

UNILEÃO
CENTRO UNIVERSITÁRIO DOUTOR LEÃO SAMPAIO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

ELISSANDRA INÁCIO COSTA DE CARVALHO

**REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA NO BRASIL: DISCUSSÕES EM TORNO DE
PROJETOS DE LEIS, RESOLUÇÕES MÉDICAS E TRANSFORMAÇÕES SOCIAIS**

JUAZEIRO DO NORTE-CE
2021

ELISSANDRA INÁCIO COSTA DE CARVALHO

**REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA NO BRASIL: DISCUSSÕES EM TORNO DE
PROJETOS DE LEIS, RESOLUÇÕES MÉDICAS E TRANSFORMAÇÕES SOCIAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso – *Artigo Científico*,
apresentado à Coordenação do Curso de Graduação
em Direito do Centro Universitário Doutor Leão
Sampaio, em cumprimento às exigências para a
obtenção do grau de Bacharel.

Orientador: Me. Christiano Siebra Felício Calou

JUAZEIRO DO NORTE-CE
2021

ELISSANDRA INÁCIO COSTA DE CARVALHO

**REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA NO BRASIL: DISCUSSÕES EM TORNO DE
PROJETOS DE LEIS, RESOLUÇÕES MÉDICAS E TRANSFORMAÇÕES SOCIAIS**

Este exemplar corresponde à redação final aprovada do
Trabalho de Conclusão de Curso de ELISSANDRA
INÁCIO COSTA DE CARVALHO.

Data da Apresentação ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Me. Christiano Siebra Felício Calou

Membro: OTTO RODRIGO MELOR CRUZ/ USAL

Membro: IVANCILDO COSTA FERREIRA /UFAL

JUAZEIRO DO NORTE-CE

2021

REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA NO BRASIL: DISCUSSÕES EM TORNO DE PROJETOS DE LEIS, RESOLUÇÕES MÉDICAS E TRANSFORMAÇÕES SOCIAIS

Elissandra Inácio Costa de Carvalho¹
Christiano Siebra Felício Calou²

RESUMO

Esse artigo apresenta discussões em torno das resoluções médicas e a construção de uma legislação nacional sobre Reprodução Humana Assistida (RHA). Para compreender a dinâmica em torno dessa problemática foi utilizado uma metodologia documental de abordagem qualitativa, por tanto foi feito um levantamento das resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) e dos Projetos de Leis (PL)'s. O estudo tem como objetivo analisar esses documentos de maneira conjunta e comparada sobre reprodução humana assistida. Para tanto, traçou-se os seguintes objetivos específicos; a) apresentar a evolução histórica das práticas em reprodução humana assistidas no Brasil; b) traçar a trajetória evolutiva das resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM); c) mapear as principais ideias apresentadas por legisladores em projetos de leis que tratam da reprodução humana assistida no Brasil. O trabalho realizado revelou que o vazio legislativo em torno da RHA abre espaço para que o CFM extrapole a sua função enquanto autarquia, pois as normas estabelecidas por este conselho devem ter de alcance limitado ao âmbito de atuação da classe médica. No entanto, as resoluções e articulações políticas desses profissionais na prática desempenham um papel reservado a legislação federada, e através dessas resoluções, o CFM domina o debate comprometendo a sua democratização.

Palavras Chave: Reprodução humana assistida. Direitos reprodutivos. Planejamento familiar.

ABSTRACT

This article presents discussions on medical resolutions and the construction of a national legislation on Assisted Human Reproduction (AHR). To understand the dynamics around this issue, a documental methodology with a qualitative approach was used, therefore a survey of Federal Council of Medicine (CFM) and Bills of Laws (PL's) resolutions was carried out with the general objective of analyzing these documents in a joint and comparative manner. For this purpose, the following specific objectives were outlined: 1- to present the historical evolution of practices in assisted human reproduction from the CFM resolutions; 2- map and explain the main ideas presented by legislators in bills dealing with assisted human reproduction in Brazil. The work carried out revealed that the legislative void surrounding the RHA makes room for the CFM to extrapolate its function as an autarchy, as the norms established by this council must have a limited scope to the scope of action of the medical profession. The work carried out revealed that the legislative void surrounding the RHA makes room for the CFM to extrapolate its function as an autarchy, as the norms established by this council must have a limited scope to the scope of action of the medical profession. However, the resolutions and political articulations of these professionals in practice play a role reserved for federated

¹ Graduanda do Curso de Direito do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio/elissandraunileao@gmail.com

² Professor do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio/UNILEÃO, Mestre em Direito da Empresa e dos Negócios pela Unisinos, Pós-graduado em Direito Ambiental pela Faculdade Integrada de Patos (PB), Pós-graduado em Docência do Ensino Superior pelo Centro Universitário Leão Sampaio UNILEÃO, christianosiebra@leaosampaio.edu.br

legislation, and through these resolutions, the CFM dominates the debate, compromising its democratization.

Keywords: Assisted human reproduction. Reproductive rights. Family planning.

1 INTRODUÇÃO

Na década de 1960 os anticoncepcionais ocasionaram uma revolução diante da possibilidade da relação sexual sem gravidez. No sentido contrário, no final da década de 1970 a ciência apresentou a possibilidade de engravidar sem relação sexual, através da Reprodução Humana Assistida (RHA) 1970 “ato sexual sem gravidez. Gravidez sem sexo. Duas realidades que só foram possíveis com o avanço da ciência e a necessidade da sociedade” (MONTENEGRO, 2008). O posicionamento do Estado diante dessas questões assume, no primeiro momento, um caráter intervencionista com políticas demográficas. Porém, como destaca Terraga e Massaro (2020) na década de 1990 em meio a inúmeros debates internacionais esses extremos serão observados na perspectiva de saúde pública consolidando a noção de direitos reprodutivos.

Diante disso, este artigo aborda o universo dos direitos reprodutivos, tendo como foco a RHA, e ao explorar essa temática busca entender as mudanças que esta produz no mundo jurídico. Outrossim, esse estudo revela a sua importância, pois busca fazer essa discussão de maneira ampliada e dialogando com outras áreas do conhecimento para além do saber biomédico.

No que diz respeito a construção de uma legislação específica para RHA, “no Brasil o processo legislativo vem sendo controlado e conduzido por representantes dos interesses de três grandes classes, nesta ordem de influência: a Medicina, o Direito e a Igreja Católica” (DINIZ, 2000, p. 03). Ao apontar que essas três grandes classes dominam o debate a autora chama a atenção por afirmar que há uma harmonia de interesses, e que esses grupos compartilham as mesmas moralidades fundamentais, e, portanto, uma perspectiva crítica pautada em teorias que discutam questões de gênero encontra dificuldades de serem elaboradas. Diante dessa abordagem, entende-se que a não produção de olhar crítico ao pensamento jurídico conservador pode dar lugar a produção de uma legislação que ao regulamentar a RHA produzirá discriminação e desrespeito a diversidade familiar.

Dessa forma, é que surge a indagação: entre as normativas médicas e os projetos de leis, quais caminhos o Brasil apresenta para efetivação do direito reprodutivo a reprodução humana assistida? Para responder esse questionamento tem-se como objetivo geral: analisar de maneira

conjunta e comparada as resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) e os projetos de leis (PL's) sobre reprodução humana assistida. Para tanto, traçou-se os seguintes objetivos específico: a) apresentar a evolução histórica das práticas em reprodução humana assistidas no Brasil; b) traçar a trajetória evolutiva das resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM); c) mapear as principais ideias apresentadas por legisladores em projetos de leis que tratam da reprodução humana assistida no Brasil

2 ABORDAGEM SOCIO-HISTÓRICO DOS DIREITOS REPRODUTIVOS E DA REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA

2.1 COMPREENDENDO A TRAJETÓRIA DOS DIREITOS REPRODUTIVOS E SEXUAIS

A Reprodução Humana Assistida está inserida dentro de um conjunto amplo de direitos à saúde denominados direitos reprodutivos e sexuais, por este motivo, é interessante que antes de avançar no estudo, de forma preliminar se compreenda conceitos chaves (neomalthusianismo, controlismo, natalismo) e ainda discussões relacionadas ao crescimento demográfico. Após o entendimento de alguns fatos históricos é que se pode compreender o percurso que colocou o acesso a reprodução humana como pauta a ser tratada na saúde pública como direito humano.

No período pós-guerra, as discussões geopolíticas das grandes potências incluíram o problema do crescimento demográfico na agenda mundial, logo, esse tema passou a ser apresentado por meio de instâncias supranacionais. Por conseguinte, conforme Gonçalves e Ferraz (2021) a partir da década de 1950 a Organização das Nações Unidas (ONU) e União Internacional para o Estudo Científico da População (IUSSP), realizaram conferências mundiais de “População e Desenvolvimento”³ para debater a formulação de políticas de controle populacional a serem implementadas em países de terceiro mundo, assim, a capacidade reprodutiva passou a ser pautada por entidades internacionais.

Essas políticas eram baseadas numa visão neomalthusiana e eram orientadas a partir da ideia que “o crescimento populacional tinha uma associação com a pobreza, sendo que, para corrigir essa situação, deveria se utilizar da contracepção para que se evitasse a reprodução desta porcentagem da população” (HARTMANN, 1997, p. 525). Em outras palavras, as

³ Ao todo foram realizadas 5 conferências, em localidades diferentes, a saber: Roma em 1954; Belgrado, em 1965; Bucareste, em 1974; México, em 1984; e Cairo, em 1994 (GONÇALVES; FERRAZ, 2021, p.7).

agências internacionais analisavam a questão sob viés dos países capitalistas e nessa perspectiva entendiam que o crescimento populacional interromperia o desenvolvimento econômico.

Pelo menos duas vertentes permeavam os debates nas conferências mundiais a saber: controlismo e natalismo. Conforme explicita Alves (2006) a primeira vertente se revela por meio de pensamentos, discursos e políticas públicas favoráveis a reduzir o ritmo do crescimento populacional através do controle da natalidade. Enquanto a segunda é favorável ao expansionismo populacional. Para Goncalves e Ferraz (2021) os países não desenvolvidos (em especial os que participaram da conferência de Belgrado – 1965) se dividiam entre controlismo ou natalismo. Todavia, a conferência de Bucareste (1974) apresenta um pensamento mais alinhado ao estímulo a natalidade, essa ideia se apoia num argumento político de que “o crescimento seria uma forma de afirmação nacional” (CORRÊA; ALVES; JANNUZZI, 2003, p.32).

Apesar do debate se construir de maneira global é importante ressaltar que cada país possui as suas peculiaridades, de maneira que, ao analisar esse fenômeno não podemos perder de vista o contexto cultural, político e social expressado no território. Por este motivo, se faz necessário entender os reflexos dessas discussões no âmbito nacional, no sentido de esclarecer os posicionamentos do governo, bem como verificar as interferências internacionais. Para isto, ao observar a trajetória histórica desse debate no Brasil depreende-se que em linhas gerais desde a república até 1960 o país incentivava a natalidade, mas ao iniciar a década de 1960 o país passa a formular políticas de controle de aumento populacional, que se apresentam como políticas de “planejamento familiar” ou “paternidade responsável”.

Os programas das agências internacionais de planejamento familiar consistiram, basicamente, em ações de distribuição maciça de métodos contraceptivos artificiais entre mulheres em idade fértil (pílulas, DIU, diafragmas etc.) – principalmente entre aquelas de classes menos favorecidas que não poderiam obtê-los com recursos próprios – e na prática sistemática de esterilização cirúrgica de mulheres. (SEQUEIRA, 2011, p.38).

Em 1964 instala-se o regime militar, e sobre a temática do crescimento populacional não havia uma uniformidade de pensamento entre os militares, “entretanto predominava uma visão muito particular sobre crescimento demográfico, qual seja que o tamanho da população era importante para a ocupação do país e para a segurança nacional” (SEQUEIRA;2011, p.39). A despeito dessa visão, os militares favoreceram as ações controlistas, na medida que, os programas de regulação da fecundidade desenvolvidos pelas agências internacionais atuavam sem regulamentação/fiscalização. A teoria neomalthusiana predominante entre a classe médica e com favorecimento dos militares é assim expressa:

O crescimento demográfico no país era preocupante, pois os investimentos governamentais eram insuficientes para gerar empregos para um número cada vez maior de brasileiros que necessitavam trabalhar. Como consequência, o governo tornou-se mais tolerante com a atuação de algumas entidades não-governamentais, sem fins lucrativos, que promoviam o planejamento familiar, como a BEMFAM (Sociedade Civil Bem Estar Familiar do Brasil), a ABEPF (Associação Brasileira das Entidades de Planejamento Familiar), o CEPAIMC (Centro de Pesquisa e Assistência Integral à Mulher e à Criança), o CEPARH (Centro de Pesquisa e Assistência em Reprodução Humana). Essas entidades recebiam subsídios da *International Planning Parenthood Federation, Pathfinder Foundation, Rockefeller Foundation* etc, (PEREIRA. 2011, p.61)

Durante o período de atuação dessas entidades, também existiam no seio da sociedade forças que se opunham as ações controlistas, das quais citamos: a igreja católica; médicos do movimento sanitarista; intelectuais nacionalistas de esquerda e direita; movimentos feministas. Esses atores sociais tinham motivações distintas para justificar as suas oposições, e isso, impediu a confluência dessas forças para elaboração de um projeto comum capaz de enfrentar a questão (SEQUEIRA, 2011). Porém, à medida que vai se encerrando o período do regime militar e iniciando a fase de redemocratização do país os movimentos sociais ganham expressividade e vão criando as condições para modificar a política controlistas através da mobilização de setores da sociedade.

Gradativamente o Brasil abandona as políticas controlistas e passa a elaborar políticas pautadas na autonomia reprodutiva. A mais significativa mudança veio por meio da construção da Política de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM) em 1983, uma ação conjunta dos movimentos sanitarista e feministas começa a trabalhar o tema da reprodução no campo básico da saúde como parte integrante da luta por democracia social “se configuram dois aspectos importantes em relação aos conteúdo dos Direitos Reprodutivos: sua associação com a luta por liberdades democráticas e sua estreita conexão com a saúde das mulheres” (ÁVILA, 1993,p.12) considera-se que o PAISM é de maneira oficial o primeiro pronunciamento do governo sobre planejamento familiar com explícita rejeição ao vínculo da reprodução com o controle demográfico e do exercício da sexualidade.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 foi ratificada a ideia de autonomia reprodutiva introduzida através do PAISM, conforme se verifica no art. 226 § 7 que estabelece o planejamento familiar como direito reprodutivo e integrante do direito à saúde. Assim é que o Estado de maneira taxativa proibi as práticas coercitivas de regulação da fecundidade, ao mesmo tempo que assume o dever de ofertar aos brasileiros os recursos necessários para que estes exerçam a sua cidadania reprodutiva.

Em 1994, no campo internacional, III Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, os direitos reprodutivos e sexuais são elevados a categoria de direitos humanos (ONU, 1994). Este evento é um marco histórico para questões reprodutivas e sexuais, pois ele representa uma ruptura com os discursos favoráveis ao controle demográfico de cunho natalista ou controlistas e apresentam a perspectiva da saúde reprodutiva enquanto Direitos Humanos e elemento imprescindível para igualdade de gênero, por tanto alvo da proteção do Estado (TERRAGA; MASSARO, 2020). A partir desse acontecimento, se elabora o seguinte conceito de direitos reprodutivos:

Toda pessoa tem direito ao gozo do mais alto padrão possível de saúde física e mental. Os estados devem tomar todas as devidas providências para assegurar, na base da igualdade de homens e mulheres, o acesso universal aos serviços de assistência médica, inclusive os relacionados com saúde reprodutiva, que inclui planejamento familiar e saúde sexual. Programas de assistência à saúde reprodutiva devem prestar a mais ampla variedade de serviços sem qualquer forma de coerção. Todo casal e indivíduo têm o direito básico de decidir livre e responsabilmente sobre o número e o espaçamento de seus filhos e ter informação, educação e meios de o fazer. (ONU, 1994, p.44).

O posicionamento do Brasil na Conferência do Cairo, e as ações propostas nesse evento já eram discutidas internamente como podemos verificar no art.226 da Constituição Federal de 1988, então as ações para implementar as propostas do Cairo estavam amadurecidas visto que havia “aprovação em 1994, pela Câmara dos Deputados, de um projeto de lei regulamentando a Constituição Federal quanto ao planejamento familiar. Essa ação do Legislativo deu sustentação à posição defendida pelo governo brasileiro no Cairo” (BARSTED,1996 p.8).

O referido projeto foi aprovado em 1996 e trata-se da Lei 9.263 conhecida como a Lei do Planejamento Familiar, anterior a essa lei a agenda da contracepção e os seus impactos da vida das mulheres predominavam no espaço público, a partir dessa lei o direito ao acesso a métodos conceptivos também passa a ser dever do Estado como determina o “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”. Por tanto, em 1996 a RHA por ser um conjunto de técnicas que visam atingir o objetivo da concepção em consonância com o art. 9º da Lei 9.263/1996 se insere entre os tratamentos que o Estado tem o dever de ofertar.

2.1 REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA NO BRASIL

O surgimento da RHA tem como motivação inicial superar a infertilidade, por tanto se faz necessário conceitua-la e uma das definições mais usuais desse problema de saúde é a que

o entende como “a incapacidade de um casal para alcançar a concepção ou levar uma concepção a termo após um ano ou mais de relações sexuais regulares, sem proteção contraceptiva” (OMS apud DINIZ e COSTA, 2006, p.50). De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 8 a 15% dos casais tem algum problema de infertilidade durante a sua vida fértil.

O casal é considerado infértil, do ponto de vista médico, conforme critério da Organização Mundial de Saúde (OMS), após um ano tendo relação sexual regularmente, sem a utilização de nenhum método anticoncepcional, e sem conseguir engravidar. É para esse casal que está indicada a utilização de métodos de reprodução assistida, uma vez que após um ano frustrado de tentativas é difícil que esse casal seja capaz de conceber uma criança (TRINDADE, 2017, p.278).

O objetivo das biotecnologias se expande e amplia o seu público alvo e estas se tornam alternativas viáveis para casais homoafetivos, formação de famílias monoparentais, (aquelas constituídas quando apenas um dos pais se responsabiliza pela criança), casais sorodiscordantes para o vírus da imunodeficiência humana (HIV) dentre outros (QUEIROZ et.al, 2020). Dessa forma, a RHA passa a ser entendida como um conjunto de técnicas médicas desenvolvidas com o intuito de atender ao desejo da concepção de um filho dos impossibilitados, por qualquer motivo, de se tornarem pais/mães. (CORRÊA; LOYOLA, 2015).

O dia 25 de julho de 1978 marca uma nova era para os avanços das biotecnologias, pois essa data mostra para o mundo a concretização da Fertilização In Vitro (FIV) através do nascimento de Louise Brown, o feito até então inédito torna-se notícia na imprensa mundial. A divulgação nacional e internacional desse nascimento transforma definitivamente a representação da reprodução humana. (QUEIROZ, 2020). No Brasil, a primeira criança nascida por meio da FIV foi Ana Paula Caldeira e o tratamento foi realizado pelo médico Milton Nakamura (PEREIRA, 2011).

De acordo com dados do 13º Relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões (SisEmbrio) no ano de 2019 o Brasil congelou 100.380 (cem mil trezentos e oitenta embriões), a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) órgão responsável por fiscalizar as ações médicas desse segmento diz que no território nacional existem 187 centros de RHA dos quais apenas 12 tem convênios com instituições públicas e visam atender a demanda extensa do SUS.

3 METODOLOGIA

Este trabalho é de natureza básica e abordagem qualitativa consubstanciada da pesquisa descritiva que visa uma exploração inicial da temática da RHA por meio dos PL's e resoluções do CFM as quais regulamentam o uso das biotecnologias. Por ter esse trabalho a pretensão de

fazer uma contextualização histórica e sociocultural dos aspectos que formaram a noção de direitos reprodutivos a escolha por uma metodologia documental se revela adequada.

Segundo Appolinário (2009) a estratégia de coleta de dados em pesquisas pode ser categorizada de duas formas referente as estratégias de coleta de dados as pesquisas têm duas categorias: pesquisa de campo ou laboratório, que consiste em uma estratégia local; e a pesquisa documental ou campo, que ocorre a partir do uso de fonte de dados.

Dessa forma o estudo é orientado pela pesquisa documental, visto que a reflexão obtida nesse trabalho advém de fontes primárias, no qual coletou o material para análise por meio de arquivos públicos nacionais em sua forma digital (via internet) em especial: Câmara dos Deputados e do Conselho Federal de Medicina. Conforme abordagem de:

Sempre que uma pesquisa se utiliza apenas de fontes documentais (livros, revistas, documentos legais, arquivos em mídia eletrônica, diz-se que a pesquisa possui estratégia documental (ver pesquisa bibliográfica). Quando a pesquisa não se restringe à utilização de documentos, mas também se utiliza de sujeitos (humanos ou não), diz-se que a pesquisa possui estratégia de campo. (APPOLINÁRIO.2009, p. 85)

Desta forma, mediante o mapeamento, estudo e análise dos documentos disponíveis nos sites da câmara dos deputados e do Conselho Federal de Medicina obteve-se acesso as informações necessárias para construção de um corpus documental de dados secundários, os quais foram organizados e sistematizados através de quadros para uma melhor visualização dos resultados.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 EVOLUÇÃO DAS RESOLUÇÕES DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA

Com o objetivo de fiscalizar e normatizar o exercício da medicina no país foi criado o Conselho Federal de Medicina (CFM) que se constitui como uma autarquia criada em 1957 pela Lei n. 3268 (BRASIL,1957). A inscrição no CFM⁴ é condição *sine qua non* para que o médico brasileiro possa exercer a sua profissão, pois é essa entidade de classe que estipula as normas para o exercício médico no país. Por ser o CFM uma autarquia é preciso entender o seu funcionamento.

⁴ Sobre a restrição imposta pela Lei 3.268/1957 Art. 17. Os médicos só poderão exercer legalmente a medicina, em qualquer de seus ramos ou especialidades, após o prévio registro de seus títulos, diplomas, certificados ou cartas no Ministério da Educação e Cultura e de sua inscrição no Conselho Regional de Medicina, sob cuja jurisdição se achar o local de sua atividade

embora ínsita à sua natureza a impossibilidade de legislar, as autarquias exercem, na qualidade de entidades da Administração, o poder normativo do Estado, com as características gerais a ele atribuídas: estabelecer normas de alcance limitado ao âmbito de atuação do órgão expedidor, desde que não contrariem a lei nem imponham obrigações, proibições e penalidades que nela não estejam previstas. As Resoluções Normativas do Conselho Federal de Medicina são manifestação deste poder normativo afeto às autarquias (PITTELLI, 2002, p. 39).

Conforme ressalta (DINIZ, 2002, p.6) “entre outras funções, tais como a de julgamento de erros médicos, o CFM estabelece critérios para o que se julga ser o padrão de prática profissional na medicina” por isso, coube ao CFM estabelecer critérios sobre a área específica da de RHA. O quadro abaixo traz uma lista com as resoluções criadas pelo CFM, e para visualizar as modificações ocorridas comenta-se os seus principais pontos quais sejam: elegibilidade, doação de óvulos, redução embrionária, sexagem embrionária, reprodução post mortem, direitos de casais homoafetivos, família monoparental, gestação por substituição.

Quadro 2- Lista de resoluções normativas do Conselho Federal de Medicina

Quantidade	Resolução do CFM	Ano
1	Nº 1.358	1992
2	Nº 1.957	2010
3	Nº 2.013	2013
4	Nº 2.121	2015
5	Nº 2.168	2017
6	Nº 2.283	2020
7	Nº 2.294	2021

Fonte: Elaborada pela autora (2021) a partir dos dados extraídos do site: portalmedico.org

4.1.1 Resolução nº 1.358/1992

Essa resolução traz como ponto de partida a infertilidade humana como um problema de saúde pública e se subdivide em 7 (sete) seções: I- Princípios Gerais; II- Usuários das técnicas de Reprodução Assistida (RA); III- Referente às clínicas, centros ou serviços que aplicam técnicas de RA; IV - Doação de gametas ou pré-embriões; V - Criopreservação de gametas ou pré-embriões; VI - Diagnóstico e tratamento de pré-embriões; VII - Sobre a gestação de substituição (doação temporária do útero).

No capítulo I, é possível perceber de maneira implícita a presença do conjunto de princípios éticos que regem os direitos reprodutivos (CORREA, PETCHESKY, 1996). Ao estabelecer que a RHA só deve acontecer quando “exista probabilidade efetiva de sucesso e não se incorra em risco grave de saúde para a paciente ou o possível descendente” (CFM, 1992, p. 02) fica perceptível a ponderação do desejo de gestar e as consequências dessas práticas intervencionista em corpos femininos e isso atende ao princípio da integridade corporal, o qual

“se refere ao controle sobre o próprio corpo, mas não somente como um direito individual, pois os corpos das mulheres são parte de sujeitas que estão inseridas em sociedades” (ZANGHELINI, 2020, p.17), a partir desse princípio se infere que os corpos femininos estão inseridos em contextos sociais e históricos, e por tanto, são afetados pelas determinações de gênero, classe e raça.

A obrigatoriedade do consentimento informado para pacientes e doadores, em alguma medida se relaciona com o princípio da autodeterminação e autonomia já que “os aspectos médicos envolvendo todas as circunstâncias da aplicação de uma técnica de RA serão detalhadamente expostos” (CFM, 1992, p.2). As informações ajudam na livre escolha para submissão ao tratamento, mas esse instrumento pode ter um efeito paliativo, pois sem um aprofundamento na discussão há um comprometimento da compreensão sobre os riscos e possibilidades de fracasso o que é muito comum nesse tipo de terapia.

Como alerta Siqueira (2011, p. 26) “tanto as mulheres quanto os profissionais tendem a sublimar os riscos ou tornar-se de menor importância as consequências dos procedimentos e das técnicas em nome do desejo por filhos”, assim entende-se que numa situação ideal a decisão para de fato ser autodeterminada deve estar a salvo de constrangimentos sociais e econômicos.

Sobre o número ideal de oócitos e pré-embriões a serem implantados a orientação é que não deve ser superior a quatro, porém não há proibição de um número maior, o controle dessa transferência visa diminuir o risco de gestação múltipla. Essa transferência pode ser a fresco (quando acontece de três a cinco dias da após a fertilização) ou através da criopreservação que acontece por meio de técnicas de congelamento do material para uso posterior.

Antes da criopreservação para cada tentativa de fertilização as mulheres eram submetidas a estimulação ovariana o que ocasiona diversos efeitos colaterais como: alteração no humor, inchaço nos ovários, dor abdominal e nos seios, insônia, enjoos e vômitos etc. Com a alternativa de criopreservar a paciente tem a oportunidade de armazenar os embriões excedentes o que reduz os custos de tratamentos futuros e também evita o desconforto por tornar desnecessário uma nova intervenção no ovário.

Além dos oócitos é possível o armazenamento sêmen, tecido gonadal, com a finalidade de preservar a fertilidade de homens e mulheres, segundo Santos e Bourroul (2015, p. 08) “a vantagem que se tem em congelar oócitos e não embriões é que são células, caso futuramente não for, mas desejados poderá ser descartado”.

Os problemas que envolvem a criopreservação dizem respeito ao número excedente de embriões, por isso o CFM determina que esse material não pode ser descartado e nem destruído, isso significa que “todo embrião FIV tem de vir a ser gerado numa gravidez (ou em novas

tentativas) pela própria pessoa ou por outra mulher que o receberia em doação.” (CORREA, DINIZ, 2000, p.2). Em casos de eventos imprevistos (divórcio, doenças graves, falecimento de um deles ou de ambos) ocorre uma modificação dos planos originários para cônjuges e companheiros, mas as construções desses novos cenários devem ser pensadas de maneira preventiva, e, antes que ocorra o tratamento deve está estabelecido de forma documental tanto os acordos quanto a destinação dos embriões.

Outra questão suscitada é o diagnóstico e tratamento de pré-embriões que deve obedecer ao limite de intervenção apenas para tratar uma doença ou impedir a sua transmissão. Antes dessa normativa como não havia nenhuma regulamentação, estes “eram realizados dentro dos laboratórios brasileiros alguns procedimentos os quais futuramente seriam proibidos na Resolução de 1992” (LEITE, 2019, p. 03).

Assim passa a ser proibida a sexagem embrionária (procedimento que torna possível a escolha do sexo do embrião, mas a medida comporta exceção já que mediante a justifica de evitar doenças ligadas ao sexo daquele que nascera será permitida a escolha do sexo, juntamente com a proibição da escolha do sexo do embrião também não é permitido a escolha de qualquer outra característica para que não seja utilizado critérios racistas e eugenistas.

Ainda no que se refere ao embrião tem-se um ponto polêmico que consiste na proibição da redução embrionária, segundo Taminini (2004, p. 14) “isso ocorre em função do número de embriões implantados, para evitar o nascimento de mais de um bebê, caso se desenvolvam todos os embriões (até quatro, cujo implante é recomendado pelo CFM”).

Com referência a doação, se institui a proibição de que ela ocorra mediante atividade lucrativa ou comercial, essa é uma regra que permanece inalterada nas resoluções posteriores, o que é coerente com a CF/88 em seu art.199, § 4º que também “proíbe a comercialização de órgãos, tecidos e substâncias humanas (leite, sangue e esperma), seja para transferência, pesquisa ou tratamento” (LEITE, 2002, p.14).

Para evitar o acontecimento de relações incestuosas inadvertidas determinou-se um controle para que um mesmo doador só possa originar (duas) gestações, de sexos diferentes, numa área de um milhão de habitantes. O doador deve ser mantido no anonimato e da mesma forma a identidade dos receptores devem ser preservadas.

A gestação por substituição “consiste na cessão temporária do útero, sem fins lucrativos, para a geração de filho alheio. Importante ressaltar que é vedada a negociação econômica dessa cessão, de acordo com o art. 199, § 4º da CF/88” (AZEVEDO, 2018, p.23). De maneira equivocada a gestação por substituição é conhecida como “barriga de aluguel” o erro está no fato que o aluguel pressupõe que se tenha um ganho financeiro com a pratica o que é proibido

por lei. O requisito para cessão temporária de útero é o parentesco de até segundo grau entre a cedente e a doadora genética.

4.1.2 Resolução nº 1.957/2010

De início a resolução já traz uma ampliação do tema ao modificar o ponto de partida que antes era “auxiliar na resolução dos problemas de infertilidade humana” (CFM, 1992, p.2) e passa a ser “auxiliar na resolução dos problemas de reprodução humana” (CFM, 2010, p.2) o que permite um outro olhar sob fenômeno que não esteja restrito ao diagnóstico de infertilidade.

No que se refere a quantidade de embriões a serem transferido, esse documento é taxativo “não pode ser superior a quatro” (CFM, 2010, p. 02) e ainda determina uma escala que vai de dois a quatro embriões a depender da idade da mulher. No capítulo II que trata dos pacientes das RA a expressão “todas as mulheres capazes” é trocada por “todas as pessoas capazes” sinalizando que as tecnologias de reprodução embora recaia majoritariamente sob corpos femininos também se destinam a homens.

Ao capítulo III, vai ser adicionado a exigência de que o diretor técnico responsável pelos procedimentos desenvolvidos nos locais que prestam serviços seja “um médico registrado no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição” (CFM, 2010, p.03). Sobre o número excedentes já há omissão da redação anterior que os pré-embriões não podem ser descartados ou destruídos, muito embora não regulamente essa ação, a nova resolução nos diz apenas que “do número total de embriões produzidos em laboratório, os excedentes, viáveis, serão criopreservados” (CFM, 2010, p.4). O documento acrescenta um capítulo no qual dispõe sobre a reprodução assistida post mortem, com posicionamento favorável que esta seja realizada estabelecendo como condição que haja uma autorização prévia do(a) falecido(a).

4.1.3 Resolução nº 2.013/2013

O reconhecimento da entidade familiar constituída por uniões homoafetivas pelo Superior Tribunal Federal (STF) após o julgamento da (ADI 4.277 e ADPF 132) em 2011 ocasionou reflexos nas resoluções sobre reprodução humana. Ao considerar a mudança ocorrida no campo jurídico o CFM torna o tratamento mais inclusivo por ter como destinatários famílias homoafetivas e pessoas solteiras, o ponto problemático é a ressalva que para esse público em específico deve ser “respeitado o direito da objeção de consciência do médico” (CFM, 2013, p.4).

Para Mascarenhas *et al.* (2021) a objeção de consciência é um direito fundamental do profissional da medicina, porém o uso desse direito pode se configurar abusivo quando é direcionado exclusivamente a um grupo de pessoas, em outras palavras, o direito reprodutivo das famílias homoafetivas ou monoparentais não pode estar vulnerável a julgamentos morais do profissional, por isso ao admitir o exercício da objeção de consciência contra grupos minoritários o que ocorre é uma violência institucionalizada.

O critério de idade criado tanto para a mulher receptora, que deve ter idade máxima 50 anos, quanto para doadora, idade máxima de 35 anos. No que se refere ao destino dos embriões criopreservados o CFM passa a considerar o que está previsto na Lei de Biossegurança que dispõe sobre a possibilidade de descarte de embriões ou doação para pesquisa de células tronco após 5 (cinco) anos criopreservados desde que seja essa a vontade dos pacientes. Com o avanço tecnológico o diagnóstico genético pré-implantação passa a ser autorizado com o intuito de verificar compatibilidade com filho(a) já afetado por doença e cujo o tratamento efetivo possa acontecer através da seleção de embriões.

Sobre a gestação por substituição a exigência é modificada para comprovação de um parentesco consanguíneo de até quarto grau e houve ainda um melhor detalhamento da responsabilidade das clínicas no que se refere a produção de documentos e registros em prontuário, também normatiza as relações e contratos advindos de uma gestação compartilhada de casal homoafetivo onde não existe infertilidade.

Uma inovação importante foi a autorização da doação compartilhada de óvulos entre mulher doadora e outra receptora, a infertilidade de ambas têm origem diferentes. No que se refere a doadora temos como exemplo a obstrução tubária e a esterilização cirúrgica como limitações para gerar filhos, mas conforme destaca Correa (2000, p. 867) “trata-se, portanto, de mulheres férteis do ponto de vista hormonal e de seus ovários, que podem doar os óvulos que produzem”.

Por sua vez, a mulher receptora em geral é a afetada pela baixa fertilidade advinda da sua idade avançada. Os interesses dessas mulheres se complementam na medida que a doadora não possuindo recursos financeiros terá o seu tratamento custeado pela a receptora da doação. O fato de uma mulher arcar com os gastos financeiros de dois tratamentos faz com que a doação compartilhada apareça como estratégia lucrativa de clínicas particulares o que mais uma vez aciona o alerta para uma possível mercantilização dos corpos femininos (CORREA, 2000).

4.1.4 Resolução nº 2.121/2015

Essa resolução apresenta pouquíssima modificação, ela faz apenas uma explanação quanto ao critério de idade de máxima de 50 anos para as candidatas a RHA, o que seria a necessidade de justificação médica para esse impedimento que deve ser fundamentada em critérios médicos objetivos.

Por ser o direito reprodutivo pautado na autonomia individual a sua restrição só deve ocorrer após a ponderação entre o exercício do direito de reprodução e os riscos concretos do tratamento. Nessa resolução pela primeira vez o CFM faz menção a maternidade lésbica utilizando o termo “gestação compartilhada”.

4.1.5 Resolução nº 2.168/2017

Por meio dessa resolução o CFM volta a sua atenção para preservação da infertilidade de pessoas acometidas por câncer, e também de mulheres que por motivo de carreira profissional, ou por outros, escolhem postergar a maternidade. A técnica da criopreservação é adequada para preservação do planejamento famílias desses sujeitos que se apresentam com um público alvo ampliando a capacidade de atuação de especialistas em RHA.

Quanto aos acometido por doenças a norma considera que a eficácia de tratamentos esses pacientes aumentaram as taxas de sobrevivência e não raras vezes estes alcançam a cura. Acontece que as terapias utilizadas comprometem a capacidade de procriação, por isso a indicação médica é que antes de iniciar quimioterapias essas pessoas utilize a técnica da criopreservação. Assim o texto destaca que “as técnicas de RA podem ser utilizadas na preservação social e/ou oncológica de gametas, embriões e tecidos germinativos” (CFM, 2017, p.03)

Em 2020 a resolução 2.283 é criada somente para modificar a redação de 2017, como anteriormente apontado, ao incluir que o atendimento direcionado ao público homoafetivo e pessoas solteiras, a resolução 2.168 seria ofertado “respeitando a objeção médica” (CFM, 2017, p.04) configurava uma medida discriminatória, por este motivo a objeção médica foi suprimida do texto.

Para impedir a interpretação discriminatória a modificação além de explicitar a permissão para tratamento de famílias homoafetivas também inclui os transgêneros. Ainda sobre as famílias não tradicionais a resolução explicita o que significa “gestação compartilhada” que já aparecia como possibilidade para lésbicas, e assim esclarece que “Considera-se gestação compartilhada a situação em que o embrião obtido a partir da fecundação do(s) oócitos(s) de uma mulher é transferido para o útero de sua parceira” (CFM, 2017, p.04).

Com referência ao descarte de embriões o prazo para autorização foi diminuído para 03 (três) anos. O descarte ocorreria em duas hipóteses: 1- autorização expressa dos pacientes; 2 – quando os pacientes abandonarem os embriões (o abandono se configura quando os responsáveis não cumprirem os encargos pré-estabelecidos e também quando houver por parte da clínica a impossibilidade de localizá-los.

4.1.6 Resolução nº 2.294/2021

A resolução 2.294/2021 do CFM traz importantes modificações e revoga as resoluções anteriores. Na normatização vigente foi alterado a permissão do número de embriões que podem ser implantados que vai variar de acordo com a idade da paciente, a medida visa impedir os riscos de uma gestação múltipla o que pode oferecer risco a saúde da mulher.

A regra do anonimato do doador já adotada na resolução anterior é flexibilizada admitindo que seja revelada a identidade do doador no caso que haja parentesco, “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” (CFM, 2021, p. 04)

No que compete a cessão de útero também denominada de gestação de substituição houve modificação, com o intuito de minimizar o risco de confusão emocional da mulher cedente em relação a futura criança, foi instituído que aquela que aceita gestar o filho de outra mulher já deve ter ao menos um filho vivo.

No tocante a essa exigência, Maria Berenice Dias (referência em direito de família) tece uma crítica por entendê-la desnecessária e contrária ao novo tempo em que os vínculos parentais se justificam pela existência do feto, ultrapassando a barreira de um critério de parentesco exclusivamente biológico. Para esta autora “se essa limitação decorre de uma tentativa de coibir pagamento ou remuneração, essa restrição já existe. Esse requisito acaba cerceando o direito constitucional à forma de constituir família” (IBDFAM, 2021).

Dois pontos em especial geraram forte reação dos profissionais especialistas em RHA a saber: a exigência de autorização judicial para que haja descarte dos embriões; e a limitação de que “o número total de embriões gerados em laboratório não poderá exceder a 8 (oito)” (CFM, 2021, p.5). Em reação a essas modificações a Sociedade Brasileira de Reprodução Humana Assistida (SBRH) se pronuncia dizendo sobre o número de embriões gerados o texto não é claro “podendo acarretar interpretações variadas não só no sentido do conceito do termo ‘embrião’, como também se esse limite se refere a cada casal ou a cada tratamento”, e a reclamação quanto

a autorização judicial o argumento é que isso não impede que o procedimento seja realizado e apenas impõe barreiras burocráticas. A entidade considera que tais medidas avançam sobre direito a autonomia reprodutiva das famílias.

A preocupação em evitar uma relação incestuosa involuntária entre os nascidos por RHA passa a ser evitada por meio dos registros de nascimentos dos nascidos em determinada região e assim “um mesmo doador poderá contribuir com quantas gestações forem desejadas, desde que numa mesma família receptora” (CFM,2021, p.05). Quanto a responsabilidade de seleção dos doadores quando se fizer uso de banco de gametas de embriões a resolução diz que é exclusiva dos usuários. Sobre essa responsabilização é importante esclarecer que embora no Brasil seja proibida a comercialização de sêmen sua compra é permitida por meio importação, desde que haja uma justificativa e liberação da Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Por fim, é importante lembrar que o CFM não tem o poder de legislar e assim todas as suas determinações se tratam de normas éticas que não estão livres de conflitos jurídicos. Portanto, fica evidente que essas práticas necessitam de uma legislação para que os seus usuários e também a classe médica obtenham uma maior segurança jurídica ao tratar de temas tão relevantes como direitos de personalidade e relativos ao parentalidade.

4.2 ASPECTOS JURÍDICOS SUSCITADOS NOS PROJETOS DE LEIS SOBRE REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA

Com o constante avanço nas tecnologias biomédicas os juristas começam a ser demandados no sentido de dar sustentação a essas experiências médicas “como forma de garantir mais segurança e maior legalidade à ousadia de novas práticas evitando eventuais processos judiciais” (LEITE, 2002). Contudo, ao iniciar essa discussão no âmbito legislativo é que se traz para o espaço público os aspectos bioéticos, políticos, culturais, econômicos, religiosos e tantos outros que revelam a complexidade do tema.

No entanto, a legislação a ser elaborada ao assegurar a legalidade da prática não pode prescindir de uma profunda reflexão bioética pois esse campo do conhecimento “examina e discute os aspectos éticos relacionados ao desenvolvimento e às aplicações da biologia e da medicina, indicando as formas e meios de respeitar o valor da pessoa humana” (LEITE, 2002). O quadro abaixo traz os inúmeros PL’s apresentados.

Quadro 1 - Lista de Projetos de Leis sobre Reprodução Humana Assistida

Projeto	Ano	Autor (a)	Partido	Profissão	Situação
Nº3638	1993	Luiz Moreira	PTB/BA	Médico	Arquivado

Nº2.855	1997	Confúcio Moura	PMDB/RO	Médico	Apensado
Nº4.665	2001	Lamartine Posella	PMDB/SP	Pastor	Apensado
Nº6296	2002	Dep. Magno Malta	PL/ES	Pastor	Apensado
Nº120	2003	Roberto Pessoa	PFL/CE	Empresário	Apensado
Nº1135	2003	Dr. Pinotti	PMDB/SP	Médico	Apensado
Nº1184	2003	Lucio Alcantara	PSDB/CE	Médico	Aguardando Parecer da CCJC
Nº2061	2003	Maninha	PT/DF	Médico	Apensado
Nº 3497	2004	Ivan Valente	PT/SP	Engenheiro	Aguardando Criação de comissão
Nº 4686	2004	José Carlos Araújo	PFL/BA	Locutor	Apensado
Nº4889	2005	Salvador Zimbaldi	PTB/SP	Político	Apensado
Nº5624	2005	Neucimar Fraga	PL/ES	Político	Apensado
Nº 3067	2008	Dr. Pinotti	DEM/SP	Médico	Apensado
Nº 5266	2009	Jorginho Maluly	DEM/SP	Advogado	Apensado
Nº 5730	2009	Geraldo Rezende	PMDB/MS	Médico	Apensado
Nº7701	2010	Dalva Figueiredo	PT/AP	Professora	Apensado
Nº 3977	2012	Leal Varela	DEM/MG	Empresário	Apensado
Nº4726	2012	Eleuses Paiva	DEM/SP	Médico	Apensado
Nº 4892	2012	Eleuses Paiva	DEM/SP	Médico	Apensado
Nº 115	2015	Juscelino Rezende Filho	PRP/MA	Engenheiro	Apensado
Nº 7.020	2017	Rogério Peninha Mota	MDB/SC	Advogado	Apensado
Nº 7.591	2017	Carlos Gomes Bezerra	MDB/MT	Jornalista	Apensado
Nº 9.403	2017	Vitor Valim	PMDB/CE	Jornalista	Apensado
Nº 5.768	2019	Afonso Antunes da Mendonça	PDT/RS	Advogado	Apensado
Nº 1.218	2020	Alexandre Frota	PSDB/SP	Ator	Apensado
Nº 4178	2020	Deuzinho Filho	REPUBLIC/CE	Administrador	Apensado
Nº299	2021	Chris Tonietto	PSL/RJ	Advogada	Apensado

Fonte: Elaborada pela autora (2021) a partir de dados extraídos do site: camara.leg.br

A maioria dos PLs em tramitação estão apensados, o que significa que a sua tramitação deve se dar em conjunto. O apensamento de um projeto ocorre quando existem propostas semelhantes e os legisladores precisam anexar esses projetos e analisá-los de forma concomitante, já que as decisões necessitam estar em consonância evitando contradições legislativas sobre a disciplina de um mesmo tema (BRASIL, 2021). O PL 1.184 encabeça essa discussão tendo 24 projetos apensados.

Conforme se verifica as questões suscitadas em torno da RHA nesses PLs jurídico tem predominância de três seguimentos da sociedade: jurídico, médico e religioso. O controle dessas representantes de classe compromete o exercício do debate democrático que deveria envolver outros setores da sociedade.

O mais significativo é o fato de que esses três grupos não se diferenciam no que se refere às moralidades fundamentais que procuram defender pela lei, fazendo com que haja uma espécie de sobreposição de interesses entre as três categorias. Essa harmonia de interesses entre a medicina, o direito e a igreja católica, três instituições de referência para a sociedade brasileira, torna o debate ainda mais hermético, dificultando o acesso de outras perspectivas críticas, tais como as teorias feministas (DINIZ, 2000, p.03)

O primeiro projeto de lei surge em 1993, quase uma década após as práticas de RHA serem realizadas no país e hoje encontra-se arquivado. A propositura do PL 3638/93 teve autoria do deputado Luís Moreira, que foi conselheiro e presidente da Associação Baiana de Medicina e integrante do Conselho Consultivo da Associação Médica Brasileira, assim vislumbra-se a sua atuação como representante dessa categoria profissional.

O referido projeto é uma tentativa de tornar lei a resolução nº 1.358/1992, podendo-se afirmar que é quase uma cópia, visto que foram feitas apenas pequenas alterações no texto, como destacam Medeiros e Verdi (2010, p. 3.130) “um tímido esforço aparentando reflexão com pouca profundidade sobre o que propõe, apenas reproduzindo o texto”.

Elaborado em 2003 o PL 1.184 proíbe a gestação de substituição, o que impacta na procriação de casais homoafetivos que buscam o exercício da dupla paternidade e também nega o direito a homens construírem uma família monoparental. Para Medeiros e Verdi (2010) a discussão sobre a aceitação ou negativa da gestação de substituição é um ponto que merece maior análise e aprofundamento, pois a sua negativa exclui o direito inerente ao homem e negligencia a possibilidade de formação familiar respaldada na Constituição Federal.

O recurso da gestação por substituição é utilizado no país, e como explica Azevedo (2018) “consiste na cessão temporária do útero, sem fins lucrativos, para a geração de filho alheio. É importante ressaltar que é vedada a negociação econômica dessa cessão, de acordo com o art. 199, § 4º da CF/88”. Os PL’s 2.855/1997, 2.061/2003, 115/2005, 5.768/2019, 7.591/2017, 1.135/2003, PL 2.061/2003, PL 5.768/2019 autorizam a gestação por substituição e os demais projetos não mencionam esse tratamento.

Os textos analisados nem sempre revelam o público beneficiário da lei, mas a sua grande maioria direciona o acesso da RHA para casais heterossexuais afetados pela infertilidade. O caráter heteronormativo pode ser exemplificado no projeto apresentado pelo Pastor e Deputado Magno Malta que visa proibir a fertilização de óvulos humanos com material genético provenientes de células de doadora do gênero feminino, o argumento utilizado é que os avanços tecnológicos podem gerar uma criança apenas com óvulos femininos, e isso, traria nas palavras do então deputado “repercussões éticas e morais extremamente preocupantes” (PL-6296/2002).

O texto considera inadequado “casais de lésbicas que querem ter filhos sem o intercuro sexual e, até mesmo, sem a contribuição genética masculina”. A possibilidade de garantir o tratamento através da doação compartilhada também é inviabilizada de acordo com esse projeto.

A Fecundação *In Vitro* (FIV) pode ocorrer de maneira homologa quando o material genético pertence ao casal, ou heteróloga quando o material genético pertence ao doador. O PL 5266/2009 trata da inclusão do artigo 1597-A no código civil sobre presunção de paternidade na fecundação artificial heteróloga e visa estabelecer que “a mesma regra que vale na constância do casamento seja válida para o filho havido de fecundação artificial heteróloga em união estável” (BRASIL, 2009).

O tema da inseminação artificial após a morte daquele a quem pertence o material genético encontra-se na PL 7591/2017, PL9403/2017 e propõem modificação ao artigo 1.798, que trata sobre vocação hereditária de maneira favorável as pessoas nascidas de inseminação artificial tornando-as legítimas na sucessão.

Devido aos altos custos do tratamento com RHA e considerando a desigualdade social do país o fator econômico se coloca como uma das principais barreiras, então para que de fato o direito a constituição de núcleo familiar nessa efetivado é necessário ofertar o acesso através do SUS. Nesse sentido, o PL 5.634/2005 apresentado pelo deputado Neucimar Fraga propõe a instituição desse serviço no SUS.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como demonstrado anteriormente ao longo da história os aspectos que giram em torno da capacidade de reprodução humana são atravessados pelas transformações sociais até o momento em que os direitos sexuais e reprodutivos atingem o nível de direitos humanos. Nessa perspectiva, o Brasil cria a Lei do Planejamento Familiar como forma de garantir no ordenamento interno o novo entendimento elaborado através das conferências internacionais, no entanto, a os tratamentos conceptivos que fazem uso das tecnologias de reprodução humana assistida se apresentam como desafio.

Acontece que a RHA ao se expandir no país o faz sob a égide da saúde privada, tornando garante de uma atuação do Estado que ultrapasse o limite de mero fiscalizador através da ANVISA. Diante das modificações operadas por meio das resoluções fica perceptível que os profissionais de medicina conseguem ampliar o público alvo antes adstrito a casais com

problemas de infertilidade, e agora destinando o tratamento de maneira a atender a pluridiversidade familiar.

Sobre questões relacionadas a gestão de material genético houve nas resoluções uma incorporação das determinações da lei de biossegurança que trata sobre o destino de embriões permitindo o seu descarte após o tempo de 3 (três) anos ou uso para pesquisas com células troncos.

No âmbito legislativo verifica-se um atraso no debate de maneira que os projetos de leis se encontram em descompasso com os direitos adquiridos por famílias que fogem ao padrão tradicional heteronormativo. Dado o retardo dessa esfera sobre as modernas técnicas de reprodução, verifica-se a necessidade de retomada do tema numa perspectiva do biodireito, pois as modificações na área das biotecnologias produzem implicações jurídicas, e o Estado por meio de leis deve estabelecer limites éticos que diminuam os riscos dos tratamentos e maximize os benefícios, e também deve agir de forma a distribuir com justiça o acesso a esses tratamentos.

Para avançar na discussão desse trabalho sugere-se que futuros estudos ao aprofundar o cenário nacional também desenvolva pesquisa nas legislações de outros países para um estudo comparado, pois dessa forma haverá um amadurecimento do tema para uma posterior propostas no território nacional.

REFERÊNCIAS

APPOLINÁRIO, Fábio. **Dicionário de Metodologia Científica**: um guia para a produção do conhecimento científico. São Paulo, Atlas, 2009.

AVILA, Maria Betânia. Modernidade e cidadania reprodutiva. **Revista Estudos Feministas**, v. 1, n. 2, p. 382-382, 1993.

AZEVEDO, Julia Betini Ferreira. **As famílias homoafetivas e o seu acesso ao planejamento familiar por meio das técnicas de reprodução assistida**. Niterói: UFF, 2018. p. 37.

Disponível em:

<<https://app.uff.br/riuff/bitstream/handle/1/16487/tcc%20julia%20betini.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 20 out. 2021

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **13º Relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões (SisEmbrio), 2019**. Disponível em:

<<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiOTVjMDYxOGMtMmNiYy00MjQ3LTg3Y2ItYT AxYTQ4NTkxYjFkIiwidCI6ImI2N2FmMjNmLWZjZjMtNGQzNS04MGM3LWI3MDg1Zj VIZGQ4MSJ9&pageName=ReportSection770f72a0cca27de07030>>. Acesso em: 06 out. 2021.

BRASIL. **Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957.** Dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/13268.htm>. Acesso em 12 nov. 2021.

BRASIL. **Lei Federal nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996.** Regula o §7º do artigo 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União 1996. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm>. Acesso em: 08 nov. 2021

BRASIL. Câmara dos Deputados. **O que é apensação?** Câmara dos Deputados, 2021.

Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/noticias/55839-o-que-e-apensacao/>>. Acesso em: 10 set. 2021

BASTERD, Leila Linhares. **Mulher, População e Desenvolvimento:** subsídios aos parlamentares na implementação do Plano de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento - CAIRO'94. Brasília, DF, Brasil: Centro Feminista de Estudos e Assessoria - CFEMEA, 1996. Disponível em:

<https://www.cfemea.org.br/images/stories/publicacoes/mulher_populacao_desenvolvimento.pdf>. Acessado em: 10 set. 2021

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº 1.358, de 11 de novembro de 1992.** Adota normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução humana assistida, como dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos. Publicada no D.O.U. de 19 de novembro de 1992, Seção I, p.79. Disponível em: <www.portal.cfm.org.br>. Acesso em 13. ago. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução nº 1.957, de 15 de dezembro de 2010. Adota as Normas Éticas Para a Utilização das Técnicas de Reprodução Assistida,

anexas à presente resolução, como dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos. Revoga a resolução nº1.358, de 11 de novembro de 1992. Publicada no D.O.U. de 06 de janeiro de 2011, Seção I, p.79. Disponível em: <www.portal.cfm.org.br>. Acesso em 17 mar. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº2.013, de 16 de abril de 2013**. Adota as Normas Éticas Para a Utilização das Técnicas de Reprodução Assistida, anexas à presente resolução, como dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos. Revoga a resolução nº1.957, de 15 de dezembro de 2010. Disponível em: <www.portal.cfm.org.br>. Acesso em 17 ago. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº2.121, de 16 de julho de 2015**. Adota as Normas Éticas Para a Utilização das Técnicas de Reprodução Assistida, anexas à presente resolução, como dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos. Revoga a resolução nº2.013, de 16 de abril de 2013. Publicada no D.O.U. de 24 de setembro de 2015, Seção I, p. 117. Disponível em: <www.portal.cfm.org.br>. Acesso em 17 ago. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº2.168, de 21 de setembro de 2017**. Adota as Normas Éticas Para a Utilização das Técnicas de Reprodução Assistida, anexas à presente resolução, como dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos. Revoga a resolução nº2.121, de 16 de julho de 2015. Publicada no D.O.U. de 10 de novembro de 2017, Seção I, p. 73. Disponível em: <www.portal.cfm.org.br>. Acesso em 17 ago. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução nº2.283, de 01 de outubro de 2020. Altera a redação do item 2 do inciso II da resolução nº 2.168/2017. Publicada no D.O.U. de 27 de novembro de 2020, Seção I, p. 391. Disponível em: <www.portal.cfm.org.br>. Acesso em 17 ago. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução nº2.294, de 27 de maio de 2021. Adota as Normas Éticas Para a Utilização das Técnicas de Reprodução Assistida, anexas à presente resolução, como dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos. Revoga a resolução nº2.168, de 21 de setembro de 2017. Publicada no D.O.U. de 15 de junho de 2021, Seção I, p. 60. Disponível em: <www.portal.cfm.org.br>. Acessado em 17 ago. 2021.

CORREA, Marilena C. D. V; LOYOLA, Maria Andrea. **Tecnologias de Reprodução Assistida no Brasil: opções para ampliar o acesso**. *Physis*, v. 25, n. 3, p. 753- 777, Setembro, 2015.

CORRÊA, Marilena V. Novas Tecnologias Reprodutivas: doação de óvulos, o que pode ser novo nesse campo? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 3, p. 863-870, 2000. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/9L6qkJfmhSHvd6Mq7YmzzLD/?lang=pt>>. Acesso em 12 nov. 2021

CORRÊA, Marilena; DINIZ, Débora. Novas tecnologias reprodutivas no Brasil: um debate à espera de regulação. **AE tica**, v. 172, 2000.

CORRÊA, Sonia; PETCHESKY, Rosalind. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, vol. 6, nº 1/2, Rio de Janeiro, 1996, pp.147-77. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/physis/a/K7L76NSSqymrLxfsPz8y87F/?format=pdf&lang=pt>> .
Acesso em: 10 nov. 2021

Diniz, Débora. **Tecnologias Reprodutivas, Ética e Gênero: o debate legislativo brasileiro**. Petrópolis, Série *Anis* Brasília 2000; 15:1-23. Disponível em:
<<https://www.anpocs.com/index.php/encontros/papers/24-encontro-anual-da-anpocs/gt-22/gt11-7/4814-ddiniz-tecnologias/file>>. Acesso em 12 nov. 2021

DINIZ, Debora; COSTA, Rosely Gomes. Infertilidade e infecundidade: acesso às novas tecnologias conceptivas e novas tecnologias reprodutivas, p. 49, 2006. Disponível em:
<http://www.br.boell.org/sites/default/files/novas_tecnologias_reprodutivas_-_publicacao.pdf#page=50>. Acesso em: 30 out. 2021

GRIJÓ, Raquel Patrício; CARNEIRO, Borges. **A realidade da Procriação Medicamente Assistida:-Técnicas laboratoriais-Criopreservação de ovócitos: Que futuro nos centros?** (Relatório de estágio - Mestrado em Biologia celular e Molecular). Faculdade de Ciências, Porto 2013. Disponível em:

<<https://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/674/1/tese%20Denise.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2021

INSTITUTO BRASILEIRO DE DIREITO DE FAMÍLIAS (IBDFAM). **CFM publica normas éticas para reprodução assistida, com atenção a pessoas trans e fertilização post mortem**. 2021. Disponível em:

<<https://ibdfam.org.br/noticias/8588/CFM+publica+normas+%C3%A9ticas+para+reprodu%C3%A7%C3%A3o+assistida%2C+com+aten%C3%A7%C3%A3o+a+pe%C3%A7as+trans+e+fertiliza%C3%A7%C3%A3o+post+mortem>>. Acesso em: 17 set. 2021

LEITE, Eduardo de Oliveira; “El Derecho y la Bioética: estado actual de las cuestiones en Brasil”, **Acta Bioeth**, V. 8, n° 2, Santiago 2002.

LEITE, Tatiana Henriques. Análise crítica sobre a evolução das normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 917-928, 2019. Disponível em:

<<https://pdfs.semanticscholar.org/731c/d29231ad5babb6d400d1531bba15ddaad1a8.pdf>>.

Acesso em: 12 nov. 2021

MASCARENHAS, Igor de Lucena et al. Direito médico à objeção de consciência e a recusa em realizar procedimentos de reprodução assistida em casais homossexuais: a discriminação travestida de direito. **civilistica.com**, v. 10, n. 2, p. 1-24, 2021. Disponível em:

<<https://civilistica.emnuvens.com.br/redc/issue/view/41>>. Acesso em: 14 out. 2021

MEDEIROS, Luciana Soares de; VERDI, Marta Inez Machado. Direito de acesso ao serviço de reprodução humana assistida: discussões bioéticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 3129-3138, 2010. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csc/a/MV4f6Vvb5CBPzygT3ph5RKG/?format=pdf&lang=pt>>.

Acesso em: 02 ago. 2021

MONTENEGRO, Karla Bernardo. Reprodução humana assistida: qualidade, avanços e limites éticos em debate. Disponível em:

<http://www.ghente.org/temas/reproducao/congresso_sbraz.htm>. Acesso em: 29 out. 2021.

PITTELLI, Sergio Domingos. O Poder Normativo do Conselho Federal de Medicina e o Direito Constitucional à Saúde. **Revista de Direito Sanitário**, v. 3, n. 1, p. 38-59, 2002.

QUEIROZ, Ana Beatriz Azevedo et al. Trabalho do Enfermeiro em Reprodução Humana assistida: entre tecnologia e humanização. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020

SANTOS, Ana Caroline. BOURROUL, Selma Cecília. Criopreservação em reprodução humana assistida. 15º Congresso Nacional de Iniciação Científica. 2015. 16:863-70
Disponível em: <<http://conic-semesp.org.br/anais/files/2015/trabalho-1000020853.pdf>>. acesso em 30 out. 2021

TAMANINI, Marlene. Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: bioética e controvérsias. **Revista Estudos Feministas**, v. 12, p. 73-107, 2004.

TRINDADE, Leticia. Limites legais na geração de um filho geneticamente escolhido ou manipulado. **CAMPO JURÍDICO**, v. 5, n. 1, p. 275-324, 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento**. Plataforma Cairo: 5-13 set. 1994.
Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>>. Acesso em 02.11.2021

ZANGHELINI, Débora et al. Direito ao Aborto no Brasil e (in) Justiça Reprodutiva: apontamentos para o Serviço Social. 2020. Disponível em:
<<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/220331/Debora%20Zanghelini.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em 09 nov. 2021