



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Reprodução Humana Assistida:  
Aspectos Bioéticos e Jurídicos**

**Luiza Bonatto**

**Rio Grande/RS  
2014**

**Luiza Bonatto**

**Reprodução Humana Assistida: Aspectos Bioéticos e Jurídicos**

Monografia apresentada perante Banca examinadora do Curso de Direito da Faculdade de Direito da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Direito, sob orientação da prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Claudia Crespo Brauner.

**Rio Grande/RS  
2014**

# **Termo de Aprovação**

**Luiza Bonatto**

## **Reprodução Humana Assistida: Aspectos Bioéticos e Jurídicos**

Trabalho acadêmico de conclusão de curso, requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Direito, apresentado à Faculdade de Direito da Universidade Federal do Rio Grande.

Aprovado pela banca examinadora em                      de                      de 2014.

### **Banca examinadora**

---

Componente da banca examinadora – FURG

---

Componente da banca examinadora – FURG

---

Componente da banca examinadora – FURG

Rio Grande/RS

2014

**Dedico este trabalho,**

A todos os meus professores, do ensino fundamental, médio e superior, que, de uma forma ou de outra, contribuíram para o meu crescimento pessoal, acadêmico e profissional.

## **Agradecimentos**

Pelo apoio, paciência e incentivo, neste transcurso da etapa de conclusão do curso de Direito, agradeço aos meus pais, Valdecir Bonatto e Marilene da Silva Bonatto.

Porque a ciência sem ética é pura manipulação e o risco de transformar o Homem em objeto é inimaginável.

(Eduardo de Oliveira Leite)

## Resumo

O presente trabalho visa à análise, sob o enfoque bioético e jurídico, da reprodução humana medicamente assistida. A investigação parte da abordagem histórica para demonstrar o grande avanço da Biomedicina que não fora acompanhado pelo Direito. Assim, estudo também é traçado, diante das omissões e lacunas legislativas, sobre os ditames normativos na busca de respostas para as controvérsias geradas. Após indicações de leis, resoluções e preceitos constitucionais, é dada ênfase ao prisma de questões e efeitos originados pelo tema. Por fim, buscadas são soluções que encontram respaldo em entendimentos bioéticos e jurídicos na tentativa de solucionar os dilemas apresentados, principalmente os referentes ao sigilo do doador e a reprodução assistida *post mortem*.

Palavras-Chave: reprodução assistida, Direito, Resolução nº. 2.013/13, Projetos de Lei, Princípios Constitucionais, questionamentos bioéticos e jurídicos, sigilo do doador, reprodução *post mortem*.

## **Abstract**

The present work aims at the analysis, under the bioethical and legal focus, of assisted human reproduction. The investigation goes from the historical approach to demonstrate the great advance of Biomedicine that was not followed by Law. Therefore, this study is also designed, facing the law omissions and gaps, about the normative dictates in the search for answers for the generated controversies. After indications of the constitutional laws, resolutions and precepts, is given emphasis to the prism of questions and effects originated by the subject. Finally, are sought solutions that find support in bioethical and legal understandings in the attempt to solve the dilemmas presented, mainly those referring to the secrecy of the donator and assisted reproduction post mortem.

Keywords: assisted reproduction, Law, Resolution 2,013/13, Law Project, Constitutional Principles, bioethical and legal questionings, donator secrecy, *post mortem* reproduction.

## Lista de Abreviaturas e Siglas

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

CFM – Conselho Federal de Medicina

CID – Classificação Internacional de Doenças

FIV – Fertilização *in vitro*

FIVETE – Transferência de Embriões

GIFT – *Gametha Intra Fallopian Transfer* – Transferência Intratubária de Gametas

HLA – *Human leukocyte antigen* – Antígeno Leucocitário Humano

ICSI – *Intracytoplasmic Sperm Injection* – Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoides

IUI – Inseminação Intra-uterina

PL – Projeto de Lei

RA – Reprodução Assistida

SUS – Sistema Único de Saúde

TRA – Técnicas de Reprodução Assistida

ZIFT – *Zibot Intra Fallopian Transfer* – Transferência Intratubária de Zigotos

## Sumário

INTRODUÇÃO .....	10
1. REPRODUÇÃO ASSISTIDA: BREVE HISTORICO E PRINCIPAIS DEFINIÇÕES .....	11
1.1 – Retrospectiva Histórica .....	11
1.2 – Conceituação .....	14
1.2.1 – Reprodução Medicamente Assistida.....	14
1.2.2 – Fecundação, Inseminação, Esterilidade e Infertilidade .....	16
1.3 – Técnicas de Reprodução Assistida .....	17
2. REPRODUÇÃO ASSISTIDA SOB ENFOQUE BIOÉTICO E JURÍDICO .....	21
2.1 – Ética, Bioética e Biodireito .....	21
2.2 – Ausência de Legislação Específica .....	22
2.3 – Normas e Princípios aplicáveis .....	24
2.3.1 – Código Civil.....	24
2.3.2 – Princípios Constitucionais .....	27
2.3.3 – Resolução CFM 2.013/2013 .....	33
2.4 –Projetos de Lei.....	37
3. PRINCIPAIS CONTROVÉRSIAS NA UTILIZAÇÃO DAS TECNOLOGIAS REPRODUTIVAS E SOLUÇÕES .....	39
3.1 – Sigilo do Doador e Identidade Genética.....	39
3.2 – Fertilização ou transferência de embriões ( <i>post mortem</i> ) .....	46
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	50
REFERÊNCIAS.....	52
ANEXO .....	55

## INTRODUÇÃO

Em 1978 nasceu na Inglaterra Louise Brown. A menina fora reconhecida mundialmente como o primeiro bebê de proveta. No Brasil, em 1984, nasceu Ana Paula Caldeira, sendo o primeiro bebê a nascer em nosso país com o emprego da moderna técnica de fertilização *in vitro*.

Quase vinte anos após o fato narrado, o qual se tornou um marco na medicina brasileira, é promulgado o vigente Código Civil, porém até os dias atuais não existe no país uma legislação específica abordando o tema da reprodução medicamente assistida ou normas que sejam plenamente satisfatórias para a solução de seus dilemas, o que comprova que o direito não acompanhou a evolução biotecnológica.

A reprodução assistida pode se dar por meio de orientação ao casal, com a finalidade de concepção via relação sexual. Entretanto, a forma de reprodução que tem por escopo a presente monografia é a que utiliza técnicas médicas avançadas em laboratório para atingir a concepção de maneira artificial e não sexual.

A justificativa do presente trabalho encontra respaldo no motivo da temática escolhida ser complexa e moderna, aspirando dúvidas e inspirando estudos. Através do método dedutivo, pretende analisar a reprodução assistida humana sob um enfoque bioético e principalmente jurídico para demonstrar sua evolução médico-científica face ao desenvolvimento científico-jurídico e os concomitantes problemas gerados.

Para tanto, no primeiro capítulo será mostrada a evolução história da reprodução assistida, sua conceituação, além de conceituação de termos e técnicas médicas concernentes.

No segundo capítulo, estudo será traçado acerca de legislação pertinente, tal como as normas civis aplicáveis, resoluções e princípios constitucionais. Além disso, será asseverada a ausência de uma legislação específica sobre procriação assistida e também serão verificados alguns projetos de lei sobre o assunto.

Por fim, o terceiro capítulo trará a tona algumas de suas principais controvérsias, como as questões referentes ao sigilo dos doadores e a reprodução assistida *post mortem*, para uma discussão e reflexão na tentativa de solução de problemas originados com a utilização das tecnologias reprodutivas.

## **1. REPRODUÇÃO ASSISTIDA: BREVE HISTÓRICO E PRINCIPAIS DEFINIÇÕES**

Inicialmente se faz necessária uma breve retrospectiva história e uma simples conceituação acerca da reprodução humana assistida (RA) para entendimento sobre o tema. Também se faz mister a compreensão de suas técnicas, para, posteriormente, aprofundamento de temas relativos aos seus dilemas tanto no campo ético como no jurídico, bem como no campo normativo concernente.

### **1.1 Retrospectiva Histórica**

Para iniciar o presente trabalho, antes de conceituar o tema objeto desta monografia, remonta-se a um passado muito distante para introduzir a abordagem acerca da linha do tempo da reprodução assistida.

Pode-se dizer que os primeiros registros sobre a busca para a solução da falta de filhos são extremamente remotos. Inclusive a autora Ana Claudia S. Scalquette chega a fazer referências à mitologia grega com “passagens mitológicas em que a procriação foi obtida por emprego de meios não naturais.”<sup>1</sup> Além disso, a autora também consegue fazer menção ao antigo Código Indiano de Manu, onde “já se podia evidenciar a importância da descendência, a ponto de se permitir que, diante da esterilidade do marido, seu irmão fosse incumbido da missão de lhe conseguir um filho, coabitando com sua mulher.”<sup>2</sup>

Em relação à inseminação artificial, afirma Tycho Brahe Fernandades que “no ser humano, as primeiras notícias históricas datam do século XV, quando a fertilização artificial teria sido utilizada em D. Joana de Portugal, casada com Henrique IV de Castela, o Impotente.”<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> “Perseu teria sido o primeiro homem a nascer por meio de inseminação artificial, pois Zeus fecundara Danae, a filha de Areísio, que fora enclausurada para não ter o filho que mataria o avô e usurparia o trono.” (SCALQUETTE, Ana Cláudia S. *Estatuto da reprodução assistida*. São Paulo: Saraiva, 2010, p. 54).

<sup>2</sup> SCALQUETTE, 2010, p. 54.

<sup>3</sup> FERNANDES, Tycho Brahe. *A Reprodução Assistida em Face da Bioética e do Biodireito*. Aspectos do Direito de Família e das Sucessões. Florianópolis: Diploma Legal, 2000, p. 50.

Em 1785, Thouret, da faculdade de Medicina de Paris, fecundou sua mulher infértil, enquanto que em 1790, o médico inglês John Hunter realizou e obteve êxito, pela primeira vez, no procedimento da técnica de reprodução assistida homóloga.<sup>4</sup>

Em se tratando da primeira inseminação heteróloga<sup>5</sup>, embora haja alguma divergência entre autores quanto à data do fato e da pessoa do cientista responsável, Tycho assegura, baseado em diversos autores, que fora Pancoast o autor do fato realizado em 1884<sup>6</sup>.

[...] No início do século XX, em 1910, a descoberta da conservação do sêmen fora do organismo, por resfriamento, realizada pelo russo Elie Ivanof possibilitou ampliar os estudos acerca da reprodução humana e, conseqüentemente, por volta de 1940 teriam surgido os primeiros bancos de sêmen nos Estados Unidos, sendo criado em 1980, na Austrália, o primeiro banco de embriões humanos congelados.<sup>7</sup>

Já na década de 50, exatamente no ano de 1953, obteve-se a primeira inseminação artificial com sêmen congelado, após aperfeiçoamento da técnica de criopreservação por parte de Polge e Rowson. Ressaltando que a criopreservação foi de extrema importância para o sucesso da fertilização *in vitro* e que primeiramente se alcançou o congelamento de espermatozoides, para posteriormente obter o de embriões e, atualmente, até mesmo o congelamento de óvulos se tornou possível.

Em contrapartida à busca por técnicas que auxiliassem na reprodução humana, ocorreu, na história mais recente, procura por métodos que ocasionassem a esterilização em massa, como os que foram praticados em Auschwitz. Há relatos que os nazistas chegaram ao ponto de injetar cimento no útero de mulheres judias.

Retomando os fundamentais registros do uso das técnicas para a reprodução e não esterilização, em suma, remontando a séculos passados, com o surgimento do microscópio, houve uma significativa contribuição para o avanço das pesquisas médicas e científicas. Já em um século não tão distante, mais precisamente no século XIX, ocorre a descoberta do espermatozoide, além da admissão da participação do óvulo feminino na fecundação. Na

---

<sup>4</sup> A reprodução assistida homóloga será tratada no terceiro subitem deste capítulo, o qual aborda acerca das técnicas de reprodução assistida.

<sup>5</sup> A inseminação heteróloga, assim como a reprodução assistida homóloga, será tratada posteriormente, no subitem correspondente às técnicas de reprodução assistida.

<sup>6</sup> FERNANDES, 2000, p. 50-51.

<sup>7</sup> *Ibidem*, p. 51.

década de 70 do século passado, acontece um grande marco na história atual da humanidade, o nascimento do primeiro bebê de proveta.

Após considerável decurso de tempo no aprimoramento das técnicas de reprodução assistida (TRA), finalmente no preciso ano de 1978, no dia 25 de julho, nasce na Inglaterra Louise Brown. A menina, considerada como o primeiro bebê de proveta, pois foram empregados os procedimentos da fertilização *in vitro* para o seu nascimento, veio ao mundo em consequência da assistência obtida na clínica dos médicos Patrick Steptoe e Robert Edwards.

Quanto ao fato, Scalquette comenta que:

Após essa conquista, inúmeros registros de tratamentos foram feitos em diversos países com o emprego da fecundação *in vitro*, dentre eles Austrália e França, o que fez com que a sociedade passasse a se preocupar com os conflitos e consequências éticas e legais a ela inerentes. [...] Avanços que propulsionaram a comunidade jurídica a se debruçar sobre o tema e forçaram os legisladores de diversos países a regulamentar a matéria [...].<sup>8</sup>

Ainda, em conexão ao fato, explana José Eduardo de Siqueira, “se a partir dos anos 60 podia-se exercer a sexualidade sem o risco da procriação, agora podia-se gerar um embrião independente de ato sexual.”<sup>9</sup> O autor, ainda tece comentários sobre a posição da Igreja, que condena até mesmo a inseminação homóloga entre o casal. Embora possa ser de considerável importância o ponto de vista ético religioso, não será abordado por escapar às finalidades do presente trabalho.

No Brasil, o primeiro ser humano concebido pela técnica de *fertilização in vitro* foi Anna Paula Caldeira, que nasceu no dia 7 de outubro de 1984 na cidade de São José dos Pinhais, região metropolitana de Curitiba. O feito foi considerado um marco para a medicina genético-reprodutiva brasileira.

Por fim, na Austrália, no ano de 1983, foi obtida a primeira gestação com um embrião congelado, enquanto que em 2002 vem a nascer na Inglaterra o primeiro bebê fruto de um óvulo materno congelado. Ainda, recentemente no ano de 2009, fora anunciado no Reino Unido, o nascimento do primeiro bebê sem o gene causador de oitenta por cento dos casos de desenvolvimento de câncer de mama e sessenta por cento dos casos de câncer de ovário.

---

<sup>8</sup> SCALQUETTE, 2010, p. 54.

<sup>9</sup> SIQUEIRA, José Eduardo de. “Ética, Sexualidade e reprodução humana.” In: *Bioética e Sexualidade*. Coordenado por Tereza Rodrigues Vieira. São Paulo: Editora Jurídica Brasileira, 2004, p. 32.

A partir da exposição da linha do tempo da reprodução assistida, constata-se as mudanças e evoluções científicas ocorridas, principalmente ao observar o aperfeiçoamento das técnicas de reprodução assistida ao longo dos anos, o que mostra “quão precário é prever as possibilidades de avanço no campo do conhecimento científico”.<sup>10</sup> Doravante começa-se inferir os reflexos que tais mudanças acarretariam na sociedade, em particular as consequências na instituição da família.

Nessa linha, Sá e Naves aduzem que “a evolução do conhecimento científico – somado ao fenômeno da globalização, ao declínio do patriarcalismo e à redivisão sexual do trabalho – fez uma grande transformação na família, especialmente a partir da segunda metade do século passado”<sup>11</sup> e, ainda “[...] nesse contexto, a reprodução assistida trouxe consigo, além das avançadas técnicas que permitem a realização do sonho de se ter um filho, a possibilidade de efetivação de experiências genéticas que envolvam embriões humanos.”<sup>12</sup>

Encerrando a abordagem histórica, nada melhor do que destacar as sábias e pertinentes palavras de José Eduardo de Siqueira, o qual sustenta que em reprodução humana assistida a pergunta não seria mais se fazê-la, mas como fazê-la<sup>13</sup>.

## **1.2 Conceituação**

Para melhor entendimento do tema e futuro debate será feita breve abordagem conceitual sobre a reprodução assistida. Posteriormente, definições abrangendo fecundação e inseminação, bem como diferenciação entre esterilidade e infertilidade.

### **1.2.1 Reprodução Medicamente Assistida**

Iniciando a atividade conceitual acerca da reprodução assistida e já traçando paralelo deste com temas que serão abordados no próximo capítulo deste trabalho, quais sejam a bioética e o biodireito, consolida-se que “as técnicas de reprodução medicamente

---

<sup>10</sup> SIQUEIRA, 2004, p. 33.

<sup>11</sup> SÁ, Maria de Fátima Freire de; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. Manual de Biodireito. Belo Horizonte: Delrey, 2009, p. 109.

<sup>12</sup> SÁ; NAVES, 2009, p. 109-110.

<sup>13</sup> SIQUEIRA, 2004, p. 33.

assistida são objeto tanto da bioética quanto, no que concerne aos aspectos jurídicos e suas consequências, objeto do biodireito.”<sup>14</sup>

Tratando sobre o assunto, inicialmente tanto Scalquette como Tycho Brahe, acabam por relacionar a técnica a uma obra de ficção científica, fazendo menção ao livro *Admirável Mundo Novo*<sup>15</sup>. Nesta obra, a reprodução humana era totalmente controlada para atingir um padrão de excelência, reportando a fecundação de seres humanos em série para o exercício de tarefas, deixando o domínio da imitação da natureza para adentrar no mundo da invenção humana.

Saindo da área não científica, o conceito de reprodução assistida é para Sá e Naves “o conjunto de técnicas que favorecem a fecundação humana, a partir da manipulação de gametas e embriões, objetivando principalmente combater a infertilidade e propiciando o nascimento de uma nova vida humana”<sup>16</sup> e, ainda em relação às técnicas de RA aduzem que “[...] auxiliam casais e mulheres sozinhas a terem filhos [...]”<sup>17</sup>

Importante salientar que a reprodução assistida não é feita somente em laboratório, mas também como uma forma de assistência ao casal, que pode ser orientado a programar suas relações, de maneira a favorecer o encontro do espermatozoide com o óvulo, para fins de fecundação, esta então, ocorrendo por meio de relação sexual.

Entretanto, o escopo deste trabalho não se dá pela forma de reprodução assistida mencionada acima, a qual por meio de relação sexual entre o casal orientado visa à gravidez, mas sim pela segunda forma, qual seja, o emprego de técnicas médicas avançadas em laboratório, que objetivam o mesmo fim e podem gerar consequências no mundo jurídico.

Assim, a reprodução medicamente assistida, propósito deste trabalho, equivale ao “auxílio médico à reprodução em que são empregadas técnicas em que há a efetiva intervenção médica no ato reprodutivo de maneira a propiciá-lo de modo artificial.”<sup>18</sup> Considerável enfatizar, que para sucesso da técnica, deve ser despendido pela paciente um alto custo, vez que sua realização é deverás cara, por ser necessária a utilização de medicamentos diariamente em pré-etapas à RA. Ademais, é intensa a sobrecarga

---

<sup>14</sup> FERNANDES, 2000, p. 43.

<sup>15</sup> Clássica obra de ficção científica de 1932, escrita pelo autor inglês Aldous Huxley.

<sup>16</sup> SÁ, Maria de Fátima Freire de; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. *Manual de Biodireito*. Belo Horizonte: Delrey, 2009, p. 110.

<sup>17</sup> *Idem, Ibidem*.

<sup>18</sup> SCALQUETTE, 2010, p. 58.

psicológica ao longo das etapas do tratamento, podendo ser necessário um acompanhamento psicológico.

### **1.2.2 Fecundação, Inseminação, Esterilidade e Infertilidade**

Para que as expressões sejam aplicadas de uma forma correta, desde já, faz-se necessário distinguir fecundação e inseminação.

Mais uma vez buscando a etimologia das palavras, verifica-se que fecundação é advinda do latim *fecundatio*, derivada do verbo *fecundare*, que designa fertilizar. No campo reprodutivo, é compreendida como a fase consistente na fecundação do óvulo pelo esperma.

Já o vocábulo inseminação, através de sua origem também latina, advinda do verbo *inseminare*, composto por *in*, que significa dentro e *sêmen*, que designa semente, pode ser entendida como a colocação do sêmen dentro. No caso do presente trabalho, entende-se a inseminação como a colocação do sêmen dentro da mulher, seja o sêmen do companheiro ou de um doador.

Passando para os termos esterilidade e infertilidade, importante também se faz pontuar esclarecimentos acerca de sua distinção.

Em um primeiro momento já se afirma que o quadro da esterilidade configura uma situação mais severa que a infertilidade e que suas causas podem ser tanto femininas como masculinas.

Em uma situação de esterilidade na mulher não é possível que ela inicie uma gravidez e no homem não é possível que ele seja capaz de fazer iniciar a gravidez em sua companheira, ou seja, é um estado clínico onde a gravidez não é conseguida, mesmo não sendo evitada pelo casal, que mantém relações sexuais normais sem métodos contraceptivos.

A infertilidade difere da esterilidade, pois na condição de infértil, o casal consegue obter a gravidez, porém esta não vinga até a concepção de filhos vivos e que detenham a condição de sobreviver, em outras palavras, a maioria dos mecanismos da fecundação ocorrem, porém não culmina no nascimento de um novo ser vivo.

Ambas as situações de esterilidade e infertilidade são consideradas como doenças e registradas na CID<sup>19</sup>, sendo que os números acerca da esterilidade parecem surpreender e conforme afirmação de Maria Claudia Crespo Brauner:

Afetaria segundo as diversas estatísticas, entre 10 a 15% dos casais humanos, e esta constatação está relacionada aos seguintes fatores: aumento da incidência de situações que detectam fatores de ordem masculina; incremento de patologias dependente de doenças sexualmente transmissíveis; adiamento da idade desejada para a primeira gestação, com inevitáveis consequências sobre a fecundidade; prática mais generalizada do aborto e utilização de métodos contraceptivos perniciosos para uma futura concepção; verificação, com alguma frequência, de sequelas de tuberculose genital feminina e, exposição excessiva a fatores tóxicos ambientais com efeitos deletérios nos mecanismos que asseguram a reprodução.<sup>20</sup>

José Eduardo de Siqueira também cita os altos números dos dados divulgados sobre a infertilidade, atestando que “é importante considerar que a nova técnica veio para atender ao contingente não desprezível de casais inférteis que representa 12% a 15% do total de casados e que não tem outra opção para procriar senão a reprodução assistida.”<sup>21</sup>

Não raras vezes a causa de esterilidade não é encontrada, destarte o médico deve investigar a causa de esterilidade ou infertilidade para poder indicar a técnica reprodutiva mais apropriada para situação.

### 1.3 Técnicas de Reprodução Assistida

A princípio cumpre destacar que, nas palavras de Tycho Brahe, “as técnicas de reprodução assistida são avanços biotecnológicos que tanto permitem contornar os problemas de esterilidade quanto solucionar alguns de infertilidade.”<sup>22</sup>

O conhecimento e classificação das técnicas empregadas em RA se faz necessário no presente trabalho por implicar, em cada método utilizado, diferentes efeitos nos campos jurídico e ético.

O material genético utilizado pode ser tanto do casal como de terceiros, doadores de sêmen ou óvulo e há diversos métodos por meio dos quais pode ocorrer a reprodução

<sup>19</sup> Classificação Internacional de Doenças.

<sup>20</sup> SANTOS, A. e T. Almeida *apud* BRAUNER, Maria Claudia Crespo, 2001. *Direito, Sexualidade e Reprodução Humana. Conquistas médicas e o debate bioético*. Rio de Janeiro: Renovar, 2003, p. 59.

<sup>21</sup> SIQUEIRA, 2004, p. 33.

<sup>22</sup> FERNANDES, 2000, p. 52.

assistida, devendo antes ser investigada a causa do problema de fertilidade para indicação da melhor técnica, sempre optando pela que for menos invasiva.

As técnicas que serão aqui destacadas e explicadas de uma forma simplificada, tem por suas siglas: IIU, GIFT, ZIFT, ICSI, FIV, FIVETE,

Em um primeiro momento, convém distinguir que as TRAs são fundamentalmente de duas ordens, podendo a fecundação ocorrer *in vivo* ou *in vitro*.

A fecundação *in vivo*, mais conhecida por inseminação artificial, se dá no próprio organismo da mulher e é considerada relativamente mais simples. A inseminação artificial intrauterina (IIU) consiste na introdução de espermatozoides “[...] no interior do canal genital feminino com o auxílio de um cateter, sem a ocorrência de relação sexual.”<sup>23</sup>

Existe também a possibilidade de transferência intratubária de gametas, TRA esta conhecida por GIFT, que significa *Gametha Intra Fallopian Transfer*. A GIFT é uma técnica *in vivo*, onde o esperma é colocado diretamente no organismo feminino para favorecer o encontro com o óvulo e conseqüente formação do embrião.

A ZIFT, sigla que significa *Zibot Intra Fallopian Transfer*, consiste na transferência intratubária de zigoto. Seu procedimento se dá por “[...] retirada do óvulo da mulher para fecunda-lo na proveta, com sêmen do marido ou de doador, para depois introduzir o embrião diretamente em seu corpo.”<sup>24</sup>

ICSI, por sua vez, significa *Intracytoplasmic Sperm Injection*. Nesta técnica “o espermatozoide é introduzido diretamente no óvulo por meio de uma agulha. Essa técnica também é conhecida como micromanipulação do óvulo.”<sup>25</sup>

Já a fecundação *in vitro* (FIV) é realizada em laboratório de forma extra-uterina, ou seja, fora do organismo feminino e é considerada como um procedimento mais elaborado e invasivo. “Uma vez realizada a fecundação *in vitro*, diversas variações técnicas existem para a transferência do embrião produzido para o corpo feminino que irá gestá-lo, cada qual tratada por um nome específico, sempre levando em conta o momento da transferência”<sup>26</sup>, frisando que FIVETE é a sigla para transferência de embriões.

De suma importância é destacar a diferenciação das técnicas quanto a sua classificação em homólogas ou heterólogas.

---

<sup>23</sup> SCALQUETTE, 2010, p. 70.

<sup>24</sup> *Ibidem*, p. 72.

<sup>25</sup> SÁ; NAVES, 2009, p. 110.

<sup>26</sup> FERNANDES, 2000, p. 56.

A reprodução assistida homóloga, seja por fecundação *in vivo* ou *in vitro*, consiste na utilização do material genético do casal, sendo óvulo utilizado na fecundação “originário da mulher que irá gestar e será a mãe socioafetiva da criança concebida, e o espermatozoide é do esposo ou companheiro daquela mulher.”<sup>27</sup> Os principais problemas quanto a este tipo de reprodução se dão quando há embriões excedentários não utilizados no procedimento médico, quando ela é realizada *post mortem* ou quando necessário sub-rogação de útero.

A reprodução assistida heteróloga compreende-se por utilização de material genético de um terceiro doador, ou seja, aqueles que não sejam os pais socioafetivos da criança gerada, podendo ser utilizado na fecundação o espermatozoide ou óvulo do doador, ou até mesmo ambos. Acentuando que, conforme as palavras de Tycho Brahe “o doador ou a doadora não terá qualquer relação de maternidade ou paternidade com a criança, que será exercida pelos receptores.”<sup>28</sup> Os problemas nesta seara também podem ser diversos, agregando os anteriores referentes à RA homóloga e somando o sigilo do doador frente ao direito de identidade genética da criança gerada.

Por fim, citando as palavras de Brauner, percebe-se que:

As novas tecnologias reprodutivas oferecem uma gama de possibilidades à mulher e ao homem, envolvendo a possibilidade de realização de seu projeto de parentalidade, cabendo uma reflexão sobre quais os procedimentos que podem ser realizados sem afrontar diretamente os direitos fundamentais de cada um deles e, igualmente, da criança, que deve ter o direito de nascer com a dignidade devida a todos os seres humanos.<sup>29</sup>

Após levantamento histórico e conceitual, além de classificação das técnicas de reprodução assistida, nota-se que com o avanço da biomedicina ocorre o surgimento de medidas alternativas à infertilidade, proporcionadas pela procriação artificial.

Observa-se ao longo do tempo, juntamente com o avanço biomédico, o avanço e aperfeiçoamento da reprodução assistida para se chegar a modernas técnicas utilizadas atualmente. Afirmção óbvia esta, que com o decurso do tempo determinada prática reiterada seja aperfeiçoada. Entretanto, aperfeiçoada, modernizada e evoluída até que ponto? A indagação feita por diversos autores da área, e, inclusive, inquirida neste trabalho, é “até que ponto podemos chegar?”, principalmente vislumbrando que o direito

---

<sup>27</sup> *Ibidem*, p. 57.

<sup>28</sup> FERNANDES, 2000, p. 58.

<sup>29</sup> BRAUNER, 2003, p. 70.

não acompanhou o desenvolvimento biotecnológico, a ética ainda fora positivada, os princípios norteadores em bioética ainda não foram normatizados no biodireito.

Assim, desenfreado está o caminho percorrido e o que há de se percorrer no campo da reprodução humana assistida, por ausência de uma legislação específica. Desde já, percebe-se que o assunto deve ser tratado à luz de princípios bioéticos e jurídicos, até mesmo para evitar a coisificação do ser humano.

## 2. REPRODUÇÃO ASSISTIDA SOB ENFOQUE BIOÉTICO E JURÍDICO

### 2.1 Ética, Bioética e Biodireito

A conceituação de ética não nada é uniforme, mas partindo da etimologia da palavra se tem o vocábulo *éthos*, advindo do grego e que tem por significado uma referência a costumes, conduta e regras de comportamento. A ética está intimamente ligada com as palavras valor e moral, podendo ser considerada um juízo de valor, ou seja, um princípio de valoração moral. Trazendo-a para o mundo jurídico, pode-se depreender que a ética pode ter a capacidade de nortear regras de conduta não sancionadas por outras normas positivadas.

Não há melhor forma para trazer a definição de ética para o presente trabalho do que citando as palavras de Tycho Brahe, o qual profere “[...] que, por ética, se entendem-se as normas de conduta admitidas por uma determinada Sociedade em um determinado espaço de tempo, aceitando-se, com isso, que o conceito de ética se modifica em razão das mudanças na Sociedade envolvida”.<sup>30</sup>

Partindo para definição a respeito de bioética, primeiramente, vale ressaltar que a despeito deste neologismo passar a ser utilizado a partir da década de 1970, atual é apenas o termo bioética, pois seus assuntos possuem uma larga história, como por exemplo os experimentos testados em humanos, que vem sobrevivendo já durante séculos. Como marco do início da atual bioética, pode-se mencionar o pós Guerra, sendo que:

Paradoxalmente, as guerras que tantas vidas ceifaram foram o estopim para avanços na área da saúde até então nunca imaginados. Tais avanços levaram à necessidade de reflexão ética, em especial para determinar que as barbáries cometidas no período fossem para sempre proibidas por ferirem o padrão ético socialmente aceito em relação à importância da proteção do ser humano.<sup>31</sup>

Nesse contexto, a bioética vem a emergir nos Estados Unidos, por implicar preocupações práticas, tendo em vista a defesa dos direitos humanos.

---

<sup>30</sup> FERNANDES, 2000, p. 30.

<sup>31</sup> *Ibidem*, p. 31.

Saindo da área histórica e retomando o campo conceitual, por definição etimológica da palavra bioética se tem a composição de bios significando vida com ethike denotando ética, podendo ser conceituada “como o estudo sistemático das dimensões morais [...] das ciências da vida e da saúde [...]”.<sup>32</sup>

A bioética tem por seu precípua objetivo levar em consideração o princípio da dignidade, além de demais direitos de quarta geração<sup>33</sup> e inseri-los no campo científico, já que nasceu como sinal de desgoverno das práticas científicas que colocam em risco valores éticos e morais e, do ponto de vista prático, os valores humanos adquiridos. Deste modo, a bioética tem por sua tarefa, principalmente na área da reprodução assistida, “[...] analisar se as técnicas já existentes e conhecidas podem ter ampla utilização, sem que, com isso, se estejam violando princípios eticamente aceitos na Sociedade.”<sup>34</sup>

Entrando na esfera do biodireito, a primeira afirmação que se faz necessária é de ser o biodireito, assim como a bioética, uma disciplina um tanto quanto recente. Sendo que o biodireito é a normatização de condutas bioéticas, abarcando as relações jurídicas entre o direito e os avanços técnico-científicos, envolvendo a área biomédica de uma forma a volta-la para os direitos humanos de uma maneira geral, especialmente considerando o princípio da dignidade da pessoa humana, para evitar a coisificação do homem.

## **2.2 Ausência de Legislação Específica**

Não há no ordenamento pátrio uma legislação específica que regule a reprodução medicamente assistida. Apesar das descobertas da biomedicina ocorrerem de forma constante e veloz e o direito não possuir a mesma dinâmica em sua atualização, tal ausência é incompreensível, em virtude da quantidade de clínicas operantes no Brasil que aplicam e utilizam as técnicas de procriação assistida e também dos diversos casos controversos gerados.

---

<sup>32</sup> FERNANDES, 2000, p. 35.

<sup>33</sup> Os direitos de 4ª geração surgem com a Declaração Universal dos Direitos do Homem em 1948, em decorrência dos avanços científicos e tem por preocupação a pessoa como individualidade físico-genético-psíquica.

<sup>34</sup> FERNANDES, 2000, p. 38.

Desde já, afirma-se a posição de primar pela necessidade de edição de tal lei. Posicionamento este também evidenciado e defendido pela doutrina majoritária que aborda o tema.

Na verdade, a produção doutrinária acerca do tema da procriação artificial já é grande, vez que não são poucas as obras a versarem sobre o assunto e seus dilemas tanto bioéticos como jurídicos. À vista disto, ultrapassado está o debate de se cogitar a necessidade ou não da edição de uma lei específica, sendo consolidado na doutrina o entendimento de que é de extrema importância a adoção de uma lei especial abordando e delimitando a reprodução assistida e suas práticas.

Frente ao caso em tela, chegando para apreciação dos tribunais ações que rogem por uma solução face às controvérsias que podem ser geradas a partir do uso das técnicas de reprodução assistida, não poderá o juiz eximir-se de apreciar o feito, a despeito da legislação vigente se mostrar obscura e insuficiente, como será visto a seguir.

O juiz, de acordo com o Código de Processo Civil brasileiro e levando em conta o princípio constitucional da inafastabilidade da jurisdição<sup>35</sup>, é obrigado a apreciar o feito, para tanto poderá recorrer à doutrina, jurisprudência e princípios constitucionais, além do que está disposto sobre o assunto de forma breve no Código Civil e na resolução do CFM, para guiar e embasar sua decisão frente a casos controversos, dilemas e incongruências no âmbito da reprodução assistida. Nesse deslinde, suscita-se mais uma vez a indispensabilidade de legislação específica, haja vista as discrepâncias que existem nas fontes mencionadas para apreciação do juiz.

Segundo nosso ordenamento o que não está proibido é permitido e não há crime sem lei prévia<sup>36</sup> que o defina e assim o torne como tal. Assim, sendo a reprodução artificial prática crescente e não proibida em nossa legislação, se subentende que permitida está tal prática, ou seja, que é plenamente legal. Entretanto, como não está positivada referida prática, se algum profissional da área médica responsável por manipular o procedimento de procriação artificial transgredir preceito ético e moral, no caso em tela transgressão de preceitos bioéticos, não sofrerá maiores consequências senão as resguardadas pelo código de ética de sua categoria. Até mesmo para que isso ocorra se faria necessário anteriormente uma devida fiscalização das clínicas, como por exemplo por parte de órgãos governamentais, para então poder ser constatada alguma irregularidade que meramente

---

<sup>35</sup> O princípio constitucional da inafastabilidade da jurisdição garante o acesso à justiça.

<sup>36</sup> Princípio da anterioridade.

afrontaria conceitos bioéticos, mas que indo de encontro com o que é moralmente aceito pela sociedade poderia acarretar alguma sanção, ao menos sanções que já se encontram estabelecidas em código de ética da categoria médica, levando em conta a resolução do CFM nº. 2.013/2013, que também será abordada posteriormente.

Conforme já concluído no primeiro capítulo desta monografia, que desenfreado está o caminho da reprodução assistida e nesse deslinde até qual ponto se poderia chegar, na busca por solucionar esta questão deverá ser analisada a legislação pertinente e desde já afirmando que deve se impor limite às práticas de RA. Para atingir tal finalidade alguns autores tal como Scalquette<sup>37</sup>, defendem até mesmo a ideia da criação de um estatuto específico para reprodução assistida.

## **2.3 Normas e Princípios Aplicáveis**

Após as argumentações sobre ética, bioética, biodireito e ausência de legislação específica, mister se faz investigar a realidade jurídica brasileira em torno da complexa incidência da reprodução humana assistida.

### **2.3.1 Código Civil**

O projeto de lei (PL) do qual é fruto o atual Código Civil é consideravelmente antigo, sendo apresentado em 1975 e cujos estudos datam da década de 1960, época a qual, conforme já fora apresentado no histórico desta monografia, ainda não havia ocorrido o nascimento do primeiro bebê de proveta, fato que simboliza um marco para o tema da reprodução assistida mundial. Assim, remontando a época do PL nº. 634/75, deduz-se que ainda estavam nascendo as discussões jurídicas acerca das questões controversas sobre as técnicas de reprodução humana assistida.

Durante mais de 20 anos foram feitas alterações no texto do mencionado Projeto de Lei, principalmente por ter sido promulgada em 1988 a atual Constituição Federal. Logo, propostas de revisão do texto foram feitas, precipuamente na parte que versava sobre

---

<sup>37</sup> Sendo, inclusive, intitulada de "Estatuto da reprodução assistida" a obra da autora pertinente ao assunto.

Direito de Família, posto que esta se encontrava defasada, a exemplo dos avanços e mudanças da biomedicina na área da reprodução humana ecoando na legislação civil.<sup>38</sup>

Apesar de terem sido inseridos de última hora três dispositivos referentes à reprodução assistida, o Código Civil foi aprovado, mas pode ser considerado ultrapassado em diversos aspectos, pois, nas palavras de Anna de Moraes Salles Beraldo, “não conseguiu acompanhar a rapidez dos avanços tecnológicos e, por consequência, deixou uma séria de dúvidas e omissões a respeito da reprodução medicamente assistida no ordenamento jurídico.”<sup>39</sup>

Uma vez promulgado, o atual Código Civil brasileiro passa a versar sobre a reprodução humana medicamente assistida em seu artigo 1.597. Antes de transcrever e analisar o referido dispositivo, se faz mister tecer comentário sobre quem pode ser interpretado como sujeito de direito no artigo mencionado, bem como no restante do ordenamento.

Nas codificações brasileiras sujeito de direito é aquele quem a lei define como tal, sendo tanto no antigo Código Civil de 1916 como no atual de 2002, a pessoa natural<sup>40</sup>, o nascituro<sup>41</sup> e a prole eventual<sup>42</sup>. O nascimento com vida é o fator determinante para o início da personalidade, sendo, todavia, assegurados os direitos do nascituro. Além disso, no caso da prole eventual é admitido no ordenamento civilista que pessoa não nascida possa adquirir bens através de testamento, bem como também é assegurada a faculdade de doar a filiação futura.

Em suma, são protegidos os direitos no ordenamento pátrio das pessoas nascidas, daqueles que se encontram no ventre da mãe e de seres não concebidos. Entretanto, o embrião fruto de reprodução assistida não pode ser enquadrado em nenhuma das três categorias, pois não nasceu, não está no ventre materno e já ocorreu a concepção.

O caso do embrião, assim como outros casos relacionados à reprodução humana assistida, passa a ser superficialmente abordado no referido artigo 1.597 e, dada a sua relevância, merece transcrição integral, preceituando:

Art. 1.597. Presumem-se concebidos na constância do casamento os filhos:

I - nascidos cento e oitenta dias, pelo menos, depois de estabelecida a convivência conjugal;

<sup>38</sup> BERALDO, 2012, p. 49.

<sup>39</sup> *Ibidem*, p. 51.

<sup>40</sup> Pessoa nascida.

<sup>41</sup> Aquele que se encontra no ventre da mãe.

<sup>42</sup> Ser não concebido.

- II - nascidos nos trezentos dias subsequentes à dissolução da sociedade conjugal, por morte, separação judicial, nulidade e anulação do casamento;
- III - havidos por fecundação artificial homóloga, mesmo que falecido o marido;
- IV - havidos, a qualquer tempo, quando se tratar de embriões excedentários, decorrentes de concepção artificial homóloga;
- V - havidos por inseminação artificial heteróloga, desde que tenha prévia autorização do marido.<sup>43</sup>

Percebe-se que a legislação civil apenas abordou/abarcou nos incisos III, IV e V a presunção de filiação decorrente de técnicas artificiais, enquanto que nos incisos I e II tratou da presunção de paternidade<sup>44</sup> decorrente da via natural de reprodução, qual seja, a conjunção carnal.

Portanto, obviamente o objeto de estudo da presente monografia trata dos três últimos incisos do transcrito artigo acima.

O inciso terceiro permite a reprodução *post mortem*, porém questão controversa e lacunar é deixada ao não estabelecer que deva ser autorizado por escrito consentimento da pessoa falecida para utilização de seu material genético, ponto que é defendido na doutrina, além de não determinar um tempo máximo para utilização da técnica, sendo outra questão muito argumentada, por assim gerar insegurança jurídica na sucessão.

O inciso quarto, que permite a concepção homóloga na utilização de embriões excedentários, é omissivo quanto ao destino dos tais embriões excedentes que não serão utilizados.

Em relação ao inciso quinto, caso não haja autorização do cônjuge no procedimento heterólogo, leciona Carlos Roberto Gonçalves:

A inseminação artificial, também chamada de adultério casto ou científico, malgrado a opinião em contrário de alguns doutrinadores, não configura adultério, porque este só ocorrerá se houver cópula completa com estranho de outro sexo. A fecundação não pertence à sexualidade, e sim à genitalidade, sendo um fato exclusivamente biológico, desvinculado da libido. Na realidade, a mulher poderá dar causa à separação judicial ao sujeitar-se à inseminação artificial, recebendo o sêmen de outro homem sem o consentimento do marido, mas a sua conduta subsumir-se-á no comportamento desonroso, por constituir injúria grave. Também constitui conduta injuriosa o fornecimento de sêmen pelo homem casado para a inseminação de mulher estranha sem o consentimento da esposa.<sup>45</sup>

<sup>43</sup> BRASIL. *Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002*. Institui o Código Civil. Brasília, 2002. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/110406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406.htm)>. Acesso em 02.09.2014.

<sup>44</sup> Presunção de filiação e paternidade podem ser interpretadas como sinônimos nesta abordagem.

<sup>45</sup> GONÇALVES, Carlos Roberto. *Direito de Família*, v. 2. 15. Ed. (Coleção sinopses jurídicas; v.2.) São Paulo: Saraiva, 2011, p. 80.

Ainda em referência a procriação artificial heteróloga, comenta Gonçalves acerca do artigo 1.593 do Código Civil que dispõe sobre o parentesco:<sup>46</sup>

“[...] o parentesco é natural ou civil, conforme resulte de consanguinidade ou outra origem. Esta pode ser, exemplificativamente, a adoção ou inseminação artificial heteróloga. Sob o prisma legal, não pode haver diferença entre parentesco natural e civil, especialmente quanto à igualdade de direitos e proibição de discriminação. Devem todos ser chamados apenas de parentes.”<sup>47</sup>

A transcrição acima remete ao princípio da igualdade que será discorrido no próximo tópico deste trabalho.

Confere-se que o Código Civil de 2002 reconheceu como filhos por presunção aqueles nascidos com o emprego de técnicas de reprodução assistida, mas não regulou os efeitos desse reconhecimento.

### **2.3.2 Princípios Constitucionais**

Antes de tudo convém acentuar que todo ordenamento jurídico deve buscar sua base em princípios e, a partir desta afirmação, será norteada a análise principiológica deste trabalho voltada para tutela integral da família e assistência a reprodução, até porque se observa que mesmo se existisse lei especial para reprodução assistida, provavelmente poderiam ocorrer novas situações que deverão ser norteadas pelos princípios constitucionais, em virtude de avanços biotecnológicos cada vez mais acelerados que culminam em novos dilemas a serem enfrentados.

O primeiro princípio a ser brevemente analisado é o da igualdade. Cumpre destacar precipuamente ao analisar este princípio que sua máxima se atém ao tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais na medida em que se desigualem. Voltando-o para o direito de família, busca-se a sua aplicação, por ser garantidor de estabilidade e segurança social.

Na Constituição federal, mais precisamente em seu Capítulo 7 do Título VIII, intitulado “Da família, da criança, do adolescente e do idoso”, estão garantidas expressamente a igualdade jurídica dos cônjuges e a igualdade jurídica dos filhos:

Art. 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado.

---

<sup>46</sup> Quanto a espécies de parentesco, o natural corresponde ao resultante de consanguinidade, enquanto o civil resulta de outra origem como a adoção e a inseminação artificial heteróloga e, por fim, o parentesco por afinidade origina-se de casamento e de união estável.

<sup>47</sup> GONÇALVES, 2011, p. 107.

§ 5º - Os direitos e deveres referentes à sociedade conjugal são exercidos igualmente pelo homem e pela mulher.<sup>48</sup>

E ainda:

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

§ 6º - Os filhos, havidos ou não da relação do casamento, ou por adoção, terão os mesmos direitos e qualificações, proibidas quaisquer designações discriminatórias relativas à filiação.<sup>49</sup>

Afora declarar o princípio da igualdade em seu preâmbulo, a Constituição foi além e reafirmou em seu artigo 5º que todos são iguais perante a lei. Adiante, foi até repetitiva para enfatizar a igualdade entre homens e mulheres, que foi um dos novos progressos alcançados pelo legislador na atual Carta Magna e propiciou a reorganização legislativa em matéria familiar.

Destarte, olhando para o direito privado, em especial para o direito civil, depreende-se que interpretação dos dispositivos do Código de 1916, em vigor na época da promulgação da Constituição Federal, passou a se dar com a observância dos novos princípios. A interpretação do Código Civil de 1916 à luz da Constituição fez com que qualquer diferença de tratamento fosse nivelada.

Em suma, estabelecendo a igualdade conjugal entre homens e mulheres, o legislador proporcionou um avanço no direito de família com efeitos e transformações sociais relevantes.

Por conseguinte, o princípio da igualdade jurídica dos filhos pode ser considerado, de acordo com Scalquette, como "um dos mais impactantes direitos em matéria familiar."<sup>50</sup>

A seguir, a autora, observando Alexandre de Moraes, aduz que esse princípio constitucional tem aplicação imediata, sem prejuízo aos filhos adotivos ou frutos de adultério, sendo que assim poderiam ajuizar ação de investigação de paternidade e, inclusive, utilizar o nome do pai casado.

Ainda, continuando com o raciocínio de Scalquette, a autora cita Guilherme Calmon Nogueira da Gama, para explicitar que filhos de uma mesma mãe ou de um

<sup>48</sup>BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em 06.09.2014.

<sup>49</sup> *Idem*.

<sup>50</sup> SCALQUETTE, 2010, p. 301.

mesmo pai, irrelevantemente a origem de sua filiação, podendo ser matrimonial ou extramatrimonial, assim como decorrente de vínculo civil<sup>51</sup> ou natural, possuem os mesmos direitos.

Por último, conclui a escritora que as medidas ainda têm de ser aperfeiçoadas para conferir isonomia efetiva em todos os aspectos, principalmente para resolver os impasses jurídicos formados no âmbito da procriação artificial, sob pena de uma nova categorização de filhos, protegendo uns em detrimento de outros.<sup>52</sup>

Passando para análise do princípio da dignidade da pessoa humana e fazendo uma conexão com o princípio abordado acima, qual seja, igualdade jurídica dos filhos, depreende-se que este último deve atender ao primeiro, por ser o primeiro considerado como um princípio maior e inclusive norteador de vários outros.

Transcrevendo as palavras de Maria Claudia Crespo Brauner que aborda a dignidade da pessoa humana na área da bioética e do Biodireito, se tem que: “Erigido como preceito constitucional, o princípio da dignidade humana é a base ou o fundamento de todo o pensamento bioético e constitui o ponto de partida para a formulação das leis bioéticas ou do recém denominado Biodireito.”<sup>53</sup>

Conforme o exposto acima, conclui-se, desde logo, a importância de tal princípio. Importância tamanha que a própria Constituição o coloca como um dos fundamentos da República, além de ser vetor em matéria familiar, pois garante respeito aos direitos dos membros familiares, já que é usado para qualificar o que é digno e merecedor de respeito. Assim, garantindo a pessoa humana uma série de direitos e deveres para obter condições mínimas de uma vida saudável e em sociedade, protegendo contra eventuais abusos, oponível *erga omnes*, ou seja, até mesmo contra o Estado.

Em matéria de reprodução assistida, o princípio da dignidade humana assume sua considerável importância, por, como já mencionado acima, assegurar um sistema protetivo que coíba abusos e garanta o desenvolvimento de uma vida saudável, dessa forma devendo nortear qualquer interpretação e normatização no campo da procriação artificial, seja para resposta na busca de solução para eventuais conflitos jurídicos neste campo, que deve

---

<sup>51</sup> O vínculo civil na filiação se dá por adoção, reprodução assistida heteróloga ou posse do estado de filho.

<sup>52</sup> SCALQUETTE, 2010, p. 302.

<sup>53</sup> BRAUNER, Maria Claudia Crespo. Reprodução humana e clonagem: perspectivas éticas e jurídicas. In: *Bioética e Sexualidade*. Coordenado por Tereza Rodrigues Vieira. São Paulo: Editora Jurídica Brasileira, 2004, p. 42.

também visar o restabelecimento do tratamento igualitário dos filhos, ou para edição de lei que regule o tema.

Por sua vez o princípio da paternidade responsável, cuja previsão é medida de grande importância, envolve dois aspectos, quais sejam o dever alimentício e a submissão compulsória ao exame de DNA. Entretanto, também pode este princípio ser analisado de uma maneira mais abrangente e interpretado em um sentido mais amplo. Dessa forma, pode ser entendido para além dos aspectos mencionados, ao conter um dever de cuidado em conjunto ao respeito à integridade física e psíquica dos filhos.

À vista disso, infere-se que apesar do bom trato e o afeto não decorrerem de imposição legal, no Código Civil estão previstos como deveres do casamento a guarda, o sustento e a educação dos filhos e, na esfera conjugal, o dever de respeito e consideração mútuos, deveres estes que devem ultrapassar esta esfera e atingir também aos filhos. Assim, conclui-se o dever paterno de cuidado, educação, sustento e proteção aos filhos.

Passa-se agora para breve análise de um dos principais princípios objeto de estudo e reflexão nesta monografia, o qual é intitulado de liberdade de planejamento familiar.

Ao passo que se aponta como pressupostos para o princípio do planejamento familiar a paternidade responsável e a dignidade da pessoa humana, reflete-se acerca da liberdade de tal princípio.

Apesar de não ser o tema objeto deste trabalho, no tocante ao assunto do princípio interessante se faz tecer a consideração que em nosso país não há controle de natalidade.

Até o presente momento o que tem sido feito acerca da questão é a implementação de políticas públicas, para conscientização da população e promoção do acesso a meios contraceptivos.

Do ponto de vista estudado no presente trabalho, contribuição para uma resposta solúvel para os problemas sociais decorrentes da falta ou mau planejamento familiar possa ser dada através do direito, com a efetiva aplicação dos direitos e garantias previstos no ordenamento jurídico, além de apontamento de soluções inovadoras para diminuição de diferenças socioculturais entre famílias de diferentes classes.

Crucial enfatizar que não se pode impedir a busca de realização do projeto parental de uma pessoa capaz, já que:

A possibilidade do recurso às técnicas de reprodução artificial deveria ser disponibilizada a todas as pessoas com problemas de esterilidade, ou riscos de transmissão de doenças genéticas, disfunção e riscos devidamente constatados por profissional especialista, pois o direito de gerar é um direito fundamental do

ser humano, mas não é um direito absoluto. Os riscos das técnicas devem ser medidos e a oportunidade de utilização dos recursos deve ser discutida amplamente entre os interessados e o médico responsável pelo procedimento.<sup>54</sup>

Delimitando o princípio abordado em conexão com o tema maior deste trabalho, a reprodução artificial, primeiramente vale destacar a transcrição do caput do artigo e inciso constitucional pertinente:

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.<sup>55</sup>

O princípio da liberdade do planejamento familiar foi regulamentado e inserido na Constituição Federal pela Lei nº 9.263, de 1996, a qual estabelece até mesmo penalidades.

Conforme o artigo 2º da referida lei se entende o conceito do direito ao planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal, sendo proibida a utilização das ações para qualquer tipo de controle demográfico.<sup>56</sup>

Já em seu artigo 3º proclama:

Art. 3º O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde.  
 Parágrafo único - As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas no caput, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua, como atividades básicas, entre outras:  
 I - a assistência à concepção e contracepção.<sup>57</sup>

Entende-se que no momento em que o legislador constitucional compete ao Estado o dever de propiciar recursos científicos para o cidadão exercer o direito do planejamento familiar além de obrigar a garantir programa de atenção à saúde que inclua como atividade

<sup>54</sup> BRAUNER, Maria Claudia Crespo. “Novas tecnologias reprodutivas e projeto parental. Contribuição para o debate no Direito brasileiro.” *Revista Trimestral de Direito Civil*. Rio de Janeiro: Padma. Ano 3. vol. 12, out/dez 2002, p. 247.

<sup>55</sup> Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

<sup>56</sup> BRASIL. *Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996*. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília, 1996. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L9263.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9263.htm)>. Acesso em 06.09.2014.

<sup>57</sup> *Ibidem*.

à assistência a contracepção, teria o Estado então o papel de proporcionar a reprodução artificial para quem necessitasse. Tal feito poderia ser realizado através do Sistema Único de Saúde - SUS.

Nesse sentido, insere-se que o Governo Federal, por meio do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, vinculado ao Ministério da Saúde, elencou, no ano de 2005, em documento oficial, como uma de suas prioridades a assistência em planejamento familiar e a atenção em reprodução Humana Assistida na rede SUS, relatando ações no sentido de discutir proposta em relação à regulamentação para o emprego das técnicas de reprodução humana assistida, haja vista a falta de normatização legal específica sobre a matéria.<sup>58</sup>

Dessa forma, ocorreria a liberdade efetiva do planejamento familiar, sendo respeitado e garantido o direito reprodutivo da pessoa que, conforme diversos autores, estaria tal direito inserido no contexto das normas em comento. O direito de procriar é necessário para perpetuação da espécie humana.

A ideia que até aqui se pontua através do que fora analisado em princípios constitucionais é que devido à observância dos preceitos da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável para o planejamento familiar, deve o Estado dispor o acesso ao procedimento de reprodução assistida no SUS com o porém de averiguar anteriormente suas consequências, porque o direito de gerar não é absoluto e até mesmo por ser grande a chance de ocorrer uma gravidez múltipla<sup>59</sup> com a utilização de tal procedimento, avaliando as condições da família participante do programa, para tão logo o nascimento do novo ser ou seres gerados serem resguardados todos os direitos devidos à criança e ao adolescente.

Isto posto, atenta-se para as palavras de Brauner, as quais expressam que:

O direito de dar a vida só poderia ser cerceado ou, limitado, se a pessoa não apresentasse condições psíquicas para se ocupar de uma criança, por doença mental ou, se sua intenção de gerar fosse imoral, ilícita ou ainda, desvirtuasse a importância da paternidade e maternidade responsável, menosprezando o papel paterno ou materno na vida do filho.<sup>60</sup>

<sup>58</sup> BRAUNER, Maria Claudia Crespo; LIEDKE, Mônica Souza. “Reprodução humana assistida e repercussões no campo do Direito de família e dos direitos de personalidade.” In: *Direito das famílias por juristas brasileiras*. Organizado por Joyceane Bezerra de Menezes e Ana Carla Harmatiuk Matos. 1ed. São Paulo: Saraiva, v. 1, 2013, p. 370.

<sup>59</sup> A gravidez múltipla é fato não raro em reprodução assistida por serem inseridos mais de um embrião na mulher, de acordo com sua faixa etária.

<sup>60</sup> BRAUNER, 2002, p. 246.

Importante salientar que o intuito desta ideia traz consigo o desejo dos pais de gerar um filho frente aos direitos da criança, os quais deveriam ser observados antes da concepção, no caso em tela, podendo o Estado ainda, como alternativa, após disponibilizar o procedimento da reprodução artificial inserir a família em programas governamentais, mas sempre priorizando a proteção da criança, mesmo que em detrimento da vontade dos pais. Tal proposição seria uma forma responsável do Estado disponibilizar a procriação artificial através de regulamentação em programa do SUS.

Atualmente a técnica de fertilização *in vitro* é disponibilizada através do SUS em nove hospitais brasileiros, sendo dois hospitais no Rio Grande do Sul: Hospital Nossa Senhora da Conceição e Hospital das Clínicas, ambos na cidade de Porto Alegre.<sup>61</sup>

### 2.3.3 Resolução CFM 2.013/2013

Devido à omissão legislativa em face de centenas de clínicas realizando as práticas de RA diariamente, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou resoluções na tentativa nortear e regular os procedimentos e algumas de suas implicações controversas.

Como dito, são centenas de clínicas no país manejando as TRAs, provando assim que a RA é prática habitual e reiterada e, como não plenamente legislada, merecedora de estudos e considerações principalmente.

Para se ter uma ideia em quadro nacional da importância da RA, pode-se observar os números, sendo que em acordo com as informações disponíveis pela Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida, no Brasil há até o presente o momento cento e vinte e duas clínicas cadastradas.<sup>62</sup> Não possuem clínicas especializadas apenas os estados do Amapá, Roraima, Rondônia e Acre e, sendo São Paulo o estado que apresenta maior número, contando com trinta e nove clínicas cadastradas, enquanto o Rio Grande do Sul possui um não desprezível número de seis clínicas. Além disso, a Agência Nacional de

---

<sup>61</sup> MAZZA, Malu. Primeiro bebê de proveta do Brasil e da América Latina completa 30 anos. *Portal G1*. Jornal Hoje, Rede Globo. 07.10.2014. Disponível em: <<http://g1.globo.com/jornal-hoje/noticia/2014/10/primeiro-bebe-proveta-do-brasil-e-da-america-latina-completa-30-anos.html>> Acesso em 07.10.2014.

<sup>62</sup> Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida. Disponível em: <http://www.sbra.com.br/>. Acesso em 09.09.2014.

Vigilância Sanitária divulgou em relatório, publicado em 2013, que o número de embriões criopreservados, oficialmente cadastrados, ultrapassa trinta e dois mil.<sup>63</sup>

A partir deste momento então, passa-se a comparação entre resoluções que tratam sobre reprodução assistida e se faz mister breve análise da resolução atual do CFM.

A resolução vigente do CFM, que adota normas éticas para utilização das técnicas de reprodução assistida como dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos, é a de número 2.013 publicada no ano de 2013. Tal resolução veio substituir e revogar a resolução do CFM número 1.957/2010.

Traçando um paralelo entre as duas resoluções, percebe-se que ambas proíbem a escolha do sexo do bebê ou qualquer outra característica biológica, exceto para evitar doenças ligadas ao sexo do filho que venha a nascer. Este dispositivo mostra principalmente sua relevância por evitar a eugenia, enquanto desaprova a seleção de características biológicas.

A antiga resolução determinava e a presente também determina que em caso de gravidez múltipla, que em reprodução assistida é um fato não raro, resta proibida utilização de procedimentos que visem à redução embrionária. Assim, coibindo a prática abortiva.

Ademais, dispõem acerca do sigilo das doações, asseverando obrigatoriamente que o sigilo deve ser mantido sobre a identidade dos doadores de gametas e embriões, assim como dos receptores e, excetuando tal regra para situação especiais, situações essas que foram não caracterizadas nas resoluções, onde apenas é mencionado que por situação médica as informações sobre os doadores podem ser fornecidas exclusivamente para médicos, mas resguardando a identidade civil do doador em questão. Tal ponto pode ser controverso e discutido na ótica que rege o direito a identidade genética do ser gerado por via de reprodução assistida heteróloga em contraposição ao direito ao sigilo de identidade do doador.

Por fim, quanto a pontos que convergem nas resoluções se tem o da reprodução assistida *post mortem*. Tal situação somente fora disposta de maneira a permitir sua prática, determinando ambas resoluções unicamente que deva haver autorização prévia específica da pessoa falecida permitindo o uso do material biológico criopreservado. Deste modo,

---

<sup>63</sup> Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. 6º Relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões – SisEmbrio. 2013. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/9741178040f9cbbef48bf9cca79f4cf/6+relat%C3%B3rio+sise mbrio.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em 14.09.2014.

resta enorme brecha jurídica em relação à questão que será abordada no terceiro capítulo deste trabalho, principalmente por não ter sido estabelecido um prazo para utilização do material genético da pessoa falecida, culminando em instabilidade jurídica no direito sucessório.

Importante destacar que a nova resolução trouxe inovação quanto a idade máxima feminina para gerar, determinando que poderão ser candidatas a gestação mulheres com até cinquenta anos. Além disso, a atual resolução também estabelece idade para os doadores de gametas, sendo de até trinta e cinco anos para mulher e até cinquenta anos para o homem. A resolução anterior nada discorria sobre limites etários.

No entanto, crítica é feita por um médico da área, doutor Cambiaghi,<sup>64</sup> o qual defende a avaliação pessoal e individual da condição física e psíquica da mulher, alegando que atualmente seria normal mulheres de cinquenta anos saudáveis em contrapartida a mulheres que poderiam ser pacientes de RA com menos de cinquenta anos possuidoras de pressão alta e diabetes, considerados fatores de risco na gravidez.

Entretanto, deve se considerar que tal medida é plausível e adequada do ponto de vista médico em geral, caso contrário não estaria presente na resolução. Trata-se de um consenso aplicado à análise do homem médio, no sentido de que a maioria das mulheres nesta faixa etária não estariam mais aptas a uma gestação plena e saudável devido a fatores biofísicos naturais. Ainda embora deixasse de contemplar a situação de uma mulher com mais de cinquenta anos e em plenas condições física e psicológica para gravidez, mas que por motivos financeiros por exemplo, não pode recorrer a técnica anteriormente, quando possuía idade hábil para tanto do ponto de vista da resolução.

Retomando as novidades da nova resolução em comento, se tem a especificação de pessoas solteiras e homossexuais inseridos como pacientes das técnicas de RA.

Ainda inovando, apesar de assegurar que a doação de gametas ou embriões não tem caráter lucrativo ou comercial, a resolução de 2013 trouxe consigo um dispositivo permitindo uma espécie de doação compartilhada de oócitos,<sup>65</sup> onde doadora e receptora compartilham tanto o material biológico quanto os custos financeiros que envolvem o procedimento da técnica de RA. Esta situação de doação compartilhada pode ser criticada

---

<sup>64</sup> CAMBIAGHI. Arnaldo Schizzi. Novas resoluções do CFM em relação à reprodução assistida trazem mais perdas que ganhos. Disponível em: <http://www.revistahospitaisbrasil.com.br/artigos/novas-resolucoes-do-cfm-em-relacao-a-reproducao-assistida-trazem-mais-perdas-que-ganhos/>. Acesso em 09.09.2014.

<sup>65</sup> Células germinativas femininas.

no que tange a similaridade com uma venda de óvulos disfarçada de doação. Frisando que o corpo humano é inviolável e terminantemente proibida esta qualquer comercialização referente à suas partes.

Mais um aspecto inovador da atual resolução se dá em relação à criopreservação<sup>66</sup> de óvulos, espermatozoides e embriões por parte das clínicas. A resolução de 2010 preceitua quanto ao caso do destino de pré-embriões crioconservados, definindo que deve ser expressa por escrito a vontade dos cônjuges ou companheiros para abarcar situações como divórcio, doenças graves e falecimento de um deles ou de ambos. Em relação aos embriões excedentários somente estipulou que os viáveis devem ser criopreservados, enquanto a resolução de 2013 foi além designando que os embriões criopreservados com mais de cinco anos podem ser descartados se for da vontade do paciente e não apenas para pesquisas de células tronco. Nota-se a problemática bioética neste assunto porque embora constitua uma solução viável para as clínicas que se encontravam entulhadas de embriões por não ser possível seu descarte, este dispositivo é criticado por muitos, haja vista o conceito do início da vida, defendido por alguns que seria no momento da fecundação. Assim, a opinião de alguns médicos e autores, considerando que há diversas teorias para o início da vida e sendo a vida um direito inviolável, direito este que protege inclusive a vida uterina, é que na dúvida do embrião ser ou não uma vida, deveria ser preservado, consagrando *in dubio pro vida*.<sup>67</sup>

A título meramente ilustrativo se comenta, como já mencionado no capítulo anterior sobre os grandes e incríveis avanços das técnicas de RA, que a resolução traz a questão do diagnóstico genético pré-implantacional de embriões, onde é possível selecionar a tipagem HLA<sup>68</sup> do embrião para ser compatível com algum filho do casal afetado por doença, com a finalidade de transplante de células tronco ou de órgãos. Como já elucidado, a resolução não permite alterações biológicas no embrião a não ser neste caso.

Uma das mais importantes mudanças trazidas pela resolução foi quanto ao trato da gestação de substituição, ou melhor dizendo, doação temporária de útero, popularmente

---

<sup>66</sup> Técnica de preservação de células ou tecidos que utiliza a criogenia, que por sua vez é a produção em baixas temperaturas, ou seja, referente em RA ao congelamento de gametas e embriões.

<sup>67</sup> CAMBIAGHI. Arnaldo Schizzi. Novas resoluções do CFM em relação à reprodução assistida trazem mais perdas que ganhos. Disponível em: <http://www.revistahospitaisbrasil.com.br/artigos/novas-resolucoes-do-cfm-em-relacao-a-reproducao-assistida-trazem-mais-perdas-que-ganhos/> Acesso em 09.09.2014.

<sup>68</sup> Antígeno Leucocitário Humano.

chamado de barriga de aluguel. Já na resolução de 2010 era permitida tal situação desde que existisse um problema médico ou contraindicação da gestação na doadora genética, fosse sem fins lucrativos ou comerciais e a doadora de útero temporário pertencesse a família da doadora genética com um parentesco de até 2º grau entre elas. Logo se percebe as lacunas de tal regulamento, já que através dele não se alcançou a possibilidade da mãe socioafetiva não ser a doadora genética, além da atual situação dos casais homoafetivos que também não é respaldada.

Isto posto, a resolução de 2013 à luz do julgamento do pleno do STF, que em 2011 reconheceu e qualificou como entidade familiar a união estável homoafetiva, tenta abranger esta nova circunstância na sociedade brasileira.

Inicialmente amplia o grau de parentesco ao estipular que o laço consanguíneo entre doadora temporária de útero e um dos parceiros possa se dar até o quarto grau<sup>69</sup>. O parentesco se faz necessário na tentativa de garantir que o ato da gestação por sub-rogação de útero seja altruísta e desvinculado de motivações financeiras, o que é proibido por lei.

Ademais, fixa o limite etário de até cinquenta anos para mencionada doadora.

Após, lista uma série de documentos e observações que deverão constar no prontuário do paciente para conferir certa estabilidade jurídica à situação, como por exemplo: O termo de consentimento informado, o contrato entre as partes estabelecendo a questão da filiação, o relatório médico com o perfil psicológico da doadora temporária de útero, a impossibilidade de interrupção da gravidez e a garantia do registro civil da criança pelos intitulados na resolução como pais genéticos.

Averigua-se por fim que a nova redação trouxe consideráveis e importantes inovações, algumas destas novidades controversas do ponto de vista bioético e jurídico, porém inegável sua importância na tentativa de nortear o emprego da reprodução assistida.

## 2.4 Projetos de Lei

Há diversos projetos de lei que versam sobre reprodução assistida, destacando-se para abordagem neste trabalho o PL nº. 1.184/2003 e o PL nº. 4.892/2012.

O primeiro Projeto de Lei nº. 1.184/2003 de autoria do senador Lucio Alcântara, trata de definir normas para realização de inseminação artificial e fertilização *in vitro*,

---

<sup>69</sup> Quanto aos graus de parentesco consanguíneo se esclarece que o primeiro grau refere-se à mãe, o segundo grau a irmãs ou avós, o terceiro a tias e o quarto a primas.

proibindo a gestação de substituição e os experimentos de clonagem radical. Foram anexados a este projeto de lei diversos outros projetos, como por exemplo o PL 5624/2005, que pretende criar programa de reprodução assistida no Sistema Único de Saúde e dá outras providências. Consta como último andamento que o PL 1.184/2003 está na Mesa Diretora da Câmara dos Deputados aguardando parecer desde 20.02.2013.

Atualmente, o PL nº. 4.892 de 2012, do deputado Eleuses Paiva, é um dos mais recentes em trâmite no Congresso Nacional e também fora apensado ao PL de 2003. Tal projeto de lei fora elaborado por Ana Claudia Silva Scalquette, autora de uma das obras consultadas para produção desta monografia.

O PL em comento visa instituir o Estatuto da Reprodução Assistida para regular a aplicação e utilização de técnicas de RA e seus efeitos no âmbito das relações civis e sociais.

Elencando uma série de princípios, como os discorridos anteriormente neste trabalho entre outros, mescla algumas regras e modifica outras da vigente resolução do CFM, também já ponderada neste estudo, e dá outras providências, citando-se a título exemplificativo a idade mínima de dezoito anos para o doador cujo material genético somente poderá ser utilizado em uma única gestação de criança no Estado da localização da unidade médica, a proibição do descarte de embriões e o prazo de três anos para realização da RA *post mortem* a partir da abertura da sucessão do genitor que autorizou o uso de seu material genético. Ademais, trata sobre responsabilidade civil e criminal dos médicos e das clínicas que desempenham a aplicação e utilização das técnicas de procriação artificial.

A título meramente elucidativo comenta-se a observação de um dispositivo peculiar no PL abordado, o qual pretende vedar a prática de confusão na inseminação ou fertilização artificiais, prática esta que se dá por misturar o material genético de um dos pretendidos genitores e o material genético de doador para suscitar dúvida quanto à origem biológica do ser concebido.

Por último, embora haja uma série de projetos de lei na tentativa de regular a reprodução assistida, alguns arquivados e outros ainda em trâmite, até o presente momento nenhum PL fora aprovado e o tema ainda resta, apesar de sua complexidade por implicar em questionamentos bioéticos e jurídicos, sem uma normatização específica.

### 3. PRINCIPAIS CONTROVÉRSIAS NA UTILIZAÇÃO DAS TECNOLOGIAS REPRODUTIVAS E SOLUÇÕES

#### 3.1. Sigilo do Doador e Identidade Genética

Até aqui foram observados a utilização e aplicação das técnicas de procriação medicamente assistida e o amparo jurídico existente e concernente, para então passar-se aos debates que se seguem.

Neste item do trabalho será analisada a possibilidade de quebra jurídica do sigilo do doador, que doou gametas e embriões, para serem utilizados no processo da reprodução assistida heteróloga e, inicialmente, convém destacar alguns pontos acerca de tal prática.

Dentre os pontos destacados está a questão da paternidade. Em primeiro lugar deve se ter em mente que a paternidade será atribuída sempre aos pais socioafetivos, ou seja, serão os pais jurídicos aqueles que empreenderam o projeto parental, excluindo desse polo os pais biológicos, sendo estes, no caso da procriação heteróloga, aqueles que doaram o material genético empregado no procedimento.

Neste sentido inclusive, a autora Anna de Moraes Salles Beraldo faz importante diferenciação entre genitorialidade e paternidade, sendo a primeira relação configurada no provimento de material genético para concepção<sup>70</sup>, enquanto a segunda é a relação instaurada no estabelecimento de um vínculo de parentesco.<sup>71</sup>

A partir do que fora destacado em relação à filiação da criança concebida por via artificial heteróloga, afirma-se de antemão que o doador não terá nenhum vínculo jurídico com aquela, frisando que desta relação não decorrerão obrigações alimentícias ou de afeto, mesmo que a criança não possua pai jurídico, pois não houve adesão ao mencionado projeto parental por parte do doador.

Além deste ponto, no momento da doação, o doador assina termo que lhe garante também o direito ao sigilo. Aqui se salienta que tal direito é do mesmo modo válido para os receptores em relação ao doador. Contudo, as informações do doador devem ser permanentemente conservadas por parte das clínicas e bancos, principalmente pela

---

<sup>70</sup> Esclarecendo que o material genético doado pode consistir tanto em gametas (espermatozoides e óvulos) como embriões.

<sup>71</sup> BERALDO, 2012, p. 15.

possibilidade de ocorrer doenças genéticas em que o descendente do doador tenha interesse em estar ciente do risco, além da possibilidade do desejo e conseqüente direito do nascido em conhecer suas origens biológicas, mesmo que não implique qualquer responsabilização para o doador, casos estes que serão abordados a seguir.

A última razão apresentada para preservação dos dados e informações do doador é que seria essencial até mesmo no tocante a restrições para atos da vida civil, como a celebração de casamento e união sexual entre irmãos, fatos que, mesmo que raros nesta celeuma, poderiam ocorrer.

Após os pontos esclarecidos, contata-se o surgimento da problemática decorrente de direitos em contraposição, o sigilo do doador em confronto aos direitos do ser gerado no processo heterólogo, como o direito de identidade genética da pessoa.

Para resolver tal dilema, será analisado precipuamente o que preceituam os códigos éticos e jurídicos brasileiros vigentes e será feito breve comentário sobre questão em relação ao seu tratamento no direito internacional.

Conforme a resolução 2.013/13 do CFM estão previstas as possibilidades e circunstâncias para assegurar o sigilo aos doadores de gametas ou embriões:

#### IV - DOAÇÃO DE GAMETAS OU EMBRIÕES

1 - A doação nunca terá caráter lucrativo ou comercial.

2 - Os doadores não devem conhecer a identidade dos receptores e vice-versa.

3 - A idade limite para a doação de gametas é de 35 anos para a mulher e 50 anos para o homem.

4 - Obrigatoriamente será mantido o sigilo sobre a identidade dos doadores de gametas e embriões, bem como dos receptores. Em situações especiais, as informações sobre doadores, por motivação médica, podem ser fornecidas exclusivamente para médicos, resguardando-se a identidade civil do doador.

5 - As clínicas, centros ou serviços que empregam a doação devem manter, de forma permanente, um registro de dados clínicos de caráter geral, características fenotípicas e uma amostra de material celular dos doadores, de acordo com a legislação vigente.

6 - Na região de localização da unidade, o registro dos nascimentos evitará que um(a) doador(a) tenha produzido mais que duas gestações de crianças de sexos diferentes, numa área de um milhão de habitantes.

7 - A escolha dos doadores é de responsabilidade da unidade. Dentro do possível, deverá garantir que o doador tenha a maior semelhança fenotípica e imunológica e a máxima possibilidade de compatibilidade com a receptora.

8 - Não será permitido ao médico responsável pelas clínicas, unidades ou serviços, nem aos integrantes da equipe multidisciplinar que nelas prestam serviços, participarem como doadores nos programas de RA.

9 - É permitida a doação voluntária de gametas, bem como a situação identificada como doação compartilhada de oócitos em RA, onde doadora e receptora, participando como portadoras de problemas de reprodução, compartilham tanto do material biológico quanto dos custos financeiros que

envolvem o procedimento de RA. A doadora tem preferência sobre o material biológico que será produzido.<sup>72</sup>

Pela leitura das disposições observa-se que é vedado o conhecimento sobre a identidade dos doadores e receptores, com a ressalva de situações excepcionais, onde as informações sobre os doadores poderão ser fornecidas para o médico. Assim, revelando que a tendência no Brasil é em prol da manutenção do anonimato.

Entretanto, no direito estrangeiro, em países como a Suécia, Alemanha, Bélgica, Reino Unido e Suíça há a admissão do direito à pessoa de obter todas as informações que lhe são pertinentes, incluindo a identidade do doador, fato que gerou um impacto na prática da procriação assistida nesses países.<sup>73</sup>

A criança fruto da reprodução heteróloga, ainda que tenha pais jurídicos, pode ter interesse em conhecer sua origem biológica conforme já alegado. Como motivo para assegurar tal feito pode-se aludir que o direito a identidade genética integra o conjunto de direitos da personalidade da pessoa, salientando que tais direitos são inalienáveis, vitalícios, intransmissíveis, extrapatrimoniais, irrenunciáveis, imprescritíveis e oponíveis contra todos. Na verdade, diversas podem ser as razões para a busca do conhecimento de suas origens, como as reportadas por Beraldo: “[...] finalidade de ter ciência sobre o histórico de problemas de saúde relacionados a doenças genéticas; verificação de eventuais impedimentos matrimoniais; necessidade psicológica de conhecer sua ascendência biológica; descoberta da origem de suas características fenotípicas, etc.”<sup>74</sup>

Dispositivo da resolução transcrito ainda determina que as clínicas além de responsáveis pela proteção do sigilo, devem ainda manter informações genéticas sobre o doador, conforme já explanado no início do tópico deste trabalho.

Relevante acentuar que mesmo que o direito a identidade genética seja consagrado malgrado o sigilo da doação, a relação de parentesco abordada inicialmente se mantém, ou seja, não produzirá relações de parentesco, obrigações de ordem patrimonial ou mesmo relação de filiação entre doador e criança biologicamente descendente, até mesmo porque o Código Civil incluiu na presunção de paternidade os filhos nascidos via reprodução assistida heteróloga, desde que o procedimento seja autorizado pelo cônjuge.

---

<sup>72</sup> Resolução CFM 2.013/2013 anexada ao trabalho e disponível no site da Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida. Disponível em: < <http://www.sbra.com.br/>>

<sup>73</sup> BRAUNER, Maria Cláudia Crespo. “Reprodução humana assistida e anonimato de doadores de gametas: o direito brasileiro frente às novas formas de parentalidade”. P. 7, 2008

<sup>74</sup> BERALDO, 2012, p. 64.

Além disso, o sigilo deve prevalecer para todas as pessoas, inclusive para os pais jurídicos, devendo ser considerado apenas o direito da pessoa concebida para buscar informações sobre o doador.

Revertendo a presente análise para o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), se tem que tal estatuto foi preciso ao prever em seu art. 48 o direito do adotado de conhecer sua origem biológica após completar dezoito anos e, de acordo com Scalquette, o instituto da adoção pode ser usado como parâmetro na busca de uma solução aceitável para o caso em tela.<sup>75</sup>

Evelise Fonseca da Cruz também defende a utilização da analogia e aplicação de regras do ECA, quando cabíveis, à reprodução humana assistida no tocante ao procedimento médico e anonimato do doador.<sup>76</sup>

Á vista disso, ao investigar o presente dilema de uma forma analógica à adoção, observa-se que em relação a tal instituto já fora permitida a investigação biológica, tanto para atender a uma necessidade psicológica de quem quer conhecer suas origens, como também para resguardar impedimentos matrimoniais, além de garantir a vida e saúde do filho e de seus genitores biológicos, em caso de doença genética grave.

Se ao adotado está garantida a salvaguarda de seus direitos, obviamente é possível indagar então, a possibilidade de ser plausível permitir o mesmo para o filho fruto de reprodução assistida heteróloga concebido com material genético doado e cujo direito estiver sendo ameaçado, haja vista também, dentre outros motivos, o impedimento matrimonial por parentesco biológico feito pelo Código Civil.

Importante mencionar que diversos autores defendem a relativização do sigilo do doador, se conflitar com interesses considerados como de maior relevância, como preservar a vida em razão de doença genética grave. Tal ponto deve ser observado por duas vias, pensando também na possibilidade da quebra do sigilo dos receptores, em caso de necessidade do doador para salvaguardar sua integridade física.

É argumentado na doutrina que o direito a vida é bem maior e pressuposto de todos os direitos, assim, não se discutiria a quebra de sigilo quando a vida ou a saúde de alguém estivessem em risco.

Já retomando quanto ao fato de relativizar o sigilo do doador em virtude do desejo de conhecer a identidade genética devem ser considerados os riscos inerentes a este feito.

---

<sup>75</sup> SCALQUETTE, 2012, p. 229.

<sup>76</sup> CRUZ, 2008, p. 128.

Nas palavras de Ivelise Fonseca da Cruz, sobre este problema é possível constatar que “[...] o requisito do anonimato do doador ou o sigilo de sua identidade se mostram necessários, para proteger a identidade do doador com o intuito de evitar possíveis problemas que comprometam o gesto de gratuidade ou solidariedade.”<sup>77</sup>

Assim, surge o principal risco que é o de desaparecimento de doadores voluntários e altruístas, pois o doador assina o consentimento e dispõe de seu material genético para doação com a convicção de que seu anonimato estará assegurado, logo, ao se submeter à doação não vislumbra assumir as consequências da quebra do seu direito ao sigilo.

Outro motivo que pode ser alegado para a não realização da quebra de sigilo é o fato de proteção à própria criança, para que ela não se torne alvo de disputas entre os genitores e os pais socioafetivos. Entretanto, os pais jurídicos podem não desejar a interferência de um terceiro na relação, apesar disso deve prevalecer à vontade do filho em observância a seus direitos que são de hierarquia constitucional e fundamental para o desenvolvimento da criança. Em outras palavras, se houver colisão de direitos entre o filho e os pais biológicos ou os pais jurídicos, deve prevalecer o direito do filho que é a parte mais frágil da relação.

Além dos motivos apresentados, o anonimato do doador e o princípio do sigilo no procedimento são fundamentais para facilitar a total integração da criança na sua família jurídica e impedir que ela seja alvo de discriminação e estigma decorrente de ter sido concebida por procriação assistida heteróloga. Tal entendimento de possibilidade discriminatória se faz em comparação a adoção, em virtude de se saber que ainda hoje existe discriminação em relação aos adotados, então “que dirá no tocante à compreensão mediana da sociedade quanto à criança fruto da reprodução humana assistida heteróloga”.<sup>78</sup>

Por outro lado, o tratamento social desigual e discriminatório aos filhos que não possuem origem consanguínea de seus pais já fora proibido na Constituição Federal ao passo que esta estabelece o princípio da igualdade jurídica dos filhos, conforme já analisado anteriormente.

Quanto à preocupação, ainda que remota, referente a casamentos com parentesco consanguíneo, possível solução já fora apresentada pela Resolução do CFM, que conforme observado em seu dispositivo, limita o número de gravidezes por doador para que não

---

<sup>77</sup> CRUZ, 2008, p. 124.

<sup>78</sup> *Ibidem*, p. 128.

produza mais que duas gestações de crianças de sexos diferentes, numa área de um milhão de habitantes.

Um dos entendimentos consolidados e defendidos na presente monografia sobre o tema em comento encontra respaldo nas palavras de Ana Cláudia S. Scalquette transcritas a seguir.

De partida, deve-se constatar que qualquer concessão que se faça a esse respeito tem de ser por via judicial. É fato que não pode depender apenas da vontade das partes ou da discricionariedade do médico e da clínica envolvidos, portanto, a autorização judicial é o único caminho seguro para que se possam sopesar os dois direitos envolvidos.<sup>79</sup>

Desta forma, para que eventualmente ocorra à quebra de sigilo doador, deva estar ser analisada judicialmente, sendo apuradas pelo judiciário as alegações e razões de quem a pretende.

A ponderação de valores é preceito que deve ser considerado frente ao conflito que se instaura entre o direito a intimidade do doador e o direito à informação sobre a ascendência.

Neste diapasão, Anna de Moraes Salles Beraldo conclui acerca do assunto, levando em consideração jurisprudência analógica a caso de adoção, pondera pela primazia da origem genética por respeitar a dignidade do indivíduo:

Tendo em vista que o direito a origem genética é um direito fundamental e propicia o respeito à dignidade e uma melhor formação da personalidade do indivíduo, este direito deve prevalecer. Isso porque, no que tange ao doador, será resguardada sua identidade civil, não havendo qualquer tipo de responsabilização, nem formação de vínculo de parentesco.<sup>80</sup>

A autora ainda afirma que a via para tal feito se dá através da ação de investigação de origem genética e não da investigação de paternidade, pois o que se pretende é a declaração de ascendência genética e não de uma relação familiar.<sup>81</sup>

Ao contrário, é sustentado por Scalquette que a via cabível para conhecer o doador anônimo se dá mediante ação investigatória de paternidade ou maternidade, sem que isso venha a acarretar estado de filho natural.<sup>82</sup>

---

<sup>79</sup> SCALQUETTE, 2010, p. 228-229.

<sup>80</sup> BERALDO, 2012, p. 66.

<sup>81</sup> BERALDO, 2012, p. 67.

<sup>82</sup> SCALQUETTE, 2010, p. 233.

Scalquette termina por concluir em defesa da “[...] admissibilidade de relativização do anonimato de forma a garantir o direito ao conhecimento genético, sem, contudo, permitir que da descoberta decorram quaisquer direitos e obrigações entre as partes.”<sup>83</sup>

Enquanto Cruz, sopesando direitos conflitantes, assevera em conclusão que “não há que se falar em anonimato quando o bem que está em iminência de ser prejudicado é maior que o direito ao segredo, ou seja, a vida, e vida de outrem, que não pode ser comprometida por um direito secundário, se assim puder ser denominado, que é o direito ao segredo.”<sup>84</sup>

Até aqui, as opiniões de todas as autoras abordadas, mesmo que com diferentes argumentos, acabam por chegar a uma mesma finalidade, em defesa da relativização do sigilo para garantir o direito à vida e o direito à identidade genética.

Maria Claudia Crespo Brauner ao tratar da conclusão do presente assunto adota inteligente posicionamento, sendo uma das soluções possíveis para o caso defendida nesta monografia por ser entendida como a menos danosa para ambas as partes.

Considerando aqueles que são contrários a revelação da identidade do doador, mas favoráveis ao conhecimento das origens por parte da criança, assim defendendo o acesso a dados não identificadores, a autora conclui que tal medida poderia assegurar a continuidade das doações e o conhecimento de informações relevantes necessárias para psique, saúde e vida do indivíduo concebido via reprodução assistida heteróloga.<sup>85</sup>

Além de tudo, é possível sustentar o argumento que o filho resultante do emprego das técnicas heterólogas, não participou no momento do acordo do sigilo de doadores e receptores, assim não podendo ser estendido tal segredo ao filho por prejudicar seu direito personalíssimo e indisponível ao conhecimento de sua origem genética.

Por fim, após pormenorização de argumentos favoráveis e contrários, futuramente uma lei deverá decidir sobre o caso, se a pessoa interessada pode, e em quais circunstâncias, ter acesso as informações do doador de gametas e embriões. A provação de um projeto de lei que enquadre as práticas da procriação artificial de forma precisa e aplicável será de certo dificultosa, pois, conforme já apreendido ao longo do trabalho, as

---

<sup>83</sup> *Idem, Ibide.*

<sup>84</sup> CRUZ, 2008, p. 134.

<sup>85</sup> BRAUNER, Maria Claudia Crespo. “Reprodução humana assistida e anonimato de doadores de gametas: o direito brasileiro frente às novas formas de parentalidade.” P. 9, 2008

técnicas utilizadas não param de evoluir e conseqüentemente de criar uma série de novos desafios.<sup>86</sup>

### **3.2. Fertilização ou transferência de embriões (*post mortem*)**

No ano de 1984, na França, ocorre o primeiro caso de tentativa de reprodução humana após a morte de um dos cônjuges. O famoso caso fora intitulado de Parpalaix, sobrenome do casal. Após o marido ser diagnosticado com câncer, resolve congelar seu sêmen com o intuito de ter a possibilidade de gerar filhos posteriormente as sessões de quimioterapia. Ulteriormente a sua morte, a viúva ingressa no judiciário solicitando o material genético do falecido com a intenção de utilizá-lo para inseminação e o tribunal francês acaba por condenar o banco de sêmen a entregar o material congelado, mas não se pronuncia quanto a questões de filiação e sucessórias. Neste caso, a despeito do procedimento de inseminação ter sido infrutífero, gerou muitos questionamentos éticos e jurídicos a nível internacional.

O presente tema em comento trata da possibilidade de utilização de material genético de pessoa já falecida. A reprodução assistida *post mortem* se dá através da fertilização com gametas ou transferência de embriões oriundos do material genético do *de cuius* com a finalidade de concepção de um novo ser, sendo que sua utilização passou a ser possível com advento da crioconservação. Seu impacto reflete efeitos mormente no direito sucessório, principalmente por tal situação ainda não ser contemplada legislativamente de uma forma a sanar suas controvérsias.

Apesar da doutrina tratar o caso muitas vezes fazendo referência somente a mulher, vale esclarecer que a situação de utilização da técnica inclui tanto a mulher quanto o homem, pois o homem também poderá utilizar-se de óvulo ou embrião congelado após o falecimento da esposa ou companheira. A incongruência ao tratar da menção apenas da mulher casada pode ser advinda do Código Civil, o qual conforme já estudado anteriormente, dispôs sobre as técnicas de reprodução assistida, nos incisos III e V do artigo 1.597 mencionando meramente a palavra “marido”. Entretanto, em acordo com a Constituição Federal, conforme também já analisado, há de se levar em conta o princípio

---

<sup>86</sup> BRAUNER, Maria Cláudia Crespo. “Reprodução humana assistida e anonimato de doadores de gametas: o direito brasileiro frente às novas formas de parentalidade.” P. 9, 2008.

constitucional da igualdade, que equipara homens e mulheres, assim se for possível a utilização da reprodução *post mortem* pela mulher, também será permitido tal uso pelo homem. Além disso, da mesma forma devem ser tratadas as pessoas que eram casadas e as que viviam em união estável, inclusive quanto a possibilidade de procriação *post mortem*, pois a Carta Magna reconheceu a união estável como entidade familiar, sendo assim não deve haver diferenciação entre as duas formas de família.

Após os primeiros esclarecimentos e considerações, afirma-se que a discordância acerca do assunto é grande e pergunta-se principalmente se deve ser válida a sua utilização e se o filho gerado após a morte do pai poderá ser herdeiro.

Tycho Brahe Fernandes ao considerar que os artigos 1.717 e 1.718 do Código Civil deverão sofrer mudanças em seu teor futuramente, pois se mostram insuficientes frente ao caso em tela por não abarcarem a situação, defende o uso do testamento para assegurar o reconhecimento dos direitos sucessórios do filho póstumo. O referido testamento, na ideia do autor, deve ser específico quanto ao número de filhos que o de cujos pretenda ter, além de constar datas-limites para geração e quem deve gestar. Frisando que, ainda segundo o autor, o material genético da pessoa falecida, para fins de reprodução, somente poderá ser utilizado por cônjuge ou companheiro, ou seja, por aquelas pessoas que viviam em matrimônio ou união estável.<sup>87</sup>

Conforme já mencionado anteriormente a Resolução vigente do CFM somente dispõe acerca da reprodução assistida *post mortem* de maneira a permitir sua prática, determinando unicamente que deva haver autorização prévia específica da pessoa falecida para permitir o uso do material biológico criopreservado.

No direito internacional, existe uma diversidade de posicionamentos em diversos países, sendo que Itália, Suíça e Dinamarca vedam a inseminação *post mortem*, enquanto Bélgica e Grécia permitem a introdução do embrião no ventre materno, desde que haja consentimento expresso e seja realizado dentro de um prazo de seis meses a dois anos após a abertura da sucessão.

Ainda no âmbito internacional, Portugal proíbe a inseminação de gameta congelado *post mortem*, ainda que haja autorização de consentimento, mas permite a implantação de embrião. No entanto, se criança vier a nascer mesmo que violando tal proibição, será havida como filha da pessoa falecida.

---

<sup>87</sup> FERNANDES, 2000, p.119.

Segundo Brauner,

[...] no caso de inseminação artificial *post mortem*, é possível notar que a maioria das legislações vedou essa possibilidade, pelos possíveis problemas psicológicos e, também jurídicos que a situação pode ensejar.

No Brasil, há um caso recente inédito que envolve exatamente essa situação, e que foi autorizado pelo Poder Judiciário, através de liminar judicial proferida pelo juiz Alexandre Gomes Gonçalves no dia 17 de maio de 2010 pela 13ª Vara Cível da Comarca de Curitiba/PR, a inseminação artificial *post mortem*. Nesse caso especificamente, houve a necessidade do amparo judicial visto que o marido falecido não havia deixado autorização por escrito.<sup>88</sup>

No caso transcrito acima, apesar de não ter sido deixada autorização expressa pelo marido falecido, o juiz concedeu liminar a favor da viúva, possibilidade que substitui a autorização quando o Magistrado entende que havia um projeto parental em curso.

Entretanto, importante afirmar que enquanto a polêmica e controversa técnica da reprodução assistida *post mortem* for permitida, imprescindível é a autorização de consentimento livre e esclarecido das partes para sua realização, principalmente do *de cujos*, para implantação de seu gameta ou embrião após a sua morte, sendo uma maneira de salvaguardar os direitos das pessoas envolvidas. A declaração de consentimento informado, sendo uma manifestação expressa, é capaz de gerar segurança e evitar conflitos judiciais futuros, podendo se constituir como elemento decisivo para aquisição de direitos por parte do filho póstumo.

No entanto, na falta do consentimento expresso da pessoa falecida, uma vez nascido o filho, ainda assim deverá ter todos os direitos assegurados, em virtude do princípio do melhor interesse da criança. Além disso, por respeito aos princípios da dignidade da pessoa humana e da igualdade jurídica dos filhos, os filhos concebidos por procriação assistida *post mortem* não podem ser tratados de maneira desigual em relação aos seus irmãos.

Outro ponto a ser ressaltado refere-se ao prazo para implementação dos gametas ou embriões da pessoa falecida, pois no direito sucessório tal prazo não fora estabelecido, o que pode gerar dificuldades de ordem prática, já que o material reprodutivo ou embrião podem ficar crioconservados por vários anos e ainda sim serem utilizados.

Assim, pode ocorrer dos bens da herança já terem sido partilhados entre os herdeiros existentes ao tempo do nascimento do filho oriundo da procriação *post mortem*,

---

<sup>88</sup> BRAUNER; LIEDKE, 2013, p. 373.

por isso a posição majoritária na doutrina defende que o lapso temporal seja definido para a implementação mencionada.

Todavia, ao passo que se cria um limite temporal se faz uma restrição à possibilidade de herdar e, assim, geraria descompasso mais uma vez ao princípio da igualdade jurídica dos filhos, pois todos são herdeiros necessários.

Deste modo, observa-se a dificuldade da questão e possível solução advém da fixação de um prazo legal, onde caso houvesse uma violação, o filho póstumo deve ainda ser considerado como herdeiro necessário, mas os responsáveis pela violação das regras devem ser apenados, de forma a coibir tal transgressão.

Por último, a reprodução *post mortem* é atualmente permitida pelo ordenamento, assim enquanto não houver uma mudança legislativa, defende-se que tal prática não deva ser incentivada e somente deve ser aceita e utilizada em casos excepcionais e decorrentes de união estável, desde que haja consentimento expresso em vida.<sup>89</sup>

---

<sup>89</sup> BERALDO, 2012, p. 109.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após pesquisa que vislumbrou conhecer desde as origens históricas da reprodução humana assistida até as questões de suas controvérsias, passando por sua conceituação e estudo de ditames normativos, como princípios constitucionais, leis, resoluções éticas e projetos de lei, neste momento, passa-se as conclusões finais que se seguem.

Cerca de 10 a 15% dos casais humanos são inférteis, conseqüentemente as técnicas de reprodução assistida vêm se aperfeiçoando ao longo dos anos e atualmente são uma realidade presente na sociedade, então não se indaga mais se deveria ser permitida ou não a sua utilização, mas sim quais são seus limites.

Conforme o que se empreendeu, após conhecimento de opiniões de diversos doutrinadores na área e, baseado em entendimentos bioéticos e jurídicos, o presente trabalho, em primeiro lugar, defende a primazia do maior e melhor interesse da criança nascida com o emprego das técnicas de reprodução assistida. Além disso, primeiramente, prima por evitar a coisificação do ser humano e, para tanto, o homem deve ser tratado como ser e não como objeto. Dessa forma, necessário evitar que as clínicas virem uma espécie de indústria movida pelo capital e pelo lucro, sendo assim, as técnicas de procriação artificial só devem ser utilizadas se realmente forem necessárias, com a indicação do uso terapêutico para tratar as doenças relativas à infertilidade e esterilidade, que inclusive são registradas pela Organização Mundial de Saúde. Importante também é frisar nesta seara quanto à eugenia, onde características genéticas só devem ser escolhidas para fins maiores, como no caso de evitar doenças genéticas.

Para efeitos das primeiras considerações e das que virão a seguir, defende-se principalmente a aprovação de projeto de lei sobre o assunto. O código civil se mostrou insuficiente para tratar das problemáticas concernentes à reprodução medicamente assistida, enquanto a resolução nº 2.013/13 do CFM mostrou certo avanço ao tratar das questões, mas ainda assim trata-se de dispositivo que visa orientação à classe médica e que ainda não engloba todos os regulamentos e soluções necessários. Desse modo, recorre-se aos princípios constitucionais para solução de eventuais conflitos no âmbito judiciário. Ainda assim, mister é a reflexão sobre o tema na busca de respostas bioéticas e jurídicas

satisfatórias para promulgação de legislação específica que vise regular as técnicas de reprodução assistida e dirimir as diversas controvérsias que podem ser geradas.

Em relação ao sigilo dos doares, conclui-se que o doador nunca será o pai jurídico ou socioafetivo, mas por ser pai biológico, seus dados devem ser mantidos pelas clínicas, os quais poderão ser acessados, precipuamente os dados não identificadores, por imposição de decisão judicial, que deve basear a sentença em necessidade de quem pleiteou a ação no sentido de iminente risco a vida ou a saúde da pessoa. Em suma, no que se refere ao direito à identidade genética da pessoa nascida por meio de reprodução assistida heteróloga, defende-se o acesso aos dados que não identifiquem civilmente o doador, mais uma vez frisando que tal deliberação deve ser feita por via judicial, assim não comprometendo a gratuidade e continuidade das doações e respeitando os direitos da pessoa que busca suas origens.

No que diz respeito à reprodução *post mortem*, a posição que fora adotada não opta entre sua proibição ou continuidade de permissão, porém faz imposições e restrições ao uso desta modalidade de reprodução assistida. Quanto à imposição, para utilização da referida técnica pelo cônjuge ou companheiro, a pessoa falecida deve deixar em vida consentimento esclarecido quanto à sua vontade de ter seu material genético empregado na concepção de filho póstumo. No entanto, já há decisões judiciais no sentido de suprir a falta de documento que contenha consentimento específico, isto se dá quando o juiz entende que havia projeto parental em curso. No tocante a restrição, importante que a reprodução *post mortem* não possa ser feita por tempo indeterminado para não gerar insegurança jurídica quanto a questões sucessórias. Quanto ao prazo, há divergência doutrinária, contendo posições em que a reprodução *post mortem* possa se dar até três anos por prazo legal e após aberta a sucessão. Entretanto, entendimento é defendido no sentido de que um prazo legal só deva ser imposto no tocante a suprir a ausência de declaração por parte do *de cujus* que seja específica e expressa para determine tal lapso temporal, dessa forma respeitando a vontade da pessoa falecida no que concerne ao uso do seu material genético e disposição de seus bens. Nesse caso, a lei atuaria de uma forma subsidiária, frente à liberdade da parte de dispor do que é seu conforme sua vontade.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – Anvisa. *6º Relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões – SisEmbrio*. 2013. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/9741178040f9cbbef48bf9cca79f4cf/6+relat%C3%B3rio+sisembrio.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em 14.09.2014.

BERALDO, Anna de Moraes Salles. *Reprodução Humana Assistida e sua Aplicação Post Mortem*. Um estudo sobre as consequências jurídicas do Direito de Família e Sucessões. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2012.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em 06.09.2014.

BRASIL. *Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996*. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília, 1996. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L9263.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9263.htm)>. Acesso em 06.09.2014.

BRASIL. *Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990*. Brasília, 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm)>. Acesso em 14.09.2014.

BRASIL. *Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002*. Institui o Código Civil. Brasília, 2002. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/110406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406.htm)>. Acesso em 02.09.2014.

BRASIL. *Projeto de Lei nº 1.184 de 2013*. Dispõe sobre a Reprodução Assistida. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/262498.pdf>> Acesso em: 09.09.2014.

BRASIL. *Projeto de Lei nº 4.892 de 2012*. Institui o Estatuto da Reprodução Assistida, para regular a aplicação e utilização das técnicas de reprodução humana assistida e seus efeitos no âmbito das relações civis sociais. Brasília, 19.12.2012. Disponível em: <[http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra;jsessionid=4A7A66F4BF9210FE2BFC9EE620083200.node1?codteor=1056438&filename=Tramitacao-PL+4892/2012](http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=4A7A66F4BF9210FE2BFC9EE620083200.node1?codteor=1056438&filename=Tramitacao-PL+4892/2012)>. Acesso em: 09.09.2014.

BRAUNER, Maria Claudia Crespo. Novas tecnologias reprodutivas e projeto parental. Contribuição para o debate no Direito brasileiro. *Revista Trimestral de Direito Civil*. Rio de Janeiro: Padma. Ano 3. v. 12, p. 237-252, out/dez. 2002.

BRAUNER, Maria Claudia Crespo. *Direito, Sexualidade e Reprodução Humana*. Conquistas médicas e o debate bioético. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

BRAUNER, Maria Cláudia Crespo. Reprodução humana e clonagem: perspectivas éticas e jurídicas. In: *Bioética e Sexualidade*. Coordenado por Tereza Rodrigues Vieira. São Paulo: Editora Jurídica Brasileira, 2004. p. 39-54.

BRAUNER, Maria Cláudia Crespo; LIEDKE, Mônica Souza. Reprodução humana assistida e repercussões no campo do Direito de família e dos direitos de personalidade. In: MENESES, Joyceane Bezerra de; HARMATIUK, Ana Carla (Org.). *Direito das famílias por juristas brasileiras*. São Paulo: Saraiva, 2013. v. 1, p. 365-387.

BRAUNER, Maria Cláudia Crespo. Reprodução humana assistida e anonimato de doadores de gametas: o direito brasileiro frente às novas formas de parentalidade” p. 1-15, 2008.

CAMBIAGHI, Arnaldo Schizzi. Novas resoluções do CFM em relação à reprodução assistida trazem mais perdas que ganhos. *Portal Hospitais Brasil*. 16.05.2013. Disponível em: <<http://www.revistahospitaisbrasil.com.br/artigos/novas-resolucoes-do-cfm-em-relacao-a-reproducao-assistida-trazem-mais-perdas-que-ganhos/>>. Acesso em: 09 set. 2014.

CRUZ, Ivelise Fonseca da. *Efeitos da Reprodução Humana Assistida*. São Paulo: SRS Editora, 2008.

FERNANDES, Tycho Brahe. *A Reprodução Assistida em Face da Bioética e do Biodireito*. Aspectos do Direito de Família e das Sucessões. Florianópolis: Diploma Legal, 2000.

GONÇALVES, Carlos Roberto. *Direito de Família*. 15. ed. São Paulo: Saraiva, 2011. (Coleção sinopses jurídicas; v.2.)

MAZZA, Malu. Primeiro bebê de proveta do Brasil e da América Latina completa 30 anos. *Portal G1*. Jornal Hoje, Rede Globo. 07.10.2014. Disponível em: <<http://g1.globo.com/jornal-hoje/noticia/2014/10/primeiro-bebe-proveta-do-brasil-e-da-america-latina-completa-30-anos.html>> Acesso em 07.10.2014.

PORTAL do Conselho Federal de Medicina. Disponível em: <<http://portal.cfm.org.br/>>. Acesso em 09.09.2014.

SÁ, Maria de Fátima Freire de; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. *Manual de Biodireito*. Belo Horizonte: Delrey, 2009.

SCALQUETTE, Ana Cláudia S. *Estatuto da reprodução assistida*. São Paulo: Saraiva, 2010.

SIQUEIRA, José Eduardo de. Ética, sexualidade e reprodução humana. In: VIEIRA, Tereza Rodrigues (Coord.). *Bioética e Sexualidade*. São Paulo: Editora Jurídica Brasileira, 2004. p. 27-38.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA. Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.013/2013. 2013. Disponível em: <<http://www.sbra.com.br/>>. Acesso em 09.09.2014.

## ANEXO

### RESOLUÇÃO CFM Nº 2.013/2013

(Publicada no D.O.U. de 09 de maio de 2013, Seção I, p. 119)

Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida, anexas à presente resolução, como dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos e revoga a Resolução CFM nº 1.957/10.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e Decreto nº 6.821, de 14 de abril de 2009, e

CONSIDERANDO a importância da infertilidade humana como um problema de saúde, com implicações médicas e psicológicas, e a legitimidade do anseio de superá-la;

CONSIDERANDO que o avanço do conhecimento científico já permite solucionar vários casos de problemas de reprodução humana;

CONSIDERANDO que o pleno do Supremo Tribunal Federal, na sessão de julgamento de 5.5.2011, reconheceu e qualificou como entidade familiar a união estável homoafetiva (ADI 4.277 e ADPF 132);

CONSIDERANDO a necessidade de harmonizar o uso destas técnicas com os princípios da ética médica;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na sessão plenária do Conselho Federal de Medicina realizada em 16 de abril de 2013,

#### RESOLVE:

Art. 1º Adotar as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida, anexas à presente resolução, como dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos.

Art. 2º Revoga-se a Resolução CFM nº 1.957/10, publicada no D.O.U. de 6 de janeiro de 2011, Seção I, p. 79, e demais disposições em contrário.

Art. 3º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 16 de abril de 2013.

ROBERTO LUIZ D'AVILA HENRIQUE BATISTA E SILVA

Presidente Secretário-geral

#### NORMAS ÉTICAS PARA A UTILIZAÇÃO DAS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA

##### I - PRINCÍPIOS GERAIS

1 - As técnicas de reprodução assistida (RA) têm o papel de auxiliar a resolução dos problemas de reprodução humana, facilitando o processo de procriação.

2 - As técnicas de RA podem ser utilizadas desde que exista probabilidade efetiva de sucesso e não se incorra em risco grave de saúde para a paciente ou o possível descendente, e a idade máxima das candidatas à gestação de RA é de 50 anos.

3 - O consentimento informado será obrigatório para todos os pacientes submetidos às técnicas de reprodução assistida. Os aspectos médicos envolvendo a totalidade das circunstâncias da aplicação de uma técnica de RA serão detalhadamente expostos, bem como os resultados obtidos naquela unidade de tratamento com a técnica proposta. As informações devem também atingir dados de caráter biológico, jurídico, ético e econômico. O documento de consentimento informado será elaborado em formulário especial e estará completo com a concordância, por escrito, das pessoas a serem submetidas às técnicas de reprodução assistida.

4 - As técnicas de RA não podem ser aplicadas com a intenção de selecionar o sexo (presença ou ausência de cromossomo Y) ou qualquer outra característica biológica do futuro filho, exceto quando se trate de evitar doenças ligadas ao sexo do filho que venha a nascer.

5 - É proibida a fecundação de oócitos humanos, com qualquer outra finalidade que não a procriação humana.

6 - O número máximo de oócitos e embriões a serem transferidos para a receptora não pode ser superior a quatro. Quanto ao número de embriões a serem transferidos faz-se as seguintes recomendações: a) mulheres com até 35 anos: até 2 embriões; b) mulheres entre 36 e 39 anos: até 3 embriões; c) mulheres entre 40 e 50 anos: até 4 embriões; d) nas situações de doação de óvulos e embriões, considera-se a idade da doadora no momento da coleta dos óvulos.

7 - Em caso de gravidez múltipla, decorrente do uso de técnicas de RA, é proibida a utilização de procedimentos que visem a redução embrionária.

## II - PACIENTES DAS TÉCNICAS DE RA

1 - Todas as pessoas capazes, que tenham solicitado o procedimento e cuja indicação não se afaste dos limites desta resolução, podem ser receptoras das técnicas de RA desde que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos sobre a mesma, de acordo com a legislação vigente.

2 - É permitido o uso das técnicas de RA para relacionamentos homoafetivos e pessoas solteiras, respeitado o direito da objeção de consciência do médico.

## III - REFERENTE ÀS CLÍNICAS, CENTROS OU SERVIÇOS QUE APLICAM TÉCNICAS DE RA

As clínicas, centros ou serviços que aplicam técnicas de RA são responsáveis pelo controle de doenças infectocontagiosas, coleta, manuseio, conservação, distribuição, transferência e descarte de material biológico humano para a paciente de técnicas de RA, devendo apresentar como requisitos mínimos:

1 - um diretor técnico responsável por todos os procedimentos médicos e laboratoriais executados, que será, obrigatoriamente, um médico registrado no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição;

2 - um registro permanente (obtido por meio de informações observadas ou relatadas por fonte competente) das gestações, nascimentos e malformações de fetos ou recém-nascidos, provenientes das diferentes técnicas de RA aplicadas na unidade em apreço, bem como dos procedimentos laboratoriais na manipulação de gametas e embriões;

3 - um registro permanente das provas diagnósticas a que é submetido o material biológico humano que será transferido aos pacientes das técnicas de RA, com a finalidade precípua de evitar a transmissão de doenças;

4 - Os registros deverão estar disponíveis para fiscalização dos Conselhos Regionais de Medicina.

#### IV - DOAÇÃO DE GAMETAS OU EMBRIÕES

1 - A doação nunca terá caráter lucrativo ou comercial.

2 - Os doadores não devem conhecer a identidade dos receptores e vice-versa.

3 - A idade limite para a doação de gametas é de 35 anos para a mulher e 50 anos para o homem.

4 - Obrigatoriamente será mantido o sigilo sobre a identidade dos doadores de gametas e embriões, bem como dos receptores. Em situações especiais, as informações sobre doadores, por motivação médica, podem ser fornecidas exclusivamente para médicos, resguardando-se a identidade civil do doador.

5 - As clínicas, centros ou serviços que empregam a doação devem manter, de forma permanente, um registro de dados clínicos de caráter geral, características fenotípicas e uma amostra de material celular dos doadores, de acordo com a legislação vigente.

6 - Na região de localização da unidade, o registro dos nascimentos evitará que um(a) doador(a) tenha produzido mais que duas gestações de crianças de sexos diferentes, numa área de um milhão de habitantes.

7 - A escolha dos doadores é de responsabilidade da unidade. Dentro do possível, deverá garantir que o doador tenha a maior semelhança fenotípica e imunológica e a máxima possibilidade de compatibilidade com a receptora.

8 - Não será permitido ao médico responsável pelas clínicas, unidades ou serviços, nem aos integrantes da equipe multidisciplinar que nelas prestam serviços, participarem como doadores nos programas de RA.

9 - É permitida a doação voluntária de gametas, bem como a situação identificada como doação compartilhada de oócitos em RA, onde doadora e receptora, participando como portadoras de problemas de reprodução, compartilham tanto do material biológico quanto dos custos financeiros que envolvem o procedimento de RA. A doadora tem preferência sobre o material biológico que será produzido.

#### V - CRIOPRESERVAÇÃO DE GAMETAS OU EMBRIÕES

1 - As clínicas, centros ou serviços podem criopreservar espermatozoides, óvulos e embriões e tecidos gonádicos.

2 - O número total de embriões produzidos em laboratório será comunicado aos pacientes, para que decidam quantos embriões serão transferidos *a fresco*, devendo os excedentes, viáveis, serem criopreservados.

3 - No momento da criopreservação os pacientes devem expressar sua vontade, por escrito, quanto ao destino que será dado aos embriões criopreservados, quer em caso de divórcio, doenças graves ou falecimento de um deles ou de ambos, e quando desejam doá-los.

4 - Os embriões criopreservados com 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.

#### VI - DIAGNÓSTICO GENÉTICO PRÉ-IMPLANTAÇÃO DE EMBRIÕES

1 - As técnicas de RA podem ser utilizadas acopladas à seleção de embriões submetidos a diagnóstico de alterações genéticas causadoras de doenças.

2 - As técnicas de RA também podem ser utilizadas para tipagem do sistema HLA do embrião, com o intuito de seleção de embriões HLA-compatíveis com algum filho(a) do casal já afetado por doença, doença esta que tenha como modalidade de tratamento efetivo o transplante de células-tronco ou de órgãos.

3 - O tempo máximo de desenvolvimento de embriões "in vitro" será de 14 dias.

## VII - SOBRE A GESTAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO (DOAÇÃO TEMPORÁRIA DO ÚTERO)

As clínicas, centros ou serviços de reprodução humana podem usar técnicas de RA para criarem a situação identificada como gestação de substituição, desde que exista um problema médico que impeça ou contraindique a gestação na doadora genética ou em caso de união homoafetiva.

1 - As doadoras temporárias do útero devem pertencer à família de um dos parceiros num parentesco consanguíneo até o quarto grau (primeiro grau – mãe; segundo grau – irmã/avó; terceiro grau – tia; quarto grau – prima), em todos os casos respeitada a idade limite de até 50 anos.

2 - A doação temporária do útero não poderá ter caráter lucrativo ou comercial.

3 - Nas clínicas de reprodução os seguintes documentos e observações deverão constar no prontuário do paciente:

- Termo de Consentimento Informado assinado pelos pacientes (pais genéticos) e pela doadora temporária do útero, consignado. Obs.: gestação compartilhada entre homoafetivos onde não existe infertilidade;
- relatório médico com o perfil psicológico, atestando adequação clínica e emocional da doadora temporária do útero;
- descrição pelo médico assistente, pormenorizada e por escrito, dos aspectos médicos envolvendo todas as circunstâncias da aplicação de uma técnica de RA, com dados de caráter biológico, jurídico, ético e econômico, bem como os resultados obtidos naquela unidade de tratamento com a técnica proposta;
- contrato entre os pacientes (pais genéticos) e a doadora temporária do útero (que recebeu o embrião em seu útero e deu à luz), estabelecendo claramente a questão da filiação da criança;
- os aspectos biopsicossociais envolvidos no ciclo gravídico-puerperal;
- os riscos inerentes à maternidade;
- a impossibilidade de interrupção da gravidez após iniciado o processo gestacional, salvo em casos previstos em lei ou autorizados judicialmente;
- a garantia de tratamento e acompanhamento médico, inclusive por equipes multidisciplinares, se necessário, à mãe que doará temporariamente o útero, até o puerpério;
- a garantia do registro civil da criança pelos pacientes (pais genéticos), devendo esta documentação ser providenciada durante a gravidez;
- se a doadora temporária do útero for casada ou viver em união estável, deverá apresentar, por escrito, a aprovação do cônjuge ou companheiro.

## VIII - REPRODUÇÃO ASSISTIDA *POST-MORTEM*

É possível desde que haja autorização prévia específica do(a) falecido(a) para o uso do material biológico criopreservado, de acordo com a legislação vigente.

## IX - DISPOSIÇÃO FINAL

Casos de exceção, não previstos nesta resolução, dependerão da autorização do Conselho Regional de Medicina.

## EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM nº 2.013/13

No Brasil, até a presente data não há legislação específica a respeito da reprodução assistida. Transitam no Congresso Nacional, há anos, diversos projetos a respeito do assunto, mas nenhum deles chegou a termo.

Considerando as dificuldades relativas ao assunto, o Conselho Federal de Medicina produziu uma resolução – Resolução CFM nº 1.957/10 – orientadora dos médicos quanto às condutas a serem adotadas diante dos problemas decorrentes da prática da reprodução assistida, normatizando as condutas éticas a serem obedecidas no exercício das técnicas de reprodução assistida.

A Resolução CFM nº 1.957/10 mostrou-se satisfatória e eficaz, balizando o controle dos processos de fertilização assistida. No entanto, as mudanças sociais e a constante e rápida evolução científica nessa área tornaram necessária a sua revisão.

Uma insistente e reiterada solicitação das clínicas de fertilidade de todo o país foi a abordagem sobre o descarte de embriões congelados, alguns até com mais de 20 (vinte) anos, em abandono e entulhando os serviços. A comissão revisora observou que a Lei de Biossegurança (Lei nº 11.105/05), em seu artigo 5º, inciso II, já autorizava o descarte de embriões congelados há 3 (três) anos, contados a partir da data do congelamento, para uso em pesquisas sobre células-tronco. A proposta é ampliar o prazo para 5 (cinco) anos, e não só para pesquisas sobre células-tronco.

Outros fatores motivadores foram a falta de limite de idade para o uso das técnicas e o excessivo número de mulheres com baixa probabilidade de gravidez devido à idade, que necessitam a recepção de óvulos doados.

Esses aspectos geraram dúvidas crescentes oriundas dos Conselhos Regionais de Medicina, provocando a necessidade de atualizações.

O somatório dos fatores acima citados foi estudado pela comissão, em conjunto com representantes da Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida, da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia e da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana e Sociedade Brasileira de Genética Médica, sob a coordenação do conselheiro federal José Hiran da Silva Gallo.

Esta é a visão da comissão formada, que trazemos à consideração do plenário do Conselho Federal de Medicina.

Brasília-DF, 16 de abril de 2013.

**JOSÉ HIRAN DA SILVA GALLO**

Coordenador da Comissão de Revisão da Resolução CFM nº 1.358/92 – Reprodução Assistida