteja condicionada à existência de uma patologia grave que afeta este último ou sirva de mola propulsora para tal, a criança gerada não será descartada após

a coleta das células hematopoiéticas, pelo contrário, naturalmente fará parte da família tal como os demais irmãos já nascidos.

Além disso, sustenta-se ainda, que se os pais se sacrificaram de sobremaneira cuidando do primeiro filho, não há lógica ou evidência de que abandonarão o segundo a sua própria sorte, (RESTREPO; ABAD; PASTOR, 2012) sendo descabido temores neste sentido. Até porque, como Pablo de Lora argumenta, se o único objetivo dos pais ao recorrer a fertilização *in vitro* fosse obter as células hematopoiéticas para o transplante, estes poderiam optar por interromper a gestação e, assim, utilizar as células, os tecidos ou os órgãos do feto.<sup>24</sup>

O segundo questionamento está ligado ao verdadeiro interesse dos pais, há uma preocupação se estes em realmente desejam incluir um outro filho em seu projeto parental, ou se a única motivação para a nova gestação é a cura do filho doente, (MAROJA; LAINE, 2011) situação que causa divergências doutrinárias. O ponto fulcral aqui está no fato de que raramente uma criança nasce unicamente pelo que ela é, o seu planejamento é feito e sua concepção almejada em razão da sua representação familiar e social.

É neste sentido que Pablo de Lora e Vera Lucía Raposo se posicionam, já que conforme os autores, nenhum filho vem ao mundo sem uma motivação específica. (RAPOSO, 2015) Ademais, Paulo de Lora ainda questiona se uma das razões mais nobres para o nascimento de uma criança não pode ser a salvação de um irmão ou irmã e, continua, “se for assim: como não será legítimo fazê-lo com o objetivo de curar quem será um irmão? Não é o que, também atraente para o "natural", presume-se que um bom pai ou mãe sempre faria e deveria fazer pela vida de seu filho doente?”.<sup>25</sup>

A ausência de previsão dessa segunda criança no projeto parental, por si só, não justifica a vedação da utilização da técnica do “bebê-medicamento”, pois não significa que esta não será integrada a ele. Além do que, há casos em que o projeto parental pode estar totalmente ausente, como ocorre com os pais que no exercício de sua sexualidade de forma irresponsável acabam tendo um filho, (GAMA, 2008, p. 31) sem qualquer planejamento, o que pode ou não gerar

---

<sup>24</sup> Segundo o autor “[...] el escenario es, sólo hasta cierto punto, de ciencia ficción. En caso de los Nash, y tal y como relata BELKIN (2001), dada la premura por trasplantar a la hermana enferma, los médicos se llegaron a plantear abortar a Adam, cuando la gestación se encontraba ya muy avanzada, y usar células hepáticas fetales.” LORA, Pablo de. ¿Es permisible tener un hijo para curar a otro? *Boletín del Ministerio de Justicia*. Año LXIX, núm. 2179, 2015. Disponível em: <[http://www.academia.edu/11459150/Espermisibletenerunhijoparacurar\\_aotro](http://www.academia.edu/11459150/Espermisibletenerunhijoparacurar_aotro)>. Acesso em: 16 jun. 2015.

<sup>25</sup> Originalmente: “Si esto es así: ¿cómo no va a ser legítimo hacerlo con el propósito de curar a quien será hermano? ¿No es lo que, también apelando a lo “natural”, se supone que un buen padre o madre siempre haría y habría de hacer por la vida de su hijo enfermo?”. LORA, Pablo de. *Op. cit.*, p. 54.

traumas na criança, pois o determinante não é a idealização, mas a forma como a parentalidade é exercida.

Por isso, Mayana Zatz ao tratar do tema, ressalta a necessidade de se conhecer os planos e as intenções do casal que recorrem ao diagnóstico genético pré-implantacional combinado com a tipagem HLA, a fim de evitar qualquer prejuízo que possa advir da utilização da técnica, já que por se tratar “de uma questão ética como essa, nunca há um consenso”,<sup>26</sup> sendo que “a primeira coisa a ser questionada nesse caso é se o casal já queria ter outro filho e, uma vez que decidiram isso, optaram por ter um bebê geneticamente selecionado para salvar a filha”,<sup>27</sup> e que em situações como esta “em vez de perder um filho, ganha dois”.<sup>28</sup>

É impossível prever se a criança será ou não amada pelo que ela realmente é, o processo de afeição paterno-filial se dá de forma progressiva no convívio familiar, em que há o estreitamento dos laços afetivos. Pode-se traçar um paralelo, por exemplo, com as considerações feitas por Viviane Milbradt, que em estudo acerca da afetividade quando a gravidez é indesejada. A autora explica que há situações em que a mãe inicialmente não sente nenhuma afeição pela criança gerada, sendo que é com o passar do tempo que os sentimentos acabam florescendo. (MILBRADT, 2008)

Ainda de acordo com ela, a “interpretação dos movimentos fetais pela gestante constitui mais uma etapa da formação da relação materno-filial em que, na fantasia materna, o feto já começa a adquirir características peculiares e a se comunicar com a mãe através da variedade dos seus movimentos”. (MILBRADT, 2008) Sendo que o vínculo familiar entre a mãe e a criança “é um processo contínuo, pois o apego ao bebê não acontece da noite para o dia e, em larga extensão, naturalmente, o vínculo com o bebê é instintivo, mas não é instantâneo e automático”, (MILBRADT, 2008) cujo período de consolidação pode variar de pessoa para pessoa.

A utilização da técnica do “bebê-medicamento” não faz com que a criança fique toda a sua vida atrelada à do irmão, a fim de servi-lhe como doador de tecidos quando este precisar, por tempo indeterminado, por não ser um sacrifício que se possa exigir de uma pessoa. E, assim

---

<sup>26</sup> REVISTA VEJA. *Casal brasileiro gera filha selecionada geneticamente para curar a irmã*. 2012. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/noticia/saude/casal-brasileiro-gera-filha-selecionada-geneticamente-para-curar-a-irma>>. Acesso em: 04 jan. 2018.

<sup>27</sup> REVISTA VEJA. *Casal brasileiro gera filha selecionada geneticamente para curar a irmã*. 2012. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/noticia/saude/casal-brasileiro-gera-filha-selecionada-geneticamente-para-curar-a-irma>>. Acesso em: 04 jan. 2018.

<sup>28</sup> REVISTA VEJA. *Casal brasileiro gera filha selecionada geneticamente para curar a irmã*. 2012. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/noticia/saude/casal-brasileiro-gera-filha-selecionada-geneticamente-para-curar-a-irma>>. Acesso em: 04 jan. 2018.

como qualquer outra criança, o menor selecionado geneticamente tem direito ao respeito a sua integridade física e psíquica, de tal modo que as razões de sua concepção não impõem a este uma obrigação, há aqui uma expectativa de aumentar a possibilidade para que a compatibilidade ocorra, mas a doação apenas poderá ser realizada se não oferecer riscos. (RAPOSO, 2015)

Por fim, cabe ainda destacar que, como já mencionado, não se pode prever eventuais consequências físicas e psicológicas que podem advir ao menor, a partir do momento em que este toma conhecimento de toda a sua trajetória familiar. Essa preocupação é ainda maior ao se considerar que o amor ao filho selecionado geneticamente também vem eivado de esperança quanto à possibilidade e ao sucesso do transplante.

Evidentemente, os pais acabam criando expectativas quanto ao sucesso da utilização das células-tronco hematopoiéticas, todavia, não sendo a medicina uma ciência exata, pode ser que a almejada compatibilidade e a viabilidade da doação não sejam atingidas, como idealizadas. Isso não significa que, a frustração a uma expectativa como essa, seja capaz de apagar ou prejudicar os laços afetivos que se formaram durante todo o planejamento que antecedeu o nascimento desse filho, que aliás em nenhum momento tem a sua humanidade extirpada, sendo portador dos direitos essenciais à uma existência digna. (FREIRE JÚNIOR; BATISTA, 2017, p. 22-23)

Além do que, como asseveram Auer Baptista Freire e Lorraine Andrade Batista, a visão construída pela criança no que tange ao seu histórico familiar, desde a concepção até o seu pleno desenvolvimento “pode ser auxiliada pelos pais, que podem direcioná-lo para os pontos positivos e evitar uma visão distorcida e que não é absoluta, muito menos certa”, (FREIRE JÚNIOR; BATISTA, 2017, p. 22) assim, a técnica além do devido amparo estatal, exige também um amparo maior no âmbito afetivo, sendo os pais os principais desenvolvedores e responsáveis. (FREIRE JÚNIOR; BATISTA, 2017, p. 22)

Um outro ponto que merece destaque, diz respeito ao acesso da técnica do “bebê-medicamento”, em razão dos altos custos financeiros que permeiam as técnicas de reprodução humana assistida, bem como do diagnóstico pré-implantacional, o que faz com que esta permaneça restrita às classes mais abastadas financeiramente. De modo que, tem-se uma acentuação das diferenças sociais o que, conseqüentemente, dificulta o acesso as benesses da medicina moderna para boa parte da população, o que implicaria em violação ao princípio bioético da justiça.<sup>29</sup>

---

<sup>29</sup> Questão levantada ao tratar-se sobre a utilização da clonagem reprodutiva. DWORKIN afirma que “o remédio para a injustiça é a redistribuição, e não a recusa dos benefícios para alguns sem ganhos correspondentes para

No entanto, a questão do custo financeiro para arcar com este tipo de procedimento não é motivo plausível para que a técnica seja vedada ou se mantenha sem qualquer regulamentação, pois os resultados das pesquisas com o tempo ficam acessíveis as classes mais pobres e, assim como, qualquer outro procedimento médico tende a ser barateado no mercado, ou ainda, a depender das discussões a serem travadas, ser oferecido pelo próprio sistema público de saúde.

Analisando-se as diversas denominações recebidas pela técnica, percebe-se que as palavras escolhidas estão impregnadas com um juízo de valor, muito mais do que uma discussão puramente metodológica, faz-se necessária uma análise ética, moral e social a respeito da possível regulamentação e utilização do “bebê-medicamento”, pois desafia paradigmas e valores que norteiam a sociedade, de um modo geral, o que faz com que seu enfrentamento seja evitado pelo legislador, por questões meramente políticas.

Portanto, se por um lado não há como se ignorar alguns temores, já que envolve a própria essência humana, cuja manipulação sem balizadores pode levar ao desvirtuamento do seu fim beneficente, para desembocar em práticas reprováveis, como é a eugenia e a clonagem, também é necessário considerar os benefícios que a micromanipulação em casos como esse pode proporcionar, em determinados casos. Logo, tanto pela aceitação e a devida regulamentação, como pela expressa vedação, o que se tem é que urge a necessidade de se discutir o assunto nos diversos setores sociais.

## 6. CONCLUSÃO

Do presente trabalho é possível inferir que a denominação “bebê-medicamento” se refere à técnica empregada e não ao embrião, propriamente dito. Sendo que a seleção de compatibilidade genética, por vezes, é o último recurso na busca de um doador compatível e capaz de salvar uma vida, e que em regra não expõe o irmão doador à riscos atípicos.

Há no ordenamento jurídico brasileiro a garantia constitucional do livre planejamento familiar, que concede autonomia aos pais para decidirem como compor sua família, que aliada aos desdobramentos do princípio da afetividade e da solidariedade familiar, em tese possibilitariam a escolha de ter outro filho geneticamente selecionado para salvar o irmão mais velho. Em contrapartida, emergem preocupações em relação à uma possível eugenia e à defesa

---

outros”. SÁ, Maria de Fátima Freire de; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. Clonagem Humana. SARMENTO, Daniel; PIOVESAN, Flávia (Org.). *Nos limites da vida: aborto, clonagem humana e eutanásia sob a perspectiva dos direitos humanos*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007, p. 265.

da dignidade do embrião, que se contrapõem a questões relacionadas à garantia e ao valor de uma vida saudável e digna, que é viabilizada pela técnica em questão dentro de uma instituição familiar unida, solidária e atenta à sua função social.

Denota-se que o tema é controverso e discussões interdisciplinares fazem-se imprescindíveis para a devida regulamentação, especialmente, ante a inexistência de legislação específica. As únicas referências que tratam do bebê-medicamento estão contidas nas resoluções do Conselho Federal de Medicina, que constituem meras orientações éticas para a atuação dos médicos.

Diferentemente do cenário nacional, em diversos países como Portugal, Espanha e Reino Unido, por exemplo, já existem regulamentação a respeito da utilização dessas técnicas, sendo que enquanto alguns autorizaram de maneira genérica a utilização do diagnóstico genético pré-implantacional, outros optaram por estabelecer critérios para a autorização do procedimento analisando-se caso a caso.

De tal forma, urge ao legislador brasileiro a necessidade de regulamentação das técnicas de reprodução humana assistida, a fim de diminuir a insegurança jurídica e evitar abusos. A proibição do uso do diagnóstico genético pré-implantacional para gerar um bebê geneticamente compatível e capaz de salvar a vida de um filho portador de doença hereditária grave, pode representar uma afronta à liberdade individual e a autonomia do casal no que tange o direito ao planejamento familiar e, por outro lado, uma medida preventiva em relação à uma possível instrumentalização de um filho em relação ao outro.

Neste contexto, uma alternativa plausível seria seguir o exemplo espanhol, em que uma comissão especializada faz a análise e autoriza ou não o uso do diagnóstico genético pré-implantacional, de acordo com o caso concreto. Concomitantemente, apesar de ser impossível mensurar a existência ou não de consequências psicológicas à criança que foi selecionada geneticamente, a família ao relatar sua história de forma positiva, bem como reafirmar que o amor ao filho independe da realização ou do sucesso do transplante, pode contribuir para a minimização ou até mesmo elidir possíveis danos.

Ademais, também é possível que uma equipe multidisciplinar acompanhe os primeiros anos de vida da criança, a fim de constatar eventuais danos ao menor e auxiliar os pais no tratamento das questões que possivelmente surgirão à medida em que o filho venha a amadurecer e conhecer a sua história. De tal modo, que haja a harmonização entre a autonomia e liberdade para o planejamento familiar, a proteção e preservação da vida do filho que corre risco de morte, além dos interesses e a dignidade ao filho gerado e selecionado geneticamente.

## REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, Raquel de Lima Leite Soares. Considerações sobre o congelamento de embriões. CASABONA, Carlos María Romeu; QUEIROZ, Juliane Fernandes (coords.). *Biotecnologia e suas implicações ético-jurídicas*. Belo Horizonte: Del Rey, 2004.
- ARANDA, Fernanda. A geração dos bebês nascidos para curar. *IG SÃO PAULO*. 2013. Disponível em: <<http://saude.ig.com.br/minhasaude/2013-05-02/a-geracao-dos-bebes-nascidos-para-curar.html>>. Acesso em: 19 nov. 2014.
- BADALOTTI, Mariangela. *Bioética e Reprodução Assistida*. Disponível em: <<http://www.pucrs.br/bioetica/cont/mariangela/bioeticaereproducao.pdf>>. Acesso em 04 maio 2015.
- BARTH, Wilmar Luiz. *Células-tronco e bioética: o progresso biomédico e os desafios éticos*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006.
- CARDIN, Valeria Silva Galdino; *et. al.* Dos limites da disposição do próprio corpo: uma análise da cessão do útero como efetivação do direito ao planejamento familiar à luz da teoria geral dos contratos. *Rev. Bioética y Derecho*, Barcelona, n. 35, p. 79-93, 2015. Disponível em: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1886-58872015000300008&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872015000300008&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 23 dez. 2017.
- CASABONA, Carlos María Romeu; QUEIROZ, Juliane Fernandes (coords.). *Biotecnologia e suas implicações ético-jurídicas*. Belo Horizonte: Del Rey, 2005.
- CHASTENET, Patrick; BOUCAULT, Carlos Eduardo de Abreu. O bebê-medicamento e a autonomia da técnica: da reprodução assistida para doação à clomagem de seres humanos. *Revista de Direito Privado*. São Paulo, v. 13, n. 50, p. 61-69, abr. 2012.
- CHAVES, Marianna. Famílias ectogenéticas—os limites jurídicos para utilização de técnicas de reprodução assistida. *Anais do X Congresso Brasileiro de Direito de Família: Famílias nossas de cada dia*. 2015. Disponível em: <<https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/47896979>>. Acesso em: 30 dez. 2017.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução CFM nº 2.121/2015*, de 24 de setembro de 2015. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2015/2121\\_2015.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2015/2121_2015.pdf)>. Acesso em: 02 jan. 2017.
- CORRÊA, Marilena CDV. Ética e reprodução assistida: a medicalização do desejo de filhos. *Revista Bioética*, v. 9, n. 2, 2009.
- DIAS, Maria Berenice. *Manual de direito das famílias*. 6. ed. São Paulo: RT, 2010.
- DIAS, Paulo Cezar. O amor de mãe versus o direito de dispor sobre o próprio corpo. *XXII Encontro Nacional do CONPEDI*, 2013, São Paulo. Disponível em: <<http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=63c0d1be32c9c7e2>> Acesso em: 05 mar. 2014.

DINIZ, Maria Helena. *O estado atual do biodireito*. 4. ed., São Paulo: Saraiva, 2007.

FABRIZ, Daury Cesar. *Bioética e direitos fundamentais: a bioconstituição como paradigma do biodireito*. Belo Horizonte: Mandamentos, 2013.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. *Manual de Orientação Reprodução Humana*. 2011. Disponível em: <[http://febrasgo.luancomunicacao.net/wp-content/uploads/2013/05/Manual\\_de\\_Reproducao\\_-Humana.pdf](http://febrasgo.luancomunicacao.net/wp-content/uploads/2013/05/Manual_de_Reproducao_-Humana.pdf)>. Acesso em 14 out. 2014.

FILHO, Julio de Mello; BURB, Miriam. *Doenças da Família*. São Paulo: Casa dos Psicólogos, 2004.

FREIRE DE SÁ, Maria de Fátima. *Bioética: Impacto Do Projeto Parental Na Escolha Do Filho*. Disponível em: <<http://clarissabottega.com/Arquivos/Bioetica/bioetica%20projeto%20parental.pdf>>. Acesso em 20 nov. 2014.

HABERMAS, Jürgen. *O futuro da natureza humana: a caminho da eugenia liberal?* Trad. Karina Jannini. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

KANT, Immanuel. *Fundamentação da metafísica dos costumes*. Trad. Guido Antônio de Almeida. São Paulo: Discurso Editorial/Barcarolla, 2009.

LE MONDE. *Le premier "bébé-médicament" français est né*. 2011. Disponível em: <[http://www.lemonde.fr/societe/article/2011/02/07/le-premier-bebe-medicament-francais-est-ne\\_14765\\_86\\_322\\_4.html#WKCKyEC0147qxzSQ.99](http://www.lemonde.fr/societe/article/2011/02/07/le-premier-bebe-medicament-francais-est-ne_14765_86_322_4.html#WKCKyEC0147qxzSQ.99)> Acesso em: 26 dez. 2014.

LÔBO, Paulo. *Direito civil: famílias*. 4. ed., São Paulo: Saraiva, 2011.

LOPES, Claudia Aparecida Costa; AGUERA, Pedro Henrique Sanches. Do Bebê Medicamento: “Instrumento” de Dignidade Familiar. *XXIII Congresso Nacional CONPEDI/UFPB A Humanização do Direito e a Horizontalização da Justiça no século XXI*. (Org.). CONPEDI/UFPB, 2014, p. 309-324.

LORA, Pablo de. ¿Es permisible tener un hijo para curar a otro?. *Boletín del Ministerio de Justicia*. Año LXIX, núm. 2179, 2015. Disponível em: <[http://www.academia.edu/11459150/\\_Es\\_permisible\\_tener\\_un\\_hijo\\_para\\_curar\\_a\\_otro](http://www.academia.edu/11459150/_Es_permisible_tener_un_hijo_para_curar_a_otro)>. Acesso em: 16 jun. 2015.

MADALENO, Rolf. *Curso de direito de família*. 4. ed., Porto Alegre: Forense, 2011.

MALUF, Adriana Caldas do Rego Freitas Dabus. *Curso de Bioética e Biodireito*. 2. ed., São Paulo: Atlas, 2013.

MAROJA, Flaviana Estrela; LAINÉ, Agnès. *Esperando o messias: reflexão sobre os bebês nascidos para curar um irmão*. Mental, ano IX, n. 17, 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v9n17/05.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2014

MARCHETTO, P. B. (Org.); BERGEL, S. D. (Org.); FALAVINHA, D,H,S (Org.); RAMPIN, T. T. D. (Org.). *Temas fundamentais de Direito e Bioética*. São Paulo: Cultura Acadêmica: UNESP, 2012.

MARINHO, Angela de Souza Martins Teixeira. *Reprodução humana assistida no direito brasileiro: a polêmica instaurada após o novo Código Civil*. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 2010.

MARTINHAGO, Ciro Dresch. *Identificação do sexo de embriões humanos através da análise de blastômero pelas técnicas da reação em cadeia da polimerase em tempo real (PCR em tempo real) e hibridização in situ fluorescente (FISH)*. 2007. 125 f. Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2007. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/104166>>. Acesso em: 02 jan. 2018.

MATERPRIME – Clínica de Reprodução Humana Assistida. *Assisted-Hatching*. Disponível em: <<http://www.materprime.com.br/tratamentos/assisted-hatching>>. Acesso em: 28 dezembro de 2017.

MEDEIROS, Luciana Soares de. VERDI, Marta Inez Machado. Direito de acesso ao serviço de reprodução humana assistida: discussões bioéticas. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010, vol. 15, p. 3129-3138.

MILBRADT, Viviane. Afetividade e Gravidez Indesejada, os Caminhos de Vínculo Mãe-Filho. *Revista Pensamento Biocêntrico*, n. 9, 2008. Disponível em: <<http://www.pensamentobiocentrico.com.br/content/edicoes/revista-09-06.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

MOLLER, Leticia Ludwig. Bioética e Direitos Humanos: delineando um biodireito mínimo universal. *Revista Filosofazer*, ano XVI, n. 30, 2007, p. 91-109.

MONTEIRO, Juliano Ralo. Savior Sibling: limites ao poder familiar? In: GOZZO, Débora (coord.). *Informação e Direitos Fundamentais: A eficácia horizontal das normas constitucionais*. São Paulo: Saraiva, 2012.

MORAES, Carlos Alexandre; FERDINANDI, Marta Beatriz Tanaka. As Técnicas de Reprodução Humana Assistida e a Problemática da Responsabilidade Civil dos Pais. *Conpedi Law Review*, n. 7 (1), 2016.

NAMBA, Edilson Tetsuzo. *Manual de Bioética e Biodireito*. São Paulo: Atlas. 2009.

NETO, Othoniel Pinheiro. *O direito à reprodução humana assistida: da teoria à concretização judicial*. Curitiba: Juruá, 2012.

OLIVEIRA, Deborah Ciocci Alvarez de; BORGES Jr., Edson. *Reprodução assistida: até onde podemos chegar? compreendendo a ética e a lei*. São Paulo: GAIA, 2000.

OLIVEIRA, Fátima. Uma visão feminista sobre os megaprojetos da Genética Humana (PGH e PDGH). *Revista Bioética*, v. 5, n. 2, 2009.

OLIVEIRA, Maria de Fátima. Expectativas, falências e poderes da Medicina da procriação: gênero, racismo e bioética. SCAVONE, Lucila (org.). *Tecnologias reprodutivas: gênero e ciência*. São Paulo: UNESP, 1996.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA (ONU). *Declaração Universal sobre o Genoma Humano*. Disponível em: <[http://www.dhnet.org.br/direitos/direitosglobais/paradigmas\\_textos/genomahum.html](http://www.dhnet.org.br/direitos/direitosglobais/paradigmas_textos/genomahum.html)> Acesso em: 18 mar. 2015.

PEREYRA, Julia Angélica. *Bebês medicamentos*. Disponível em: <<http://www2.ib.edu.ar/becaib/bib2013/trabajos/JuliaPereyra.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

PONTES, Estevão Gutierrez Brandão. *Células-tronco, bebês de proveta e lei: onde há vida: uma análise legal, jurisprudencial e científica parapsicológica*. Curitiba: JM, 2011.

PORTUGAL. *Procriação Medicamente Assistida*. Lei n.º 32/2006, de 26 de Julho de 2006. Disponível em: <[http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_print\\_articulado.php?tabela=leis&artigo\\_id=903A0028&nid=903&nverso=&tabela=leis](http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_print_articulado.php?tabela=leis&artigo_id=903A0028&nid=903&nverso=&tabela=leis)>. Acesso em: 27 fev. 2015.

RAMOS, Ana Virginia Gabrich Fonseca Freire; MORAIS, Luísa Cristina de Carvalho. Os limites da luta para salvar um filho: questionamentos acerca dos saviour siblings. *XXI Encontro Nacional do CONPEDI*, 2012. Disponível em: <<http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=67f7fb873eaf2952>>. Acesso em: 03 mar. 2014.

RAPOSO, Vera Lucia. *Se busca embrión en buenas condiciones para la aplicación del diagnóstico preimplantacional y el bebe-medicamento*. Disponível em: <<http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/27951/1/articulo5.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2015.

\_\_\_\_\_. As wrong actions no início da vida (wrongful conception, wrongful birth e wrongful life) e a responsabilidade médica. In: *Revista Portuguesa do Dano Corporal*. Imprensa da Universidade de Coimbra, n. 21, 2010.

RESTREPO, Pablo Arango; ABAD, Pedro José Sánchez; PASTOR, Luis Miguel. Diagnóstico genético preimplantatorio y el «bebé medicamento»: criterios éticos encontrados en la literatura biomédica y bioética. *Cuadernos de Bioética*, n. 78, XXIII, 2012. Disponível em: <<http://www.aebioetica.org/revistas/2012/23/78/301.pdf>> Acesso em: 21 fev. 2014.

REVISTA VEJA. *Casal brasileiro gera filha selecionada geneticamente para curar a irmã*. 2012. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/noticia/saude/casal-brasileiro-gera-filha-selecionada-geneticamente-para-curar-a-irma>>. Acesso em: 04 jan. 2018.

SÁ, Maria de Fátima Freire de; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. *Manual de biodireito*. Belo Horizonte: Del Rey, 2009.

SARMENTO, Daniel; PIOVESAN, Flávia (Org.). *Nos Limites da Vida: aborto, clonagem humana e eutanásia sob a perspectiva dos direitos humanos*. Rio de Janeiro: *Lumen Juris*, 2007.

SÉGUIN, Elida. *Biodireito*. 4 ed., Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005.

SILVA, Anelise Crippa et al. Análise das decisões judiciais de aborto de malformações fetais e a problematização do *slippery slope*. *Revista da AMRIGS*, v. 56, n. 2, 2012.

VASCONCELOS, Cristiane Beuren. *A Proteção Jurídica do Ser Humano In Vitro na Era da Biotecnologia*. São Paulo: Atlas. 2006.

VIEIRA, Tereza Rodrigues. *Bioética e direito*. 2. ed., São Paulo: Jurídica Brasileira, 2003.

\_\_\_\_\_. (Org.). *Ensaio de Bioética e Direito*. 2. ed., Brasília: Consulex, 2012.

WERLE, D. L. *Lutas por reconhecimento e justificação da normatividade (Rawls, Taylor e Habermas)*. Tese (Doutorado em Filosofia). Departamento de Filosofia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2004.

ZATZ, Mayana. *Genética: escolhas que nossos avós não faziam*. São Paulo: Globo, 2011.

\_\_\_\_\_. Clonagem e células-tronco. *Estud. av.*, São Paulo, v. 18, n. 51, 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142004000200016>>. Acesso em 24 jan. 2015.

Encaminhado em 18/04/18

Aprovado em 02/05/18