



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA-UEPB
PRÓ- REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA- PRPGP
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PRÁTICA JUDICANTE

ISABEL NAIR DE LIMA GUERRA AZEVEDO

**DIREITOS DE PARENTALIDADE E CESSÃO TEMPORÁRIA DO ÚTERO À LUZ
DA JURISPRUDÊNCIA PÁTRIA**

JOÃO PESSOA
2023

ISABEL NAIR DE LIMA GUERRA AZEVEDO

**DIREITOS DE PARENTALIDADE E CESSÃO TEMPORÁRIA DO ÚTERO À LUZ
DA JURISPRUDÊNCIA PÁTRIA**

Monografia apresentada à Banca de Defesa como pré-requisito para obtenção do título de especialista em Prática Judicante pelo Programa de Especialização em Prática Judicante da UEPB.

Orientadora: Prof. Dra. Ana Carolina Gondim de Albuquerque Oliveira

JOÃO PESSOA
2023

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

A994d Azevedo, Isabel Nair de Lima Guerra.
Direitos de parentalidade e cessão temporária de útero à luz da jurisprudência pátria [manuscrito] / Isabel Nair de Lima Guerra Azevedo. - 2023.
59 p.

Digitado.
Monografia (Especialização em Prática Judicante) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2023.
"Orientação : Profa. Dra. Ana Carolina Gondim de Albuquerque Oliveira , Departamento de Direito Público - CCJ.
"

1. Direito da parentalidade. 2. Cessão temporária de útero.
3. Reprodução assistida. I. Título

21. ed. CDD 346.017

ISABEL NAIR DE LIMA GUERRA AZEVEDO

**DIREITOS DE PARENTALIDADE E CESSÃO TEMPORÁRIA DO ÚTERO À LUZ
DA JURISPRUDÊNCIA PÁTRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso ao Programa Preparatório à Magistratura com Prática Judicial e Pós-Graduação em Prática Judicante da Escola Superior da Magistratura da Paraíba em convênio com a Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de especialista em Prática Judicante.
Área de concentração:

Aprovado(a) em: 17/01/2023
Nota:8,5 (oito e meio)

BANCA EXAMINADORA

ANA CAROLINA GONDIM DE
ALBUQUERQUE OLIVEIRA:02499571403

Assinado de forma digital por ANA CAROLINA
GONDIM DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA:02499571403
Dados: 2023.01.17 17:23:57 -03'00'

Profa. Dra. Ana Carolina Gondim de Albuquerque Oliveira
(Orientadora)

Fernanda Isabela O. Freitas

Profa. Dra. Fernanda Isabela Oliveira Freitas
(Examinadora)

KARINA PINTO
BRASILEIRO
WANDERLEY:075147
05465

Assinado de forma digital por
KARINA PINTO BRASILEIRO
WANDERLEY:07514705465
Dados: 2023.01.18 11:22:30
-03'00'

Profa. Ma. Karina Pinto Brasileiro Wanderley
(Examinadora)

Dedico este trabalho aos meus pais, Edivaldo e Maria do Perpétuo Socorro, que me auxiliaram em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Edivaldo e Maria do Perpétuo Socorro, pelo auxílio no decorrer da Residência;

Aos meus colegas de turma, pela cumplicidade;

A todos os professores da ESMA/PB, que nos ensinaram muito mais do que se pode expor em palavras e, em especial, à minha orientadora, Profa. Dra. Ana Carolina Gondim, maravilhosa e compreensiva, que muito me auxiliou no desenvolvimento deste trabalho.

RESUMO

Esta pesquisa teve por objetivo investigar os direitos de parentalidade através da cessão temporária de útero, à luz da jurisprudência pátria, a partir do exame dos aspectos conceituais, históricos e da tipologia de reprodução medicamente assistida. A pesquisa se justifica sob as perspectivas jurídica e social em razão da importância da família como base da sociedade e das transformações que ocasionaram, outrossim, novo entendimento do que é uma família a partir da ordem constitucional de 1988, sobretudo, em razão dos princípios da dignidade da pessoa humana, da não-discriminação e da afetividade. O reconhecimento de novos arranjos familiares, como das famílias homoafetivas e monoparentais, ensejou demandas inéditas no que tange aos direitos de parentalidade e de filiação. Para usufruir destes direitos, surgiu a utilização dos métodos de reprodução medicamente assistida e da cessão temporária de útero. Todavia, ainda não há legislação que discipline tais possibilidades. Essa lacuna enseja discussões doutrinárias e demandas judiciais. Para tanto, qual é a posição dos tribunais pátrios sobre a cessão temporária de útero e os consequentes direitos de parentalidade? Para responder ao problema, foi realizada pesquisa dedutiva, através de revisão de literatura sobre o tema. Ao final, constatou-se que é urgente sanar esta lacuna legal, posto que as resoluções vigentes do Conselho Federal de Medicina e as decisões dos Tribunais, em razão da crescente judicialização, não são suficientes para proporcionar segurança jurídica aos pais e mães que desejam concretizar seu direito de parentalidade.

Palavras-chaves: Cessão temporária de útero. Parentalidade. Reprodução assistida. Jurisprudência.

ABSTRACT

This research aimed to investigate the rights of parenthood through the temporary transfer of uterus, in the light of the jurisprudence of the country, from the examination of the conceptual, historical aspects and the typology of medically assisted reproduction. The research is justified under the legal and social perspectives due to the importance of the family as the basis of society and the transformations that caused, likewise, a new understanding of what a family is from the constitutional order of 1988, above all, due to the principles of dignity of the human person, non-discrimination and affection. The recognition of new family arrangements, such as homoaffective and single-parent families, gave rise to unprecedented demands regarding parental and filiation rights. In order to enjoy these rights, the use of medically assisted reproduction methods and the temporary transfer of the uterus emerged. However, there is still no legislation governing such possibilities. This gap gives rise to doctrinal discussions and legal demands. Therefore, what is the position of the national courts on the temporary transfer of uterus and the consequent parental rights? To respond to the problem, a deductive research was carried out, through a literature review on the subject. In the end, it was found that it is urgent to remedy this legal gap, since the current resolutions of the Federal Council of Medicine and the decisions of the Courts, due to the increasing judicialization, are not enough to provide legal security to fathers and mothers who wish to implement their right to parenthood.

Keywords: Temporary uterus assignment. Parenting. Assisted reproduction. Jurisprudence.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REPRODUÇÃO MEDICAMENTE ASSISTIDA	14
2.1 CONTEXTO HISTÓRICO DA REPRODUÇÃO MEDICAMENTE ASSISTIDA E AS RESOLUÇÕES DO CFM	17
2.2 REPRODUÇÃO MEDICAMENTE ASSISTIDA E SUA TIPOLOGIA	24
3 CESSÃO TEMPORÁRIA DE ÚTERO	31
4 FILIAÇÃO E PARENTALIDADE EM FACE DA CESSÃO TEMPORÁRIA DE ÚTERO	35
5 PERSPECTIVA DOS TRIBUNAIS SOBRE A CESSÃO TEMPORÁRIA DE ÚTERO E A RESOLUÇÃO Nº 2.320/2022 DO CFM	39
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS	51

1 INTRODUÇÃO

O objetivo da presente pesquisa é investigar os direitos de parentalidade e a cessão temporária de útero, à luz da jurisprudência pátria, a partir do exame dos aspectos conceituais, históricos e dos tipos de reprodução medicamente assistida. A pesquisa se justifica sob a perspectiva jurídica e social em razão da importância da família como base da sociedade. A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88) foi responsável pela ampliação do conceito de família, em virtude de o novo ordenamento constitucional valorizar o vínculo afetivo entre os familiares, além de reconhecer a união estável como unidade familiar, como também legitimar a família monoparental. Por conseguinte, as constantes transformações no seio social foram responsáveis por demandas pelo reconhecimento jurídico de novos tipos de unidades familiares não expressos na Constituição.

Diante disso, o Supremo Tribunal Federal (STF), fazendo uso do princípio da mutação constitucional, que consiste em um processo informal de reforma, através do qual são atribuídos novos sentidos ao texto constitucional, mediante atividade interpretativa, ampliou ainda mais as possibilidades de arranjos familiares reconhecidos juridicamente para além daqueles previstos no art. 266 da CRFB/1988, a exemplo da união homoafetiva.

Com isso, a ideia histórica de parentalidade e filiação também foi alterada, desfazendo-se a concepção de parentalidade completamente restrita, adotando-se modelos mais modernos e flexíveis, reconhecendo o valor jurídico da não-discriminação e do afeto, enquanto fator relevante da composição familiar e fundamento basilar de uma relação de parentesco.

Com isso em mente, devido ao nascimento de várias unidades familiares, uma nova demanda surgiu com a evolução da ciência e da sociedade: a capacidade de gerar filhos. O desejo da continuidade e perpetuação da descendência foram responsáveis por mudanças nas formas de alcançar o sonho da paternidade. Pesquisa realizada em 2019, pela Associação Brasileira de Reprodução Assistida (ABRA), atesta que a infertilidade conjugal afeta de 10 a 15% dos casais em idade reprodutiva no mundo. No Brasil, oito milhões de pessoas podem ser inférteis. As causas dessa infertilidade são muitas e podem ser femininas, masculinas ou ambas.

Além disso, o relatório do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais (DESA), das Nações Unidas (ONU), publicado em 2019, adverte sobre a baixa da taxa global de fertilidade nos últimos anos. A pesquisa revela uma queda de 3,2 nascimentos por mulher, em 1990, para 2,5, em 2019, projetando a continuidade da baixa da natalidade para 2,2 nascimentos por mulher, em 2050, sendo necessário um nível de fecundidade de 2,1 nascimentos por mulher para evitar o declínio da população.

Um dos mecanismos para sanar a impossibilidade de infertilidade e esterilidade dos casais ou outra impossibilidade de gerar filhos são as técnicas de reprodução medicamente assistida. Apesar de seus benefícios, essas técnicas também são responsáveis por várias discussões de ordem legal. No Brasil, não existe lei específica que discipline as técnicas de reprodução assistida, apesar da responsabilidade do Estado para incentivar e promover o desenvolvimento científico, como exposto no artigo 218, *caput*, da CRFB/88. Além da óbvia responsabilidade de legislar sobre a matéria, é imperioso que se estabeleçam diretrizes, conferindo segurança jurídica àqueles que decidam utilizá-la, transformando a reprodução humana assistida em um direito assegurado legalmente.

Com isso em mente, diante da omissão do Estado em formalizar legislação e, por conseguinte, garantir a segurança jurídica aos cidadãos, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou algumas resoluções tendo por objeto esta temática, a exemplo da Resolução nº 2.294/2021, que visa editar normas éticas, estabelecer princípios gerais para a utilização das técnicas de reprodução assistida e definir os usuários e as responsabilidades das clínicas, além de dispor acerca da doação e criopreservação de gametas e pré-embriões, bem como sobre a utilização de pré-embriões para diagnóstico e tratamento, estabelecendo, por fim, as normas para uma técnica peculiar: a cessão temporária de útero.

Aludida resolução dispõe, também, sobre a obrigatoriedade do consentimento informado a todos os pacientes submetidos às técnicas de reprodução assistida, inclusive, aos doadores, através de documento expresso em formulário especial, que deve ter a concordância escrita de quem vai se submeter à técnica, a gratuidade da doação, idade limite para doação (37 anos para a mulher e 45 anos para o homem), e sigilo de identidade de receptores e doadores, cujas determinações serão tratadas oportunamente ao longo do trabalho.

Atualmente, a Resolução nº 2.320/2022, do CFM, é responsável por adotar normas éticas para a utilização de técnicas de reprodução assistida sempre em defesa do aperfeiçoamento das práticas e da observância dos princípios éticos e bioéticos que ajudam a trazer maior segurança e eficácia a tratamentos e procedimentos médicos, tornando-se o dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos brasileiros e revogando a Resolução CFM nº 2.294, de 15 de junho de 2021, demonstrando as constantes evoluções das técnicas.

Isto posto, o presente manuscrito se norteia através do seguinte problema de pesquisa: diante do silêncio legislativo, qual o entendimento jurisprudencial pátrio sobre a cessão temporária de útero e os direitos de parentalidade advindos desta realidade? No Brasil, os procedimentos de cessão de útero não possuem disciplinamento legal, havendo lacuna normativa sobre o tema. O atual disciplinamento é a Resolução nº 2.320/2022, do CFM, que

permite a realização da cessão de útero apenas se existir problema médico que impeça ou dificulte a gestação, em caso de casais de união homoafetiva masculina e uma pessoa solteira que deseja ter filho. Além disso, estabelece que a cedente temporária do útero deve ter, ao menos, um filho vivo e pertencer à família de um dos parceiros em parentesco consanguíneo até o quarto grau. Os demais casos estão sujeitos à avaliação e autorização do CFM.

Outrossim, cumpre destacar que as antigas resoluções não permitiam que pessoas fora do vínculo familiar pudessem realizar o procedimento, contudo, em virtude da atualização com a Resolução nº 2.320/2022, isso é possível, desde que solicitada e avaliada pelo CFM, cujo assunto será aprofundado no decorrer da pesquisa.

Entretanto, apesar de ser uma técnica inovadora e esperançosa para muitos casais, sua aplicação trouxe várias discussões para o ordenamento jurídico, principalmente no tocante aos direitos de paternidade. Atualmente, os tribunais adotam o vínculo genético, atribuindo a maternidade ou paternidade ao doador do material genético, tendo em mente que, caso realizado o teste para investigação, constataria esse vínculo genético, culminando no reconhecimento dos efeitos sucessórios daí decorrente.

Contudo, vigora no Brasil a presunção de que a maternidade é certa, sendo indicada através de sinais externos, como a gravidez e o parto. Desse modo, como ainda não existe lei específica que discipline a matéria, cabe ao Poder Judiciário a análise dos casos concretos, tendo como prioridade o interesse da criança. Na presente pesquisa, vislumbra-se como as aplicações jurídicas já existentes devem sempre levar em conta a proteção da criança, de acordo com a CRFB/88, o Código Civil e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), assegurando a proteção da unidade familiar.

Por fim, mister se faz apontar a relação jurídica existente entre a gestante e os pais desejantes, destacando as principais discordâncias e analisando suas limitações e como se realizam no caso concreto, examinando algumas decisões judiciais decorrentes, verificando se há divergência entre estas e a Resolução nº 2.320/2022.

Ademais, para a contextualização e análise do problema, realizou-se um levantamento bibliográfico sobre a cessão temporária de útero, através de fontes científicas, procedentes de livros e artigos publicados em periódicos científicos nacionais e internacionais, assim como em legislações e outras fontes (revistas, sites, dentre outros) publicadas, bem como através da análise jurídica da Resolução nº 2.320/2022, do CFM, e de algumas decisões judiciais.

A pesquisa foi realizada no período de agosto a dezembro de 2022 e os estudos foram selecionados a partir dos descritores “cessão temporária de útero”, “técnicas de reprodução assistida”, “parentalidade e filiação na cessão temporária de útero”, “Resolução nº 2.320/2022,

CFM”, “Constituição federal e os avanços nas unidades familiares”, “atual conceito de família” e “decisões judiciais sobre cessão temporária de útero”. Utilizaram-se como critérios de inclusão resumos e artigos na íntegra publicados em português e espanhol. Como critério de exclusão, definiram-se as referências bibliográficas que não respondiam à questão norteadora.

Após o levantamento bibliográfico, utilizou-se a leitura exploratória com o intento de verificar a relevância das obras consultadas para o estudo. Posteriormente, procedeu-se à leitura reflexiva e interpretativa dos textos, com a finalidade de conferir significados mais amplos aos resultados obtidos e relacionar as ideias expressas nas obras consultadas com o problema pesquisado. Por fim, efetuou-se a síntese integradora do material investigado, que será apresentada em quatro categorias de análise, as quais dão título aos quatro capítulos que se seguem, respectivamente: ‘reprodução medicamente assistida’; ‘tipos de reprodução medicamente assistida’; ‘cessão temporária de útero, filiação e parentalidade em face da reprodução medicamente assistida’. No que se refere aos aspectos éticos, o estudo garante as citações das autorias e das fontes bibliográficas utilizadas para elaboração desta pesquisa.

2 REPRODUÇÃO MEDICAMENTE ASSISTIDA

Ante o conteúdo trazido pela pesquisa, mister se faz a conceituação de infertilidade e esterilidade, pois dizem respeito a diferentes problemas de saúde reprodutiva. A infertilidade consiste na ausência de gestação após o período de 12 (doze) meses tendo relações sexuais com frequência e sem uso de métodos contraceptivos. Já a esterilidade reside na incapacidade absoluta de engravidar. Nesse sentido, preceitua Machado (2005, p. 17):

Muito embora não seja correto, os termos esterilidade e infertilidade são usados indistintamente, para designar a incapacidade de reprodução. A esterilidade se caracteriza pela impossibilidade de ocorrer a fecundação numa situação irreversível. É a incapacidade definitiva para conceber [...]. A infertilidade é a capacidade de ter filhos vivos, sendo possível a fecundação e o desenvolvimento do embrião ou feto equivalente à hipofertilidade.

Com efeito, a capacidade de gerar filhos sempre foi um desejo e objetivo para muitos. Era também uma forma de empregar valor aos indivíduos, tratando-se, em sua maioria, de mulheres que, diante da sociedade machista da antiguidade, eram doutrinadas a acreditar que a esposa tinha apenas uma única obrigação e serventia: gerar filhos, fazendo com que a infertilidade se tornasse um verdadeiro tabu, responsável por atribuir a mulher a condição de pária social, excluída de seu meio e abandonada por seu cônjuge, pois a sua condição de infértil a tornava indigna de permanecer entre os seus. Desse modo, Gama (2003, p. 670) aduz que “[...] a esposa estéril poderia ser repudiada pelo marido em razão de sua impossibilidade para procriar, o que a tornava menos digna sob o prisma social e gregário”.

Além disso, naquela época, era permitido aos maridos manter relações sexuais com outras mulheres, além de sua esposa, com o objetivo de constituir sua prole, e, após o nascimento, a criança passaria a ter como mãe a mulher a esposa do pai. Mesmo não sendo a mãe biológica, seria obrigada a criá-lo(a) como seu(sua) filho(a), evidenciando a importância da continuidade familiar. Assim, Pussi (2007, p. 276) afirma que “[...] era permitido, inclusive, ao marido, utilizar-se de uma mulher estranha à relação conjugal como forma de gerar o filho, o qual passaria a pertencer ao casal, à mulher estéril e o marido fecundante”.

Diante disso, a importância dada à procriação naquela época era tão grande que se tornou responsável pelo desespero de muitas mulheres frente a possibilidade de serem abandonadas por seus familiares. Atualmente, os problemas de infertilidade e esterilidade se tornaram mais comuns e ‘tratáveis’, como demonstrado no Caderno de Atenção Básica à Saúde, produzido pelo Ministério da Saúde (MS), no qual, de acordo com a Organização Mundial da

Saúde (OMS), os números mundiais mostram que entre 8% e 15% dos casais têm algum problema de fertilidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Segundo Pussi (2007, p. 275):

A esterilidade fere como a morte, esta atinge a vida do corpo, aquela, a vida através da descendência. Ela rompe a cadeia do tempo que nos vincula àqueles que nos precederam e àqueles que nos sucederão; é a ruptura da cadeia que nos transcende e nos liga à imortalidade. O homem estéril é um excluído, o tempo lhe está contado, a morte que o esperará está sempre presente, a vida se abre sobre o nada. Sua rapidez, sua brutalidade, sua enormidade levam o homem, quase sempre, a negá-la, num primeiro momento.

Segundo o Ministério da Saúde (MS), apenas no Brasil, por volta de 278 mil casais, têm dificuldades para reproduzir, mesmo em idades férteis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Além disso, de acordo com o Manual da OMS sobre Padronização de Exames e Diagnóstico da Infertilidade em Casais, a cada ano, surgem 2 (dois) milhões de novos casos de infertilidade (CUNHA *et al.*, 2008, p. 201-210). Essa deficiência é definida como a incapacidade de um casal alcançar a concepção após 12 meses de relações sexuais regulares sem uso de contraceção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Assim, alguns doutrinadores como Farinati, Rigoni e Muller (2006, p. 433) definem a infertilidade como:

[...] capaz de gerar sentimento de culpa e vergonha podendo levar a pessoa a alienação e isolamento. Uma considerável queda na autoestima, acompanhada de sentimentos de inferioridade, pode implantar quadros importantes de depressão e de ansiedade elevada, desencadeando muitas vezes severas perturbações emocionais, perturbações na esfera da sexualidade e, também, dos relacionamentos conjugais.

Com isso, a reprodução humana assistida surgiu como uma forma de auxiliar esses casais com problemas reprodutivos a realizarem o sonho da paternidade. Nesse norte de compreensão, França (2001, p. 88) estabelece que a reprodução humana assistida é o “[...] conjunto de procedimentos tendentes a contribuir na resolução dos problemas da infertilidade humana, facilitando o processo de procriação quando outras terapêuticas ou condutas tenham sido ineficazes para a solução e obtenção da gravidez desejada”. Além disso, a expressão ‘reprodução assistida’ consiste em todas as possibilidades de fertilização decorrentes de forma assexuada, ou seja, sem a necessidade de relação sexual. Nesse diapasão, Boscaro (2002, p. 88) infere que:

[...] todas as hipóteses em que a fecundação ocorrer por forma diversa da relação sexual entre os genitores da criança e especialmente porque as expressões ‘fecundação artificial’ ou ‘inseminação artificial’, comumente utilizadas para a designação genérica de quaisquer das formas de reprodução assistida, apenas se referem à pioneira dessas técnicas, consistente em fecundar o óvulo, ainda nas entranhas da

mulher, pela introdução artificial de gametas masculinos, por método diverso da relação sexual.

As constantes transformações na sociedade vêm reformulando o conceito de família, sendo responsáveis pelo nascimento de famílias monoparentais e homoafetivas, que, diante da óbvia incapacidade de reprodução do casal e a vontade de alguns de ter filhos, mesmo sem um companheiro, fez com que técnicas de reprodução assistida se tornassem a solução para realizar o sonho da paternidade e da maternidade

A reprodução assistida, através de suas técnicas, foi desenvolvida com o intuito de auxiliar os casais a realizarem o sonho da paternidade. Seu objetivo é possibilitar, de forma segura, a geração de uma criança a casais homoafetivos, indivíduos interessados em reprodução independente, que consiste na forma de mulheres poderem engravidar sem a necessidade de um parceiro sexual masculino, e, famílias com doenças pré-existentes. As técnicas são conhecidas no processo de gestação como inseminação, intrauterina (ou artificial), a Fertilização *In Vitro* (FIV), a Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI), a doação de óvulos e a cessão temporária de útero.

Importante destacar que as sobreditas técnicas também são responsáveis por várias discussões de ordem legal e moral, envolvendo opiniões pessoais com orientações religiosas proferidas por aqueles que representam o povo no Congresso e, que em virtude de seu cargo, exercem influência na política do país, demonstrando que certos direitos, ainda que fundamentais, preconizados no artigo 226, §7º, da CRFB/88, no qual impera que o planejamento familiar é de livre decisão do casal e tem por base os princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável (BRASIL, 1988), encontram limites no campo prático, sendo responsável por não existir, ainda, uma lei específica que regule as técnicas de reprodução assistida no ordenamento jurídico brasileiro, apesar da crescente demanda da população por elas.

Destaque-se, inclusive, que, apesar da inovação trazida pelas referidas técnicas, sua aplicação trouxe várias discussões, principalmente no tocante aos direitos de paternidade, os quais serão discutidos oportunamente nesta pesquisa. Outro empecilho para a reprodução assistida é o seu alcance a todos os cidadãos, tendo em vista que, em média, os procedimentos oscilam entre R\$ 3.000,00 (três mil reais) a R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), mas, caso seja necessário o uso de banco de sêmen, o valor pode até dobrar (CLÍNICA GERA, 2022). Assim, a utilização dessa técnica pela população menos abastada fica mais dificultada, devendo buscar o tratamento de forma independente, através do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ressalte-se, por oportuno, que, por meio do SUS, conforme a Portaria nº 426/2005 do Ministério da Saúde, é possível realizar gratuitamente tratamentos de reprodução assistida, tais como a fertilização *in vitro*, inseminação intrauterina, indução da ovulação, coito programado e injeção intracitoplasmática de espermatozoide, entre outros. Desse modo, dispõe o art. 1º da Portaria em comento:

Art. 1º - Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão (BRASIL, 2005).

Entretanto, estudos vêm demonstrando que a assistência ao paciente infértil nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) tem sido, muitas vezes, ausente ou de baixa resolubilidade. Diante disso, fica evidente que os profissionais não estão indicando pacientes com maiores complexidades para atendimento com especialistas ou para a realização do tratamento, cuja situação acaba por causar a não realização das ações voltadas à infertilidade e esterilidade em 72,9% dos municípios, indicando, assim, a falha do SUS e o desconhecimento dos próprios profissionais sobre a realização da reprodução humana pelo SUS ou um conhecimento insuficiente que têm prejudicado a assistência dos usuários (COSTA *et al.*, 2010).

2.1 CONTEXTO HISTÓRICO DA REPRODUÇÃO MEDICAMENTE ASSISTIDA E AS RESOLUÇÕES DO CFM

Relatos históricos demonstram que a descoberta, por alguns povos, sobre a sexualidade e reprodução, em especial no que concerne à reprodução das plantas, ocorreu nos primórdios da civilização, sendo a técnica de inseminação artificial realizada pelos árabes e babilônicos na reprodução de palmeiras, buscando-se conseguir maiores quantidades de frutos (GAMA, 2003).

Em 1.332, há registro da primeira inseminação artificial realizada em equinos pelos árabes como estratégia de combate durante as guerras (FERNANDES, 2000). Entretanto, a primeira inseminação reconhecida pela comunidade científica foi realizada por Lázaro Spalanzani, um cientista italiano que utilizou o sêmen de cachorro macho e o aplicou em uma cadela no cio, gerando, assim, três filhotes no ano de 1779 (GAMA, 2003).

Somente no século XVII foram obtidos os primeiros resultados referentes à inseminação em humanos, realizada por um médico inglês conhecido como John Hunter, que foi capaz de introjetar o sêmen no útero (PUSSI, 2007). Apesar de sua técnica inovadora e muito usada nos anos de 1970, devido a sua falta de precisão, não se obteve muitos casos exitosos. Enquanto

isso, na França, em 1833, houve um avanço que levou à primeira inseminação artificial homóloga. Além disso, nos Estados Unidos, em 1834, ocorreu também o surgimento da técnica heteróloga (PUSSE, 2007).

Em 1980, com o avanço tecnológico e o aparecimento da técnica de fertilização *in vitro*, a técnica de inseminação artificial foi temporariamente esquecida pelos cientistas e considerada arcaica. Nesse mesmo ano, Walter Heape, um zoólogo e embriologista britânico, foi o primeiro capaz de realizar a transferência bem-sucedida de embriões de mamíferos, razão pela qual ficou muito famoso na comunidade científica e no mundo. Sua técnica consistia em coletar embriões depois da cruzada entre uma coelha doadora e um macho da mesma raça e, então, a partir disso, realizar a transferência desses embriões para outra fêmea de diferente espécie que tinha cruzado recentemente. No resultado de sua pesquisa, nasceram seis coelhos, sendo dois deles pertencentes à mesma espécie da fêmea doadora. Com isso, ficou comprovada a possibilidade fisiológica de recuperar um estágio embrionário de pré-implantação de uma fêmea por meio de lavagem do oviduto e, então, transferir o embrião para outra fêmea, sem prejudicar o seu desenvolvimento. Entretanto, apenas em 20 de julho de 1978, na Inglaterra, os cientistas britânicos Robert Edwards e Patrick Steptoe, após anos de pesquisa, foram responsáveis pelo maior acontecimento na seara de avanços em reprodução humana: o nascimento de Louise Brown, o primeiro ser humano proveniente de uma reprodução *in vitro* (PUSSE, 2007).

Com o nascimento de Louise, nasceu também uma nova era na reprodução humana. Estima-se que, após seu nascimento, mais de 3,5 milhões de bebês nasceram por meio de tratamentos que testemunhavam uma verdadeira revolução tecnológica. Naquela época, as chances de se ter um bebê por meio dessa técnica não passavam de 5% do total das tentativas. Atualmente, o número é até seis vezes maior. Segundo Dados da Sociedade Americana de Fertilidade, até os anos de 1960, o índice de infertilidade no mundo variava entre 10% e 15% da população. Hoje, os patamares oscilam entre 25% e 30%. No mesmo ano, fazendo uso de experimentos similares, na Índia, também nasceu o segundo bebê provindo de experimentos. Por fim, o terceiro bebê a nascer de forma exitosa foi na Escócia. Em 1981, nos Estados Unidos, nasce Elizabeth Carr, pelo método de fertilização *in vitro*, dando início às demandas de intervenções na enfermagem (PUSSE, 2007).

No Brasil, o primeiro sucesso de reprodução assistida ocorreu em 07 de outubro de 1984, com o nascimento de Ana Paula. Esse avanço foi o início de uma reviravolta na forma de constituição de família na vida dos brasileiros, principalmente, para os casais homoafetivos e pessoas sem um companheiro masculino, possibilitando não só atenuar infertilidade, como também, criar novos arranjos familiares (PUSSE, 2007).

O assunto é bem discutido, embora ainda não haja legislação para regulá-lo, muito diferente de países como a Espanha, que já possuem uma legislação específica para tratar sobre o tema. Assim, em razão da inércia do Legislativo, foi atribuída a competência ao Conselho Federal de Medicina para elaborar as normas éticas e princípios no uso das técnicas de reprodução assistida, em virtude da crescente demanda da população para utilizá-las.

Nas resoluções elaboradas pelo CFM, foi estabelecido que a cessão de útero no Brasil proíbe expressamente a comercialização, sendo possível apenas que ocorra de forma gratuita e altruísta, aliada a outros requisitos exigidos. A primeira normativa elaborada foi a Resolução de nº 1.358/92. Nesta, foram estabelecidos princípios gerais que embasaram as técnicas de reprodução assistida, quais sejam:

1 -As técnicas de Reprodução Assistida (RA) têm o papel de auxiliar na resolução dos problemas de infertilidade humana, facilitando o processo de procriação quando outras terapêuticas tenham sido ineficazes ou ineficientes para a solução da situação atual de infertilidade. 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. 3 -O consentimento informado será obrigatório e extensivo aos pacientes inférteis e doadores. Os aspectos médicos envolvendo todas as circunstâncias da aplicação de uma técnica de RA serão detalhadamente expostos, assim como os resultados já 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 em formulário especial, e estará completo com a concordância, por escrito, da paciente ou do casal infértil. 4 - As técnicas de RA não devem ser aplicadas com a intenção de selecionar o sexo 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 seja a procriação humana (CFM, 1992).

Essa resolução foi responsável por proibir a onerosidade da cessão de útero, estabelecendo que os fornecedores e os receptores não deveriam conhecer as identidades uns dos outros. Trouxe, também, a regra de que os dados dos envolvidos seriam mantidos em sigilo, a exceção exclusiva de profissionais médicos diante de situações excepcionais, resguardado o sigilo da identidade civil, conforme se depreende abaixo:

IV - DOAÇÃO DE GAMETAS OU PRÉ-EMBRIÕES

- 1 - A doação nunca terá caráter lucrativa ou comercial.
- 2 - Os doadores não devem conhecer a identidade dos receptores e vice-versa.
- 3 - Obrigatoriamente será mantido o sigilo sobre a identidade dos doadores de gametas e pré-embriões, assim 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.
- 4 - 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.

5 - Na região de localização da unidade, o registro das gestações evitará que um doador tenha produzido mais que 2 (duas) gestações, de sexos diferentes, numa área de um milhão de habitantes (CFM, 1992).

Após 18 anos de vigência, a Resolução nº 1.358/92, do CFM, foi revogada e substituída pela Resolução nº 1.957/2010. Aludida normativa foi implementada devido aos avanços científicos e às modificações de comportamento social, exigindo maior adaptabilidade, ou seja, uma regra mais atualizada. A nova resolução foi responsável por determinar a criopreservação de embriões produzidos em laboratório, devendo os cônjuges ou companheiros determinarem a destinação dos pré-embriões expressamente. Além disso, a nova resolução inaugura o instituto da reprodução assistida *post mortem*, que possibilita a utilização do material genético criopreservado, desde que haja autorização específica prévia do parceiro falecido (CFM, 2010), como demonstrado:

V - CRIOPRESERVAÇÃO DE GAMETAS OU EMBRIÕES

- 1 - As clínicas, centros ou serviços podem criopreservar espermatozoides, óvulos e embriões.
- 2 - Do número total de embriões produzidos em laboratório, os excedentes, viáveis, serão criopreservados.
- 3 - No momento da criopreservação, os cônjuges ou companheiros devem expressar sua vontade, por escrito, quanto ao destino que será dado aos pré-embriões criopreservados em caso de divórcio, doenças graves ou falecimento de um deles ou de ambos, e quando desejam doá-los (CFM, 2010).

VIII - REPRODUÇÃO ASSISTIDA POST MORTEM

Não constitui ilícito ético a reprodução assistida post mortem desde que haja autorização prévia específica do(a) falecido(a) para o uso do material biológico criopreservado, de acordo com a legislação vigente (CFM, 2010).

Com a vigência da Lei de Biossegurança, autorizando o descarte dos embriões congelados, e, diante do cenário inovador da reprodução assistida, a Resolução nº 1.957/2010 acabou sendo revogada pela Resolução nº 2.013/2013, que inaugurou a idade limite da mulher para a utilização da reprodução assistida. Contudo, a principal mudança trazida pela nova resolução está na possibilidade de casais homoafetivos e pessoas solteiras poderem fazer uso desses procedimentos, *in verbis*:

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 (CFM, 2013).

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; 8 segundo grau – irmã/avó; terceiro grau – tia; quarto grau – prima), em todos os casos respeitada a idade limite de até 50 anos (CFM, 2013).

Em 2015, a comissão de revisão do CFM optou por instituir uma nova resolução, observando os avanços das técnicas e a atenção aos princípios éticos e bioéticos, e, assim, a Resolução nº 2.013/2013 acabou sendo revogada pela Resolução nº 2.121/2015. Nessa nova atualização, foi abordado o limite de idade das pacientes de até 50 (cinquenta) anos, como forma de garantir a saúde da mulher, em razão das inúmeras complicações inerentes à gravidez. Eis o texto da resolução em comento:

I - PRINCÍPIOS GERAIS

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

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

3 - As exceções ao limite de 50 anos para participação do procedimento serão determinadas, com fundamentos técnicos e científicos, pelo médico responsável e após esclarecimento quanto aos riscos envolvidos (CFM, 2015).

Em seguida, a Resolução nº 2.121/2015 foi revogada pela Resolução nº 2.168/2017, que sobreveio com o intuito de esclarecer as normas éticas no uso das técnicas, destacando-se que, de todas as resoluções, foi a que mais sofreu modificações. No que concerne à cessão temporária de útero, foi permitido que fosse realizada por parentes até o 4º (quarto) grau, que anteriormente era apenas até o 2º (segundo) grau. Além disso, a resolução de 2017 manteve a possibilidade da cessão de útero, popularmente nominada ‘barriga solidária’, desde que comprovado um problema de ordem médica que impeça a gestação no útero da própria doadora genética (mãe genética). Casos outros devem ser submetidos a avaliação do CFM, conforme se verifica abaixo:

VII SOBRE A GESTAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO (CESSÃO TEMPORÁRIA DO ÚTERO)

As clínicas, centros ou serviços de reprodução assistida 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, em união homoafetiva ou pessoa solteira.

1. A cedente temporária do útero deve pertencer à família de um dos parceiros em parentesco consanguíneo até o quarto grau (primeiro grau mãe/filha; segundo grau avó/irmã; terceiro grau tia/sobrinha; quarto grau prima). Demais casos estão sujeitos à autorização do Conselho Regional de Medicina (CFM, 2017).

Cumprido destacar que, em 2020, a Resolução nº 2.168/2017 sofreu nova modificação através da Resolução nº 2.283, para se adequar ao ordenamento jurídico pátrio, evitando que interpretações contrárias acontecessem. Tendo isso em mente, foi alterado o item 2, do inciso II, passando a permitir a utilização da gestação de substituição para as pessoas heterossexuais, homoafetivos e transgêneros, abaixo transcrito:

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, conforme legislação vigente.
2. É permitido o uso das técnicas de RA para heterossexuais, homoafetivos e transgêneros (CFM, 2020).

Posteriormente, a Resolução nº 2.168/2017 foi revogada pela Resolução nº 2.294/2021, que atualizou as normas éticas na utilização das técnicas, trazendo uma nova visão e razão da reprodução assistida, a qual deixa de ser apenas um instrumento contra a infertilidade e passa a entrar na esfera do planejamento familiar, através da preservação de gametas, embriões e tecidos germinativos, como também a preservação social, no que diz respeito ao congelamento de gametas de pessoas saudáveis para uma possível reprodução posterior.

Uma das inovações trazidas pela Resolução nº 2.294/2021 consiste na delimitação na quantidade de embriões a serem transferidos, de acordo com a idade da receptora e as características cromossômicas do embrião, o que diminui as chances de uma gravidez múltipla, *in verbis*:

NORMAS ÉTICAS PARA A UTILIZAÇÃO DAS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA

I- PRINCÍPIOS GERAIS

7. Quanto ao número de embriões a serem transferidos, fazem-se as seguintes determinações, de acordo com a idade: a) mulheres com até 37 (trinta e sete) anos: até 2 (dois) embriões;
- b) mulheres com mais de 37 (trinta e sete) anos: até 3 (três) embriões;
- c) em caso de embriões euploides ao diagnóstico genético; até 2 (dois) embriões, independentemente da idade;
- e d) nas situações de doação de oócitos, considera-se a idade da doadora no momento de sua coleta (CFM, 2021).

Atualmente, a normativa responsável por ditar as regras sobre reprodução humana é a Resolução nº 2.320/2022, do CFM, que manteve o princípio de que as técnicas de reprodução

assistida podem ser utilizadas, desde que exista possibilidade de sucesso e baixa probabilidade de risco grave à saúde da paciente ou do possível descendente, consoante se verifica a seguir:

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 no processo de procriação.
- 2.As técnicas de reprodução assistida podem ser utilizadas para doação de gametas e para preservação de gametas, embriões e tecidos germinativos por razões médicas e não médicas.
- 3.As técnicas de reprodução assistida podem ser utilizadas, desde que exista possibilidade de sucesso e baixa probabilidade de risco grave à saúde do(a) paciente ou do possível descendente (CFM, 2022).

A resolução em comento permite que as técnicas de reprodução possam ser realizadas em pessoas de diversas orientações sexuais ou identidade de gênero, a exemplo dos heterossexuais, homoafetivos e transexuais transgêneros. Além disso, passou a permitir a possibilidade de gestação compartilhada em união homoafetiva feminina, ou seja, o embrião obtido a partir da fecundação do(s) oócito(s) de uma mulher é transferido para o útero de sua parceira. Eis o teor da normativa:

I - PACIENTES DAS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA

- 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 reprodução assistida, desde que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos, conforme legislação vigente.
- 2.É permitida a gestação compartilhada em união homoafetiva feminina. Considera-se gestação compartilhada a situação em que o embrião obtido a partir da fecundação do(s) oócito(s) de uma mulher é transferido para o útero de sua parceira (CFM, 2022).

Com efeito, houve mudanças significativas trazidas pela nova Resolução, como a retirada da obrigatoriedade de produzir no máximo 08 (oito) embriões, que estava presente na Resolução passada. Na atual Resolução, o número de embriões gerados em laboratório será comunicado aos pacientes que, a partir disso, decidirão a quantidade a ser transferida e os excedentes que deverão ser criopreservados, de acordo com o item V, da Resolução supracitada:

V - CRIOPRESERVAÇÃO DE GAMETAS OU EMBRIÕES

O número total de embriões gerados em laboratório será comunicado aos pacientes para que decidam quantos embriões serão transferidos a fresco, conforme determina esta Resolução. Os excedentes viáveis devem ser criopreservados (CFM, 2022).

Destaca-se, ainda, que a atualização trouxe a desnecessidade de autorização judicial para o descarte de embriões e a permissão nos laudos de análise genética para informar sobre o sexo

do embrião. Além disso, foi incluído que a doadora de óvulos ou embriões não pode ser a cedente temporária do útero:

IV – DOAÇÃO DE GAMETAS OU EMBRIÕES

1.A doação não pode ter caráter lucrativo ou comercial.

2.Os doadores não devem conhecer a identidade dos receptores e vice-versa, exceto na doação de gametas ou embriões para parentesco de até 4º (quarto) grau, de um dos receptores (primeiro grau: pais e filhos; segundo grau: avós e irmãos; terceiro grau: tios e sobrinhos; quarto grau: primos), desde que não incorra em consanguinidade.

2.1. Deve constar em prontuário o relatório médico atestando a adequação da saúde física e mental de todos os envolvidos.

2.2.A doadora de óvulos ou embriões não pode ser a cedente temporária do útero (CFM, 2022).

Diante disso, é claro que o silêncio do Legislativo sobre o assunto atribuiu, de certa forma, às Resoluções do Conselho Federal de Medicina, o dever de suprir as lacunas legais existentes, apesar de essas resoluções não terem força legal para dirimi-las. Uma das maiores dificuldades na legislação sobre a matéria seriam as suas constantes evoluções, como se verifica nas diversas atualizações das resoluções do CFM, o que, por si só, causa preocupação, pois é improvável que o legislador consiga exaurir todos os aspectos diante da evolução da ciência. Conforme o Dossiê Reprodução Humana Assistida (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2003, p.50):

Deve-se constatar, no Brasil, a inexistência de legislação específica quanto à questão da reprodução assistida e afins e uma ambiguidade em termos de instâncias de competências em nível governamental para avaliação e normatização. As técnicas de RHA constituem matéria de normatização pelas associações profissionais, pelas instâncias de ciência e tecnologia, de políticas de saúde, de várias comissões (biossegurança, biotecnologia, ética em pesquisa) da vigilância sanitária, de diversas secretarias nacionais que apresentam um quadro fragmentado e pouco claro, em termos de a quem compete a regulamentação e a normatização, e em qual universo ético-político de decisão.

Entretanto, o legislador não poderia se eximir de legislar sobre essa matéria, em virtude da sua importância para a sociedade, sobretudo para que não seja necessário recorrer apenas às Resoluções do CFM. Isto posto, é necessário que haja uma regulamentação das técnicas, considerando que a cada ano é mais procurada a sua utilização.

2.2 REPRODUÇÃO MEDICAMENTE ASSISTIDA E SUA TIPOLOGIA

Para garantir a melhor compreensão das técnicas abordadas, mister se faz esclarecer as maneiras por meio das quais ocorrem a reprodução medicamente assistida, a qual possui duas

formas: homóloga e heteróloga. A reprodução assistida homóloga ocorre quando os espermatozoides e óvulos são provenientes de um casal (MACHADO, 2005). Para Azevedo (2019), a fecundação homóloga ocorre quando embrião é constituído do espermatozoide do marido ou do companheiro e aplicado no óvulo da esposa ou da companheira, no próprio corpo desta. Sendo assim, não há o que discutir quanto à parentalidade (AZEVEDO, 2019). Já a fecundação heteróloga ocorre por meio de doadores em clínicas especializadas, ou seja, a inseminação artificial será heteróloga quando os espermatozoides ou o óvulo utilizado vier de um doador estranho ao casal. É denominada doação de gametas. Nesse sentido, Azevedo (2019, p. 372) preceitua:

A fecundação heteróloga é, desse modo, a que se realiza com a coleta do material, próprio ou alheio (sêmen e óvulo próprios ou alheios, sêmen próprio e óvulo alheio ou vice-versa), com a resultante de embriões, para implantação em útero alheio, ou, ainda, em útero próprio, com material alheio (sêmen e óvulo; sêmen ou óvulo).

Para aqueles que sofrem com problemas relacionados à infertilidade e esterilidade, a procura pela fecundação heteróloga é a mais elevada, considerando ser um processo que envolve mais pessoas, além dos envolvidos na inseminação, possibilitando que um casal ou uma pessoa que queira construir uma família monoparental possa realizar o procedimento.

Segundo o CFM, para realizar esse tipo de fecundação, deve haver o consentimento do marido ou companheiro, o qual pode ser não escrito, entretanto, expresso, antes da realização do procedimento, embora o CFM recomende que seja escrito. Finalizado o procedimento, o doador é afastado da qualidade de pai e será estabelecida a filiação socioafetiva com o companheiro, desde o momento da concepção.

Finalizada a implantação do óvulo, não se admite retratação e a autorização não possui duração infinita, diante da possibilidade do fim da união estável ou casamento. Caso o casal decida se separar, é possível que haja a revogação do pedido, desde que não tenha ocorrido a implantação do embrião no ventre da mulher. Nesse desiderato, Dias (2015, p. 648) aduz que:

Depois da implantação do óvulo, o consentimento não admite retratação, pois já se encontra em andamento a gestação. No entanto, a autorização não pode ter duração infinita, cabendo figurar a hipótese de divórcio ou fim da união estável. Separado o casal, é necessário reconhecer a possibilidade de revogação do consentimento, contanto que ocorra antes da implantação do embrião no ventre da mulher.

Nesse liame de compreensão, pode-se dizer que o vínculo familiar da criança nascida por meio de fecundação heteróloga é socioafetivo, não havendo qualquer pretensão de vínculo de parentesco com o doador do semêm. Segundo Costa (2000, p. 163):

[...] nos casos em que houve fecundação heteróloga, com o consentimento do companheiro, gerado o novo ser, este tem a sua dignidade reconhecida. [...] De modo a poder-se concluir pela preclusão do direito do homem que consentiu com a inseminação artificial heteróloga em sua mulher a impugnar posteriormente a paternidade, que é presumida.

Outrossim, importa considerar que as técnicas de reprodução assistida são conhecidas no processo de gestação como: inseminação intrauterina (ou artificial), fertilização *in vitro* (FIV), Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI)²⁰, doação de óvulos, criopreservação e cessão temporária de útero. A inseminação artificial consiste na técnica em que espermatozoides são selecionados por meio de cultura e implantados mediante sonda nas vias genitais da mulher. De acordo com Pessini e Barchifontaine, (1991, p. 220):

Inseminação Artificial (AI) consiste na transferência mecânica de espermatozoides, que foram recolhidos e tratados, para o interior do aparelho genital feminino. A Transferência Intratubária de Gametas (GIFT) é a técnica pela qual os dois tipos de gametas (espermatozoides e ovócitos previamente isolados) são transferidos para o interior das trompas uterinas de modo a que só aí se dá a sua fusão. A fecundação se dará *in vivo*. Na Transferência Intratubária de Zigotos (ZIFT) ambos os tipos de gametas são colocados *in vitro* em condições apropriadas para a sua fusão. O zigoto ou zigotos resultantes são transferidos para as trompas uterinas. No caso da Fecundação *in vitro* a Transferência de Embriões (FIVETE) os zigotos continuam a ser incubados *in vitro*, ou seja, no mesmo meio em que surgiram, até que se dê a segmentação. O embrião ou embriões resultantes serão transferidos para o útero ou para trompas. Este tipo de fecundação gera o bebê de proveta.

A sobredita técnica é uma das que possuem baixo custo comparadas às demais existentes, em virtude da sua baixa complexidade, entretanto, o procedimento completo é composto por diversas etapas, como explica o Instituto Biomédico de Aprimoramento Profissional (IBAP):

A primeira é a estimulação da ovulação para alcançar o desenvolvimento de vários folículos conjuntamente com o monitoramento ecográfico. Este controle permite conhecer o número e tamanho dos folículos à medida que estes vão se desenvolvendo. Após os folículos alcançarem certo tamanho, aplica-se uma injeção de HCG que permite chegar à completa maturidade e à ovulação. Aproximadamente 36 horas depois desta aplicação pode ser efetuada a inseminação. Para isso, é preciso que o par entregue uma amostra do sêmen ou este material seja conseguido através de uma doação. Posteriormente, o sêmen é processado com o objetivo de separar os espermatozoides de boa qualidade e estes serão depositados na cavidade uterina mediante um cateter fino (IBAP, [s/d], p.10).

Segundo Urban (2003), a inseminação é muito utilizada em casos de alteração anatômica (útero didelfo, por exemplo), alteração funcional do gameta masculino

(oligoastenospermia) ou até mesmo presença de anticorpos antiespermatozóides. Estima-se que o nível de sucesso da inseminação artificial é de 16% a 20%.

A fertilização *in vitro* (FIV), conforme Álvares (2015), é um modo de reprodução medicamente assistida, cujo procedimento reside na coleta dos gametas masculinos e femininos, assim como gametas de doadores quando a mulher ou o homem não produz, para que a fecundação seja realizada em laboratório. As chances de o tratamento dar certo dependem de diversos fatores, porém o índice de êxito do tratamento é de 40% a 66%. Essa técnica é realizada fora do útero, ou seja, os gametas masculinos e femininos são unidos em laboratório, e, logo após, ocorre a implantação do embrião no útero da escolhida, dando continuidade ao desenvolvimento natural.

Apesar de ser uma técnica mais cara, segundo o 12º Relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões (SisEmbrio), realizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em 2018, ocorreram 43.098 ciclos de fertilização *in vitro*, o que evidencia um crescimento de 18,7 % comparado ao ano de 2017 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Por fim, não há garantias que o tratamento dará certo e que esse fato é um dos principais causadores de estresse. Todos os procedimentos supramencionados alteram a rotina do casal, mas, principalmente, da mulher, pois a quantidade de hormônios que são colocados em seu organismo causa alterações de humor e maior sensibilidade (FONSECA, 2015).

A Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI), segundo Souza e Alves (2016), trata-se de uma derivação da fertilização *in vitro*, cuja fecundação ocorre em um laboratório, por meio de micro manipuladores que injetam o espermatozoide diretamente no óvulo. Desse modo, Soligo (2017, p. 130) destaca:

A ICSI é uma técnica de fecundação avançada que integra a FIV. Para sua realização, é necessário um equipamento denominado micro manipulador de gametas porque as dimensões dos espermatozoides e dos óvulos são microscópicas. Depois da coleta e preparo em laboratório dos óvulos e dos espermatozoides, ambos são colocados em meio de cultura e mantidos em uma placa de cultivo. O embriologista, com o auxílio de uma agulha extremamente fina, seleciona cada um dos melhores espermatozoides, captura-o com uma agulha e o injeta diretamente dentro da membrana do óvulo, aumentando significativamente as chances de fecundação e a qualidade dos embriões formados.

Até 1984, pessoas com infertilidade masculina severa não poderiam fazer o procedimento de fertilização *in vitro* clássico, então, com o desenvolvimento ICSI, esse problema foi revertido, pois, diferente da fertilização *in vitro*, na ICSI, o espermatozoide passa por uma análise e, posteriormente, o melhor entre os coletados é utilizado na fecundação, o que

colabora para uma taxa de sucesso de 3% a 60%, dependendo de fatores como idade e qualidade dos gametas. Santos (2010, p. 40) corrobora afirmando que:

[...] mesmo se injetando um espermatozoide no interior de um ovócito maduro (quando o núcleo se encontra em metáfase II), pode haver uma taxa de insucesso significativa. A não ocorrência de fertilização com a utilização da ICSI pode estar relacionada a fatores como: presença de radicais livres no sêmen, anormalidades cromossômicas e defeitos proteicos na superfície dos gametas ou na organização de sua cromatina. Embora a fisiologia desse baixo resultado pós-ICSI ainda não seja compreendida, há evidências de que alterações bioquímicas ou até mesmo moleculares inerentes ao espermatozoide sejam mais importantes que a morfologia espermática.

A doação de óvulos é conceituada por Santos (2010) como uma técnica, através da qual uma mulher recebe o óvulo de outra para que seja capaz de gerar um filho. Em termos médicos, esse procedimento é conhecido como ovodoação, sendo o gameta feminino recebido por uma mulher e doado por outra (SILVA, 2018). Trata-se de um procedimento muito mais caro e, devido a esse fato, como forma de auxiliar as mulheres com o desejo da maternidade, algumas clínicas oferecem o tratamento, através de um procedimento chamado “*egg-sharing*”, no qual mulheres que realizam tratamento para infertilidade permitem a doação de seus óvulos, compartilhando-os com outras mulheres que também realizam o tratamento contra infertilidade, fazendo com que o procedimento seja bem menos oneroso (SANTOS, 2010). Salienta-se que a doação de óvulos, assim como os espermatozoides, deve ser realizada de forma anônima e gratuita, segundo estabelece a Resolução nº 2.294/2021, sendo vedada qualquer forma de compensação onerosa por essa ação.

A criopreservação, apesar de não ser uma técnica de reprodução humana propriamente dita, é uma forma de manter a fertilidade em alguns casos. Segundo a clínica especializada em criopreservação Huntington Procriar:

[...] o método consiste no congelamento em temperaturas ideais dos tecidos e células que compõem o óvulo ou embrião já formado. As duas técnicas mais conhecidas são de criopreservação dos ovócitos e do embrião. A primeira é compreendida como congelamento dos óvulos, sem a necessidade de ter sido fecundado anteriormente, pode ser usada de duas formas: congelamento de óvulo excedentes “em ciclos de fertilização *in vitro*, quando o casal quer fertilizar poucos óvulos para evitar a criopreservação de embriões e para a preservação do gameta feminino”, pois evita o “envelhecimento” (PRÓ-CRIAR MEDICINA REPRODUTIVA, [s/a], [s/p]).

Com as mudanças sociais e a maior participação da mulher no mercado de trabalho, muitas optaram por realizar a maternidade tardia, o que significa que, hoje, a criopreservação tem aumentado exponencialmente. Nesse procedimento, os gametas são congelados a fim de evitar o envelhecimento ou sua perda, o que possibilita o uso futuro do material genético

guardado. Segundo Silva (2006), esse método também é utilizado por mulheres com doenças que necessitam de tratamentos mais agressivos, como quimioterapia, que podem vir a causar a perda da possibilidade de se reproduzirem de forma tradicional, restando apenas as técnicas de reprodução assistida.

Por fim, a cessão temporária de útero, segundo Leite (1995), possui seus primeiros registros datados de 1963, no Japão e, de 1975, nos Estados Unidos. Nesse sentido, Silva (2011, p. 120) assere que:

[...] gestação substituição ou mãe substituta é entendida por muitos doutrinadores como sendo o ato pelo qual uma mulher cede seu útero para a gestação do filho de outra, a quem a criança deverá ser entregue após o nascimento, assumindo a mulher desejosa ou fornecedora do material genético a condição de mãe.

Cumprido destacar que essa técnica ainda não possui previsão legal no ordenamento jurídico brasileiro, não havendo, portanto, um termo unificado, fazendo surgir várias nomenclaturas. Terminologias como a ‘cessão temporária de útero’, ‘maternidade de substituição’, ‘útero de empréstimo’, ‘gravidez de substituição’, ‘gravidez por sub-rogação’ e a nomenclatura popular ‘barriga de aluguel’ são muito usadas para descrever essa técnica, a qual, na maioria das vezes, é realizada por meio de fertilização *in vitro*, sendo os gametas femininos e masculinos dos pais preparados em laboratório e, posteriormente, implantados no útero da mulher que irá gestar. Conforme Dantas e Chaves (2018), devido ao receio de que a mulher hospedeira resista a entregar a criança, o método realizado por meio de FIV é usado como regra, apesar do modo natural ser menos oneroso e ter menos riscos à saúde, assunto que será posteriormente discutido com maior profundidade.

O atual regimento tratando sobre o assunto é a Resolução nº 2.320/2022, do CFM, que permite a realização do referido procedimento apenas se houver problema médico que impeça ou dificulte a gestação, nos casos de casais em união homoafetiva masculina ou de uma pessoa solteira que deseja ter filho. Além disso, estabelece que a “doação temporária de útero” deverá ser gratuita, conforme se depreende abaixo:

VII. 1 - A cedente temporária do útero deve ter ao menos um filho vivo e pertencer à família de um dos parceiros em parentesco consanguíneo até o quarto grau. Demais casos estão sujeitos a avaliação e autorização do Conselho Regional de Medicina (CFM, 2022).

Importa ressaltar que as antigas resoluções não permitiam que pessoas fora do vínculo familiar pudessem realizar o procedimento, contudo, em virtude da atualização da Resolução

nº 2.320/2022, isso é possível, desde que solicitada e avaliada pelo CFM, cujo assunto será abordado posteriormente.

A Resolução nº 2.320/2022, do CFM, visa editar normas éticas, estabelecer princípios gerais para a utilização das técnicas de reprodução assistida, definindo os usuários e as responsabilidades das clínicas, além de dispor sobre a doação e criopreservação de gametas e pré-embriões, assim como sobre a utilização de pré-embriões para diagnóstico e tratamento, estabelecendo as normas a respeito da cessão temporária de útero.

Por fim, ao analisar o desenvolvimento das técnicas, é inegável o crescimento acelerado das tecnologias na esfera da reprodução assistida, entretanto, apesar do grande significado para a ciência, esses avanços causam cada vez mais implicações éticas, jurídicas e sociais, como por exemplo, a criopreservação dos embriões ou a reprodução assistida *post-mortem*, que será apenas autorizada, quando especificado pelo falecido o uso de seu material biológico criopreservado.

3 CESSÃO TEMPORÁRIA DE ÚTERO

Para Presgrave e Araújo (2018, p. 10- 32), a cessão temporária de útero consiste em uma prática utilizada:

[...] quando o indivíduo ou o casal, por não conseguir levar a gravidez a termo, recorrem a uma mulher capaz de gestar a criança, entregando-a após o parto. Para tanto, é celebrado um contrato entre as partes dispondo sobre o acordo realizado, direitos e deveres dos envolvidos e aspectos formais referentes ao procedimento e à filiação da criança a ser gerada.

Atualmente, a cessão de útero é buscada por unidades familiares monoparentais, principalmente, quando a mulher não pode produzir óvulos, mesmo que possua um útero considerado saudável, quando não existe o útero ou há alguma lesão ou outras doenças capazes de impossibilitar a gestação, ou, nos casos dos casais homoafetivos, quando não é possível que a gravidez se concretize pelos métodos tradicionais. Em consonância com Bueno e Menezes (2015, p. 24):

As principais causas da busca desta solução são devido a ausência do útero (congenita – Ex: Síndrome de Roktanski) ou adquirida (histerectomia – Ex: Câncer de ovário em idade jovem – onde se faz a pan-histerectomia com criopreservação do ovário contralateral sadio), insuficiência renal grave ou diabetes insulino-dependente grave e mioma uterino de grandes proporções em mulher de idade jovem onde é necessário realizar a histerectomia total.

Como já citado, essa técnica ainda não possui previsão legal, o que significa que não há um termo unificado. Ademais, também pode ser conhecida como ‘gestação de substituição’, ‘útero emprestado’, ‘doação provisória de útero’ ou ‘barriga de aluguel’, sendo esse último termo condenado por parte da doutrina, que acredita trazer uma ideia de lucratividade para a doação, o que ainda não é permitido no ordenamento pátrio.

Com efeito, Dias (2016) afirma que a gestação por substituição corresponde a um negócio jurídico de comportamento, culminando à parturiente obrigações de fazer e não fazer, combinado com a obrigação de dar, correspondente à entrega do bebê à mãe intencional. Sob outro viés de compreensão, Gozzo e Ligiera (2016, p. 8) preconizam que há:

[...] a possibilidade de uma gestação por substituição, onde uma mulher pode estar grávida sem necessariamente ser a mãe da criança, da mesma forma que a mãe intencional, isto é, doadora do óvulo, não esteja gerando o feto em seu ventre. Sendo assim, a maternidade hodierna não é definida pela gravidez e pelo parto, como ocorria antigamente.

Na antiguidade, existia uma imposição exclusiva da mulher com a maternidade, que era vista como uma característica da feminidade, o que foi responsável por criar um conceito irreal da maternidade, atribuindo à mulher a obrigação de nascer com o ‘dom de ser mãe’, entretanto, nem todas as mulheres possuem esse desejo. Apesar disso, há também aquelas que sonham com a maternidade, entretanto, devido a problemas no sistema reprodutor, são incapazes de concretizar seu sonho, o que faz com a cessão de útero seja uma saída para realizar esse desejo.

Pode-se apontar que a gestação de substituição é um assunto com muitas divergências na doutrina, sendo uma das maiores polêmicas a presunção jurídica *mater semper certa est*, que significa a certeza da maternidade. Essa presunção trouxe a dúvida sobre a maternidade entre a parturiente e a mãe intencional. De acordo com as autoras Gozzo e Ligiera (2016, p. 8), “[...] o referido brocardo romano se referia ao fato de que a “*gestatrix*” (quem gerou a criança) obrigatoriamente também era a “*genetrix*” (quem forneceu o material genético)”.

Segundo Madaleno (2020), existem duas modalidades de maternidade de substituição advindas da cessão uterina, a saber: a mãe portadora, que apenas cede seu útero, recepcionando o embrião gerado pelo material genético do casal contratante ou de um doador anônimo; e a mãe de substituição, que, além de se dispor a gerar a criança, também cede seu óvulo, ocorrendo uma situação de inseminação heteróloga com o doador conhecido. Além disso, a cessão de útero pode ser classificada de duas formas: gratuita e remuneratória. Ocorre que a cessão de modo gratuito é a única aceita e regulamentada no Brasil, conforme a Resolução do CFM, o que torna a de caráter remuneratório proibida.

Outra polêmica na utilização dessa técnica está justamente no fato de que, mesmo a cessão de modo gratuito, ainda não é totalmente aceita pelos doutrinadores. Muitos deles são relutantes em aceitá-la, em virtude da ideia de tratar o infante como objeto de contrato e a prática de ‘aluguel’ do útero da hospedeira, ou seja, a gestante hospedeira estaria dispondo do seu útero para a comercialização, o que não é permitido no país, conforme supramencionado. Esse argumento encontra sua justificação no art. 13 do Código de Civil, segundo o qual “salvo por exigência médica, é defeso o ato de disposição do próprio corpo, quando importar diminuição permanente da integridade física, ou contrariar os bons costumes” (BRASIL, 2002).

Também existe uma corrente de entendimento que alega ser a gestação por substituição uma afronta direta ao art. 199, § 4º, da CRFB/88, que dispõe sobre a proibição à comercialização de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados (BRASIL, 1988). Destaca-se, nesse sentido, autoras como Dias (2015, 2016) e Diniz (2002), que são contra a prática da técnica em comento. Para Dias (2016, p. 649): “[...] os negócios jurídicos

firmados sobre o tema serão sempre nulos, por ilicitude do objeto, haja vista que uma criança não pode ser objeto de contrato”. Argumenta a autora, além disso, que a prática de gestação por substituição representa um ilícito penal previsto no art. 242 do Código Penal, que pune a prática de dar parto alheio como próprio e registrar como seu filho de outrem (DIAS, 2016).

Por sua vez, Diniz (2002, p. 505) argumenta no sentido de que a cessão temporária de útero é “[...] uma ofensa à dignidade da mulher, por levar ao “meretrício do útero”, por degradar a mulher a mero organismo reprodutor e mercenário e por haver instrumentalização da mulher como organismo sexual, por ofender a dignidade e a integridade psíquica do nascido”.

Diante disso é, também, primoroso apontar a discussão trazida por Maluf (2010, p. 169-171), que faz uma análise sobre o tema ao discutir acerca da validade dos contratos de gestação, considerando tratar-se “[...] de compra e venda de menor; possibilidade de gerar um consentimento viciado por parte da gestante baseado em ganância”. Ainda, afirma de modo contundente que “[...] tratar-se de procedimento ilegal o contrato oneroso de gestação substituta”. Aludido autor parte da ideia de que a cessão de útero afronta os princípios constitucionais da cidadania, da dignidade da pessoa humana, bem como o melhor interesse da criança. Ainda afirma que estes princípios devem prevalecer sobre quaisquer outros. Seria, então, uma forma encontrada por Maluf (2010) para desestimular a prática da gestação de substituição, em razão não apenas da defesa do direito, mas, igualmente, da defesa da ética “[...], tendo em vista a prática predatória do homem no sentido de coisificar o seu semelhante” (*Ibidem*, p. 171).

Em contrapartida, há também os que defendem a prática, pois:

[...] apesar de a autodeterminação encontrar limites na lei, o fato de uma mulher ceder temporariamente seu útero para gerar o filho de outrem não fere, necessariamente, os dispositivos legais. Isso porque, se não houver redução permanente da integridade corporal da gestante, bem como afronta a sua dignidade, ou ainda comercialização do corpo humano, a cessão de seu útero não estará enquadrada nas hipóteses legais proibitivas (CARDIN; GUERRA; SANTOS, 2015, p. 79).

Os defensores da técnica de cessão de útero trazem uma visão mais solidária do processo, ao afirmarem que:

[...] na realidade, a gestação por substituição revela seu altruístico e humanitário, pois colabora para concretização do direito ao planejamento familiar e possibilita a geração de uma vida. No que tange à criança, a esta serão garantidos todos os direitos inerentes à filiação, independentemente da forma como foi concebida. Há que se respeitar, da mesma forma, seu melhor interesse, garantindo que se desenvolva em ambiente propício para seu pleno desenvolvimento (CABRAL, PIMENTEL, CARVALHO, 2017, p. 55)

E, por fim, cumpre destacar o entendimento de Madaleno (2020, p. 965), ao argumentar que:

[...] nem tanto importa a verdade biológica, mas muito mais o conjunto de verdades que construiram e irão construir a personalidade estática e principalmente a personalidade dinâmica da criança no transcurso de sua vida, buscando o julgador a total harmonia dos interesses do infante em vinculação com seu interesse familiar.

Ou seja, em casos de conflitos entre hospedeira e os contratantes, a lide sempre deverá ser resolvida considerando as particularidades e o melhor interesse da criança. Diante do exposto, é óbvio que a cessão do útero trouxe uma esperança e saída para aqueles incapazes de gerar vidas pelo método natural. Entretanto, muito ainda se discute sobre a sua prática, nascendo, assim, diversas opiniões, contrárias e favoráveis, que corroborada pela ausência de um tipo legal permitindo e regulamentando a prática, faz com que a cessão temporária de útero ocupe um plano fático.

4 FILIAÇÃO E PARENTALIDADE EM FACE DA CESSÃO TEMPORÁRIA DE ÚTERO

Em consonância com os ensinamentos de Lôbo (2008, p. 192), filiação trata-se de um “[...] conceito relacional; é a relação de parentesco que se estabelece entre duas pessoas, umas das quais nascida da outra, ou adotada, ou vinculada mediante posse de estado de filiação ou por concepção derivada de inseminação artificial heteróloga”. Por sua vez, Silva (1997) define a filiação, do latim *filatio* (filiação), na terminologia jurídica, como empregado para distinguir a relação de parentesco que se estabelece entre as pessoas que deram a vida a um ente humano e este.

A filiação, pois, é fundada no fato da procriação, pela qual se evidencia o estado de filho, indicativo do vínculo natural ou consanguíneo firmado entre o gerado e seus progenitores. É, assim, a indicação do parentesco entre os pais e os filhos, considerados na ordem ascensional, destes para os primeiros, da qual também procedem, em ordem inversa, os estados de pai (paternidade) e de mãe (maternidade).

No Brasil, desde a época da colônia, a filiação e a parentalidade sempre foram amplamente discutidas no ordenamento jurídico. Consoante Aguiar (2005), influenciada pelo cristianismo, as ordenações filipinas passaram a dar mais importância à consanguinidade, que ensejou a ideia de legitimidade, fazendo com que nascesse a distinção da filiação legítima, nascida dentro do casamento, e a ilegítima. Em 1916, no Código Civil, ainda havia conflito entre a filiação nascida de um casamento reconhecido e a filiação constituída por adultério, na qual o filho do casal reconhecido tinha mais direitos na partilha de bens na sucessão, entre outros direitos que eram negados aos filhos ilegítimos.

Naquela época, também nasceram as teorias de presunção de parentalidade, na qual a filiação materna se presumia pelo parto e a criança nascida, surgindo, assim, a expressão *mater semper certa est*, que significa ‘não há dúvida sobre a filiação materna’. Já a paternidade era estabelecida através da presunção do ato sexual, quando havia a concepção e o nascimento da criança, nascendo a expressão *pater is est quem justae nuptia demonstrat*, que significa ‘a presunção de coabitação e fidelidade da esposa’, a qual estabelece a paternidade do filho, havido dentro do casamento, pelo marido da mulher casada.

Apenas no século XX a legislação brasileira passou a estabelecer a igualdade entre os filhos. Com a CRFB/88, conhecida por priorizar os direitos humanos, em seu artigo art. 227, § 6º, proibiu-se qualquer discriminação relativa à filiação (BRASIL, 1988). Entretanto, mesmo trazendo essas alterações, a nova Constituição não tratou sobre as formas de filiação da técnica

de reprodução assistida, já que nesse período as técnicas ainda não eram tão desenvolvidas. Eis o teor do art. 227, §6º, da CRFB/88:

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. (Redação dada Pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010)

§ 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 (BRASIL, 1988).

Contudo, desde 1984, após o nascimento do primeiro bebê por meio da reprodução assistida no Brasil, muitos debates sobre o assunto foram responsáveis por mudanças significativas no conceito de parentalidade e filiação, oportunizando a evolução da bioética no ordenamento jurídico. Nesse sentido, o Código Civil de 2002, em seu artigo 1.597, diante da crescente demanda da população, resolveu tratar a questão da filiação de forma igualitária, inaugurando a previsão dos filhos tidos por meios da assistência das técnicas de reprodução assistida, conforme se verifica abaixo:

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

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 (BRASIL, 2002).

Entretanto, apesar dessa evolução, a cessão temporária de útero não foi prevista, e, diante do silêncio legislativo, coube ao CFM a elaboração de orientações, que estabeleceram que os filhos serão daqueles que idealizaram o projeto de fertilização.

Ressalte-se, contudo, que é possível perceber não ter havido preocupação do legislador na abordagem mais profunda do tema, pecando sobre como utilizar as técnicas de inseminação artificial e preocupando-se apenas com as questões inerentes à paternidade. Ocorre que o artigo supracitado apenas elenca situações sobre casais que optam pela inseminação, como, por exemplo, ao exigir o prévio consentimento do companheiro na fecundação heteróloga, esquecendo-se de abordar outras questões que envolvem essa fecundação, a exemplo da cessão temporária de útero. Nesse desiderato, é interessante a leitura do Enunciado nº 104 da I Jornada de Direito Civil:

Art. 1.597: No âmbito das técnicas de reprodução assistida envolvendo o emprego de material fecundante de terceiros, o pressuposto fático da relação sexual é substituído pela vontade (ou eventualmente pelo risco da situação jurídica matrimonial) juridicamente qualificada, gerando presunção absoluta ou relativa de paternidade no que tange ao marido da mãe da criança concebida, dependendo da manifestação expressa (ou implícita) da vontade no curso do casamento (CONSELHO DE JUSTIÇA FEDERAL, 2012, p. 27).

A cessão temporária de útero se trata de um tipo de fecundação heteróloga, que consiste na sub-rogação do útero de outrem, colocando em dúvida a teoria da presunção da maternidade. Em conformidade com os ensinamentos de Leite (1995, p. 66), a cessão temporária de útero consiste em “[...] apelar a uma terceira pessoa para assegurar a gestação quando o útero materno não possibilita o desenvolvimento adequado do bebê ou ainda quando esta gestação oferece riscos à vida da própria mãe”. Devido a sua natureza não ortodoxa, a cessão é responsável por discussões quanto à filiação e parentalidade, fazendo com que a ausência de uma legislação específica inflame ainda mais as ideias. Diniz (2002) traz o seguinte questionamento e contextualização:

Enfim, o que teria mais valor; o conteúdo genético transmitido ao filho ou o vínculo afetivo criado entre a gestante e o feto? Mereceria o repúdio aquela que enfrentou o ônus físico e psicológico da gestação e do parto? Julgamos que deverá o legislador optar pela prevalência da presunção da paternidade e da maternidade em prol do casal que idealizou o nascimento; o filho, aos olhos da lei, dele será, mesmo que o material genético não seja seu, pouco importando que tenha sido ou não gerado no útero da esposa ou se ela forneceu o óvulo, fecundado pelo sêmen do marido ou de terceiro e gestado no ventre de outra mulher. O filho deverá ser, portanto, daqueles que decidiram e quiseram o seu nascimento, por ser deles a vontade procriacional.

Ainda, na perspectiva de Leite (1995, p. 68), considerando a questão ética:

[...] a entrega da criança após o parto constitui inevitavelmente um momento difícil de ser vivido pela mãe de substituição. A gravidez é vivida – pela maioria das mulheres – como um período de feliz plenitude. Imagine-se as sensações vivenciadas pela mãe de substituição durante 9 meses sabendo que ao término da gravidez terá de enfrentar o doloroso momento da entrega de um ser que, naturalmente, lhe pertence. Até que ponto é justificável a entrega desta criança? E o cônjuge e os filhos da mãe de substituição, como acreditar que eles aceitam bem esta gravidez que lhes é estrangeira? Como convencê-los a encarar com naturalidade que ela carrega um bebê que será abandonado a outro casal, ao fim de 9 meses?

Como exposto, trata-se de um assunto polêmico e com muitas opiniões divergentes. Alguns doutrinadores ainda preferem adotar a teoria da presunção de que a maternidade é certa, sendo indicada através de sinais externos, como a gravidez e o parto, conforme corrobora Machado (2012, p. 101), ao asserir que o parto é prova da maternidade, assim como a gestação.

No entanto, como ainda não existe lei específica que aborde o caso, cabe ao Poder Judiciário a sua análise, tendo como prioridade o interesse da criança.

Outros doutrinadores, a exemplo de Aguiar (2005) e Gama (2003), defendem a relativização do princípio da presunção *mater semper cesta est*, sendo mantida somente em relação ao parto decorrente da atividade sexual dos parceiros, pois a mãe geradora pode não ser a mãe genética. Assim, o desejo, a maternidade e a gravidez se dissociam, dada a impossibilidade de gestar.

No que se refere à paternidade, por se tratar de uma fecundação heteróloga, aplicam-se as regras do art. 1.597 do Código Civil (2002), destacado pelo Enunciado nº 520, da V Jornada de Direito Civil, segundo o qual: “[...] o conhecimento da ausência de vínculo biológico e a posse de estado de filho obstam a contestação da paternidade presumida” (CONSELHO DE JUSTIÇA FEDERAL, 2012, p. 83). Por seu turno, o Enunciado nº 258, da III Jornada de Direito Civil, consubstancia: “Não cabe a ação prevista no art. 1.601 do Código Civil se a filiação tiver origem em reprodução assistida heteróloga, autorizada pelo marido nos termos do inc. V do art. 1.597, cuja paternidade configura presunção absoluta” (CONSELHO DE JUSTIÇA FEDERAL, 2012, p. 69).

Diante da anuência do companheiro, presume-se a paternidade, segundo Azevedo (2019, p. 357):

O art. 1597, V, ao presumir concebido na constância do casamento o filho havido por inseminação artificial heteróloga, com prévia autorização do marido, acaba admitindo uma origem parcialmente biológica desse filho, pois o marido que autorizar a reprodução humana assistida com utilização de sêmen alheio, será um pai exclusivamente socioafetivo, o que não poderá ser impugnado por investigação de paternidade posterior, uma vez que a lei autoriza o aludido procedimento artificial.

Atualmente, os tribunais adotam o vínculo genético, atribuindo a maternidade ou paternidade ao doador do material genético, tendo em mente que, caso realizado o teste para investigação, constataria esse vínculo genético, culminando no reconhecimento dos efeitos sucessórios daí decorrente. De acordo com Gama (2003), a vontade, inserida no projeto parental, aliada à contribuição de outras pessoas, deverá servir de pressuposto que substitui a relação sexual.

5 PERSPECTIVA DOS TRIBUNAIS SOBRE A CESSÃO TEMPORÁRIA DE ÚTERO E A RESOLUÇÃO Nº 2.320/2022 DO CFM

O tema cessão temporária de útero ainda é pouco discutido nos tribunais. A maioria dos casos se debruça sobre as dificuldades enfrentadas pelos pais no registro da criança, os quais, muitas das vezes, veem-se obrigados a recorrer ao Poder Judiciário em face daquela que concordou com a substituição ou nos casos em que se faz necessária a aplicação da exceção às regras trazidas por resolução do CFM. Diante disso, apresentar-se-ão alguns julgados, analisando-os à luz da Resolução nº 2.320/2022, do CFM, os quais discutem sobre os temas inerentes à cessão temporária de útero e às modalidades de fecundação heteróloga:

A Primeira Turma Cível manteve a decisão que indeferiu pedido, efetuado por casal doador de material genético, para retificar o registro civil e excluir o nome da mulher que cedeu temporariamente o útero para a gestação. In casu, dois homens, casados, realizaram um procedimento de inseminação caseiro com a anuência de uma amiga que emprestou o útero para a gestação. Coletaram material genético de ambos em um mesmo recipiente e em seguida injetaram no canal vaginal da cedente. Gerada a criança, o cartório registrou a certidão de nascimento com os nomes da mulher e de um dos doadores. Por isso, o casal ajuizou ação de obrigação de fazer, com o intuito de retificar o registro para excluir o nome da mãe biológica e fazer constar os nomes dos autores. A ação foi julgada improcedente e os doadores apelaram. O Relator esclareceu que vigia à época da realização do procedimento a Resolução CFM 2.121/2015, a qual determinava que a inseminação deveria ser realizada por clínicas especializadas e que a cedente temporária do útero deveria ter parentesco consanguíneo com o casal, até o quarto grau. Destacou que, na hipótese, o procedimento foi realizado pelos apelantes à margem das exigências técnicas e normativas sobre o tema, por intermédio de doadora sem qualquer grau de parentesco com os autores. Ainda, salientou que o pedido de retificação de registro civil depende da existência de erro, o que não aconteceu. Concluiu que a ausência de documento essencial que reconheça a inseminação artificial e a gestação por substituição inviabiliza o pedido dos apelantes, nos termos do Provimento 52 do CNJ. Assim, entendeu que a certidão de nascimento possui os requisitos formais e não contém mácula hábil a ensejar a alteração. Acrescentou que o registro civil de menores é matéria de ordem pública e que a retificação não pode ser feita fora das hipóteses legais. Asseverou que, para fazer valer o reconhecimento da paternidade e proceder à retificação do registro da criança, os autores dispõem da ação de adoção unilateral. Ao final, a Turma negou provimento ao recurso (BRASÍLIA, 2019, [s/p]).

No caso em tela, discute-se a exclusão do nome da mulher que cedeu temporariamente o útero para a gestação no registro civil da criança. Ocorre que dois homens casados realizaram um procedimento de inseminação caseiro com a anuência de uma amiga que emprestou o útero para a gestação. Coletaram material genético de ambos, em um mesmo recipiente, e, em seguida, injetaram no canal vaginal da cedente. Gerada a criança, o cartório registrou a certidão de nascimento com os nomes da mulher e de um dos doadores. Por isso, o casal ajuizou ação de obrigação de fazer, com o intuito de retificar o registro para excluir o nome da mãe biológica e fazer constar os nomes dos autores.

Contudo, as Resoluções nº 2.320/2022 e 2.121/2015, do CFM, ao tratarem sobre a cessão temporária de útero, estabelecem que a técnica deverá ser realizada em clínicas, centros ou serviços de reprodução, sendo, inclusive, requisito para o seu uso quando preexistir uma condição que impeça ou contraindique a gestação. A Resolução nº 2.320/2022 normatiza, de maneira geral, as situações nas quais é possível a utilização da cessão temporária de útero, pois, atualmente, muito se fala sobre a inseminação artificial caseira, na qual os interessados coletam seus materiais genéticos em um recipiente e injetam no canal vaginal da cedente. Sobre o tema, destaca-se o que dispõe a Resolução nº 2.320/2022, do CFM:

VII SOBRE A GESTAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO (CESSÃO TEMPORÁRIA DO ÚTERO)

As clínicas, centros ou serviços de reprodução podem usar técnicas de reprodução assistida para criar a situação identificada como gestação de substituição, desde que exista uma condição que impeça ou contraindique a gestação (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2022, [s/p]).

Na decisão retrocitada, a Turma Recursal negou provimento ao recurso, tendo em vista a Resolução do CFM determinar que a inseminação deveria ser realizada por clínicas especializadas e que a cedente temporária do útero deveria ter parentesco consanguíneo com o casal, até o quarto grau. Contudo, o procedimento foi realizado pelos apelantes à margem das exigências técnicas e normativas sobre o tema, por intermédio de doadora, sem qualquer grau de parentesco com os autores.

No primeiro parágrafo da Resolução nº 2.320/2022 do CFM, foram disciplinados os requisitos que a cedente deve possuir para estar apta a realizar o procedimento, quais sejam: ter, ao menos, um filho vivo; e pertencer à família de um dos parceiros em parentesco consanguíneo até o quarto grau (primeiro grau: pais e filhos; segundo grau: avós e irmãos; terceiro grau: tios e sobrinhos; quarto grau: primos). Contudo, a referida resolução trouxe exceção à regra do parentesco, em caso de impossibilidade, desde que seja solicitada a autorização do Conselho Regional de Medicina (CRM), *in verbis*:

1.A cedente temporária do útero deve:

- a) ter ao menos um filho vivo;
- b) pertencer à família de um dos parceiros em parentesco consanguíneo até o quarto grau (primeiro grau: pais e filhos; segundo grau: avós e irmãos; terceiro grau: tios e sobrinhos; quarto grau: primos);
- c) na impossibilidade de atender o item b, deverá ser solicitada autorização do Conselho Regional de Medicina (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2022, [s/p]).

No caso concreto abaixo reproduzido, trata-se de casal requerente que gerou o embrião através de técnicas de fertilização *in vitro* e este embrião foi transferido para o útero de outra mulher, que carregou o bebê durante a gestação e deu a tão esperada luz:

Trata-se de autorização de registro da recém-nascida N.D.S.C., tendo em vista o tratamento utilizado pelos pais biológicos, diante da dificuldade de se engravidar. Com isso, tiveram que recorrer a uma doação temporária de útero, com a geração feita com os óvulos e sêmen dos respectivos pais.

O IRMP manifestou-se favoravelmente ao pleito.

No caso dos autos, o casal requerente gerou o embrião através de técnicas de fertilização *in vitro* (FIV) e este embrião foi transferido para o útero de outra mulher, que carregou o bebê durante a gestação e deu a tão esperada luz.

Os requerentes comprovaram a legalidade do procedimento, trazendo a autorização do CRM/MG, em razão da Resolução 2.013/13 do Conselho Federal de Medicina que determina que as doadoras temporárias de útero devam ser parentes de até quarto grau, ou, na falta, devam ser autorizados pelo Conselho Regional de Medicina. Cuidaram de apresentar o relatório de avaliação médica e psicológica favorável, termo de ciência de todas as partes envolvidas, termo de consentimento para fertilização *in-vitro* firmada pelos requerentes e pela doadora do útero, confirmação da alta da recém-nascida e entrega do bebê para a requerente Janaína e, por fim, realização de exame de DNA para comprovação da maternidade/paternidade.

Diante do exposto e da farta documentação acostada aos autos, não existe qualquer motivo para o não acolhimento do pedido dos requerentes e determinar a efetivação do registro da recém-nascida, Natália Dias Sette Câmara em nome dos pais biológicos, ora requerentes (MINAS GERAIS, 2013, [s/p]).

No dispositivo da sentença, ficou evidente que o pedido de registro da recém-nascida foi julgado procedente, uma vez que os requerentes comprovaram a legalidade do procedimento, trazendo a autorização do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais, consoante a Resolução nº 2.320/2022, do CFM. Os interessados tiveram o cuidado de apresentar os relatórios de avaliação médica e psicológica favoráveis, termo de ciência de todas as partes envolvidas, termo de consentimento para fertilização *in-vitro* firmada pelos requerentes e pela doadora do útero, confirmação da alta da recém-nascida e entrega do bebê para a requerente e, por fim, realização de exame de DNA para comprovação da maternidade/paternidade.

Ainda sobre a Resolução nº 2.320/2022, do CFM, é disciplinado o caráter não lucrativo da cessão temporária, e com certeza um dos assuntos mais debatidos entre os doutrinadores brasileiros, que se dividem na seguinte opinião: “[...] a cessão temporária do útero não pode ter caráter lucrativo ou comercial e a clínica de reprodução não pode intermediar a escolha da cedente” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2022, p. 6).

Venosa (2012. p. 243) entende que a “[...] fecundação em ventre alheio somente deverá ser admitida, em última ratio, por motivos de solidariedade e afeto, da mesma forma que a doação de espermatozoides”, ou seja, é favorável a modalidade gratuita. Godinho (2015) compartilha o

entendimento, considerando a possibilidade gratuita do procedimento com intuito de solucionar problemas de infertilidade, em decorrência do princípio da isonomia, assegurado pelo art. 5º da CRFB/88, e por “[...] não violar nenhuma norma ou princípio jurídico contido no ordenamento brasileiro (*Ibidem*, p. 257-258).

Divergindo das opiniões anteriores, alguns doutrinadores são favoráveis ao caráter oneroso do procedimento, como Lagrasta Neto, Tartuce e Simão (2012). Estes apontam que o contrato deverá prever, além do aluguel pela prestação do serviço, a contratação de seguro de vida à gestante, limitado pelo período de inserção do óvulo até o parto, com extensão a eventuais sequelas, resguardando-lhe a saúde e integridade. Afirmam, ainda, que as cláusulas devem proteger a parturiente e o nascituro, bem como prever a indenização que lhe for devida.

Com similar entendimento, Almeida (2000, p. 50-52) se coaduna com a vertente da possibilidade do contrato, ao inferir que não é porque a remuneração é realizada na entrega que há uma compra da criança: “[...] o serviço se conclui com a entrega da criança que ficou no útero locado durante nove meses e por isso a remuneração é no momento da entrega”. A remuneração deve conter despesas com alimentação e vestuário, assim como despesas médicas. Afirmam que a obrigação da gestante é de meio, pois, empregando todos os cuidados pertinentes, se a criança nascer morta, exime-se da responsabilidade. Em suma, é possível vislumbrar que as opiniões se divergem e a ausência de uma lei específica acaba criando ainda mais discussões sobre o assunto, o que evidencia a necessidade de regulamentar a matéria.

Por fim, na última parte da Resolução nº 2.320/2022, do CFM, são disciplinados os documentos e observações que constaram no prontuário da paciente, quais sejam: termo de consentimento livre e esclarecido assinado pelos pacientes e pela cedente temporária do útero, contemplando aspectos biopsicossociais e riscos envolvidos no ciclo gravídico puerperal, bem como aspectos legais da filiação, e o relatório médico atestando a adequação da saúde física e mental de todos os envolvidos (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2022, p. 6).

Além do termo de compromisso entre o(s) paciente(s) e a cedente temporária do útero que receberá o embrião, estabelecendo claramente a questão da filiação da criança, há o compromisso, por parte do(s) paciente(s) contratante(s) dos serviços de reprodução assistida, públicos ou privados, com o tratamento e acompanhamento médicos, inclusive por equipes multidisciplinares, se necessário, à mulher que ceder temporariamente o útero, até o puerpério; compromisso do registro civil da criança pelos pacientes, devendo essa documentação ser providenciada durante a gravidez e; por fim, aprovação do(a) cônjuge ou companheiro(a), apresentada por escrito, se a cedente temporária do útero for casada ou viver em união estável:

3. Nas clínicas de reprodução assistida, os seguintes documentos e observações devem constar no prontuário da paciente:

- a) termo de consentimento livre e esclarecido assinado pelos pacientes e pela cedente temporária do útero, contemplando aspectos biopsicossociais e riscos envolvidos no ciclo gravídico puerperal, bem como aspectos legais da filiação;
- b) relatório médico atestando a adequação da saúde física e mental de todos os envolvidos;
- c) termo de Compromisso entre o(s) paciente(s) e a cedente temporária do útero que receberá o embrião em seu útero, estabelecendo claramente a questão da filiação da criança;
- d) compromisso, por parte do(s) paciente(s) contratante(s) de serviços de reprodução assistida, públicos ou privados, com tratamento e acompanhamento médico, inclusive por equipes multidisciplinares, se necessário, à mulher que ceder temporariamente o útero, até o puerpério;
- e) compromisso do registro civil da criança pelos pacientes, devendo essa documentação ser providenciada durante a gravidez; e
- f) aprovação do(a) cônjuge ou companheiro(a), apresentada por escrito, se a cedente temporária do útero for casada ou viver em união estável (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2022, p. 6).

No caso concreto abaixo, trata-se de reconhecimento de dupla maternidade, trazendo a ideia de que o instituto da fecundação/reprodução artificial heteróloga ocorre mediante consentimento manifestado pelo casal ao procedimento reprodutivo com a utilização de sêmen doado por terceira pessoa. Diante da confirmação da gestação, sucede, inclusive, a filiação irretratável, segundo pressupõe a presunção absoluta de paternidade/maternidade socioafetiva:

JURISDIÇÃO VOLUNTÁRIA. RECONHECIMENTO DE DUPLA MATERNIDADE. REPRODUÇÃO HETERÓLOGA. RECURSO PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA. I - A legitimidade da entidade familiar formada por casal do mesmo sexo pressupõe indissociavelmente a legitimidade à parentalidade homoafetiva, para todos os fins de direito. II - Superada a segregação homoafetiva, que até então o sistema jurídico permitia por omissão normativa, prevalece ao casal do mesmo sexo os mesmos direitos e deveres dos pares heterossexuais. III - Segundo as premissas constitucionais da dignidade da pessoa humana, igualdade, liberdade e do livre planejamento familiar, impõe-se afastar óbices e entraves administrativos que restrinjam o direito do registro da dupla maternidade junto ao cartório de registro civil unicamente ao casal que realizou reprodução heteróloga assistida. IV - A fecundação/reprodução artificial heteróloga ocorre mediante consentimento manifesto do casal ao procedimento reprodutivo com a utilização de sêmen doado por terceira pessoa. Diante da confirmação da gestação sucede, inclusive, a filiação irretratável, segundo pressupõe a presunção absoluta de paternidade/maternidade socioafetiva. Apelação conhecida e provida. Sentença reformada (GOIÁS, 2018, [s/p]).

Ou seja, conforme já demonstrado ao longo da pesquisa, ao consentimento na cessão temporária, aplicam-se as regras do art. 1597, do Código Civil brasileiro (2002), destacado pelo Enunciado nº 520, da V Jornada de Direito Civil, que estabelece: “[...] o conhecimento da ausência de vínculo biológico e a posse de estado de filho obstam a contestação da paternidade presumida” (CONSELHO DE JUSTIÇA FEDERAL, 2012, p. 83). Por sua vez, o Enunciado nº

258, da III Jornada de Direito Civil, preconiza: “[...] não cabe a ação prevista no art. 1.601 do Código Civil se a filiação tiver origem em reprodução assistida heteróloga, autorizada pelo marido, nos termos do inc. V do art. 1.597, cuja paternidade configura presunção absoluta” (CONSELHO DE JUSTIÇA FEDERAL, 2012, p. 69).

Outrossim, é importante destacar que, embora a Resolução 2.320/2022, do CFM, seja atualmente a única utilizada para ditar as orientações e princípios sobre a técnica em discussão, não é possível conferir-lhe força de lei. Segundo Paim (2018), o que difere a lei de outros atos normativos é a sua estrutura e sua função, tendo em conta que esta espécie normativa possui caráter geral, pois regula situações em abstrato, enquanto os demais atos normativos, aqui incluídas as resoluções, destinam-se a situações mais pontuais, menos abstratas. Outro aspecto é a origem da lei. Assim, uma resolução não pode estar na mesma hierarquia de uma lei, pela simples razão de que a lei emana do Poder Legislativo, essência da democracia representativa.

Feitas essas considerações, necessário analisar um caso em que os impetrantes buscavam o afastamento da norma infralegal restritiva, haja vista as suas peculiaridades, para que possam ser viabilizados os procedimentos relativos à fertilização *in vitro* com os óvulos doados pela terceira demandante à primeira (irmãs), o que, necessariamente, envolve pretensão de obstar sanções disciplinares em relação aos profissionais de saúde que venham a atuar nos citados procedimentos, sendo inequívoca a existência de Resolução do CFM, que, em tese, veda a possibilidade de doação:

PROCESSO JULGADO NOS TERMOS DO ART. 942 DO CPC. PROCESSUAL CIVIL. CONSTITUCIONAL. ADMINISTRATIVO. MANDADO DE SEGURANÇA. FINS DECLARATÓRIOS. VIABILIDADE. INTERESSE DOS IMPETRANTES. DOAÇÃO DE ÓVULOS ENTRE IRMÃS. AUSÊNCIA DE VEDAÇÃO LEGAL. PROCEDIMENTO. PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS. - Consoante precedentes desta Corte e das Cortes Superiores, mandado de segurança pode ser utilizado para fins declaratórios - No caso o que os impetrantes buscam, em última análise, é, tutelando interesse próprio, o afastamento da norma infralegal restritiva, haja vista as peculiaridades do caso concreto, para que possam ser viabilizados os procedimentos relativos à fertilização *in vitro* com os óvulos doados pela terceira demandante à primeira (são irmãs), o que necessariamente envolve pretensão de obstar sanções disciplinares em relação aos profissionais de saúde que venham a atuar nos citados procedimentos - Sendo inequívoca a existência de Resolução emanada do Conselho Federal de Medicina, que em tese veda a possibilidade de doação, conquanto nos termos do artigo 18 do CPC não se possa pleitear direito alheio em nome próprio, inquestionáveis o interesse e a legitimidade dos impetrantes para postular em juízo (artigo 17 do CPC)- Presentes o interesse e legitimidade, pois o procedimento que buscam em rigor será realizado em seu proveito, não lhes pode ser tolhida a busca da via judicial. Isso porque não podem depender de consentimento de possíveis litisconsortes ativos que, por sinal, sequer são conhecidos, visto que não se sabe se os procedimentos realmente serão realizados e, em caso positivo, quais os profissionais que neles atuarão - Tanto a Constituição Federal (artigo 226, § 7º) como o Código Civil (artigo 1.565, § 2º), estatuem que observados os princípios da dignidade da pessoa humana e da

paternidade/maternidade responsável, o planejamento familiar deve ser feito mediante livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito - Ainda que Resolução 2168/2017 do CFM estabeleça que a doação de óvulos deve ser realizada por pessoa desconhecida da receptora, a aplicação irrestrita da regra fere a liberdade individual. É evidente que se deve proteger o anonimato do doador no caso de pessoas desconhecidas, sendo razoável a manutenção do anonimato, até considerando os vínculos familiares que se estabelecem, e as consequências do eventual conhecimento da identidade do doador, a recomendar o sigilo. Todavia, situações diferenciadas devem ser examinadas de acordo com as suas particularidades. Conquanto a Lei 9.334/1997 (que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências), por expressa determinação de seu artigo 1º, parágrafo único, não se aplique às hipóteses de disposição de esperma e óvulo, certamente a ratio que inspira seu artigo 9º segue o princípio de que a disposição voluntária e gratuita de partes do próprio corpo (assim consideradas lato sensu), em especial no caso de parentes, desde que observados limites, inclusive os determinados pela ética, não ofende a ordem jurídica. Ademais, a hipótese tratada nos autos também não encontra óbice na Lei da Biossegurança (Lei 11.105/2005), pelo que deve prevalecer a regra geral de que não se pode impedir a prática, pois não há norma que a vede (artigo 5º, II da CF), não se vislumbrando fundamento de índole legal ou constitucional a desautorizar, ainda que reflexamente, a pretensão no caso concreto (BRASIL, 2020, [s/p]).

Apesar de julgada a ilegitimidade ativa das autoras, no mérito, foi julgado procedente o Mandado de Segurança impetrado, declarando incidentalmente a inconstitucionalidade do Parecer nº 2.715/2018, do Conselho Regional de Medicina do Paraná e da Resolução nº 2.618/2017, do CFM, que impõe o anonimato da doadora e receptora de óvulos, impedindo a doação entre as irmãs, proibindo o Conselho Regional de Medicina de mover processo ético-disciplinar fundamentado na violação ao sigilo de doadora/receptora, contra os profissionais de saúde envolvidos no procedimento de fertilização.

E, por fim, aborda-se o último caso concreto no qual ocorre a relativização da resolução em detrimento do bem-estar da criança. Trata-se de um casal homoafetivo que, por meio de reprodução assistida heteróloga, utilizou o gameta de sua irmã, que também foi responsável por gerar a criança. Ocorre a alegação de que o feito deveria versar sobre adoção, em razão de o gameta não ter sido doado por pessoa anônima, conforme se depreende da decisão abaixo consignada:

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DECLARATÓRIA DE DUPLA PATERNIDADE. SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA. MÉTODO DE REPRODUÇÃO HETERÓLOGA ASSISTIDA QUE UTILIZOU GAMETA DOADO PELA IRMÃ DE UM DOS AUTORES, QUE TAMBÉM GESTOU A CRIANÇA. REGISTRO DE NASCIMENTO DA MENOR CONSTANDO OS NOMES DO CASAL HOMOAFETIVO COMO SEUS PAIS. INSURGÊNCIA DO MINISTÉRIO PÚBLICO. PRETENDIDA NULIDADE DA SENTENÇA, POR INCOMPETÊNCIA DO JUÍZO E PORQUE NÃO LHE FORA OPORTUNIZADA A MANIFESTAÇÃO SOBRE O MÉRITO. ALEGAÇÃO DE QUE O FEITO DEVERIA VERSAR SOBRE ADOÇÃO, EM RAZÃO DE O GAMETA NÃO TER SIDO DOADO POR PESSOA ANÔNIMA, O QUE DETERMINARIA A COMPETÊNCIA DA VARA DA INFÂNCIA E JUVENTUDE.

INSUBSISTÊNCIA. PARQUET QUE, AO PROCLAMAR A INCOMPETÊNCIA DO JUÍZO, SE MANIFESTOU SOBRE O MÉRITO DA DEMANDA, OPONDO-SE AO PLEITO, TESE ENCAMPADA DEPOIS PELA PROCURADORIA. INEXISTÊNCIA DE ÓBICE LEGAL AO ATENDIMENTO DO PEDIDO. DOADORA DO GAMETA QUE, APÓS O NASCIMENTO DA CRIANÇA, RENUNCIOU AO PODER FAMILIAR. MELHOR INTERESSE DA CRIANÇA QUE DEVE PREPONDERAR SOBRE FORMALIDADES, APARÊNCIAS E PRECONCEITOS. PEDIDO DE ANTECIPAÇÃO DA TUTELA REALIZADO EM CONTRARRAZÕES. IMEDIATA EMISSÃO DA CERTIDÃO DE NASCIMENTO DA INFANTE, QUE SE ENCONTRA, ATÉ O MOMENTO, DESPROVIDA DO REGISTRO. POSSIBILIDADE. REQUISITOS DO ART. 273 DO DIPLOMA PROCESSUAL PREENCHIDOS. RECURSO DESPROVIDO. O conceito de família independe do gênero e da sexualidade das pessoas que a compõem, conforme reconheceu a Suprema Corte no julgamento da ADPF nº 132: "A Constituição de 1988, ao utilizar-se da expressão 'família', não limita sua formação a casais heteroafetivos nem a formalidade cartorária, celebração civil ou liturgia religiosa. [...] Isonomia entre casais heteroafetivos e pares homoafetivos que somente ganha plenitude de sentido se desembocar no igual direito subjetivo à formação de uma autonomizada família" (ADPF 132, Rel. Min. Ayres Britto, j. 5-5-2011). O fato de a doadora do óvulo, que também gestou a criança, não ser anônima, não representa óbice para o reconhecimento da parentalidade sócio-afetiva e consequente registro da criança em nome de ambos os pais, notadamente porque decorre de um projeto amplamente idealizado pelo casal e que - a toda evidência, diante da impossibilidade de os gametas de ambos os interessados serem utilizados na fecundação - só pôde ser concretizado mediante a utilização de método de reprodução heteróloga assistida. Formalidades não essenciais, aparências e preconceitos não podem preponderar sobre o melhor interesse da criança, impedindo-lhe de obter o reconhecimento jurídico daquilo que já é fato: o status de filha e integrante legítima do núcleo familiar formado pelos pares homoafetivos. Imperioso reconhecer o progresso para o qual é encaminhada a sociedade e acompanhar suas transformações, de modo a preencher as lacunas que se abrem em decorrência de tais modificações. O julgador há de auxiliar no progresso do Direito, fazendo que as relações de família se adequem à vontade da sociedade, que há de ser a da obtenção da felicidade mais ampla e geral dos envolvidos, pela realização dos sentimentos mais caros e não se constituir de obstáculo a isto, sobremaneira se não há choque algum com o mundo jurídico. Não se pode sonegar prerrogativas aos casais homossexuais por sua sexualidade. Não há aparato jurídico para tanto (SANTA CATARINA, 2015, [s/p]).

Julgado o mérito, a primeira Câmara de Direito Civil decidiu que o fato de a doadora do óvulo, que também gestou a criança, não ser anônima, não representa óbice ao reconhecimento da parentalidade socioafetiva e consequente registro da criança em nome de ambos os pais, notadamente porque decorre de um projeto amplamente idealizado pelo casal e que - a toda evidência, diante da impossibilidade de os gametas de ambos os interessados serem utilizados na fecundação - só pôde ser concretizado mediante a utilização de método de reprodução heteróloga assistida. Formalidades não essenciais, aparências e preconceitos não podem preponderar sobre o melhor interesse da criança, impedindo-lhe de obter o reconhecimento jurídico daquilo que já é fato: o *status* de filha e integrante legítima do núcleo familiar formado pelos pares homoafetivos.

Com base nos julgados trazidos, é possível notar que as Resoluções criadas pelo CFM, apesar de, em alguns casos, servirem como parâmetros de decisão devido a sua falta de força

legal, são passíveis de relativização em detrimento de outros princípios protegidos pela lei, como o direito do planejamento familiar e, em algumas situações, o direito da criança.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa desenvolvida consistiu no estudo da cessão temporária de útero e o ponto de vista doutrinário e jurisprudencial sobre essa técnica de reprodução humana, evidenciando a necessidade de regulação da reprodução assistida no ordenamento jurídico pátrio, suas implicações e formas, as definições de maternidade e paternidade, e, por fim, realizando uma análise nas discussões sobre o assunto e as decisões dos tribunais, demonstrando a fragilidade das Resoluções do Conselho Federal de Medicina no que concerne à cessão temporária de útero.

Como explicado ao longo da pesquisa, a cessão temporária de útero consiste em um procedimento de reprodução assistida heteróloga, no qual uma terceira pessoa é responsável pela gestação do feto. Essa técnica também se trata de um assunto ainda polêmico em diversos campos de conhecimento, como o ético, religioso, social, científico e jurídico. Contudo, buscou-se a análise do tema sob um viés jurídico e doutrinário, com enfoque nos desdobramentos da sua utilização.

Devido às transformações das concepções de família, outras espécies de núcleos familiares foram nascendo, como as famílias homoafetivas e monoparentais, deixando a consanguinidade em segundo plano, priorizando, enfim, as relações intersubjetivas e a afetividade. A CRFB/88, em artigo 226, prevê que o núcleo familiar é especialmente protegido pelo Estado, o que possibilitou que a medicina evoluísse com o objetivo da construção familiar, atingindo diretamente o ordenamento jurídico brasileiro, que precisou alterar conceitos antes estabelecidos, como da parentalidade e filiação.

Essa transformação contribuiu diretamente no desenvolvimento das técnicas de reprodução assistida, que possibilitou a realização do sonho da paternidade/maternidade para pessoas incapazes de gerar sua prole de maneira natural. As técnicas mais conhecidas no processo de gestação são: inseminação, intrauterina (ou artificial), a fertilização *in vitro* (FIV), a injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), a doação de óvulos e a cessão temporária de útero.

No entanto, apesar da significativa evolução e melhoria no âmbito da medicina genética, além do aumento da demanda por esses procedimentos, o Poder Legislativo ainda é omissivo na regulamentação da matéria, o que acabou por atribuir ao Conselho Federal de Medicina a criação de orientações para a utilização da técnica. Contudo, as resoluções não possuem força legal suficiente, o que causa grandes divergências no ordenamento jurídico brasileiro, principalmente na doutrina.

Essa inércia acaba causando uma incerteza legal, conforme demonstrado nas decisões dos tribunais, pois alguns juízes tendem a seguir as resoluções, enquanto outros caminham pelas implicações do caso concreto, tomando por base outros princípios, como da dignidade da pessoa humana, o direito ao planejamento familiar e, em alguns casos, o direito da própria criança, o que acaba causando uma insegurança jurídica para os pais.

Apesar de os tribunais tenderem a adotar a teoria do vínculo genético, a qual atribui a maternidade ou paternidade ao doador do material genético, tendo em mente que, caso realizado o teste para investigação constataria esse vínculo genético, culmina-se no reconhecimento dos direitos inerentes à filiação.

Essa incerteza faz com que brasileiros procurem por outros países, principalmente, os Estados Unidos, para realizar o procedimento, uma vez que possuem menos burocracia e facilitam a utilização da técnica, permitindo, inclusive, a forma onerosa. No Brasil, a cedente precisa ser alguma parente de até 4º grau e a exceção, em caso de impossibilidade, deve ser autorizada pelo CFM, o que acaba burocratizando ainda mais o procedimento, sendo vedada expressamente forma onerosa.

Essa burocratização também fez com que os futuros pais procurassem outros métodos para realizar o procedimento, como a inseminação caseira. Entretanto, no momento do registro da criança, na maioria das vezes, faz-se necessário que recorram à justiça para conseguir uma decisão que afaste o que é disciplinado pela resolução do CFM e, assim, possam registrar a criança no nome dos pais que a planejaram e a desejaram.

Com efeito, apesar da normatização não oficial, as resoluções foram um marco importante para a organização e orientação das técnicas de reprodução assistida no país, que foram se atualizando à medida em que houve avanços na medicina e no Direito. No entanto, a decisões dos tribunais tendem a relativizá-las diante de casos mais complexos, nos quais certas formalidades se tornam não essenciais diante do direito do planejamento familiar ou da própria criança.

Diante disso, apesar de a Resolução do CFM orientar da melhor forma possível, é inegável a sua insuficiência frente as dúvidas e futuras divergências sobre esse procedimento. Por isso, é necessária a elaboração de lei específica para tutelar esse direito, principalmente nas questões específicas trazidas por este trabalho, como a parentalidade, o negócio jurídico oneroso e sobre quem são os contemplados pelo direito de reprodução assistida.

Isto posto, o estudo traz a atual situação jurídica da cessão temporária de útero no ordenamento jurídico, através da exposição de jurisprudências atuais dos tribunais e de conceitos doutrinários sobre os tipos de filiações e parentalidade que possam explicar os

motivos dos conflitos sobre a matéria. Na questão da parentalidade e filiação, muitas teorias se contrapõem na tentativa de legitimar a maternidade da cedente ou a exclusão de sua presença após o parto, uma vez que a parentalidade seria daquele que planeja o nascimento do infante.

Outra polêmica bastante frequente na cessão temporária de útero reside na possibilidade de uma relação contratual onerosa que, para alguns doutrinadores, embasados pelo princípio da dignidade da pessoa humana, seria impossível. Atualmente, apenas é possível a forma gratuita e solidária, mas nada impede que futuramente o ordenamento jurídico reveja essa questão, possibilitando o modo oneroso do procedimento, acompanhando outros países que já preveem essa possibilidade, uma vez que, na própria legislação brasileira, já está disciplinado que os pais se comprometam a custear o acompanhamento médico à mulher cedente até o puerpério.

Com isso em mente, ao analisar as jurisprudências dos tribunais, é possível perceber que não há um alinhamento ou uniformidade nas decisões, em virtude da falta de regulamentação oficial, que é responsável por abrir precedentes para que magistrados procurem resolver os casos concretos por outros meios e princípios que não levem em conta a complexidade da questão da cessão temporária de útero, uma vez em que a cedente não deve ser considerada a mãe do infante, mas a que planejou e desejou o nascimento da criança.

Questões simples como o registro tornaram-se pendências a serem penosamente discutidas em juízo, o que prejudica tanto os pais quanto a criança, uma vez que a cedente não pode assumir o papel de mãe nessa relação. Com efeito, grande parte do problema está no fato de a cedente ser a gestante da criança, o que, para alguns magistrados, atesta a evidente responsabilidade materna, contudo, como demonstrado ao longo da pesquisa, não é o caso na cessão temporária de útero.

Destarte, cumpre destacar que, apesar de a cessão temporária de útero ser cada vez mais frequente, ainda não são discutidas questões de alta complexidade pelos tribunais. A grande maioria das decisões trata apenas do momento do registro da criança, evidenciando que, mesmo em situações de óbvia simplicidade, ainda existem entraves meramente burocráticos em virtude da inércia do legislador em pôr fim a essa questão, o que, por sua vez, causa inchaço desnecessário no Poder Judiciário.

Outrossim, mesmo que a reprodução assistida tenha possibilitado, com a sua evolução, a realização do sonho de muitas pessoas, que sem ela jamais conseguiriam gerar filhos, trouxe também muitos debates que acabaram por influenciar o sistema jurídico, alterando preceitos já estabelecidos, o que demonstrando a necessidade de sua regulamentação.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Mônica. **Direito à filiação e bioética**. Rio de Janeiro: Forense, 2005.

ALMEIDA, Aline Mignon de. **Bioética e biodireito**. Rio de Janeiro: *Lumen Juris*, 2000.

ÁLVARES, Cláudia. Entre o social e biológico: repensando a maternidade à luz das novas técnicas de reprodução assistida. **Revista Lusófona de Estudos Culturais**, vol. 3, n. 1, 2015. Disponível em: estudosculturais.com/revistalusofona/index.php/rlec/article/view/203. Acesso em: 08 nov. 2022.

AZEVEDO, Álvaro Villaça. **Curso de direito civil: direito de família**. 2. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2019.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República, [2022]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 10 out. 2022.

BRASIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Institui o Código Civil. Brasília, DF: Presidência da República, [2002]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10406compilada.htm. Acesso em: 20 out. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 426, de 22 de março de 2005**. Institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2005]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt0426_22_03_2005.html. Acesso em: 08 nov. 2022.

BRASIL. TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL (TRF). 4ª Região. 4ª Turma. **Apelação Cível nº 50009133020194047000**. Processo julgado nos termos do art. 942 do CPC. Processual civil. Constitucional. Administrativo. Mandado de segurança. Fins declaratórios. Viabilidade. Interesse dos impetrantes. Doação de óvulos entre irmãs. Ausência de vedação legal. Procedimento. Profissionais envolvidos [...]. Relator: Desembargador Marcos Josegredi da Silva. Paraná, 24 de junho de 2020. Disponível em: <https://www.trf4.jus.br/trf4/controlador.php?acao=principal&>. Acesso em: 10 out. 2022.

BRASÍLIA. Tribunal de Justiça do Distrito Federal (TJDF). 1ª Turma Cível. **Apelação Cível nº 0009828-13.2.017.8.07.0015**. [...]. Relator: Desembargador Roberto Freitas. Brasília, 31 de julho de 2019. Disponível em: <https://tjdf04.tjdft.jus.br/cgi-bin/tjcgil?NXTPGM=plhtml02&MGWLPN=SERVIDOR1&submit=OK&SELECAO=1&CHAVE=0009828-13.2017.8.07.0015&ORIGEM=INTRA>. Acesso em: 10 dez. 2022.

BOSCARO, Marcio Antonio. **Direito de filiação**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.

BUENO, José Geraldo Romanello; MENEZES, Daniel Francisco Nagão. Os limites da gestação de substituição na reprodução assistida. **Revista Paradigma**, Ribeirão Preto, a. 20, v. 24, n. 1, p. 17-33, jan./jun.2015. Disponível em:

<https://revistas.unaerp.br/index.php/paradigma/article/view/536/524>. Acesso em: 20 dez. 2022.

CABRAL, Hideliza Lacerda Tinoco Boechat; PIMENTEL, Dândara Domingos Figueiredo Alberoni; CARVALHO, Luiz Guilherme Tinoco Picanço. Conflito de maternidade na cessão temporária do útero. **Revista Nacional de Direito de Família e Sucessões**, Porto Alegre, v. 03, n. 18, maio/jun. 2017. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/institucional/biblioteca/conteudo-revistas-juridicas/revista-nacional-de-direito-de-familia-e-sucessoes/2017-v-3-n-18-maio-jun>. Acesso em: 21 nov. 2022.

CARDIN, Valeria Silva Galdino; GUERRA, Marcela Gorete Rosa Maia; SANTOS, Andréia Colhado Gallo Grego. Dos limites da disposição do próprio corpo: uma análise da cessão do útero como efetivação do direito ao planejamento familiar à luz da teoria geral dos contratos. **Revista de Bioética y Derecho**, Barcelona, n. 35, p. 79-93, 2015. Disponível em: <https://revistes.ub.edu/index.php/RBD/article/view/14283>. Acesso em: 21 nov. 2022.

CLÍNICA GERA, 2022. Disponível em: <https://clinicagera.com.br/>. Acesso em: 26 dez. 2022.

CONSELHO DE JUSTIÇA FEDERAL (CJF). Centro de Estudos Judiciários. **Jornadas de Direito Civil I, III, IV e V**. Enunciados aprovados. In: AGUIAR JR., Ruy Rosado de (Org.). Ruy Rosado. Brasília: Centro de Estudos Judiciários, 2012. Disponível em: <https://www.cjf.jus.br/cjf/corregedoria-da-justica-federal/centro-de-estudos-judiciarios-1/publicacoes-1/jornadas-cej/EnunciadosAprovados-Jornadas-1345.pdf>. Acesso em: 26 dez. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº 1.358, de 19 de novembro de 1992**. Adota as Normas Éticas para a Utilização das Técnicas de Reprodução Assistida, anexas à presente Resolução como dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/1992/1358>. Acesso em: 20 nov. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº 1.957, de 15 de dezembro de 2010**. Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida, como dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2010/1957>. Acesso em: 20 nov. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº 2.013, de 16 de abril de 2013**. 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. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2013/2013>. Acesso em: 20 nov. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº 2.121, de 14 de setembro de 2015**. Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida – sempre em defesa do aperfeiçoamento das práticas e da observância aos princípios éticos e bioéticos que ajudarão a trazer maior segurança e eficácia a tratamentos e procedimentos médicos – tornando-se o dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos brasileiros e

revogando a Resolução CFM nº 2.013/13. Disponível em:

https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2015/2121_2015.pdf . Acesso em: 20 nov. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução de nº 2.168, de 10 de novembro de 2017**. Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida - sempre em defesa do aperfeiçoamento das práticas e da observância aos princípios éticos e bioéticos que ajudam a trazer maior segurança e eficácia a tratamentos e procedimentos médicos -, tornando-se o dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos brasileiros e revogando a Resolução CFM nº 2.121. Disponível em:

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2168>. Acesso em: 20 nov. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº 2.283, de 01 de outubro de 2020**. Altera a redação do item 2 do inciso II, "Pacientes das técnicas de RA", da Resolução CFM nº 2.168/2017, aprimorando o texto do regulamento de forma a tornar a norma mais abrangente e evitar interpretações contrárias ao ordenamento jurídico. Disponível em:

<https://www.editoraroncarati.com.br/v2/Diario-Oficial/Diario-Oficial/RESOLUCAO-CFM-N%C2%BA-2-283-DE-01-10-2020.html>. Acesso em: 20 nov. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº 2.294, de 15 de junho de 2021**. Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida – sempre em defesa do aperfeiçoamento das práticas e da observância aos princípios éticos e bioéticos que ajudam a trazer maior segurança e eficácia a tratamentos e procedimentos médicos, tornando-se o dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos brasileiros e revogando a Resolução CFM nº 2.168. Disponível em:

https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2021/2294_2021.pdf. Acesso em: 20 nov. 2022

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº 2.320, de 20 de setembro de 2022**. Adota normas éticas para a utilização de técnicas de reprodução assistida – sempre em defesa do aperfeiçoamento das práticas e da observância aos princípios éticos e bioéticos que ajudam a trazer maior segurança e eficácia a tratamentos e procedimentos médicos, tornando-se o dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos brasileiros e revogando a Resolução CFM nº 2.294. Disponível em:

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2022/2320>. Acesso em: 20 nov. 2022

COSTA, Judith Martins. Bioética e dignidade da pessoa humana: rumo à construção do biodireito. **Revista da Faculdade de Direito da UFRGS**, Porto Alegre, v. 18. p. 153-170, 2000. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/revfacdir/article/view/71207/40420>. Acesso em: 26 dez. 2022.

COSTA, T. *et al.* América Latina e a busca por reprodução assistida: perfil da paciente em um serviço público no Rio de Janeiro, Brasil. **JBRA Assist. Reprod.** Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 21-35, 2010. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.jbra.com.br/archive/JBRA_4_2010.pdf. Acesso em: 10 dez. 2022.

CUNHA, M. C. V.; CARVALHO, J. A.; ALBUQUERQUE, R. M.; LUDERMIR, A. B.; NOVAES, M. Infertilidade: associação com transtornos mentais comuns e a importância do apoio social. **Revista de Psiquiatria**, Rio Grande do Sul, v. 30, n. 3, p. 201-210, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rprs/a/WbggvhpnBBKKtkvV9hZt74h/>. Acesso em: 20 nov. 2022.

DANTAS, Eduardo; CHAVES, Marianna. **Aspectos jurídicos da reprodução humana assistida**. Rio de Janeiro: GZ Editora, 2018.

DIAS, Maria Berenice. **Manual de direito das famílias**. 11. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2015.

DIAS, Maria Berenice. **Manual de direito das famílias**. 11. ed. ed. rev. atual. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2016.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

FARINATI, D. M.; RIGONI, M. S.; MULLER, M. C. Infertilidade: um novo campo da psicologia da saúde. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 23, n. 4, p. 433-439, out./dez. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/GPnYdjvDJdjpXF7nvRQ5C8t/>. Acesso em: 10 nov. 2022.

FRANÇA, Genival Veloso. **Medicina legal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

FERNANDES, Tycho Brahe. **A reprodução assistida em face da bioética e do biodireito: aspectos do direito de família e do das sucessões**. Florianópolis: Diploma Legal, 2000.

FONSECA, Célia Maria. **Da reprodução assistida as dificuldades de se tornar mãe de múltiplos bebês**. 2015. Tese (Doutorado). Universidade Católica de Pernambuco, Pernambuco, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S141303942013000100013&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 8 nov. 2022.

GAMA, Guilherme Calmon Nogueira da. **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.

GODINHO, Adriano Marteleto. **Direito ao próprio corpo: direitos da personalidade e os atos de limitação voluntária**. Curitiba: Juruá, 2015.

GOIÁS. TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE GOIÁS (TJGO). 1º Câmara Cível. **Apelação Cível nº 03345663620178090051**. Jurisdição voluntária. Reconhecimento de dupla maternidade. Reprodução heteróloga. Recurso provido. Sentença reformada [...]. Relator: Desembargador Luiz Eduardo de Sousa. Goiânia, 14 de março de 2018. Disponível em: <https://www.tjgo.jus.br/index.php?mensagem=Processo%2BN%25C3%25A3o%2BEncontro&hashFluxo=1673276491204>. Acesso em: 10 out. 2022.

GOMES, Renata Raupp. A relevância da bioética na construção do novo paradigma da filiação na ordem jurídica nacional. In: LEITE, Eduardo de Oliveira (Coord). **Grandes temas da atualidade: bioética e biodireito**. Rio de Janeiro: Forense, 2004.

GOZZO, Débora; LIGIERA, Wilson Ricardo. Maternidade de substituição e a lacuna legal: questionamentos. **Civilistica.com**, Rio de Janeiro, a. 5, n. 1, 2016. Disponível em: <http://civilistica.com/maternidade-de-substituicao-e-a-lacuna-legalquestionamentos/>. Acesso em: 20 nov. 2022.

INSTITUTO BIOMÉDICO DE APRIMORAMENTO PROFISSIONAL (IBAP). Como funcionam as diferentes técnicas de reprodução humana assistida. Disponível em: <https://ibapcursos.com.br/>. Acesso em: 20 nov. 2022.

LAGRASTA NETO, Caetano; TARTUCE, Flávio; SIMÃO, José Fernando. **Direito de família**: novas tendências e julgamentos emblemáticos. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2012.

LEITE, Eduardo de Oliveira. **Procriações artificiais e o direito**: aspectos médicos, religiosos, psicológicos, éticos e jurídicos. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1995.
LÔBO, Paulo. **Famílias**. São Paulo: Saraiva, 2008.

MACHADO, Maria Helena. **Reprodução humana assistida**: aspectos éticos e jurídicos. 3. ed. Curitiba: Juruá, 2005.

MACHADO, Maria Helena. **Reprodução humana assistida**: aspectos éticos e jurídicos. 7. Reimp. Curitiba: Juruá, 2012.

MADALENO, Rolf. **Direito de família**. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2020.

MALUF, Adriana Caldas Do Rego Freitas Dabus. **Novas modalidades de família na pós-modernidade**. Editora: Atlas, 2010.

MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça (TJMG). **Ação de autorização de registro nº 8010199.79.2013.813.0024**. [...] Relator: Juíza Maria Luiza de Andrade Rangel Pires. Belo Horizonte, 13 de setembro de 2013. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-mg/1104761029/inteiro-teor-1104761115>. Acesso em: 10 dez. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos de atenção básica: saúde sexual e saúde reprodutiva, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). MALAVÉ, Mayra. Infertilidade: o que pode ser feito, 2022. Disponível em: <https://iff.fiocruz.br/index.php?view=article&id=112:infertilidade-o-que-pode-ser%20feito&catid=8>. Acesso em: 20 nov. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). 12º Relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões (SisEmbrio), 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/sangue-tecidos-celulas-e-orgaos/relatorios-de-producao-de-embrioes-sisembrio/12o-relatorio-do-sistema-nacional-de-producao-de-embrioes-sisembrio/view>. Acesso em: 20 nov. 2022.

PAIM, Marcus Vinícius Marques. Aspectos civis da gestação de substituição no Brasil ante a ausência de legislação específica. **Revista IBDFAM - Famílias e Sucessões**, nº 28 jul./ago. 2018.

PESSINI, Léo, BARCHIFONTAINE, Cristian de Paul. **Problemas atuais da Bioética**. São Paulo: Edições Loyola, 1991.

PRESGRAVE, Ana Beatriz Ferreira Rebello; ARAÚJO, Débora Medeiros Teixeira de. O contrato de gestação de substituição a título oneroso no direito brasileiro. **Direito, Economia e Sociedade Contemporânea**, Campinas, v. 1, n. 1, p. 10-32, jul./dez. 2018. Disponível em: <https://seer.facamp.com.br/seer/index.php/FACAMP/article/view/13>. Acesso em: 20 nov. 2022.

PRÓ-CRIAR MEDICINA REPRODUTIVA. Criopreservação de óvulos. Disponível em: <https://www.procriar.com.br/tratamentos/congelamento-de-ovulos/>. Acesso em 10 nov. 2022.

PUSSE, William Artur. **Personalidade jurídica do nascituro**. Curitiba: Juruá, 2007.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Dossiê Reprodução Humana Assistida, 2003, p. 1-74. Disponível em: https://redesaude.org.br/wp-content/uploads/2021/01/Dossie_reproducao-assistida.pdf. Acesso em: 10 out. 2022.

SANTA CATARINA. TRIBUNAL DE JUSTIÇA (TJSC). 1ª Câmara Cível. **Apelação Cível nº 20140790669**. Apelação cível. Ação declaratória de dupla paternidade. Sentença de procedência. Método de reprodução heteróloga assistida que utilizou gameta doado pela irmã de um dos autores, que também gestou a criança. Registro de nascimento da menor constando os nomes do casal homoafetivo como seus pais. Relator: Desembargador Domingos Paludo. Florianópolis, 12 de março de 2015. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-sc/944333356>. Acesso em: 10 out. 2022.

SANTOS, Maria de Fátima Oliveira dos. Injeção intracitoplasmática de espermatozoides: questões éticas e legais. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 10, supl. 2, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/K3yjTNWWZ6J64kv8vWSJzVK/?format=pdf>. Acesso em: 10 nov. 2022.

SILVA, Ana Carolina Japur de Sá Rosa. Preservação de Fertilidade. **Revista Brasileira de Genecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/8FnCS3MDt3SXMH58ysFQB6F/>. Acesso em: 10 nov. 2022.

SILVA, Flávia Alessandra Naves. Gestação de Substituição: direito a ter um filho. **Revista das Ciências Jurídicas e Sociais**, v. 1, n. 1, [s/p], 2011. Disponível em: <http://revistas.ung.br/index.php/cienciasjuridicasesociais/article/view/914/894>. Acesso em: 11 nov. 2022.

SILVA, De Plácido e. **Vocabulário jurídico**. 12. ed. Rio de Janeiro, 1997.

SOUZA, Karla Keila Pereira Caetano, ALVES, Oslânia de Fátima. As principais técnicas de reprodução humana assistida. **Saúde & Ciência em Ação – Revista Acadêmica do Instituto de Ciências da Saúde**, Goiânia, v. 2, n. 1, 2016. Disponível em: <http://revistas.unifan.edu.br/index.php/RevistaICS/article/view/182/139>. Acesso em: 09 nov. 2022.

SOLIGO, Adriana de Góes. **Injeção intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI)**, 2017. Disponível em: <https://adrianadego.es.med.br/injecao-intracitoplasmatica-de-espermatozoide-icsi/>. Acesso em: 09 nov. 2022.

URBAN, Cícero de Andrade. **Bioética clínica**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

VENOSA, Sílvio de Salvo. **Direito civil: direito de família**. V. 6, 12. ed. São Paulo: Atlas, 2012.