



Direitos reprodutivos, planejamento familiar e reprodução humana assistida no Brasil no atual estado da arte¹

Reproductive rights, family planning and assisted human reproduction in Brazil in the current state of the art

Los derechos reproductivos, planificación familiar y reproducción humana asistida en Brasil, en el estado actual de la técnica

Ana Paula Correia de Albuquerque da Costa²

RESUMO: Os avanços da ciência e da tecnologia reprodutiva chegaram a patamares nunca antes imaginados, proporcionando a homens e mulheres impossibilitados de procriar pelos meios naturais a possibilidade de realizar o sonho da filiação, todavia, a ausência de lei específica no Brasil tem conduzido a abusos e momentos de insegurança jurídica. Ao mesmo tempo, as transformações no conceito de família no Brasil conduziram-na a um formato livre, onde a procriação não se apresenta mais como função, mas como meio de constituir ou aumentar a entidade familiar, e cujo planejamento e exercício de direitos reprodutivos cabem exclusivamente àqueles que a compõem. Este artigo se propõe a demonstrar a relação existente entre direitos reprodutivos, planejamento familiar e reprodução humana assistida e analisar as normas que disciplinam deste tipo de tratamento médico hodiernamente no território brasileiro.

Palavras-chave: Direitos Reprodutivos. Planejamento Familiar. Reprodução Humana Assistida.

ABSTRACT: Advances in science reproductive and technology reached levels never before imagined, providing the men and women unable to procreate by natural means the possibility to realize the dream of have a kid, however, the absence of a specific law in Brazil has led to abuses and moments of legal uncertainty. At the same time, the changes in the concept of family in Brazil led to a free format, where procreation is not more it's function, but a mean to establish or increase the family entity and whose planning and exercise of reproductive rights fit exclusively to those who compose it. This article aims to demonstrate the relationship between reproductive rights, family planning and assisted human reproduction and analyse the rules governing this type of medical treatment in Brazilian territory today.

Keywords: Reproductive Rights. Family Planning. Assisted Human Reproduction.

RESUMEN: Avances en tecnología y ciencia reproductiva alcanzaron niveles nunca antes imaginado, proporcionando a los hombres y mujeres incapaces de procrear por medios naturales la posibilidad de realizar el sueño de la procreación, sin embargo, la ausencia de una ley específica en Brasil ha llevado a abusos y momentos de inseguridad jurídica. Al

¹ Artigo produzido a partir de estudos realizados para elaboração de tese de doutoramento na UFPB, sob a orientação do Prof. Doutor Robson Antão de Medeiros.

² Professora do Curso de Direito da Universidade Federal da Paraíba; mestra em Ciências Jurídicas (UFPB), doutoranda em Direitos Humanos e Desenvolvimento (UFPB); vice-presidente do Instituto de Pesquisa e Extensão Perspectivas e Desafios de Humanização do Direito Civil-Constitucional (IDCC). E-mail: ap_albuquerque@yahoo.com.br.



mismo tiempo, los cambios en el concepto de familia en Brasil condujeron a un modelo libre, donde la procreación no es más función, sino un medio para establecer o aumentar la entidad familiar y cuya planificación y ejercicio de los derechos reproductivos son exclusivamente de aquellos que la componen. Este artículo pretende demostrar la relación entre los derechos reproductivos, planificación familiar y reproducción humana asistida y analizar las normas que rigen este tipo de tratamiento médico hoy en territorio brasileño.

Palabras clave: Los Derechos Reproductivos. Planificación de la Familia. Reproducción Humana Asistida.

Introdução

Entende-se por direitos reprodutivos a liberdade de decidir sobre a procriação natural, versa sobre o exercício da filiação, seja de maneira negativa, por meio de métodos contraceptivos, ou positiva, quando se deseja constituir ou aumentar a prole. Ocorre que, no exercício da modalidade positiva destes direitos, a pessoa ou o casal pode passar por doenças ou dificuldades que demandem auxílio médico à procriação, quando este constituir em tratamento de fertilização *in vitro* ou inseminação artificial, estar-se-á diante de técnicas de reprodução humana assistida (RHA).

O auxílio médico à procriação humana não é recente, a primeira bebê de proveta, Louise Brown, nasceu no Reino Unido, em 1979. Desde então, os países se empenharam em regulamentar a permissão e limites aplicados ao tratamento. No Brasil, todavia, apesar das técnicas já serem utilizadas há mais de três décadas (o primeiro bebê de proveta brasileiro nasceu no ano de 1984), ainda não dispõe de lei específica, os procedimentos são realizados com base em normas técnicas – resoluções expedidas pelo Conselho Federal de Medicina – que, apesar de serem observadas pelos médicos e clínicas e servirem de embasamento para eventuais julgados, não são normas jurídicas em sentido estrito e, portanto, não tem vinculação geral e abstrata, o que tem sido causa de insegurança jurídica em casos controversos.

A inexistência de leis sobre reprodução humana assistida no Brasil não se traduz em obstáculo ao recurso a técnicas médicas de procriação, ao contrário, observa-se que a procura por estes tratamentos tem crescido de forma impressionante. Do mesmo modo, crescentes são os debates e questionamentos sobre alguns aspectos destes tratamentos, como quem tem direito à utilização de auxílio médico à procriação, manipulação de matéria biológica e destino do excedente, gestação de substituição, entre outros.



Diante deste cenário, este artigo se propõe a analisar o atual estado da arte em matéria de procriação medicamente assistida no Brasil, estando a discussão e resultados divididos em dois momentos. Inicialmente, abordar-se-á o exercício de direitos reprodutivos no contexto do planejamento familiar, considerando o princípio da pluralidade das instituições familiares, trazido pela Constituição Federal brasileira de 1988, no intuito de verificar como a reprodução humana assistida pode repercutir na constituição da entidade familiar por meio do direito à filiação.

Posteriormente, será feita uma análise da situação hodierna da reprodução humana assistida no Brasil, verificando as normas aplicáveis e projetos de lei em tramitação, ao mesmo tempo em que se demonstrará os problemas concernentes a produção e destino de embriões excedentários. Ao final se alertará para a necessidade de uma ética normativa a nortear discussões e procedimentos em curso.

Metodologia

A pesquisa foi conduzida através de uma abordagem dedutiva. Partiu de um conjunto de ideias sobre família, direitos reprodutivos e planejamento familiar para a análise de aspectos específicos, relacionando estes temas com o exercício da procriação medicamente assistida. Conciliou-se o método histórico, para analisar as causas e motivos que levaram ao desenvolvimento das técnicas de RHA e a necessidade de coleta de gametas e produção de embriões, verificando as consequências humanas e econômicas que eclodem a partir das mesmas; comparativo, através do estudo de outros ordenamentos jurídicos para se chegar, ao final, ao caso brasileiro; e analítico, voltado para o pensamento crítico a respeito dos temas dispostos.

Na pesquisa para elaboração do texto, recorreu-se às técnicas: levantamento bibliográfico por meio de leituras de livros, revistas, jornais e todo e qualquer material que pudesse trazer informações sobre os temas abordados; levantamento de normas e projetos de leis aplicáveis; e levantamento jurisprudencial da relação dos julgados e decisões pertinente à temática.



Resultados e Discussão

Direitos reprodutivos, reprodução humana assistida e planejamento familiar na perspectiva da família plural

A família passou por profundas transformações ao longo dos anos, de modo que o conceito, estrutura e eventuais funções mudaram substancialmente. Paulo Lôbo corrobora com este posicionamento alegando que a família sofreu “mudanças de função, natureza, composição e, conseqüentemente, de concepção, sobretudo após o advento do Estado social, ao longo do século XX” (1). O modelo de família patriarcal, adotado pela sociedade brasileira desde os tempos do Brasil Colônia, entrou em crise, culminando sua derrocada, no plano jurídico, pelos valores introduzidos pela Constituição Federal de 1988 (1).

O paradigma atual sob o qual se ergue a matriz familiar é a afetividade (2). Livre de formas rígidas, a caracterização da entidade familiar dar-se-á pela presença de três elementos constitutivos, quais sejam, estabilidade, no sentido de refletir o desejo de constituição do núcleo familiar de maneira duradoura; publicidade e afetividade, não no sentido de sentimento, que não se pode ser verificado ou mensurado, mas no sentido de dever jurídico que se apreende do artigo 229 da Constituição brasileira de 1988.

Este novo perfil da entidade familiar, baseado mais no afeto, no amor e na dignidade do que em convenções sociais foi recepcionado pela CF/88, que, no *caput* do artigo 226, traz o mandamento de proteção à família, como base da sociedade, citando expressamente aquelas constituídas pelo casamento, pela união estável e a família monoparental. A doutrina de direito civil-constitucional entende que os tipos familiares contidos nos parágrafos do artigo supracitado constituem um rol meramente exemplificativo (2). “As demais entidades familiares são tipos implícitos incluídos no âmbito de abrangência do conceito amplo e indeterminado de família indicado no *caput*” (1).

Em virtude de uma análise sistemática das normas e princípios contidos na Constituição, sobretudo com fulcro na dignidade, conforme regra do art. 1º, e solidariedade, art. 3º, deve-se entender o rol de entidades familiares contidas no art. 226 como elenco exemplificativo, posto que traz os tipos mais comuns (2). Uma interpretação restritiva do art. 226 da CF/88, segundo Heloisa Helena Barboza (3), “não se harmoniza com os demais princípios constitucionais, na medida em que conduz a uma criação de famílias de ‘segunda classe’, de todo incompatíveis com o princípio da dignidade da



pessoa humana, estrutural do sistema”. A partir de parâmetros pautados na liberdade e dignidade, o desenho familiar, nas palavras de Fachin (4), “não tem mais uma única configuração. A família se torna plural”.

No mesmo norte, entendem Guedes et al (5), que a Constituição Federal (CF) de 1988 representa grande marco para o Direito de Família, uma vez que, a partir de sua edição, ampliou-se o conceito de entidade familiar, que não mais se identifica exclusivamente pela celebração do matrimônio; a família monoparental, a união estável heterossexual e a união homoafetiva aparecem, segundo os autores, como reflexos deste novo modelo.

Dados do IBGE revelam um novo perfil das entidades familiares, demonstrando que os laços de afeto têm superado os laços de sangue, como a família monoparental, famílias recompostas e família homoafetiva. Neste contexto, a biotecnologia tem contribuído com a nova composição familiar. Técnicas de RHA tem possibilitado uma nova forma de filiação e, conseqüentemente, novos modos de composição familiar para pessoas e casais que outrora, por motivos médicos ou sociais, não poderiam alcançar (2). Segundo Nogueira da Gama (6), “opera-se, na contemporaneidade, a medicalização da procriação, ou seja, o crescente domínio que a medicina vem adquirindo no campo da reprodução humana [...]”.

De fato, as técnicas de RHA têm possibilitado uma nova forma de filiação e, conseqüentemente, novos modos de composição familiar para pessoas e casais que outrora, por motivos médicos ou sociais, não poderiam alcançar. Todavia, ao mesmo tempo, tem suscitado uma série de questionamentos que urgem por respostas no plano jurídico. A filiação artificial se revela uma realidade cada vez mais frequente e, carente ainda de base legal, há uma série de conflitos éticos e jurídicos que restam ainda sem resposta (2).

Neste sentido, concorda-se com Fournier et al (7), quando afirmam que mais do que oferecer tratamento médico contra infertilidade, as novas técnicas abriram uma “caixa de Pandora”, da qual o potencial natural para estabelecer a reprodução escapou, possibilitando assim a constituição de filiação a novas famílias e novos arranjos familiares.

É certo que a filiação não é mais função da família contemporânea, mas deve-se observar que ainda é um dos modos de constituição da mesma, seja por meio da adoção, seja por meio da procriação humana. Sobre esta última, Raposo (8) diz que a reprodução corresponde a uma das necessidades mais básicas do homem e da mulher, segundo a



autora, é “quase um imperativo natural e que, como tal, deve ser satisfeito, uma vez que é central para a nossa identidade pessoal, dignidade e sentido da vida”. Conclui que, por sua importância, o desejo de reproduzir deve ser elevado à categoria de direito fundamental. Esta dedução, todavia, não é isenta de críticas. Otero (9) reconhece a existência de um direito à reprodução, mas leciona que a Constituição pode impor ao Estado o dever de regular a procriação artificial, isto não significa, porém, qualquer imperatividade de reconhecimento de todas as formas de procriação artificial, nem muito menos a sua elevação ao estatuto de direitos fundamentais.

Araújo (10), afirma que há quem diga que a liberdade de procriar é um interesse muito relevante, mas que a sua promoção a direito poderia suscitar questões melindrosas: exemplifica questionando se a mulher casada teria direito a procriar ou deixar de procriar contra a oposição do marido ou se os portadores de doenças genéticas graves teriam o direito de procriar. Pergunta-se, aqui, por que não? Não se poderia aceitar que um cônjuge tenha frustradas suas expectativas em relação à filiação em virtude da não aceitação do consorte. Sustenta-se, assim, que existe um direito fundamental à procriação. Concorde-se com Araújo (10) quando ele assevera, inclusive, que este direito existe como “reflexo do impedimento da esterilização como sanção penal ou como medida de segurança, e da penalização de ofensas corporais que conduzem a uma esterilização não consentida”.

Uma vez reconhecida a existência de um direito à reprodução, determinar seu significado e conteúdo. Entende-se por direito à reprodução o direito de ter filhos biológicos (8), ou, como hodiernamente, em virtude de práticas médicas, pode-se acrescentar, também sem vínculo genético, mas ainda através do processo de reprodução humana. É espécie do direito à filiação, mas enquanto o exercício deste engloba a filhos naturais e civis (pela adoção), aquele diz respeito especificamente à filiação natural.

Os motivos para buscar esta alternativa são vários, mas teve sua origem como meio de possibilitar as mulheres estéreis o sonho de procriação e até mesmo a aceitação na sociedade. Aduz Gama (6) que a humanidade sempre procurou meios de controlar a reprodução da espécie, ressaltando que, na Antiguidade, a mulher estéril poderia ser até mesmo repudiada pelo marido, posto que a incapacidade de procriar a tornaria menos digna.

Para Barboza (3), “é hora de se reconhecer que houve, pelo menos em parte, uma desbiologilização da paternidade”. Hoje, dadas as possibilidades de se chegar a uma



gestação com óvulos de doadora, ou mesmo o embrião já concebido com gametas de doadores, há de se acrescentar, ao lado da paternidade, a desbiologização também da maternidade. Desta forma, o principal prisma para uma relação de filiação é justamente o desejo da filiação, o carinho e afeto, além da idealização de um projeto de vida

Verifica-se uma troca da importância do elemento carnal na filiação, pelo elemento psicológico, sendo a troca advinda do desenvolvimento na tecnologia de reprodução que influiu no direito de família. Com a devida vênia às opiniões contrárias, o posicionamento aqui adotado seguirá o norte estabelecido pelo Conselho Nacional de Justiça na I Jornada de Nacional da Saúde, realizada em 2014, cujos enunciados de número 39, 40 e 45 privilegiam os laços sociais em detrimento dos biológicos no estabelecimento da filiação. É o que se pode concluir a partir da leitura dos mesmos:

ENUNCIADO N.º 39. O estado de filiação não decorre apenas do vínculo genético, incluindo a reprodução assistida com material genético de terceiro, derivando da manifestação inequívoca de vontade da parte.

ENUNCIADO N.º 40. É admissível, no registro de nascimento de indivíduo gerado por reprodução assistida, a inclusão do nome de duas pessoas do mesmo sexo, como pais.

[...]

ENUNCIADO N.º 45. Nas hipóteses de reprodução humana assistida, nos casos de gestação de substituição, a determinação do vínculo de filiação deve contemplar os autores do projeto parental, que promoveram o procedimento.

Já se destacou aqui o conceito de família plural, consagrado no art. 226 da Constituição Federal de 1988. Pode-se concluir preliminarmente que não há fórmulas ou modelos pré-determinados de entidades familiares, mas as pessoas estão livres para escolher o modo de agrupamento familiar que melhor satisfaça as suas necessidades existenciais. Conforme se extrai do § 7º do artigo supracitado, a decisão ou o planejamento é de livre escolha do casal ou indivíduo, não podendo haver direcionamento do poder público, mas este tem o dever garantir a efetivação deste direito.

Portando, o planejamento familiar foi outorgado na Carta Magna brasileira de 1988, no §7º do artigo 226, que diz que “fundado nos princípios da dignidade humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é de livre decisão do casal [...]”, e regulamentado no Código Civil de 2002, ao abrir o Capítulo IX, que trata da eficácia do



casamento, no art. 1565, §2^o, onde também se lê que o planejamento familiar é de livre decisão do casal. Pelos dispositivos, conclui-se, com Madaleno (11), que o casal tem liberdade na formatação de sua família, restringindo-se intervenções indevidas do poder Público.

Segundo a Lei nº 9.263/96, que versa sobre o planejamento familiar:

Art. 1^o O planejamento familiar é direito de todo cidadão, observado o disposto nesta Lei.

Art. 2^o Para fins desta Lei, entende-se 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.

Parágrafo único - É proibida a utilização das ações a que se refere o *caput* para qualquer tipo de controle demográfico.

Art. 3^o 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;

A depender do modo de convivência familiar desejado e das condições individuais das pessoas que compõe determinado núcleo, o planejamento familiar pode demandar o uso de técnicas de reprodução humana assistida (2). Nas palavras de Maluf (12), esta é “a intervenção do homem no processo de procriação natural, com o objetivo de possibilitar a pessoas com problemas de infertilidade ou esterilidade satisfaçam o desejo de alcançar a maternidade ou a paternidade”. Diniz (13), a seu turno, define reprodução humana assistida como o “conjunto de operações para unir, artificialmente, os gametas feminino e masculino, dando origem a um ser humano [...]”.

A procriação medicamente assistida é tida como ato médico, o Conselho Federal de Medicina (CFM) descreve RHA era como tratamento para pessoas com esterilidade ou

³ Art. 1.565. Pelo casamento, homem e mulher assumem mutuamente a condição de consortes, companheiros e responsáveis pelos encargos da família.

§ 1^o Qualquer dos nubentes, querendo, poderá acrescer ao seu o sobrenome do outro.

§ 2^o O planejamento familiar é de livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e financeiros para o exercício desse direito, vedado qualquer tipo de coerção por parte de instituições privadas ou públicas.



infertilidade, dispondo, na Resolução nº 2121/2015, nos princípios gerais, que “1 As técnicas de reprodução assistida (RA) têm o papel de auxiliar a resolução dos problemas de reprodução humana, facilitando o processo de procriação”, possibilitando a atuação do médico em outros casos além dos que havia impossibilidade de procriar em razão de patologias clínicas.

Assim, deve-se considerar como causa determinante para se recorrer às técnicas assistidas de reprodução, a impossibilidade de procriação, seja esta unilateral ou por ambos os componentes do grupo familiar que se quer ampliar, quaisquer que sejam os motivos que conduziram a tal realidade. Estes, os motivos, podem ser das mais diversas ordens, das quais três merecem destaque: em virtude de patologias; em virtude de tratamentos ou por razões sociais, estando estas últimas relacionadas não a doenças, mas aos modos como se escolheu viver.

Existem doenças que podem levar à impossibilidade de reprodução, seja porque a própria patologia causa infertilidade, seja para evitar risco de contaminação à prole ou ao parceiro, como é o caso do vírus da imunodeficiência humana – HIV. Ao mesmo tempo, certos tratamentos também conduzem à esterilidade ou infertilidade, sejam eles químicos ou cirúrgicos. Mulheres que passam por esterectomia, homens que fazem quimioterapia, entre outros. Resta a eles a possibilidade de preservar os gametas para uma futura inseminação (2).

Além de doenças e tratamentos, tem-se outra causa a destacar, as razões sociais. De fato, a família contemporânea⁴ se apresenta com uma nova estrutura. A entidade monoparental e uniões homoafetivas são, hoje, uma realidade cada vez mais freqüente, podendo surgir o desejo de procriar, o que não seria possível através da conjunção carnal, pelo menos não pelo modo de vida a que tais pessoas se propuseram, sendo necessário, pois, se utilizar de outros meios para tornar viável o sonho da paternidade e/ou maternidade (2).

Note-se que, neste terceiro ponto, as pessoas não apresentam, necessariamente, patologias ou distúrbios que as impossibilitem de procriar de forma natural. Todavia, por motivos sociais, seja pela falta de um parceiro, seja porque o parceiro é do mesmo sexo

⁴ A família, na contemporaneidade, não se apresenta mais em formas rígidas ou modelos estáticos, vários são os modos de composição, desde que se verifiquem os requisitos de afetividade, estabilidade e publicidade. Pode-se citar, a título de exemplificação, as seguintes entidades: monoparental; anaparental; heteroafetiva e homoafetiva, seja constituída pelo casamento ou união estável.



biológico, o uso de meios artificiais de filiação se faz necessário, e a medicina social não fechou os olhos para esta realidade. Importante observar, conforme Guedes et al (5), pelos princípios da dignidade e igualdade na instituição familiar trazidos pela CF/88, os casais homoafetivos e pessoas solteiras possuem os mesmos direitos dos quais dispõem os casais heteroafetivos, inclusive o direito à procriação.

Neste sentido, a Resolução nº 2121/2015 não restringe a origem da causa da infertilidade ou esterilidade, mas se refere apenas a tal impossibilidade de maneira genérica. Qualquer pessoa que queira ter um filho e, por motivos físicos ou sociais, precise fazer uso de meios artificiais, pode procurar auxílio médico. Acrescenta-se que devem inclusive, ser fornecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), quando o candidato a pai ou a futura mãe não tiver condições de arcar com os custos do tratamento, tanto os procedimentos clínicos quanto os medicamentos.

Cumprir destacar que a Resolução nº 2121/2015 do CFM traz, explicitamente, casais homoafetivos e pessoas solteiras como prováveis sujeitos:

II - PACIENTES DAS TÉCNICAS DE RHA

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.

Verifica-se, assim, que as técnicas de procriação medicamente assistida podem contribuir para a constituição da entidade familiar no exercício de direitos reprodutivos. Cumprir, agora, analisar as normas vigentes no Brasil na atualidade.

Reprodução humana assistida no Brasil – aspectos gerais

Já faz tempo que o ser humano é capaz de concretizar sua decisão de não ter filhos por meio de métodos contraceptivos, as políticas de controle de natalidade, por meio do planejamento familiar, eclodiram nas décadas de 60 e 70. Hoje, vê-se com êxito cada dia maior, a possibilidade de materializar a decisão de tê-los, pelo modo e no tempo que preferir. É forçoso reconhecer que se assiste, hoje, a quebra de dualismos considerados,



até então, como indissociáveis; com os métodos de reprodução humana assistida, a reprodução encontra-se independente do sexo e a fecundação da gestação (8). A natureza perde o monopólio das relações de parentesco e começa a compartilhar lugar com a ciência.

Neste sentido, deve-se concordar com Leite (14) quando ele afirma que a reprodução humana, campo até então de domínio quase que exclusivo das leis da natureza, passou a estar também, com os avanços da ciência e da tecnologia, sobre o domínio do homem. No mesmo norte, observa Otero (9), de maneira bastante perspicaz, que se operou uma verdadeira revolução no controle histórico da humanidade: o controle da procriação humana pela ciência, com a utilização de técnicas médicas, acarretando uma possível alteração sobre o caráter natural da vida, isto por meio do domínio da biologia humana, que conduziu a uma dissociação entre a reprodução e a sexualidade, traduz, segundo o autor, “um marco apenas comparável à descoberta do fogo pelo homem primitivo ou à invenção da escrita em termos de divisão do tempo histórico” (9). Em tempo, mesmo que não se seja tão entusiasta, há de se reconhecer quão importante são as inovações em tecnologia de reprodução, mormente para pessoas ou casais com dificuldades para procriar.

Assim, os avanços da medicina, com a possibilidade de fertilização *in vitro* e o nascimento de bebês de proveta, possibilitaram que casais com problemas de procriação realizassem o sonho da paternidade/maternidade. Ao mesmo tempo, porém, trouxe uma série de questionamentos sob o ponto de vista ético e jurídico. As polêmicas levantadas giram em torno da produção e destino de embriões excedentários, gestação de substituição e, conforme a Resolução número 2121 do CFM, datada de julho de 2015, a utilização dos métodos de inseminação artificial por pessoas que, apesar de não apresentarem quadro clínico de patologias que causem infertilidade ou esterilidade, optam pela realização da reprodução assistida em razão de orientação sexual e escolhas pessoais, como mulheres solteiras em projeto autônomo de filiação e a utilização das técnicas por casais homoafetivos.

Na medida em que a medicina avança, as inquietações só aumentam. Exemplo disto são as ponderações, cada vez mais frequentes, entre o direito ao sigilo do dador do gameta e o direito do filho de conhecer a origem genética; disputas pela maternidade da



criança em caso de cessão temporária de útero ou de conflito entre a paternidade afetiva e biológica; implicações éticas e jurídicas do chamado “adultério genético”⁵; entre outros.

O que mais inquieta a população é a ausência de norma jurídica que regule a matéria. Desde o ano de 1993 que são propostos projetos de lei na tentativa de estabelecer parâmetros normativos reais que regulamentem a matéria do auxílio médico à procriação humana, mas desde o projeto nº 3638/93 até o projeto nº 115/2015, somaram-se 22 propostas sem que nenhuma lei fosse promulgada. Diante deste cenário, o CFM procura estabelecer parâmetros de condutas éticas a serem seguidas pelos médicos e clínicas que realizam procedimentos de RHA

Antes de adentrar nos aspectos gerais da Resolução nº 2121 do CFM, convém levantar as principais causas e efeitos que incidem na escolha pela forma assistida de reprodução. Neste aspecto, cabe refletir que os métodos utilizados nos tratamentos de RHA possibilitam que a procriação humana ocorra por meio de recursos médicos, permitindo que a pessoa ou casal supere as causas da esterilidade ou infertilidade. Assim, deve-se considerar como motivo determinante para se recorrer às técnicas assistidas de reprodução, a impossibilidade de procriação, seja esta unilateral ou por ambos os componentes do grupo familiar que se quer ampliar, quaisquer que sejam os motivos que conduziram a tal realidade. Estes, os motivos, podem ser das mais diversas ordens, das quais três merecem destaque: em virtude de patologias; em virtude de tratamentos ou por razões sociais.

No art. 226, a CF/88 reconheceu a pluralidade das entidades familiares (§6º), reconheceu também que “o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício deste direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas” (art. 227, § 7º). Ao mesmo tempo, a já citada lei nº 9.263/96 traz, no art. 3º, que o instituto é parte integrante das ações de atenção à saúde do homem, da mulher ou do casal, incluindo textualmente a assistência à procriação.

⁵ A reprodução humana artificial pode ser homóloga, quando os gametas masculino e feminino são provenientes do casal que se submete ao procedimento médico, ou heteróloga, quando um dos gametas utilizados no processo de fertilização é proveniente de doador anônimo. Neste último caso discute-se a possibilidade de existência de adultério genético, quando, por exemplo, o sêmen de doador é utilizado com desconhecimento ou revelia do consorte.



A redação do instrumento normativo que norteia a presente discussão é extremamente inovadora, tocando claramente em aspectos que o próprio legislador civil, por ocasião da elaboração do código de 2002, esquivou-se de abordar, como a família monoparental e a família homoafetiva – faz-se aqui o registro que ele entrou em vigor mais de uma década após a Constituição Federal de 1988, que consagrou a existência de outras entidades familiares para além dos tipos tradicionais. A Resolução de 2121/2015 do CFM traz, explicitamente, casais homoafetivos e pessoas solteiras como prováveis sujeitos, reconheceu e abordou de forma explícita estes arranjos familiares quando permite o uso das técnicas de RHA por casais homoafetivos e pessoas solteiras, sem discriminação.

A Resolução nº 2121/2015 traz, ainda, orientações acerca dos procedimentos realizados pelos médicos e clínicas especializadas, preservação e destinação de embriões excedentários, gestação de substituição, reprodução *post mortem*, entre outras temáticas. Vale salientar que a Resolução 2121/2015, apesar de ser ato normativo, não é lei, é norma técnica que serve de parâmetro ético a ser seguido pelos profissionais de saúde, mas, em vários aspectos, no direito brasileiro, é a única norma existente sobre a matéria.

Não obstante a inexistência de estatuto específico para reger a aplicação das técnicas de reprodução humana assistida, há mais de uma década tramitam no Congresso Nacional projetos de lei acerca do tema. Neste trabalho, citar-se-á alguns, considerados mais ilustrativos do cenário brasileiro. Antes, porém, não se pode deixar de questionar os motivos de tanta morosidade.

Diferentemente do que aconteceu em Portugal, onde a procriação medicamente assistida – PMA – é atualmente regulamentada pela Lei nº 32/2006, mas desde meados da década de 80, quando nasceram os primeiros bebês cuja concepção aconteceu com auxílio de técnicas artificiais de reprodução, há regulamentação do poder público sobre a matéria. A este respeito, Oliveira (15) cita o Decreto-Lei nº 319 de 25 de setembro de 1986, que já dispunha sobre a inseminação artificial homóloga, fertilização *in vitro* e fertilização intratubária.

Note-se, mais uma vez, que o primeiro bebê de proveta nasceu em 1978 na Inglaterra (16), e, ao mesmo tempo que trouxe alegria e entusiasmo pelos avanços na ciência da embriologia, esperança para aqueles que padeciam de uma das muitas causas da infertilidade, levantou questionamentos acerca dos limites e controle que deveriam ser



determinados. Logo se percebeu que as novas técnicas acarretariam situações nunca antes vistas ou imaginadas, jamais contempladas pelas normas de direito até então existentes, de modo que se chegou à conclusão de que novas leis seriam necessárias para reger os métodos de procriação medicamente assistida, manipulação de embriões e suas respectivas consequências⁶.

Neste sentido, seguindo a lição de Otero (9), entende-se que o certo é que a dimensão dos novos fenômenos criados pela procriação artificial e, em geral, pela aplicação dos resultados das investigações genéticas ao ser humano não podem esbarrar numa qualquer postura de indiferença do Estado. A sociedade se vê diante de novos dilemas e o direito positivo atual não dispõe de respostas precisas imediatas. Exemplo: direitos sucessórios daquele que nasce por inseminação artificial homóloga anos depois da morte do doador; aquele que nasce por meio de inseminação heteróloga *post mortem*, poderá ser simultaneamente herdeiro de dois pais? (9). São problemas que já se apresentam hodiernamente e que urge por respostas, mormente em relação ao objeto da presente tese, o destino e tratamento jurídico dos embriões excedentários e dos demais componentes que figuram no tratamento de reprodução humana assistida.

Vários países, na sequência do Relatório Warnock, editaram normas sobre reprodução humana assistida. Alemanha ("Embryonenschutzgesetz" – Lei relativa à proteção dos embriões, de dezembro de 1990); em Portugal, a Constituição impõe ao Estado, no art. 67, no âmbito da proteção da família, a regulamentação da procriação assistida, sendo depois promulgada lei específica sobre a matéria, a Lei nº 32 de 2006; na Espanha tem-se as Leis nº 35 e nº 42, de 1988; Holanda e França possuem normas específicas (17); na Espanha, desde 1988 há lei dispendo sobre a matéria (18). Na América Latina, a Argentina dispõe de dispositivos expressos no Código Civil de 2012, a

⁶ Segundo o relatório: "The development of science and medical technology in the field of human fertilisation opens up many new issues for the law. In vitro fertilisation, for example, has brought about situations not previously contemplated, in relation to which there is either no law at all., or such law as exists was designed for entirely different circumstances. We believe that new laws will be necessary to cope with the new techniques for alleviating infertility and their consequences, and to deal with the developments in research in the field of embryology. But we foresee real dangers in the law intervening too fast and too extensively in areas where there is no clear public consensus. Furthermore, both medical science and opinion within society may advance with startling rapidity." (16).



exemplo do artigo 19⁷, que cita o embrião *in vitro* e dos artigos 560 e seguintes, que versam sobre as regras relativas à filiação por técnicas de reprodução humana assistida.

No Brasil, o primeiro bebê de proveta, Anna Paula Bettencourt Caldeira, nasceu em 7 de outubro de 1984, portanto, há mais de trinta anos, e ainda não se dispõe de lei sobre a matéria. Além da propositura tardia, os primeiros projetos de lei datam do início da década de 90, a tramitação no Congresso Nacional é bastante demorada. Há bancadas extremamente conservadoras e fechadas a temas mais polêmicos, dentre os quais estão assuntos conexos a utilização de técnicas de RHA (fertilização *in vitro* e inseminação artificial).

Em meio a tantas polêmicas, emerge a discussão sobre o destino do embrião excedentário, aquele que não mais está inserido em um projeto de filiação. No Brasil, como se pode ver nos quadros abaixo, segundo dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa, somente no ano de 2014 foram criopreservados 47.810 (quarenta e sete mil, oitocentos e dez) embriões. É provável que este número seja ainda maior: estima-se que existam no país cerca de 130 (cento e trinta) bancos de células e tecidos germinativos (BCTGs), mas até 20 de fevereiro de 2015, apenas 106 (cento e seis) BCTGs haviam enviado os dados referentes à produção de embriões do ano 2014; sabe-se que existem clínicas que realizam esses procedimentos em João Pessoa, mas na relação não consta nenhuma clínica da Paraíba.

É impressionante também observar a pouca atenção que, aparentemente, é destinada à pesquisa. Apesar da Lei Nacional de Biossegurança e das Resoluções do Conselho Federal de Medicina permitirem já há muito tempo a destinação de embriões a pesquisa com células tronco, dos 47.810 (quarenta e sete mil, oitocentos e dez) zigotos supranumerários, ou seja, aqueles que foram criados em excesso e “sobraram” após se lograr êxito na gestação, apenas 227 (duzentos e vinte sete), menos de 5% (cinco por cento) foram doados para investigação científica.

⁷ “Artigo 19. **Começo da existência.** A existência da pessoa humana começa com a concepção no ventre materno. Em caso de técnicas de reprodução humana assistida, começa com a implantação do embrião na mulher, sem prejuízo do que preveja a lei especial para proteção do embrião não implantado” Código Civil Argentino de 2012.(Tradução nossa.)



Quadro 1. Resumo dos dados informados no SisEmbrio referentes a embriões congelados pelos BCTG segundo a Unidade Federativa (ano base: 2014).

Unidade Federada	Quantidade de serviços	Embriões congelados (%)		Embriões doados para pesquisa com células-tronco embrionárias (%)	
BA	2	1.116	2,33	0	0
CE	3	2.254	4,71	0	0
DF	3	1.175	2,46	0	0
ES	2	1.449	3,03	0	0
GO	3	1.402	2,93	0	0
MA	1	303	0,63	0	0
MT	1	591	1,24	0	0
MS	1	530	1,11	0	0
MG	12	3.421	7,16	0	0
PA	1	71	0,15	0	0
PR	13	1.920	4,02	0	0
PE	1	611	1,28	0	0
PI	2	800	1,67	0	0
RJ	9	7.019	14,68	0	0
RN	1	148	0,31	0	0
RS	6	2.918	6,10	0	0
SC	6	1.104	2,31	0	0
SP	37	20.690	43,27	227	100
SE	2	290	0,61	0	0
TOTAL	106	47.812		227	
106 47.812 227					

Fonte: SisEmbrio/Anvisa-2015.

O 9º Relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões – Sisembrio, referente às atividades exercidas no ano de 2015, divulgado em abril de 2016, demonstra expressivo aumento no número de embriões congelados ao mesmo tempo em que se verifica uma queda sensível no número de doações para pesquisa com células tronco embrionárias:



Quadro 2. Resumo dos dados informados no SisEmbrio referentes a embriões congelados pelos BCTG segundo a Unidade Federativa (ano base: 2015).

Unidade Federada	Quantidade de serviços	Embriões congelados		Embriões doados para pesquisa com células-tronco embrionárias (%)	
AM	1	180	0.27	0	0
BA	3	1.611	2.40	0	0
CE	3	1.459	2.17	0	0
DF	4	1.145	1.71	0	0
ES	3	1.435	2.14	0	0
GO	3	1.264	1.88	0	0
MA	2	786	1.17	0	0
MT	20	5.808	8.65	0	0
MS	2	903	1.64	0	0
MG	1	601	0.90	0	0
PA	2	614	0.91	0	0
PB	1	30	0.04	0	0
PR	14	2.411	3.59	0	0
PE	4	2.253	3.36	0	0
PI	1	843	1.26	0	0
RJ	12	8.324	12.40	0	0
RN	2	200	0.30	0	0
RS	10	4.122	6.14	27	56%
SC	8	1.461	2.18	0	0
SP	43	31.434	46.81	21	44%
SE	2	475	0.71	0	0
TOTAL	141	67.359		48	

Fonte: SisEmbrio/Anvisa-2015.

O SisEmbrio, Sistema Nacional de Produção de Embriões, foi criado em 2008, pela Resolução nº 29 da Diretoria Colegiada da Anvisa e atualizado pela Resolução da Diretoria Colegiada – RDC – nº 23/2011, com o objetivo de conhecer o número de embriões produzidos pelas clínicas de RHA, saber o quantitativo que foi utilizado, congelado e doado para pesquisa com células tronco embrionárias e publicizar todas estas informações. Apesar de ser uma excelente fonte, estima-se que estes dados ainda estejam aquém da realidade, pois depende das informações prestadas pelas clínicas e nem todas as clínicas existentes estão cadastradas na pesquisa. De qualquer modo, tem-se clara percepção da evolução dos números de procedimentos no cenário nacional.

Da análise dos dados publicados em relatórios anuais pelo sistema, verifica-se como tem crescido o número de procedimentos em RHA. O número de bancos de células e tecidos germinativos (BCTGs) passou de 91 em 2012 (19), para 93 em 2013 (20), para 106



em 2014 (21) e para 141 em 2015 (22). O número de ciclos de fertilização passou de 21.074 em 2012 (19) para 35.615 em 2015 (22). O número de oócitos produzidos também aumentou sensivelmente. Consequentemente, o acréscimo foi transferido para o quantitativo de embriões. O procedimento das clínicas é produzir o maior número de gametas femininos que puder, sendo então produzidos tantos embriões quanto possível.

Dos embriões produzidos, nem todos são transferidos para o útero feminino. Isto porque não há limites para que sejam criados, mas há na Resolução nº 2121/2015 do CFM o intervalo de 02 (dois) a 04 (quatro) zigotos, a depender da idade da genetriz, que deve ser respeitado pelos médicos e hospitais. Os embriões inviáveis são descartados e aqueles que forem viáveis, mas supranumerários, devem ser criopreservados pelo tempo mínimo determinado pela norma – 03 anos pelo art. 5º da lei de biossegurança ou 05 anos para resolução supracitada. Note-se que, somando os quatro períodos, tem-se 185.414 (cento e oitenta e cinco mil e quatrocentos e catorze) embriões excedentários que foram congelados no Brasil.

É preciso questionar acerca da real necessidade de criar todo este contingente de embriões supranumerários. O ideal seria, como ocorre na Alemanha, França e Itália, restringir, em regra, numericamente o número de ovócitos a serem fertilizados por ciclo e só excepcionalmente e por motivos clínicos produzir embriões supranumerários, ou mesmo como em Portugal, que não indica números, recomenda que os médicos usem de razoabilidade no manejo de técnicas reprodutivas. É forçoso pensar que, mas do que a ausência de limites taxativos, a superprodução, quase em escala mercantil, estaria relacionada aos custos e lucros relacionados com tratamentos e criopreservação. Todavia, fica claro que enquanto não existir regra jurídica que imponha limites, a produção de embriões excedentários continuará sendo regra e não exceção, restando os problemas das dúvidas e incertezas sobre o estatuto jurídico desses embriões.

Atualmente, o que há de concreto em termos normativos no Brasil é a Lei Nacional de Biossegurança, Lei nº 11.105/2005, que é uma lei que trata da pesquisa com organismos vivos e não dos tratamentos de reprodução humana, e a Res. nº 2121/2015 do Conselho Federal de Medicina, ainda que esta última seja uma norma administrativa com recomendações éticas aos profissionais da medicina, serve como orientação diante da ausência de lei específica.



Sobre a terminologia empregada, a Lei n.º 11.105/2005 menciona embriões congelados e embriões inviáveis, enquanto a Resolução n.º 33/2006 da Diretoria Colegiada da Anvisa, utilizar o termo “pré-embrião”, tal como proposto pelo Relatório Warnock (16): “produto da fusão de células germinativas até 14 dias após a fertilização, in vivo ou *in vitro*, quando do início da formação da estrutura que dará origem ao sistema nervoso”. Esta dupla terminologia, de certa forma, pode representar uma diversidade conceitual.

Os mandamentos das normas supracitadas não são suficientes para que se possa extrair deles uma definição acerca do estatuto jurídico do *embrião in vitro*, bem como dos gametas masculino e feminino, mas impõem limites éticos às finalidades de utilização e à pesquisa com células tronco embrionárias. Ambas levam ao entendimento de que os ovócitos femininos só devem ser fertilizados para fins de procriação. Lei 11.105/2005 traz regra sobre a utilização de embriões humanos em pesquisa com células tronco, dispondo que só será possível após 03 (três) anos de criopreservação ou se declarado inviável para reprodução, ao mesmo tempo, proíbe a tanto a clonagem terapêutica quanto a reprodutiva.

A Resolução do Conselho Federal de medicina, do mesmo modo, dispõe que o embrião deve ser criado para fins de reprodução humana, mas que o excedente pode ser doado para outras pessoas inférteis, destinados à pesquisa ou ao descarte, estas duas últimas possibilidades devendo ser precedidas de um período de criopreservação de 05 (cinco) anos ou declaração de inviabilidade. Em todos os casos demanda-se a autorização dos genitores.

No tocante às tentativas de edição de lei específica, até o momento, os seguintes projetos de lei tratando de matérias de RHA foram propostos no Brasil: PL 3638/93 (23) (situação: arquivado); PL 2855/1997 (24) (**Situação:** [apensado ao PL 1184/2003](#)); PL 90/99 (25) (Aprovada por Comissão em decisão terminativa, com destino à Câmara dos Deputados, desde 28/12/2007 encontra-se aguardando decisão da câmara); PL 4665/2001 (26) (**Situação:** [Apensado ao PL 2855/1997](#)); PL 6296/2002 (27) (**Situação:** [Apensado ao PL 1184/2003](#)); PL 120/2003 (28) (**Situação:** [Apensado ao PL 1184/2003](#)); PL 1135/2003 (29) (**Situação:** [Apensado ao PL 2855/1997](#)); PL 1184/2003 (30) (**Situação:** Aguardando Parecer do Relator na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania); PL 2061/2003 (31) (**Situação:** [Apensado ao PL 1184/2003](#)); PL



4555/2004 (32) (**Situação:** [Apensado ao PL 3055/2004](#)); PL 4686/2004 (33) (**Situação:** [Apensado ao PL 120/2003](#)); PL 4889/2005 (34) (**Situação:** [Apensado ao PL 1184/2003](#)); PL 5624/2005 (35) (**Situação:** [Apensado ao PL 1184/2003](#)); PL 6150/2005 (36) (**Situação:** Arquivada); PL 7701/2010 (37) (**Situação:** [Apensado ao PL 1184/2003](#)); PL 4892/2012 (38) (**Situação:** [Apensado ao PL 1184/2003](#)); PL 115/2015 (39) (**Situação:** apensado ao PL 4892/2012).

Dos projetos em tramitação atualmente, pode-se citar o projeto de lei – PL – nº 2061/2003, de autoria da Deputada Maninha, que dispõe que:

Art. 1º As técnicas de Reprodução Humana Assistida poderão ser utilizadas como um dos componentes auxiliares na resolução dos problemas de infertilidade humana, através dos serviços de saúde, públicos e privados, como forma de facilitar o processo de procriação, quando outras terapêuticas tenham sido ineficazes ou ineficientes para solução da situação de infertilidade.

No mesmo norte, o PL 1184/2003 reza que a RHA é permitida em caso de infertilidade ou de doenças ligadas ao sexo (art. 2º), porém restringe explicitamente os beneficiários a mulheres e casais. Mais recentemente, o PL 4892/2012, que aguarda votação no plenário da Câmara e teve os demais projetos nele apensados, define a RHA como técnicas médicas e cientificamente aceitas de modo a interferir diretamente no ato reprodutivo (art. 2º).

Diante deste cenário, observa-se que a ausência de legislação não é impedimento para a utilização crescente de técnicas de procriação medicamente assistida, cujos tratamentos vêm se realizando sob a égide de normas técnicas emitidas pelo Conselho Federal de Medicina. Todavia, não há como negar a existência de problemas e momentos de insegurança jurídica em virtude da falta de regulamentação. A título meramente exemplificativo, pode-se citar o desaparecimento de embriões criopreservados à época do fechamento da clínica do ex médico Roger Abdelmassih – que se auto intitulava o “doutor da vida”, havendo relatos de genitores que procuram matéria biológica congelada em número de até 10 (dez) unidades por família (40).

Enquanto a lei não é aprovada, é importante que os procedimentos sejam conduzidos pelas normas técnicas emitidas pelo órgão da classe médica, as resoluções do Conselho



Federal de Medicina, e norteados pelos princípios bioéticos da beneficência, não maleficência, justiça e responsabilidade.

Considerações finais

Ao final deste estudo, pode-se concluir que a atual compreensão de família no Brasil é livre de formas, fórmulas e funções, não sendo mais a procriação humana objetivo do núcleo familiar, mas tão somente uma das formas pelas quais este pode ser constituído. O planejamento familiar, de livre escolha do homem e da mulher, quando se revela no exercício de direitos reprodutivos positivos, pode esbarrar na infertilidade dos possíveis genitores, seja em virtude de doenças, de orientação sexual ou pelo estilo de vida a que se propôs, no caso de pessoas solteiras, e demandar de auxílio médico à procriação. Fala-se em reprodução humana assistida quando o tratamento indicado consistir no recurso a técnicas de inseminação artificial ou fertilização *in vitro*.

A procriação medicamente assistida não é fato recente, para muitos, é a chance de realizar o sonho da filiação. Ocorre que a ausência de norma jurídica específica no direito brasileiro tem proporcionado o surgimento de uma série de problemas, uns perceptíveis a curto prazo, outros não, que demandam urgentemente de solução. Atualmente, a única orientação normativa é dada por resoluções do Conselho Federal de Medicina, que prestam as devidas recomendações à classe médica, porém são normas técnicas apenas, não são normas gerais e abstratas nem vinculam juridicamente.

O descumprimento das recomendações contidas em uma resolução do CFM por si só implica apenas em infração à ética médica, não havendo determinação de penalidades a nível cível ou criminal. Estas só ocorrerão se o comportamento estiver previsto também na legislação em vigor ordenamento jurídico brasileiro. O fato é que o recurso aos tratamentos de RHA tem aumentado e, diante da ausência de lei, o debate ético se faz necessário.

Referências

1. Lôbo, P. Direito Civil: Famílias. 4.ed. São Paulo: Saraiva, 2011.
2. Costa, A P C A da; Pereira, A G D. Liberdade, Solidariedade e Família – Análise da Capacidade Real de Exercício do Planejamento Familiar Face à Necessidade de Utilização de Técnicas de Reprodução Humana Assistida. IN: Bier, Clerilei Aparecida; Plaza, José



Luiz Tortuero; Mezzaroba, Orides. III Encontro de Internacionalização do CONPEDI / Universidad Complutense de Madrid. p. 628-644.

3. Barboza, HH. A Filiação em face da inseminação artificial e da fertilização 'in vitro'. Rio de Janeiro: RENOVAR, 1993.

4. Fachin, LE. Inovação e Tradição no Direito Contemporâneo sob o Novo Código Civil Brasileiro. In: Bastos, Eliane Ferreira (coord.). Afeto e estudos familiares. Belo Horizonte: Del Rey, 2010.

5. Guedes, ACC; Sousa, CG., Costa, APCA, Medeiros, RA. Reprodução Humana Assistida Heteróloga nas Uniões Homoafetivas: garantia do direito à filiação In: Costa, Ana Paula Correia de Albuquerque da, Feitosa, Maria Luiza Alencar M., Medeiros, Robson Antão, Brito, Rodrigo Toscano de, Dantas, Erica S. B. (coords.) Rediscutindo a Constitucionalização do Direito Civil. 1 ed. João Pessoa: Editora da UFPB, 2014, p. 508-521.

6. Gama, GCN. A Nova Filiação: O Biodireito e as Relações Parentais: o estabelecimento da parentalidade-filiação e os efeitos jurídicos da reprodução assistida heteróloga. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

7. Fournier, V; Berthiau, D; D’Haussy, J; Bataille, P. Access to assisted reproductive technologies in France: the emergence of the patients’ voice. In: Medicine Health Care and Philosophy 16 (55–68), 2013.

8. Raposo, VL. O Direito à Imortalidade: o exercício de direitos reprodutivos mediante técnicas de reprodução assistida e o estatuto jurídico do embrião in vitro. Coimbra: Almedina, 2014.

9. Otero, P Personalidade e Identidade Pessoal e Genética do Ser Humano: um perfil constitucional da bioética. Coimbra: Almedina, 1999.

10. Araújo, F. A Proteção Assistida e o Problema da Santidade da Vida. Coimbra: Almedina, 1999.

11. Madaleno, R Curso de Direito de Família. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2009.

12. Maluf, ACRD. Curso de Bioética e Biodireito. São Paulo: Atlas. 2010.

13. Diniz, MH. O Estado Atual do Biodireito. 8.ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

14. Leite, EO. O direito do embrião humano: mito ou realidade? Revista de Ciências Jurídicas, ano 1, nº 1, p. 31-52, 1997.

15. Oliveira, G de Temas de Direito da Medicina. Coimbra: Coimbra Editora, 2005.

16. Department of Health and Social Security: Report of the Committee of Inquiry into Human Fertilization and Embryology (Warnock-Report). London, 1984.



17. Diniz, D; Avelino, D Cenário Internacional da Pesquisa em Células-Tronco Embrionárias. Revista de Saúde Pública 2009;43(3):541-7.
18. Monge, MP. La Filiación Derivada de Tecnicas de Reproducción Assistida. Madrid: Centro de Estudios Registrales, 2002.
19. Brasil, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 6º Relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões – Sisembrio. 2013.
20. _____. 7º Relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões – Sisembrio. 2014.
21. _____. 8º Relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões – Sisembrio. 2015.
22. _____. 9º Relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões – Sisembrio. 2016.
23. Brasil. Projeto de Lei nº 3638/93 (Luiz Moreira) Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetrmitacao?idProposicao=19976>>. Acesso em: 10 ago. 2015.
24. _____. Projeto de Lei nº 2855/97 (Confúcio Moura). Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetrmitacao?idProposicao=18719>>. Acesso em: 10 ago.2015.
25. _____. Projeto de Lei nº 90/99 (Lúcio Alcântara). Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/lucioalcantara/1999/projetos/reprodas.htm>>. Acesso em 10 ago. 2015.
26. _____. Projeto de Lei nº 4665/2001 (Lamartine Posella). Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetrmitacao?idProposicao=28415>>. Acesso em: 10 ago. 2015.
27. _____. Projeto de Lei nº 6296/2002 (Magno Malta). Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostraintegra?codteor=1281277&filena me=PL+6296/2012>_. Acesso em: 10 ago. 2015.
28. _____. Projeto de Lei nº 120/2003 (Roberto Pessoa). Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetrmitacao?idProposicao=104774>>. Acesso em: 10 ago.2015.
29. _____. Projeto de Lei nº 1135/2003 (Dr. Pinotti). Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetrmitacao?idProposicao=117461>>_. Acesso em: 10 ago.2015.
30. _____. Projeto de Lei nº 1184/2003 (Senado Federal). Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetrmitacao?idProposicao=118275>>_. Acesso em: 10 ago.2015.



31. _____. Projeto de Lei nº 2061/2003 (Maninha). Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=166567&filename=PL+2061/2003>. Acesso em: 10 ago.2015.
32. _____. Projeto de Lei nº 4555/2004 (Henrique Fontana). Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=255685&filename=PL+4555/2004>. Acesso em: 10 ago.2015.
33. _____. Projeto de Lei nº 4686/2004 (José Carlos Araújo). Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=259391&filename=PL+4686/2004>. Acesso em: 10 ago.2015.
34. _____. Projeto de Lei nº 4889/2005 (Salvador Zimbaldi). Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=282844&filename=PL+4889/2005>. Acesso em: 10 ago.2015.
35. _____. Projeto de Lei nº 5624/2005 (Neucimar Fraga). Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=322712&filename=PL+5624/2005>. Acesso em: 10 ago.2015.
36. _____. Projeto de Lei nº 6150/2005 (Osmânio Pereira). Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=353042&filename=PL+6150/2005>. Acesso em: 10 ago.2015.
37. _____. Projeto de Lei nº 7701/2010 (Dalva Figueirêdo). Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=792197&filename=PL+7701/2010>. Acesso em: 10 ago.2015.
38. _____. Projeto de Lei nº 4892/2012 (Eleuses Paiva). Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1051906&filename=PL+4892/2012>. Acesso em: 10 ago.2015.
39. _____. Projeto de Lei nº 115/2015 (Juscelino Rezende Filho). Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=9B70D2BA457259C2408555F488A6E40F.proposicoesWeb2?codteor=1300959&filename=Avulso+-PL+115/2015>. Acesso em: 30 nov. 2015.
40. <<http://g1.globo.com/fantastico/noticia/2014/12/mulheres-buscam-por-embrioes-fertilizados-na-clinica-de-abdelmassih.html>> Acesso em: 10 jan 2016.

Recebido em: 4/7/2016
Aprovado em: 19/9/2016

Como citar este artigo:

Costa APCA. Direitos reprodutivos, planejamento familiar e reprodução humana assistida no Brasil no atual estado da arte. *Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. 2016 jul./set, 5(3):80-103.