



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU  
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS  
(GESPOL)

**DENISE BRANDÃO NUNES RIBEIRO**

**BIODIREITO E BIOÉTICA**  
A JUDICIALIZAÇÃO DA REPRODUÇÃO ASSISTIDA

Palmas - TO  
2021

DENISE BRANDÃO NUNES RIBEIRO

**BIODIREITO E BIOÉTICA**  
A JUDICIALIZAÇÃO DA REPRODUÇÃO ASSISTIDA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Políticas Públicas da Universidade Federal do Tocantins avaliada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Gestão de Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Airton Cardoso Cançado

Palmas - TO  
2021

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins**

---

- R484b Ribeiro, Denise Brandão Nunes .  
Biodireito e Bioética: A judicialização da reprodução assistida. / Denise Brandão Nunes Ribeiro. – Palmas, TO, 2021.  
155 f.
- Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Pós-Graduação (Mestrado) Profissional em Gestão de Políticas Públicas, 2021.  
Orientador: Airton Cardoso Cançado
1. Reprodução Assistida . 2. Barriga de Aluguel. 3. Biodireito e Bioética . 4. Política Pública. I. Título

**CDD 350**

---

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

**DENISE BRANDÃO NUMES RIBEIRO**

**BIODIREITO E BIOÉTICA: A JUDICIALIZAÇÃO DA REPRODUÇÃO  
ASSISTIDA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Gestão de Políticas Públicas da Universidade Federal do Tocantins para obtenção do título de mestre.  
Orientador: Dr. Airton Cardoso Caçado.

Aprovada em 14/10/2021.

BANCA EXAMINADORA:

*aprovado*  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Airton Cardoso Caçado (Orientador)

*aprovado*  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Héber Rogério Gracio (Membro interno)

*aprovado*  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Fernanda Silva Rodrigues (Membro externo)

*Dedico o presente trabalho ao Augusto Maciel  
Coelho, Diomilia Brandão Coelho, Thiago  
Augusto Brandão e Gilson Ribeiro, por serem  
meus agentes motivadores constantes e por tantas  
vezes entenderem a minha ausência e horas  
dedicadas à pesquisa.*

*Assim o jurista: como todo cultor de ciência  
relacionada com a vida do homem em  
comunidade, não poderá fechar os olhos à  
realidade; acima das frases, dos conceitos,  
impõem-se, incoercíveis, as necessidades dia a  
dia renovadas pela coexistência humana,  
proteiforme, complexa.  
(Carlos Maximiliano)*

## AGRADECIMENTOS

Muitas pessoas, direta ou indiretamente, contribuíram para a elaboração desta dissertação. Não seria possível citar aqui o nome de todas e o mérito de cada uma. Contudo, algumas, por serem mais próximas ou por terem colaborado de forma decisiva, devem ser mencionadas. Primeiramente, agradeço a Deus, Aquele que sempre me ouve e orienta. Meus sinceros agradecimentos ao professor Airton Cardoso Cançado, por ter acreditado desde o início na possibilidade de realizarmos um bom trabalho, pela paciência, dedicação, e principalmente, pelo espírito acadêmico e científico.

Agradeço também ao Ministério da Saúde, especialmente ao Secretário de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde - SGTES, Dr. Rogério Abdalla, pela liberação do meu expediente em alguns momentos iniciais do Mestrado ao longo das disciplinas cursadas para obtenção dos créditos obrigatórios e ao Secretário Especial de Saúde Indígena - SESAI, Robson Santos da Silva, pelo reconhecimento do Curso como de interesse do Ministério da Saúde.

Aos colegas e professores do Programa de Pós-Graduação Stricto-Sensu do Mestrado Profissional em Gestão de Políticas Públicas (GESPOL) da Universidade Federal do Tocantins, pela oportunidade de participar de ricos debates e discussões ao longo das disciplinas cursadas.

Aos professores doutores Waldecy, Helga, Héber e Fernanda pelas valiosas sugestões ao projeto desta dissertação e durante a banca de qualificação.

À minha família, que sempre acreditou na minha disposição em estudar. E finalmente a você, que ao ler este trabalho, de alguma maneira estará participando desta conquista.

## RESUMO

A presente dissertação de mestrado teve por objetivo fazer uma análise da reprodução humana assistida (RA), na modalidade gestação de substituição barriga de aluguel”, por meio do fenômeno da judicialização, avaliando a situação legal em torno do procedimento de barriga de aluguel. O trabalho foi alicerçado em uma pesquisa bibliográfica-documental, jurisprudencial e interdisciplinar, a partir do diálogo entre o biodireito, a bioética e o Direito Constitucional, onde foram feitas análises de conteúdo por meio de uma abordagem qualitativa e descritiva das diversas fontes de tribunais (STF, STJ e TRF), bases de dados, no período de dez anos, que ao analisar o acesso universal e igualitário a essas novas tecnologias de reprodução humana assistida, objetivou sustentar a tese de que a RA e a maternidade substitutiva devem estar no Sistema Único de Saúde (SUS). Foi apresentada a produção científica sobre a reprodução assistida e a barriga de aluguel, no período de 2010 a 2020, sobre a judicialização da saúde na RA e a barriga de aluguel. Foram também identificadas, nos tribunais, as soluções conferidas acerca do estabelecimento da filiação entre os envolvidos e as soluções dadas aos casos de conflito entre os envolvidos no processo e a possibilidade de atendimento no SUS, como uma política pública de saúde. Ao final foram apresentadas sugestões para a solução de um problema que se arrasta há décadas no Brasil, que é a ausência de uma lei sobre a RA e a barriga de aluguel, mais especificamente, de uma lei que permita o acesso universal e igualitário para quem não tem condições de financiar os custos do procedimento da barriga de aluguel permitindo também, o uso das técnicas de RA, no âmbito do SUS, para heterossexuais, homoafetivos e transgêneros. Ainda assim, foi proposto a atualização da Portaria 426/MS, de 22 de março de 2005, que institui no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, já de acordo com a Resolução do CFM nº 2283/2020 e a atualização da Portaria 3149/MS, de 28 de dezembro de 2012, que destina recursos financeiros aos estabelecimentos de saúde para realização de procedimentos de atenção à reprodução humana assistida, no âmbito do SUS, passando a incluir a técnica de barriga de aluguel, também para heterossexuais, homoafetivos e transgêneros e propondo a ampliação desta rede de hospitais, passando os demais estados da Federação a ter no mínimo 1 (um) hospital da rede estadual capacitado para as técnicas de RA de forma gratuita. Independentemente das críticas e polêmicas envolvendo a questão da barriga de aluguel, a infertilidade é um problema de saúde pública e negar o acesso às novas tecnologias, e especificamente as de alta complexidade, afeta não só os direitos humanos, como também os direitos reprodutivos e o direito fundamental das pessoas ao planejamento familiar. O sistema de saúde ao não realizar sua função que é a de garantir o direito à saúde, acaba trazendo um problema a ser resolvido dentro do sistema do direito, que precisa decidir sobre as ações de judicialização da saúde.

**Palavras-Chave:** Reprodução Assistida. Gestação. Barriga de Aluguel. Biodireito. Bioética. Política Pública.

## ABSTRACT

The present master's dissertations aimed to analyze the assisted human reproduction (AR), in the substitute maternity modality “surrogate motherhood”, through the phenomenon of judicialization, evaluating the legal situation around the surrogacy procedure. The work was based on a bibliographical-documental, jurisprudential and interdisciplinary research, based on the dialogue between biolaw, bioethics and Constitutional Law, where content analyzes were carried out through a qualitative and descriptive approach of the various sources of courts ( STF, STJ and TRF), databases, in a period of ten years, which, when analyzing the universal and equal access to these new technologies of assisted human reproduction, aimed to support the thesis that AR and motherhood should be in the System Health Service (SUS). The scientific production on assisted reproduction and surrogacy, in the period from 2010 to 2020, on the judicialization of health in AR and surrogacy was presented. In the courts, solutions were also identified regarding the establishment of affiliation between those involved and the solutions given to cases of conflict between those involved in the process and the possibility of assistance in the SUS, as a public health policy. At the end, suggestions were presented for solving a problem that has been dragging on for decades in Brazil, which is the absence of a law on AR and surrogacy, more specifically, a law that allows universal and equal access for those it is not able to finance the costs of the surrogacy procedure, also allowing the use of AR techniques, within the scope of the SUS, for heterosexuals, homosexuals and transgenders. Even so, it was proposed to update Ordinance 426/MS, of March 22, 2005, which institutes, within the scope of the SUS, the National Policy for Comprehensive Care in Assisted Human Reproduction, already in accordance with CFM Resolution No. 2283/2020 and the update of Ordinance 3149/MS, of December 28, 2012, which allocates financial resources to health establishments to carry out care procedures for assisted human reproduction, within the scope of the SUS, including the surrogacy technique, also for heterosexuals, homosexuals and transgenders and proposing the expansion of this network of hospitals, with the other states of the Federation having at least 1 (one) state hospital trained in AR techniques free of charge. Regardless of the criticisms and controversies surrounding the surrogacy issue, infertility is a public health problem and denying access to new technologies, and specifically those of high complexity, affects not only human rights, but also reproductive rights and people's fundamental right to family planning. The health system, by not performing its function, which is to guarantee the right to health, ends up bringing a problem to be resolved within the legal system, which needs to decide on the actions for the judicialization of health

**Key words:** Assisted Reproduction. Gestation. Surrogacy. Biolaw. Bioethics. Public policy.

## LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 - Temas relacionados ao biodireito e seus dispositivos legais. ....	41
Quadro 2 - Leis, projetos de lei, portarias e resoluções que regulamentam as técnicas de reprodução assistida. ....	64
Quadro 3 – Análise por amostragem de decisões proferidas nos tribunais – casos. ....	89
Quadro 4 - Evolução ao longo dos anos dos projetos de lei sobre a reprodução assistida. ...	121
Tabela 1 - Consolidação dos resultados da pesquisa. ....	753

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Art.	artigo
Nr.	número
Obs.	observação
AC	Análise de Conteúdo
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Ministério da Educação
CAQDAS	Computer Assisted Qualitative Data Analysis (Análise de Dados Qualitativos Apoiados por Computador)
CF/88	Constituição Federal do Brasil de 1988
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIDH	Convenção Americana dos Direitos Humanos
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Sistema Único de Saúde
DNA	Desoxyribonucleic Acid (Ácido Desoxirribonucleico)
DNV	Declaração de Nascido Vivo
FIVTE	Fecundação “in vitro”
IA	Inteligência Artificial
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NAT	Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário
OGMs	Organismos Geneticamente Modificados
OMS	Organização Mundial da Saúde
PL	Projeto de Lei
QDAS	Qualitative Data Analysis Softwares (Softwares de Análise Qualitativa de Dados)

RA	Reprodução Assistida
REsp	Recurso Especial
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUS	Sistema único de Saúde
TE	Transferência de Embriões
TIC	Tecnologias da Informação e Comunicação
TIG	Transferência Intratubária de Gametas
TRF	Tribunal Regional Federal
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund (Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância)

## LISTA DE SÍMBOLOS

§ párrafo

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 O DIREITO À SAÚDE .....	21
2.1 Conceito de saúde.....	22
2.2 Direito à saúde no ordenamento jurídico brasileiro .....	23
2.3 A saúde pública e seus direitos fundamentais .....	24
2.4 A efetivação do direito à saúde .....	28
2.5 O Sistema Único de Saúde - SUS.....	29
3 O BIODIREITO E A BIOÉTICA NA SAÚDE COLETIVA .....	34
3.1 A bioética.....	34
3.2 O biodireito e seus dispositivos legais.....	39
3.3 Reprodução assistida .....	49
3.3.1 Barriga de aluguel.....	51
3.4 Responsabilidade pela criança gerada por “barriga de aluguel” do ponto de vista do direito (biodireito) .....	52
3.5 Barriga de aluguel em outros países – comércio internacional .....	55
4 JUDICIÁRIO BRASILEIRO .....	59
4.1 Judicialização da política pública de saúde reprodutiva.....	60
4.2 Judicialização no âmbito da oferta de reprodução assistida pelo SUS.....	63
5 METODOLOGIA.....	67
5.1 Sítios da pesquisa .....	72
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	74
6.1 No site <a href="https://www.bdt.d.ibict.br/">https://www.bdt.d.ibict.br/</a> .....	75
6.2 No site <a href="https://www.scholar.google.com.br/">https://www.scholar.google.com.br/</a> .....	76
6.3 No site <a href="https://www.scielo.br/">https://www.scielo.br/</a> .....	78
6.4 No site <a href="https://www.proquest.com">https://www.proquest.com</a> .....	79
6.5 No site <a href="http://www.periodicos.capes.gov.br">http://www.periodicos.capes.gov.br</a> .....	83

6.6 No site do STF.....	88
6.7 No site do STJ .....	89
6.8 No site do TRF1 .....	89
6.9 No site do TRF2 .....	90
6.10 No site do TRF3 .....	90
6.11 No site do TRF4 .....	90
6.12 No site do TRF5 .....	91
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	103
REFERÊNCIAS .....	111
APÊNDICE A – PROPOSTA DE PROJETO DE LEI INCLUINDO O TEMA DA REPRODUÇÃO ASSISTIDA E AS QUESTÕES QUE ENVOLVEM A “BARRIGA DE ALUGUEL”, COMO OBRIGATÓRIO SEU ATENDIMENTO NO ÂMBITO DO SUS....	121
ANEXO A – RESOLUÇÃO CFM Nº 2.168, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017 .....	126
ANEXO B – RESOLUÇÃO CFM Nº 2.283, DE 1º DE OUTUBRO DE 2020 .....	133
ANEXO C – PORTARIA GM/MS Nº 426, DE 22 DE MARÇO DE 2005 .....	135
ANEXO D – PORTARIA GM/MS Nº 3.149, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2012.....	139
ANEXO E – LEI Nº 9.263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996, LEI DO PLANEJAMENTO FAMILIAR.....	142
ANEXO F – RESOLUÇÃO CFM Nº 2.294, DE 15 DE JUNHO DE 2021 .....	148

## 1 INTRODUÇÃO

Nossa sociedade, atualmente é caracterizada como uma sociedade complexa, com diversos limites e possibilidades, fruto das últimas décadas de desenvolvimento, principalmente da tecnocientífica, que proporcionou diversas descobertas científicas relacionadas às ciências da vida. Temos como exemplos a serem citados: as descobertas de tratamentos para doenças, a preservação da vida sobre condições artificiais, a reprodução humana assistida, tal como a gestação de substituição (barriga de aluguel), a clonagem, a eutanásia, a robótica, a pesquisa e terapia de células-tronco, o transplante de órgãos e tecidos humanos, a adequação de sexo do intersexual e do transexual, o aborto, dentre outros.

Assim, surgiu a formação de novas áreas do conhecimento como: a bioética, o biodireito, que exigem uma postura transdisciplinar dos novos profissionais em saúde. Não podemos nos dias atuais limitar a realidade a uma única disciplina, nossa sociedade hoje conquistou diversos direitos sociais através da Constituição Federal de 1988, reflexo de inúmeros movimentos sociais, principalmente do movimento sanitário, vindo o direito à saúde se materializar neste mesmo período no art. 196 da nossa Constituição Federal (BRASIL, 1998).

As descobertas científicas vão avançando, e conseqüentemente isso reflete na efetivação do direito à saúde, pois é necessário que esse direito fundamental acompanhe os avanços desta sociedade tecnocientífica. O Sistema Único de Saúde - SUS, não está organizado, ainda, para responder a estas demandas de saúde cada vez mais avançadas, o que acaba acarretando em ações judiciais, denominadas por judicialização da saúde, passando o poder judiciário a ter que decidir por pedidos que reivindicam, o uso de novos medicamentos, tratamentos e a utilização de novas tecnologias.

O Direito é uma ciência social que evolui em conjunto com a sociedade, dessa forma, em constante transformação, por isso, há uma grande pluralidade de normas no ordenamento jurídico brasileiro. O direito nasce a partir do momento em que o homem começa a estudar formas de reger a conduta entre ele e seu semelhante (KANT, 1968 *apud* WEFFORT, 1991).

Percebemos que o desenvolvimento biotecnológico e o Direito à saúde vão avançando lado a lado, ao mesmo tempo que a sociedade vai se tornando cada vez mais complexa e neste ponto a família sempre foi muito importante para o desenvolvimento individual humano, vimos a sua essência se transformar e sofrer mutações em razão do amadurecimento da

sociedade, em que concepções familiares ‘estranhas’ para determinadas décadas se tornaram ‘normais’ para a atual sociedade (MOURA, 2020).

Atualmente, mesmo com a existência de vários tipos de família, todas tem um ponto em comum, são centradas pelo afeto. Isso se dá pelo fato de vivermos em uma sociedade em que um dos principais fundamentos jurídicos que rege a Constituição Nacional é o princípio da dignidade humana, destacando uma maior proteção dos direitos existenciais já disciplinados de forma mais ampla na Declaração Universal dos Direitos Humanos. Com isso, dá-se ênfase aos direitos da liberdade, de igualdade e da solidariedade, resultando, em uma maior proteção às relações afetivas (MOURA, 2020).

Com as mudanças ocorridas e consolidadas nacionalmente pela Constituição Federal de 1988 (CF) durante o século passado, levaram a aprovação do Código Civil de 2002 que confirmou a ampliação do conceito de família, com a regulamentação da união estável como entidade familiar, por exemplo. As inovações mencionadas dão uma visão panorâmica das profundas modificações introduzidas no direito de família. Para Gonçalves (2012) as transformações sofridas no sentido jurídico de entidade familiar passou por um grande processo de modificação durante o século passado, ocorrendo a aceitação de valores considerados imorais a alguns anos atrás, tendo que mudar e buscar uma nova definição de família que acompanhasse a evolução social.

Com o declínio do patriarcalismo, a família perdeu sua força como instituição e hierarquia rígida, ficou menos patrimonialista, deixou de ser essencialmente um núcleo econômico e de reprodução para ser o espaço do amor e do companheirismo, um centro formador e de desenvolvimento do sujeito, de sua dignidade, de sua humanidade e humanização (PEREIRA, 2015).

Pereira (2015) conceitua a família como um grupo de pessoas unidas pelo afeto e pela solidariedade. Menciona também, que possui como um dos principais fundamentos da relação familiar a afetividade, após o individualismo triunfante dos dois últimos séculos, deixando de tratar apenas da família singular, matrimonializada, e abrangendo o seu conceito para todas as famílias. No Brasil, como o direito à saúde é garantido pela nossa constituição e possuímos um Sistema Único de Saúde, o SUS, que prevê o acesso universal e integral à saúde dos brasileiros, isso transforma os avanços da biotecnologia um dilema para a nossa saúde pública, pois a incorporação de novas tecnologias se torna muito lenta no Estado.

Os avanços biotecnológicos acabam expondo e tornando vulneráveis os sistemas universais de saúde, pois não incorporam as novas tecnologias para a promoção, a prevenção

e a atenção à saúde. Após a Lei nº 12.401/2011 (BRASIL, 2011), que altera a Lei nº 8.080/1990, o Brasil vem avançando para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS.

Todavia, para Endres (2016) a judicialização, ainda é uma demanda da sociedade, que acaba encontrando uma solução efetiva para o provimento de um tratamento, medicamento, internação, mais na justiça do que no próprio sistema de saúde, pois acaba o judiciário sendo obrigado a decidir e produzir decisões legais. Isso somente acontece tendo em vista o nosso sistema de saúde estar desalinhado e não estruturado para responder às demandas atuais da nossa sociedade.

O sistema de saúde ao não realizar sua função que é a de garantir o direito à saúde, acaba acarretando um problema a ser resolvido dentro do sistema do direito, que precisa decidir sobre as ações de judicialização da saúde. Toda esta demanda da atual sociedade exige novas soluções jurídicas capazes de atender, de forma adequada, as novas realidades, as necessidades emergentes dos novos direitos, especialmente os relacionados à revolução tecnológica (BARROSO, 2013).

Logo, com toda esta revolução tecnológica, temos que enfrentar uma realidade distinta e que exige novas soluções jurídicas capazes de atender as necessidades emergentes dos novos direitos. Esse atual quadro somente será resolvido com eficiência e eficácia, por meio de uma ação intersetorial que consiga reunir as várias instituições envolvidas nesse processo e quando houver um diálogo com o poder judiciário (CARVALHO, 2010).

Atualmente muitas questões estão sendo discutidas na sociedade no ramo do Direito, envolvendo a ciência bem como a religião, o biodireito entre outras problemáticas bastante complexas. Entre elas, pode-se citar a questão da Gestação de Substituição, conhecida como “barriga de aluguel”, tema desta dissertação do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu - Mestrado Profissional em Gestão de Políticas Públicas (Gesp l) - UFT, dentro da área de Concentração em Gestão e Avaliação de Políticas Públicas/ Linha 1: Dinâmicas Institucionais e Avaliação de Políticas Públicas.

Trazendo a problemática da Reprodução Assistida - RA, mais especificamente a da Gestação de Substituição (barriga de aluguel) para o centro da dignidade da pessoa humana, poderemos verificar que mesmo a Constituição Federal nos proporcionando tantos direitos e deveres, ainda não conseguimos ter um respaldo jurídico concreto que assegure de fato os direitos e deveres dos pais biológicos, da mãe por substituição e da própria crianç a. O tema abordado é complexo, pois não estamos tratando apenas de pessoas civilmente capazes, mas

de crianças que dificilmente entenderão o porquê de ser filho de um casal e ter nascido de uma outra mulher que não a sua mãe (DE RESENDE, 2021).

O direito à saúde reprodutiva, ainda que não esteja expresso como direito fundamental, está implicitamente elencado no direito fundamental à saúde e, assim como este, deve ser respeitado e garantido pelo Estado; porém, como ainda não existe uma lei regulamentadora, tal direito passou a fazer parte dos tribunais brasileiros nos últimos tempos, com o chamado “fenômeno da judicialização” (SANTOS E LOPES, 2018).

Ainda que vulgarmente se empregue o termo “aluguel” ao tipo de gestação, o pagamento por este empréstimo é expressamente proibido no Brasil. Trata-se de uma possibilidade de as mulheres inférteis, ou impedidas de gestar, realizarem o sonho de ser mãe. No entanto, a técnica é bastante onerosa, e isto faz com que apenas uma parcela da sociedade possa usufruir desta tecnologia, não estando esta ao alcance da população dentro do nosso Sistema Único de Saúde (SANTOS E LOPES, 2018).

Apesar desse procedimento ser admitido no Brasil, a legislação é inexistente, razão que motiva a presente pesquisa. O objetivo geral é a análise da Reprodução Humana Assistida, na modalidade Gestação de Substituição “Barriga de Aluguel”, por meio do fenômeno da judicialização. Para responder ao problema, foram determinados alguns objetivos específicos, entre os quais citamos:

- 1) Avaliar a situação legal em torno do procedimento de Gestação em Barriga de Aluguel (Projeto de Lei nº 7.591/2017, que acrescenta o parágrafo único ao Art. 1.798 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil);
- 2) Consultar a doutrina e o direito vivo, por meio de jurisprudências acerca do estabelecimento da filiação entre os envolvidos; e
- 3) Identificar as soluções conferidas aos casos de conflito entre os envolvidos no processo e a possibilidade de atendimento no SUS, como uma política pública de saúde. Para se atingir estes objetivos, o trabalho será baseado em uma pesquisa bibliográfico-documental, jurisprudencial e interdisciplinar, a partir do diálogo entre Biodireito, a Bioética e o Direito Constitucional, onde serão feitas análises de conteúdo por meio de uma abordagem qualitativa e descritiva das diversas fontes dos Tribunais Superiores (STF, STJ) e dos Tribunais Regionais Federais (TRF), bases de dados, no período de dez anos, que ao analisar o acesso universal e igualitário a essas novas tecnologias de reprodução humana assistida buscará sustentar a tese de que a Reprodução Assistida e a maternidade substitutiva devem que estar no Sistema Único de Saúde (SUS).

A pesquisa em questão justifica-se pelo fato de que a Reprodução Assistida pode ser considerada parte integrante do direito fundamental à saúde, devendo seu pleito estar ligado a um problema de saúde de cunho reprodutivo.

No Brasil não há lei que regulamente a realização da Reprodução Assistida. Há apenas duas resoluções: a Resolução nº 2.168/2017, do Conselho Federal de Medicina - CFM (CFM, 2017), que revogou a Resolução CFM nº 2.121/2015; e a Resolução CFM nº 2.283/2020 (CFM, 2020), que alterou a redação do item 2 do inciso II, "Pacientes das técnicas de RA", da Resolução CFM nº 2.168/2017, que passou a permitir o uso das técnicas de RA para heterossexuais, homoafetivos e transgêneros, gerando um leque de possibilidades de quando e quem pode recorrer à mesma; bem como o Provimento CNJ nº 52/2016 (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA – CNJ, 2016).

De acordo com Meirelles (2002), em várias hipóteses não há problema de saúde reprodutiva, mas impossibilidade natural de engravidar do marido falecido, engravidar do(a) companheiro(a) do mesmo sexo em casos de pares homoafetivos ou engravidar sem que se tenha um parceiro(a) para manutenção de relações sexuais, como no caso das “produções independentes”. Nestes casos, portanto, não há que se falar no direito fundamental à reprodução assistida, que sempre deve ser analisado, obrigatoriamente, no contexto do direito fundamental à saúde, e portanto, à saúde reprodutiva (VALESINI, 2013)..

A Lei de Planejamento Familiar, Lei nº 9.263/1996 (BRASIL, 1996) é um conjunto de ações que auxiliam homens e mulheres a planejar a chegada dos filhos, e também a prevenir gravidez não planejada. Ainda assim, prevê a disponibilização da Reprodução Assistida no Sistema Único de Saúde e o faz dentro de um conjunto de políticas públicas de atenção à saúde reprodutiva, devendo restringir-se a este âmbito particular sua oferta à população.

Problemas de infertilidade, quando não tratados, podem ocasionar transtornos mentais e psicológicos. O diagnóstico da infertilidade pode até mesmo desencadear uma separação do casal. Muitas mulheres inférteis sofrem também de isolamento social (CUNHA ET AL, 2008).

Como até hoje o poder legislativo não sancionou uma lei que regulamente a Reprodução Assistida, cabe aos magistrados interpretar se a mesma é ou não um direito fundamental que deve ser prestado pelo Estado e se este direito do particular pode se sobrepor ao direito da coletividade. É fundamental com todo o avanço de técnicas de RA (Reprodução Assistida), que o Estado brasileiro regulamente o uso das mesmas, passando a oferecer de forma gratuita aos usuários do SUS, para que tal política pública seja implantada

definitivamente, sem causar prejuízo a outras áreas da saúde pública que já enfrentam problemas relacionados à falta de recursos (ARAÚJO, 2018).

Justifica-se, ainda, o interesse de pesquisar sobre o tema considerando a relevância social a refletir sobre os envolvidos neste método de filiação, bem como por explicitar o papel essencial referente à jurisprudência atual e sua evolução referente à reprodução humana assistida, seus prós e contras no meio jurídico e social. Enquanto não existir uma regulamentação jurídica concreta, caberá aos juízes sentenciar os casos que venham a existir, através da Lei de Introdução ao Código Civil, aplicando a analogia e os princípios gerais de direito, especialmente da dignidade da pessoa humana e do melhor interesse da criança.

Sabe-se que o direito ao planejamento familiar é garantido tanto na Constituição Federal (BRASIL, 1988) quanto na Lei nº 9.263/1996 (BRASIL, 1996), que regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal. A lei que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências; contudo, a obrigatoriedade de oferta da reprodução assistida pelo Estado, gratuitamente, no âmbito do Sistema Único de Saúde, tem trazido muitos debates, tendo em vista a mesma não constar no texto constitucional e por ser algo que demandaria grande quantidade de recursos públicos para a sua concretização.

Pretende-se ainda com a pesquisa alertar aos futuros pais que desejam utilizar a técnica da Barriga de aluguel e estudiosos no assunto as consequências do uso da técnica, a fim de melhor preparar os interessados para a escolha consciente e madura. Dessa forma ajudando a evitar os males de futuro arrependimento, tanto no campo sentimental quanto na seara legal, diante dos reflexos atinentes aos direitos de família.

Assim, abordaremos no capítulo 2, o direito a saúde, o seu conceito, o direito a saúde no ordenamento jurídico, a saúde pública e seus direitos fundamentais, a efetivação do direito a saúde e o SUS. No capítulo 3, abordaremos o Biodireito e a Bioética na saúde coletiva, a Reprodução Assistida (barriga de aluguel), a responsabilidade pela criança gerada por “barriga de aluguel” do ponto de vista do direito (biodireito), a reprodução homóloga e a reprodução heteróloga. No capítulo 4, serão apresentados aspectos relativos ao judiciário brasileiro, a judicialização da política pública de saúde reprodutiva e a judicialização no âmbito da oferta de reprodução assistida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e finalmente no capítulo 5, serão apresentadas as conclusões a respeito do debate. As referências permanecerão subsequentes as conclusões, bem como apêndices e anexos.

## 2 O DIREITO À SAÚDE

Desde os primórdios da humanidade o vocábulo saúde existe e acompanha nossa história até os dias atuais. O século XVIII marca a evolução nos estudos epidemiológicos, bem como o início da aplicação do termo às necessidades da sociedade; assim sendo a saúde passou a refletir uma conjuntura social, econômica, política e cultural, Scliar (2007) completa dizendo: dependerá da época, do lugar, da classe social, de valores individuais, de concepções científicas, religiosas e filosóficas.

Em meados do século XIX, com a expansão da Revolução Industrial pela Europa, proprietários de inúmeras fábricas começaram a se preocupar com as perdas consideráveis de mão-de-obra, o que refletiu nos primeiros serviços de assistência médica no trabalho (MENDES; DIAS, 1991).

Emergem no final do século XIX, diferentes estudos acerca da saúde da classe trabalhadora, envolvendo suas condições sanitárias e higiene, insalubridade, análises de relatórios médicos e observações de ambiente de trabalho (SCLIAR, 2007). O século XIX finaliza com a ideia de possíveis intervenções do Estado na área de saúde pública (MENDES; DIAS, 1991).

O advento do século XX é marcado pelo início do maior conflito bélico da história, a Primeira Guerra Mundial, consequência da luta entre as maiores potências mundiais, causando desestabilizações políticas, sócias-econômicas e culturais por todo o mundo (SCLIAR, 2007).

O conceito refletiu a nova configuração mundial do período pós-guerra, sendo vastamente criticado, porém fruto de futuras reestruturações políticas. A partir da segunda metade do século XX, a saúde se estabelece firmemente como um campo (SCLIAR, 2007).

Ainda na segunda metade do século XX, os trabalhadores passaram a exigir o retorno do reconhecimento do seu saber, direito à informação e recusavam o trabalho perigoso ou arriscado à saúde. Passaram ainda, a questionar as alterações nos processos de trabalho, particularmente pela emergente adoção de novas tecnologias (SCLIAR, 2007).

Para firmar a ideia de que, num contexto mundial saúde passou a ser considerada um direito, aconteceu em 1986 a Primeira Conferência Internacional de Saúde (FARIA *et al.*, 2009), e a partir desta conferência, surgiram as vigentes políticas de intervenção em saúde pública no Brasil. O Sistema Único de Saúde – SUS passa a ter suas competências a partir da nova Constituição Federal de 1988 (SCLIAR, 2007). A criação desse sistema garantiu a

começar daquele momento que a saúde fosse um direito de todos e um dever do Estado (CENTRO DE REFERENCIA EM SAUDE DO TRABALHADOR – CEREST, 2008).

A criação do SUS marcou uma nova etapa da construção da cidadania dos brasileiros. As ações em saúde do trabalhador passaram a ser definidas como parte integrante das atribuições do SUS (CEREST, 2008) e responsável em seus diferentes níveis de complexidade, pelo atendimento a trabalhadores, vítimas de doenças e acidentes relacionados ao trabalho (SILVEIRA, 2009).

## 2.1 Conceito de saúde

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1946) entende como saúde “o estado de completo bem-estar físico, psíquico e social”. Esta definição foi adotada no preâmbulo da constituição da OMS redigida em 1946. Apesar de ser um conceito abrangente, esse conceito não considera saudável o cidadão que se encontra apenas em perfeito estado físico ou mental, mas considera hígido o indivíduo que está totalmente integrado a um contexto social, em uma convivência social, onde participa das benfeitorias da vida comunitária e da sua vida individual.

Segundo a OMS (1946), o direito à saúde baseia-se em um objetivo de qualidade de vida e está ligado a todos os direitos intrínsecos às pessoas humanas e ao ambiente em que elas convivem. O bem-estar físico, psíquico e social das pessoas abarca vários direitos, tais como: moradia, alimentação, assistência médica, vestuário, lazer, emprego, transporte, entre outros; ou seja, um ser humano ideal, do ponto de vista saudável, deve-se buscar inseri-lo no meio social e garantir a ele que tenha todos estes direitos.

O primeiro documento que consagrou no âmbito mundial o direito à saúde foi a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, que no seu artigo 25 caput, define:

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU, 1948, p. 6).

O Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, proposto em 19 de dezembro de 1996 pela ONU e ratificado pela União, por meio do Decreto nº 591, de 6 de julho de 1992 (BRASIL, 1992) tratou do direito à saúde, reconhecendo-o no art. 12º do pacto

como o “direito de toda pessoa desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental”.

Na Convenção Americana dos Direitos Humanos (ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS – OEA, 1969); assim como na Convenção dos Direitos da Criança (ONU, 1989), encontram-se menções ao direito à saúde. Ambas foram ratificadas pelo Brasil e incluídas no nosso ordenamento jurídico. Veremos na próxima seção o direito à saúde no nosso ordenamento jurídico brasileiro.

## **2.2 Direito à saúde no ordenamento jurídico brasileiro**

O Brasil, a partir da Constituição de 1988, vem adotando uma posição bem mais avançada no que se refere a políticas e ações sociais, em resposta às crescentes demandas da sociedade. Estas políticas públicas adotadas conferem condições mínimas à população para o resgate de sua cidadania.

Paim (2007) relata que ao longo dos anos o sistema de saúde brasileiro sofreu diversas mudanças e, ainda hoje, não se concretiza como o idealizado. O Movimento da Reforma Sanitária nasceu no contexto da luta contra o governo militar, no início da década de 1970 e a expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinham em relação as mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor de saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população. Grupos de médicos e outros profissionais preocupados com a saúde pública desenvolveram teses e integraram discussões políticas. Esse processo teve como marco institucional a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. As propostas da Reforma Sanitária resultaram finalmente, na universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que estabeleceu a saúde como direito fundamental a todos os cidadãos e dever do Estado.

A estrutura jurídica legal e institucional, bem como o funcionamento do sistema de saúde, contempla direitos, deveres e responsabilidades do cidadão, da sociedade e do Estado, preconiza princípios e diretrizes em relação ao financiamento, às competências do governo nos níveis Federal, Estadual e Municipal na gestão e funcionamento do setor, com destaque na descentralização de recursos como forma de racionalidade econômica, integralidade das ações, acesso universal, equidade, participação e controle social. A Lei nº 8.080/1990 – Lei

Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990), passou a fornecer as diretrizes básicas do sistema de saúde.

Para Oliveira (2001), o direito a saúde é uma garantia indispensável para sobrevivência e desenvolvimento do ser humano e através de uma eficiente assistência sanitária os direitos como a vida e a integridade física, tão consagrados na ordem jurídica constitucional, serão respeitados. Vários são os dispositivos constitucionais que versam sobre o direito à saúde, cabendo destacar a Constituição Federal de 1988, em conformidade com a Declaração Internacional de Direitos Humanos, que foi a primeira a elevar a saúde ao patamar de direito fundamental.

Segundo Schwartz (2001, p.28), “a Constituição Federal de 1988 inovou ao estabelecer a saúde como direito de todos e dever do estado (art.196) e ao sinalizar que tipo de saúde deve ser possibilitado ao seu público-alvo”. Cabe enfatizar que as constituições brasileiras anteriores à vigente de 1988, abordaram a saúde com o objetivo de estabelecer competências legislativas e administrativas, principalmente no tocante às normas de proteção à saúde do trabalho.

A transcrição do art. 196, destaca que o art. 129, inciso II, da Constituição Federal de 1988, confere ao Ministério Público a função de fiscalizar os Poderes Públicos e suas ações no tocante aos serviços de relevância pública, garantindo as suas efetivas execuções. Paralelo, a Constituição Federal de 1988 determina como dever da família, da sociedade e do Estado asseverar à criança e ao adolescente o direito à saúde, prevendo a participação de entidades não-governamentais na promoção de programas de assistência integral à saúde da criança e do adolescente.

Por fim, cabe ressaltar que em conformidade com o artigo 196 da Constituição Federal de 1988, as Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas dos Municípios refletiram a preocupação com a efetivação da saúde, trazendo disposições que objetivam garantir esse direito a todos. Na próxima seção serão abordados a saúde pública e seus direitos fundamentais.

### **2.3 A saúde pública e seus direitos fundamentais**

Os direitos fundamentais devem receber uma atenção no tocante à sua aplicabilidade. Isso foi bem demonstrado no art. 5º, parágrafo 1º, da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), que as normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicabilidade

imediate. Segundo Siqueira, (2008), os direitos fundamentais são fruto de grande evolução histórica e social, que levou a sua consagração ao que se apresenta hoje. Logo, pensarmos direitos fundamentais como “simples direitos” não reflete a realidade, sendo que até os dias atuais, inúmeras foram às mobilizações sociais e mutações sofridas; a sociedade sofreu transformações assim como suas necessidades, e por certo os direitos fundamentais a acompanharam.

Já para Fabríz (2003), a ideia de direitos fundamentais, *stricto sensu*, liga-se ao sentimento de liberdade, exigindo uma relação de bilateralidade entre autoridade estatal e governos. Por sua vez o Supremo Tribunal Federal - STF já afirmou, por meio do Agravo Regimental no Recurso Extraordinário nº 271.286-8, DJU 24.11.2000, relator Ministro Celso de Mello:

- O direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República (artigo 196). Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve zelar, de maneira responsável, o poder público, a quem incumbe formular - e implementar - políticas sociais e econômicas idôneas que visem a garantir aos cidadãos, inclusive aqueles portadores do vírus HIV, o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica e médico hospitalar.

- O direito à saúde - além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas - representa consequência indissociável do direito à vida. O Poder Público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atenção no plano da organização federativa brasileira, não pode mostrar-se indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por censurável omissão, em grave comportamento inconstitucional (BRASIL, 2000).

Os direitos fundamentais explícitos na Constituição Federal (BRASIL, 1988) determinam o devido respeito à saúde pública, podendo afirmar que o direito à saúde pública é um direito fundamental, e que esse direito não pode ser suprimido nem mesmo por emenda constitucional. O Estado brasileiro deve promover a saúde da população. Analisando os aspectos do direito à saúde, define-se que a mesma tem eficácia direta e imediata em face do Poder Judiciário que, diante das políticas públicas definidas e implementadas, tem o dever de garantir aos cidadãos, os direitos subjetivos nela prevista em toda a sua extensão. Assim, podemos encontrar na Constituição Federal de 1988 uma gama variada de direitos fundamentais, possuindo cada um deles diferentes graus de eficácia jurídica. Alguns desses direitos podem ser aplicados diretamente, gerando de imediato o direito de fruição por seu titular, outros, a princípio, dependem de uma intervenção legislativa para irradiar seus principais efeitos.

Hoje em dia observa-se rotineiramente as expressões direitos humanos e direitos fundamentais sendo confundidos como se fossem sinônimos, e que os mesmos devem ser

garantidos a todos, sem qualquer restrição ou limitação. Segundo Sarlet (2007, p.17) há uma grande diferença entre direitos fundamentais e direitos humanos:

a pertinência da diferenciação conceitual entre direitos humanos e fundamentais se fundamenta no sentido de que os direitos humanos, antes de serem reconhecidos e positivados nas Constituições (quando então se converteram em direito positivado e assumiram a condição de direitos fundamentais), integravam apenas uma espécie de moral jurídica universal, de tal sorte que os direitos humanos referem-se ao ser humano como tal (pelo simples fato de ser pessoa humana) ao passo que os direitos fundamentais (positivados nas Constituições) concernem às pessoas como membros de um ente público concreto.

Assim analisaremos se os direitos à saúde e à reprodução humana assistida podem ser considerados direitos fundamentais. Antes de entrarmos nesta questão, é necessário um breve panorama do aparecimento das gerações de direitos fundamentais.

A origem dos direitos fundamentais são as teorias históricas e filosóficas que buscavam à proteção das liberdades dos indivíduos. Com o surgimento, no cenário internacional, da positivação dos direitos humanos, estes começaram a ser validados dentro dos Estados, gerando a coincidência entre alguns direitos humanos e direitos fundamentais.

Segundo Pinheiro Neto (2012, p.49):

Os direitos fundamentais foram divididos em direitos de primeira, segunda, terceira e quarta geração, porém, com o aumento das pesquisas científicas “e com o fenômeno da globalização, alguns doutrinadores e estudiosos acreditam que poderá ocorrer o surgimento de novas gerações como o de quinta, sexta e sétima geração.

Os direitos da primeira geração são os ligados à liberdade do indivíduo, não devendo existir a intervenção do Estado, ou seja, são os direitos civis e políticos, e segundo Bonavides (2014, p.578), “[têm] por titular o indivíduo, são oponíveis ao Estado, traduzem-se como faculdades ou atributo da pessoa e ostentam uma subjetividade que é seu traço mais característico; enfim, são direitos de resistência ou de oposição perante o Estado”.

Essa geração de direitos fez aparecer uma série de questionamentos ao limite do poder estatal. Só a partir das primeiras Declarações de Direitos, em meados do século XVIII é que tais direitos se aperfeiçoaram.

Segundo Sarlet (2003, p.126), os direitos da primeira geração são aqueles que apresentam como característica “à resistência e oposição ao Estado”, ou seja: “representaram historicamente a positivação da superação do absolutismo através do estabelecimento do estado liberal de direito, que se instituiu em função e para preservar direitos do indivíduo face ao Estado”. São considerados direitos que valorizavam o homem individual, primeiramente.

Ocorreu, dessa forma, o surgimento de um sistema em que a economia de mercado livre trouxe uma enorme desigualdade social entre os indivíduos, pois o Estado representava

os interesses dos mais ricos, enquanto os mais fracos ficavam desprotegidos na sociedade. A partir deste momento, começaram a surgir reivindicações sociais, que serviram de base para a segunda geração de direitos. Estes direitos nasceram ligados ao Princípio da Igualdade da mesma forma, com o que aconteceu com os direitos fundamentais da primeira geração, sofreram especulações, mas foram ratificadas nas demais Constituições, principalmente no período pós-guerra (GREGORY AND STUART, PAUL AND ROBERT, 2004).

Segundo Bonavides (2014, p.579):

Sua eficácia foi tida como duvidosa, já que estes dependem diretamente do aparato estatal para que possam ser cumpridos na vida do indivíduo e, muitas vezes, essa prestação esbarra na “carência ou limitação essencial de meios e recursos. Os direitos de segunda geração englobam os direitos sociais, culturais e econômicos.

Nesse caso, é fundamental a intervenção do Estado para que as desigualdades entre os indivíduos, sejam diminuídas. Surge a ideia da igualdade material: “o estado se obriga, mediante retificação na ordem social, a remover as injustiças encontradas na sociedade” (SARLET, 2003, p. 129).

Segundo Bonavides (2014, p. 584):

Diante de um mundo polarizado entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, surgiu a necessidade da busca por uma terceira geração de direitos, geração esta baseada na fraternidade e não somente naqueles direitos que protegiam o indivíduo e a coletividade. Estes direitos se fortaleceram no final do Século XX e possuem a finalidade única de proteger o ser humano, afirmando assim uma verdadeira evolução na consumação dos direitos fundamentais, já que estes surgiram de reflexões relacionadas ao desenvolvimento, a paz, ao meio ambiente, à comunicação e ao patrimônio comum da humanidade.

Para Pinheiro Neto (2012), os direitos da terceira geração dizem respeito à coletividade, aos movimentos ecológicos: o direito de viver num ambiente não poluído. O direito ao desenvolvimento do Estado é considerado por alguns como direito de terceira geração (ETIENE, 1997 apud BONAVIDES, 2014, p. 584).

A crescente globalização e o atual neoliberalismo, com sua política econômica de poder e dominação, que enfraquece a soberania e doutrina a despolitização da sociedade, faz com que surja a quarta geração de direitos. Segundo Bonavides (2014, p.586):

São direitos da quarta geração o direito à democracia, o direito à informação e o direito ao pluralismo. Deles dependendo a concretização da sociedade aberta do futuro, em sua dimensão de máxima universalidade, [...]. Para ele, “os direitos de quarta geração não somente culminam a objetividade dos direitos das duas gerações antecedentes como absorvem- sem, todavia, removê-la -a subjetividade dos direitos individuais, a saber, os de primeira geração.

Com o advento da universalização dos direitos fundamentais estes passaram a aparecer no mais alto degrau de juridicidade, pois sabemos que através da universalidade de direitos,

que os demais direitos são fortalecidos e, com isso, acontecerá a sua efetivação por intermédio das diversas Convenções e Constituições dos Estados. Na próxima seção será tratado a questão da efetivação do direito à saúde.

#### **2.4 A efetivação do direito à saúde**

A efetivação do direito à saúde depende da organização e planejamento do Estado, através das denominadas Políticas Públicas, que representam escolhas efetuadas pelo administrador que visa à implementação de direitos ou metas traçadas pela ordem jurídica. Todas as políticas públicas estão subordinadas a um controle finalístico. Em outras palavras, restando configurado, no caso concreto, que o meio eleito pelo administrador não atende da melhor forma o interesse público, o Poder Judiciário estará plenamente legitimado a corrigir a ilicitude do ato administrativo de modo a adequá-lo aos princípios e regras constitucionais e legais. Segundo Serrano (2009, p.233):

O direito de todos à saúde deve ser garantido por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução de doença e de outros agravos à saúde. A Lei Orgânica da Saúde define como fatores determinantes e condicionantes da saúde, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, o acesso aos bens e serviços essenciais e as ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade as condições de bem-estar físico, mental e social.

Neste caso não estamos falando da interferência de um poder sobre o outro, pois o judiciário não tem a intenção de criar políticas públicas, mas tão somente impondo a execução daquelas já traçadas na Constituição e nas leis infraconstitucionais. Toda e qualquer política pública que venha a ser criada pelo governo para atendimento à saúde da população deverá seguir as diretrizes previstas no artigo 196 e seguintes da Constituição (BRASIL, 1998) e nas leis que versam sobre a saúde, principalmente a Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990); ou seja, o administrador somente tem liberdade de escolher a melhor forma de implementar a saúde, não podendo se omitir em fazê-la, sob pena, de estar indo contra o interesse público.

Cabe ao governo se empenhar na efetivação do direito à saúde, garantindo o acesso universal e igualitário de toda a população às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. Da mesma forma, cabe ao governo a organização de estruturas capazes de atender a demanda populacional da área. No entanto, se ficar constatado o descaso dos gestores públicos, como por exemplo, com a insuficiência de médicos, de enfermeiros, de leitos hospitalares, de equipamentos ou de remédios, estes problemas devem, imediatamente, serem sanados pela via judicial, papel fundamental nestes casos, ao Ministério Público a quem

incumbe à defesa da ordem jurídica e dos interesses sociais indisponíveis. Por tais razões terá participação ímpar no processo de efetivação da saúde no país. Cabe ao Poder Judiciário impedir as afrontas que ameaçam e agridem os direitos fundamentais. O Judiciário passa a se responsabilizar juntamente com os demais poderes, pela efetivação dos direitos fundamentais, em especial do direito à saúde. Na próxima seção veremos o Sistema Único de Saúde – SUS.

## **2.5 O Sistema Único de Saúde - SUS**

Para Carvalho (2006, p. 77), entre as diretrizes políticas materializadas pela Constituição (BRASIL, 1988) estão os fundamentos de uma total transformação do sistema de saúde brasileiro. O que levou essa transformação foi o consenso na sociedade, quanto à total inadequação do sistema de saúde caracterizado pelos seguintes aspectos: a) Um quadro de doenças de todos os tipos condicionados pelo tipo de desenvolvimento social e econômico do país e que o velho sistema de saúde não conseguia enfrentar com decisão; b) Completa desintegração das unidades de saúde, em alguns lugares com ofertas de serviços e ausência em outros; c) Recursos financeiros insuficientes em relação às necessidades de atendimento e em comparação com outros países; d) Desperdício dos recursos alocados para a saúde, demonstrando incompetência gerencial; e) Baixa cobertura assistencial da população, com determinados segmentos excluídos do atendimento, especialmente os mais pobres e nas regiões mais carentes; f) Insatisfação dos profissionais da área da saúde que vêm sofrendo as consequências da ausência de uma política de recursos humanos justa e coerente; g) Insatisfação da população com os profissionais da saúde pela aparente irresponsabilidade para com os doentes, greves frequentes, erros médicos e corporativismo se sobrepondo à saúde do povo; h) Baixa qualidade dos serviços oferecidos em termos de equipamentos e serviços profissionais; i) Ausência de critérios e de transparência dos gastos públicos; j) Falta de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação dos serviços; e dentre outros.

Na Constituição (BRASIL, 1988), uma seção sobre a saúde aborda três aspectos principais: (1) Incorporou o conceito de que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes o meio físico, como por exemplo a alimentação; (2) Meio socioeconômico e cultural, como é o caso da educação e os fatores biológicos, exemplo a herança genética; e (3) Oportunidade de se ter o acesso aos serviços que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde. Outro aspecto importante é que a Constituição assegura o direito de todos, às ações de saúde em todos os níveis, sem nenhuma discriminação, assim como também deixa claro

que é dever do Estado prover o pleno gozo desse direito, dessa maneira, a partir da nova Constituição a única condição para se ter direito de acesso aos serviços e ações de saúde, é precisar deles e, o último aspecto é que a Constituição estabelece o Sistema Único de Saúde - SUS, de caráter público, formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, tendo em cada esfera do governo, quer seja Federal, Estadual ou Municipal, uma direção única e sob controle dos seus usuários.

Os serviços particulares, ou seja, os conveniados e contratados, passam a ser chamados de complementares e sob diretrizes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990). O principal objetivo na implantação do SUS foi melhorar a qualidade da atenção à saúde no País.

A constituição do SUS (BRASIL, 1990), foi fundamentada em princípios e valores que foram discutidos por grande parte da sociedade brasileira, numa participação nunca antes vista na história da saúde pública, fruto de uma reforma sanitária que está intrinsecamente relacionada ao processo de redemocratização do Estado brasileiro.

O SUS ainda em construção e constante aperfeiçoamento não pode ser entendido como sucessor do INAMPS, pois o desenvolvimento do país quanto à saúde, está acontecendo. A cada instante é instaurado um recurso para melhorar a qualidade de vida em termos de saúde pública. Com o SUS foi feita uma nova formulação política e organizacional para o realinhamento dos serviços e ações de saúde estabelecida pela Constituição Federal de 1988. Sua doutrina e princípios organizativos são os mesmos em todo o território nacional, sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo federal, estadual e municipal; ou seja, o SUS é um grande sistema que engloba um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem entre si para um fim comum. Todos os elementos que fazem parte do sistema fazem referência às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

A sua doutrina baseia-se nos preceitos constitucionais e se norteia pelos seguintes princípios doutrinários: universalidade, equidade e integralidade. Vejamos cada um deles: a universalidade é a certeza de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão, que passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde em face de que a saúde é direito de cidadania e dever do Governo em todas as suas esferas: federal, estadual e municipal.

O artigo 5º da Constituição Federal (BRASIL, 1998), em seu caput, diz respeito ao princípio constitucional da universalidade nas políticas públicas de saúde e que a prestação de serviço público de saúde alcance a todos os brasileiros e estrangeiros residentes no país, e já

no artigo seguinte, define que são titulares de direitos fundamentais sociais, dentre os quais se insere o direito à saúde.

O artigo 196 (BRASIL, 1988) promove que “o princípio da universalidade foi caracterizado como garantia de “acesso universal e igualitário” às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde”.

Sob a visão do Ministério da Saúde - MS (2000, p. 6), o princípio da universalidade inscrito no artigo 196 da Constituição Federal “representou a inclusão de todos no amparo prestado pelo SUS. Qualquer pessoa passa a ter o direito de ser atendido nas unidades públicas de saúde”. É um princípio que trata da possibilidade de atenção à saúde a todos os brasileiros, conforme a necessidade.

Já o direito a equidade assegura ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade de cada caso, em razão de que todo o cidadão é igual perante o SUS. Segundo o Ministério da Saúde (2000), no princípio da equidade “todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos” (MS, 2000, p.7).

Segundo Mattos (2009, p. 772), “o princípio da equidade é a flexibilização da norma aplicável para não resultar em injustiça, ou criação e aplicação pelo juiz de nova norma específica para caso concreto específico”. Pode-se afirmar que o princípio da equidade influencia a aplicação do direito no que se refere à interpretação e aplicação da lei, pois auxilia o aplicador da lei a versar sobre casos particulares de um modo mais justo e mais humanizado.

Já o princípio doutrinário da integralidade é o reconhecimento na prática dos serviços de que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade, pois as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também, um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas; assim como as unidades prestadoras de serviços. É o outro princípio constitucional integrante na formulação da política pública do Sistema Único de Saúde que demanda uma compreensão adequada estando previsto no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, conforme abaixo:

Art. 198 - As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade (BRASIL, 1988).

A integralidade origina o modo racional do sistema de serviço, sob um aspecto hierarquizado, pondera as ações de promoção à saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação, articulando com outras políticas públicas visando a assegurar um desempenho intersetorial entre as diferentes áreas que refletem na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos. Segundo Carvalho (2006, p.77):

O Sistema Único de Saúde, então, baseia-se na integralidade de assistência, entendida esta como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, convenientes para cada caso, segundo suas exigências, numa atenção individualizada, em todos os níveis de complexidade do sistema, como consta também de modo explícito na norma do inciso II do artigo 7º da Lei Federal n. 8.080, de 09 de setembro de 1990.

A Gestão do SUS tem a responsabilidade de coordenar um sistema de saúde nacional (Ministro da Saúde), estadual (Secretário de Estado da Saúde) e um sistema de saúde municipal (Secretário Municipal de Saúde). Compete exclusivamente ao poder público e sua definição está prevista no artigo 198, inciso I, da Constituição Federal (BRASIL, 1998), assim como no Capítulo III, da Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde – LOS) (BRASIL, 1990); implica o exercício das funções de formulação, coordenação, articulação, negociação, planejamento, implementação, acompanhamento, regulação, controle, avaliação, auditoria e prestação de contas.

Compete à direção nacional do SUS promover a descentralização dos serviços e ações de saúde para os estados e municípios nas suas respectivas áreas de abrangência, além de acompanhar, controlar e avaliar as ações e serviços de saúde de sua responsabilidade, conforme disposto no artigo 16º, incisos XV e XVII da Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990). O SUS será gerido de forma descentralizada. Ao SUS nos estados, compete promover a descentralização para os municípios da gestão e prestação dos serviços e ações de saúde e prestar apoio técnico e financeiro a estes entes, executando supletivamente ações e serviços de saúde, conforme disposto no artigo 17º, incisos I e III da Lei nº 8.080/ (BRASIL, 1990).

Os gestores dos municípios são secretários municipais de saúde e prefeitos, já os gestores dos estados são os secretários estaduais de saúde e na esfera federal o Ministério da Saúde. Portanto, o titular da determinada secretaria e do Ministério da Saúde no nível federal são os responsáveis pelas ações e serviços de saúde em cada esfera de governo.

Cabe à população controlar o funcionamento do Sistema Único de Saúde em conjunto com os gestores de cada uma das três esferas de governo. O Ministério da Saúde normatiza os investimentos e o custeio do SUS. Os recursos federais para o SUS provêm do orçamento da Seguridade Social (que também financia a Previdência Social e a Assistência Social)

acrescidos de outros recursos da União, constantes da Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO, aprovada anualmente pelo Congresso Nacional.

Os recursos regulados pelo Ministério da Saúde, possuem duas partes: a primeira para investir e custear as ações federais, e a segunda, para disponibilizar às secretarias de saúde, estaduais e municipais, em função da população (número de habitantes), necessidades de saúde levantadas e rede assistencial. Os recursos repassados pelo Ministério da Saúde são adicionados aos reservados pelo governo estadual, de suas receitas, e administrados pela respectiva secretaria de saúde, através de um fundo estadual de saúde, repassando uma quantia para os municípios e retendo a outra parte para as ações e os serviços estaduais.

Os municípios devem também, disponibilizar parte de seu próprio orçamento para as ações e serviços de saúde de sua população. Desta forma, os recursos federais repassados para os municípios, combinados aos próprios recursos reservados pelo gestor municipal, serão investidos na conservação dessas ações e serviços de saúde na esfera do município. O município deverá administrar os recursos destinados às ações de saúde através de um fundo municipal de saúde. No próximo capítulo o tema será o Biodireito e a Bioética, bem como a normatização da Reprodução Assistida - RA no Brasil, seu direito fundamental e a Política Nacional de Atenção Integral em RA.

### **3 O BIODIREITO E A BIOÉTICA NA SAÚDE COLETIVA**

No Brasil, os assuntos vinculados às questões da vida e da saúde não são tratados como um todo. São vistos de forma separada e restrita aos sistemas estabelecidos pelo Estado, que oferecem um serviço superficial, direcionado a soluções imediatas dos problemas dos pacientes, resultado da falta de um tratamento humanizado e de uma compreensão profunda do biodireito.

Segundo Moraes (2008, p.35):

A constituição federal garantiu que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade e à igualdade. O direito à vida é o mais fundamental de todos os direitos, já que se constitui em pré-requisito à existência e exercício de todos os demais direitos.

O biodireito e a ética caminham juntos para regular as ações que se relacionam com a saúde da população, culminando em conceitos interligados, capazes de autenticar a ação humana com foco na busca por um tratamento equilibrado e regulamentado pelo ordenamento jurídico brasileiro. Antes de conceituar o chamado “Biodireito”, deve-se estabelecer uma breve definição a “Bioética”.

#### **3.1 A bioética**

Para Mattos (1982), no século passado, foram presenciadas três grandes revoluções: a revolução atômica; a revolução molecular, com a descoberta do DNA; e a revolução das tecnologias da informação e comunicação, com o advento da internet.

Segundo Castells (1999), uma nova era surgiu: a Era do Conhecimento. Com a chegada desse mundo novo surgiram problemas igualmente novos e, em especial, no campo ético, como: a produção de seres transgênicos; a manipulação do genoma humano; o uso das células-tronco para pesquisa científica; as novas modalidades de intervenção científica nos fetos e embriões - a fertilização artificial (in vitro); a distanásia; a eutanásia; a clonagem; o aborto; o transplante de órgãos; o uso de órgãos de animais em humanos; os tratamentos da dor; a crônica (conservação do corpo humano após a morte); a doação de órgãos; o uso de drogas ilícitas em tratamentos médicos; dentre outros.

Cabe à bioética reinterpretar as novas formulações da ética, diante dos avanços da ciência, cuidando da vida em suas três modalidades de existir: humana, animal e vegetal.

A bioética é a principal fonte para o biodireito, pois os primeiros debates sobre os procedimentos a serem adotados pelos cientistas e profissionais da saúde, foram alinhavados por essa ciência, enquanto área aplicada da ética; porém, nem sempre o homem se limita por princípios éticos ou morais, e por essa razão, que o direito deve atuar. A bioética surgiu na década de 1970, como um ramo da biologia, com o avanço das pesquisas genéticas, estando relacionada com a biologia, com o direito, com a ética, com a medicina, e também, com as questões religiosas, fazendo uma correlação com o biodireito, que possui um vasto elenco de temas, sendo possível que no futuro, esta seja uma proeminente área de atuação para o profissional do direito (MELO, 2008).

A bioética visa discutir limites e parâmetros éticos e morais para o avanço das pesquisas científicas. Como importante área do conhecimento, cada vez mais a comunidade científica está preocupada em discutir questões da moralidade que influenciam na prática médica, a relação médico-paciente e pesquisas com seres humanos (DEPADT-SEBAG, 2012).

Cada vez mais o Conselho Federal de Medicina e demais entidades médicas estão se dedicando ao debate desse assunto, por meio de revistas, jornais e congressos.

A bioética estabelece uma ponte entre a tradição histórica da ética e desafios atuais levantados pela biotecnologia e biomedicina, significa dizer que hoje temos de pensar eticamente os novos problemas humanos com apoio na experiência ética da história.

Da ética chegamos hoje à bioética. A biotecnologia está mudando a relação do homem com a natureza e com a sua própria realidade natural. Na atualidade o homem já é capaz de manipular a vida. Hoje o mundo já requer uma ética adequada às atuais condições da vida. Que a bioética e o biodireito sejam, na expressão de Potter, pontes para o futuro da humanidade.

Segundo Anjos (2001):

a bioética nasce de um sentimento de responsabilidade diante dos desafios de sustentar e melhorar as condições da vida humana nos processos contemporâneos. Ela se formou em torno de pesquisas, práticas e teorias que procuravam interpretar os problemas levantados pela biotecnociência e pela biomedicina.

Se existem muitas definições de bioética, ficaremos com aquela que se fundamenta na origem etimológica da palavra: ética da vida (bios + ethos) (GRACIA,1989).

Ela cuida, pois, do respeito à vida em suas três modalidades: humana, animal e vegetal; e mais, cuida das formas de vida situadas em seu ambiente como o ar, a água, o solo, a atmosfera; ou seja, a bioética é o cuidado das formas de vida em seu ambiente. Seu espaço

de atuação estende-se também à chamada ecoética, ocupando-se do ambiente onde nascem, vivem e morrem as formas de vida (humana, animal e vegetal).

A bioética apresenta, portanto, um campo abrangente. Designa um conjunto de questões éticas, que coloca em jogo valores importantes para a humanidade devido ao poder cada vez maior da intervenção tecnocientífica no ser vivo, especialmente no homem. Não se reduz ao campo da saúde humana, nem é uma ética aplicada apenas à área da medicina. Envolve todas as formas de vida e o meio ambiente.

Pegoraro (2010) sintetiza o espaço da atuação da bioética em cinco pontos: 1º) A bioética atua sobre os problemas levantados pela biologia e biomedicina; 2º) A contribuição da bioética, neste campo, será ético-filosófica, pois a medicina levanta questões que ultrapassam sua competência e caem no campo da ética (porém, a bioética não é uma nova ética, mas emerge de toda a tradição filosófica); 3º) A bioética abrange discursos teóricos ético-filosóficos e juízos práticos sobre questões cotidianas, apresentadas pela tecnociência e biomedicina; 4º) A bioética move-se na pluridisciplinaridade e no confronto pluralista das ideias; e 5º) A bioética estende-se à ecologia.

Segundo Bellino (1997), se nos dias de hoje a bioética conquistou um amplo terreno nos ambientes acadêmicos, ainda se discute se é uma disciplina de direito próprio. Talvez seja melhor concebê-la como uma subdisciplina da ética (filosófica e teológica), que aborda questões práticas das ciências da vida e da saúde, inclusive da proteção do ambiente.

Segundo Barchifontaine (2002), no termo “bioética”, bio representa os conhecimentos biológicos e ética o conhecimento dos sistemas dos valores humanos. A nova disciplina deveria construir uma ponte entre essas duas culturas, a cultura das ciências naturais e a cultura das ciências humanas. Andre Hellegers, no mesmo ano de 1971, utilizou a expressão bioethics, e foi o principal responsável pela fundação do Instituto Kennedy em Washington. Tem-se dito que a bioética de Potter é sobretudo ecológica, ao passo que a de Hellegers é, em primeiro lugar, biomédica. De fato, o legado de Hellegers faz da bioética um ramo da ética comum aplicada ao reino da biomedicina, concentrando sua atenção nos problemas biomédicos mais próximos da vida cotidiana e das preocupações do povo, pelo menos nos anos 1970 e 1980: a relação pessoal médico-paciente, a ética da experimentação, o aborto, a ética do final da vida etc.

A intuição pioneira da bioética é creditada, ainda, a duas pessoas. A primeira, Van Rensselaer Potter, oncologista norte-americano, da Universidade de Wisconsin, que cunhou o neologismo bioethics em um artigo publicado em 1970, Bioethics: the science of survival,

(POTTER,1970) e depois publicou a obra que passou a ser a referência inicial: *Bioethics: bridge to the future* em 1971 (POTTER, 1971).

Já Pellegrino (2002) observa que desde seu surgimento, o que hoje se conhece como bioética passou por uma complexa metamorfose conceitual, que classifica em três períodos distintos: educacional, ético e global. No estágio inicial, o período educacional (também chamado de protobioética - 1960 a 1972), a linguagem dos valores humanos predominava. No segundo estágio, chamado ético ou da bioética filosófica (1972-1985), a ética assume um papel dominante na medida em que surgem dilemas complexos, a partir do rápido desenvolvimento da pesquisa biológica. No terceiro estágio, chamado da bioética global (1985 até o presente), a gama de problemas se ampliou muito e obrigou os “eticistas” a considerar disciplinas para além de suas especialidades, tais como direito, religião, antropologia, economia, ciência política, psicologia e outras.

A bioética, portanto, não nasceu na igreja, como um movimento religioso, embora o diálogo com as religiões seja nos dias de hoje um dos seus desafios e tenha havido entre os seus pioneiros notáveis teólogos.

Segundo Pessini e Barchifontaine (2002, p.285):

de fato, ela surgiu nos meios de pesquisa, nos laboratórios de experimentação, com cientistas se perguntando sobre a viabilidade ética de determinados procedimentos tecnocientíficos. Por isso, um de seus aspectos marcantes é o diálogo multicultural e multidisciplinar, num contexto pluralista, “em que diálogo e tolerância são ingredientes fundamentais no processo de construção deste saber, que vai adiante sempre com a necessária prudência de um lado — que não se identifica com o conservadorismo imobilista e obscurantista que inviabiliza qualquer novidade — e a ousadia de outro, que é a garantia da criatividade inovadora, combustível indispensável de todo e qualquer empreendimento científico.

Em suma, a nova disciplina não nasceu no vazio. Para compreender seu nascimento, é preciso levar em conta dois fatos decisivos na segunda metade do século XX: o progresso científico-tecnológico, particularmente no campo biomédico; e as grandes mudanças sociais e políticas, que transformaram a convivência humana na maior parte dos países.

Para Gracia (1999), catedrático de História da Medicina da Universidade Complutense de Madri e um dos mais destacados cultivadores da bioética nos países de língua espanhola, falando das características da bioética, aponta como seus requisitos básicos os seguintes: civil, pluralista, autônoma, racional e universal. A bioética deve ser, em primeiro lugar, uma ética civil ou secular, não diretamente religiosa. Nas sociedades mais democráticas convivem cristãos e não cristãos, agnósticos e ateus e, dentro de cada um desses grupos, coexistem códigos morais bastante diferentes. Por outro lado, essas mesmas sociedades

elevaram à categoria de um direito humano básico o respeito às crenças morais de todos (direito à liberdade de consciência). Isso significa, no terreno específico da bioética que, mesmo tendo todas as pessoas direito ao respeito à sua liberdade de consciência, as instituições sociais têm a obrigação de estabelecer padrões morais mínimos, exigíveis de todos. Estes já não poderão ser fixados de acordo com os preceitos das morais religiosas, mas a partir de critérios estritamente seculares, civis ou racionais. Deve, portanto, a bioética ser uma moral civil ou secular; em segundo lugar, a bioética deve ser, além disso, uma ética pluralista, ou seja, deverá aceitar a diversidade de enfoques e posturas e procurar articulá-las em unidade superior. Em princípio, pode-se dizer que uma ação é imoral quando não é universalizável ao conjunto de todos os homens, ou seja, quando o bem de alguns é conseguido mediante o prejuízo de outros. Daí o pluralismo não precisa constituir um obstáculo para a construção de uma ética, mas antes a sua condição de possibilidade. Somente o pluralismo universal pode dar margem a uma ética verdadeiramente humana.

A bioética, em terceiro lugar, deve ser autônoma e não heterônoma. Heterônomos são os sistemas morais em que as normas são impostas de fora ao indivíduo, enquanto autônomos são os sistemas contrários. As éticas heterônomas são dos mais diversos tipos: naturalistas (o critério de bondade é constituído pela ordem da natureza), sociológica (o critério de moralidade vem das normas e convenções próprias de cada sociedade), teológicas (os critérios são aqueles encontrados nos livros revelados) etc. As éticas autônomas consideram que o critério de moralidade não pode ser outro senão o próprio ser humano. É a razão humana que se constitui em norma de moralidade e, *ipso facto*, em tribunal inapelável: a isto chamamos de “consciência” ou “voz da consciência”.

De tudo isso se deduz que a bioética deverá ser racional. A racionalidade humana, diferentemente da tese do racionalismo, sempre tem um caráter aberto e aperfeiçoável, com um momento, a priori, ou principialista, e outro momento, a posteriori ou consequencialista. A razão ética não é exceção a esta regra, e portanto, deverá desenvolver-se neste duplo nível. Finalmente, a bioética moderna aspira a ser universal, ir além dos meros convencionalismos morais. Uma coisa é a razão humana não ser absoluta, outra, o não poder estabelecer critérios universais, limitando-se ao puro convencionalismo. A razão ética, como a razão científica, aspira a estabelecer leis universais, embora sempre abertas, em um processo de contínua revisão.

A bioética, por sua vez, procura a convergência amistosa entre o saber ético e o saber tecnocientífico. Segundo Pegoraro (2010, p.75), “a ética e bioética não vêm a reboque dos

fatos científicos: elas vêm juntas, pois é no fundo da própria pesquisa científica que se aninham as perguntas éticas”.

Se no passado estes campos eram conflitantes e opostos, atualmente as múltiplas formas de saber devem completar-se mutuamente, respeitando-se a especificidade e identidade de cada uma. Continua Pegoraro (2010, p.76):

a ciência é plenamente autônoma em seus métodos e conclusões: no laboratório científico não devem interferir doutrinas filosóficas, religiosas ou políticas. Mas seus produtos e resultados devem ser entregues à sociedade política para que ela decida eticamente sobre seu uso.

Em suma, o juízo ético real recai sobre o produto e não sobre seu processo de produção. Um exemplo desse diálogo necessário está na reflexão filosófica e na pesquisa científica em torno do início da vida humana. A pergunta inicial (quando começa a vida?) se desdobra nesta outra: quando começa a pessoa? Assim, embora se trate de uma mesma realidade embrionária, deve haver uma divisão de tarefas. Cabe à ciência responder a pergunta pelo começo da vida: começará com o encontro das células germinativas? Com a fixação do embrião no útero materno? Será em outro momento? É tarefa da ciência investigar este fato, iluminando e facilitando os passos da ética. Por sua vez, a pergunta sobre o começo da pessoa é filosófica, porque a pessoa é um conceito e não uma estrutura biológica.

### **3.2 O biodireito e seus dispositivos legais**

Com as novas tecnologias da informação e comunicação - TIC, o mundo tem visto uma revolução nas áreas de biotecnologia e medicina, e como consequência destes questionamentos éticos e jurídicos estão surgindo acerca de temas jamais discutidos. Segundo Barboza e Barreto (2003), o homem passou a interferir em processos até então monopolizados pela natureza, inaugurando uma nova era que poderá se caracterizar pelo controle de determinados fenômenos que escapavam ao seu domínio. Temos visto grandes avanços na área da saúde advindos da área de engenharia genética, através de inúmeras pesquisas.

A partir do momento que novos conhecimentos aparecem, também surge a necessidade de normas reguladoras dos procedimentos a serem utilizados para que a ciência atinja seus objetivos, sem ferir os princípios éticos e os direitos humanos fundamentais, tais como a “dignidade do ser humano” e o “direito à vida”; sendo assim a área do direito tem que acompanhar essas inovações científicas e tecnológicas, para que se chegue num ponto de

equilíbrio entre a ciência e o ser humano e é desta forma, que surge na atualidade, no meio jurídico, o chamado biodireito.

Segundo Barboza e Barreto (2001), este ramo do direito que passa a tratar da legislação e da jurisprudência relativas às normas reguladoras da conduta humana em face dos avanços da biologia, da biotecnologia e da medicina, é uma área que oferece grande diversidade de abordagens, como a polêmica das células-tronco e a manipulação de embriões humanos, as técnicas de reprodução assistida, transplante de órgãos e tecidos humanos, clonagem humana, técnicas de alteração de sexo, eutanásia, aborto por anencefalia e outras questões emergentes.

Ainda segundo Barboza e Barreto (2001), existem três campos principais que circundam este novo ramo do direito. O biodireito encontra seus pilares em três áreas específicas do direito: o Direito Constitucional, o Direito Civil e o Direito Penal.

O Direito Constitucional, como um ramo do direito, tem como premissa de estudo a Constituição Federal, lei maior do nosso país, em que os limites estabelecidos pela Carta Magna, são os limites respeitados pelo biodireito, na qual se estabeleceu que é inviolável o direito à saúde, a dignidade humana e, principalmente, à vida. Relaciona-se com o biodireito no que tange à proteção dos direitos fundamentais, tais como a vida, liberdade, saúde, intimidade; sendo assim podemos afirmar que o biodireito se torna semelhante ao direito constitucional no que diz respeito à garantia dos direitos fundamentais da população brasileira.

Já o Direito Civil também tem ligações diretas com o biodireito, particularmente, no tocante ao começo e final da vida, além de casos relacionados com as relações médico vs paciente, que podem a vir ter problemas jurídicos. Muitas discussões acerca dos direitos do nascituro (questões relacionadas ao aborto ou à procriação assistida), na área do biodireito, estão dentro da esfera do Direito Civil e podemos ainda ressaltar, os direitos relativos à disposição do próprio corpo ou partes dele, durante a vida ou após a morte.

Por último, e não menos importante, o Direito Penal, por sua vez, ao definir as condutas consideradas antijurídicas, não poderia deixar de se comunicar diretamente com o biodireito, pois as normas penais entram em discussão em diversas situações, tais como por exemplo: a proibição do aborto, e conseqüentemente, a instituição ou não de uma pena para tal procedimento.

Para Melo (2008), o biodireito é na verdade, uma matéria multidisciplinar, pois permeia os assuntos ligados à ética, às normas jurídicas, a filosofia nos aspectos relacionados

a justiça, dignidade, bondade, buscando conhecimentos relacionados ao significado desses sentimentos, além de fazer indagações acerca das diferenças de valores, também da sociologia no tocante a realidade social das questões ligadas à vida e também no ramo da educação.

A relação tão próxima do biodireito com os ramos do direito supracitados provoca muita discussão ainda, sobre a necessidade da delimitação dessa nova área e um questionamento muito forte se as atuais regras, normas e leis existentes nos nossos ordenamentos não seriam suficientes para dirimir os conflitos entre homem e ciência; desta forma, o biodireito, apesar de ainda ser uma área em construção, com base nos pilares do Direito Constitucional, Direito Civil e Direito Penal, é um tema de suma importância nos dias de hoje, pois tem como objetivo principal a proteção da dignidade do ser humano, frente às inovações biotecnológicas, biomédicas e as novas tecnologias da informação e comunicação, como é hoje, com o avanço da telemedicina que está transformando a relação médico vs paciente (BARBOZA e BARRETO, 2001).

Sabemos também, que situações novas e emergentes nem sempre podem ser solucionadas a contento pelos institutos tradicionais do direito, devido a verdadeiras lacunas nas nossas normas e leis vigentes. Para demonstrarmos, em parte, a complexidade e a multidisciplinaridade do tema biodireito, tanto do ponto de vista jurídico como ético, vejamos alguns temas com seus dispositivos legais, conforme Quadro 1, apresentado abaixo:

Quadro 1 - Temas relacionados ao biodireito e seus dispositivos legais.

TEMA	DISPOSITIVOS LEGAIS E OBSERVAÇÕES
Reprodução Medicamente Assistida	Resolução CFM nº 1.358/1992;
Gestação de Substituição (“barriga de aluguel”)	Resolução CFM nº 1.358/1992 Projeto de Lei nº 115/2015 Resolução CFM nº 2.121/2015 Provimento CNJ nº 52/2016 Projeto de Lei nº 7.591/2017 Resolução CFM nº 2.168/2017 Resolução CFM nº 2.283/2020 Resolução CFM nº 2.294/2021
Os Direitos do Embrião e do Nascituro (aborto)	Discutidos à luz do Código Civil e da Constituição Federal
Clonagem Humana	Expressamente proibida em todas as suas formas (reprodutiva ou terapêutica), pela Lei nº 11.105/2005, no seu art. 6º, inciso IV
Pesquisa e Terapia de Células-Tronco Embrionárias	Condições estabelecidas pelo art. 5º da Lei nº 11.105/2005
Eutanásia	Não é legalizada no Brasil, sua prática, portanto, é considerada crime-homicídio
Transplante de Órgãos e Tecidos Humanos	Constituição Federal (art. 199, § 4º, onde se proíbe a comercialização de órgãos e tecidos para transplantes), no Código Civil (Arts. 13 ao 15) e nas Leis nº 10.211/2001 e nº 9.434/1997. Inclui-se, aqui, estudos acerca do chamado

TEMA	DISPOSITIVOS LEGAIS E OBSERVAÇÕES
	xenotransplante
Adequação de Sexo do Intersexual (hermafrodita) e do Transexual	Amparo legal encontra-se na Resolução CFM nº 1.652/2002 (Anexo 3) e jurisprudências
Meio Ambiente	Protegido pela Constituição Federal, no art. 225 e, em especial, os Organismos Geneticamente Modificados – OGMs (transgênicos) e seu impacto no meio ambiente, conforme regula a Lei nº 11.105/2005
Portador do Vírus da Imunodeficiência Humana	Em virtude da alta discriminação sofrida: protegido não somente em âmbito constitucional, mas também, de forma específica, pela Resolução CFM nº 1.359/1992
Fertilização Artificial ( <i>in vitro</i> )	Resolução CFM nº 1.358/1992 e Lei nº 11.105/2005, chamada Lei de Biossegurança, permitiu no seu Art. 5º, para fins de pesquisa e terapia, a utilização de células-tronco embrionárias obtidas de embriões humanos, produzidos por fertilização <i>in vitro</i> , valendo notar que tal diploma legal contém apenas um artigo que se refere à reprodução assistida, não regulamentando, portanto, a matéria
Uso de Órgãos de Animais em Humanos (xenotransplante)	<p>O art. 22 do Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 1.931/2009) dispõe que o consentimento do paciente é exigido para qualquer intervenção, salvo em caso de risco de morte; ou seja, o prolongamento da vida se sobreporá a liberdade do paciente. Com o desenvolvimento tecnológico atual (que, hoje, representa um fim em si mesmo), notadamente, o desenvolvimento tecnológico da biomedicina, surgem, progressivamente, novas técnicas visando a alongar a existência temporal das pessoas e melhorar seu dia a dia através da intervenção no corpo humano.</p> <p>O transplante de tecidos, órgãos e partes do corpo humano (em regra, o alotransplante), bem como a modificação genética, seja de plantas, de animais (os alimentos transgênicos), ou do próprio Homem, são algumas dessas técnicas. Técnicas estas que suscitam, por evidente, infundáveis questionamentos de toda natureza: jurídicos, ético-morais, religiosos etc. Inegavelmente o xenotransplante, o transplante de tecidos, órgãos e partes do animal para o ser humano, encaixa-se nessa perspectiva.</p> <p>O Brasil não conta com nenhuma legislação específica pertinente a xenotransplantes. Aliás, a Constituição Federal, no artigo 199, § 4º, outorgou à lei a regulamentação dos transplantes de órgãos, tecidos e substâncias humanas apenas, nada prevendo sobre transplante de partes animais. Isso, contudo, não legitima interpretação no sentido de que estaria vedado o xenotransplante pela via constitucional. Tal regulamentação sobreveio pela Lei Ordinária nº 9.434/1997, a qual se limita a tratar “sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências”, não abrangendo transplantes de animais para humanos</p>
Tratamento da Dor	Resolução MS nº 41, de 31 de outubro de 2018
Crônica (conservação do corpo humano após a morte)	<p>STJ. 3ª Turma. REsp 1.693.718-RJ, Rel. Min. Marco Aurélio Bellizze, julgado</p> <p>A discussão jurídica travada neste caso reside, portanto, no seguinte ponto: para que um morto seja submetido à criogenia, é necessário que ele tenha deixado uma declaração escrita informando esse seu desejo? É necessária alguma formalidade específica? Não há exigência de formalidade específica acerca da manifestação de última</p>

TEMA	DISPOSITIVOS LEGAIS E OBSERVAÇÕES
	vontade do indivíduo sobre a destinação de seu corpo após a morte, sendo possível a submissão do cadáver ao procedimento de criogenia em atenção à vontade manifestada em vida.
Doação de Órgãos	Lei nº 9.434/1997, dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências.
Uso de Drogas Ilícitas em Tratamentos Médicos	Decreto nº 9.761/2019, aprova a Política Nacional sobre Drogas.
Engenharia Genética Humana	Lei nº 8.974/1995, revogada pela Lei nº 11.105/2005 regulamenta os incisos II e V do § 1º do art. 225 da Constituição Federal, estabelece normas para o uso das técnicas de engenharia genética e liberação no meio ambiente de organismos geneticamente modificados, autoriza o Poder Executivo a criar, no âmbito da Presidência da República, a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança, e dá outras providências.
Relações Médico-Paciente	Resolução CFM nº 1.246/1988 CFM - Código de Ética Médica (2010)

Fonte: elaboração própria (2020).

Como podemos observar o biodireito apresenta-se como uma nova solução para esclarecer essa nova realidade e colocar o ser humano não apenas como ser individual, mas como parte integrante das relações sociais. É constituído em um plano de integração interdisciplinar e não apenas um ramo do ordenamento jurídico; segundo Barboza e Barreto (2001), não se cuida simplesmente, de encontrar um correspondente jurídico que devem reger os fenômenos resultantes da biotecnologia e da biomedicina, mas também disciplinar as ações de saúde. [...] o objeto do biodireito é matéria complexa, heterogênea e que confronta normas existentes que na maioria das vezes lhe são estranhas.

Para Marchetto (2009), não é papel do biodireito impedir o desenvolvimento dos serviços de saúde, mas da mesma forma, traçar aquelas exigências mínimas que assegurem a compatibilização entre os avanços biomédicos que importam na ruptura de certos paradigmas e a continuidade do reconhecimento da humanidade enquanto tal, e como tal, portador de um quadro de valores que devem ser assegurados e respeitados.

Sabemos que não existe, na nossa Constituição Federal, um capítulo que aborde o biodireito, pois todos os princípios constitucionais referentes à vida humana, a sua preservação e qualidade, estão tramados ao biodireito, não se limitando a situações concernentes à saúde, ao meio ambiente ou à tecnologia. Compõe-se de determinadas regras envolvidas entre os princípios fundamentais, como o princípio da dignidade humana e os

direitos e garantias fundamentais, como o direito à vida e à saúde. Nesse contexto, desenvolveu-se o biodireito, que segundo Fabriz (2003, p. 287), “seria um novo seguimento do conhecimento jurídico que tem a vida por objeto principal”; sendo assim, seus princípios englobam todas as disposições constitucionais relativas à vida humana, sua preservação e qualidade, pois entre os valores fundamentais para a sua construção estão a vida, a saúde, dignidade humana e a sua proteção.

Segundo Schwartz (2001, p.8):

O Biodireito tem por objeto a análise, a partir de uma ótica jurídica e de suas várias metodologias, dos princípios e normas jurídicas que criam, modificam e extingam as relações entre indivíduos, entre indivíduos e grupos, e entre esses com o Estado, quando essas relações disserem respeito ao início da vida, ao transcurso dela ou ao seu fim.

Desta forma, pode-se afirmar que os princípios regeadores do biodireito já estavam elencados no bojo da Constituição Federal, antes mesmo do aparecimento de tal ciência, porém sua ligação só ocorreu no momento que emergiram as preocupações com a defesa da vida, que é o principal objetivo do biodireito.

O SUS foi planejado para funcionar com a finalidade de oferecer a todos os cidadãos brasileiros, serviços e ações de saúde de forma equânime, adequada e progressiva. Além do Sistema Único de Saúde, outros sujeitos de direito que requerem proteção específica também foram reconhecidos, assim como os povos indígenas, crianças e adolescentes, deficientes físicos, etc. Nosso país deu um salto significativo em direção à cidadania. Temos que reconhecer que a proteção e a promoção à saúde são de responsabilidade pública, ou seja, de competência de todos os cidadãos do país, o que implica participação e controle social permanente.

O desenvolvimento do país e os avanços científicos e tecnológicos no ramo da saúde estão acontecendo e a cada instante é instaurado um recurso para melhorar a qualidade de vida em termos de saúde pública, deste modo e visando também melhorar e aperfeiçoar a gestão das políticas públicas do SUS. O cerne desta pesquisa é apresentar as atribuições do Estado na permanência da garantia do direito à saúde; analisando os princípios e diretrizes constitucionais contidas na constituição do Sistema Único de Saúde (SUS); e demonstrar a contribuição do biodireito para a saúde coletiva, baseando-se na concepção que o SUS é um sistema que supõe um todo harmônico, uma rede de ações e de serviços de saúde com princípios e diretrizes próprios, que se embasam em um exame do ordenamento constitucional e legal, da doutrina e da jurisprudência brasileira, visando um serviço de saúde de qualidade; para que diante da problemática de sua atuação na sociedade, surja à necessidade da

implementação do biodireito como um dos instrumentos jurídicos para garantia da consolidação da dignidade da pessoa humana, justiça e bem-estar social.

O biodireito é um ramo novo, ainda pouco explorado e em constante desenvolvimento da ciência jurídica mundial. Este tema se deve ao fato do crescente avanço tecnológico e biotecnológico que é apresentado por cientistas e pesquisadores de todo o mundo.

O ordenamento jurídico de todos os países deve se adequar a esta nova realidade e o Brasil não é exceção. Cada vez mais aparecem situações que necessitam de uma análise específica, sob o foco não só do biodireito, bem como da bioética, tais como: o aborto, a eutanásia, as pesquisas com células-tronco, a reprodução medicamente assistida, a gestação de substituição (“barriga de aluguel”), os direitos do embrião e do nascituro, a clonagem humana, o transplante de órgãos e tecidos humanos, adequação de sexo do intersexual (hermafrodita) e do transexual e ainda a questão do meio ambiente, em especial, com os organismos geneticamente modificados – OGMs (transgênicos), o portador do vírus do HIV, dentre outros.

O biodireito surge a partir desta necessidade, como um estudo sistemático, vinculado à bioética, e tem como objetivo a produção de normas jurídicas que regulamentem as condutas humanas advindas do crescente desenvolvimento técnico-científico e biotécnico-científico. Esta regulamentação é necessária para preservar os direitos fundamentais dos indivíduos.

As discussões filosóficas da bioética e seus princípios são uma das fontes de inspiração para o biodireito brasileiro e a outra fonte jurídica é a nossa Constituição de 1988.

Segundo Diniz (2010), a relação da bioética e do biodireito com a dignidade humana, ela afirma que urge a imposição de limites à moderna medicina, reconhecendo-se que o respeito ao ser humano em todas as fases evolutivas (antes de nascer, no nascimento, no viver, no sofrer e no morrer) só é alcançado se se estiver atento à dignidade humana. Daí ocupar-se a bioética de questões éticas atinentes ao começo e fim da vida humana (...) considerando a dignidade humana como um valor ético, ao qual a prática biomédica está condicionada e obrigada a respeitar. Para a bioética e o biodireito a vida humana não pode ser uma questão de mera sobrevivência física, mas sim de “vida com dignidade”.

Já no tocante a outra fonte jurídica que é a nossa Constituição de 1988, logo em seu artigo 1º dispõe:

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

(...)

III - a dignidade da pessoa humana;

(...) (BRASIL, 1998)

Com isso podemos verificar, que a dignidade do ser humano norteia todo o ordenamento jurídico vigente no país. As normas referentes ao Biodireito seguem também esta linha, de tal sorte que a vida, conforme entendimento da Bioética e de muitos ramos jurídicos, é o maior bem a ser protegido, inclusive do avanço técnico-científico e biotécnico-científico, o que ocorrerá a partir da criação de parâmetros jurídicos.

Outro artigo de suma importância para o tema é o 5<sup>a</sup> da Constituição Brasileira (BRASIL, 1988). Neste artigo estão previstos diversos Direitos e Garantias Fundamentais, como podemos verificar em seu caput:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:  
(...)

Podemos observar que o direito à vida é novamente enaltecido, mas desta vez sob o viés de garantia daqueles que são domiciliados no país, mesmo sendo estrangeiros.

O artigo 225 da Constituição da República Brasileira (BRASIL, 1988), por sua vez, também aborda o tema, porém relacionando o meio ambiente com a qualidade de vida humana, destacando a importância do meio ambiente para as futuras gerações.

Art. 225 - Todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações.

A ética (moral) e direito estão intimamente relacionados, mas não são de forma alguma, idênticos, o que se percebe claramente é que as questões morais mais importantes costumam ser, inclusive, questões jurídicas, pois afetam a convivência social e a ordem pública. Especificamente quanto à bioética, algumas das suas questões também são problemas dos quais se ocupa o legislador: a clonagem e outras práticas de procriação assistida, o aborto, a eutanásia, a distribuição dos recursos sanitários e a proteção do ambiente etc.

Nenhuma dessas questões pode estar ausente no debate bioético e todas elas exigem também a atenção dos legisladores, juízes e juristas. O direito não pode, de fato, ficar alheio aos desafios levantados pela biomedicina.

Se a liberdade da atividade científica é um dos direitos fundamentais, como proclama a Constituição Federal em seu art. 5º, inciso IX, essa liberdade não é absoluta. Ela tem limites, uma vez que há outros valores jurídicos reconhecidos pela mesma Constituição que poderiam

ser afetados pelo mau uso da liberdade de pesquisa científica: a vida, a integridade física e psíquica, a privacidade etc.

Isso significa dizer que o direito não pode ficar alheio a estas questões. Surgindo, daí, uma nova disciplina jurídica: o biodireito que, segundo Diniz (2010), o estudo jurídico que, tomando por fontes imediatas a bioética e a biogenética, teria a vida por objeto principal, salientando que a verdade científica não poderá sobrepor-se à ética e ao direito, assim como o progresso científico não poderá acobertar crimes contra a dignidade humana, nem traçar, sem limites jurídicos, os destinos da humanidade.

De fato, o biodireito procura concretizar normativamente os princípios e valores fixados pela bioética, tendo como paradigma o valor da pessoa humana. Caberia ao biodireito a tarefa de determinar, com cautela, até onde as “ciências da vida” poderão avançar sem que haja agressões à dignidade da pessoa humana.

Pretendemos nesta dissertação fornecer as bases para a compreensão das normas jurídicas que tratam do tema em questão, bem como a importância dos princípios constitucionais para o aperfeiçoamento do SUS, levando-se em consideração os quatro princípios do biodireito brasileiro, que são: o princípio da precaução, o princípio da responsabilidade, o princípio da autonomia privada e o princípio da dignidade da pessoa humana, bem como se levando em consideração os cinco princípios básicos da bioética, que buscam proteger o ser humano: princípio da autonomia, princípio da beneficência, princípio da não maleficência, princípio da justiça e princípio da reverência à vida.

Os direitos sociais, por terem natureza de cunho eminentemente prestacional, dependem da atuação dos poderes públicos de maneira mais decisiva. O direito à saúde, sendo um direito social, estabelece uma série de medidas a serem geradas pelos entes públicos para sua implementação. Por se tratar de um direito de tão relevada importância, o direito à saúde não pode ser obstado sob o nenhum tipo de argumento, pois a saúde é um direito que exige provimento urgente e inadiável.

A Constituição Federal de 1988 protege os direitos fundamentais, a partir do qual se deve atribuir às normas que conduzem o direito à saúde a maior eficácia possível. Os poderes públicos devem desempenhar uma verdadeira ordem de otimização na efetivação da saúde coletiva.

O direito ao bem-estar físico e mental faz parte do mínimo de prestações que o Estado deve proporcionar para garantir uma vivência de forma digna ao cidadão. Deste modo, é essencialmente significativo que sejam designadas soluções em ações de promoção,

prevenção, tratamento e reabilitação, garantindo a universalidade, integralidade e equidade, ou seja, atendimento a todos indiscriminadamente, garantia de todo o tipo de prestação de serviços e ações e atendimento a cada cidadão de forma peculiar de acordo com suas necessidades específicas.

O que se pode notar atualmente, mesmo depois de decorridos pouco mais de vinte anos da promulgação da Carta Magna, é que ainda são muitos os cidadãos que não tem assegurados, em sua totalidade, o atendimento de forma digna de suas necessidades de saúde, justificando, portanto, a relevância do tema enfrentado.

A partir da Constituição Federal de 1988, a saúde da população brasileira ganhou status de direito fundamental, despertando uma grande atenção dos estudiosos do direito. O advento do SUS foi uma vitória para a garantia do direito à saúde, porém os princípios constitucionais inseridos na sua formulação não são devidamente respeitados, o que muitos autores consideram como uma ameaça a dignidade da pessoa humana.

Atualmente muitas questões estão sendo discutidas na sociedade no ramo do biodireito, envolvendo a ciência, a religião, a bioética entre outras problemáticas bastante complexas. O tema desta dissertação é a questão da “barriga de aluguel”, um tema polêmico e abrangente socialmente. Analisando o tema, muitas pessoas julgam de acordo com a ética, com a religião (como um grande pecado), porém há aqueles que apoiam a idéia de uma gravidez por substituição (barriga de aluguel). Geralmente esses defensores são a ciência que defende com grande ênfase esta técnica, e também, aquelas mulheres que, por algum motivo, são incapazes de gerar uma vida.

A gravidez por substituição, popularmente chamada de “barriga de aluguel”, nada mais é que a doação temporária de útero, por meio de um procedimento médico genético, permitido no Brasil, porém para acontecer, algumas normas precisam ser seguidas. Como a legislação federal não trata sobre o assunto, as instruções sobre o tema têm sido, há anos, instituídas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM. Outra questão que surge, na atualidade, envolvendo a reprodução assistida é a “inseminação caseira” ou a “autoinseminação”. A busca e a realização dessa prática caseira atualmente têm aumentado na população brasileira, principalmente por parte de casais de união homoafetiva feminina. Estas novas formas de constituição de projetos parentais são o reflexo do extenso e complexo rol das demandas sociais na atualidade. Democraticamente, é de extrema importância poder reconhecer cada vez mais direitos e anseios de todas as pessoas, sem contingenciamentos relacionados a condições socioeconômicas ou a orientações sexuais. A regra é o fomento ao exercício da

plena liberdade reprodutiva, reconhecida em âmbito constitucional e regulamentada por lei. Tal reconhecimento não dirime reflexões importantes no que tange à extensão dessa liberdade de decidir em termos procriativos. O procedimento doméstico de reprodução agrega uma série de questões delicadas que demandam regulamentação e reflexões ético-jurídicas ( biodireito e a bioética) (MOURA, 2020).

A omissão do Código Civil a respeito da proibição ou permissão dessa prática caseira faz com que muitas mulheres ignorem os riscos que ela oferece e busquem doadores para realizarem a autoinseminação, pois os materiais utilizados nesse procedimento são de fáceis acessos e o passo a passo de como fazer é encontrado facilmente na internet e redes sociais, além do que tal técnica de reprodução assistida poderá acarretar casos de conflitos judiciais (SERQUEIRA, 2019).

Na próxima seção abordaremos as técnicas de reprodução assistida e em particular a questão da gravidez por substituição (“barriga de aluguel”).

### **3.3 Reprodução Assistida**

A reprodução assistida conta com um conjunto de operações para unir, artificialmente, os gametas feminino e masculino, dando origem a um ser humano. As suas técnicas variam bastante, entre elas temos: a inseminação artificial (IA), a fecundação “in vitro” (FIVTE), a transferência de embriões (TE), a transferência intratubária de gametas (TIG), a injeção intracitoplasmática do espermatozoide, a transferência de citoplasma, a fecundação sem espermatozoides e o congelamento de embriões (SCALQUETTE, 2010).

A inseminação artificial (IA), torna-se necessária quando o casal não puder procriar, por haver obstáculo à ascensão dos elementos fertilizantes pelo ato sexual, como esterilidade, deficiência na ejaculação, malformação congênita, escassez de espermatozoides, obstrução do colo uterino, doença hereditária etc. Consiste em levar o sêmen do marido ou companheiro (inseminação homóloga) ou de terceiro doador (inseminação heteróloga) à vagina ou ao útero da mulher receptora. Cuida-se de fecundação in vivo, ou seja, a inoculação do sêmen na mulher (obtido previamente por masturbação, em amostra fresca ou previamente congelada), sem que haja qualquer manipulação externa de óvulo ou de embrião. O processo é relativamente simples, à margem dos exames preliminares necessários, e que é assim descrito por Vidal (2005, p. 231-232):

Realizam-se os adequados exames na mulher para saber se é estéril e devido a que causa. Monitoriza-se a ovulação, com a finalidade de estabelecer o melhor momento

para realizar a inseminação, a fim de que o óvulo ou os óvulos possam encontrar-se com os espermatozoides no interior da mulher.

Procede-se ao recolhimento do sêmen do varão do casal, sêmen que é obtido por meio da masturbação. Em alguns casos, o sêmen do marido não é adequado para assegurar que se consiga produzir a fecundação do óvulo; assim sendo, deve fazer-se no laboratório a sua preparação e ‘capacitação’, selecionando os espermatozoides; para isto, eliminam-se os fluidos, como o plasma seminal, ou os fatores que possam ser a origem ou causa de sua incapacidade ou rejeição por parte da mulher, e, também, filtra-se o sêmen com determinadas substâncias, como o percol ou a albumina, a fim de que a amostra filtrada contenha somente os espermatozoides mais vitais e penetrantes, ou seja, os de maior mobilidade linear e, por isso, os mais fecundantes. No caso de se utilizar sêmen de doador, tal sêmen procederá geralmente dos bancos de gametas e terá de reunir semelhanças fenotípicas com o homem do casal receptor.

Prepara-se o sêmen no laboratório para proceder à inseminação. A inseminação propriamente dita consiste em depositar o sêmen, fresco/descongelado, no canal endocervical ou em um pequeno tubo que se adapta à parte vaginal do colo do útero, onde permanecerá por umas seis horas, para ser retirado posteriormente pela mulher. No caso de se haver feito capacitação do sêmen do marido, o material assim preparado é colocado por meio de cateter no interior da cavidade uterina. Todas as operações para a inseminação se realizam em serviço médico adequado e não precisam de anestesia, nem originam inconvenientes especiais para a mulher.

Segundo Vidal (2005, p. 231-233), os tipos de inseminação artificial são:

- 1ª) Homóloga: quando é utilizado o sêmen ou espermatozoide do parceiro (feita com os componentes genéticos advindos do casal); alguns preferem chamar de IAC - inseminação artificial em que o sêmen é do cônjuge ou companheiro;
- 2ª) Heteróloga: quando feita com material fertilizante de terceiro (sêmen do marido e óvulo de outra mulher; sêmen de terceiro e óvulo da esposa; sêmen e óvulo de estranhos), cujo embrião poderá ser implantado no útero da esposa ou de terceira pessoa; alguns preferem falar em IAD - inseminação artificial em que o sêmen vem de um doador;
- 3ª) Intrauterina: quando os espermatozoides processados são introduzidos na cavidade uterina;
- 4ª) Cervical: quando o sêmen ou espermatozoides processados são introduzidos no canal cervical; e
- 5ª) Vaginal: quando o sêmen é colocado na vagina.

Já a Fecundação “in vitro” (FIVTE), é aquela que pode ser conseguida em laboratório e nas condições adequadas, quando se põem em contato um óvulo ou os óvulos com espermatozoides, um dos quais o fertiliza ou os fertiliza. Daí nascem os chamados “bebês de proveta”.

Ao microscópio, pode-se acompanhar o processo e o desenvolvimento posterior do embrião ou dos embriões originados. Uma vez conseguida a fecundação “in vitro”, num momento posterior considerado ideal, procede-se ao traslado ou “Transferência dos Embriões” (TE) para o interior do útero da mulher. Há, portanto, duas operações, ambas constituem o FIVTE, cujas fases assim podem ser resumidas:

- 1ª) Retirada de óvulo da mulher (mulheres com problemas nas trompas, anovulação crônica, endometriose ou com ovários policísticos);
- 2ª) Contato dos gametas e fecundação “in vitro” (a ovulação é geralmente estimulada, os óvulos são colhidos por meio de punção guiada por ultrassonografia endovaginal e colocados juntamente com espermatozoides);
- 3ª) Transferência dos embriões para o útero (após 24 a 28 horas, os pré-embriões formados contendo quatro a oito células são transferidos para a cavidade uterina por via transcervical, ou seja, através do colo do útero, e por meio de fino cateter especial).

Diniz (2010, p. 569), aponta certas situações inusitadas que podem surgir com a fertilização in vitro ou ectogênese:

- 1ª) Fecundação de um óvulo da esposa ou companheira com espermatozoide do marido ou convivente, transferindo-se o embrião para o útero de outra mulher;
  - 2ª) Fertilização in vitro com sêmen e óvulo de estranhos, por encomenda de um casal estéril, implantando-se o embrião no útero da mulher ou no de outra;
  - 3ª) Fecundação, com sêmen do marido ou companheiro, de um óvulo não pertencente à sua mulher, mas implantado no seu útero;
  - 4ª) Fertilização, com espermatozoide de terceiro, de um óvulo não pertencente à esposa ou convivente, com imissão do embrião no útero dela;
  - 5ª) Fecundação na proveta de óvulo da esposa ou companheira com material fertilizante do marido ou companheiro, colocando-se o embrião no útero da própria esposa (convivente);
  - 6ª) Fertilização, com espermatozoide de terceiro, de óvulo da esposa ou convivente, implantando em útero de outra mulher;
  - 7ª) Fecundação in vitro de óvulo da esposa (companheira) com sêmen do marido (convivente), congelando-se o embrião para que, após a morte do marido (convivente), seja implantado no útero da mulher ou no de outra. Existem variantes da fecundação “in vitro”, aí podemos falar em: “transferência intratubária de gametas”, técnica que consiste em pôr os óvulos em contato com os espermatozoides no interior da trompa de Falópio, “injeção intracitoplasmática do espermatozoide”, faz-se a injeção de um único espermatozoide no citoplasma do óvulo, “transferência de citoplasma”, De 10% a 20% do óvulo de uma doadora jovem é transferido para o óvulo da paciente (mulheres com mais de 40 anos ou que produzem óvulos fracos) para dar origem a embriões de melhor qualidade e com maior poder de implantação e “fecundação sem espermatozoides”, homens sem espermatozoides no sêmen e/ou nos testículos, mas que têm espermatóides (células precursoras dos espermatozoides); as espermatóides são resgatadas dos testículos, maturadas em laboratório e inseridas no óvulo.
- A outra técnica, o congelamento de embriões se tornou habitual e permite obter maior rendimento da fertilização in vitro. A criopreservação se realiza a temperaturas de -196° e uma importante porcentagem desses embriões mantém a capacidade para continuar se desenvolvendo.

### 3.3.1 Barriga de aluguel

Para Hryniewicz e Sauwen (2008), diante dos vários procedimentos de reprodução humana acima mencionados, o que mais causam conflitos na área do direito, da ética, da política e de grupos religiosos são os da barriga de aluguel. Muitas mulheres ficam frustradas na tentativa de ter um filho e o diagnóstico de infertilidade muitas vezes ocasionam problemas psicológicos com esta notícia.

As mulheres que não conseguiam gerar filhos de forma natural, passaram a buscar uma solução científica para essa infertilidade, tornando-se assim, adeptas dos procedimentos de reprodução assistida, em especial a maternidade de substituição, popularmente conhecida por “barriga solidária ou barriga de aluguel”. Hoje em dia esta solução também é procurada por casais homoafetivos (OLIVEIRA; BORGES JÚNIOR, 2000, p.74)..

O ser humano sempre buscou na ciência o auxílio para a cura de diversas doenças, e não poderia ser diferente em relação a infertilidade. Inúmeros procedimentos foram criados pelos cientistas visando reverter essa deficiência, como os já supracitados.

Quando a mulher não possui condições suficientes para sustentar o embrião, o casal pode aderir a chamada barriga solidária. Esse procedimento se dá com a fertilização *in vitro* do óvulo da mãe com os espermatozoides do pai, posteriormente esse embrião será implantado diretamente no útero de uma doadora, que servirá como uma espécie de uma estufa para o crescimento e desenvolvimento desse embrião. Anos atrás, apenas parentes de primeiro grau da mulher poderiam fazer a doação do útero. Porém, a nova regulamentação de 2015, permite que os parentes de até 4º grau também doem o útero, sempre em caráter não oneroso. Estima-se que as chances de sucesso na técnica de doação de útero têm variação conforme a idade da mulher, podendo alcançar até 50% (cinquenta por cento) (OLIVEIRA; BORGES JÚNIOR, 2000, p.75).

No campo do biodireito, uma consequência importante no desenvolvimento dessas técnicas é que os conceitos clássicos de maternidade, paternidade e filiação podem alterar-se. Se antes se falava de maternidade biológica, como contraposta à legal, hoje é necessário distinguir, dentro da maternidade biológica, a genética e a de gestação, que podem ser dissociadas (a mãe que dá à luz não é a mãe genética do bebê, pois engravidou como consequência da doação de um embrião proveniente de outro casal).

### **3.4 Responsabilidade pela criança gerada por “barriga de aluguel” do ponto de vista do direito (biodireito)**

A Constituição Federal (BRASIL, 1988) fez com que fosse provocada uma crise de legitimidade do direito de família. Nela ficou estabelecido uma prioridade absoluta das relações existenciais em detrimento das relações patrimoniais e uma nova ordem pública fundada na solidariedade social e na dignidade da pessoa humana, assim sendo houve a necessidade de reconstrução do direito de família construído à luz de um modelo patriarcal.

A família descrita no antigo Código Civil era apenas aquela formada por relações consanguíneas, ou seja, uma relação biológica entre os membros de uma relação matrimonial. Era necessário e fundamental o casamento para a constituição de uma família (VENOSA, 2007, p. 57).

Porém ao longo dos anos começaram a surgir filhos advindos de relações não-matrimoniais que foram tratados de maneira diferente e desigual perante os filhos oriundos de

um casamento. A nova Constituição Federal de 1988 estabeleceu, além da igualdade dos filhos, a paridade entre homens e mulheres, acabando com o poder do marido sobre a mulher. Sabemos que hoje a família não é só mais composta de um homem e uma mulher como casal, a família se tornou plural, democratizou-se, passou a ser uma célula de união, de convivência, de amor e liberdade, voltada para a plena realização dos filhos.

A filiação nos dias de hoje não está só ligada a laços de sangue, mas também unida pelo afeto, amor, convivência e carinho, é a filiação socioafetiva, em que pais e mães são aqueles que possuem uma relação de afeto e carinho com o filho, independentemente do vínculo biológico, reconhecendo como pai e mãe também aqueles que contribuíram com o material genético. Dentro desse projeto parental, precedente ao nascimento dos filhos está inserida a cessão de útero, também chamada de barriga de aluguel.

Nos dias atuais é muito comum a procura por tratamentos contra a infertilidade e práticas terapêuticas do casal infértil ou de casais homoafetivos, e assim, a mãe de substituição aparece, na maioria das vezes, como o último recurso, depois de vários tratamentos fracassados.

Para Krell (2009), a mãe substituta dentro do direito e da legislação vigente é a mulher que cede seu útero para a gestação do filho, concebido pelos gametas masculino e feminino de terceiros, a quem a criança deverá ser entregue após o nascimento, assumindo aquela que forneceu o óvulo a condição de mãe. Essa técnica é conhecida como: barriga de aluguel, gestação sub-rogada, útero de empréstimo, útero de aluguel, mãe substituta, entre outros. Utilizamos nessa dissertação o termo barriga de aluguel.

A técnica da “barriga de aluguel”, ou seja da cessão temporária de útero consiste na utilização de uma terceira pessoa para garantir a gestação, nos casos em que a gravidez apresentar riscos para a mãe ou quando o útero materno estiver impossibilitado de desenvolver normalmente o óvulo fecundado. A evolução da inseminação artificial acompanhou os avanços da medicina e da biotecnologia, chegando as atuais técnicas de fertilização in vitro com a transferência de embrião. Normalmente é indicada para mulheres portadoras de deficiências de nascença ou adquiridas, que não podem levar uma gravidez sem que corram riscos, neste caso os embriões são coletados da mãe e transferidos para a mãe de substituição (barriga de aluguel), durante o ciclo natural ou induzido (SOUZA, 2010).

Segundo Silva (2011), este procedimento pode ser dividido de duas maneiras: na primeira hipótese, a mãe portadora, aquela que apenas cede o seu útero, sendo uma mulher fértil que recebe um ou mais embriões obtidos pela fecundação in vitro, a partir dos óvulos e

dos espermatozoides do casal solicitante; na segunda hipótese, se tem a mãe de substituição, aquela que além de ceder seu útero doa seus óvulos, ou seja, é uma mulher fértil que será inseminada com o esperma do marido da mulher que não consegue conceber e, caso ocorra a gravidez, ela dará, após o nascimento, a criança ao casal.

A Constituição Federal de 1988 não trata sobre assunto. As normas que fazem referência à gestação por outrem são: a Resolução CFM nº 1.358/1992 (CFM, 1992); o Projeto de Lei nº 115/2015 (BRASIL, 2015); a Resolução CFM nº 2.121/2015 que foi revogada pela Resolução CFM nº 2.168/2017 (CFM, 2017); a Resolução CFM nº 2.283/2020 (CFM, 2020); o Provimento CNJ nº52/2016 (CNJ, 2016); o Projeto de Lei nº 7.591/2017 (BRASIL, 2017).

A gestação por substituição é regida fundamentalmente pelo ordenamento existente e enquanto não aprovado nenhum projeto de lei a respeito, seus limites são impostos pelo controle informal, da própria sociedade.

A Resolução CFM nº 2.168/2017 (BRASIL, 2017), que revogou a Resolução CFM nº 2.121/2015, trouxe inovações ao tema, pois passou a permitir o uso da técnica de reprodução assistida em pessoas com mais de cinquenta anos de idade; corroborando a possibilidade da gestação de substituição para casais homoafetivos, que já estava prevista na norma anterior revogada; e a possibilidade das pessoas envolvidas nesse processo serem do mesmo núcleo familiar, desde que devidamente autorizado pelos Conselhos Regionais de Medicina da área.

Com relação à responsabilidade pela criança gerada por barriga de aluguel, veja-se a seguir o que diz a Resolução CFM nº 2.168/2017 (CFM, 2017):

#### 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.
2. A cessão temporária do útero não poderá ter caráter lucrativo ou comercial.
3. Nas clínicas de reprodução assistida, os seguintes documentos e observações deverão constar no prontuário da paciente:
  - 3.1. 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;

3.2. Relatório médico com o perfil psicológico, atestando adequação clínica e emocional de todos os envolvidos;

3.3. 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;

3.4. Compromisso, por parte do(s) paciente(s) contratante(s) de serviços de RA, de tratamento e acompanhamento médico, inclusive por equipes multidisciplinares, se necessário, à mãe que cederá temporariamente o útero, até o puerpério;

3.5. Compromisso do registro civil da criança pelos pacientes (pai, mãe ou pais genéticos), devendo esta documentação ser providenciada durante a gravidez;

3.6. Aprovação do cônjuge ou companheiro, apresentada por escrito, se a cedente temporária do útero for casada ou viver em união estável.

A Resolução CFM nº 2.283/2020 (CFM,2020), publicada em 1º de outubro de 2020, que alterou a redação do item 2 do inciso II, da Resolução CFM nº 2.168/2017 (CFM,2017) - "Pacientes das técnicas de RA", passou a permitir o uso das técnicas de RA para heterossexuais, homoafetivos e transgêneros.

### **3.5 Barriga de aluguel em outros países – comércio internacional**

No Brasil, a pessoa que empresta temporariamente seu útero como barriga solidária não pode cobrar nem receber nenhum dinheiro em troca. Este procedimento não pode ter fins comerciais e lucrativos.

Diferente do Brasil, em alguns países, é permitido o pagamento por este serviço, ou seja, há um pagamento determinado para que uma mulher alugue o seu útero para a gestação. Na verdade existe um acordo financeiro firmado e controlado por agências especializadas neste ramo. Em diversos países, tal procedimento não tem impedimentos, como por exemplo a indicação de uma doadora da própria família. Na Europa, países como: Reino Unido, Bélgica, Holanda, Grécia, Ucrânia, Geórgia e República Tcheca, as barrigas de aluguel são permitidas, e há ainda países como os Estados Unidos (em alguns Estados), Austrália, Índia e Canadá onde tal procedimento também existe. A prática está legalizada, ainda, na África do Sul, Índia, Israel, Rússia, e encontra-se em debate na Bélgica, Bulgária, Finlândia, Irlanda e Islândia. A Ucrânia, atualmente, é um dos países mais procurados na Europa para o serviço de barriga de aluguel, pois a remuneração por este serviço é legalizado no país, atraindo pessoas interessadas, porém o aumento desta oferta tem gerado rumores que as mulheres possam estar sendo exploradas nas clínicas de RA (MASSARO, 2014).

No caso específico dos Estados Unidos, o serviço de “barriga de aluguel” existe há mais de 30 anos, pois as legislações estaduais regulam (ou não) a prática. Aproximadamente cerca de 20 (vinte) estados norte-americanos permitem a “barriga de aluguel” de forma comercial, enquanto outros 10 (dez) estados a reconhecem na sua forma altruísta. Nos estados que permitem tal procedimento, há regulamentação própria que confere segurança jurídica tanto para a mãe gestacional quanto para os pais genéticos e/ou socioafetivos e estas legislações permitem facilitar a lavratura do registro da criança, de forma que os pais que contrataram o serviço constem como seus genitores e é permitido que cidadãos estrangeiros contratem esse serviço (SIFRIS, 2015).

Outra problemática pela busca deste procedimento no exterior é a questão dos casais homoafetivos, que enxergam na técnica uma maneira de realizar o sonho de serem pais, mas também, por outro lado, tem se mostrado uma opção muito buscada por casais heterossexuais, em que as mulheres já enfrentaram diversas tentativas frustradas de fertilização in vitro e esgotaram outras alternativas para se tornarem mães.

As mulheres aqui no Brasil não podem dispor desse serviço de forma legal e com isso brasileiros estão indo para o exterior em busca de contratar mulheres para gerarem seus filhos.

Na Argentina, à semelhança do Brasil, existe um hiato no poder legislativo quanto à matéria. O tema acabou não sendo regulamentado por ocasião da aprovação do novo Código Civil e Comercial, que previa a regulamentação da gestação por substituição, porém o Parlamento Argentino optou por não aprovar a matéria, com isso a Argentina deixou de poder ser o primeiro país da América do Sul a regulamentar a gestação por substituição, o que somente veio acontecer em 2013. Já em Portugal este método também é ilegal, fazendo com que, igual no Brasil, famílias busquem as mães de aluguel em outros países.

De acordo com dados apresentados pela OMS (2020), estima-se que atualmente 48 milhões de casais e 186 milhões de indivíduos no mundo são inférteis, ou seja, não conseguem engravidar após 12 meses de relações sexuais regulares sem o uso de métodos contraceptivos. Em alguns desses casos, gerar uma criança valendo-se de técnicas de reprodução assistida, por meio da cessão de útero por terceiro, pode ser a única forma para realizar o sonho de ter um filho. Essa também pode ser a única opção para casais homoafetivos ou pessoas solteiras.

A falta de previsão legal da “barriga de aluguel” de forma comercial tem fomentado o que passou a se chamar de “turismo reprodutivo”, ou seja, casais que saem dos seus países com destino a locais, como os já acima mencionados, e com legislação mais permissiva, que

lhes permita pagar pela cessão temporária do útero de uma mãe substituta, realizando o pleito de terem uma família (SIFRIS, 2015).

Como já visto, a fim de valer-se de tal procedimento no Brasil, os interessados devem atender às disposições das Resoluções CFM nº 2.168/2017 (CFM, 2017) e nº 2.283/2020 (CFM, 2020), o que em muitos casos não é a realidade de muitas famílias. Ceder o útero para parente de até quarto grau para fins de gestar o filho de outro(s), e devendo se submeter a todas as mudanças físicas e emocionais que uma gravidez provoca na vida de uma mulher, sem levar em conta a abnegação e preparo psicológico para, após o parto, oferecer aos pais socioafetivos o bebê que certamente se criou laços, é verdadeiramente uma demonstração de carinho, amor e solidariedade. Muito mais complicado ainda, é contar com um terceiro, sem laços sanguíneos, com intuito de realizar tal procedimento, o que por sua vez, dependeria de autorização do Conselho Regional de Medicina. Dessa forma, na maioria das vezes e tendo o casal condições financeiras, muitos brasileiros, sejam solteiros, sejam casais hétero ou homoafetivos, têm procurado alternativas em outros países, cujas legislações, mais flexíveis, permitem a forma comercial de contratação dos serviços de mães de aluguel.

Com isso também surgem inúmeras questões éticas e jurídicas de direito internacional privado tais como as relacionadas com o conceito de família, como por exemplo: quem é considerada a mãe da criança, qual é a nacionalidade da criança, qual é o seu status migratório, se o pagamento pela gestação e pelo parto seria juridicamente legal e se poderia ser objeto de contrato ou configuraria um caso de exploração da parte mais fraca (já que, normalmente, as mulheres dispostas a negociar seus corpos advêm das camadas de maior vulnerabilidade social). Porém no que pese todos estes questionamentos, o empréstimo do útero mediante contraprestação financeira é realidade em alguns países, e quando permitido a cidadãos estrangeiros, atrai muitos interessados. Segundo a *Families Through Surrogacy* (2020), organização internacional sem fins lucrativos, o custo médio estimado para contratar o serviço de “barriga de aluguel” é de aproximadamente:

- Estados Unidos: US\$ 119.000,00
- Índia: US\$ 47.350,00
- Tailândia: US\$ 52.000,00
- Ucrânia: US\$ 42.350,00
- Geórgia: US\$ 57.500,00
- México: US\$ 60.000,00

No próximo capítulo abordaremos a judicialização da política pública de saúde reprodutiva e questões referentes ao judiciário brasileiro.

#### 4 JUDICIÁRIO BRASILEIRO

No Brasil, bem como em outros países, a área jurídica vem acompanhando um movimento em massa no que diz respeito à busca da efetivação de prerrogativas que estão na Constituição de cada Estado de Direito, ou seja: a judicialização. Esse termo compreende à busca do judiciário pela sociedade para que o poder executivo seja forçado, através de uma demanda judicial, a implementar políticas públicas inexistentes ou deficitárias. Nesta pesquisa o foco é a judicialização da saúde, pois o aumento destes casos vem preocupando gestores e juristas.

Sabe-se que o sistema de saúde no Brasil não tem sido capaz de efetivar o direito à saúde a todas as pessoas, de forma satisfatória, conforme previsão da Constituição Federal e portanto, muitas vezes o judiciário acaba sendo a última alternativa de muitos pacientes para conseguir um medicamento, um tratamento ou até mesmo uma internação ou cirurgia. Esta problemática ao invés de ser uma exceção tem se tornado cada vez mais frequente, de modo que, os gastos com demandas judiciais individuais são altíssimos tornando o orçamento total da saúde prejudicado com tais demandas e com isso, afetando a consecução de políticas públicas previstas. Por outro lado, a pessoa que buscou a justiça deve ser vista, pois ter seu atendimento é um direito. Uma saída a ser considerada, portanto, é efetivar uma “contenção saudável” da judicialização, procurando diminuir não só a quantidade das ações e demandas sem prejudicar o orçamento da saúde ou o direito individual em saúde.

O início deste processo de judicialização da saúde teve início na década de 1990, com as ações judiciais movidas por pacientes portadores da infecção pelo vírus HIV e por organizações não governamentais (ONGs) que trabalhavam com este tema.

No ano de 1996, diversas ações judiciais foram propostas, resultando na aprovação da Lei nº 9.313 (BRASIL,1996), obrigando o Estado a fornecer gratuitamente os medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS (Brasil, MS, 2005). Nesta época iniciou-se no Brasil uma fase no poder judiciário de interpretação do direito à saúde como um direito individual imediatamente exigível.

Para Cruz (2012), outro marco importante nesta trajetória foi o julgamento do Agravo Regimental em Recurso Extraordinário nº 271.286, no Supremo Tribunal Federal (STF) no ano de 2000, em que uma paciente que requeria do município de Porto Alegre o fornecimento de medicamentos para enfrentamento ao HIV/aids obteve desta Corte decisão favorável. Desde então, tem-se observado crescimento das demandas judiciais em todo o país.

#### 4.1 Judicialização da política pública de saúde reprodutiva

A falta de políticas públicas eficazes, no Brasil, acaba por não garantir ao indivíduo alguns direitos fundamentais expressos na Constituição Federal de 1988.

A sociedade brasileira está cada vez mais consciente de seus direitos, desta forma resta ao indivíduo recorrer ao poder judiciário, pois acredita que em tal esfera seus direitos básicos poderão ser garantidos. Passa a existir, então, os fenômenos da judicialização.

A judicialização, segundo Barroso (2007, p. 95), ocorre quando:

algumas questões de larga repercussão política ou social estão sendo decididas por órgãos do Poder Judiciário, e não pelas instâncias políticas tradicionais: o Congresso nacional e o Poder Executivo.(...), a judicialização envolve uma transferência de poder para juízes e tribunais, com alterações significativas na linguagem, na argumentação e no modo de participação da sociedade (...) a judicialização é um fato, uma circunstância que decorre do modelo constitucional que se adotou,(...) o Judiciário decidiu porque era o que lhe cabia fazer, sem alternativa

Sob a ótica institucional, nada mais é do que o caso da “transferência decisória dos Poderes executivos e legislativo para os magistrados e tribunais, que passam a revisar e implementar políticas públicas e rever as regras do jogo democrático”, dentre tantos outros casos controversos (VIEIRA; CAMARGO; SILVA, 2009, p. 77).

Do ponto de vista sociológico, seria a maneira como a sociedade poderia resolver as questões, coletivas ou não. E pelo ponto de vista lógico-argumentativo, difundindo suas normas “para fóruns políticos, institucionais ou não, representando, assim, a completa domesticação da política e das relações sociais pela ‘linguagem dos direitos’ e, sobretudo, pelo discurso constitucional” (VIERA; CAMARGO; SILVA, 2009, p. 77).

Destarte, é a Lei Maior sendo amparada pelo sistema jurídico, reconhecendo o que está escrito no texto constitucional com o objetivo não só de “regulamentar a vida em sociedade, mas também de integrá-la, amoldá-la e modificá-la” (ALMEIDA; BITTENCOURT, 2008, p. 252).

A judicialização não ocorreu porque o poder judiciário assim o desejou, mas por um cenário brasileiro favorável ao surgimento deste fenômeno, principalmente com a redemocratização do Brasil, bem como com a promulgação da Constituição de 1988.

Após a Constituição de 1988, o judiciário passou a atender as necessidades da população, pois antes havia a espera de uma ação dos outros poderes (executivo e legislativo), demonstrando como eram insensíveis em relação às suas funções. Com o aumento da procura pelo poder judiciário, a justiça se sobrecarregou de tal maneira que não está dando conta do

imenso volume de processos que chegam todos os dias, contribuindo para sua lentidão e ineficácia, apesar de ser vista “como canal de representação de minorias e grupos sociais excluídos” (VERÍSSIMO, 2008, p. 411).

Ainda sobre a judicialização, segundo explica o jurista francês Antoine Garapon, a judicialização surge pelo enfraquecimento dos poderes legislativo e executivo e torna o judiciário um crescente ator político, que diretamente interfere nas decisões de políticas públicas e sendo visto como último refúgio para uma democracia idealizada, e na mesma medida que cresce o crédito na justiça, diminui a confiança e o interesse na política. (...) a cooperação entre os diferentes atores da democracia não é mais assegurada pelo Estado, mas pelo direito, que se coloca, assim, como a nova linguagem política na qual são formuladas as reivindicações políticas. Justiça tornou-se em um espaço de exigibilidade da democracia. Ela oferece potencialmente a todos os cidadãos capacidade de interpelar seus governantes, de tomá-los ao pé da letra e de intimá-los a respeitarem as promessas contidas na lei (GARAPON, 1999 *apud* CASTRO, 2012).

Como consequência da judicialização é importante ressaltar que uma pessoa ao se beneficiar de certos tratamentos ou tipos de medicamentos de alto custo, estaria prejudicando o restante da sociedade diante do comprometimento do orçamento. Vejamos alguns casos para exemplificar esta problemática: no Rio Grande do Sul são 4,5 mil ações referentes à saúde por semestre, em contra partida o gasto é mais de 6,5 milhões mensais; no Rio Grande do Norte, no ano de 2008, foram gastos cerca de 14 milhões de reais com demandas envolvendo a saúde, e a previsão do orçamento era de 3 milhões. No Espírito Santo, de janeiro a setembro de 2009, existiam 360 ações judiciais envolvendo a saúde, e em São Paulo, apenas no primeiro semestre de 2010, haviam 25 mil ações tramitando pela justiça com pedidos na área da saúde, em contra partida, gastos chegaram a 25 milhões de reais, por mês, para cumprir essas liminares. Esses dados são uma pequena amostra o quanto o judiciário tem sido acionado pela população para reivindicar seu direito à saúde (CASTRO, 2012, p. 14).

Ainda exemplificando e mostrando o atual problema da judicialização no Brasil, de 2009 a 2017, praticamente triplicou o número anual de processos na primeira instância da justiça relativos a saúde no Brasil.

No caso da saúde pública, a judicialização da saúde é na verdade um direito previsto na Constituição, e não simplesmente um problema, porém ao passo que são demandados aos juízes decidirem faz com que o sistema funcione com mais rapidez, eficiência e equidade.

O mesmo já vem também acontecendo no caso da saúde privada, os recursos judiciais às cortes para solucionarem problemas entre operadoras e seus clientes, para que as regras específicas sejam cumpridas, pois parte desses processos são sobre a reprodução assistida e medicamentos não previstos nos contratos das operadoras de saúde nem pela política pública.

Essa polêmica diz respeito a alocação de recursos na sociedade. Só em 2016 o Governo Federal teve de retirar R\$ 1,3 bilhões de outros programas para pagar a conta da judicialização. É fato que o que vem ocorrendo, o dinheiro está saindo de outros programas da saúde, e por vezes, de outros segmentos do orçamento federal, para atendimento das demandas judiciais, embora não se tenha uma avaliação precisa e objetiva sobre os impactos desse fenômeno (INSPER, 2019).

Entre 2009 e 2017, os processos em primeira instância relacionados à saúde aumentaram aceleradamente, a quantidade de casos cresceu 198%. Só no ano de 2017, as demandas acerca da saúde chegaram a 95,7 mil e começaram a tramitar no judiciário brasileiro. No mesmo período, os processos em segunda instância, sobre saúde, cresceram 85% nos tribunais. As apelações em segundo grau de jurisdição cresceram 32%.

Os processos que tramitam na primeira instância nem todos chegam à segunda instância, mas o crescimento da judicialização da saúde também nesse nível é patente. Aproximadamente 70% dos acórdãos envolvem disputa por medicamentos, já órteses e próteses são em torno de 63% das decisões e com 47% os procedimentos onde aqui se enquadra a reprodução assistida (RA).

Baseado, ainda, em dados originários da Lei de Acesso à Informação, vejamos os resultados da pesquisa realizada pelo INSPER, em 2019, a pedido do Conselho Nacional de Justiça - CNJ:

a soma dos processos classificados como de saúde na primeira instância de dezessete tribunais de justiça do país chegou a 487.426 no período de 2008 a 2017. O total de processos desses tribunais passou de 41.453 em 2008 para 95.752 em 2017, o que corresponde a um crescimento de 131%. Na segunda instância, entre 2009 e 2017, o aumento das demandas de saúde foi de 85%, de 22.011 para 40.658 processos. Esses números contemplam não apenas as solicitações que demandam prestações de saúde por parte do Estado, mas todos os tipos de solicitações relativas à área da saúde. Observou-se também heterogeneidade entre os tribunais quanto à prevalência das demandas, identificando-se, entre os principais assuntos usados para indexar os processos, a referência aos planos privados de saúde. Considerando-se todas as demandas da saúde (de natureza cível, não criminal), o número de processos acumulados, ajuizados até 31 de dezembro de 2018 e em trâmite no 1º grau, no 2º grau, nos Juizados Especiais, no Superior Tribunal de Justiça (STJ), nas Turmas Recursais e nas Turmas Regionais de Uniformização, somados, foi de mais de 2,2 milhões, sendo que desses, as maiores demandas são por medicamentos no SUS, totalizando no período 544.378 processos, (24,4% do total de processos) (INSPER, 2019).

## 4.2 Judicialização no âmbito da oferta de reprodução assistida pelo SUS

O aumento significativo na demanda de ações judiciais, no Brasil, visando a efetivação do direito à saúde, estão aí incluídas as demandas que buscam o acesso gratuito às técnicas de reprodução assistida.

Estas demandas, normalmente têm como fundamento se tratar de direito fundamental, que só estaria sendo colocado à disposição de quem pode custear tais tratamentos. Em compensação, a maioria dos juízes com base no princípio da reserva do possível, negam os pedidos e diante da não constatação que este tipo de tratamento não seja realizado ocasione ofensa à vida ou à saúde dos impetrantes.

Na década de 70, na Alemanha, surgiu esta teoria da reserva do possível. Segundo Sarlet e Figueiredo (2007, p.188):

a noção de reserva do possível, a efetividade dos direitos sociais a prestações materiais estaria sob a reserva das capacidades financeiras do Estado, uma vez que seriam direitos fundamentais dependentes de prestações financiadas pelos cofres públicos. (...), passou a traduzir (tanto para a doutrina majoritária, quanto para a jurisprudência constitucional na Alemanha) a ideia de que os direitos sociais a prestações materiais dependem da real disponibilidade de recursos financeiros por parte do Estado, disponibilidade esta que estaria localizada no campo discricionário das decisões governamentais e parlamentares, sintetizadas no orçamento público.

O princípio da reserva do possível se une ao princípio da razoabilidade no Brasil, em que se deve tentar equacionar eficácia com eficiência, garantindo dessa forma vários direitos a toda à coletividade. Barcellos (2001 *apud* CUNHA, 2011, p. 11) define reserva do possível como:

...a expressão reserva do possível procura identificar o fenômeno econômico da limitação dos recursos disponíveis diante das necessidades quase sempre finitas a serem por eles supridas. No que importa ao estudo aqui empreendido, a reserva do possível significa que, além das discussões jurídicas sobre o que se pode exigir judicialmente do Estado – e, em última análise, da sociedade, já que é esta que o sustenta – é importante lembrar que há um limite de possibilidades materiais para esses direitos.”

Fica desta forma estabelecido com o princípio da reserva do possível a viabilidade e a amplitude do poder do Estado na concretização de certos direitos fundamentais e sociais, portanto, faz-se necessário, que haja recursos públicos disponíveis. Este princípio sempre é aludido quando de decisões judiciais relacionadas à concessão de direitos sociais estas possam onerar os cofres públicos excessivamente.

Outra teoria que também surgiu na Alemanha foi a do mínimo existencial e no Brasil se firmou na década passada, sendo este “compreendido como todo o conjunto de prestações

materiais indispensáveis para assegurar a cada pessoa uma vida condigna, no sentido de uma vida saudável” (SARLET; FIGUEIREDO, 2007, p. 184).

Ou seja, para que o indivíduo possa desfrutar de uma vida completa e livre, sem qualquer intervenção e garantida pelo Estado, o princípio do mínimo existencial estaria diretamente ligado aos direitos e garantias fundamentais.

Segundo Torres (1989, p.29):

Há um direito às condições mínimas de existência humana digna que não pode ser objeto de intervenção do Estado e que ainda exige prestações estatais positivas. O mínimo existencial não tem dicção constitucional própria. Deve-se procurá-lo na ideia de liberdade, nos princípios constitucionais da igualdade, do devido processo legal e da livre iniciativa, na Declaração dos Direitos Humanos e nas imunidades e privilégios do cidadão. Carece o mínimo existencial de conteúdo específico. Abrange qualquer direito, ainda que originariamente não-fundamental (direito à saúde, à alimentação etc.), considerado em sua dimensão essencial e inalienável.

Atualmente as decisões judiciais que outorgam o pedido de acesso gratuito às técnicas de reprodução assistida se amparam na ideia de que a infertilidade é um problema de saúde e que é direito do cidadão o planejamento familiar, em contrapartida as decisões que recusam este pleito se baseiam na reserva do possível e no mínimo existencial, supracitados.

A reprodução assistida pode sim, ser considerada parte integrante do direito fundamental à saúde, para tal o seu pleito deve estar conectado a um problema de saúde de cunho reprodutivo. Conforme já demonstrado, no Brasil não há lei que regulamente a realização da reprodução assistida, o que se tem são as seguintes resoluções e projetos de lei relacionados no Quadro 2, apresentado na página seguinte.

Quadro 2 - Leis, Projetos de Lei, Portarias e Resoluções que regulamentam as técnicas de reprodução assistida.

<b>Legislação/Ato Normativo</b>	<b>Ementa</b>
Lei nº 12.401/2011- Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990	Dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.
Lei nº 9.263/1996 – Lei do Planejamento Familiar	Regula o § 7º do Art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.
Lei nº 10.406/2002 - Código Civil Brasileiro - Artigo 1.798	Confere capacidade para suceder aos concebidos com auxílio de técnica de reprodução assistida após a abertura de sucessão.
Pleno do Supremo Tribunal Federal, na sessão de julgamento de 5 de maio de 2011	Reconheceu e qualificou como entidade familiar a união estável homoafetiva.

<b>Legislação/Ato Normativo</b>	<b>Ementa</b>
Projeto de Lei nº 115/2015	Institui o Estatuto da Reprodução Assistida, para regular a aplicação e utilização das técnicas de reprodução humana assistida e seus efeitos no âmbito das relações civis sociais.
Resolução CFM nº 2.121/2015	Adota as normas éticas para utilização das técnicas de reprodução assistida.
Provimento CNJ nº 52, de 14 de março de 2016	Dispõe sobre o registro de nascimento e emissão da respectiva certidão dos filhos havidos por reprodução assistida.
Projeto de Lei nº 7.591/2017	Acrescenta parágrafo único no artigo 1798 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002, Código Civil Brasileiro.
Resolução CFM nº 2.168/2017	Adota as normas éticas para utilização das técnicas de reprodução assistida e revoga a resolução CFM nº 2.121/2015.
Resolução CFM nº 2.283/2020	Alterou a redação do item 2 do inciso II, "Pacientes das técnicas de RA", da Resolução CFM Nr 2.168/2017, que passou a permitir o uso das técnicas de RA para heterossexuais, homoafetivos e transgêneros.
Portaria GM/MS nº 426, de 22 de março de 2005	Institui, no âmbito do SUS, a política nacional de atenção integral em reprodução humana assistida.
Portaria GM/MS nº 3.149, de 28 de dezembro de 2012	Ficam destinados recursos financeiros aos estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos de atenção à reprodução humana assistida, no âmbito do SUS, incluindo fertilização in vitro e/ou injeção intracitoplasmática de espermatozoides.

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

A Resolução nº 2.168 (CFM, 2017), que adota as normas éticas para utilização das técnicas de reprodução assistida revoga a Resolução nº 2.121 (CFM, 2015); e recentemente a Resolução nº 2.283 (CFM, 2020), que alterou a redação do item 2 do inciso II, "Pacientes das técnicas de RA", da Resolução nº 2.168 (CFM, 2017), que passou a permitir o uso das técnicas de RA para heterossexuais, homoafetivos e transgêneros, abre muito o leque de possibilidades de quando e quem pode recorrer à mesma.

Em muitos casos não há problema de saúde reprodutiva, mas sim a impossibilidade natural de engravidar do marido que já veio a óbito, engravidar do(a) companheiro(a) do mesmo sexo em casos de pares homoafetivos ou engravidar sem que se tenha um parceiro(a) para manutenção de relações sexuais, que são os casos chamados popularmente de produções independentes.

Nestes casos, contudo, não se pode falar no direito fundamental à reprodução assistida, pois este deve ser analisado, sempre, na conjuntura do direito fundamental à saúde (à saúde reprodutiva).

A disponibilização da reprodução assistida no SUS, prevista na Lei de Planejamento Familiar, o faz dentro de um conjunto de políticas públicas de atenção à saúde reprodutiva, devendo restringir-se a este âmbito particular sua oferta à população. Para Campos e Oliveira (2009), partindo do princípio de que exista problema de saúde reprodutiva, nada mais justo do que oferecer a este, meios e tratamentos para a restauração de sua saúde, pois os problemas de infertilidade, quando não são tratados, podem desencadear transtornos mentais e psicológicos.

Como até hoje o poder legislativo não criou uma lei que regulamente a reprodução assistida e de onde sairiam os recursos para tal implementação, está recaindo sobre o judiciário brasileiro, a interpretação se é ou não um direito fundamental que deve ser prestado pelo Estado, e se este direito do particular pode se sobrepor ao direito da coletividade.

Urge, com todo o avanço de tais técnicas, que o Estado brasileiro regulamente o uso das mesmas, prioritariamente no âmbito de sua oferta gratuita a usuários do SUS, com a finalidade para que tal política pública seja implantada com êxito, sem causar prejuízo à outras áreas da saúde pública que já enfrentam problemas relacionados à falta de recursos.

## 5 METODOLOGIA

O trabalho está embasado em pesquisa bibliográfica-documental, por meio de uma abordagem qualitativa e descritiva, que ao analisar o acesso universal e igualitário a essas novas tecnologias de reprodução humana assistida e a maternidade substitutiva (conhecida por “barriga de aluguel”), objetiva-se sustentar a tese de que a reprodução humana assistida (RA) e a maternidade substitutiva devem estar no Sistema Único de Saúde (SUS). Destarte tem que ser assegurado por lei, muito embora já esteja garantido constitucionalmente, conforme conteúdo do artigo 226, §7º de nossa Carta Magna.

Independentemente das críticas e polêmicas envolvendo esta questão, a infertilidade é um problema de saúde pública sim, e negar o acesso às novas tecnologias, e especificamente as de alta complexidade, afeta não só direitos humanos, como também os direitos reprodutivos e o direito fundamental das pessoas ao planejamento familiar.

Desta forma, pretende-se apresentar proposições que possam contribuir para a solução de um problema que se arrasta há décadas no Brasil, qual seja, a ausência de uma lei sobre a reprodução assistida e a maternidade substitutiva, conhecida por “barriga de aluguel”, e mais especificamente, de uma lei que permita o acesso universal e igualitário para quem não tem condições de financiar os custos deste procedimento.

Porém, para que uma futura lei, que contemple o acesso gratuito àquelas pessoas que não podem pagar pelo tratamento, não tenha seu objetivo esvaziado, deverão também ser criadas políticas públicas que verdadeiramente possam sair do papel e alcancem, na prática, cada casal que realmente precise das tecnologias de reprodução assistida.

São características de pesquisas qualitativas os objetivos de verificar de que modo as pessoas consideram uma experiência, uma ideia ou um evento, bem como também para casos em que o objetivo é a “demonstração lógica das relações entre conceitos e fenômenos, com o objetivo de explicar a dinâmica dessas relações em termos intersubjetivos” (MENDES, 2007, p. 11).

Por outro lado, toma-se ainda como exemplo, a montagem de inventários quantitativos por meio da coleta exploratória de dados qualitativos, que permitem gerar riqueza e flexibilidade à pesquisa (GASKELL, 2002).

Gaskell (2002, p. 65) afirma também, que a pesquisa qualitativa “fornece os dados básicos para o desenvolvimento e a compreensão das relações entre os atores sociais e sua situação”.

No tocante aos procedimentos metodológicos a serem utilizados, todas as pesquisas percorrem um trajeto determinado para que se caracterizem como científicas. Neste trabalho de pesquisa, optou-se por uma pesquisa de revisão bibliográfica.

A pesquisa bibliográfica é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto.

Existem porém pesquisas científicas que se baseiam unicamente na pesquisa bibliográfica, procurando referências teóricas publicadas com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta (FONSECA, 2002, p. 32).

Para Gil (2007, p. 44), “os exemplos mais característicos desse tipo de pesquisa são investigações sobre ideologias ou aquelas que se propõem analisar diversas posições acerca de um problema”.

Nesse sentido, a busca de material se processará em diversas fontes e bases de dados, sendo elas:

- 1) Scielo, Banco de Teses e Dissertações da CAPES, Banco de Teses e Dissertações do IBICT, Sítio do Google Acadêmico e Proquest, no período de 10 anos (2010 a 2020);
- 2) Lei nº 12.401/2011- Incorpora as tecnologias em saúde no âmbito do SUS;
- 3) Lei nº 9.263/1996 - Lei do Planejamento Familiar;
- 4) Artigo 1798, Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil Brasileiro;
- 5) Pleno do Supremo Tribunal Federal, na sessão de julgamento de 5 de maio de 2011;
- 6) Projeto de Lei nº 115/2015;
- 7) Resolução CFM nº 2.121/2015;
- 8) Resolução CFM nº 2.168/2017;
- 9) Resolução CFM nº 2.283/2020;
- 10) Provimento CNJ nº 52, de 14 de março de 2016;
- 11) Portaria GM/MS nº 426, de 22 de março de 2005;
- 12) Portaria GM/MS nº 3.149, de 28 de dezembro de 2012
- 13) Projeto de Lei nº 7.591/2017;
- 14) Projeto de Lei nº 9.403/2017;

- 15) Projeto de Lei nº 1.218/2020;
- 16) Projeto de Lei nº 4.178/2020;
- 17) Pesquisa de decisões judiciais acerca do tema nos Tribunais Regionais Federais e nos Tribunais Superiores (Supremo Tribunal Federal e Superior Tribunal de Justiça).

Por meio de uma pesquisa descritiva, de metodologia qualitativa, essencialmente bibliográfica, documental, jurisprudencial e interdisciplinar, a partir do diálogo entre biodireito, a bioética e o Direito Constitucional, serão feitas as análises de conteúdo das diversas fontes e bases de dados, supracitadas, bem como interpretadas obras de diversos autores especializados no assunto.

Será realizada, ainda, a análise da jurisprudência pesquisada e sua sistematização, à luz dos princípios constitucionais da "reserva do possível" e da proporcionalidade, com a finalidade de aprofundar o referencial teórico-conceitual sobre a judicialização em saúde. Com isso, pretende-se iluminar as discussões do objeto da dissertação, identificar as soluções conferidas aos casos de conflito entre os envolvidos no processo e a possibilidade de atendimento no SUS, como uma política pública de saúde.

Os dados serão pesquisados durante o período de maio a agosto de 2020, e como descritor de interesse, foi utilizado as palavras “reprodução assistida” e “barriga de aluguel”, nas fontes e bases de dados: Scielo, Banco de Teses e Dissertações da CAPES, Banco de Teses e Dissertações do IBICT, Sítio do Google Acadêmico e Proquest, no período de 10 anos (2010 a 2020), assim como nos sítios dos Tribunais Superiores (STJ e STF) e nos Tribunais Regionais Federais, como descritor de interesse a “judicialização da saúde na reprodução humana assistida” e a “maternidade substitutiva (barriga de aluguel)”, no âmbito do SUS.

Como questão geradora da busca a ideia será responder as seguintes perguntas:

- 1) Como se apresenta a produção científica sobre reprodução assistida (RA) e sobre a maternidade substitutiva (“barriga de aluguel”), no período de 2010 a 2020?
- 2) Sobre a judicialização da saúde na reprodução humana assistida (RA) e a maternidade substitutiva (“barriga de aluguel”), como foram identificadas, nos tribunais, as soluções conferidas acerca do estabelecimento da filiação entre os envolvidos; e

- 3) Como foram identificadas, nos tribunais, as soluções conferidas aos casos de conflito entre os envolvidos no processo e a possibilidade de atendimento no SUS, como uma política pública de saúde.

Existem algumas técnicas utilizadas para a investigação dos dados de uma pesquisa qualitativa e uma delas é a análise de conteúdo.

Para Bardin (2011):

O termo análise de conteúdo designa: um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (Bardin, 2011, p. 47).

Para Cançado (2011, p.121):

A Análise de Conteúdo é composta por três fases: pré-análise, análise do material e tratamento dos resultados (inferência e interpretação). A pré-análise é a fase de organização que tem por objetivo operacionalizar a Análise de Conteúdo. Nessa fase é realizada uma leitura inicial (ou leitura flutuante, segundo a terminologia de Bardin) e a escolha dos documentos a serem analisados (corpus). Para isto são necessárias regras, que devem ser derivadas do próprio objetivo do trabalho que se vale da Análise de Conteúdo como método, que devem ser criadas. A segunda fase consiste na adequação do corpus às categorias. A última fase acontece com a interpretação dos resultados e a realização das inferências sobre o material produzido.

A análise de conteúdo é uma técnica de análise de dados qualitativos muito utilizada, onde o pesquisador procura entender as estruturas, características ou modelos que estão por trás dos fragmentos de mensagens. De acordo com Bardin (2011, p. 15):

O que é a análise de conteúdo atualmente? Um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a 'discursos' (conteúdos e continentes) extremamente diversificados. O fator comum dessas técnicas múltiplas e multiplicadas - desde o cálculo de frequências que fornece dados cifrados, até a extração de estruturas traduzíveis em modelos - é uma hermenêutica controlada, baseada na dedução: a inferência.

A forma de se fazer pesquisa mudou sobremaneira com o advento das tecnologias da informação e comunicação - TIC's. O surgimento da informática, principalmente com os banco de dados textuais, estimulou a utilização da análise de conteúdo (AC) como técnica de análise de dados qualitativos, e sabemos que hoje, existem diversos tipos de análises, com auxílio de computador, para materiais textuais.

A análise qualitativa de dados não está somente relacionada e condicionada ao uso de softwares, claro que é possível fazer as análises manualmente como nos primórdios da AC (BARDIN, 2011).

De uma maneira geral os softwares são simples, tais como: editores de texto, planilhas eletrônicas e banco de dados, podem ser usados no processo a análise de dados qualitativa, posto que é possível, com esses recursos, contar frequência, fazer buscas e analisar os dados. Contudo, esses softwares não foram construídos com a finalidade específica de desenvolver a análise qualitativa de dados, com isso vão exigir do pesquisador mais conhecimentos técnicos e criatividade para suplantar as limitações existentes em todos os softwares.

Fazer a análise de inúmeros materiais de pesquisa como por exemplo: entrevistas, questionários, jornais, revistas, blogs, mídias sociais, sítios da internet, entre outros, é um processo complexo e que demanda muito tempo, e as vezes pode parecer até mesmo impossível de ser feito, com a devida qualidade sem que isso não consuma um tempo muito maior do que normalmente o pesquisador dispõe. O mesmo ocorre se utilizarmos diferentes fontes de informação em conjunto, tais como: fotos, imagens, vídeo, áudio e outros e ter que ainda, estratificar dados para análise e extrair a informação necessária.

É nesse ponto que entra a Análise de Dados Qualitativos Apoiados por Computador (*Computer Assisted Qualitative Data Analysis - CAQDAS*), que é considerada um campo de pesquisa que atua no contexto da metodologia da pesquisa qualitativa e das técnicas de análise em geral e comporta desde a indexação de textos até a codificação e etiquetagem.

Segundo Bauer e Gaskell (2002), os softwares de CAQDAS modernos, também conhecidos como Softwares de Análise Qualitativa de Dados (*Qualitative Data Analysis Software – QDAS*), favorecem: a gestão dos inúmeros materiais, fontes e recursos de pesquisa; a codificação de indicadores (indexação); a categorização; e a utilização de recursos variados em uma mesma análise como: textos, áudios, imagens e vídeos de materiais em diversos formatos, proporcionando a busca, a recuperação e estratificação necessárias para as diversas etapas do processo de análise qualitativa. Como exemplos de Softwares de Análise Qualitativa de Dados, temos dentre outros o Nvivo, MAXQDA, QDAMiner.

Atualmente o que existe de mais moderno é a utilização de inteligência artificial – IA, com a aplicação de ferramentas chamadas “robôs”. A IA é simplificada quando se pode preparar dados para análises, desenvolver modelos com algoritmos modernos e integrar análises de texto em um único produto. Com a inteligência artificial é permitido combinar grandes quantidades de dados com processamento rápido e interativo. A inteligência artificial

é um campo de estudo amplo, que engloba muitas teorias, métodos e tecnologias. Os sistemas de inteligência artificiais são construídos para realizar tarefas específicas, como exemplo, podemos citar que um sistema (robô) programado para jogar dama não pode jogar gamão. (MACIEL.2019).

Uma das vantagens para a aplicação de IA (construção de robôs) é que eles concentram todos os recursos necessários para uma análise, sendo que o pesquisador terá disponível todas as fontes de informação necessárias para o processo (LEWINS; SILVER, 2014).

O principal requisito para uma análise qualitativa adequada é um eficiente, consistente e sistemático gerenciamento de dados, para busca e recuperação da informação (GIBBS, 2009).

Os robôs são instrumentos de apoio ao processo de análise, porém não fazem a análise pelo pesquisador, essa é uma tarefa meramente intelectual, abstrata e complexa que nenhum QDAS, pelo menos até o momento, é capaz de realizar (GIBBS; MANGABEIRA; FRIESE, 2002).

Para o tipo de pesquisa que ora apresentamos, nesta dissertação de mestrado, optou-se pela construção de robôs com a finalidade de pesquisa em diversos sítios (SciELO, Banco de Teses e Dissertações da CAPES, Banco de Teses e Dissertações do IBICT, Sítio do Google Acadêmico e Proquest), para duas palavras: “reprodução assistida” e “barriga de aluguel” e nos sítios dos Tribunais Superiores (STJ e STF), bem como nos Tribunais Regionais Federais, as palavras “judicialização da saúde na reprodução humana assistida” e a “maternidade substitutiva (barriga de aluguel)”, no âmbito do SUS. Os robôs construídos entravam nos sites indicados e armazenavam as informações gerais, somente as informações disponíveis, da pesquisa em uma planilha. Os robôs foram construídos em linguagem de programação Python, versão 3.7.1 e as bibliotecas utilizadas foram: Pandas, Xlsxwriter, Selenium e Chrome Driver Manager.

## **5.1 Sítios da pesquisa**

As pesquisas serão feitas nos seguintes locais (sítios) e nos seguintes formatos de pesquisa: dos itens 1) a 5) abaixo, foram usados os termos "reprodução assistida" e "barriga de aluguel", porém nos sítios de periódicos da CAPES, bem como no sítio PROQUEST foram

ainda pesquisados os termos “surrogacy” (barriga de aluguel) e “assisted reproduction” (reprodução assistida).

Já nos itens de 6) a 12) abaixo, os termos “judicialização da saúde na reprodução humana assistida” e a “maternidade substitutiva (barriga de aluguel)”, no âmbito do SUS.

- 1) <https://www.bdttd.ibict.br/>
- 2) <https://www.scholar.google.com.br/>
- 3) <https://www.scielo.br/>
- 4) <https://www.proquest.com/>
- 5) <http://www.periodicos.capes.gov.br>
- 6) <http://portal.stf.jus.br/>
- 7) <http://www.stj.jus.br/>
- 8) <https://www.trf1.jus.br/>
- 9) <https://www.trf2.jus.br/>
- 10) <https://www.trf3.jus.br/>
- 11) <https://www.trf4.jus.br/>
- 12) <https://www.trf5.jus.br/>

O objetivo foi que retornasse como resultado, no caso dos itens de 1) a 5), a totalidade dos trabalhos no âmbito acadêmico, já nos tribunais, itens de 6) a 12), a totalidade dos processos e seus pareceres finais, cujo assunto fosse referente a “judicialização da saúde na reprodução humana assistida” e a “maternidade substitutiva (barriga de aluguel)”, no âmbito do SUS.

De forma geral, no caso dos trabalhos no âmbito acadêmico, foi possível incorporar os campos de NOME, DATA e AUTOR, em todas as pesquisas, resultando no trabalho final que foi exportado para planilhas EXCEL e WORD, para computar o somatório de resultados encontrados e que será apresentado, a seguir nos resultados.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A perspectiva na utilização da análise de conteúdo – AC é quantitativa e estão relacionadas a quantidade de trabalhos encontrados por categoria, nos sítios já descritos no capítulo 5.1 - itens 1) a 5), acima. Já a AC é quantitativa e qualitativa e essas informações estão relacionadas às decisões judiciais, nos tribunais superiores e regionais federais, em cada categoria: judicialização da saúde na RA e a “barriga de aluguel”, no âmbito do SUS.

O interesse nestas categorias de análise tem como questão geradora da busca a finalidade de se responder às seguintes perguntas:

- 1) Como se apresenta a produção científica sobre reprodução assistida – RA e sobre a maternidade substitutiva (“barriga de aluguel”), no período de 2010 a 2020?
- 2) Sobre a judicialização da saúde na reprodução humana assistida – RA e a maternidade substitutiva (“barriga de aluguel”), como foram identificadas, nos tribunais, as soluções conferidas acerca do estabelecimento da filiação entre os envolvidos; e
- 3) Como foram identificadas, nos tribunais, as soluções conferidas aos casos de conflito entre os envolvidos no processo e a possibilidade de atendimento no SUS, como uma política pública de saúde.

Respondendo estas perguntas, o objetivo principal será ao final deste trabalho propor uma adendo ao Projeto de Lei já existente, a inclusão da obrigatoriedade de atendimento pelo SUS, da técnica de RA, na modalidade “barriga de aluguel”, sem fins lucrativos, pois em um país como o Brasil, as taxas de natalidade e de fertilidade decrescem a cada ano e o número de casais homoafetivos aumenta. Recorrer à gestação compartilhada (“barriga de aluguel”) é cada vez mais comum, principalmente devido à crescente evolução científica e a mutação social nos dias atuais e é inadmissível ainda não haver lei prevendo sua utilização e tramitar, há mais de 10 anos, no Congresso Nacional, um projeto de lei, que por sua vez não prevê tal atendimento no SUS, bem como propor ao Ministério da Saúde, a atualização das Portarias:

- nº 426 (MS,2005), que institui, no âmbito do SUS, a política nacional de atenção integral em reprodução humana assistida; e

- nº 3.149 (MS,2012), que destina recursos financeiros aos estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos de atenção à reprodução humana assistida, no âmbito do SUS, incluindo fertilização in vitro e/ou injeção intracitoplasmática de espermatozoides.

Os resultados encontrados são apresentados na Tabela1.

Tabela 1 - Consolidação dos resultados da pesquisa.

<i>Sítio da Pesquisa</i>	Barriga de Aluguel	Reprodução Assistida	Surrogacy	Assisted Reproduction
bdtb.ibict	2	497	x	x
scholar.google	5.980	15.500	x	x
scielo.br	2	203	x	x
proquest.com	2.366	1.470	30.973	260.473
periodicos.capes	70	850	10.259	142.643
STF	1	67	x	x
STJ	28	1.153	x	x
TRF 1	3	42	x	x
TRF 2	8	92	x	x
TRF 3	12	346	x	x
TRF 4	63	695	x	x
TRF 5	0	14	x	x

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Diante da quantidade elevada de resultados encontrados, no âmbito acadêmico, será feito um recorte de apresentação, por amostragem, no período de 2010 a 2020, de até 20 resultados, nos sítios dos itens 1) a 5) abaixo, buscando fazer uma análise e respondendo a pergunta 1) descrita na página 74 - como se apresenta a produção científica sobre reprodução assistida (RA) e sobre a maternidade substitutiva (“barriga de aluguel”), no período de 2010 a 2020:

#### 6.1 No site <https://www.bdtb.ibict.br/>

- termo Barriga de Aluguel – 2 resultados

Nome	Data	Autoria
O discurso sobre a Ciência nas telenovelas. O Clone e Barriga de Aluguel	2004	Coeli de Araujo Guerra, Regina
Técnicas de Reprodução Humana assistida - entre a Medicina e o Direito: As Famílias do Amanhã	2017	Urel, Isadora

- termo Reprodução Assistida – 497 resultados

Nome	Data	Autoria
Aspectos Jurídicos da Reprodução Assistida	2010	Marrey, José Guilherme Di Rienzo
Reprodução Assistida: limites éticos à legislação	2016	Juliana de Alencar Auler Madeira
Da Reprodução Assistida às dificuldades de se tornar mãe de múltiplos bebês	2015	Fonsêca, Célia Maria Souto Maior de Souza

<b>Nome</b>	<b>Data</b>	<b>Autoria</b>
A possibilidade da concretização do direito fundamental à Reprodução Humana Assistida	2012	Pinheiro Neto, Othoniel
Humanos sem natureza: as técnicas de Reprodução Assistida e o anonimato no parentesco	2016	Novaes, Thiago Oliveira da Silva
Bioética e Reprodução Assistida: o que pensam médicos em formação	2017	Goldman, Claudia Waymberg
Criação de um índice de abrangência em Reprodução Humana Assistida	2015	Maria Lectícia Firpe Penna
Reprodução Humana Assistida no Brasil: necessidade de regulação do procedimento para preservação de direitos fundamentais.	2015	Gualberto, Ana Paula Felix de Souza Carmo
Bioética na Reprodução Humana Assistida: os impactos éticos e emocionais no destino de embriões excedentários	2016	Machado, Cynthia Silva [UNESP]
Direitos reprodutivos, reprodução medicamente assistida e a maternidade como uma escolha reflexiva	2019	Rodrigues, Poliana de Sousa
Foram dois "Voltamos em cinco": família e reprodução assistida em Marechal Cândido Rondon	2018	Heidemann, Samuelli Cristine Fernandes
Os arranjos familiares e as Técnicas de Reprodução Assistida: um novo direito de família que se aproxima	2016	Oliveira, Pedro Bellentani Quintino de [UNESP]
Técnicas de Reprodução Humana Assistida - entre a Medicina e o Direito: as famílias do amanhã	2017	Urel, Isadora
Análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida no Acre	2018	Oliveira, Kamila Costa da Silva
Reprodução Humana Assistida e adoção infantil no Brasil: uma análise das ações do Estado na perspectiva da bioética crítica	2018	Matias, Edinalda de Araújo
A filiação póstuma decorrente do uso das Técnicas de Reprodução Assistida e suas implicações no âmbito dos direito sucessório	2017	Santos, Vanessa Gonçalves Melo
A Reprodução Humana Assistida e a sociedade do espetáculo: a fragmentação do direito frente à publicidade via internet de tratamento de fertilização	2016	Ferreira, Carla Froener
O Direito à origem genética na Reprodução Humana heteróloga como direito fundamental da personalidade	2018	Lima, Marcos Feitosa
O Direito sucessório do filho concebido após a abertura da sucessão	2019	Borges, Ingrid Gomes de Oliveira
Desvelando a família homoparental: um estudo sobre os relatos de casais homossexuais com filhos	2014	Tombolato, Mário Augusto [UNESP]

6.2 No site <https://www.scholar.google.com.br/>

- termo Barriga de Aluguel – 5.980 resultados

<b>Nome</b>	<b>Data</b>	<b>Autoria</b>
As Técnicas de Reprodução Assistida. A Barriga de Aluguel.	2010	MC SOUZA
Tratamento de Barriga de Aluguel em Direito Comparado.	2015	ÁR Sáenz
Barriga de Aluguel no exterior e a aquisição da nacionalidade brasileira.	2016	FDES DEL'OLMO
Baby Business: a indústria internacional da 'barriga de aluguel' sob a mira da convenção de Haia.	2014	ACP Massaro
Reprodução Humana Assistida "barriga de aluguel" sob a luz da bioética.	2012	CS Monteiro
Os efeitos jurídicos do salário-maternidade na barriga de	2020	JOX Ribeiro, GF Marchetti Filho

Nome	Data	Autoria
aluguel.		
A (IM) possibilidade da prática da barriga de aluguel no ordenamento jurídico brasileiro	2019	LB AZEVEDO
União homoafetivas: a (im) possibilidade jurídica da concepção de filhos através da barriga de aluguel	2018	MO TEOTONIO
As consequências trabalhistas do instituto "barriga de aluguel" na licença-maternidade e na garantia temporária de emprego	2019	FF Camelo
Barriga de aluguel e as questões relacionadas ao direito	2016	PC COLOMBO
Barriga de aluguel como reflexo dos novos modelos de família e meio de efetivação do livre planejamento familiar: uma análise acerca do silêncio legislativo	2019	AAD Corassa
Tratamento jurídico da "barriga de aluguel" em países sem regulamentação específica: a ascendência moral	2018	KG Ferreira
"Barriga de aluguel": aspectos trabalhistas e previdenciários relacionados à licença-maternidade, salário-maternidade e à estabilidade gravídica	2017	RY Viola
A concepção de uma mulher que passou pelo processo de barriga solidária: estudo de caso	2019	JP Wiedenhof, DAL Mohr, e Loreto.
Barriga Voluntária: como é o momento de entregar o bebê?	2019	JP Wiedenhof, C Schwartz, DASL Mohr.
A prática da Barriga Solidária e suas implicações éticas	2016	PA da Silva, G de Souza Cardoso.
Análise jurídica sobre gestação em útero alheio	2019	IK FREITAS
GESTAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO: implicações filosóficas e redefinição da noção de maternidade	2019	RV MOREIRA, VMS DOS REIS
A Cessão Temporária de Útero: Possibilidade Legal	2018	ABF Júnior, LA Batista
A Maternidade Substitutiva nas relações familiares contemporâneas	2016	JML Viana

- termo Reprodução Assistida – 15.500 resultados

Nome	Data	Autoria
Tecnologias de Reprodução Assistida no Brasil: opções para ampliar o acesso	2015	MCD Corrêa, MA Loyola
Perspectiva de casais em relação à infertilidade e Reprodução Assistida: uma revisão sistemática	2016	KC Félix, RJ de Almeida
A tutela jurídica dos embriões na Reprodução Humana Assistida	2016	JS Paulichi, LG dos Santos Silva
Análise crítica sobre a evolução das normas éticas para a utilização das técnicas de Reprodução Assistida no Brasil	2019	TH Leite
Direito de acesso ao serviço de Reprodução Humana Assistida: discussões bioéticas	2010	LS Medeiros, MIM Verdi
Aspectos psicológicos de mulheres que se submeteram às tecnologias de Reprodução Assistida	2012	KA Araújo
Humanos sem natureza: as Técnicas de Reprodução Assistida e o anonimato no parentesco	2016	TOS Novaes
O direito fundamental ao conhecimento da identidade genética na Reprodução Assistida heteróloga	2020	LG SPENCER
Reprodução Humana Assistida no Brasil: uma análise epidemiológica	2020	Y de Alencar Grangeiro...
A reprodução Assistida heteróloga nas uniões homoafetivas: aspectos práticos e consequências psicojurídicas	2020	FF de Araújo Alves, MCVB Tarrega...
Ética e direitos humanos na Reprodução Assistida	2019	DJ DA SILVA, BP DE SANTANA...

Nome	Data	Autoria
Reprodução Assistida: Guia de Recomendações de Atenção Psicossocial nos Centros de Reprodução Assistida	2019	KM Straube, RMM Melamed, AR Detilio, ASA Travain...
O estabelecimento da filiação na Reprodução Humana assistida à luz dos direitos fundamentais e do direito civil brasileiro	2016	TB Haab
A Reprodução Humana Assistida e a sociedade do espetáculo: a fragmentação do direito frente à publicidade via internet de tratamento de fertilização	2016	CF Ferreira
Reprodução Assistida heteróloga no Brasil	2019	LP Lima
Os direitos da personalidade dos concebidos por meio das Técnicas de Reprodução Assistida	2018	ÁP LAGO
Reprodução Humana Assistida e o consentimento informado	2019	AM Carvalho
A Reprodução Assistida post mortem e o direito sucessório do concebido	2015	RL Almeida
Reprodução Humana Assistida e família monoparental	2015	V de Souza
A repercussão da Reprodução Assistida post mortem no direito sucessório.	2016	TC Brandão

6.3 No site <https://www.scielo.br/>

- termo Barriga de Aluguel – 2 resultados

Nome	Data	Autoria
Dignidade humana e direito de dispor do próprio corpo. Reflexões da rejeição de tratamentos médicos e acordos de barriga de aluguel	2020	Ales Uría, Mercedes
Barriga de Aluguel e Direito Internacional Privado: Perspectivas à luz do novo Código Civil e Comercial da Nação Argentina	2015	Scotti, Luciana Beatriz

- termo Reprodução Assistida – 203 resultados

Nome	Data	Autoria
O Desenvolvimento da Relação do Casal diante do Sucesso da Reprodução Assistida	2020	Silva, Isabela Machado da; Lopes, Rita de Cássia Sobreira
Reprodução medicamente assistida: paradoxo, ética e destino Ferreira, Karine Xavier Cavalcante.	2020	Ferreira, Karine Xavier Cavalcante.
Regulamentando políticas públicas em Reprodução Assistida para casais soroconcordantes homoafetivos	2019	Freire Júnior, Antônio de Freitas; Brito, Lethícia Geovânia Bezerra de; Araújo Filho, Ricardo Jorge de; Medeiros, Rosângela Viana Zuza.
Análise crítica sobre a evolução das normas éticas para a utilização das técnicas de Reprodução Assistida no Brasil	2019	Leite, Tatiana Henriques.
“Dá-me licença que tenha filhos?”: restrições legais no acesso às técnicas de reprodução assistida	2019	Raposo, Vera Lúcia.
A vivência de casais inférteis diante de tentativas inexitosas de reprodução assistida	2018	Pinheiro Marques, Patrícia; Araujo de Moraes, Normanda.
Dilemas bioéticos y jurídicos de la reproducción asistida en la sociedad actual en España	2018	Enguer Gonsálbez, Pablo; Ramón Fernández, Francisca

Nome	Data	Autoria
Protocolo de Atendimento Psicológico em um Serviço de Reprodução Humana Assistida do Sistema Único de Saúde - SUS.	2018	Vieira, Mara Farias Chaves; Oliveira, Maria Liz Cunha de.
Implicaciones éticas y jurídicas de la maternidad subrogada. Aproximación a una visión europea	2017	Emaldi Cirión, Aitziber.
Comunidades virtuales creadas en torno la donación reproductiva: ¿simulacros del contacto humano?	2017	Jociles Rubio, María Isabel; Leyra Fatou, Begoña.
Las técnicas de reproducción asistida (tra) a la luz de la bioética	2016	Gamboa Bernal, Gilberto Alfonso
Técnicas de reproducción humana asistida heterólogas: el derecho a conocer los orígenes. ¿Legislación versus subjetividad?	2016	González, Ana Cecilia.
Reprodução Assistida, direito de todos. E o registro do filho, como proceder?	2016	Gallo, José Hiran da Silva; Gracindo, Giselle Crosara Lettieri
Desafiando la institución de la maternidad: reapropiaciones subversivas de las tecnologías de reproducción asistida (TRA)	2016	Fernández Jimeno, Natalia.
Human reproduction: current status	2015	Izzo, Carlos Roberto; Monteleone, Pedro Augusto Araújo; Serafini, Paulo C.
Maternidad subrogada: una mirada a su regulación en México	2015	Martínez-martínez, Verónica Lidia.
Sobre mães e doadores: Identidade e pertencimento sob a luz da experiência da maternidade, do direito de filiação e acesso à reprodução assistida em uma associação de famílias homoparentais do Quebec	2015	Allebrandt, Débora.
Panorama bioético e jurídico da Reprodução Humana Assistida no Brasil	2015	Oliveira Naves, Bruno Torquato de; Freire de Sá, Maria de Fátima.
Tecnologias de Reprodução Assistida no Brasil: opções para ampliar o acesso	2015	Corrêa, Marilena C. D. V; Loyola, Maria Andrea.
Direito ao conhecimento da origem biológica na Reprodução Humana Assistida: reflexões bioéticas e jurídicas	2014	Vasconcelos, Camila; Lustosa, Cátia; Meirelles, Ana Thereza; Aranha, Anderson Vieira; Garrafa, Volnei.

6.4 No site <https://www.proquest.com>

- termo Barriga de Aluguel – 2.366 resultados

Nome	Data	Autoria
Japônês/barriga de aluguel - Japonês ganha na Tailândia custódia de 13 bebês de barriga de aluguel RFI, Portuguese ed.; Paris Paris: SyndiGate Media Inc. (Feb 20,	2020	RFI, Portuguese
CFM autoriza filha e sobrinha a servirem de barriga de aluguel	2017	Verdélío, Andreia
De barriga de aluguel, nasce 3ª filha de Kim Kardashian	2018	ANSA, Portuguese
Há 30 anos, nascia primeira criança de barriga de aluguel	2016	ZLR.ANSA, Portuguese
Personalidade: Elton John torna-se pai com ajuda de barriga de aluguel	2010	Folha de S. Paulo
Análise: É irracional não pagar doador de sêmen e "barriga de aluguel"	2011	Folha de S. Paulo
"Barriga de aluguel", avó de Franca vai dar à luz a neta	2010	Folha de S. Paulo

Nome	Data	Autoria
Mãe que usou barriga de aluguel não consegue registrar a filha	2012	Folha de S. Paulo
"Não à barriga de aluguel, por favor"	2020	LLC. CE Noticias
Tailândia proíbe barriga de aluguel a estrangeiros	2015	O Globo; Rio de Janeiro
Aluguel de barriga: uma brecha no direito civil que o Congresso não debate	2020	LLC.CE Noticias Financieras.
Ele alugou sua barriga por 180.000 pesos, bancados pela necessidade	2019	LLC.CE Noticias Financieras.
Portugal permitirá barrigas de aluguel a partir de amanhã	2017	Agência Brasil
Maternidade Independente: Um Jeito Diferente de Formar Uma Família	2021	Boklis, Bettina
A falta de regularização na gestação por substituição: um problema comum entre brasil e argentina/the fault of regularizaçãor in the gestaçãor by replacement: a common problem between brazil and argentina	2016	Da Silva, Marcelo Lessa; Souza, Maria Gabriela De Assis; Monteiro, Jannice Amóras.
Biodireito: tutela jurídica nas dimensões da vida	2020	Barboza, Heloisa Helena; Leal, Livia Teixeira; Almeida, Vitor; Teixeira, Ana Carolina Brochado; Velmovitsky, Ana Carolina; Young, Beatriz Capanema; Pires, Caio Ribeiro; Rodrigues, Cássio Monteiro; Moureira, Diogo Luna; da Silva, Eduardo Freitas Horácio
Os Filhos Da Técnica: a Reprodução Assistida e o Futuro Do Humano Informacional	2018	Novaes, Thiago
A Reprodução Humana Assistida Na Sociedade de Consumo	2020	Catalan, Marcos; Froener, Carla
Sentidos da maternidade em narrativas de parto no rio de janeiro Título alternativo: the meanings of motherhood in childbirth narratives in rio de janeiro	2020	Rezende, Claudia Barcellos
Maternidade Substituta: problema legal	2019	LLC.CE Notícias Financeiras

- termo Reprodução Assistida – 1.470 resultados

Nome	Data	Autor
Heterossexual e com gametas do casal: os limites das iniciativas de popularização da reprodução assistida no Brasil	2013	Nascimento, Pedro
“Dá-me licença que tenha filhos?”: restrições legais no acesso às técnicas de reprodução assistida	2019	Raposo, Vera Lúcia
Dilemas da Reprodução Assistida na arena pública: Uma análise do agendamento pelo programa Fantástico/TV Globo	2012	Alba Livia Tallon Bozi; Magalhães, Eleonora
Razões técnicas e efeitos simbólicos da incorporação do "progresso tecnocientífico": reprodução assistida e adoção de crianças	2011	Ramírez-Gálvez, Martha
Tornar-se pai: as implicações da reprodução humana assistida para a paternidade	2017	Haslinger, Camile; Bottoli, Cristiane.Barbaro
Las técnicas de reproducción asistida (tra) a la luz de la bioética/assisted reproductive technologies from the perspective of bioethics/as técnicas de reprodução assistida (tra) à luz da bioética	2016	Bernal, Gilberto Alfonso Gamboa
Análise crítica sobre a evolução das normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida no Brasil Título alternativo: Critical analysis on the evolution of ethical norms for the use of assisted reproduction	2019	Tatiana Henriques Leite

<b>Nome</b>	<b>Data</b>	<b>Autor</b>
techniques in Brazil		
O dilema da “produção independente” de parentalidade: é legítimo escolher ter um filho sozinho?	2018	Manuel Camelo Ferreira da Silva Netto; Félix Dantas, Carlos Henrique; Ferraz, Carolina Valença
Assisted reproductive technologies in Brazil: options to improve access	2015	Marilena C D V Corrêa; Loyola, Maria Andrea
Expectations and feelings of women awaiting human reproduction treatment	2013	Fontenele, Claudia Valença; D'Andretta Tanaka, Ana Cristina
Parthenogenesis and Human Assisted Reproduction	2016	Bos-Mikich, Adriana; Bressan, Fabiana F; Ruggeri, Rafael R; Watanabe, Yeda; Meirelles, Flavio
Dilemas bioéticos y jurídicos de la reproducción asistida en la sociedad actual en España	2018	Enguer Gonsálbez, Pablo; Ramón Fernández, Francisca
Justiça manda plano pagar Reprodução Assistida	2012	Folha de S. Paulo
Justiça manda Espírito Santo garantir a mulher de 37 anos reprodução assistida	2021	Costa, Samuel O Estado de Sao Paulo
Embriões congelados são eficazes na reprodução assistida	2018	Estudo Correio da Manhã - Lisbon
SAÚDE: Reprodução Assistida no Brasil atinge padrão internacional	2013	Investnews - São Paulo
Brasileiras esperam até um ano na fila para obter óvulos doados	2012	Folha de S. Paulo
Os Filhos Da Técnica: a Reprodução Assistida e o Futuro Do Humano Informacional	2018	Novaes, Thiago
Reprodução Humana Assistida	2015	Sartori, Giana Lisa Zanardo
A Reprodução Humana Assistida Na Sociedade de Consumo	2020	Catalan, Marcos; Froener, Carla

- termo Surrogacy (Barriga de Aluguel) – 30.973 resultados

<b>Nome</b>	<b>Data</b>	<b>Autor</b>
Full Surrogacy Now: Feminism Against Family	2019	Lewis, Sophie
Gay Men Pursuing Parenthood through Surrogacy: Reconfiguring Kinship	2015	Murphy, Dean
Designer Baby: a Surrogacy Journey from Fashion to Fatherhood	2017	Brunsdon, Aaron Elias
Surrogacy: A Human Rights Violation	2017	Klein, Renate
International Surrogacy As Disruptive Industry in Southeast Asia	2018	Whittaker, Andrea
Contract Children: Questioning Surrogacy	2015	Danna, Daniela
Surrogacy, Law and Human Rights	2015	Gerber, Paula; O'Byrne, Katie
Transnational Reproduction: Race, Kinship, and Commercial Surrogacy in India	2016	Deomampo, Daisy
The Online World of Surrogacy	2016	Berend, Zsuzsa
Baby Ava: An Irish Surrogacy Story	2012	O'Flaherty, Caroline; Antoinette Walker
Surrogacy and the Reproduction of Normative Family on TV	2019	Le Vay, Lulu
Stolen Motherhood: Surrogacy and Made-to-Order Children	2020	De Koninck, Maria
Babies for Sale?: Transnational Surrogacy, Human Rights and the Politics of Reproduction	2017	Miranda Davies
Labor of Love: Gestational Surrogacy and the Work of Making	2016	Jacobson, Heather

Nome	Data	Autor
Towards a Professional Model of Surrogate Motherhood	2017	Walker, Ruth; van Zyl, Liezl
Surrogate Motherhood: Conception in the Heart	2020	Ragone, Helena Milton
Surrogate Motherhood Families	2017	van den Akker, Olga B. A Cham
Babies of Technology: Assisted Reproduction and the Rights of the Child	2017	Mason, Mary Ann; Ekman, Tom
La gestación subrogada en España y en el derecho comparado	2018	Vilar González, Silvia
Commercial surrogacy is the sale of children?: an argument that commercial surrogacy does not violate international treaties	2019	Johnson, Lily

- termo Assisted Reproduction (Reprodução Assistida) – 260.473 resultados

Nome	Data	Autor
Same Technology, Different Policies: Feminist Perspectives on Assisted Reproduction in a Global Market Place	2018	Dahl, Ulrika
Families share baby joy at party: By Mike Brown Couples tell their stories of how hospital assisted reproduction unit helped them have children Couples tell their stories of how hospital assisted reproduction unit helped them have children	2015	Brown, Mike
Assisted reproduction laws can wait no longer: ESTABLISHED 1822	2014	Sunday Times – London
Assisted Reproduction Techniques: Challenges and Management Options	2012	Khaldoun Sharif, Arri Coomarasamy, and Khaldoun Sharif
Thai in Vitro: Gender, Culture and Assisted Reproduction	2015	Whittaker, Andrea
Babies of Technology: Assisted Reproduction and the Rights of the Child	2017	Mason, Mary Ann; Ekman, Tom Cumberland
A Portrait of Assisted Reproduction in Mexico: Scientific, Political, and Cultural Interactions	2019	González-Santos, Sandra P Cham
Singapore: Extension of Assisted Conception Procedure Co-funding to Private Assisted Reproduction Centres	2020	Singapore Government News
Assisted reproduction possible without Y chromosome: SCIENCE REPRODUCTION	2016	EFE News
Celebrating assisted reproduction	2017	The Hindu; Chennai
Assisted reproduction in 4Q	2021	LLC.CE Noticias Financieras
Age and assisted reproduction	2013	Drummond, Susan G
Deducting Assisted Reproduction Expenses	2015	Mark.Journal New York
Assisted Reproduction Progress	2015	Bakalar, Nicholas
Assisted reproduction less effective in RA	2019	McHugh, Jessica
The law and assisted reproduction	2013	Fagan, Noreen
Hospital to offer assisted reproduction	2014	Shenzhen Daily China
Singapore: Cycles for Assisted Reproduction	2021	Singapore Government News
Latin american network of assisted reproduction	2016	Urbina, María Teresa
The risk of birth defects after assisted reproduction	2015	Parazzini, Fabio; Cipriani, Sonia; Bulfoni, Giuseppe; Bulfoni, Camilla; Frigerio, Ambrogio Journal of Assisted Reproduction and Genetics - New York

6.5 No site <http://www.periodicos.capes.gov.br>

- termo Barriga de Aluguel – 70 resultados

<b>Nome</b>	<b>Data</b>	<b>Autor</b>
Tratamento de barriga de aluguel em Direito Comparado	2016	Ángela Ruiz Sáenz
Maternidade desnaturada: uma análise da barriga de aluguel e da doação de óvulos "Denatured" motherhood: an analysis of surrogate gestational motherhood and egg donation	2012	Naara Luna
Dilemas da reprodução assistida na arena pública: Uma análise do agendamento pelo programa Fantástico/TV Globo	2012	Magalhães, Eleonora
The civil registry of children born of surrogacy pregnancy: an investigation based on recent Spain supreme court judgments/registro civil de crianças nascidas de gestação de substituição no Brasil: uma análise a partir de julgamentos pelo tribunal supremo espanhol	2016	Rettore, Anna Cristina de Carvalho; de Sa, Maria de Fatima Freire
Análise crítica sobre a evolução das normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida no Brasil	2019	Tatiana Henriques Leite
Assisted reproduction: legal and ethical aspects. Scientific production in on-line journals/Reproducción asistida: aspectos éticos y legales. Producción científica en periódicos online/Reprodução assistida: aspectos éticos e legais. Produção científica em periódicos online.(artículo en portugués)	2013	Dos Santos, Sarah Lins; Santos, Sergio Ribeiro
Mapeando os caminhos da reprodução: tecnologias, gênero e trabalho reprodutivo.	2014	Horstmann Amorim, Anna Carolina
Reproduction and Gender: Paternities, Masculinities and Conception Theories.	2012	Rosely Gomes Costa
Heterossexual e com gametas do casal: os limites das iniciativas de popularização da reprodução assistida no Brasil	2013	Nascimento, Pedro
Abordagens da alienação parental: proteção e/ou violência?	2017	Márcia Amaral Montezuma
Questões da saúde reprodutiva	2019	Karen Giffin; Sarah Hawker Costa
New Reproductive Conception Technologies: Bioethics and Controversies	2014	Tamanini, Marlene
Same-sex couples and parenthood: a look at the use of reproductive technologies /Casais de mesmo sexo e parentalidade: um olhar sobre o uso das tecnologias reprodutivas/Matrimonios del mismo sexo y parentalidad: una mirada sobre el uso de las tecnologías reproductivas	2015	Vitule, Camila; Couto, Marcia Thereza; Machin, Rosana
Relações de gênero, infertilidade e novas tecnologias reprodutivas	2010	Rosana M., Barbosa
A mulher do discurso jurídico/The Woman of Legal Discourse	2020	Smart, Carol
Personhood and Kinship in the New Reproductive Technologies	2011	Naara Lúcia de Albuquerque Luna
Health as meta-capability: redefining the legal asset/a saúde como metacapacidade: redefinindo o bem jurídico	2017	Gameiro, Ian Pimentel
The Certainty that Engendered New Doubts: DNA and Paternity Tests	2014	Fonseca, Claudia

- termo Reprodução Assistida – 850 resultados

<b>Nome</b>	<b>Data</b>	<b>Autor</b>
O "continente negro" da paternidade no contexto da reprodução assistida	2018	Joice Cadore Sonogo; Rita de Cássia Sobreira Lopes
La experiencia de parejas infértiles delante de intentos infructuosos de reproducción assistida	2018	Pinheiro Marques, Patricia; Araujo de Moraes, Normanda
Gestação com o auxílio das técnicas de reprodução assistida: uma revisão da literatura	2011	Lia Mara Netto Dornelles; Isabela Machado Da Silva; Rita de Cássia Sobreira Lopes
Biodireito e legislação na reprodução assistida	2018	Julia Picinato Medeiros de Araujo; Carlos Henrique Medeiros de Araujo
A Reprodução Assistida como direito fundamental	2014	Cyntia Brandalize Fendrich; Viviane Coêlho de Séllos-Knoerr
Função sexual de mulheres submetidas à reprodução assistida	2014	Mendonça, Carolina Rodrigues de ; Arruda, Jalsi Tacon; Amaral, Waldemar Naves Do
Reprodução Assistida: os impasses do desejo	2010	Lanius, Manuela; Souza, Edson Luis André de
Reprodução assistida com material genético de paciente comatoso masculino: um estudo acerca da colisão entre a autonomia/dignidade do paciente e a liberdade reprodutiva da mulher em face dos princípios e direitos fundamentais	2014	Tiago Mafra Lima; Paulo Burg Conti
Razões técnicas e efeitos simbólicos da incorporação do "progresso tecnocientífico": reprodução assistida e adoção de crianças	2011	Ramírez-Gálvez, Martha
O estado da arte da atuação da enfermagem na reprodução assistida	2018	Priscilla Athayde Leite; Iel Marciano de Moraes Filho; Keila Cristina Félix; Almerinda Da Costa Ataíde Leite; Plínio Da Silva Leite Junior; Celma Martins Guimarães
Reprodução Assistida: aspectos éticos e legais. Produção científica em periódicos online	2013	Lins Dos Santos, Sarah ; Ribeiro Santos, Sérgio
Assisted reproductive technologies in Brazil: options to improve access	2015	Loyola, Maria
Reprodução Assistida, direito de todos. E o registro do filho, como proceder?	2016	Gallo, José Hiran Da Silva; Gracindo, Giselle Crosara Lettieri
Educação não-formal sobre reprodução assistida: divulgação científica na Folha de S.Paulo	2010	Körbes, Clecf ; Invernizzi, Noela
Reprodução medicamente assistida: questões bioéticas	2014	Alves, Sandrina Maria Araújo Lopes; Oliveira, Clara Costa
Famílias ectogénicas: a necessidade de normatização da reprodução assistida e regulamentação das suas consequências jurídicas	2020	Edwirges Elaine Rodrigues
Panorama bioético e jurídico da reprodução humana assistida no Brasil	2015	Oliveira Naves, Bruno Torquato de; Freire de Sá, Maria de Fátima
Freeze-All cycle in reproductive medicine: Current perspectives	2017	Roque, M.; Valle, M.; Kostolias, A.; Sampaio, M.; Geber, S.
Direitos reprodutivos, planejamento familiar e reprodução humana assistida no Brasil no atual estado da arte	2016	Ana Paula Correia de Albuquerque Costa
"Designer babies": aspectos bioéticos da seleção embrionária na reprodução humana assistida	2017	Ana Letícia Valladão Giansante; Sergio Nojiri

## - termo Surrogacy (Barriga de Aluguel) – 10.259 resultados

Nome	Data	Autor
India's unregulated surrogacy industry	2012	Shetty, Priya
Ethical concerns for maternal surrogacy and reproductive tourism	2012	Deonandan, Raywat; Green, Samantha; van Beinum, Amanda
Potential, risk, and return in transnational Indian gestational surrogacy	2013	Vora, Kalindi
Children of surrogate mothers: psychological well-being, family relationships and experiences of surrogacy	2014	Jadva, V; Imrie, S
Surrogacy	2012	Shrikhande, L
Surrogacy in India: who are the surrogates?	2014	Rozee, Vrg
Uterine transplantation: a promising surrogate to surrogacy?	2011	Grynberg, Michael; Ayoubi, Jean-Marc; Bulletti, Carlo; Frydman, Rene; Fanchin, Renato
Committee Opinion No. 660: Family Building Through Gestational Surrogacy	2016	Ryan, G.L.
Altruistic agencies and compassionate consumers: moral framing of transnational surrogacy	2015	Rudrappa, Sharmila ; Collins, Caitlyn
Surrogacy families ten years on: The relationship with the surrogate, decisions over disclosure and children's understanding of their surrogacy origins	2011	Jadva, V; Blake, L; Readings, J; Casey, P; Golombok, S
Surrogacy: yes or no?	2016	Frydman, Rene
Surrogate mothers: contact and relationships with families created through surrogacy	2013	Imrie, S; Jadva, V; Golombok, S.
Families Created Through Surrogacy: Mother-Child Relationships and Children's Psychological Adjustment at Age 7	2011	Golombok, Susan ; Readings, Jennifer; Blake, Lucy; Casey, Polly; Marks, Alex; Jadva, Vasanti.
Assisted reproduction involving gestational surrogacy: an analysis of the medical, psychosocial and legal issues: experience from a large surrogacy program	2015	Dar, Shir; Lazer, Tal; Swanson, Sonja; Silverman, Jan ; Wasser, Cindy; Moskovtsev, Sergey I; Sojecki, Agata; Librach, Clifford L.
Gestational surrogacy: a call for safer practice	2016	Kapfhamer, Joshua ; Van Voorhis, Bradley
Transnational surrogacy – reproductive rights for whom?	2015	Essén, Birgitta ; Johnsdotter, Sara
State Differences in Gestational Surrogacy, United States, 2009-2013	2016	Perkins, Kiran M. ; Boulet, Sheree; Levine, Aaron ; Jamieson, Denise J.; Kissin, Dmitry
Gay fathers' motivations for and feelings about surrogacy as a path to parenthood	2017	Blake, L ; Carone, N ; Raffanella, E; Slutsky, Jenna ; Ehrhardt, A. A; Golombok, S
Surrogacy legislation remains complex and unsatisfactory	2018	Burrell, Celia
Surrogacy: a family-building option in search of legitimacy	2016	Cui, Linlin; Li, Lei; Adashi, Eli Y.; Chen, Zi-Jiang

## - termo Assisted Reproduction (Reprodução Assistida) – 142.643 resultados

Nome	Data	Autor
Human assisted reproduction	2010	Serafini, P.
Fertility and pregnancy outcome among women undergoing assisted reproductive technology treatment in Windhoek, Namibia.(Medical condition overview)(Clinical report)	2021	Lucas, Adao Francisco; Gemechu, Dibaba B.; Du Plessis, Stefan S.; Aboua, Yapo G.
Assisted reproduction: Brazilian heterosexual couples' testimonies on the care of specialists	2020	Tamanini, Marlene

<b>Nome</b>	<b>Data</b>	<b>Autor</b>
Evaluation of preparatory psychosocial counselling for medically assisted reproduction	2012	Hakim, Lila Z; Newton, Christopher R ; Maclean - Brine, Deborah; Feyles, Valter
Assisted reproduction and child neurodevelopmental outcomes: a systematic review	2013	Bay, Bjørn; Mortensen, Erik Lykke; Kesmodel, Ulrik Schiøler
No increase in autism-associated genetic events in children conceived by assisted reproduction	2014	Ackerman, Sean; Wenegrat, Julia; Rettew, David; Althoff, Robert; Bernier, Raphael
Disparities between online assisted reproduction patient education for same-sex and heterosexual couples	2016	Jin, Helen ; Dasgupta, Shoumita
The impact of the new Turkish regulation, imposing single embryo transfer after assisted reproduction technology, on neonatal intensive care unit utilization: a single center experience	2012	Guzoglu, Nilufer; Kanmaz, H. Gozde; Dilli, Dilek; Uras, Nurdan; Erdeve, Omer; Dilmen, Ugur
Should physicians have the right to conscientiously object to assisted reproduction?	2011	Magelssen, M; Folstad, T
Assisted reproduction treatment and epigenetic inheritance	2012	Van Montfoort, A.P.A.; Hanssen, L.L.P.; De Sutter, P.; Viville, S.; Geraedts, J.P.M.; De Boer, P.
The ethics of assisted reproduction	2010	Chatzinikolaou, Nikolaos
Mild stimulation in assisted reproduction	2010	Barri, Pedro N; Tur, Rosa; Martinez, Francisca; Coroleu, Buenaventura
The building of parental bonds: adoption and assisted reproduction in Chile	2011	Herrera, F
Assisted reproduction	2015	Mcmillan, John
Genetic and epigenetic risks of assisted reproduction	2017	Jiang, Ziru; Wang, Yinyu; Lin, Jing; Xu, Jingjing; Ding, Guolian; Huang, Hefeng
The Italian Constitutional Court modifies Italian legislation on assisted reproduction technology	2010	Benagiano, Giuseppe; Gianaroli, Luca
Role of combined oral contraceptives in women undergoing assisted reproduction treatment	2011	Deb, Shilpa; Raine-Fenning, Nicholas J
Effects and effectiveness of heparin in assisted reproduction	2011	Bohlmann, Michael K
Legal developments in assisted reproduction	2018	Dickens, BM
In whose interest? Policy and politics in assisted reproduction	2011	Donchin, Anne

Analisando os dados encontrados acima, onde foi utilizado como descritor de interesse as palavras “reprodução assistida” e “barriga de aluguel”, nas fontes e bases de dados: Scielo, Banco de Teses e Dissertações da CAPES, Banco de Teses e Dissertações do IBICT, Sítio do Google Acadêmico e Proquest, podemos concluir respondendo a pergunta 1) da página 74, que não há trabalhos publicados que analisem a judicialização em todo o país, sobre os temas da RA e da “barriga de aluguel”, e que a produção científica sobre o tema é vasta o que demonstra o interesse pelo o assunto, bem como sua regulamentação é necessária e urge a importância de que o Projeto de Lei nº 7.591 (BRASIL, 2017), seja colocado em pauta para votação e aprovação. Necessita-se de um engajamento por parte do Ministério da Saúde junto a Câmara dos Deputados para que este projeto se torne lei.

Vejam os como se encontra o andamento do projeto atualmente na Câmara dos Deputados, seus desdobramentos e as proposições que foram feitas: O Projeto de Lei nº 7.591 (BRASIL, 2017), de autoria do Sr. Deputado Federal Carlos Bezerra – PMDB/MT, acrescenta parágrafo único ao art.1.798 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil), para conferir capacidade para suceder aos concebidos com o auxílio de técnica de reprodução assistida após a abertura da sucessão. Na proposta, o Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta lei acrescenta parágrafo único ao art. 1.798 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil), para conferir capacidade para suceder aos concebidos com o auxílio de técnica de reprodução assistida após a abertura da sucessão.

Art. 2º O art. 1.798 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil), passa a vigorar acrescido do seguinte parágrafo único:

Parágrafo único. Legitimam-se a suceder, ainda, as pessoas concebidas após a abertura da sucessão com o auxílio de técnicas de reprodução assistida. (NR)

Art. 3º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação (CARLOS BEZERRA, 2017).

Seguindo o andamento do PL nº 7.591 (BRASIL, 2017), logo após encaminhamento pela Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania e da Mesa Diretora, foram apensados os Projetos de Lei nº 9.403 (BRASIL,2017), de autoria do Sr. Deputado Federal Vitor Valim - PMDB/CE, o de nº 1.218 (BRASIL,2020), de autoria do Sr. Deputado Federal Alexandre Frota - PSDB/SP, apresentado no dia 30 de março de 2020 e o PL nº 4.178 (BRASIL,2020), de autoria do Sr. Deputado Federal Deuzinho Filho - REPUBLICANOS/CE, apresentado no dia 12 de agosto de 2020. A proposição ainda encontra-se sujeita à apreciação do plenário, com regime de tramitação em prioridade, segundo o art. 151º, II, do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, sendo que seu último andamento, foi no dia 10 de fevereiro de 2021, onde foi recebido pela Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC).

O último Projeto de Lei apensado nº 4.178 (BRASIL,2020), que também modifica a redação do art. 1.798 da Lei nº 10.406 (BRASIL,2002) para estabelecer o direito a sucessão de filho gerado por meio de inseminação artificial após a morte do autor da herança, decreta:

Art. 1º Esta Lei estabelece o direito à sucessão de filho gerado por meio de inseminação artificial após a morte do autor da herança.

Art. 2º O art. 1.798 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 1.798. Legitimam-se a suceder as pessoas nascidas ou já concebidas no momento da abertura da sucessão bem como os filhos gerados por meio de inseminação artificial após a morte do autor da herança, desde que:

I – os cônjuges ou companheiros expressem sua vontade, por escrito, quanto ao destino que será dados aos embriões, em caso de divórcio, doenças graves ou de falecimento de um deles ou de ambos, e quando desejam doá-los, através:

- a) Testamento público; ou
- b) Testamento particular; ou

c) Documento assinado em clínica, centros ou serviços de reprodução humana, serviços médico-hospitalares, todos devidamente cadastrados e reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina ou Conselhos Regionais de Medicina.

II – nos casos de necessidade de gestação em útero diverso a um dos cônjuges, será obedecido o disposto na legislação vigente ou na Resolução do Conselho Federal de Medicina ou determinação judicial.” (NR)

Art. 3º. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação (DEUZINHO FILHO, 2020).

Como justificativa o Sr. Deputado Deuzinho Filho (2020) - REPUBLICANOS/CE dispõe o seguinte argumento:

A reprodução humana desde algum tempo tem inovado com o surgimento de várias técnicas de reprodução. Casais antes impossibilitados de terem filhos biológicos, vislumbram a possibilidade da paternidade sonhada.

Isto é possível através da reprodução assistida. Porém, nem a sociedade nem a comunidade jurídica estavam preparados para este avanço, pois o direito não acompanha a velocidade com que a ciência revoluciona a história da humanidade.

O surgimento de inusitadas demandas exige que o legislador, também encontre soluções jurídicas compatíveis com os fatos sociais e com o sistema normativo em vigor. Na inseminação artificial, o material genético é implantado no corpo da mulher onde ocorrerá a fecundação, chamada de intracorpórea.

A fecundação in vitro, por sua vez, é realizada de forma extracorpórea, sendo colhido o material genético do casal e a manipulação dos gametas feita em laboratório. Neste caso, após a fecundação, o embrião é implantado no útero materno. Destaque-se que apenas parte dos embriões é utilizada, sendo o restante congelado pela técnica da criogenia para que sejam utilizados futuramente. A inseminação poderá ser homóloga, quando o material genético pertence ao casal, ou heteróloga, quando o material genético utilizado pertence a um doador.

A Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.358, de 1992 que adota normas éticas para utilização das técnicas de reprodução assistida, dispõe em seu item V – Criopreservação de Gametas ou pré-embriões, que no momento da criopreservação, os cônjuges ou companheiros deve expressar sua vontade, por escrito, quando ao destino que será dado aos pré-embriões criopreservados, em caso de divórcio, doenças graves ou de falecimento de um deles ou de ambos, e quando desejam doá-los. Entendemos que o direito à procriação caracteriza-se por ser um direito fundamental, devido à decisão tomada pelo casal ser livre de qualquer empecilho. Dessa forma, por exemplo, uma viúva cujo falecido marido deixou depositado o material genético para que fosse gerado um filho, não pode ter esse direito negado, pois sua decisão deve ser respeitada, principalmente se deixou declaração expressa e legítima nesse sentido. Inclusive possibilitando a esse filho o direito a sucessão dos bens patrimoniais do falecido. Nosso ordenamento jurídico é tímido ao tratar da paternidade, sobretudo nas hipóteses de reprodução assistida. Diante disso, faz-se necessário atualizar a legislação, a fim de garantir o direito do filho gerado por meio de inseminação artificial após a morte do autor da herança. Diante do exposto, conclamamos os ilustres Pares a apoiarem a presente proposta.

## 6.6 No site do STF

Foram encontrados os seguintes resultados para a pesquisa. Abaixo o link de cada tema pesquisado:

- termo Barriga de Aluguel (1 resultado) -

<http://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/inc/ResultadoDaBusca.aspx?q=barriga%20de%20aluguel> e <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia>

- termo Reprodução Assistida (67 resultados) -

<http://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/inc/ResultadoDaBusca.aspx?q=reprodu%C3%A7%C3%A3o%20assistida> e <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia>

## 6.7 No site do STJ

Foram encontrados os seguintes resultados:

- termo Barriga de Aluguel (28 resultados) -

[https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search?base=decisoes&pesquisa\\_inteiro\\_teor=false&sinonimo=true&plural=true&radicais=false&buscaExata=true&page=1&pageSize=10&queryString=barriga%20de%20aluguel&sort=\\_score&sortBy=desc](https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search?base=decisoes&pesquisa_inteiro_teor=false&sinonimo=true&plural=true&radicais=false&buscaExata=true&page=1&pageSize=10&queryString=barriga%20de%20aluguel&sort=_score&sortBy=desc) e <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia>

- termo Reprodução Assistida (1.153 resultados) -

[https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search?base=acordaos&pesquisa\\_inteiro\\_teor=false&sinonimo=true&plural=true&radicais=false&buscaExata=true&page=1&pageSize=10&queryString=reprodu%C3%A7%C3%A3o%20assistida&sort=\\_score&sortBy=desc](https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search?base=acordaos&pesquisa_inteiro_teor=false&sinonimo=true&plural=true&radicais=false&buscaExata=true&page=1&pageSize=10&queryString=reprodu%C3%A7%C3%A3o%20assistida&sort=_score&sortBy=desc) e <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia>

## 6.8 No site do TRF1

Foram encontrados os seguintes resultados:

- termo Barriga de Aluguel (3 resultados) –

- termo Reprodução Assistida (42 resultados) –

<https://www.trf1.jus.br/> e <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia>

### 6.9 No site do TRF2

Foram encontrados diversos resultados:

- termo Barriga de Aluguel (8 resultados) -

[https://www10.trf2.jus.br/portal?proxystylesheet=v2\\_index&getfields=\\*&entqr=3&lr=lang\\_pt&ie=UTF-8&oe=UTF-8&requiredfields=\(-sin\\_proces\\_sigilo\\_judici:s\).\(-sin\\_sigilo\\_judici:s\)&sort=date:D:S:d1&entsp=a&adv=1&base=JPTRF&ulang=&access=p&entqrm=0&wc=200&wc\\_mc=0&ud=1&client=v2\\_index&filter=0&as\\_q=&q=Barriga%20de%20aluguel%20%20&start=0&site=v2\\_jurisprudencia](https://www10.trf2.jus.br/portal?proxystylesheet=v2_index&getfields=*&entqr=3&lr=lang_pt&ie=UTF-8&oe=UTF-8&requiredfields=(-sin_proces_sigilo_judici:s).(-sin_sigilo_judici:s)&sort=date:D:S:d1&entsp=a&adv=1&base=JPTRF&ulang=&access=p&entqrm=0&wc=200&wc_mc=0&ud=1&client=v2_index&filter=0&as_q=&q=Barriga%20de%20aluguel%20%20&start=0&site=v2_jurisprudencia) e <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia>

- termo Reprodução Assistida (92 resultados) -

[https://www10.trf2.jus.br/portal?proxystylesheet=v2\\_index&getfields=\\*&entqr=3&lr=lang\\_pt&ie=UTF-8&oe=UTF8&requiredfields=\(-sin\\_proces\\_sigilo\\_judici:s\).\(-sin\\_sigilo\\_judici:s\)&sort=date:D:S:d1&entsp=a&adv=1&base=JPTRF&ulang=&access=p&entqrm=0&wc=200&wc\\_mc=0&ud=1&client=v2\\_index&filter=0&as\\_q=&q=Reprodu%C3%A7%C3%A3o%20assistida%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20&start=0&site=v2\\_jurisprudencia](https://www10.trf2.jus.br/portal?proxystylesheet=v2_index&getfields=*&entqr=3&lr=lang_pt&ie=UTF-8&oe=UTF8&requiredfields=(-sin_proces_sigilo_judici:s).(-sin_sigilo_judici:s)&sort=date:D:S:d1&entsp=a&adv=1&base=JPTRF&ulang=&access=p&entqrm=0&wc=200&wc_mc=0&ud=1&client=v2_index&filter=0&as_q=&q=Reprodu%C3%A7%C3%A3o%20assistida%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20&start=0&site=v2_jurisprudencia) e <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia>

### 6.10 No site do TRF3

Foram encontrados diversos resultados:

- termo Barriga de Aluguel (12 resultados) –

- termo Reprodução Assistida (346 resultados) –

<https://www.trf3.jus.br/> e <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia>

### 6.11 No site do TRF4

Foram encontrados diversos resultados:

- termo Barriga de Aluguel (63 resultados) –

- termo Reprodução Assistida (695 resultados) -

[https://www.trf4.jus.br/trf4/controlador.php?acao=pesquisar\\_portal](https://www.trf4.jus.br/trf4/controlador.php?acao=pesquisar_portal)

<https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia>

#### 6.12 No site do TRF5

Foram encontrados os seguintes resultados:

- termo Barriga de Aluguel (nenhum resultado - 0) - não houve nenhum resultado para a pesquisa “Barriga de Aluguel:

- termo Reprodução Assistida (14 resultados) -

<https://www.trf3.jus.br/> e <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia>

Analisando os dados encontrados, em que foi utilizado como descritor de interesse a “judicialização da saúde na reprodução humana assistida” e a “maternidade substitutiva (barriga de aluguel)”, no âmbito do SUS, será realizada, abaixo, uma análise por amostragem, de algumas decisões proferidas nos tribunais, visando também a responder à pergunta 2) da página 74: “sobre a judicialização da saúde na reprodução humana assistida (RA) e a maternidade substitutiva (“barriga de aluguel”), como foram identificadas, nos tribunais, as soluções conferidas acerca do estabelecimento da filiação entre os envolvidos?”. Já na pergunta 3) da página 74: “como foram identificadas, nos tribunais, as soluções conferidas aos casos de conflito entre os envolvidos no processo e a possibilidade de atendimento no SUS, como uma política pública de saúde?”.

No quadro 3, a, segue a análise de algumas decisões proferidas nos tribunais (casos) e que estão também inseridas nos resultados consolidados na Tabela 1 - Consolidação dos resultados da pesquisa (p.75).

Quadro 3 – Análise por amostragem de decisões proferidas nos tribunais – casos.

<i>Caso 1</i>	
Tribunal	STF
Ano	2020

Processo	ARE 1245485 / SP - SÃO PAULO - RECURSO EXTRAORDINÁRIO COM AGRAVO
Ramo do Direito	Direito Civil, Direito de família
Tema	Filho por meio de barriga solidária ou adoção. Reconhecimento dos direitos dos homossexuais [vide ADI nº 4.277-DF (ADPF nº 132-RJ)] e da paternidade responsável
Teor da Ação	A evolução da sociedade tanto em termos de reconhecimento dos direitos dos homossexuais [vide ADI nº 4.277-DF (ADPF nº 132-RJ)] e da paternidade responsável, quanto em termos da ciência biológica, irão trazer cada vez mais discussões sobre o tema aqui tratado em nossos tribunais. A decisão ‘a quo’ é totalmente contrarcorrente no reconhecimento dos direitos de proteção à criança, dos homossexuais masculinos e até mesmo do pai heterossexual que deseja ter filho por meio de barriga solidária ou adoção. Vê-se, portanto, que se mostra insatisfatório, no caso, o cumprimento da prescrição legal consubstanciada no § 2º do art. 1.035 do CPC.
Análise	<p>Cabe aqui registrar, que o entendimento ora exposto tem sido observado, em sucessivas decisões proferidas no âmbito do Supremo Tribunal Federal, principalmente após os ministros do Supremo Tribunal Federal (STF), julgarem a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 4277 e a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 132, que reconheceram a união estável para casais do mesmo sexo. As ações foram ajuizadas na Corte, respectivamente, pela Procuradoria-Geral da República e pelo governador do Rio de Janeiro, Sérgio Cabral e julgadas em 2011, quando o relator das ações ministro Ayres Britto, votou no sentido de dar interpretação conforme a Constituição Federal para excluir qualquer significado do artigo 1.723 do Código Civil que impeça o reconhecimento da união entre pessoas do mesmo sexo como entidade familiar. Foi argumentado, na época, que o artigo 3º, inciso IV, da CF veda qualquer discriminação em virtude de sexo, raça, cor e que, nesse sentido, ninguém pode ser diminuído ou discriminado em função de sua preferência sexual.</p> <p>“O sexo das pessoas, salvo disposição contrária, não se presta para desigualação jurídica”, observou o ministro, para concluir que qualquer depreciação da união estável homoafetiva colide, portanto, com o inciso IV do artigo 3º da CF.</p> <p>Os ministros Luiz Fux, Ricardo Lewandowski, Joaquim Barbosa, Gilmar Mendes, Marco Aurélio, Celso de Mello e Cezar Peluso, bem como as ministras Cármen Lúcia Antunes Rocha e Ellen Gracie, acompanharam o entendimento do ministro Ayres Britto, pela procedência das ações e com efeito vinculante, no sentido de dar interpretação conforme a Constituição Federal para excluir qualquer significado do artigo 1.723 do Código Civil que impeça o reconhecimento da união entre pessoas do mesmo sexo como entidade familiar. Diante deste fato, a maioria das ações envolvendo casais homoafetivos, suas decisões buscam o reconhecimento da união entre pessoas do mesmo sexo como entidade familiar, o que também acarreta no reconhecimento dos filhos gerados por meio de barriga solidária entre casais homossexuais.</p> <p>As decisões no STF também seguem o disposto na resolução nº 2.168 - CFM, de 21 de setembro de 2017, que adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida, bem como a resolução nº 2.283 – CFM, de 01 de outubro de 2020 que altera a redação do item 2 do inciso II, "pacientes das técnicas de RA", da resolução CFM nº 2.168/2017, que considerando a necessária observância do princípio da isonomia, insculpido na Constituição Federal (art. 5º, caput), alterou a redação do item 2 do inciso II, "Pacientes das técnicas de RA", da Resolução CFM nº 2.168/2017, que passou a ser da seguinte forma:</p> <p>II - (.....)</p> <p>2. É permitido o uso das técnicas de RA para <b>heterossexuais, homoafetivos e transgêneros.</b></p>
Caso 2	

Tribunal	STJ
Ano	2020
Processo	REsp 1.859.606-SP, Rel. Min. Nancy Andrighi, Terceira Turma, por maioria.
Ramo do Direito	Direito Cível
Tema	Plano de saúde. Custeio de tratamento médico. Infertilidade coexistente à endometriose e baixa reserva ovariana. Fertilização in vitro. Cobertura não obrigatória.
Teor da Ação	A operadora de plano de saúde não é obrigada a custear o procedimento de fertilização in vitro associado ao tratamento de endometriose profunda.
Análise	<p>A Terceira Turma, ao julgar o REsp 1.815.796/RJ (DJe de 09/06/2020), fez a distinção entre o tratamento da infertilidade - que, segundo a jurisprudência, não é de cobertura obrigatória pelo plano de saúde (REsp 1.590.221/DF, Terceira Turma, julgado em 07/11/2017, DJe de 13/11/2017) - e a prevenção da infertilidade, enquanto efeito adverso do tratamento prescrito ao paciente e coberto pelo plano de saúde. Na ocasião daquele julgamento, decidiu-se pela necessidade de atenuação dos efeitos colaterais, previsíveis e evitáveis da quimioterapia, dentre os quais a falência ovariana, em atenção ao princípio médico “primum non nocere” e à norma que emana do art. 35-F da Lei n. 9.656/1998, e se concluiu pela manutenção da condenação da operadora à cobertura de parte do procedimento de reprodução assistida pleiteado, cabendo à beneficiária arcar com os eventuais custos a partir da alta do tratamento quimioterápico.</p> <p>No particular, diferentemente do contexto delineado no mencionado REsp 1.815.796/RJ, verifica-se que o procedimento de fertilização in vitro não foi prescrito à parte para prevenir a infertilidade decorrente do tratamento para a endometriose, senão como tratamento da infertilidade coexistente à endometriose, a cuja cobertura não está obrigada a operadora do plano de saúde. É dizer, não se evidencia que a infertilidade é efeito colateral, previsível e evitável do tratamento prescrito para a endometriose, mas uma patologia que preexiste a este, associada à baixa reserva ovariana e à endometriose, cujo tratamento é feito por meio dos procedimentos de reprodução assistida. Constata-se, assim, que a fertilização in vitro não é o único recurso terapêutico para a patologia, mas uma alternativa à cirurgia que resolve o problema da infertilidade a ela associada.</p>
<i>Caso 3</i>	
Tribunal	STJ
Ano	2020
Processo	REsp 1.794.629-SP, Rel. Min. Moura Ribeiro, Rel. Acd. Min. Nancy Andrighi, Terceira Turma, por maioria.
Ramo do Direito	Direito Civil, Direito do Consumidor
Tema	Lei dos planos de saúde. Inseminação artificial. Fertilização in vitro. (Exclusão) O art. 10, III, da Lei n. 9.656/1998, ao excluir a inseminação artificial do plano-referência de assistência à saúde, também excluiu a técnica de fertilização in vitro
Teor da Ação	O propósito recursal consiste em dizer, em relação ao art. 10, III, da Lei n. 9.656/1998, se ao excluir a inseminação artificial do plano-referência também deve ser compreendida, ou não, a exclusão da técnica de fertilização in vitro.
Análise	<p>É conhecida a distinção conceitual de diversos métodos de reprodução assistida. Todavia, referida diversificação de técnicas não importa redução do núcleo interpretativo do disposto no art. 10, III, da Lei dos Planos de Saúde, ao autorizar a exclusão do plano-referência da inseminação artificial.</p> <p>Caso contrário, a cada novo procedimento científico associado à denominada procriação artificial, então mais uma vez seria compelida a operadora de plano de saúde a dar a</p>

	<p>respectiva cobertura. Esta não parece ser a solução exegética mais consonante com a Lei dos Planos de Saúde, conforme sua análise sistemática e também com suporte na Agência Nacional de Saúde Suplementar e na Jornada de Direito da Saúde do CNJ.</p> <p>Ademais, é a própria Lei que estabelece quando a interpretação de seus comandos deve se utilizar das definições da medicina ou outras áreas do conhecimento, como bem revela o art. 10, IX, da Lei n. 9.656/1998 (tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes).</p> <p>Não foi esta a opção legislativa ao excluir a inseminação artificial (art. 10, III) intencionalmente, sem mencionar quais as especificidades da medicina na sua operacionalização. E não parece que, ao fixar a "inseminação artificial", o legislador tenha limitado exclusivamente a este procedimento, excluindo os outros métodos artificiais, levando em conta a frágil distinção entre se a fecundação ocorre intracorpórea ou extracorpórea.</p> <p>Por outro lado, se a inseminação artificial for vedada e a fertilização in vitro autorizada, quais seriam as razões para os beneficiários de planos de saúde se utilizarem de um procedimento e não de outro, diante do fim último esperado de ambas técnicas científicas (gravidez/fertilidade)?</p> <p>Sem ignorar as peculiaridades casuísticas a serem resolvidas pela indicação do profissional médico assistente, quer parecer que o próprio conteúdo da norma estaria esvaziado pelo excesso da restrição interpretativa.</p> <p>Isto é, a pretexto de se interpretar restritivamente o rol taxativo, o resultado desta exegese seria o próprio estrangulamento da norma ante a hiperespecificação da sua hipótese de incidência.</p> <p>Ademais, ao exercer o poder regulamentar acerca das exclusões do plano-referência (Resolução Normativa 387/2015), a Agência Nacional de Saúde Suplementar atuou nos exatos termos do disposto no art. 10, § 1º, da Lei n. 9.656/1998, não havendo, portanto, inovação da ordem jurídica nem ampliação do rol taxativo, mas a sua materialização na linha do disposto e autorizado expressamente pela lei de regência.</p>
<i>Caso 4</i>	
Tribunal	STJ
Ano	2016
Processo	Recurso Especial 1.617.970, a Segunda Turma do Superior Tribunal de Justiça (STJ)
Ramo do Direito	Direito Civil, Direito de família
Tema	Tratamento de fertilização in vitro (FIV) custeado pelo Estado do Rio de Janeiro.
Teor da Ação	Mulher de 35 anos, portadora de endometriose profunda e obstrução das trompas. Após a decisão unânime do colegiado, a mulher teve seu tratamento de fertilização in vitro (FIV) custeado pelo Estado do Rio de Janeiro.
Análise	<p>A mulher de 35 anos não tinha condições financeiras para fazer o tratamento, e foi informada de que apenas um hospital, localizado em Campos dos Goytacazes, realizava o procedimento recomendado, só que recebeu a notícia, durante sua consulta, que o tratamento gratuito era restrito aos moradores de Campos dos Goytacazes, em razão de um convênio estabelecido entre a prefeitura e o centro médico.</p> <p>Neste sentido o relator do recurso invocou a Lei do Planejamento Familiar para manter a decisão do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro que condenou o Estado a custear, em rede pública ou privada, o tratamento indicado, pois reconhece como dever do Estado, “incluindo seus três entes políticos, a garantia da saúde da população”. Vejamos o que diz a Lei do Planejamento Familiar - Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996: regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.</p> <p style="text-align: center;">CAPÍTULO I</p>

## DO PLANEJAMENTO FAMILIAR

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

Art. 2º Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

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

Art. 3º O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde.

Parágrafo único - As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas no caput, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua, como atividades básicas, entre outras:

I - a assistência à concepção e contracepção;

II - o atendimento pré-natal;

III - a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato;

IV - o controle das doenças sexualmente transmissíveis;

V - o controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis.

A Lei do Planejamento Familiar (Lei 9.263/96), estabelece que as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS) estão obrigadas a garantir à mulher, ao homem ou ao casal, em toda a sua rede de serviços, assistência à concepção e contracepção como parte das ações que compõem a assistência integral à saúde, além do mais o Ministério da Saúde instituiu, em 2005, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida no âmbito do SUS por meio da Portaria 426/GM, vejamos:

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.

Art. 2º Determinar que a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida seja implantada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, permitindo:

I - organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação) que perpassa todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a atenção por intermédio de equipe multiprofissional, com atuação interdisciplinar;

II - identificar os determinantes e condicionantes dos principais problemas de infertilidade em casais em sua vida fértil, e desenvolver ações transetoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade;

III - definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços que realizam os procedimentos e técnicas de reprodução humana assistida, necessários à viabilização da concepção, tanto para casais com infertilidade, como para aqueles que se beneficiem desses recursos para o controle da

	<p>transmissão vertical e/ou horizontal de doenças;</p> <p>IV - fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos que visem ao estudo do custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como a incorporação tecnológica na área da reprodução humana assistida no Brasil;</p> <p>V - promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e</p> <p>VI - qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da Política de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, em conformidade com os princípios da integralidade e da Política Nacional de Humanização - PNH.</p> <p>Por sua vez a decisão do magistrado também se baseou na Portaria 3.149/2012, vejamos:</p> <p>Fica destinados recursos financeiros aos estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos de atenção à Reprodução Humana Assistida, no âmbito do SUS, incluindo fertilização in vitro e/ou injeção intracitoplasmática de espermatozoides.</p> <p>[...]</p> <p>Considerando que a Constituição Federal de 1988 inclui no Título VIII da Ordem Social, em seu Capítulo VII, Art. 226, Parágrafo 7º, a responsabilidade do Estado no que se refere ao planejamento familiar;</p> <p>Considerando que a assistência em planejamento familiar deve incluir a oferta de todos os métodos e técnicas para a concepção e a anticoncepção, cientificamente aceitos, de acordo com a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar;</p> <p>Considerando a Portaria nº 426/GM/MS de 22 de março de 2005, que institui a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida;</p> <p>Considerando a Portaria nº 1.459/GM/MS de 24 de junho de 2011, que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha, cujos Arts. 2º e 4º no inciso V constam a garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo;</p> <p>Considerando a necessidade dos casais para atendimento à infertilidade em serviços de referência de Alta Complexidade para Reprodução Humana Assistida;</p> <p>Considerando que as técnicas de reprodução humana assistida contribuem para a diminuição da transmissão horizontal e vertical de doenças infectocontagiosas, genéticas, entre outras;</p> <p>Considerando que já existe um conjunto de iniciativas de atenção à reprodução humana assistida no âmbito do SUS;</p> <p>Considerando que as normativas para o financiamento dos serviços de Reprodução Humana Assistida no âmbito do SUS estão em fase de definição; e</p> <p>Considerando as visitas técnicas realizadas pelo Ministério da Saúde aos serviços de atenção à reprodução humana assistida ofertada no âmbito do SUS, com o objetivo de conhecer suas características, tais como: equipamentos, demanda atendida e reprimida, técnicas utilizadas entre outros; e</p> <p>Considerando a associação das características observadas nos serviços visitados e das informações obtidas nas visitas técnicas, resolve:</p> <p>Art. 1º Ficam destinados recursos financeiros no valor total de R\$ 10.000.000,00 (dez milhões de reais) aos estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos de atenção à Reprodução Humana Assistida, no âmbito do SUS, incluindo fertilização</p>
--	---

	<p>in vitro e/ou injeção intracitoplasmática de espermatozoides, conforme o Anexo desta Portaria.</p> <p>Parágrafo único. Os recursos financeiros de que trata o caput deste artigo serão repassados aos Fundos de Saúde dos entes federados e deverão ser repassados aos respectivos estabelecimentos de saúde em parcela única, conforme discriminado no Anexo a esta Portaria.</p> <p>Art. 2º Os recursos orçamentários desta Portaria deverão onerar o Programa de Trabalho 10.302.2012.20R4 - Apoio à Implementação da Rede Cegonha, do orçamento do Ministério da Saúde (RCE-RCEG).</p> <p>Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir da competência dezembro de 2012.</p> <p>Os repasses do governo para que os atendimentos fossem feitos de maneira gratuita em alguns hospitais públicos foram iniciados apenas em dezembro de 2012, com a publicação desta portaria. Temos uma lista de espera enorme.</p> <p>Existem hoje somente nove hospitais na rede pública, no SUS, capacitados para as técnicas de RA de forma gratuita, localizados em 5 (cinco) Estados, sendo 3 (três) em São Paulo, 1 (um) em Minas Gerais, 1 (um) em Pernambuco, 1 (um) no Rio Grande do Norte, 1 (um) no Rio Grande do Sul e 1 (um) no Distrito Federal.</p> <p>Esses tratamentos de reprodução assistida que o SUS disponibiliza nesses hospitais são a fertilização in vitro, inseminação intrauterina, indução da ovulação, coito programado e injeção intracitoplasmática de espermatozoide, porém para se conseguir uma vaga por parte dos que procuram e necessitam desses tratamentos pode-se levar anos.</p> <p>Temos leis, portarias, porém não são implementadas de forma eficiente e eficaz, como uma política pública de saúde.</p>
<i>Caso 5</i>	
Tribunal	STJ
Ano	2019
Processo	REsp 1.608.005-SC, Rel. Min. Paulo de Tarso Sanseverino, Terceira Turma. Por unanimidade.
Ramo do Direito	Direito Civil, Direito de família
Tema	União homoafetiva. Reprodução assistida heteróloga. Gestação por substituição. Dupla paternidade. Possibilidade. Parentalidade biológica e socioafetiva. Registro simultâneo no assento de nascimento
Teor da Ação	<p>É possível a inclusão de dupla paternidade em assento de nascimento de criança concebida mediante as técnicas de reprodução assistida heteróloga e com gestação por substituição, não configurando violação ao instituto da adoção unilateral.</p> <p>Segundo o Tribunal de origem, trata-se de reprodução assistida entre irmã, doadora, e pai biológico, com companheiro estável em união homoafetiva.</p> <p>É possível a inclusão de dupla paternidade em assento de nascimento de criança concebida mediante as técnicas de reprodução assistida heteróloga e com gestação por substituição, não configurando violação ao instituto da adoção unilateral.</p>
Análise	<p>O companheiro pretendeu a declaração da paternidade socioafetiva da recém-nascida, reconhecendo-se, assim, a dupla paternidade da menina.</p> <p>No caso, a pretensão era de inclusão de dupla paternidade em assento de nascimento de filho havido por técnicas de reprodução assistida, e não destituição de um poder familiar reconhecido pelo pai biológico.</p> <p>Segundo o Direito Cível o instituto da adoção e da reprodução assistida heteróloga atribuem a condição de filho ao adotado e à criança resultante de técnica conceptiva.</p> <p>Enquanto na adoção, haverá o desligamento dos vínculos, na reprodução assistida heteróloga sequer será estabelecido o vínculo de parentesco entre a criança e o doador do material fecundante. Assim, em não havendo vínculo de parentesco com a doadora genitora, há tão somente a paternidade biológica da criança, registrada em seus assentos cartorários, e a</p>

	<p>pretensão declaratória da paternidade socioafetiva pelo companheiro.</p> <p>O conceito legal de parentesco e filiação tem sido objeto de grandes transformações diante da nova realidade fática, em especial, das técnicas de reprodução assistida e da parentalidade socioafetiva, impondo, assim, ao intérprete da lei uma nova leitura do preceito legal contido no artigo 1.593 do Código Civil de 2002, especialmente da parte final do seu enunciado normativo: “o parentesco é natural ou civil, conforme resulte de consanguinidade ou outra origem. Dessa forma, a reprodução assistida e a paternidade socioafetiva constituem nova base fática para incidência do preceito ou outra origem”.</p> <p>O STF também já decidiu sobre o tema, em que os efeitos da paternidade socioafetiva, declarada ou não em registro, permiti implicitamente o reconhecimento do vínculo de filiação concomitante baseada na origem biológica.</p>
<i>Caso 6</i>	
Tribunal	TRF 1 – TJ/MT
Ano	2012
Processo	A Ação Reivindicatória de Paternidade e Maternidade com Pedido de Antecipação de Tutela
Ramo do Direito	Direito Civil, Direito de família
Tema	Direito de registrar um filho biológico gerado em uma “barriga de aluguel”
Teor da Ação	<p>Um casal de Cuiabá garantiu na Justiça o direito de registrar um filho biológico gerado em uma barriga de aluguel. A decisão foi proferida pelo juiz de Direito Auxiliar da Quarta Vara Especializada da Família e Sucessões da Comarca da Capital, Francisco Alexandre Ferreira Mendes Neto, que determinou à maternidade (Clínica Femina ou outra unidade hospitalar) a expedição da Declaração de Nascido Vivo da criança que está sendo gerada por E.C.D.A.R. em nome dos pais biológicos R.D.A. e T.R.S.D.A.</p> <p>A Ação Reivindicatória de Paternidade e Maternidade com Pedido de Antecipação de Tutela recebeu parecer favorável do Ministério Público do Estado.</p> <p>Conforme justificativa do casal, o requerimento da antecipação da tutela é uma forma de os pais garantirem o registro da criança de forma correta. No processo, os autores da ação destacam que são casados há aproximadamente oito anos e mulher tentou engravidar por longa data, tendo frustrada qualquer expectativa de gerar um filho ao ser diagnosticado carcinoma epidermóide de colo e suspeita de adenocarcinoma, conhecidos popularmente como câncer de útero.</p> <p>Diante do problema de saúde, o casal foi orientado pela própria médica que emitiu os laudos a realizar o procedimento Fertilização In Vitro (FIV).</p> <p>O procedimento foi realizado com gametas do próprio casal, gerando um embrião que foi transferido para o útero da irmã de um dos requerentes.</p> <p>Tanto a hospedeira quanto o marido emitiram declaração, com firma reconhecida, bem como termo de consentimento assinado por ambos antes da realização do procedimento médico, atestando que não existe qualquer vontade em possuir a guarda ou a posse da criança que vem sendo gerada no útero da mulher.</p> <p><i>Disponível em: [https://tj-mt.jusbrasil.com.br/noticias/3183288/pais-biologicos-tem-direito-de-registrar-filho?ref=feed]. Acesso em: 28/02/2021</i></p>
Análise	<p>Na decisão, fica patente pelo próprio magistrado, que o assunto é um tema inquietante, difícil de opinar, uma vez que envolve questões éticas, morais e jurídicas.</p> <p>A situação é agravada ainda pela falta de legislação específica a respeito, além dos sentimentos e expectativas das partes e de seus problemas psicológicos.</p> <p>Podemos observar que de acordo com o disposto pelo artigo 126, do Código de Processo Civil, mesmo nas hipóteses de lacuna ou obscuridade da lei, não pode o magistrado deixar de despachar ou sentenciar, devendo se socorrer à analogia, aos costumes e aos princípios gerais do direito.</p> <p>Diante do cenário, o juiz mencionou que o Código Civil Brasileiro, em seu artigo 1.597, incisos III e V, já tratou da presunção da paternidade do marido em relação aos filhos havidos por inseminação artificial homóloga e por inseminação artificial heteróloga previamente consentida.</p> <p>Sabemos que a legislação em vigência não contém ressalva para a presunção de maternidade</p>

	<p>decorrente do parto (Artigo 1.603 e 1.608, do Código Civil e inciso IV, da Lei nº 8.069/1990), seja a criança gerada por fertilização natural ou artificial.</p> <p>Corretamente o magistrado recorreu Conselho Federal de Medicina, que por meio da Resolução CFM 1358/92 instituiu as primeiras normas éticas para utilização das técnicas de reprodução assistida, em 1992 e em 2010, em que tais diretrizes foram atualizadas pela Resolução CFM 1957/2010.</p> <p>Assim, entendeu que, em princípio, a fecundação artificial homóloga não fere princípios jurídicos, uma vez que o filho terá os componentes genéticos do marido e da mulher.</p> <p>A Resolução nº 1358/92 do Conselho Federal de Medicina do Brasil exige que a coleta do material, sua utilização e o destino da mesma tenham a concordância prévia e expressa dos interessados, o que foi devidamente cumprido pelos autores.</p> <p>Foi verificado pelo magistrado, nos autos. Que a autora possuía patologias que a impediam de ter uma gravidez natural. Ademais, a parturiente e seu marido assinaram termo de consentimento quanto ao procedimento.</p> <p>Corretamente o magistrado não vislumbrou nenhum prejuízo em atender a demanda inicial, até porque inexistia vedação legal para o procedimento adotado de fertilização in vitro e, ainda, por ter prevalecido o melhor interesse da criança, fazendo com que à lavratura do assento de nascimento foi com base na verdade biológica da filiação.</p>
--	---

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Continuando a análise, podemos concluir respondendo a pergunta 2) da página 74, que quanto às soluções conferidas acerca do estabelecimento da filiação entre os envolvidos, está sendo seguido o que prescreve a Resolução nº 2.168 (CFM, 2017), vejamos:

#### VII - SOBRE A GESTAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO (CESSAOTEMPORÁRIA 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.

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

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

3.1. 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;

3.2. Relatório médico com o perfil psicológico, atestando adequação clínica e emocional de todos os envolvidos;

**3.3. 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;**

3.4. Compromisso, por parte do(s) paciente(s) contratante(s) de serviços de RA, de tratamento e acompanhamento médico, inclusive por equipes multidisciplinares, se necessário, à mãe que cederá temporariamente o útero, até o puerpério;

**3.5. Compromisso do registro civil da criança pelos pacientes (pai, mãe ou pais genéticos), devendo esta documentação ser providenciada durante a gravidez;**

3.6. Aprovação do cônjuge ou companheiro, apresentada por escrito, se a cedente temporária do útero for casada ou viver em união estável.

Resumindo o que ocorre já atualmente é que a justiça já tem permitido que a DNV Declaração de Nascido Vivo – DNV, seja providenciada e emitida de maneira que os pais que procuram à técnica de RA (barriga de aluguel) possam levar declaração a um cartório e fazer o registro em seus nomes no mesmo dia do nascimento. O recurso também é permitido para casais homoafetivos e transgêneros.

Podemos verificar, diante da decisão proferida pelo Tribunal de Justiça do Mato Grosso (Quadro 3 – Análise por amostragem de decisões proferidas nos tribunais – casos, p. 91), que o tema envolve questões éticas, morais e jurídicas, ficando aqui patente a relação do tema no que diz respeito ao que foi abordado no capítulo 3, sobre o biodireito e a bioética na saúde coletiva.

Utilizando este “*case*”, acima pesquisado, podemos verificar que a ética e direito estão intimamente relacionados, porém eles não são de forma alguma idênticos.

Questões morais importantes costumam ser, inclusive, questões jurídicas, pois de alguma maneira interferem na convivência social e na ordem pública. Verifica-se nesta decisão que questões relacionadas à bioética (no caso em questão prática de procriação assistida) exigem redobrada atenção dos legisladores, juízes e juristas. O direito não pode, de fato, ficar alheio aos desafios levantados pela biomedicina.

Como previsto na Constituição Federal em seu art. 5º, inciso IX, a liberdade da atividade científica é um dos direitos fundamentais, porém ela tem limites, já que existem outros valores jurídicos reconhecidos pela mesma Constituição que poderiam ser afetados pelo mau uso da liberdade de pesquisa científica, como a vida que é o caso em questão.

O Estado e aqui também podemos dizer o direito, não poderiam ficar inertes diante do poder da ciência sobre desrespeito à dignidade humana ou do abuso das experiências científicas com seres humanos, como tantas outras questões.

Diante destas questões surgiu uma nova disciplina jurídica: o biodireito que, segundo Maria Helena Diniz, seria o

estudo jurídico que, tomando por fontes imediatas a bioética e a biogenética, teria a vida por objeto principal, salientando que a verdade científica não poderá sobrepor-se à ética e ao direito, assim como o progresso científico não poderá acobertar

crimes contra a dignidade humana, nem traçar, sem limites jurídicos, os destinos da humanidade (DINIZ, 2010, p. 7-8).

Cabe ao biodireito determinar, com cautela, até onde as “ciências da vida” poderão avançar sem que haja agressões à dignidade da pessoa humana.

No caso anterior, em que o casal de Cuiabá garantiu na justiça o direito de registrar um filho biológico gerado em uma barriga de aluguel, utilizando-se da técnica de fertilização *in vitro*, fica patente observar, que o biodireito busca formas de tratar juridicamente os temas que competem à bioética.

A bioética e o biodireito estão interligados porque as demandas jurídicas da saúde vão ao encontro de questões éticas/bioéticas. O biodireito é a tratativa jurídica dos temas relacionados à bioética, porém ambos visam a proteção do ser humano em sua integralidade.

Continuando a analisar os dados encontrados acima, podemos concluir respondendo a pergunta 3) da página 74, que quanto às soluções conferidas aos casos de conflito entre os envolvidos no processo e a possibilidade de atendimento no SUS, como uma política pública de saúde, tem se notado o aumento da procura de casais pelo útero cedido, já que a gravidez não será possível. A justiça tem reconhecido as necessidades da sociedade e facilitado até certo ponto o processo. As decisões judiciais que concedem o pedido de acesso gratuito às técnicas de reprodução assistida se baseiam que a infertilidade é problema de saúde e que é direito do cidadão o planejamento familiar, já as decisões que rejeitam este pleito fundamentam-se na reserva do possível e no mínimo existencial e, em alguns casos, como é o do estado do Paraná, os casais podem esperar e entrar numa lista de espera para a realização do procedimento, já que não se trata de um caso de emergência.

Uma questão crucial na judicialização da saúde é o gasto com essas ações que o Poder Executivo tem nas esferas: Federal, Estadual e Municipal, porém não se tem um retrato fiel desses gastos, pela dificuldade de se mapear todas as decisões judiciais no âmbito do SUS.

Em linhas gerais, as constatações sobre a judicialização da saúde revelam a ampliação das ações movidas contra o poder público e o elevado número de demandas individuais, sendo na maior parte, em torno de 80% das decisões favoráveis aos autores dessas ações.

Pode ser observado que no período pesquisado, entre 2010 e 2020, nos sites dos tribunais, que praticamente triplicou o número anual de processos na primeira e segunda instâncias da justiça relativos a saúde no Brasil.

Apesar do foco da dissertação ter sido a área da saúde pública, verificou-se durante a pesquisa que os planos de saúde estão sendo obrigados a fornecer tratamento de reprodução

assistida por força de decisões judiciais. A terapia está excluída do rol de procedimentos da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar).

Na seara dos planos de saúde entre 2018 e 2020, encontram-se muitos casais que recorreram à justiça em busca de tratamento de reprodução assistida. Foram encontrados 28 (vinte e oito) acórdãos em segunda instância entre 2015 e 2020, e em 78% dos casos, a decisão foi favorável aos casais para a realização do procedimento.

No Sistema Único de Saúde, este procedimento está previsto desde 2005, mas a verdade é que poucos serviços públicos o disponibilizam, e na maioria dos países europeus as técnicas de RA são subsidiadas parcialmente ou até mesmo integralmente, como no caso da França.

Diferentemente do Brasil, aqui na América do Sul, países como a Argentina e o Uruguai já tornaram o procedimento obrigatório desde 2013, tanto na rede pública, como no sistema privado de saúde.

No capítulo 4, foi abordada e discutida a questão da judicialização da saúde no âmbito do SUS, designada por membros do sistema de Justiça como judicialização da saúde pública, bem como a judicialização no âmbito da oferta de reprodução assistida pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Podemos observar que o número de processos que tem por réus gestores do SUS é incerto. Há muita dificuldade na realização de levantamento a esse respeito, seja no âmbito da saúde, seja do Poder Judiciário.

Entre 2010 e 2020, podemos observar na pesquisa, que a judicialização da saúde no Brasil demonstra que os cidadãos estão mais cientes sobre o seu direito de requerer do Estado prestações de saúde, bem como há do poder judiciário brasileiro o interesse para reconhecer a legitimidade dessas demandas, mesmo muitas delas sendo a questão de pedido de acesso a tecnologias não previstas nas políticas do SUS.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para Fernandes (2005), vivemos na Era do Conhecimento, de avanços e descobertas científicas e tecnológicas, bem como na área da biomedicina. O ser humano sempre buscou na ciência o auxílio para o tratamento e a cura de diversas doenças, e em relação a infertilidade não poderia ser diferente. Vários procedimentos foram sendo criados pelos cientistas buscando reverter esse quadro deficitário, dentre eles podemos aqui citar alguns como: a reprodução sexual programada, a inseminação artificial, a fertilização in vitro, a fertilização in vitro com injeção de esperma, a fertilização in vitro simplificada, a doação de óvulo, a doação de espermatozoide, a doação de útero (barriga solidária) e o diagnóstico pré-implantacional (PGD).

Diante desses vários procedimentos supracitados de reprodução humana, o que mais causam conflitos entre a ética, a política, a religião e o meio jurídico, são os da reprodução assistida (a maternidade substitutiva), popularmente conhecida como “barriga de aluguel” (PAGAN, 2016).

A presente dissertação de mestrado buscou trazer à tona o estudo e debate dessa área tão conflituosa que é a da reprodução humana assistida (barriga de aluguel), mostrando uma visão ampla e de maior compreensão do referido assunto, para que possamos num futuro, quem sabe próximo, termos soluções mais incisivas e passíveis de serem aplicadas em nosso ordenamento jurídico, sempre regulado na dignidade da pessoa humana. Destarte passamos pelos campos da bioética, do biodireito, das normas regulamentadoras, das jurisprudências, dos artigos científicos e das pesquisas bibliográficas que foram desenvolvidas através de livros, sítios na internet e demais legislações específicas.

A maternidade sempre foi conhecida como o começo de uma nova fase, e muitas mulheres sonham em ter filhos, porém não são todas as que podem ver esse sonho tornar-se realidade. O problema da infertilidade tornou-se muito presente na nossa sociedade, pois muitas mulheres tiveram que passar a procurar os métodos de reprodução humana assistida (PAGAN, 2016).

Trazendo a problemática da reprodução assistida - RA, mais especificamente a da gestação de substituição (barriga de aluguel) para o centro da dignidade da pessoa humana, pode-se verificar que mesmo a Constituição Federal nos proporcionando tantos direitos e deveres, ainda não conseguimos ter um respaldo jurídico concreto que assegure de fato, os direitos e deveres dos pais biológicos, da mãe por substituição e

da própria criança. O direito à saúde reprodutiva, ainda que não esteja expresso como direito fundamental, está implicitamente elencado no direito fundamental à saúde, e assim como este, deve ser respeitado e garantido pelo Estado. Como ainda não existe uma lei regulamentadora, tal direito passou a fazer parte dos tribunais brasileiros nos últimos tempos, como o fenômeno da judicialização.

Avaliou-se ainda, nesta dissertação, a situação legal em torno do procedimento de gestação em barriga de aluguel, o Projeto de Lei nº 7.591 (BRASIL, 2017), que acrescenta parágrafo único ao art. 1.798 da Lei nº 10.406 (BRASIL, 2002) - Código Civil]. Foi consultada a doutrina e o direito vivo por meio de jurisprudências acerca do estabelecimento da filiação entre os envolvidos e foi identificadas algumas soluções conferidas aos casos de conflito entre os envolvidos no processo e a possibilidade de atendimento no SUS, como uma política pública de saúde.

Como até hoje o poder legislativo não sancionou uma lei que regulamente a RA, está cabendo aos magistrados interpretar, se a mesma é ou não um direito fundamental que deve ser prestado pelo Estado, e se este direito do particular pode se sobrepor ao direito da coletividade.

É fundamental com todo o avanço de técnicas de RA (reprodução assistida), que o Estado brasileiro regulamente o uso das mesmas, passando a oferecer de forma gratuita aos usuários do SUS, para que tal política pública seja implantada definitivamente, sem causar prejuízo a outras áreas da saúde pública que já enfrentam problemas relacionados à falta de recursos.

É imprescindível que o Estado brasileiro regulamente a reprodução assistida e de que fontes irão sair os recursos para tal implementação, principalmente no âmbito de sua oferta gratuita a usuários do SUS, para que tal política pública seja implantada com sucesso, sem causar prejuízo a outras áreas da saúde pública que já enfrentam problemas relacionados à falta de recursos.

Atualmente somente nove hospitais na rede pública, no SUS, estão capacitados para as técnicas de RA de forma gratuita. Esses tratamentos de reprodução assistida que o SUS disponibiliza nesses hospitais são a fertilização in vitro, inseminação intrauterina, indução da ovulação, coito programado e injeção intracitoplasmática de espermatozoide. Para se conseguir uma vaga por parte dos que procuram e necessitam desses tratamentos pode-se levar anos, sem contar que por vezes, é necessário mais de uma tentativa e também parte dos medicamentos que são caros podem não ser fornecidos pelo SUS (SOUZA E ALVES, 2016).

Para Montalde (2021), com toda esta problemática da falta de uma legislação específica acerca da RA, de um não atendimento adequado no SUS e, ainda, o custo elevado do procedimento médico nas técnicas de RA, o que já vem também gerando danos no direito e, consequências em outros ramos da ciência, vem ganhando espaço inclusive na mídia a questão da inseminação artificial caseira, procedimento este simples, em que se busca um doador de esperma, que não é anônimo e vem acontecendo, na maioria das vezes a cobrança pela venda do sêmen.

Este procedimento é tão caseiro e rudimentar que é feita da retirada do material coletado num recipiente, que pode ou não estar esterilizado, ou no preservativo e, em seguida, com o auxílio de uma seringa ou aplicador, faz-se a inseminação na cavidade vaginal da mulher. O intuito é fazer com que o esperma seja colocado o mais próximo do colo do útero, sendo ideal a realização nos dias de período fértil da mulher. Tal prática já vem acontecendo clandestinamente nas uniões homoafetivas feminina (SOUZA E CUNHA, 2019).

Essa nova prática de RA só corrobora o que já foi discutido nessa dissertação, ou seja, a importância do Estado em tornar lei o tema, pois esta nova modalidade de RA que surge não há qualquer restrição legislativa proibindo o procedimento doméstico.

Na verdade, para Montalde (2021), essa nova técnica de RA, a inseminação artificial caseira, está trazendo mais um problema, pois o doador, que na Resolução do Conselho Federal de Medicina, obrigatoriamente é anônimo, no procedimento caseiro é conhecido e a mulher mantém contato direto com ele, fazendo os mais diversos acordos possíveis, tais como: em relação à maneira que irão fazer a inseminação, acordo para isentar a responsabilidade com relação ao filho após o nascimento, o que na verdade não tem nenhuma validade jurídica, pois a qualquer tempo, poderá ser dada entrada judicial numa ação de investigação de paternidade contra o doador, tornando-se difícil provar que o filho nasceu de uma inseminação artificial caseira. Outro problema sério, é a possibilidade de transmissão de doenças, para a mulher ou para a criança, como HIV, hepatite e outras, sem contar, ainda a possibilidade do doador, com ou sem filhos, poder ter outros filhos que não levarão seu nome no registro e poderão, no futuro, casar entre si, desconhecendo a mesma filiação paterna.

Para Dezidério e Moraes (2010), situação que também preocupa com esta técnica é a comercialização de material genético (material biológico), pois no Brasil é proibido conforme o art. 199 da Constituição Federal (BRASIL, 1988) toda doação de substâncias ou partes do corpo humano, como: sangue, órgãos, tecidos, ou esperma deve ser realizada de forma voluntária e sem ônus.

Para piorar a preocupação com a prática de inseminação artificial caseira, a atual legislação brasileira não proíbe tal prática, pois o art. 9º, da Lei 9.434 (BRASIL,1997), que trata acerca dos transplantes de órgão, permite a doação de órgãos, tecidos ou partes do corpo que não impeça o bom funcionamento dos demais órgãos e sua total integridade (CALDEIRA E SANCHES, 2014).

Novos questionamentos jurídicos estão surgindo do emprego dessa técnica de RA (inseminação artificial caseira), aumentando a questão da judicialização da saúde, com a crescente demanda judicial demonstrando claramente falhas na execução das políticas públicas de saúde. Urge a promulgação de uma lei específica que regule o tema da reprodução assistida e as questões que envolvem a “barriga de aluguel” no Brasil. Já é hora do judiciário brasileiro não mais adentrar nas políticas públicas estabelecidas pelo poder executivo (SOUZA, 2010).

É notório a atuação do poder judiciário brasileiro em controlar possíveis violações por parte do Estado na atenção à saúde e na participação das políticas públicas, porém o excesso de ordens judiciais pode desestruturar a universalidade da saúde, que é um dos fundamentos do Sistema de Saúde Pública.

O direito à saúde no Brasil está em construção permanente e provavelmente passará, ainda, por muitas modificações, pois sabemos que com uma maior eficiência na formulação de políticas públicas, será garantido o acesso racional cada vez maior, pela população, das tecnologias e de medicamentos, sem necessidade da intervenção do judiciário brasileiro.

Como contribuição, ao final deste trabalho, apresento no Apêndice A, uma proposta para incluir ao Projeto de Lei a reprodução assistida e as questões que envolvem a “barriga de aluguel”, sendo obrigatório seu atendimento no âmbito do SUS, como adendo aos assuntos aos Projetos de Lei nº 7.591(BRASIL,2017); nº 9.403 (BRASIL, 2017), nº 1.218 (BRASIL,2020) e nº 4.178 (BRASIL,2020), este último de autoria do Sr. Deputado Federal Deuzinho Filho - REPUBLICANOS/CE, apresentado no dia 12 de agosto de 2020 e já atualizando, a proposta de lei, de acordo com a Resolução nº 2.294 (CFM, 2021).

Outra contribuição que deixo ao final deste trabalho é propor ao Ministério da Saúde, a atualização da Portaria nº 426 (MS,2005) - Anexo C, que institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, já atualizando a Portaria de acordo com a resolução nº 2.283 (CFM,2020), que alterou a redação do item 2 do inciso II, "pacientes das técnicas de RA", da resolução nº 2.168 (CFM, 2017), que passou a permitir o uso das técnicas de RA para heterossexuais, homoafetivos e transgêneros.; e da

atualização da Portaria nº 3.149 (MS, 2012) - Anexo D, que destina recursos financeiros aos estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos de atenção à reprodução humana assistida, no âmbito do SUS, incluindo fertilização in vitro e/ou injeção intracitoplasmática de espermatozoides e passando a incluir a técnica de “barriga de aluguel”, também, para heterossexuais, homoafetivos e transgêneros.

Ainda referente à atualização da Portaria nº 3.149 (MS, 2012), existem hoje somente nove hospitais na rede pública, no SUS, capacitados para as técnicas de RA de forma gratuita, localizados em 5 (cinco) Estados, sendo 3 (três) em São Paulo, 1 (um) em Minas Gerais, 1 (um) em Pernambuco, 1 (um) no Rio Grande do Norte, 1 (um) no Rio Grande do Sul e 1 (um) no Distrito Federal, sendo assim propor a ampliação desta rede de hospitais, passando os demais estados da Federação a ter no mínimo 1 (um) hospital já existente da rede estadual capacitado para as técnicas de RA, de forma gratuita, e propor a alteração do Art. 1º da Portaria, atualizando os recursos financeiros repassados aos estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos de atenção à reprodução humana assistida, no âmbito do SUS, destinando os recursos orçamentários desta Portaria não só para os nove hospitais na rede pública mas para os demais hospitais propostos, ou seja, no mínimo 1 (um) por estado da Federação.

Como contribuição, ainda, deixo sugestões que podem ser adotadas no intuito de se procurar reduzir a questão da judicialização da saúde, tais como:

- Buscar a implementação de programas de telessaúde para a população. Este assunto já vem sendo iniciado através da implantação, na Diretoria de Saúde Digital, da Secretaria Executiva, do Ministério da Saúde, porém ainda sem uma plataforma personalizada e padronizada, a ser usada no SUS;

- Desenvolver, em parceria com as universidades públicas, programas de capacitação dos gestores públicos com a finalidade de melhor elaborar e implementar políticas públicas de saúde no Brasil;

- Criar um canal administrativo, do tipo central de ouvidoria integrado às mídias sociais, capaz de ouvir e processar as diferentes demandas da sociedade nesta área;

- Criar varas especializadas junto ao poder judiciário, para tratar de problemas relacionados à RA, para melhor decidir sobre os casos judicializados, buscando padronizar decisões através de um banco de jurisprudências único, e desta forma formando parâmetros objetivos de decisões judiciais;

- Buscar a melhor integração entre o Sistema Público e o Privado;

- Incentivar e promover a especialização da magistratura na área de saúde, bem como capacitar peritos especialistas em medicina, com o intuito de garantir maior segurança jurídica em suas decisões que envolvam a judicialização da saúde;

- Criar uma agenda participativa para consulta pública sobre reprodução humana assistida, dentro do Ministério da Saúde, para que se possa incluir propostas no tocante ao aprimoramento de requisitos de boas práticas, de forma a assegurar um maior controle sobre os procedimentos de técnicas de RA, de acordo com os parâmetros de qualidade e segurança necessários.

Enquanto isso não acontece, por ausência de uma regulamentação jurídica concreta, cabe ao poder judiciário por intermédio da Lei de Introdução ao Código Civil, aplicar por afinidade os princípios gerais de direito, com a intenção de atender os fins sociais e os bons costumes, sempre dentro dos princípios constitucionais, especialmente no tocante a dignidade da pessoa humana e do melhor interesse da criança, sentenciando os casos que venham a existir.

É imprescindível que o Estado brasileiro regule a reprodução assistida e de onde irão sair os recursos para tal implementação, principalmente no âmbito de sua oferta gratuita a usuários do SUS, para que tal política pública seja implantada com sucesso, sem causar prejuízo à outras áreas da saúde pública que já enfrentam problemas relacionados à falta de recursos.

Em face do que foi mencionado e das sugestões ora apresentadas ao final desta dissertação, percebe-se que a judicialização da saúde merece atenção de todos os setores da sociedade, pois seu crescimento desenfreado poderá trazer graves consequências para o equilíbrio orçamentário do país. A saúde é um direito humano fundamental, mas encontra-se mal implementada; esse é o principal fator que desencadeia a expansão do movimento. No entanto, é necessário haver um equilíbrio entre a consecução do direito individual e das políticas públicas previstas, para que o orçamento público não seja onerado a tal ponto que torne inviável a atuação do Estado.

Nesse sentido, o ideal aparentemente é buscar uma “contenção saudável” da judicialização, ou seja, contê-la com diminuição da quantidade e do custo das demandas judiciais, mas sem prejudicar o exercício do direito à saúde por parte dos cidadãos. As soluções possíveis não são complexas a priori, mas demandam o trabalho conjunto de todos os atores envolvidos no processo: pacientes, médicos, judiciário, Ministério Público, advogados e sociedade em geral. Tudo isso, no entanto, deve caminhar lado a lado com a

exigência de melhorias gradativas no SUS, em busca de um sistema público de saúde de qualidade, a fim de que, no futuro, a judicialização dessa prerrogativa não seja mais necessária.

Por fim, destaco aqui que o atual trabalho por ter abordado o tema da RA relacionado às áreas da bioética e também do biodireito, poderá propiciar novas pesquisas por parte de outros pesquisadores e professores. Levando-se em consideração ainda, a recente publicação da Resolução nº 2.294 (CFM, 2021), publicada no D.O.U. de 15 de junho de 2021, Seção I, p. 60, que possibilita a doação nominal de óvulos, de parentes de até 4º grau e passa a exigir que a mulher que cederá o útero tenha pelo menos um filho vivo e limita a quantidade de óvulos, por idade, que podem ser fertilizados, o que irá impactar no surgimento do emprego dessa nova técnica de RA, que é a inseminação artificial caseira, novos questionamentos jurídicos irão surgir e que poderão ser tema para futuras pesquisas de mestrado e doutorado.

Como limitação, ao realizar a pesquisa, destaco o problema ocasionado no mundo, pela pandemia da COVID-19, em que as autoridades sanitárias brasileiras, diante da falta de tratamento para a doença e para não impactar e comprometer o precário sistema de saúde, passaram a adotar, paulatinamente, o distanciamento social. A grande maioria dos servidores públicos passaram a fazer tarefas relacionadas às suas atividades funcionais, a partir de suas casas.

Pretendia-se, nesta pesquisa, buscar interlocução no Congresso Nacional, e especificamente, na Câmara dos Deputados, para ter acesso ao andamento dos Projetos de Lei nº 7.591 (BRASIL, 2017); nº 9.403 (BRASIL, 2017), nº 1.218 (BRASIL, 2020) e nº 4.178 (BRASIL, 2020), este último de autoria do Sr. Deputado Federal Deuzinho Filho - REPUBLICANOS/CE, bem como realizar entrevista com o Deputado Federal Deuzinho Filho, o que não aconteceu devido a pandemia.

Pretende-se ao final desta dissertação encaminhar para a Assessoria Parlamentar do Ministério da Saúde, a proposta de lei constante no Apêndice A, para que a mesma possa ser dirigida, oficialmente, para a Câmara dos Deputados, podendo chegar às mãos do relator do PL supracitado, Deputado Deuzinho Filho, bem como internamente, no Ministério da Saúde, encaminhar ao Gabinete do Ministro sugestão de atualização das Portarias: nº 426, constante do Anexo C, que institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida e a nº 3.149, constante do Anexo D, que destina recursos financeiros aos estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos de atenção à reprodução humana assistida, no âmbito do SUS.

Essas ações descritas acima, certamente poderão contribuir para o aperfeiçoamento e implementação de políticas públicas voltadas para o tema da reprodução assistida (gestação de substituição, popularmente conhecida como “barriga de aluguel”).

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, F. P. L. de; BITTENCOURT, L. Judicialização do Direito: do Estado Legislativo ao Estado Judiciário. **Revista da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Goiás**, v. 32, n. 1, p. 247-260, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/rfd.v32i1.12129>. Acesso em: 8 maio 2021.
- ANJOS, M. F. dos. Bioética: abrangência e dinamismo. *In*: GARRAFA, V.; PESSINI, L. (orgs.). **Bioética: alguns desafios**. São Paulo: Loyola, 2001.
- ARAÚJO, Ana Thereza Meireles. **Projetos parentais por meio de inseminações caseiras: uma análise bioético-jurídica**. Revista Brasileira de Direito Civil – RBDCivil, Belo Horizonte, v. 24, p. 101-119, abr./jun. 2020.
- ARAUJO, J.P.M. de. **Biodireito e legislação na reprodução assistida**. Medicina (Ribeirão Preto) [Internet]. 26 de novembro de 2018 [citado 6 de agosto de 2021];51(3):217-35. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/152104>. Acesso em: 06 abr. 2021.
- BARBOZA, H. H.; BARRETO, V. de P. (orgs.). **Temas de Biodireito e Bioética**. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.
- BARCHIFONTAINE, C. **Problemas atuais de bioética**. São Paulo: Loyola, 2002.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARROSO, L. R. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros. **Revista da Procuradoria Geral do Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 31, n. 66, p. 89-114, 2007. Disponível em: <https://www.pge.rs.gov.br/upload/arquivos/201703/22171856-rpge66livro.pdf>. Acesso em: 8 maio 2021.
- BARROSO, Luís Roberto. **Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática**. [s.d.], [s.l.]. Disponível em: [http://www.direitofranca.br/direitonovo/FKCEimagens/file/ArtigoBarroso\\_para\\_Selecao.pdf](http://www.direitofranca.br/direitonovo/FKCEimagens/file/ArtigoBarroso_para_Selecao.pdf). Acesso em: 14 fev. 2013. p. 02.
- BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis: Vozes, 2002.
- BELLINO, Francesco. **Fundamentos da bioética: aspectos antropológicos, ontológicos e morais**. São Paulo: EDUSC, 1997.
- BONAVIDES, P. **Curso de direito constitucional**. 30. ed. São Paulo: Malheiros, 2014.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 115, de 11 de fevereiro de 2015**. Institui o Estatuto da Reprodução Assistida, para regular a aplicação e utilização das técnicas de reprodução humana assistida e seus efeitos no âmbito das relações civis sociais. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=945504>. Acesso em: 8 maio 2021.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de lei nº 7.591, de 10 de maio de 2017.** Acrescenta parágrafo único ao art. 1.798 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil), para conferir capacidade para suceder aos concebidos com o auxílio de técnica de reprodução assistida após a abertura da sucessão. Autoria do Sr. Deputado Federal Carlos Bezerra – PMDB/MT. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2136486>. Acesso em: 8 maio 2021.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei apensado nº 4.178, de 12 de agosto de 2020.** Que também modifica a redação do art. 1.798 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 para estabelecer o direito a sucessão de filho gerado por meio de inseminação artificial após a morte do autor da herança. Autoria do Sr. Deputado Federal Deuzinho Filho – REPUBLICANOS/CE. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2259957>. Acesso em: 8 maio 2021.

BRASIL. **Constituição Federativa do Brasil.** Brasília: Presidência da República, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em 10 jun. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 591, de 6 de julho de 1992.** Promulga o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Diário Oficial da União, de 7 de julho. 1992. p. 8.713. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1990-1994/d0591.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm). Acesso em: 8 maio 2021.

BRASIL. **Lei nº 12.401 de 28 de abril de 2011.** Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União, de 29 de abril. 2011. p. 1. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2011-2014/2011/lei/112401.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/lei/112401.htm). Acesso em: 8 maio 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, de 20 de setembro. 1990. p. 1. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso em: 8 maio 2021.

BRASIL. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996.** Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União, de 15 de janeiro. 1996. p. 561. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19263.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm). Acesso em: 8 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 426, de 15 de dezembro de 2005. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.149, de 28 de dezembro de 2012. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **O Remédio via Justiça:** Um estudo sobre o acesso a novos medicamentos e exames em HIV/aids no Brasil por meio de ações judiciais. Brasília: Ministério da Saúde,

2005. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/medic\\_justica01.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/medic_justica01.pdf). Acesso em 8 maio 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal de Justiça. Jurisprudência. **Resposta ao Agravo Regimental no Recurso Extraordinário nº 271.286-8**. Relator Celso de Mello. Data de julgamento 12 de setembro de 2000, Segunda Turma, Data de Publicação: DJ 24 nov. 2000 PP-00101 EMENT VOL-02013 – 07 PP-0109. Disponível em: <https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/779142/agregno-recurso-extraordinario-re-agr-271286-rs>. Acesso em: 8 maio 2021.

CALDEIRA, Gabriela G.; SANCHES, Cláudio José P. **Transplantes de órgãos e tecidos**. ETIC - Revolução na Ciência, v. 10, n. 10 (2014). Disponível em: <http://intertemas.toledoprudente.edu.br/index.php/ETIC/issue/view/64>. Acesso em 10 mai 2021.

CAMPOS, Carmen Hein de.; OLIVEIRA, Guacira Cesar de. **Saúde Reprodutiva das Mulheres – direitos, políticas públicas e desafios**. Brasília: CFEMEA: IWHC, Fundação H.Boll, Fundação Ford, 2009.124p. Coleção 20 anos de cidadania e feminismo. Disponível em: [http://www.bibliotecadigital.abong.org.br/bitstream/handle/11465/270/CFEMEA\\_saude\\_reprodutiva\\_das\\_mulheres.pdf?sequence=1](http://www.bibliotecadigital.abong.org.br/bitstream/handle/11465/270/CFEMEA_saude_reprodutiva_das_mulheres.pdf?sequence=1). Acesso em: 10 Fev. 2019.

CANÇADO, A. C. **Fundamentos teóricos da gestão social**. 2011. 313 p. Tese (Doutorado em Administração)-Universidade Federal de Lavras, Lavras, 2011. Disponível em: <http://repositorio.ufla.br/jspui/handle/1/2753>. Acesso em: 8 maio 2021.

CARVALHO, Carlos E. A. de. **Judicialização e legitimidade democrática**. Jus Navigandi, Teresina, ano 15, n. 2620, 3 set. 2010 . Disponível em: <http://jus.com.br/revista/texto/17325>. Acesso em: 14 fev. 2013. p. 01.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde: Comentários à Lei Orgânica da Saúde**. 2. ed. São Paulo: Unicamp, 2006.

CASTELLS, Manuel. **A sociedade em rede**. São Paulo : Paz e Terra, 1999. v.1.

CASTRO, K. R. T. R. de. **Os juízes diante da judicialização da saúde: o NAT como instrumento de aperfeiçoamento das decisões judiciais na área da saúde**. 2012. 85f. Dissertação (Mestrado Profissional em Poder Judiciário) Fundação Getúlio Vargas – FGV Direito Rio, Rio de Janeiro, RJ, 2012. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10438/9769>. Acesso em: 8 maio 2021.

CENTRO DE REFERENCIA EM SAUDE DO TRABALHADOR. **Saúde do trabalhador no SUS, Programa de saúde dos trabalhadores da zona norte**. Vigilância em saúde, 20 anos do SUS- SP. 2008.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.358, de 11 de novembro 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. Diário Oficial da União, de 19 de novembro. 1992. Seção I, p.16.053. Disponível em: [https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1992/1358\\_1992.pdf](https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1992/1358_1992.pdf). Acesso em: 8 maio 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.121, de 16 de julho de 2015**. Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida [...]. Diário Oficial da União, de 24 de setembro. 2015. Seção I, p. 117. Disponível em: [https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2015/2121\\_2015.pdf](https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2015/2121_2015.pdf). Acesso em: 8 maio 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.168, de 21 de setembro de 2017**. Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida [...]. Diário Oficial da União, de 10 de novembro. 2017. nº 216, Seção 1, p. 73-74. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=10/11/2017&jornal=515&pagina=73>. Acesso em: 8 maio 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.283, de 1º 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. Diário Oficial da União, de 27 de novembro. 2020. nº 227, Seção 1, p. 391. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=27/11/2020&jornal=515&pagina=391>. Acesso em: 8 maio 2021.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Corregedoria Nacional de Justiça. **Provimento CNJ nº 52, de 14 de março de 2016**. Dispõe sobre o registro de nascimento e emissão da respectiva certidão dos filhos havidos por reprodução assistida. Diário da Justiça eletrônico, de 15 de março. 2015. nº 43, p. 10-11. Disponível em: [https://atos.cnj.jus.br/files//provimento/provimento\\_52\\_14032016\\_19032018105533.pdf](https://atos.cnj.jus.br/files//provimento/provimento_52_14032016_19032018105533.pdf). Acesso em: 8 maio 2021.

CRUZ, L. A. R. Direito à saúde: de norma programática a direito individual exigível. **Revista SJRJ**, Rio de Janeiro, v.19, n.34, p.119-132, 2012. Disponível em: <https://www.jfrj.jus.br/sites/default/files/revista-sjrrj/arquivo/347-1430-1-pb.pdf>. Acesso em 8 maio 2021.

CUNHA ET AL. **Infertilidade: associação com transtornos mentais comuns e a importância do apoio social**. Revista Psiquiatria/ RS. 2008;30(3):201-210. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/d739/9b80c3ecf6eca22d1ec0d93b9bbf7d37074e.pdf>. Acesso em: 10 mar.2020.

CUNHA, J. R. A. O princípio da proibição do retrocesso social como norte para o desenvolvimento do direito à saúde no Brasil. *In: Circuito de Debates Acadêmicos*, 2011, Brasília. **Anais...** Brasília, 2011. p. 1-18. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/code2011/chamada2011/pdf/area8/area8-artigo3.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2016.

DEPAT-SEBAG, Valerie. **Direito e bioética**. Lisboa: Píaget, 2012. v.1.

DE RESENDE, Roberto F. **Desmistificando a barriga de aluguel: aspectos jurídicos da gestação de substituição no Brasil e nos EUA**. Editora Autografia, 2021.

DEZIDÉRIO, Diego; MORAES, Carlos A. **As consequências jurídicas da reprodução assistida**. V Mostra Interna de Trabalhos de Iniciação Científica 26 a 29 de outubro de 2010.

- Disponível em: [https://www.unicesumar.edu.br/mostra-2010/wp-content/uploads/sites/94/2016/07/diego\\_deziderio.pdf](https://www.unicesumar.edu.br/mostra-2010/wp-content/uploads/sites/94/2016/07/diego_deziderio.pdf). Acesso em: 06 mai 2021
- DINIZ, Maria Helena. O estado atual do Biodireito, 8ª ed. São Paulo:Saraiva, 2010.
- ENDRES, Gabrielle Cristina. **A efetivação do direito à saúde no Brasil**. Disponível em: <http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/handle/123456789/3535>. Acesso em: 23 jun.2016
- FABRIZ, D. C. **Bioética e direitos fundamentais: a bioconstrução como paradigma ao biodireito**. Belo Horizonte: Mandamentos, 2003.
- FAMILIES THROUGH SURROGACY. **Surrogacy Costs**. (site). Disponível em: <http://www.familiesthrusurrogacy.com/surrogacy-costs/>. Acesso em: 14 mar. 2020.
- FARIA, H. P.; WERNECK, M. A. F.; SANTOS, P. F.; TEIXEIRA, P. F. **Processo de trabalho em saúde** - Módulo Núcleo de educação em Saúde da faculdade de medicina (NESCON) - Universidade federal de Minas Gerais, 2. ed. Editora Coopmed, 2009.
- FERNANDES, Silvia da Cunha. **As técnicas de reprodução humana assistida e a necessidade de sua regulamentação jurídica**. Rio de Janeiro:Renovar,2005.
- FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. (Apostila.). Fortaleza: UEC, 2002.
- GASKELL, G.. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (orgs.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 64-89.
- GIBBS, G. Começando a trabalhar com análise qualitativa de dados com uso de computador. In: GIBBS, G. (ed.). **Análise de dados qualitativos**. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 135-156. (Coleção pesquisa qualitativa).
- GIBBS, G. R.; MANGABEIRA, W. C.; FRIESE, S. O uso da tecnologia em pesquisas qualitativas. **Forum Qualitative Sozialforschung**, v. 3, n. 2, p. 1-15, 2002. Disponível em: <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/2-02/2-02hrsg-e.pdf>. Acesso em: 8 maio 2021
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- GOLÇALVES, Carlos Roberto. **Direito Civil Brasileiro: Direito de família**. 9º ed. São Paulo: Saraiva. 2012.
- GRACIA, Diego. **Fundamentos de bioética**. Madri: Eudema, 1989.
- GRACIA, D. Enfoque geral da bioética. In: VIDAL, M. (org.). **Ética teológica: conceitos fundamentais**. Petrópolis: Vozes, 1999.
- GREGORY and STUART; PAUL and ROBERT. **Comparing Economic Systems in the Twenty-First Century**. 7th ed. [S.l.]: George Hoffman,2004. p. 538. Economia de Mercado: Economia na qual os fundamentos da oferta e da demanda fornecem sinais sobre a utilização de recursos.

HRYNIEWICZ, Severo; SAUWEN, R. Fiuza. **O direito “in vitro”: da bioética ao biodireito**. 3.ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008, p. 108.

INSPER. **Judicialização da saúde dispara e já custa R\$ 1,3 bi à União**. Disponível em <https://www.insper.edu.br/conhecimento/direito/judicializacao-da-saude-dispara-e-ja-custa-r-13-bi-a-uniao>. Acesso em 12 fev 2020.

KRELL, Olga Gilbert. **Reprodução assistida e filiação civil: princípios éticos e jurídicos**. Curitiba: Juruá, 2009.

LEWINS, A.; SILVER, C. **Usando Software em Pesquisa Qualitativa: um guia passo a passo**. 2. ed. Publicações Sages, 2014.

MACIEL, Herison Bezerra. **Ferramentas e criação de chatbot - Maciel o robô acadêmico**. 2019. 40 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Engenharia de Software) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Russas, Russas, 2019. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/43424>. Acesso em: 12 abr.2020.

MARCHETTO, P. B. A importância da bioética e do biodireito na sociedade atual. **Revista Âmbito Jurídico**, n. 69, 2009. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/edicoes/revista-69/a-importancia-da-bioetica-e-do-biodireito-na-sociedade-atual/>. Acesso em: 10 jun. 2020.

MASSARO, A. C. Pedrosa. **Baby business: a indústria internacional da ‘barriga de aluguel’ sob a mira da convenção da haia**. Revista do Instituto do Direito Brasileiro, RIDB. Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa .Ano 3 (2014), nº 5. Disponível em: [http://www.cidp.pt/revistas/ridb/2014/08/2014\\_08\\_05767\\_05806.pdf](http://www.cidp.pt/revistas/ridb/2014/08/2014_08_05767_05806.pdf). Acesso em: 10 abr.2020.

MATTOS, J. Metello. **A sociedade do conhecimento**. Brasília : UnB, 1982. 512 p.

MATTOS, R. A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Revista Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v. 13, n. 1, p. 771-780, set. 2009.

MEIRELLES, Jussara Maria L. de. **Filhos da reprodução Assistida**. In PEREIRA, Rodrigo da Cunha (Coord). **Família e cidadania - o novo CCB e a vacatio legis**. Belo Horizonte:IBDFAM/Del Rey, 2002.

MELO, Helena. **Manual de biodireito**.Coimbra:Almedina,2008.

MENDES, A. M. (org.). **Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método, pesquisas**.São Paulo: Casa do Psicólogo. 2007.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-349, 1991. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2977.pdf>. Acesso em: 8 maio 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema Único de Saúde (SUS), princípios e conquistas**. Brasília: MS, 2000. 44 p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_principios.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf). Acesso em: 8 maio 2021.

MONTALDE, Gabriel Moraes. **Inseminação artificial caseira : reflexões sobre um uso não regulamentado e seus efeitos**. Coleções Ciências Jurídicas. Acervo Digital da UFPR - Biblioteca Digital. Disponível em: <https://www.acervodigital.ufpr.br/handle/1884/71184>. Acesso em: 03 abr 2021

MORAES, A. de. **Direito constitucional**. 23. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MOURA, JÚLIA P. S. **Mutações no conceito de família provocadas pelas relações sociais**. Monografia Jurídica da Escola de Direito e Relações Internacionais – PUCGOIÁS, 2020.

OLIVEIRA, D. C. A. de; BORGES JUNIOR, E. **Reprodução Assistida: até onde podemos chegar?** Compreendendo a ética e a lei. São Paulo: Gaia, 2000.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Paris: ONU, 1948. 7 p. Disponível em: <https://brasil.un.org/sites/default/files/2020-09/por.pdf>. Acesso em: 8 maio 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF. **Convenção sobre os Direitos da Criança**. 20 de novembro de 1989. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/convencao-sobre-os-direitos-da-crianca>. Acesso em: 8 maio 2021.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Convenção Americana sobre Direitos Humanos, de 22 de novembro. 1969. Disponível em: [https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/c.convencao\\_america.htm](https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/c.convencao_america.htm). Acesso em: 8 maio 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)**. Nova Iorque. 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 8 maio 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Infertility** [Portal da OMS]. Publicado em 14 set. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>. Acesso em: 8 maio 2021.

PAGAN, Manuela. **Tratamentode infertilização pelo SUS: como fazer a reprodução assistida gratuitamente**, [S.I], 2016. Disponível em: <https://www.vix.com/pt/bdm/saude/tratamento-de-infertilidade-pelo-sus-como-fazer-reproducao-assistida-gratuitamente>. Acesso em: 08 abr 2020

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para compreensão crítica**. 2007. 300 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10376/1/5555555555.pdf>. Acesso em: 8 maio 2021.

PEGORARO, O. A. **Ética e Bioética: da subsistência à existência**. Petrópolis: Vozes, 2010.

PELLEGRINO, E. D. **Profissionalismo, profissão e virtudes do bom médico**. Mt Sinai: J Med, 2002.

PEREIRA, Valéria Fernandes. Introdução ao estudo do Direito e da Hermenêutica Jurídica. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/edicoes/revista-75/introducao-ao-estudo-do-direito-eda-hermeneutica-juridica/>. Acesso em: 03 mar. 2021.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. de P. **Problemas atuais de bioética**. São Paulo: Loyola, 2002.

PINHEIRO NETO, O. **O direito à reprodução humana assistida: da teoria à concretização judicial**, 1. ed. Curitiba: Juruá, 2012.

POTTER. **Bioethics: the science of survival, in Perspectives in Biology and Medicine**. NY, 1970.

POTTER. **Bioethics: Bridge to the Future**. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall Pub., 1971.

SANTOS, A. de Oliveira; LOPES, S. L. Tolêdo. **Coletânea direito à saúde: Dilemas do fenômeno da judicialização da saúde**. Disponível em: [https://www.google.com.br/books/edition/Colet%C3%A2nea\\_direito\\_%C3%A0\\_sa%C3%B Ade\\_Dilemas\\_do/Kd72xwEACAAJ?hl=pt-BR](https://www.google.com.br/books/edition/Colet%C3%A2nea_direito_%C3%A0_sa%C3%B Ade_Dilemas_do/Kd72xwEACAAJ?hl=pt-BR). Acesso em: 18 mar. 2018.

SARLET, I. W. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988. **Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado**, Salvador, n.11, p.1-17, 2007. Disponível em: <http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/direito/article/view/2433/1659>. Acesso em: 10 jun. 2016.

SARLET, I. W. **Direitos fundamentais sociais: estudos de direito constitucional, internacional e comparado**. Rio de Janeiro: renovar, 2003.

SARLET, I. W.; FIGUEIREDO, M. F. Reserva do possível, mínimo existencial direito à saúde: algumas aproximações. **Direitos Fundamentais e Justiça**, v. 1, n. 1, p. 171-213, 2007. Disponível em: <http://dfj.emnuvens.com.br/dfj/article/view/590/73>. Acesso em: 3 jun. 2016.

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

SCHWARTZ, G. A. D. Direito à saúde: abordagem sistêmica, risco e democracia. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, SP, v. 2, n. 1, p. 27-38, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v2i1p27-38>. Acesso em: 8 maio 2021.

SCHWARTZ, G. A. D. **Direito à saúde: efetivação em uma perspectiva sistêmica**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, vol.17, n.1, p. 29-41, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>. Acesso em: 8 maio 2021.

SERQUEIRA, Regianny do N. **A omissão da legislação brasileira sobre reprodução assistida e inseminação artificial caseira e a responsabilidade jurídica do doador de sêmen.** Artigo científico apresentado ao curso de Direito da Faculdade Doctum de Vitória, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Direito. Vitória-ES, 2019. Disponível em: <https://dspace.doctum.edu.br/handle/123456789/>. Acesso em: 10 junho 2021.

SERRANO, M. A. de M. **O Sistema Único de Saúde e suas diretrizes constitucionais.** São Paulo: Verbatim, 2009.

SIFRIS, Ronli. **Commercial surrogacy and the human right to autonomy.** Journal of law and medicine, n. 23, n. 2, p. 365-377, 2015.

SILVA, F. A. N. Gestação de substituição: direito a ter um filho. **Revista de Ciências Jurídicas e Sociais**, Guarulhos, v. 1, n. 1, p. 50-67, 2011. Disponível em: <http://revistas.ung.br/index.php/cienciasjuridicasocias/article/view/914/894>. Acesso em: 8 maio 2021.

SILVEIRA, A. M. **Saúde do Trabalhador.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. 96p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1771.pdf>. Acesso em: 8 maio 2021.

SIQUEIRA, D. P. **O direito fundamental à saúde: dos Direitos Humanos à Constituição de 1988.** Portal Âmbito Jurídico, publicado em 30 de junho. 2008. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-constitucional/o-direito-fundamental-a-saude-dos-direitos-humanos-a-constituicao-de-1988/>. Acesso em: 8 maio 2021.

SOUZA, Izabela Ribeiro de; CUNHA, Mariana Swerts. **Reprodução assistida: análise das consequências jurídicas da utilização da inseminação artificial caseira.** Publicar-e : ebook dos resumos dos trabalhos de conclusão de curso do 2º semestre de 2019 das Faculdades Kennedy e Promove. 3. ed. Belo Horizonte: NPP, Faculdades Promove e Faculdades Kennedy, 2019. 100 p. Disponível em: [http://www.kennedy.br/arquivos\\_up/documentos/c9a07a1710a2683c6a0e885ceca199fa.pdf#page=6](http://www.kennedy.br/arquivos_up/documentos/c9a07a1710a2683c6a0e885ceca199fa.pdf#page=6). Acesso em: 03 abr 2021.

SOUZA, Karla K. P. Caetano; ALVES, Oslania de Fátima. **As principais técnicas de reprodução humana assistida.** SAÚDE & CIÊNCIA EM AÇÃO. Revista Acadêmica do Instituto de Ciências da Saúde. v.2, n.01: Jan-Julho, 2016.

SOUZA, Marise C. de. **As técnicas de reprodução humana assistida. A barriga de aluguel.** A definição da maternidade e da paternidade. Bioética. Revista da EMERj, Rio de Janeiro, v.13, n°50, 2010, p. 348-367. Disponível em: <http://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerjonline/edicoes/>. Acesso em 12/05/2020.

Tema envolve demanda legítima de direitos e disputa pela alocação de recursos na sociedade. 2019. Disponível em: <https://www.insper.edu.br/conhecimento/direito/judicializacao-da-saude-dispara-e-ja-custa-r-13-bi-a-uniao/>. Acesso em: 12 jan. 2020.

TORRES, R. L. **O mínimo existencial e os direitos fundamentais.** Revista Direito Administrativo, Rio de Janeiro, v. 177, p. 29-49, 1989. Disponível em: <https://doi.org/10.12660/rda.v177.1989.46113>. Acesso em: 3 jun. 2016.

VENOSA, S. de S. **Direito Civil**. 7. ed. São Paulo: Editora Atlas S.A. 2007. (v. 6: direito de família).

VERISSIMO, M. P. A Constituição de 1988, vinte anos depois: Suprema Corte e Ativismo Judicial à Brasileira. **Revista Direito FGV**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 407-440, 2008.  
Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1808-24322008000200004>. Acesso em: 8 maio 2021.

VIDAL, M. (org). **Ética cristã**. São Paulo: Paulus, 2005. p. 231-232.

VIEIRA, J. R.; CAMARGO, M. M. L.; SILVA, A. G. da. O Supremo Tribunal Federal como arquiteto institucional: a judicialização da política e o ativismo judicial. **Versus: Revista de Ciências Sociais aplicadas do CCJE**, v. 1, n. 2, p. 76–84, 2009.

WEFFORT, F. **Revista fazendo história**. São Paulo: Ática, 1991.

**APÊNDICE A – PROPOSTA DE PROJETO DE LEI INCLUINDO O TEMA DA REPRODUÇÃO ASSISTIDA E AS QUESTÕES QUE ENVOLVEM A “BARRIGA DE ALUGUEL”, COMO OBRIGATÓRIO SEU ATENDIMENTO NO ÂMBITO DO SUS**

Como contribuição, ao final deste trabalho, apresento uma proposta para incluir ao Projeto de Lei a reprodução assistida e as questões que envolvem a “barriga de aluguel”, sendo obrigatório seu atendimento no âmbito do SUS, como adendo aos assuntos aos Projetos de Lei nº 7.591 (BRASIL, 2017); nº 9.403 (BRASIL, 2017), nº 1.218 (BRASIL, 2020) e nº 4.178 (BRASIL, 2020), este último de autoria do Sr. Deputado Federal Deuzinho Filho - REPUBLICANOS/CE, apresentado no dia 12 de agosto de 2020, cuja tramitação encontra-se na seguinte situação: em 15 de dezembro de 2020, proposição sujeita à apreciação do plenário e seu regime de tramitação é dado como de prioridade, segundo o Art. 151, II, do Regulamento Interno da Câmara dos Deputados.

Antes da apresentação da proposta, segue evolução ao longo dos anos sobre o tema em questão, demonstrando que o assunto não é novo e urge a necessidade de termos uma lei que regule o assunto.

Quadro 4 - Evolução ao longo dos anos dos Projetos de Lei sobre a Reprodução Assistida.

<b>Projeto de Lei nº</b>	<b>Ementa</b>
4.664/2001	Dispõe sobre a proibição ao descarte de embriões humanos fertilizados “in vitro”, determina a responsabilidade sobre os mesmos e dá outras providências.
4.665/2001	Dispõe sobre a autorização da fertilização humana, “in vitro” para os casais comprovadamente incapazes de gerar filhos pelo processo natural de fertilização e dá outras providências.
6.296/2002	Proíbe a fertilização de óvulos humanos com material genético proveniente de células de doador do gênero feminino.
120/2003	Dispõe sobre a investigação de paternidade de pessoas nascidas de técnicas de reprodução assistida.
4.686/2004	Introduz art. 1.597-A à Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002, que institui o Código Civil, assegurando o direito ao conhecimento  Da origem genética do ser gerado a partir de reprodução assistida, disciplina a sucessão e o vínculo parental, nas

<b>Projeto de Lei nº</b>	<b>Ementa</b>
	condições que menciona.
4.889/2005	Estabelece normas e critérios para o funcionamento de Clínicas de Reprodução Humana.
5.624/2005	Cria Programa de Reprodução Assistida no Sistema Único de Saúde e dá outras providências.
3.067/2008	Altera a Lei Nr 11.105, de 24 de março de 2005.
7.701/2010	Dispõe sobre a utilização post mortem de sêmen do marido ou companheiro
3.977/2012	Dispõe sobre o acesso às técnicas de preservação de gametas e Reprodução Assistida aos pacientes em idade reprodutiva submetidos a tratamento de câncer.
7.591/2017	Acrescenta parágrafo único ao art. 1.798 da Lei Nr 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil), para conferir capacidade para suceder aos concebidos com o auxílio de técnica de reprodução assistida após a abertura da sucessão.
9.403/2017	Modifica a redação do art. 1.798 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002.
1.218/2020	Altera a redação do art. 1.798 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002, para estabelecer direito à sucessão de filho gerado por meio de inseminação artificial após a morte do autor da herança.
4.178/2020	Modifica a redação do art. 1.798 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 para estabelecer o direito a sucessão de filho gerado por meio de inseminação artificial após a morte do autor da herança.
<b><i>PL PROPOSTO</i></b>	<b><i>Estabelece o Programa de Reprodução Assistida e a maternidade substitutiva (“barriga de aluguel”) no Sistema Único de Saúde - SUS e dá outras providências.</i></b>

Fonte: elaboração própria (2021).

Seguindo as justificativas dos Projetos de Lei nº 7.591/2017, nº 9.403/2017, nº 1.218/2020 e nº 4.178/2020, segue na página seguinte o Projeto de Lei proposto como contribuição da pesquisa realizada.

**PROJETO DE LEI Nº \_\_\_, DE \_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 2021.**

Modifica a redação do art. 1.798 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 para estabelecer o direito a sucessão de filho gerado por meio de inseminação artificial após a morte do autor da herança e estabelece o Programa de Reprodução Assistida e a maternidade substitutiva - (“barriga de aluguel”) no Sistema Único de Saúde e dá outras providências.

**O CONGRESSO NACIONAL** decreta:

**Art. 1º** Esta Lei estabelece o direito à sucessão de filho gerado por meio de inseminação artificial após a morte do autor da herança.

**Art. 2º** O art. 1.798 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 1.798. Legitimam-se a suceder as pessoas nascidas ou já concebidas no momento da abertura da sucessão bem como os filhos gerados por meio de inseminação artificial após a morte do autor da herança, desde que:

I – os cônjuges ou companheiros expressem sua vontade, por escrito, quanto ao destino que será dados aos embriões, em caso de divórcio, doenças graves ou de falecimento de um deles ou de ambos, e quando desejam doá-los, através:

- a) Testamento público; ou
- b) Testamento particular; ou
- c) Documento assinado em clínica, centros ou serviços de reprodução humana, serviços médicos hospitalares, todos devidamente cadastrados e reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina ou Conselhos Regionais de Medicina.

II – nos casos de necessidade de gestação em útero diverso a um dos cônjuges, será obedecido o disposto na legislação vigente ou na Resolução do Conselho Federal de Medicina ou determinação judicial.

**Art. 3º** Estabelece o Programa de Reprodução Assistida e a maternidade substitutiva (“barriga de aluguel”) no Sistema Único de Saúde – SUS, quando a mulher não possui condições suficientes para sustentar o embrião, podendo o casal aderir a chamada barriga solidária (sem fins lucrativos) e permitindo, também, o uso das técnicas de RA, no âmbito do SUS, para heterossexuais, homoafetivos e transgêneros.

**Art. 4º.** Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

## JUSTIFICAÇÃO

A reprodução humana desde algum tempo tem inovado com o surgimento de várias técnicas de reprodução. Casais antes impossibilitados de terem filhos biológicos, vislumbram a possibilidade da paternidade sonhada. Isto é possível através da reprodução assistida, porém, nem a sociedade nem a comunidade jurídica estavam preparados para este avanço, pois o direito não acompanha a velocidade com que a ciência revoluciona a história da humanidade.

O surgimento de inusitadas demandas exige que o legislador, também encontre soluções jurídicas compatíveis com os fatos sociais e com o sistema normativo em vigor.

A reprodução humana assistida conta com um conjunto de operações para unir, artificialmente, os gametas feminino e masculino, dando origem a um ser humano. As suas técnicas variam bastante, entre elas temos: a inseminação artificial (IA), a fecundação “in vitro” (FIVTE), a transferência de embriões (TE), a transferência intratubária de gametas (TIG), a injeção intracitoplasmática do espermatozoide, a transferência de citoplasma, a fecundação sem espermatozoides e o congelamento de embriões.

As mulheres que não conseguiam gerar filhos de forma natural, passaram a buscar uma solução científica para essa infertilidade, tornando-se assim, adeptas dos procedimentos de reprodução assistida, em especial a maternidade de substituição, popularmente conhecida por “barriga solidária ou barriga de aluguel”. Hoje em dia esta solução também é procurada por casais homoafetivos (OLIVEIRA; BORGES JÚNIOR, 2000, p.74).

O ser humano sempre buscou na ciência o auxílio para a cura de diversas doenças, e não poderia ser diferente em relação a infertilidade. Inúmeros procedimentos foram criados pelos cientistas visando reverter essa deficiência, como os já supracitados.

Quando a mulher não possui condições suficientes para sustentar o embrião, o casal pode aderir a chamada barriga solidária. Esse procedimento se dá com a fertilização in vitro do óvulo da mãe com os espermatozoides do pai, posteriormente esse embrião será implantado diretamente no útero de uma doadora, que servirá como uma espécie de uma estufa para o crescimento e desenvolvimento desse embrião. Anos atrás, apenas parentes de primeiro grau da mulher poderiam fazer a doação do útero, porém, a nova regulamentação de 2015 permite que os parentes de até 4º grau também doem o útero, sempre em caráter não oneroso. Estima-se que as chances de sucesso na técnica de doação de útero têm variação conforme a idade da mulher, podendo alcançar até 50% (cinquenta por cento) (OLIVEIRA; BORGES JÚNIOR, 2000, p.75).

Esta lei deverá seguir o que preconiza a Resolução CFM nº 2.294/2021(Publicada no D.O.U. de 15 de junho de 2021, Seção I, p. 60), que 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 revogando a Resolução CFM nº 2.168, publicada no D.O.U. de 10 de novembro de 2017, Seção I, p. 73.

### REFERÊNCIAS

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.168, de 21 de setembro de 2017**. Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida [...]. Diário Oficial da União, de 10 de novembro. 2017. nº 216, Seção 1, p. 73-74. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=10/11/2017&jornal=515&pagina=73>. Acesso em: 8 maio 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.283, de 1º 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. Diário Oficial da União, de 27 de novembro. 2020. nº 227, Seção 1, p. 391. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=27/11/2020&jornal=515&pagina=391>. Acesso em: 8 maio 2021.

OLIVEIRA, D. C. A. de; BORGES JUNIOR, E. **Reprodução Assistida: até onde podemos chegar? Compreendendo a ética e a lei**. São Paulo: Gaia, 2000.

**ANEXO A – RESOLUÇÃO CFM Nº 2.168, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017****DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO**

Publicado em: 10/11/2017 | Edição: 216 | Seção: 1 | Página: 73

**Órgão: Entidades de Fiscalização do Exercício das Profissões Liberais/CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA****RESOLUÇÃO Nº 2.168, DE 21 DE SETEMBRO 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, publicada no D.O.U. de 24 de setembro de 2015, Seção I, p. 117.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pelo Decreto nº 6.821, de 14 de abril de 2009, e associada à Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013, e ao Decreto nº 8.516, de 10 de setembro de 2015, CONSIDERANDO a infertilidade humana como um problema de saúde, com implicações médicas e psicológicas, e a legitimidade do anseio de superá-la;

CONSIDERANDO o aumento das taxas de sobrevivência e cura após os tratamentos das neoplasias malignas, possibilitando às pessoas acometidas um planejamento reprodutivo antes de intervenção com risco de levar à infertilidade;

CONSIDERANDO que as mulheres estão postergando a maternidade e que existe diminuição da probabilidade de engravidarem com o avanço da idade;

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

CONSIDERANDO que o pleno do Supremo Tribunal Federal, na sessão de julgamento de 5 de maio de 2011, reconheceu e qualificou como entidade familiar a união estável homoafetiva;

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

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na sessão plenária do Conselho Federal de Medicina realizada em 21 de setembro de 2017, resolve:

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

Art. 2º Revogar a Resolução CFM nº 2.121, publicada no D.O.U. de 24 de setembro de 2015, Seção I, p. 117 e demais disposições em contrário.

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

**CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA**  
**LIMA**

Presidente do Conselho

**HENRIQUE BATISTA E SILVA**  
Secretário-Geral

## ANEXO

### 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 na resolução dos problemas de reprodução humana, facilitando o processo de procriação.

2. As técnicas de RA podem ser utilizadas na preservação social e/ou oncológica de gametas, embriões e tecidos germinativos.

3. 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.

§ 1º A idade máxima das candidatas à gestação por técnicas de RA é de 50 anos.

§ 2º As exceções a esse limite serão aceitas baseadas em critérios técnicos e científicos fundamentados pelo médico responsável quanto à ausência de comorbidades da mulher e após

esclarecimento ao(s) candidato(s) quanto aos riscos envolvidos para a paciente e para os descendentes eventualmente gerados a partir da intervenção, respeitando-se a autonomia da paciente.

4. O consentimento livre e esclarecido será obrigatório para todos os pacientes submetidos às técnicas de RA. Os aspectos médicos envolvendo a totalidade das circunstâncias da aplicação de uma técnica de RA serão detalhadamente expostos, bem como os resultados obtidos naquela unidade de tratamento com a técnica proposta. As informações devem também atingir dados de caráter biológico, jurídico e ético. O documento de consentimento livre e esclarecido será elaborado em formulário especial e estará completo com a concordância, por escrito, obtida a partir de discussão bilateral entre as pessoas envolvidas nas técnicas de reprodução assistida.

5. As técnicas de RA não podem ser aplicadas com a intenção de selecionar o sexo (presença ou ausência de cromossomo Y) ou qualquer outra característica biológica do futuro filho, exceto para evitar doenças no possível descendente.

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

7. Quanto ao número de embriões a serem transferidos, fazem-se as seguintes determinações de acordo com a idade: a) mulheres até 35 anos: até 2 embriões; b) mulheres entre 36 e 39 anos: até 3 embriões; c) mulheres com 40 anos ou mais: até 4 embriões; d) nas situações de doação de oócitos e embriões, considera-se a idade da doadora no momento da coleta dos oócitos. O número de embriões a serem transferidos não pode ser superior a quatro.

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

## II - PACIENTES DAS TÉCNICAS DE RA

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

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

3. É permitida a gestação compartilhada em união homoafetiva feminina em que não exista infertilidade. 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.

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

As clínicas, centros ou serviços que aplicam técnicas de RA são responsáveis pelo controle de doenças infectocontagiosas, pela coleta, pelo manuseio, pela conservação, pela distribuição, pela transferência e pelo descarte de material biológico humano dos pacientes das técnicas de RA. Devem apresentar como requisitos mínimos:

1. Um diretor técnico (obrigatoriamente um médico registrado no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição) com registro de especialista em áreas de interface com a RA, que será responsável por todos os procedimentos médicos e laboratoriais executados;

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

3. Um registro permanente dos exames laboratoriais a que são submetidos os pacientes, com a finalidade precípua de evitar a transmissão de doenças;

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

### IV - DOAÇÃO DE GAMETAS OU EMBRIÕES

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

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

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

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

5. As clínicas, centros ou serviços onde são feitas as doações devem manter, de forma permanente, um registro com dados clínicos de caráter geral, características fenotípicas e uma amostra de material celular dos doadores, de acordo com legislação vigente.

6. Na região de localização da unidade, o registro dos nascimentos evitará que um(a) doador(a) tenha produzido mais de duas gestações de crianças de sexos diferentes em uma área de um milhão de habitantes. Um(a) mesmo(a) doador(a) poderá contribuir com quantas gestações forem desejadas, desde que em uma mesma família receptora.

7. A escolha das doadoras de oócitos é de responsabilidade do médico assistente. Dentro do possível, deverá garantir que a doadora tenha a maior semelhança fenotípica com a receptora.

8. Não será permitido aos médicos, funcionários e demais integrantes da equipe multidisciplinar das clínicas, unidades ou serviços participar como doadores nos programas de RA.

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

#### V- CRIOPRESERVAÇÃO DE GAMETAS OU EMBRIÕES

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

2. 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.

3. No momento da criopreservação, os pacientes devem manifestar sua vontade, por escrito, quanto ao destino a ser dado aos embriões criopreservados em caso de divórcio ou dissolução de união estável, doenças graves ou falecimento de um deles ou de ambos, quando desejam doá-los.

4. Os embriões criopreservados com três anos ou mais poderão ser descartados se esta for a vontade expressa dos pacientes.

5. Os embriões criopreservados e abandonados por três anos ou mais poderão ser descartados.

Parágrafo único: Embrião abandonado é aquele em que os responsáveis descumpriram o contrato pré-estabelecido e não foram localizados pela clínica.

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

1. As técnicas de RA podem ser aplicadas à seleção de embriões submetidos a diagnóstico de alterações genéticas causadoras de doenças - podendo nesses casos ser doados para pesquisa ou descartados, conforme a decisão do(s) paciente(s) devidamente documentada em consentimento informado livre e esclarecido específico.

2. As técnicas de RA também podem ser utilizadas para tipagem do sistema HLA do embrião, no intuito de selecionar embriões HLA-compatíveis com algum irmão já afetado pela doença e cujo tratamento efetivo seja o transplante de células-tronco, de acordo com a legislação vigente.

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

## 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.

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

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

3.1. 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;

3.2. Relatório médico com o perfil psicológico, atestando adequação clínica e emocional de todos os envolvidos;

3.3. 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;

3.4. Compromisso, por parte do(s) paciente(s) contratante(s) de serviços de RA, de tratamento e acompanhamento médico, inclusive por equipes multidisciplinares, se necessário, à mãe que cederá temporariamente o útero, até o puerpério;

3.5. Compromisso do registro civil da criança pelos pacientes (pai, mãe ou pais genéticos), devendo esta documentação ser providenciada durante a gravidez;

3.6. Aprovação do cônjuge ou companheiro, apresentada por escrito, se a cedente temporária do útero for casada ou viver em união estável.

## VIII - REPRODUÇÃO ASSISTIDA POST-MORTEM

É permitida 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.

#### IX- DISPOSIÇÃO FINAL

Casos de exceção, não previstos nesta resolução, dependerão da autorização do Conselho Regional de Medicina da jurisdição e, em grau recursal, ao Conselho Federal de Medicina.

**CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA**

Presidente do Conselho

*Este conteúdo não substitui o publicado na versão certificada.*



Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19405123/do1-2017-11-10-resolucao-n-2-168-de-21-de-setembro-de-2017](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19405123/do1-2017-11-10-resolucao-n-2-168-de-21-de-setembro-de-2017). Acesso em: 8 maio 2021.

**ANEXO B – RESOLUÇÃO CFM Nº 2.283, DE 1º DE OUTUBRO DE 2020****DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO**

Publicado em: 27/11/2020 | Edição: 227 | Seção: 1 | Página: 391

**Órgão: Entidades de Fiscalização do Exercício das Profissões Liberais/Conselho Federal de Medicina**

**RESOLUÇÃO CFM Nº 2.283, DE 1º 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.

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

CONSIDERANDO que o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da atuação médica em toda a República e, ao mesmo tempo, disciplinadores da atividade médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho técnico e moral da medicina, nos termos dos arts. 2º e 15, alínea "h", da Lei nº 3.268/1957;

CONSIDERANDO a necessária observância do princípio da isonomia, insculpido na Constituição Federal (art. 5º, caput);

CONSIDERANDO a autonomia profissional do médico, nos termos do inciso VII do Capítulo I, "Princípios fundamentais", do Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018);

CONSIDERANDO a atual redação da Resolução CFM nº 2.168/2017; e

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária desta autarquia em 1º de outubro de 2020, resolve:

Art. 1º Alterar a redação do item 2 do inciso II, "Pacientes das técnicas de RA", da Resolução CFM nº 2.168/2017, publicada no DOU de 10 de novembro de 2017, Seção I, p. 73, que passará a ser a seguinte:

II. (...)

2. É permitido o uso das técnicas de RA para heterossexuais, homoafetivos e transgêneros.

Art. 2º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

**MAURO LUIZ DE BRITTO RIBEIRO**

Presidente do Conselho

**DILZA TERESINHA AMBRÓS**

**RIBEIRO**

Secretária-Geral

*Este conteúdo não substitui o publicado na versão certificada.*



Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-cfm-n-2.283-de-1-de-outubro-de-2020-290787995>. Acesso em: 8 maio 2021.

**ANEXO C – PORTARIA GM/MS Nº 426, DE 22 DE MARÇO DE 2005****DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO**

Publicado em: 23/03/2005 | Seção: 1 | Página: 22

**Órgão: 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.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

CONSIDERANDO a necessidade de estruturar no Sistema Único de Saúde - SUS uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que permita atenção integral em reprodução humana assistida e melhoria do acesso a esse atendimento especializado;

CONSIDERANDO que a assistência em planejamento familiar deve incluir a oferta de todos os métodos e técnicas para a concepção e a anticoncepção, cientificamente aceitos, de acordo com a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar;

CONSIDERANDO que, segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS e sociedades científicas, aproximadamente, 8% a 15% dos casais têm algum problema de infertilidade durante sua vida fértil, sendo que a infertilidade se define como a ausência de gravidez após 12 (doze) meses de relações sexuais regulares, sem uso de contracepção;

CONSIDERANDO que as técnicas de reprodução humana assistida contribuem para a diminuição da transmissão vertical e/ou horizontal de doenças infecto-contagiosas, genéticas, entre outras;

CONSIDERANDO a necessidade de estabelecer mecanismos de regulação, fiscalização, controle e avaliação da assistência prestada aos usuários; e

CONSIDERANDO a necessidade de estabelecer os critérios mínimos para o credenciamento e a habilitação dos serviços de referência de Média e Alta Complexidade em reprodução humana assistida na rede SUS,

RESOLVE:

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.

Art. 2º Determinar que a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida seja implantada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, permitindo:

I - organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação) que perpassa todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a atenção por intermédio de equipe multiprofissional, com atuação interdisciplinar;

II - identificar os determinantes e condicionantes dos principais problemas de infertilidade em casais em sua vida fértil, e desenvolver ações transitoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade;

III - definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços que realizam os procedimentos e técnicas de reprodução humana assistida, necessários à viabilização da concepção, tanto para casais com infertilidade, como para aqueles que se beneficiem desses recursos para o controle da transmissão vertical e/ou horizontal de doenças;

IV - fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos que visem ao estudo do custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como a incorporação tecnológica na área da reprodução humana assistida no Brasil;

V - promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e

VI - qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da Política de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, em conformidade com os princípios da integralidade e da Política Nacional de Humanização - PNH.

Art. 3º Definir que a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, de que trata o artigo 1º desta Portaria, seja constituída a partir dos seguintes componentes fundamentais:

I - Atenção Básica: é a porta de entrada para a identificação do casal infértil e na qual devem ser realizados a anamnese, o exame clínico-ginecológico e um elenco de exames complementares de diagnósticos básicos, afastando-se patologias, fatores concomitantes e qualquer situação que interfira numa futura gestação e que ponham em risco a vida da mulher ou do feto;

II – Média Complexidade: os serviços de referência de Média Complexidade estarão habilitados a atender aos casos encaminhados pela Atenção Básica, realizando acompanhamento psicossocial e os demais procedimentos do elenco deste nível de atenção, e aos quais é facultativa e desejável, a realização de todos os procedimentos diagnósticos e terapêuticos relativos à reprodução humana assistida, à exceção dos relacionados à fertilização in vitro; e

III - Alta Complexidade: os serviços de referência de Alta Complexidade estarão habilitados a atender aos casos encaminhados pela Média Complexidade, estando capacitados para realizar todos os procedimentos de Média Complexidade, bem como a fertilização in vitro e a inseminação artificial.

§ 1º A rede de atenção de Média e Alta Complexidade será composta por:

a) serviços de referência de Média e Alta Complexidade em reprodução humana assistida; e

b) serviços de Assistência Especializada - SAE que são de referência em DST/HIV/Aids.

§ 2º Os componentes descritos no caput deste artigo devem ser organizados segundo o Plano Diretor de Regionalização - PDR de cada unidade federada e segundo os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde.

Art. 4º A regulamentação suplementar e complementar do disposto nesta Portaria ficará a cargo dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, com o objetivo de regular a atenção em reprodução humana assistida.

§ 1º A regulação, a fiscalização, o controle e a avaliação das ações de atenção em reprodução humana assistida serão de competência das três esferas de governo.

§ 2º Os componentes do caput deste artigo deverão ser regulados por protocolos de conduta, de referência e de contra-referência em todos os níveis de atenção que permitam o aprimoramento da atenção, da regulação, do controle e da avaliação.

Art. 5º A capacitação e a educação permanente das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, deverão ser realizadas de acordo com as diretrizes do SUS e alicerçadas nos pólos de educação permanente em saúde.

Art.6º Determinar à Secretaria de Atenção à Saúde - SAS, isoladamente ou em conjunto com outras Secretarias do Ministério da Saúde, que adote todas as providências necessárias à plena estruturação da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, ora instituída.

Art. 7º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**HUMBERTO COSTA**

Ministro da Saúde

*Este conteúdo não substitui o publicado na versão certificada.*



Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria\\_426\\_ac.htm](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_426_ac.htm). Acesso em: 8 maio 2021.

**ANEXO D – PORTARIA GM/MS Nº 3.149, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2012**

---

**ADVERTÊNCIA**

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União

---

**Ministério da Saúde  
Gabinete do Ministro****PORTARIA Nº 3.149, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2012**

Fica destinados recursos financeiros aos estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos de atenção à Reprodução Humana Assistida, no âmbito do SUS, incluindo fertilização in vitro e/ou injeção intracitoplasmática de espermatozoides.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

CONSIDERANDO que a Constituição Federal de 1988 inclui no Título VIII da Ordem Social, em seu Capítulo VII, Art. 226, Parágrafo 7º, a responsabilidade do Estado no que se refere ao planejamento familiar;

CONSIDERANDO que a assistência em planejamento familiar deve incluir a oferta de todos os métodos e técnicas para a concepção e a anticoncepção, cientificamente aceitos, de acordo com a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar;

CONSIDERANDO a Portaria nº 426/GM/MS de 22 de março de 2005, que institui a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida;

CONSIDERANDO a Portaria nº 1.459/GM/MS de 24 de junho de 2011, que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha, cujos Arts. 2º e 4º no inciso V constam a garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo;

CONSIDERANDO a necessidade dos casais para atendimento à infertilidade em serviços de referência de Alta Complexidade para Reprodução Humana Assistida;

CONSIDERANDO que as técnicas de reprodução humana assistida contribuem para a diminuição da transmissão horizontal e vertical de doenças infectocontagiosas, genéticas, entre outras;

CONSIDERANDO que já existe um conjunto de iniciativas de atenção à reprodução humana assistida no âmbito do SUS;

CONSIDERANDO que as normativas para o financiamento dos serviços de Reprodução Humana Assistida no âmbito do SUS estão em fase de definição; e

CONSIDERANDO as visitas técnicas realizadas pelo Ministério da Saúde aos serviços de atenção à reprodução humana assistida ofertada no âmbito do SUS, com o objetivo de conhecer suas características, tais como: equipamentos, demanda atendida e reprimida, técnicas utilizadas entre outros; e

CONSIDERANDO a associação das características observadas nos serviços visitados e das informações obtidas nas visitas técnicas,

RESOLVE:

Art. 1º Ficam destinados recursos financeiros no valor total de R\$ 10.000.000,00 (dez milhões de reais) aos estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos de atenção à Reprodução Humana Assistida, no âmbito do SUS, incluindo fertilização in vitro e/ou injeção intracitoplasmática de espermatozoides, conforme o Anexo desta Portaria.

Parágrafo único. Os recursos financeiros de que trata o caput deste artigo serão repassados aos Fundos de Saúde dos entes federados e deverão ser repassados aos respectivos estabelecimentos de saúde em parcela única, conforme discriminado no Anexo a esta Portaria.

Art. 2º Os recursos orçamentários desta Portaria deverão onerar o Programa de Trabalho 10.302.2012.20R4 - Apoio à Implementação da Rede Cegonha, do orçamento do Ministério da Saúde (RCE-RCEG).

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir da competência dezembro de 2012.

**ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA**

Ministro da Saúde

ANEXO

UF	Gestão	Estado/Município/DF	CNES	Estabelecimento	VALOR DE RECURSO EM REAIS
DF	Estadual	Brasília	0010537	HMIB - Hospital MaternoInfantil de Brasília	1.000.000,00
MG	Municipal	Belo Horizonte	0027049	Hospital das Clínicas daUFMG	1.500.000,00
RS	Municipal	Porto Alegre	2237571	Hospital Nossa Senhora daConceição SA - Fêmeina	1.000.000,00
RS	Municipal	Porto Alegre	2237601	Hospital das Clínicas de Porto Alegre	1.000.000,00
SP	Estadual	São Paulo	2078015	HC da FMUSP Hospital dasClínicas São Paulo	1.500.000,00
SP	Estadual	São Paulo	2078287	Centro de Referência da Saúde da Mulher São Paulo - Pérola Byington	1.500.000,00
SP	Estadual	São Paulo	2082187	Hospital das Clínicas FAEPARibeirão Preto	1.500.000,00
PE	Dupla	Recife	0000434	Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira-IMIP	1.000.000,00
Total geral					10.000.000,00

UF	Gestão	Estado/Município/DF	CNES	Estabelecimento	VALOR DE RECURSO EM REAIS
RN	Municipal	Natal	2409208	Maternidade Escola Januário Cicco	1.500.000,00
Total geral					1.500.000,00

---

**Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde**

---

Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3149\\_28\\_12\\_2012.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3149_28_12_2012.html).

Acesso em: 8 maio 2021.

**ANEXO E – LEI Nº 9.263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996, LEI DO PLANEJAMENTO FAMILIAR**



**Presidência da República  
Casa Civil  
Subchefia para Assuntos Jurídicos**

**LEI Nº 9.263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996.**

Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

**CAPÍTULO I**

**DO PLANEJAMENTO FAMILIAR**

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

Art. 2º Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

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

Art. 3º O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde.

Parágrafo único - As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas no caput, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua, como atividades básicas, entre outras:

I - a assistência à concepção e contracepção;

II - o atendimento pré-natal;

III - a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato;

IV - o controle das doenças sexualmente transmissíveis;

V - o controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis.

Art. 4º O planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade.

Parágrafo único - O Sistema Único de Saúde promoverá o treinamento de recursos humanos, com ênfase na capacitação do pessoal técnico, visando a promoção de ações de atendimento à saúde reprodutiva.

Art. 5º - É dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde, em associação, no que couber, às instâncias componentes do sistema educacional, promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar.

Art. 6º As ações de planejamento familiar serão exercidas pelas instituições públicas e privadas, filantrópicas ou não, nos termos desta Lei e das normas de funcionamento e mecanismos de fiscalização estabelecidos pelas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único - Compete à direção nacional do Sistema Único de Saúde definir as normas gerais de planejamento familiar.

Art. 7º - É permitida a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros nas ações e pesquisas de planejamento familiar, desde que autorizada, fiscalizada e controlada pelo órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde.

Art. 8º A realização de experiências com seres humanos no campo da regulação da fecundidade somente será permitida se previamente autorizada, fiscalizada e controlada pela

direção nacional do Sistema Único de Saúde e atendidos os critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde.

Art. 9º Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção.

Parágrafo único. A prescrição a que se refere o caput só poderá ocorrer mediante avaliação e acompanhamento clínico e com informação sobre os seus riscos, vantagens, desvantagens e eficácia.

Art. 10. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações: (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional - Mensagem nº 928, de 19.8.1997)

I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;

II - risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

§ 1º É condição para que se realize a esterilização o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

§ 2º É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

§ 3º Não será considerada a manifestação de vontade, na forma do § 1º, expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

§ 4º A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada através da histerectomia e ooforectomia.

§ 5º Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

§ 6º A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

Art. 11. Toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde. (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional) Mensagem Nr 928, de 19.8.1997

Art. 12. É vedada a indução ou instigamento individual ou coletivo à prática da esterilização cirúrgica.

Art. 13. É vedada a exigência de atestado de esterilização ou de teste de gravidez para quaisquer fins.

Art. 14. Cabe à instância gestora do Sistema Único de Saúde, guardado o seu nível de competência e atribuições, cadastrar, fiscalizar e controlar as instituições e serviços que realizam ações e pesquisas na área do planejamento familiar.

Parágrafo único. Só podem ser autorizadas a realizar esterilização cirúrgica as instituições que ofereçam todas as opções de meios e métodos de contracepção reversíveis. (Parágrafo vetado e mantido pelo Congresso Nacional) Mensagem Nr 928, de 19.8.1997

## CAPÍTULO II

### DOS CRIMES E DAS PENALIDADES

Art. 15. Realizar esterilização cirúrgica em desacordo com o estabelecido no art. 10 desta Lei. (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional) Mensagem Nr 928, de 19.8.1997

Pena - reclusão, de dois a oito anos, e multa, se a prática não constitui crime mais grave.

Parágrafo único - A pena é aumentada de um terço se a esterilização for praticada:

I - durante os períodos de parto ou aborto, salvo o disposto no inciso II do art. 10 desta Lei.

II - com manifestação da vontade do esterilizado expressa durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente;

III - através de histerectomia e ooforectomia;

IV - em pessoa absolutamente incapaz, sem autorização judicial;

V - através de cesária indicada para fim exclusivo de esterilização.

Art. 16. Deixar o médico de notificar à autoridade sanitária as esterilizações cirúrgicas que realizar.

Pena - detenção, de seis meses a dois anos, e multa.

Art. 17. Induzir ou instigar dolosamente a prática de esterilização cirúrgica.

Pena - reclusão, de um a dois anos.

Parágrafo único - Se o crime for cometido contra a coletividade, caracteriza-se como genocídio, aplicando-se o disposto na Lei nº 2.889, de 1º de outubro de 1956.

Art. 18. Exigir atestado de esterilização para qualquer fim.

Pena - reclusão, de um a dois anos, e multa.

Art. 19. Aplica-se aos gestores e responsáveis por instituições que permitam a prática de qualquer dos atos ilícitos previstos nesta Lei o disposto no caput e nos §§ 1º e 2º do art. 29 do Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal.

Art. 20. As instituições a que se refere o artigo anterior sofrerão as seguintes sanções, sem prejuízo das aplicáveis aos agentes do ilícito, aos co-autores ou aos partícipes:

I - se particular a instituição:

a) de duzentos a trezentos e sessenta dias-multa e, se reincidente, suspensão das atividades ou descredenciamento, sem direito a qualquer indenização ou cobertura de gastos ou investimentos efetuados;

b) proibição de estabelecer contratos ou convênios com entidades públicas e de se beneficiar de créditos oriundos de instituições governamentais ou daquelas em que o Estado é acionista;

II - se pública a instituição, afastamento temporário ou definitivo dos agentes do ilícito, dos gestores e responsáveis dos cargos ou funções ocupados, sem prejuízo de outras penalidades.

Art. 21. Os agentes do ilícito e, se for o caso, as instituições a que pertençam ficam obrigados a reparar os danos morais e materiais decorrentes de esterilização não autorizada na forma desta Lei, observados, nesse caso, o disposto nos Arts. 159, 1.518 e 1.521 e seu parágrafo único do Código Civil, combinados com o art. 63 do Código de Processo Penal.

### CAPÍTULO III

#### DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 22. Aplica-se subsidiariamente a esta Lei o disposto no Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e, em especial, nos seus Arts. 29, caput, e §§ 1º e 2º; 43, caput e incisos I, II e III; 44, caput e incisos I e II e III e parágrafo único; 45, caput e incisos I e II; 46, caput e parágrafo único; 47, caput e incisos I, II e III; 48, caput e parágrafo único; 49,

caput e §§ 1º e 2º; 50, caput, § 1º e alíneas e § 2º; 51, caput e §§ 1º e 2º; 52; 56; 129, caput e § 1º, incisos I, II e III, § 2º, incisos I, III e IV e § 3º.

Art. 23. O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de noventa dias, a contar da data de sua publicação.

Art. 24. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 25. Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 12 de janeiro de 1996; 175º da Independência e 108º da República.

**FERNANDO HENRIQUE CARDOSO**

Presidente da República

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 15.1.1996.

Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9263.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm). Acesso em: 8 maio 2021.

**ANEXO F – RESOLUÇÃO CFM Nº 2.294, DE 15 DE JUNHO DE 2021****DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO**

Publicado em: 15/06/2021 | Edição: 110 | Seção: 1 | Página: 60

**Órgão: Entidades de Fiscalização do Exercício das Profissões Liberais/Conselho Federal de Medicina**

**RESOLUÇÃO CFM 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, publicada no DOU de 10 de novembro de 2017, Seção 1, pág. 73.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pelo Decreto nº 6.821, de 14 de abril de 2009, e associada à Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013, e ao Decreto nº 8.516, de 10 de setembro de 2015, e

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

CONSIDERANDO o aumento das taxas de sobrevida e cura após os tratamentos das neoplasias malignas, possibilitando às pessoas acometidas um planejamento reprodutivo antes de intervenção com risco de levar à infertilidade;

CONSIDERANDO que as mulheres estão postergando a maternidade e que existe uma diminuição da probabilidade de engravidar com o avanço da idade;

CONSIDERANDO que o avanço do conhecimento científico já permite auxiliar nos processos de procriação;

CONSIDERANDO que o pleno do Supremo Tribunal Federal, na sessão de julgamento de 5 de maio de 2011, ao julgar a ADI 4.277 e a ADPF 132, reconheceu e qualificou como entidade familiar a união estável homoafetiva;

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

CONSIDERANDO o disposto na Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, que aprova o Código de Ética Médica, em seu artigo 15; e

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na sessão plenária do Conselho Federal de Medicina realizada em 27 de maio de 2021,

RESOLVE:

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

Art. 2º Revogar a Resolução CFM nº 2.168, publicada no Diário Oficial da União (D.O.U.) de 10 de novembro de 2017, Seção I, p. 73, a Resolução CFM nº 2.283, publicada no D.O.U. de 27 de novembro de 2020, Seção I, p. 391, e as demais disposições em contrário.

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

Brasília, DF, 27 de maio de 2021.

MAURO LUIZ DE BRITTO RIBEIRO

Presidente

DILZA TERESINHA AMBRÓS RIBEIRO

Secretária-geral

ANEXO

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 RA podem ser utilizadas para doação de oócitos e na preservação de gametas, embriões e tecidos germinativos por razões médicas e não médicas.
3. As técnicas de RA podem ser utilizadas desde que exista possibilidade de sucesso e baixa probabilidade de risco grave à saúde do(a) paciente ou do possível descendente.
  - 3.1 A idade máxima das candidatas à gestação por técnicas de RA é de 50 anos.
  - 3.2 As exceções a esse limite serão aceitas com base em critérios técnicos e científicos fundamentados pelo médico responsável quanto à ausência de comorbidades da mulher e após esclarecimento ao(s) candidato(s) quanto aos riscos envolvidos para a paciente e para os descendentes eventualmente gerados a partir da intervenção, respeitando a autonomia da paciente e do médico.
4. O consentimento livre e esclarecido será obrigatório para todos os pacientes submetidos às técnicas de RA. Os aspectos médicos envolvendo a totalidade das circunstâncias da aplicação de uma técnica de RA serão detalhadamente expostos, bem como os resultados obtidos naquela unidade de tratamento com a técnica proposta. As informações devem também atingir dados de caráter biológico, jurídico e ético. O documento de consentimento livre e esclarecido será elaborado em formulário específico e estará completo com a concordância, por escrito, obtida a partir de discussão entre as partes envolvidas nas técnicas de reprodução assistida.
5. As técnicas de RA não podem ser aplicadas com a intenção de selecionar o sexo (presença ou ausência de cromossomo Y) ou qualquer outra característica biológica do futuro filho, exceto para evitar doenças no possível descendente.
6. É proibida a fecundação de oócitos humanos com qualquer outra finalidade que não a procriação humana.
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.

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

## II - PACIENTES DAS TÉCNICAS DE RA

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

2. É permitido o uso das técnicas de RA para heterossexuais, homoafetivos e transgêneros.

3. 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.

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

As clínicas, centros ou serviços que aplicam técnicas de RA são responsáveis pelo controle de doenças infectocontagiosas, pela coleta, pelo manuseio, pela conservação, pela distribuição, pela transferência e pelo descarte de material biológico humano dos pacientes submetidos às técnicas de RA. Devem apresentar como requisitos mínimos:

1. Um diretor técnico (obrigatoriamente um médico registrado no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição) com registro de especialista em áreas de interface com a RA, que será responsável por todos os procedimentos médicos e laboratoriais executados;

2. Um registro permanente das gestações e seus desfechos (dos abortamentos, dos nascimentos e das malformações de fetos ou recém-nascidos), provenientes das diferentes técnicas de RA aplicadas na unidade em apreço, bem como dos procedimentos laboratoriais na manipulação de gametas e embriões;

3. Um registro permanente dos exames laboratoriais a que são submetidos os pacientes, com a finalidade precípua de evitar a transmissão de doenças;

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

## IV - DOAÇÃO DE GAMETAS OU EMBRIÕES

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

2. Os doadores não devem conhecer a identidade dos receptores e vice-versa, exceto na doação de gametas para parentesco de até 4º (quarto) grau, de um dos receptores (primeiro

grau - pais/filhos; segundo grau - avós/irmãos; terceiro grau - tios/sobrinhos; quarto grau - primos), desde que não incorra em consanguinidade.

3. A idade limite para a doação de gametas é de 37 (trinta e sete) anos para a mulher e de 45 (quarenta e cinco) anos para o homem.

3.1 Exceções ao limite da idade feminina poderão ser aceitas nos casos de doação de oócitos e embriões previamente congelados, desde que a receptora/receptores seja(m) devidamente esclarecida(os) dos riscos que envolvem a prole.

4. Será mantido, obrigatoriamente, sigilo sobre a identidade dos doadores de gametas e embriões, bem como dos receptores, com ressalva do item 2 do Capítulo IV. Em situações especiais, informações sobre os doadores, por motivação médica, podem ser fornecidas exclusivamente para os médicos, resguardando a identidade civil do(a) doador(a).

5. As clínicas, centros ou serviços onde são feitas as doações devem manter, de forma permanente, um registro com dados clínicos de caráter geral, características fenotípicas e uma amostra de material celular dos doadores, de acordo com a legislação vigente.

6. Na região de localização da unidade, o registro dos nascimentos evitará que um(a) doador(a) tenha produzido mais de dois nascimentos de crianças de sexos diferentes em uma área de 1 milhão de habitantes. Um(a) mesmo(a) doador(a) poderá contribuir com quantas gestações forem desejadas, desde que em uma mesma família receptora.

7. Não será permitido aos médicos, funcionários e demais integrantes da equipe multidisciplinar das clínicas, unidades ou serviços participar como doadores nos programas de RA.

8. É permitida a doação voluntária de gametas, bem como a situação identificada como doação compartilhada de oócitos em RA, em que doadora e receptora compartilham tanto do material biológico quanto dos custos financeiros que envolvem o procedimento de RA.

9. A escolha das doadoras de oócitos, nos casos de doação compartilhada, é de responsabilidade do médico assistente. Dentro do possível, deverá selecionar a doadora que tenha a maior semelhança fenotípica com a receptora, com a anuência desta.

10. A responsabilidade pela seleção dos doadores é exclusiva dos usuários quando da utilização de banco de gametas ou embriões.

11. Na eventualidade de embriões formados de doadores distintos, a transferência embrionária deverá ser realizada com embriões de uma única origem para a segurança da prole e rastreabilidade.

V - CRIOPRESERVAÇÃO DE GAMETAS OU EMBRIÕES

1. As clínicas, centros ou serviços podem criopreservar espermatozoides, oócitos, embriões e tecidos gonadais.
2. O número total de embriões gerados em laboratório não poderá exceder a 8 (oito). Será comunicado aos pacientes para que decidam quantos embriões serão transferidos a fresco, conforme determina esta Resolução. Os excedentes viáveis serão criopreservados. Como não há previsão de embriões viáveis ou quanto a sua qualidade, a decisão deverá ser tomada posteriormente a essa etapa.
3. No momento da criopreservação, os pacientes devem manifestar sua vontade, por escrito, quanto ao destino a ser dado aos embriões criopreservados em caso de divórcio, dissolução de união estável ou falecimento de um deles ou de ambos, e se desejam doá-los.
4. Os embriões criopreservados com três anos ou mais poderão ser descartados se essa for a vontade expressa dos pacientes, mediante autorização judicial.
5. Os embriões criopreservados e abandonados por três anos ou mais poderão ser descartados, mediante autorização judicial.
- 5.1 Embrião abandonado é aquele em que os responsáveis descumpriram o contrato preestabelecido e não foram localizados pela clínica.

## VI - DIAGNÓSTICO GENÉTICO PRÉ-IMPLANTACIONAL DE EMBRIÕES

1. As técnicas de RA podem ser aplicadas à seleção de embriões submetidos a diagnóstico de alterações genéticas causadoras de doenças, podendo nesses casos ser doados para pesquisa ou descartados, conforme a decisão do(s) paciente(s), devidamente documentada com consentimento informado livre e esclarecido específico. No laudo da avaliação genética, só é permitido informar se o embrião é masculino ou feminino em casos de doenças ligadas ao sexo ou de aneuploidias de cromossomos sexuais.
2. As técnicas de RA também podem ser utilizadas para tipagem do Antígeno Leucocitário Humano (HLA) do embrião, no intuito de selecionar embriões HLA-compatíveis com algum irmão já afetado pela doença e cujo tratamento efetivo seja o transplante de células-tronco, de acordo com a legislação vigente.
3. O tempo máximo de desenvolvimento de embriões in vitro será de até 14 (quatorze) dias.

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

As clínicas, centros ou serviços de reprodução podem usar técnicas de RA para criar a situação identificada como gestação de substituição, desde que exista um problema médico

que impeça ou contraindique a gestação, ou em caso de união homoafetiva ou de pessoa solteira.

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.

2. A cessão temporária do útero não poderá ter caráter lucrativo ou comercial e a clínica de reprodução não pode intermediar a escolha da cedente.

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

3.1 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;

3.2 Relatório médico atestando adequação clínica e emocional de todos os envolvidos;

3.3 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;

3.4 Compromisso, por parte do(s) paciente(s) contratante(s) de serviços de RA, públicos ou privados, de tratamento e acompanhamento médico, inclusive por equipes multidisciplinares, se necessário, à mãe que cederá temporariamente o útero, até o puerpério;

3.5 Compromisso do registro civil da criança pelos pacientes, devendo essa documentação ser providenciada durante a gravidez;

3.6 Aprovação do(a) cônjuge ou companheiro(a), apresentada por escrito, se a cedente temporária do útero for casada ou viver em união estável.

#### VIII - REPRODUÇÃO ASSISTIDA POST MORTEM

É permitida a reprodução assistida post mortem desde que haja autorização específica do(a) falecido(a) para o uso do material biológico criopreservado, de acordo com a legislação vigente.

#### IX - DISPOSIÇÃO FINAL

Casos de exceção não previstos nesta resolução dependerão da autorização do Conselho Regional de Medicina da jurisdição e, em grau recursal, do Conselho Federal de Medicina.

Este conteúdo não substitui o publicado na versão certificada.

*Este conteúdo não substitui o publicado na versão certificada.*



Disponível em: <https://portal.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-cfm-n-2.294-de-27-de-maio-de-2021-325671317>

Acesso em: 01 jul 2021.