



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE
ESCOLA SUPERIOR DO MINISTÉRIO PÚBLICO – ESMP
ESPECIALIZAÇÃO EM DIREITO DE FAMÍLIA, REGISTROS
PÚBLICOS E SUCESSÕES**

Ana Maria Gonçalves Bastos de Alencar

OS FILHOS DA CIÊNCIA: REPRODUÇÃO HUMANA HETERÓLOGA

**Fortaleza / CE
2011**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
ESCOLA SUPERIOR DO MINISTÉRIO PÚBLICO**

Ana Maria Gonçalves Bastos de Alencar

OS FILHOS DA CIÊNCIA: REPRODUÇÃO HUMANA HETERÓLOGA

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Direito de Família, Registros Públicos e Sucessões do Centro de Estudos Sociais Aplicados, da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Direito.

Orientadora: Profa. Denise Almeida de Andrade, Ms

**Fortaleza - Ceará
2011**

A368f Alencar, Maria Gonçalves Bastos de.
Os filhos da Ciência: Reprodução Humana Heteróloga / Maria Gonçalves Bastos de Alencar. – Fortaleza, 2011.
60 p.
Orientador (a): Prof^a. Ms. Denise Almeida de Andrade.
Monografia (Especialização em Direito de Família, Registros Públicos e Sucessões) – Universidade Estadual do Ceará, Escola Superior do Ministério Público do Ceará.
1. Reprodução Assistida. 2. Filhos. 3. Inseminação Artificial. 4. Reprodução heteróloga I. Universidade Estadual do Ceará, Escola Superior do Ministério Público do Ceará.
CDD: 342.16

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
ESCOLA SUPERIOR DO MINISTÉRIO PÚBLICO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM DIREITO DE FAMÍLIA,
REGISTROS PÚBLICOS E SUCESSÕES

Título do Trabalho:

OS FILHOS DA CIÊNCIA: REPRODUÇÃO HUMANA HETERÓLOGA

Autora:

Ana Maria Gonçalves Bastos de Alencar

Defesa em: ___/___/2011

Conceito obtido: _____

Nota obtida: _____

Banca Examinadora

**Orientadora: Profa. Denise Almeida de Andrade, Ms
Faculdade Christus**

Examinador:

Escola Superior do Ministério Público- ESMP

Examinador:

Universidade Estadual do Ceará - UECE

**“Vem vamos embora
Que esperar não é saber
Quem sabe faz a hora
Não espera acontecer!”**

(Geraldo Vandré)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus, Senhor de tudo.

Aos meus pais, José Gusmão Bastos e Maria Zita Gonçalves Bastos, exemplos de retidão e honradez, que primeiramente me ensinaram a amar a Deus sobre todas as coisas, ao próximo e a profissão.

Aos meus amados filhos Wagner e Sarah, pela paciência e compreensão com o tempo lhes foi roubado, entregue aos estudos jurídicos e dedicação ao Ministério Público.

Ao carinho e apoio do meu marido.

RESUMO

O presente trabalho apresenta a nova modalidade de filiação prevista no Código Civil de 2002, mostrando novos conceitos, a omissão da legislação e a conseqüente instabilidade nas relações familiares e sociais, no trato da reprodução chamada inseminação artificial heteróloga. As técnicas de reprodução assistida inserem-se no contexto de um dos mais elementares instintos do ser humano: o da procriação. Através delas é que se possibilitam casais estéreis e/ou inférteis a terem filhos. Essa nova tecnologia, entretanto, trouxe inúmeros conflitos, dentre eles o estabelecimento da maternidade/paternidade de filhos oriundos de inseminação artificial heteróloga e suas conseqüências no campo patrimonial e afetivo. O tema da reprodução assistida há muito tempo deixou de ser exclusivo da medicina, afetando diversas áreas do conhecimento, inclusive, o Direito. Outrossim, é uma realidade, não há mais como a ciência retroceder. Tendo como propósito trazer críticas construtivas e sugestões, sempre buscando apoio nos princípios fundamentais, a fim de que os operadores do direito possam tratar com justiça e equidade os entes dessa nova era, os filhos da ciência. Como metodologia foi utilizada a pesquisa bibliográfica, com base na Constituição Federal, leis, resoluções, trabalhos científicos, artigos e sites da internet.

Palavras-chave: Reprodução Assistida. Filhos. Inseminação Artificial. Reprodução Heteróloga.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CC	Código Civil
CF	Constituição Federal
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNCE	Comitê Consultivo Nacional sobre Ética para a Saúde e Ciências
PL	Projeto de Lei

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	FILIAÇÃO E REPRODUÇÃO ASSISTIDA.....	13
2.1	A filiação no Código Civil de 2002.....	13
2.2	A filiação no Código Civil de 2002.....	15
2.2.1	Esclarecimentos sobre esterilidade e infertilidade.....	16
2.2.2	Inseminação e fecundação.....	19
2.2.3	Técnicas de reprodução humana medicamente assistida.....	20
2.2.4	Registros Históricos.....	21
3	INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL HETERÓLOGA.....	25
3.1	Considerações gerais.....	25
3.2	Condições.....	26
3.2.1	Pessoas que podem se submeter à técnica de reprodução humana do tipo heteróloga.....	27
3.2.2	Manifestação de vontade: consentimento informado e autorização do casal.....	29
3.2.3	Dos doadores.....	30
3.2.4	Controle do material genético doado.....	31
3.3	Princípios constitucionais norteadores do Direito de Família e princípios da bioética.....	32
4	INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL HETERÓLOGA NO DIREITO COMPARADO.....	37
4.1	Estados Unidos.....	37
4.2	Espanha.....	38
4.3	França.....	39
4.4	Alemanha.....	41

5	QUESTÕES JURÍDICAS DA INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL HETERÓLOGA.....	43
5.1	Direito ao conhecimento da identidade genética.....	43
5.2	Projetos de lei sobre reprodução assistida e suas implicações nas questões paternidade-maternidade-filiação.....	47
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58

1 INTRODUÇÃO

Há bem pouco tempo, a reprodução humana era vista como criação da ficção científica. Entretanto, a tecnologia evoluiu e hoje é fato que uma pessoa estéril pode gerar filho seu, ou até com herança genética de outra pessoa.

Na verdade, há três opções para se ter um filho: meio natural, via adoção, ou através de reprodução humana assistida.

A reprodução assistida foi uma técnica criada para auxiliar na resolução dos problemas de infertilidade humana, com o objetivo de facilitar o processo de procriação quando outras terapêuticas tenham sido ineficazes ou ineficientes para a solução de uma situação de infertilidade (incapacidade causada por disfunções orgânicas ou funcionais que atuam na fecundação impossibilitando a produção de descendentes) e esterilidade (incapacidade de um dos cônjuges, ou de ambos, de fecundarem por um período superior a um ano, quando da não utilização de nenhum método contraceptivo e com vida sexual normal, seja por causas orgânicas ou funcionais) conjugal, provocando a gestação através da facilitação ou da substituição de alguma das etapas do ciclo reprodutivo, possibilitando que os casais estéreis ou inférteis venham a ter filhos.

O presente trabalho apresenta uma avaliação crítica e perspectivas jurídicas no tratamento dado ao indivíduo fruto de uma reprodução assistida, mas especificamente a do tipo inseminação artificial heteróloga, que é aquela em que o ser humano é gerado com material genético fornecido por terceiros, fazendo um paralelo com os direitos e garantias dados ao doador do respectivo material genético.

E para que se entenda as implicações jurídicas das técnicas de reprodução humana assistida e suas respectivas consequências, serão apresentados no capítulo 2 os tipos de filiação previstos no ordenamento jurídico, mais precisamente no Código Civil de 2002, oportunidade em que se esclarece

sobre esterilidade e infertilidade, inseminação e fecundação, bem como a diferenciação entre as técnicas de inseminação humana artificial, com suas nuances e conceito, indicando o registro histórico das principais descobertas científicas no campo da reprodução assistida.

Continuando, no capítulo 3, aborda-se a inseminação heteróloga tecendo considerações sobre as condições, bem como indica-se quais as pessoas que podem se submeter à técnica de reprodução humana assistida e como se dá a manifestação de vontade dos envolvidos, mostrando as garantias dadas aos doadores do material genético e como é feito o controle pelas clínicas especializadas; e ao final desse capítulo, apresenta-se os princípios fundamentais do Direito de Família.

Em sequência, no capítulo 4, se faz uma breve comparação com a legislação estrangeira quanto à reprodução humana artificial, para adiante, no capítulo 5, tratar das questões jurídicas da inseminação artificial heteróloga, mais especificamente no que diz respeito ao direito ao conhecimento da identidade genética, trazendo reflexões quanto à necessidade urgente de uma normatização atual, em que seja encontrado o equilíbrio entre a ética, o direito e o progresso científico, e apontando os projetos de lei em tramitação no Congresso Nacional. O Estado não pode ficar inerte diante do poder da pesquisa científica. Muito menos pode o indivíduo, filho da ciência, vir ao mundo apenas para resolver problema de infertilidade ou esterilidade de outros; no mínimo, a ele, deve-se dar o direito de conhecer sua origem genética.

Certamente, a doutrina e a jurisprudência irão com o tempo formar posições em busca de soluções para as inúmeras situações adversas que se apresentam no campo da reprodução humana assistida. Entretanto, o tema em questão não pode esperar muito, eis que trata da vida humana e sua segurança nas relações jurídico-familiares. Inclusive, segundo artigo da Revista Época de no.79, datado de 11.10.2010, calcula-se, no mundo, que quatro milhões de pessoas já tenham sido geradas por meio de reprodução assistida.

A metodologia utilizada para pesquisa foi a bibliografia, baseando-se na Constituição Federal, leis, resoluções, trabalhos científicos, artigos e sites da internet.

Por fim, nas considerações finais, foram apresentadas idéias para uma normatização que assegure a realização total das potencialidades humanas e da manutenção de sua dignidade, oportunizando a coexistência entre a evolução científica e tecnológica com normas do direito e princípios constitucionais visando a formação da nova sociedade que está por vir.

2 FILIAÇÃO E REPRODUÇÃO ASSISTIDA

Os filhos havidos através da reprodução humana assistida, incluídos no rol daqueles presumidamente concebidos na constância do casamento(art.1.597 CC), obrigou a doutrina formar novos conceitos de filiação, senão vejamos:

2.1 A filiação no Código Civil de 2002

Com efeito, a família constitui um dos temas mais discutidos no campo das ciências humanas e da saúde, uma vez que tem sofrido profundas mudanças quanto à sua natureza, função, composição e concepção nas últimas décadas, fato que se deu não só no Brasil, mas no mundo inteiro. Deixou de ser um núcleo econômico de reprodução para ser um espaço de amor, companheirismo e afeto.

E nesse contexto, a filiação, que no sentido literal da palavra significa relação de parentesco entre os pais e seus filhos, também teve que acompanhar os novos tempos. No Código Civil de 1916, a filiação era dividida em filhos legítimos, legitimados e ilegítimos, subdividindo-se esses últimos em naturais e espúrios (adulterinos e incestuosos).

Atualmente, o tratamento legal dado à filiação, não faz qualquer diferença entre os filhos legítimos ou não legítimos, e os havidos ou não do casamento. Muito pelo contrário, o art.1.596 do CC 2002 garantiu o tratamento igualitário entre os filhos, a fim de vedar quaisquer designações discriminatórias relativas à filiação.

Diniz (2007), descreve o significado de filiação:

A filiação é o vínculo existente entre os pais e filhos; vem a ser a relação de parentesco consanguíneo em linha reta de primeiro grau entre uma pessoa e aqueles que lhe deram a vida, podendo, ainda (CC, arts. 1593 a 1597 e 1618), ser uma relação socioafetiva entre pai adotivo institucional e filho adotado ou advindo de inseminação artificial heteróloga. (DINIZ, 2007, p.420).

Scalquette (2010), de forma objetiva, classifica a filiação apenas em duas modalidades, como biológica e não biológica, ressalvando, entretanto, que o tratamento legal dado é idêntico para ambas as origens.

Para Barros (2010), são três tipos de filiação: a) filiação natural, na qual os pais contribuem com o material genético para a concepção do filho, havendo, pois, vínculo biológico; b) a filiação civil decorrente do instituto da adoção; e c) a filiação artificial, que decorre da reprodução artificial.

Na opinião de Gama (2003), a diferença entre os filhos decorre da própria distinção entre as pessoas e, logicamente que, com fundamento em determinados critérios, a espécie de filiação facilita a categorização e melhor compreensão de aspectos importantes relacionados ao instituto do Direito de Família. E assim o autor classifica-a: filiação matrimonial e extramatrimonial; filiação resultante de procriação carnal e de procriação assistida; filiação natural e civil; e por fim filiação legal (jurídica), biológica e afetiva.

É nesse sentido, em que as novas tecnologias reprodutivas interrogam o conceito de família e filiação ao tornarem possível a procriação entre casais inférteis/estéreis, que o Código Civil de 2002, embora de forma deficiente, regulamenta, em seu art. 1.597, a reprodução assistida, ao dispor:

Art. 1.597: Presumem-se concebidos na constância do casamento os filhos:
[...]
III. havidos por fecundação artificial homóloga, mesmo que falecido o marido;
IV. havidos, a qualquer tempo, quando se tratar de embriões excedentários, decorrentes de concepção artificial homóloga;
V. e, aqueles havidos por inseminação artificial heteróloga, desde que tenha prévia autorização do marido. (BRASIL, 2002, online)

Muito bem disse Venosa (2005), ao abordar esse tema:

[...] advirta-se, de plano, que o Código de 2002 não autoriza nem regulamenta a reprodução assistida, mas apenas constata lacunosamente a existência da problemática e procura dar solução ao aspecto da paternidade. Toda essa matéria, que é cada vez mais ampla e complexa, deve ser regulada por lei específica, por um estatuto ou microsistema. (VENOSA, 2005, p.256)

Portanto, de acordo com o exposto, há realmente previsão no novo Código para a forma de filiação através de reprodução assistida, tanto do tipo homóloga quanto heteróloga; entretanto, referida regulação está muito aquém do progresso da medicina no trato da reprodução humana assistida e seus desdobramentos, ante o direito das famílias e sucessório.

2.2 Reprodução Assistida

A reprodução assistida ocorre quando o casal recebe orientação de forma a programar a maneira de suas relações, objetivando à facilitação do encontro do espermatozóide com o óvulo, ainda que esse encontro se dê por meio de relação sexual. Scalquete (2010,pág.43), define-a em duas formas: a primeira, em forma de aconselhamento e acompanhamento de periodicidade da atividade sexual do casal a fim de otimizar as chances de que ela resulte em gravidez; e a segunda, através do emprego de técnicas médicas avançadas, de modo a interferir diretamente no ato reprodutivo, objetivando viabilizar a fecundação.

E são essas técnicas médicas que possibilitam casais estéreis a terem seus filhos, através do armazenamento de material genético, da doação de gametas, da fertilização heteróloga (aquela que usa material genético de terceiro doador) e, ainda, a *post mortem* (fertilização de material genético de pessoas já falecidas).

Entretanto, estas fertilizações, trouxeram inúmeros conflitos, sendo o principal deles o estabelecimento da paternidade, com as consequências patrimoniais e sucessórias e, ainda, a valorização da afetividade.

2.2.1 Esclarecimentos sobre esterilidade e infertilidade

Embora a doutrina algumas vezes trate a infertilidade e esterilidade como palavras sinônimas, na verdade não são, eis que a primeira diz respeito a dificuldade em ter filhos e, a segunda, à total impossibilidade em gerar filhos.

Ensina Rueda (2011, online), que:

[...] a esterilidade é uma incapacidade temporária ou definitiva de um casal em conceber após um ano de relações sexuais sem controle contraceptivo voluntário. Para incluir-se um casal num protocolo de cuidados da esterilidade, tal casal deve ter tido uma exposição adequada à gravidez durante um ano, classificando-se em primária e secundária: a esterilidade primária se dá quando o casal não conseguiu uma gravidez e a esterilidade secundária ocorre quando o casal tem antecedentes de uma ou várias gestações, sendo que após um ano de exposição não conseguem conceber. A esterilidade primária significa nunca ter havido concepção. Para os anglo-saxões esta situação recebe o nome de infertilidade primária. Caso exista o antecedente de uma gravidez, a esterilidade será secundária e corresponderá ao término da infertilidade secundária na denominação anglo-saxã.

Cita-se a pesquisa feita pela citada autora:

[...] o estudo mais completo das causas desta patologia foi realizado pela OMS na década de 80, em 33 centros de 25 países diferentes (desenvolvidos e em desenvolvimento), abrangendo 5.800 casais inférteis, que por sua vez, chegaram a conclusão de que dentre os fatores avaliados no estudo do casal infértil inclui-se:

- a) Na mulher:
 1. Fator cervical
 2. Fator uterino corporal
 3. Fator tubo-peritoneal
 4. Fator ovariano (endócrino)
- b) No homem:

5. Fator masculino

c) Em ambos:

6. Fatores associados ao coito

1 - Fator Cervical

Investiga mudanças anatômicas e de posição do cérvix, as características do muco, a permeabilidade à passagem do esperma e alterações do mecanismo de migração espermática. Avalia-se mediante exame ginecológico, estudo do muco cervical e provas funcionais "in vivo" (pós-coito ou de Sims Huhner) ou "in vitro" (Kremer ou prova de muco-sêmem). O estudo de muco cervical (cristalização, consistência, etc) é efetuado antes ou durante a ovulação.

O teste pós-coito avalia as modificações que ocorrem no contato do sêmem com o muco cervical e o grau de penetrabilidade do espermatozóide.

2 - Fator Uterino Corporal

O útero é fundamental para a reprodução porque deste órgão dependem o transporte espermático, a implantação do feto, seu desenvolvimento e o parto. O espermatozóide avança tanto pela sua mobilidade intrínseca quanto pelo impulso que obtém das contrações uterinas, que obedecem ao orgasmo e às prostaglandinas presentes no líquido seminal e que são absorvidos a partir da vagina. O líquido seminal, em contato com o endométrio, sofre mudanças que favorecem e o habilitam para a fecundação e o trânsito para o oviduto.

A implantação não ocorre se não houver um endométrio preparado pelos estrógenos e pela progesterona até um certo grau de maturação que permita a nidificação. A presença de alterações anatômicas uterinas pode ser causa de aborto repetido ou esterilidade.

O fator uterino-corporal é estudado mediante o exame ginecológico, histerometria, biópsia de endométrio, ecografia, histerografia, histerossonografia, laparoscopia e histeroscopia.

3 - Fator Tubo-Peritoneal

O papel do oviduto não se resume ao de um simples local de trânsito para o óvulo e espermatozóide. Sua participação no transporte dos gametas é ativa, da mesma forma que na nutrição e desenvolvimento do embrião nos primeiros dias.

Uma análise avaliaria desde o espaço tubo-ovárico, a trompa, a passagem, a mobilidade das fimbrias, o pavilhão e a trompa, investigando também alterações que dificultem a capacidade de ovulação.

Pode-se realizar esta exploração por meio de radiologia (histerosalpingografia com contraste) ou cirurgia. A laparoscopia tem mostrado-se o método mais seguro para avaliar a anatomia do oviduto, permitindo-nos observar diretamente o fluxo de azul de metileno pela cavidade peritoneal logo em seguida após ser injetado pelo orifício cervical (laparoscopia e cromotubação). Ainda que a histerosalpingografia mostre a luz das trompas, não existe método que avalie as condições da mucosa tubária. Os procedimentos são complementares e seqüenciais na análise do oviduto e do espaço tubo-ovárico.

A endometriose e as aderências peri-tubáricas só podem ser diagnosticadas pela endoscopia. A histerossonografia é um novo aporte ao estudo da permeabilidade tubária.

O estudo da OMS demonstrou que os diagnósticos relacionados com infecção e oclusão tubária bilateral eram fatores realmente importantes entre as pacientes com infertilidade no mundo inteiro. Em até 64% das pacientes africanas e 28 a 35% das pacientes de outras regiões do mundo a infertilidade pode ser atribuída a uma história de infecção prévia como doença inflamatória pélvica (DIP), doença sexualmente transmissível e complicações infecciosas no aborto, gravidez ou parto normal.

Anteriormente, Westrom, na Suécia, havia descoberto que a infertilidade, depois de uma DIP, desenvolvia-se em 6 a 60% das pacientes de acordo com a gravidade da infecção, o número de infecções e a idade no momento da infecção inicial. Os estudos subseqüentes contribuíram de maneira

crescente e contínua no aumento da importância da infecção como causa de infertilidade. Segundo Cates et Alli, do CDC dos Estados Unidos, diante de um único episódio de DIP, cerca de 12% das pacientes apresentará infertilidade, após 2 episódios, 25% será infértil e depois de 3 ou mais episódios, mais de 50% apresentará este problema.

A infecção pélvica não está relacionada apenas com a infertilidade. Também há relação com a gravidez ectópica, relação esta que tem sido provada concludentemente cada vez mais. As lesões como aderências pélvicas ou sub-oclusão tubária podem permitir a fecundação, mas impedem o progresso do embrião pela cavidade uterina ficando este preso no oviduto.

É importante estudar a relação existente entre a infecção pélvica, a gravidez ectópica e a infertilidade, uma vez que a OMS estima que a taxa de infertilidade é de 50% para as pacientes depois da gravidez ectópica e 10% destas pacientes após apresentarem este quadro voltaram a apresentá-lo posteriormente.

O lamentável neste fato é que a esterilidade de origem infecciosa é totalmente passível de prevenção.

4 - Fator Endócrino Ovariano

30% das mulheres estéreis apresentam transtornos na ovulação. Estas alterações constituem um quadro complexo que foi classificado pela OMS (Organização Mundial de Saúde) da seguinte maneira:

Grupo I. Falha do eixo hipotálamo-hipófise, pacientes com amenorréia e baixa produção de estrógenos, com valores de FSH e prolactina normais ou baixos e sem lesões evidentes na área do hipotálamo-hipófise.

Grupo II. Alteração hipotálamo-hipófise em pacientes com diversos transtornos do ciclo ovário que incluem insuficiência lútea, falta de ovulação e amenorréia com baixa produção de estrógenos e FSH normal ou baixa.

Grupo III. Paciente com falha ovariana primária ou secundária.

Grupo IV. Pacientes nas quais não se consegue induzir desenvolvimento endometrial mediante a administração de estrógenos e progesterona.

Grupo V. Pacientes com hiperprolactinemia e evidência de lesão na área do hipotálamo-hipófise comprometendo a função de órgãos adjacentes.

Grupo VI. Pacientes com hiperprolactinemia sem lesão evidente na área do hipotálamo-hipófise.

Grupo VII. Mulheres com amenorréia e lesão evidente na área do hipotálamo-hipófise e valores normais ou baixos de gonadotrofinas, prolactina e estrógenos.

Recentemente, investigou-se a importância do período da foliculogênese para o desenvolvimento do corpo lúteo assim como o papel dos andrógenos no processo de atresia do mesmo. Ainda não foi possível estudar o interior do folículo nem a seqüência de mudanças hormonais devido ao fato de que a avaliação do fator ovariano é realizada de acordo com a presença ou não de ovulação e a formação de um corpo lúteo com tempo normal de secreção e níveis hormonais adequados.

Os únicos parâmetros seguros para a ovulação são a gravidez ou a recuperação do óvulo no oviduto.

Os métodos em uso atualmente são indiretos e muitos deles perderam bastante da antiga confiabilidade devido à incorporação das ultrasonografias e das modernas técnicas de determinação hormonal, por meio de radio-imunoanálise, muito mais exatas e seguras.

São elas:

O gráfico de temperatura basal (curva bifásica);

A observação do muco cervical (aumento da quantidade, consistência, cristalização anterior à ovulação com decréscimo destes parâmetros após a liberação ovular);

Biópsia de endométrio (com modificações secretoras para a fase lútea);

Determinações de laboratório: LH com pico máximo na metade do ciclo e ovulação 24 horas após; progesterona plasmática com valores de 3ng/ml no

dia 22-24 do ciclo, como indicadores de ovulação. Observação direta através de laparoscopia.

5 - Factor Masculino

Avalia a capacidade de fertilização masculina e seu grau de normalidade. Inclui, além do histórico e do exame andrológico, testes de laboratório e análise de sêmem.

O espermograma informa sobre o volume ejaculado, contagem espermática, mobilidade, morfologia, quantificação de células redondas, bioquímica do plasma seminal e presença ou ausência de processos infecciosos.

A coleta é feita diretamente num frasco de boca larga por meio de masturbação após período de abstinência de 2 ou 3 dias. O material deve ser observado num prazo de duas horas após a coleta.

Outros exames complementares incluem bacteriologia, cultura, imunologia, estudo genético, radiologia das vias espermáticas e biópsia testicular.

6 - Fatores Relacionados ao Coito

Investiga a dinâmica da relação sexual no tocante à técnica de copulação correta e ao depósito de sêmem na cavidade do colo uterino. Exige do homem um desenvolvimento normal do pênis, ereção adequada e ejaculação na vagina oportunamente. Na mulher são necessários um aparelho genital harmonicamente desenvolvido, relaxamento e capacidade de recepção durante o coito.

Este fator é estudado através de interrogatório, exame clínico-ginecológico e teste de inseminação pós-coito que revelaria espermatozóides na cavidade vaginal. (RUEDA, 2011, online)

Conclui-se que a diferença entre infertilidade e esterilidade é a seguinte: diz-se que um casal é estéril (esterilidade) quando a capacidade natural de gerar filhos é nula. Exemplo: a mulher tem obstrução das duas trompas; o marido não possui espermatozóides na ejaculação. Já os casais inférteis (infertilidade) têm apenas uma diminuição da chance da gravidez: mulheres com endometriose; homens com diminuição do número e motilidade dos espermatozóides.

2.2.2 Inseminação e fecundação

De maneira sucinta entende-se por inseminação a implantação do sêmem na mulher, seja do próprio marido ou companheiro, ou ainda de um doador; e entende-se por fecundação, também denominada fertilização, a fase de reprodução consistente na fertilização do óvulo pelo espermatozóide.

A inseminação artificial é a técnica mais simples e dirigida aos casais estéreis. Esse casais contam com ajuda humana, que são médicos especializados,

para através de exames, chegar à verificação dos dias prováveis de maior ovulação e com prévia coleta de material seminal, ser injetado o esperma na mulher para que naturalmente ocorra a gravidez.

Na fecundação, ou fertilização *in vitro*, o material do casal (óvulos e espermatozóides) é coletado e fecundado no vidro, e somente depois colocado no útero da mulher. Portanto, a fecundação é artificial e por trás há uma técnica bem mais elaborada e médicos especializados.

2.2.3 Técnicas de reprodução humana medicamente assistida

Dentre as principais técnicas atualmente disponíveis, extraída da pesquisa de Suvigan Mano (2011, online), destacam-se:

a) Fecundações *in vivo*:

O coito programado: esse método é utilizado quando embora não tenha sido detectado problema físico, o casal não consegue engravidar; então nesses casos, é feito um estudo para se identificar o melhor tempo para a realização do ato sexual, através do acompanhamento do ciclo menstrual com a finalidade de atingir o período mais fértil da mulher;

Inseminação artificial (IA): é um método em que são colocados mecanicamente espermatozóides, após terem sido colhidos e tratados, no interior do aparelho genital feminino, ocorrendo a fecundação dentro da mulher;

Transferência intratubária de gametas (GIFT): nessa técnica são previamente colhidos os espermatozóides e ovócitos para em seguida serem transferidos para as trompas uterinas, local onde se dará a fusão;

b) Fecundações *in vitro*:

Transferência intratubária de zigotos (ZIFT): essa é uma técnica em que estimula-se, através de tratamento hormonal, a maturação de óvulos da mulher, para em seguida serem puncionados alguns para fora do corpo, a fim de possibilitar que os mesmos sejam manipulados numa placa de petri, quando então serão expostos a milhares de espermatozóides e assim, fecundados, para então os zigotos resultantes, serem transferidos para as trompas uterinas. Essa é uma técnica muito adequada para casais em que a mulher tem pelo menos uma trompa saudável.

*Fertilização *in vitro* seguida de transferência de embriões (FIVETE)*: essa é a técnica popularmente conhecida como “bebê de proveta”. Muito parecida

com a técnica anterior(ZIFT), diferenciando-se apenas pelo fato de que o zigoto é incubado em vidro até a sua segmentação, em 02 a 08 células, e somente após serão transferidos para o útero ou trompas;

Fertilização in vitro do óvulo através de Injeção Intra-citoplasmática de Espermatozoides (ICSI): esse método veio permitir que casos com graves anomalias espermáticas pudessem conseguir gravidez, uma vez que através de uma agulha muito fina, é possível promover a penetração de um único espermatozóide selecionado para dentro do óvulo, utilizando-se um aparelho especialmente desenvolvido, que contém microagulhas para injeção; após segue-se a linha das técnicas *in vitro* acima mencionadas.

Acrescente-se que quaisquer dessas técnicas podem ser utilizadas ora de forma homóloga ora de forma heteróloga, o que será definido de acordo com a proveniência do material biológico utilizado para a fecundação.

E para que se entenda as implicações das técnicas de reprodução humana e suas respectivas consequências, primeiramente tem-se que se fazer a diferenciação entre a do tipo homóloga e a heteróloga: será homóloga quando os gametas utilizados para a fecundação artificial forem do casal interessado na procriação, e, será heteróloga quando na impossibilidade de um ou de ambos os interessados na procriação doarem os seus próprios gametas, forem utilizados gametas de terceiros na fecundação.

O método de fertilização em vidro pelo método ZIFT, que consiste na retirada de óvulo da mulher para fecundá-lo na proveta, com sêmem do marido ou de outro homem, permite não só introduzir o embrião no seu útero como no de outra mulher, chamada maternidade por subrogação.

2.2.4 Registros Históricos

Há 32 anos, em 25 de julho de 1978, a ciência teve o primeiro resultado significativo no campo da inseminação humana artificial, quando nasceu na Inglaterra o primeiro bebê, apelidado “bebê de proveta”, Louise Brown, através da técnica de fertilização *in vitro* desenvolvida pelo biólogo Robert Edwards e o obstetra

Patrick Steptoe. No Brasil, somente no dia 07 de outubro de 1984, nasceu Ana Paula Bettencourt, o primeiro bebê de proveta brasileiro.

De lá pra cá, muitos foram os avanços da reprodução assistida no campo da medicina. Vários outros países, como por exemplo, os EUA, a Espanha, Austrália, França, Canadá, também se debruçaram em investigações científicas na área de reprodução humana assistida e os avanços foram amplamente observados e divulgados.

Segundo a Revista Época, edição 09 (20/07/1998), no artigo – A fábrica da vida – a partir de 1940, começaram as primeiras descobertas, e casos muitos surgiram:

- **1940** - O biólogo francês Jean Rostand descobre que o esperma animal pode ser conservado a frio.
- **1952** - Na Escócia, o médico inglês Robert Edwards faz experiências em fertilização com ratos.
- **1953** - Nos EUA, tenta-se a primeira inseminação artificial feita com sêmen congelado.
- **1971** - Edwards, em colaboração com o médico Patrick Steptoe, tenta implantar embriões em mulheres, sem sucesso.
- **1975** - A dupla Edwards e Steptoe consegue a primeira gravidez. Mas ela é tubária e o feto tem de ser retirado na décima primeira semana.
- **1978** - Nasce Louise Brown, o primeiro bebê de proveta do mundo, pelas mãos de Edwards e Steptoe. O parto acontece no Hospital Geral de Oldham, Inglaterra.

- **1979** - O médico Robert Graham monta o The Repository for Germinal Choice, na Califórnia. A clínica só utilizava espermatozoides de superdotados.
- **1980** - O médico Rafael Tejada, dos EUA, desenvolve uma máquina chamada "Baby". Segundo Tejada, ela detectaria o sexo dos embriões.
- **1984** - Nasce o primeiro bebê de proveta brasileiro, Anna Paula Caldeira Bettencourt, em São José dos Pinhais, no Paraná. A inseminação foi feita pelo médico paulista Milton Nakamura.
- **1988** - Criada por pesquisadores belgas a Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoides, a ICSI, grande passo no combate à infertilidade masculina.
- **1990** - Nasce em Canoas (RS) o menino Thiago, filho de Ademir Rodrigues da Silva e Denise Correa da Silva. Loiro e de olhos verdes, Thiago provoca uma crise em família. Seus pais, negros, fizeram inseminação artificial porque Silva era estéril. Antes, pediram que o espermatozóide utilizado fosse de um homem negro. Na briga com o laboratório, o Androlab, Silva tentou o suicídio e Denise foi parar na UTI, com hipertensão.
- **1992** - O médico americano Cecil Jacobson é condenado por usar o próprio espermatozóide na inseminação de 70 mulheres.
- **1992** - Uma siciliana de 62 anos é criticada pelo Vaticano por ter feito inseminação artificial com o espermatozóide do marido morto.
- **1993** - Nascem em São Bernardo, na Grande São Paulo, as gêmeas Ana Cláudia e Heloísa Perroni e Samiris e Thamiris Martins, primeiros casos de transporte de embriões, por fertilização in vitro.
- **1994** - A enfermeira Neile Gomes Papazian, 52 anos, dá à luz Vivian, no Rio de Janeiro. É o primeiro bebê de proveta brasileiro gerado na menopausa.

- **1996** - Chega ao Brasil a técnica da co-cultura (amadurecimento de óvulos em laboratório), desenvolvida na Austrália.

- **1996** - O médico argentino radicado nos EUA Ricardo Asch é acusado por 134 casais de ter trocado óvulos durante o tratamento. O médico teria promovido as trocas para substituir óvulos com poucas chances de fertilização. Filhos nascem sem características maternas.

- **1996** - A inglesa Edith Jones, 51, gera seu próprio neto. O embrião é formado pelos óvulos da filha Suzanne, 21, estéril, e pelo sêmen do genro, Chris Langston.

- **1997** - O casal americano Kenny e Bobbi McCaughey, por razões religiosas, leva adiante uma gravidez de séptuplos fertilizados em laboratório.

- **1998** - Após batalha judicial, a inglesa Diana Blood engravida do marido, Stephen Blood, falecido em 1995. Horas antes da morte, Diana determinou a coleta do esperma. A Justiça inglesa proíbe a inseminação, que é feita na Bélgica.

- **1998** - Duas lésbicas de Winchester, Inglaterra, desejosas de ter um filho, compram sêmen pela Internet por US\$ 450. A mais nova, com 27 anos, fará a inseminação.

Constata-se, assim, que os avanços foram muitos, e por consequência impulsiona a comunidade jurídica a estudar o tema, assim como também força os legisladores de diversos países a disciplinar a matéria.

3 INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL HETERÓLOGA

A seguir, estuda-se, apontando as suas peculiaridades, a técnica de reprodução assistida que envolve o emprego o emprego de material fecundante de terceiro.

3.1 Considerações gerais

Há tempos atrás, a procriação natural era o único meio através do qual as pessoas poderiam ter filhos; após, com o instituto da adoção, casais impossibilitados de terem seus próprios filhos, puderam ver suprida essa carência, ao criarem laços jurídicos e afetivos com alguém recebido pela família na qualidade de filho.

Agora, com a possibilidade de utilização das novas técnicas reprodutivas conceptivas, há muitas possibilidades de procriação, o que vem gerando polêmica e insegurança jurídica, em face da opção de se poder gerar uma criança a partir da doação de esperma e/ou dos óvulos de terceiros; com herança genética de várias pessoas; e ainda em um parente próximo ou por desconhecido.

Portanto, nessa nova era, o ato sexual vem perdendo sua importância, deixando de ser o elo entre as gerações para dar lugar a tecnologia, que por sua vez vem reduzindo a procriação apenas a um ato biológico, sem se importar com questões básicas do ser humano, como sua origem, filiação/parentalidade e identificação.

Diniz (2009), com muita propriedade, ensina que:

[...] urge regulamentar a fecundação humana assistida, minuciosamente, restringindo-se na medida do possível porque gerar um filho não é uma questão de laboratório, mas obra do amor humano. O ideal seria que se evitasse rebaixar o mistério da concepção, divorciando-o de um ato de amor, convertendo-o em um experimento de laboratório, o que pode trazer futuramente graves consequências para o casal e para o filho. Dever-se-á, em nosso entender, coibir inseminação artificial heteróloga, a fertilização em vitro e a gestação por conta de terceiro, ante os possíveis riscos de origem física e psíquica para a descendência e a incerteza sobre a identidade. (DINIZ, 2009, p. 546)

Como já se viu anteriormente, a reprodução humana assistida representa o conjunto de operações para unir, artificialmente, os gametas feminino e masculino, dando origem a um ser humano. Contudo, existem duas espécies, a homóloga (quando o sêmen inoculado na mulher for do próprio marido ou companheiro), e a heteróloga (quando o material fecundante for de terceiro, chamado doador).

E essa última espécie, a do tipo heteróloga, é que vem possibilitando algumas situações que por sua vez impõem uma tutela legal urgente, não só impondo limites às clínicas médicas que exercem atividades na reprodução humana assistida, mas também estabelecendo normas sobre responsabilidade civil e criminal que possa causar; e de outro lado, também se faz necessário apontar as consequências jurídicas e possíveis soluções para situações familiares decorrentes da inseminação artificial heteróloga, já irremediáveis, porque sabendo-se que a ciência não volta, tem-se que restringi-la para que seus efeitos, a longo prazo, não sejam mais negativos que positivos.

3.2 Condições

Neste item serão apresentadas as condições impostas às técnicas de reprodução heteróloga, quais sejam: que pessoas podem submeter-se, a manifestação de vontade dos doadores e o controle do material genético doado.

3.2.1 Pessoas que podem se submeter à técnica de reprodução humana do tipo heteróloga

Com a recente Resolução do Conselho Federal da Medicina, de número 1.957/2010, que define as normas éticas para aplicação das técnicas de reprodução assistida, poderão ser pacientes:

[...]
II. TODAS AS PESSOAS CAPAZES, QUE TENHAM SOLICITADO O PROCEDIMENTO E CUJA INDICAÇÃO NÃO SE AFASTE DOS LIMITES DESTA RESOLUÇÃO, PODEM SER RECEPTORAS DAS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA DESDE QUE OS PARTICIPANTES ESTEJAM DE INTEIRO ACORDO E DEVIDAMENTE ESCLARECIDOS SOBRE O MESMO, CONFORME A LEGISLAÇÃO VIGENTE. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010)

Ao comentar o assunto, Delgado (2011, online), advogado, mestre em direito civil pela PUC-SP e vice-presidente da Comissão de Direito Civil da OAB-SP, afirma:

[...] a novidade mais comemorada refere-se aos que podem se submeter às técnicas de RA. Enquanto a Resolução anterior (nº 1358/92) estabelecia que apenas a mulher capaz poderia ser receptora das técnicas de RA, exigindo, ainda, a aprovação do cônjuge ou do companheiro, quando casada ou em união estável, a nova regulamentação do CFM diz que todas as pessoas capazes podem ser receptoras das técnicas de RA, o que permitiria, pelo menos sob o aspecto ético, desde que afastado risco grave à saúde do receptor ou do possível descendente, a tão polêmica gravidez masculina. Se a medicina avançar a ponto de admitir uma tal possibilidade, para o CFM não haverá qualquer óbice ético. (DELGADO, 2011, online)

Já o biólogo Goldim (2011, online), em seu Artigo Bioética e Reprodução Humana, ao comentar a nova Resolução do Conselho Federal de Medicina, acrescenta:

[...] um importante questionamento que deve ser amplamente discutido é o da utilização destas técnicas de reprodução medicamente assistida em casais sem problemas de infertilidade. A antiga Resolução 1358/1992 restringia a aplicação destas técnicas apenas a estas situações de infertilidade. Uma demanda já encaminhada a vários serviços é a utilização

para fins de proteção do parceiro de uma mulher portadora do vírus HIV. A utilização de técnicas de reprodução seria utilizada com o objetivo de proteger o parceiro de uma eventual contaminação e permitiria ao casal ter filhos. Esta situação, no passado quando não existiam terapêuticas adequadas nem profilaxia para o bebê, era formalmente contra-indicada, pois seria expor um terceiro a um grande risco então existente. Com o desenvolvimento atual do tratamento o risco de transmissão vertical foi muito reduzido, permitindo uma rediscussão deste tema por parte dos profissionais, portadores, parceiros e Comitês de Bioética. A nova Resolução do CFM 1957/2010 ampliou a abrangência dessas técnicas para pessoas com problemas de reprodução, o que permitirá avaliar, desde o ponto de vista médico a necessidade da utilização destas técnicas. Esta alteração de entendimento, de infertilidade para problemas de reprodução humana, associada a outra, que classificava apenas as mulheres como usuárias destas técnicas, ampliada na nova versão para pessoas capazes, abriu a possibilidade de realizar tais técnicas em demandas de casais homoafetivos. No passado este tipo de demanda gerava inúmeros questionamentos sobre a sua adequação ética, desde o ponto de vista deontológico médico. Alguns autores interpretavam que ao restringir as técnicas a infertilidade e a mulher, haveria o impedimento de realizar estas técnicas com casais homoafetivos. Este tema suscita inúmeras reflexões éticas, mas a partir desta nova resolução não há o impedimento da ética profissional para a sua realização. Esta questão deve merecer uma abordagem semelhante a que realizada quando da adoção de crianças nestas mesmas situações, que é admitida em vários países, inclusive já no Brasil. (GOLDIN, 2011, online)

Assim, enquanto a Resolução anterior (nº 1358/92) estabelecia que apenas a mulher capaz poderia ser receptora das técnicas de reprodução assistida, esta nova Resolução permite que qualquer pessoa capaz possa ser receptora dessas técnicas, inclusive sem problemas de infertilidade, abrindo caminho também para a possibilidade de realizar tais técnicas em demandas de casais homoafetivos.

Entretanto, há se de observar que, se o objetivo da resolução, que veio recentemente normatizar éticas na reprodução assistida, era incluir no rol de possíveis pacientes casais homossexuais, há em seu conteúdo restrição importante que os impede de participarem de forma livremente do procedimento de fertilização em laboratório, como por exemplo casais masculinos, que precisam de doadora temporária de útero. A Resolução 1.957/2010 impõe que “as doadoras temporárias do útero devem pertencer à família da doadora genética, num parentesco até o segundo grau, sendo os demais casos sujeitos à autorização do Conselho Regional de Medicina” (VII 1). E considerando que, “os doadores não devem conhecer a identidade dos receptores e vice-versa” (IV, 2), o casal homossexual masculino somente poderá se valer das técnicas de reprodução assistida e, por conseguinte,

do empréstimo do útero de uma mulher pertencente à família para que seja gerado o bebê, através de autorização expressa do Conselho ou por determinação judicial.

3.2.2 Manifestação de vontade: consentimento informado e autorização do casal

O consentimento informado será obrigatório a todos os pacientes submetidos às técnicas de reprodução assistida, inclusive aos doadores. Os aspectos médicos envolvendo as circunstâncias da aplicação de uma técnica de Reprodução Assistida – RA serão detalhadamente expostos, assim como os resultados obtidos naquela unidade de tratamento com a técnica proposta. As informações devem também atingir dados de caráter biológico, jurídico, ético e econômico. O documento de consentimento informado será expresso em formulário especial e estará completo com a concordância, por escrito, das pessoas submetidas às técnicas de reprodução assistida. (Resolução n.1.957/2010, I, “3”).

Diniz (2009), vai mais à frente ao dizer que esse “consenso livre e esclarecido, ou consciente, apenas será aceitável se estiver fundado na informação acessível no nível intelectual e cultural do paciente, na competência, no entendimento e na voluntariedade” (DINIZ, 2009, p.663).

Portanto, todos os envolvidos devem ser capazes, devem consentir de forma livre, previamente à prática do ato médico e expressamente, além de terem um intelecto compatível com a questão em que então anuindo, que deve abranger os aspectos biológico, jurídico, ético e econômico do procedimento.

Acrescente-se ainda que o inciso V, do art.1.597, do Código Civil, quando trata da presunção da paternidade dos filhos concebidos na constância do casamento, impõe taxativamente que a reprodução artificial heteróloga depende do consentimento do marido por recorrer a material genético fornecido por terceiro.

Além desse consentimento exigido do casal receptor, na hipótese de matrimônio, entende-se que tal autorização deve ser estendida na hipótese de união

estável; assim também, deve-se exigir dos doadores de gametas e embriões, o consentimento do outro cônjuge e convivente.

3.2.3 Dos doadores

São chamados de doadores os fornecedores de material biológico humano, podendo as células reprodutoras ter origem feminina ou masculina. “Entre o casal, isto é, na homofecundação é livre a extração (e utilização) de sêmen ou óvulos e, portanto, não se põe problema aos doadores que aparecem quando se cuida de fecundação heteróloga” (BARROS, 2010, p.67).

A nova Resolução não trouxe nenhuma novidade quanto aos “doadores”, mantendo as regras da Resolução de no. 1.358/1992, inclusive no que diz respeito a vedação ao lucro e ao comércio, bem como ao anonimato.

Entretanto, ao doador de material genético deve-se advertir que tal “substância poderá gerar vida, o que por si já acarreta imensa responsabilidade” (BARROS, 2010, p. 123).

Dispõe o item IV, da Resolução 1.957/2010, quanto à doação de gametas ou embriões:

- 1 - A doação nunca terá caráter lucrativo ou comercial.
- 2 - Os doadores não devem conhecer a identidade dos receptores e vice-versa.
- 3 - Obrigatoriamente será mantido o sigilo sobre a identidade dos doadores de gametas e embriões, bem como dos receptores. Em situações especiais, as informações sobre doadores, por motivação médica, podem ser fornecidas exclusivamente para médicos, resguardando-se a identidade civil do doador. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010, online)

Conforme disposto anteriormente, a Resolução prevê apenas direitos e deveres entre receptores e doadores, envolvidos na reprodução assistida: em

nenhum momento, trata dos direitos com relação àquele gerado nessas condições. Ressalte-se ainda que somente em situações especiais, por motivação médica, as informações do doador poderão ser fornecidas, mas apenas entre os respectivos médicos.

3.2.4 Controle do material genético doado

Na nova Resolução 1.957/2010 (item IV) há previsão quanto ao controle, pelas Clínicas e serviços especializados, do material genético doado, a saber:

[...]

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

5 - Na região de localização da unidade, o registro dos nascimentos evitará que um(a) doador(a) venha a produzir mais do que uma gestação de criança de sexo diferente numa área de um milhão de habitantes.

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

7 - Não será permitido ao médico responsável pelas clínicas, unidades ou serviços, nem aos integrantes da equipe multidisciplinar que nelas trabalham participar como doador nos programas de RA. (IDEM, 2010, online)

Portanto, na atual Resolução não há previsão para a hipótese de descumprimento das regras, por parte dos profissionais das clínicas, na questão da procriação assistida. Acrescente-se que no sistema jurídico brasileiro ainda não há uma tutela penal conferida à inseminação assistida.

3.3 Princípios constitucionais norteadores do Direito de Família e princípios da bioética

Antes de adentrar nos princípios fundamentais da família, tem-se que indicar os 05 princípios básicos da Bioética: princípio da autonomia, princípio da beneficência, princípio da não-maleficência, princípio da justiça e princípio da confidencialidade.

O princípio da autonomia significa autogoverno, ou seja, a autodeterminação da pessoa de tomar decisões que afetem a sua vida, a sua saúde, sua integridade físico-psicológico, e suas relações sociais; tal princípio requer que o profissional da saúde respeite a vontade do paciente, ou de seu representante, se for o caso. Pelo princípio da beneficência, diz-se que o médico ou geneticista tem a obrigação de fazer sempre o melhor, do ponto de vista ético e técnico-assistencial e os seus limites são a manifestação de desejos e sentimentos do paciente. O princípio da não-maleficência quer dizer do dever do profissional da saúde de intencionalmente não causar mal e/ou danos ao paciente. Pelo princípio da justiça, requer-se a equidade de bens e recursos considerados comuns, como por exemplo, a saúde, a educação e objetiva evitar a discriminação, a marginalização e a segregação social. E por fim, o princípio da confiabilidade que é a garantia do resguardo das informações dadas em confiança e a proteção contra a sua revelação não autorizada. (PESSINI, 2007).

De outro lado, tem-se a Constituição Federal de 1988 dispendo que a “família é a base da sociedade, tendo especial proteção do Estado”, e ali ficaram consagrados os princípios fundamentais da família, dentre eles o da liberdade do planejamento familiar, da paternidade responsável, da dignidade da pessoa humana, da isonomia jurídica entre os filhos, o da proteção integral da família, da proteção especial da criança e do adolescente, dentre outros, todos reconhecidos nos arts. 226 e 227.

Sendo, pois, a procriação um dos principais objetivos na formação da família, alguns desses princípios do Direito de Família podem ser conferidos ao

Biodireito, em especial o do planejamento familiar, que é um dos direitos reprodutivos fundamentais reconhecidos na Constituição Federal, em seu parágrafo 7º do art.226, que por sua vez foi constituído como base dos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável.

Conforme estatui o art.2º. da Lei 9.263/96, planejamento familiar é “conjunto de ações de regulamentação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal” (BRASIL, 1996, online). Entretanto, somente através de ações preventivas e educativas, haverá acesso igualitário, quer seja de informações, métodos ou técnicas relativas à fecundidade. Assim, também o Código Civil de 2002, no art.1565, traçou diretrizes asseverando que “é do casal o poder de decisão quanto ao planejamento familiar”.

Portanto, por planejamento familiar compreende-se um conjunto de ações que permitem às mulheres, homens ou casal a escolha quando querem ter um filho, o número de filhos que querem ter e o espaçamento entre o nascimento dos filhos, o tipo de educação, conforto, qualidade de vida, condições sociais, culturais e seus níveis, conforme seus princípios de necessidades e valores.

Segundo Nunes; Santos (2007, online):

O Governo está obrigado a oferecer condições ao planejamento, ou seja, deve tanto criar possibilidades de evitar uma gravidez indesejada, através de orientação psicológica, distribuição de medicamentos anticonceptivos e atendimento médico especializado, mas também auxiliar, através das mesmas medidas acima asseveradas, os casais que tentam se reproduzirem e não obtém êxito. (NUNES; SANTOS, 2007, online)

Entende-se, pois, que o planejamento familiar é um tema em constante discussão, não só pelos aspectos sociais e econômicos em torno da questão, mas também por conta das implicações próprias das técnicas de reprodução assistida, em especial a heteróloga, que colocam à prova a efetiva liberdade do planejamento familiar.

É preciso também se fazer cumprir o princípio da paternidade responsável que a Constituição procurou realçar quando elegeu como prioridade absoluta a proteção integral às crianças e aos adolescentes em seu art.227, delegando não só à família, mas também à sociedade e ao próprio Estado o compromisso pela formação do cidadão do amanhã.

Com efeito, o princípio constitucional da paternidade responsável também se expressa na obrigação dos pais de respeitar, educar, criar e auxiliar material e imaterialmente os filhos igualmente consagrado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA – Lei nº.8.069/1990.

Certamente, a paternidade responsável como prioridade na proteção à criança e adolescentes, no relacionamento entre pais e filhos, não deve se restringir meramente à questões de autoridade, correções e guarda dos filhos, mas deve também ser tutelado como respeito à vida e à integridade física, psíquica e emocional; direito à convivência familiar sadia; ao nome e à verdade biológica; ao afeto, entre outros.

Juntamente com o princípio da paternidade responsável, o art.226, 7º, da Constituição Federal, prevê o princípio da dignidade humana, no contexto do planejamento familiar. Ressaltando a importância desse princípio, Nery e Nery Júnior (2009), afirmam que:

É tão importante esse princípio que a própria CF 1º. III, o coloca como um dos fundamentos da República. Esse princípio não é apenas uma arma de argumentação, ou tábua de salvação para a complementação de interpretações possíveis de normas postas. Ele é a razão de ser do Direito. (NERY; NERY JÚNIOR, 2009, p. 151)

Esse princípio é hoje um dos pilares de sustentação dos ordenamentos jurídicos contemporâneos. Não se pode pensar em qualquer Direito sem o atrelar à ideia e ao conceito de dignidade, principalmente no tocante ao da Família, pois este especificamente garante o respeito aos direitos do membro da família, coibindo os abusos e assegurando o desenvolvimento de uma vida saudável.

Quanto ao princípio da isonomia jurídica dos filhos, esse foi chancelado no texto constitucional de 1988, quando firmou a igualdade de direitos entre os filhos, independentemente da origem. Em seguida, o art.27 do Estatuto da Criança e do Adolescente preconizou que “o reconhecimento do estado de filiação é direito personalíssimo, indisponível e imprescindível, podendo ser exercitado contra os pais ou seus herdeiros, sem qualquer restrição”. (BRASIL, 1990, online)

Salienta Scalquete (2010), com muita propriedade:

Em matéria de reprodução, sobretudo, pois os conflitos jurídicos apresentados exigirão, em primeiro lugar, a conscientização de sua grandiosidade, para, em seguida, buscar-lhes soluções adequadas, visando a restabelecer o tratamento igualitário dos filhos e respeito a todos os envolvidos, sejam membros da família ou terceiros. (SCALQUETE, 2010, p. 305).

Para que realmente haja um tratamento equânime aos filhos naturais e filhos decorrentes de vínculo civil, mais precisamente àqueles gerados através de reprodução assistida heteróloga, não pode haver qualquer restrição ao direito de reconhecimento do estado de filiação.

Nesse sentido, muito bem reforça Gama (2008), ao tratar da igualdade de direitos sem qualquer tipo de discriminação quanto à origem da filiação:

A igualdade no campo do Direito Parental busca identificar os mesmos direitos relativamente às pessoas dos filhos de um mesmo pai ou de uma mesma mãe, sendo totalmente irrelevante a origem da filiação, se matrimonial ou extramatrimonial, se decorrente de vínculo civil – por adoção, reprodução assistida heteróloga ou posse do estado de filho – ou natural, por vínculo originário. (GAMA, 2008, p. 95-96)

Como o Direito de Família é um dos ramos do direito que mais sofreu e vem sofrendo alterações no último século, bem como por se considerar que a família é a base da sociedade, nada mais justo e eficaz que se dê a ela total proteção em todas as áreas, a fim de garantir-lhe a harmonia e estabilidade. Daí que o princípio da proteção integral da família, com ampla e irrestrita proteção na Constituição, deve servir de esteio à nova forma de procriação através da reprodução assistida, pois

nela interfere diretamente, além de causar efeitos que podem comprometer as relações jurídico-familiares e causar complexos dilemas humanos.

Esse princípio tem por finalidade assegurar os direitos e garantias não só da família como um todo, mais de seus membros, e principalmente daqueles mais vulneráveis, a criança e adolescente. Também consagrado constitucionalmente o princípio do melhor bem-estar da criança e do adolescente, proclama-se sua prioridade, sendo seus direitos fundamentais universalmente salvaguardados, em razão de se acharem em condição de pessoa humana em desenvolvimento, em situação de maior vulnerabilidade e risco, a fim de que possam se estruturar enquanto pessoa humana e tornar-se um adulto, plenamente formado e equilibrado.

E nesse contexto, as reproduções assistidas heterólogas, aplaudidas pelo discurso da evolução tecnológica e científica, se obrigam a ter como parâmetro o melhor bem-estar desses seres humanos, gerados através dessas novas técnicas, cujos direitos e garantias devem inclusive se sobrepor aos daqueles que o geraram.

4 INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL HETERÓLOGA NO DIREITO COMPARADO

Procura-se, a seguir, tecer breves comentários a respeito da diversidade no Direito Estrangeiro no trato da reprodução humana assistida, mais especificamente a do tipo heteróloga, que é o objeto central desse trabalho.

4.1 Estados Unidos

Os Estados Unidos da América não só foram pioneiros na reprodução assistida, como também foram os que mais investiram nas ciências biotecnológicas, conforme ressalta Gama (2003, pág.330). Embora somente no ano de 1953, tenha sido obtida a primeira gravidez com sêmen congelado nos EUA, a inseminação artificial heteróloga teve início no final do século XIX, a partir de 1930.

Segundo consta da obra de Barros (2010), nos EUA, a inseminação artificial tem algumas peculiaridades:

- Desde o ano de 1964, aproximadamente 30 Estados americanos adotaram a legislação que limitou o uso da técnica de inseminação artificial heteróloga às pessoas casadas;
- Há uma recomendação do uso desses métodos(inseminação artificial heteróloga) em favor apenas de casais estéreis;
- Em muitos Estados o consentimento do marido deve ser diante do médico, para que este tenha o controle absoluto;
- Não há limites na doação de gametas, muito embora 3 Estados tenham proibido a doação de esperma por portadores de doenças transmissíveis;
- O marido que consentir que sua mulher se utilize do uso da técnica de inseminação artificial heteróloga, será o pai da criança para todos os efeitos , e não pode em razão de seu consentimento negar essa paternidade; (BARROS, 2010, p. 99)

Scalquete (2010), em sua pesquisa, quando trata da matéria de reprodução assistida nos EUA, afirma:

[...] por ser o sistema americano o da *common law*, e pelo fato de cada Estado poder prever suas próprias regras, muitas delas, inclusive, por meio de Acts, a maior característica é a de não haver, por vezes, coincidência na disciplina legal conferida. (SCALQUETE, 2010, p. 282)

Acrescenta ainda Scalquete (2010) que, mesmo assim, pode-se encontrar algumas disposições uniformizadas, como é o caso da *Uniform Parantage Act*, que foi aprovado e recomendado a todos os Estados americanos, no ano de 2000, com as seguintes disposições:

- O que determina a paternidade para a lei americana é a intenção, e sendo assim, o doador não é considerado progenitor de uma criança concebida através de reprodução assistida;
- Há necessidade de haver um consentimento formalizado em documento assinado tanto pela mulher quanto pelo homem que pretendam ser os pais da criança;
- Nos EUA não só é permitida a gravidez em subrogação, como também é permitido o pagamento de um valor à mãe gestacional, entretanto, o respectivo acordo somente terá validade com a convalidação do Tribunal.

Depreende-se, pois, das pesquisas acima referidas, que na legislação americana há uma preocupação quanto à imputação da paternidade/maternidade, mas, não se vislumbrou qualquer menção aos direitos do ser gerado através da técnica de reprodução assistida heteróloga, mais precisamente quanto ao conhecimento genético.

4.2 Espanha

Passando a outro continente, na Espanha as técnicas de reprodução assistida são disciplinadas pela Lei no. 03/2007, de 15 de março, que por sua vez, modificou a anterior, de no. 14/2006. Resumidamente, a legislação na Espanha, prevê o seguinte:

- Toda mulher maior de 18 anos e capaz, independentemente do seu estado civil ou orientação sexual, poderá ser receptora de técnicas de reprodução assistidas; e quando casada dependerá do consentimento expresso do marido;
- Que a doação de gametas e pré-embrião nunca terá caráter lucrativo ou comercial, bem como ao doador terá garantido o sigilo da sua identidade, e a permissão para revogar, em caso de precisar para si, dos gametas doados;
- Os filhos nascidos dessas técnicas de inseminação artificial têm o direito de obter informações gerais dos doadores que não incluam sua identidade, assim também como as receptoras dos gametas e dos pré-embriões;
- em caráter excepcional, como por exemplo, no caso de comprometimento de perigo certo para a vida ou a saúde do filho, é permitida a revelação da identidade do doador; no entanto, não implicará em nenhum caso de determinação legal de filiação;
- Há igualdade entre os filhos nascidos com técnicas de reprodução assistida e aqueles concebidos da procriação natural, sendo vedada a inclusão na certidão de registro de nascimento de informações sobre o caráter da gestação artificial;
- Outro ponto importante, é que na legislação espanhola é vedada expressamente a cessão temporária de útero e, em caso de desobediência, a maternidade daqueles concebidos através de “mãe substituta” será determinada pelo parto; e quanto a paternidade, esta poderá ser reclamada ao pai biológico. (BARROS, 2010).

Conforme exposto anteriormente, a legislação da Espanha permite, embora em caráter excepcional, ou seja, por comprometimento de perigo certo para a vida ou saúde dos filhos nascidos da inseminação artificial heteróloga, que estes possam vir a conhecer a identidade do doador.

4.3 França

Em Julho de 1994, foi constituído na França um Comitê Consultivo Nacional sobre Ética para a Saúde e Ciências (CNCE). Este comitê analisa assuntos como a doação e a utilização de partes e produtos do corpo humano, a reprodução assistida por meios médicos e os diagnósticos pré-natais.

A função do CNCE é emitir pareceres sobre problemas levantados devido ao progresso do conhecimento nas áreas da biologia, da medicina e da saúde, assim como publicar recomendações sobre estes assuntos propostos. Desde 1994, o CNCE preparou e propôs novas leis nesta área que, por sua vez, foram

promulgadas pelo parlamento francês, sendo a Lei nº 2004-800 a que tratou especificamente da reprodução assistida, promovendo mudança nos códigos civil e penal.

Em síntese, dispõe a legislação francesa quanto à inseminação artificial heteróloga que, embora permita o uso de tal técnica, a condiciona a casos em que a procriação medicamente assistida do casal não obteve sucesso. Também se admite na França que por conveniência de uma mulher só, ou na hipótese de homossexuais, é possível se recorrer à procriação assistida heteróloga (BARROS, 2010, pág.112).

Outro aspecto na legislação francesa é que é vedado, na inseminação heteróloga, que ambos os gametas sejam de doadores e, por outro lado, permite que um casal entregue seus embriões a outro casal como uma espécie de adoção.

Com relação ao anonimato, em relatório do Conselho de Estado Francês sobre as leis de bioética, cinco anos após a sua entrada em vigor, foram feitas observações no sentido de que o segredo apresenta certamente alguns perigos para o equilíbrio psicológico da criança que pode senti-lo, além de prejuízos para os pais que se impõem o dever de se calar. Conclui-se que, dessa forma, os problemas levantados por alguns psicanalistas quanto ao aspecto patogênico do segredo e do anonimato, devem ser examinados. Percebe-se que a questão do anonimato dos doadores e os problemas que dele decorrem são discussões universais que demandam ainda muita reflexão. (SCALQUET, 2010, p. 274)

Acrescente-se que o Código de Saúde Pública Francês prevê inúmeras condutas, como crimes sujeitos à pena de multa e detenção, e até casos de crimes com pena de 30 anos de reclusão criminal.

Scalquete (2010), conclui:

Após terem sido relatados os principais elementos da proteção legislativa francesa em matéria de reprodução assistida, podemos perceber que são duas as principais características do sistema francês. A primeira é a preocupação com o consentimento para a submissão às técnicas médicas reprodutivas, tendo em vista a previsão legal detalhada, inclusive com a participação de equipe pluridisciplinar. A segunda é quanto à tutela penal conferida ao tema, prevendo-se, até mesmo, a prisão perpétua para alguns casos de condutas delituosas (SCALQUETE, 2010, pág.277).

Como se percebe, na França não há previsão legal que possibilite o conhecimento da identidade do doador nos casos de reprodução assistida heteróloga; entretanto, há um ponto positivo que é a disposição de condutas tipificadas como crimes relacionados à reprodução assistida, que por sua vez dão uma maior segurança e proteção a todos aqueles envolvidos nas técnicas reprodutivas.

4.4 Alemanha

O governo alemão, em 1984, constituiu um grupo de especialistas de diversas áreas para procederem à análise dos temas relativos à fecundação *in vitro*, genoma e terapia genética, sob a presidência de Ernest Benda e, em 1985, foi finalmente apresentado o Relatório Benda (Gama, 2002, pág.264), que é o mais importante documento alemão sobre a questão das procriações medicamente assistidas.

Consta da pesquisa de Barros (2010), que na Alemanha, atualmente, a legislação que trata da inseminação humana assistida, prevê:

1. A inseminação heteróloga é autorizada em condições restritas, como o tratamento de esterilidade ou perturbação duradoura da fecundidade do marido. O direito a recorrer a esse tipo de inseminação é restrito ao casal formalmente casado, excluído o recurso aos companheiros.
2. A inseminação heteróloga só pode ser utilizada pelo médico após o consentimento escrito do marido formalizado perante notário;
3. O esperma do doador, utilizado numa inseminação bem-sucedida, não poderá ser utilizado por outros casais;
4. As misturas de esperma e a inseminação a partir de esperma de doadores diferentes, durante um mesmo ciclo, ficam excluídas;

5. É obrigatória a conservação centralizada dos dados dos doadores. A criança tem a possibilidade de conhecer sua origem genética, com base nas informações guardadas nos centros de reprodução.
6. É proibida a remuneração dos doadores de esperma;
7. A realização da inseminação heteróloga é limitada a organismos específicos que se beneficiam de uma autorização específica;
8. A conservação do esperma doado não poderá durar mais de dois anos e é proibido o uso do esperma de um doador falecido. (BARROS, 2010, p.101)

Portanto, embora nesse país seja adotado um sistema mais conservador que na França, ao restringir o acesso às técnicas de reprodução assistida às pessoas casadas, o direito alemão admite, no caso de inseminação heteróloga, a criança conhecer sua origem biológica, vedando entretanto qualquer possibilidade de estabelecer vínculo jurídico de paternidade-filiação.

Comparando as normas jurídicas de alguns países, Moreira Filho (2002, online), assim resume:

Quanto à maternidade:

- FRANÇA, AUSTRÁLIA, ALEMANHA: Presume-se mãe quem deu à luz.
- INGLATERRA: Permite a barriga de aluguel, devendo a criança ser entregue a quem pretendeu o nascimento.
- CANADÁ, ALEMANHA, ESPANHA, AUSTRÁLIA: Veda-se a locação de útero.
- EUA: Presume-se mãe quem deu à luz; mas, se houve locação de útero, o casal contratante deverá adotar a criança logo após o nascimento.

E com relação à paternidade:

- INGLATERRA: O doador de esperma não tem qualquer direito ou dever em relação à criança, sendo-lhe preservado o anonimato.
 - EUA, AUSTRÁLIA: O marido que consentir na inseminação será considerado o pai da criança.
 - CANADÁ: Se a inseminação for heteróloga, o marido ou o companheiro somente será o pai se houver consentido.
 - ALEMANHA: Na fertilização heteróloga é necessário o consentimento escrito, e por instrumento público, e o pai que consentir não poderá impugnar a filiação.
 - ESPANHA: O consentimento vincula a filiação.
- (MOREIRA FILHO, 2002, online)

Constata-se assim que, há diversidade no tratamento dado à reprodução assistida nos vários sistemas jurídicos analisados. No entanto, mesmo com suas diferenças e peculiaridades, nota-se que esses países atenderam as suas necessidades na tutela das técnicas reprodutivas e seus efeitos, mesmo considerando o credo político-religioso-social tão diferentes em suas raízes.

5 QUESTÕES JURÍDICAS DA INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL HETERÓLOGA

Por último, ressalta-se a problemática em torno do direito à origem genética, a divergência da doutrina, e ao final, apresenta-se os projetos de lei em tramitação que tratam da reprodução assistida.

5.1 Direito ao conhecimento da identidade genética

A questão do anonimato para os doadores é de extrema polêmica. De um lado, tem-se a corrente que adota a posição de negação ao conhecimento da identidade do doador, e de outro, aqueles que são a favor do acesso à ascendência biológica, ambos com excelentes fundamentos em suas argumentações.

MADALENO (2007, p.139), representando a corrente que adota o posicionamento de que, é um direito constitucional do ser humano ter acesso à sua origem genética, opina:

[...] a origem genética é direito impregnado no sangue que vincula, por parentesco, todas as subseqüentes gerações, inexistindo qualquer fundamento jurídico capaz de impedir que o homem investigue a sua procedência e que possa conhecer a sua verdadeira família e saber quem é o seu pai ou pai do seu pai. (MADALENO, 2007, p. 139).

Assim, reforça-se que é um direito o conhecimento da origem genética. Não se pensa em obrigar ninguém em buscar a sua procedência. Mas também não se pode negar a qualquer ser humano conhecer suas raízes biológicas – saber quem é seu pai e sua mãe biológica - seja qual for a sua natureza.

E nesse contexto, Pereira e Silva (2003, pág.61), ressalta:

Nessa disciplina jurídica é importante ter claro que o conhecimento da ascendência biológica é um verdadeiro direito, não é um dever. Em outras palavras, ninguém pode ser obrigado a conhecer sua ascendência biológica, mas todos os filhos tem o direito de conhecê-la caso o queiram, pouco importando a natureza de seus vínculos familiares (adoção tradicional, recurso às técnicas de reprodução medicamente assistida, etc). (PEREIRA E SILVA, 2003, p.61)

Também Welter (2003), acredita:

[...] não importa se a reprodução é natural ou medicamente assistida. Em qualquer caso, os filhos e os pais possuem o direito de investigar e, até mesmo, negar a paternidade biológica, como parte integrante de seus direitos de cidadania e dignidade da pessoa humana. Em caso de interesse do filho o anonimato deveria ser desocultado, uma vez que não participou do acordo entre os doadores e os receptores. (WELTER, 2003, p.231).

E Diniz (2009), ressalta:

[...] o direito à origem genética (direito da personalidade da pessoa advinda de inseminação artificial heteróloga) é o saber a história da saúde dos seus parentes consanguíneos para fins de prevenção de alguma moléstia física ou mental ou de evitar incesto, logo não gera o direito à filiação, nem o direito alimentar e tampouco sucessório. (DINIZ, 2009, p.557).

Acrescenta ainda Diniz (2009), que há perigo resultante do encobrimento da descendência verdadeira, uma vez que se houver uma generalização da prática de inseminação artificial heteróloga, poderá ocasionar incesto pela união de filhos do mesmo doador, ou de filha do doador com ele mesmo.

Para Gama (2003), o anonimato das pessoas envolvidas deve ser mantido, mas deve ceder à pessoa que resultou da técnica concepcionista heteróloga, diante do reconhecimento pelo Direito brasileiro dos direitos fundamentais à identidade, à privacidade e à intimidade, podendo a pessoa ter acesso às informações sobre toda a sua história sob o prisma biológico para o resguardo de sua existência, com a proteção contra possíveis doenças hereditárias, sendo o único titular de interesse legítimo para descobrir suas origens.

Scalquette defende “a admissibilidade de relativização do anonimato de forma a garantir o direito ao conhecimento à origem genética sem, contudo, permitir que da descoberta decorram direitos e obrigações entre as partes” (SCALQUETTE, 2010, p.233).

Do outro lado, aqueles que defendem a corrente do anonimato e sustentam que, caso seja quebrada essa regra diminuirá ou senão afastará por completo os indivíduos dispostos a doar por medo de eventual responsabilidade, quer afetiva, quer legal. Acrescente-se ainda que essa corrente também admite que a identidade civil do doador deve sempre estar preservada para que o ser concebido por seu material biológico não venha a conhecê-lo, sob o fundamento de que, caso fosse permitido o conhecimento, se estaria trazendo uma terceira pessoa (podendo haver até uma quarta ou quinta pessoa) para a vida do casal e da família, o que pode ocasionar desajustes familiares.

Há outros autores que justificam o anonimato, afirmando que esta opção facilitaria a integração da criança à família, evitando a intervenção de terceiros na sua formação, como também impediria essa criança de ser tratada de maneira discriminatória na sociedade, pela situação peculiar de como foi gerada. Brauner (2003), afirma em sua obra:

[...] a identidade do doador só pode ser revelada em caso de critérios médicos emergenciais, como, por exemplo, nas situações em que a pessoa tenha necessidade de obter informação genética indispensável à sua saúde, ou quando da utilização de gametas com carga genética defeituosa. A alegação de que a criança tem o direito de conhecer sua origem genética, serviria apenas para realçar o conceito de paternidade biológica, sendo este um conceito ultrapassado, em razão da valorização da paternidade afetiva. (BRAUNER, 2003, p. 88).

Quando fala, em uma quarta ou quinta pessoa envolvida na vida do casal, o que está citando é a forma de concepção assistida heteróloga, na hipótese em que foram doados gametas masculinos e femininos (3ª. e 4ª pessoa) e o local da fecundação ou gravidez foi numa “mãe em substituição” (5ª. pessoa).

Para melhor exemplificação, transcreve-se a seguir a tabela 1 com as possíveis formas de reprodução assistida, apontadas por Andorno (1996 *apud* DINIZ, 2009, p. 545):

	FONTES DOS GAMETAS		LOCAL DA FECUNDAÇÃO	LOCAL DA GRAVIDEZ	TÉCNICA EMPREGADA
	MASCULINO	FEMININO			
1ª Hipótese	Marido ou Companheiro	Esposa ou Companheira	Esposa ou Companheira	Esposa ou Companheira	AIH
2ª Hipótese	DOADOR	Esposa ou Companheira	Esposa ou Companheira	Esposa ou Companheira	AID
3ª Hipótese	Marido ou Companheiro	Esposa ou Companheira	Laboratório	Esposa ou Companheira	FIVET/GIFT Ou ZIFT-D
4ª Hipótese	DOADOR	Esposa ou Companheira	Laboratório	Esposa ou Companheira	FIVET/GIFT Ou ZIFT-D
5ª Hipótese	Marido ou Companheiro	DOADORA	Laboratório	Esposa ou Companheira	FIVET/GIFT Ou ZIFT-D
6ª Hipótese	DOADOR	DOADORA	Laboratório	Esposa ou Companheira	FIVET/GIFT Ou ZIFT-D
7ª Hipótese	Marido ou Companheiro	DOADORA	Mãe substituta	Esposa ou Companheira	AIH
8ª Hipótese	DOADOR	DOADORA	Mãe substituta	Esposa ou Companheira	AID
9ª Hipótese	Marido ou Companheiro	Esposa ou Companheira	Esposa ou Companheira	Mãe substituta	Maternidade em substituição
10ª Hipótese	DOADOR	Esposa ou Companheira	Esposa ou Companheira	Mãe substituta	Maternidade em substituição
11ª Hipótese	Marido ou Companheiro	Esposa ou Companheira	Laboratório	Mãe substituta	Maternidade em substituição
12ª Hipótese	DOADOR	Esposa ou Companheira	Laboratório	Mãe substituta	Maternidade em substituição
13ª Hipótese	Marido ou Companheiro	DOADORA	Laboratório	Mãe substituta	Maternidade em substituição
14ª Hipótese	DOADOR	DOADORA	Laboratório	Mãe substituta	Maternidade em substituição

TABELA 1: Possíveis formas de reprodução assistida
 Fonte: Diniz, 2009

Com efeito, o direito ao conhecimento da ancestralidade, da origem, da identidade pessoal, do impedimento do incesto, da preservação dos direitos matrimoniais e do cuidado para evitar enfermidades hereditárias, deve certamente justificar o direito da pessoa à sua identidade genética bem como de sobrepor ao direito ao anonimato do doador.

Há realmente necessidade de muitas reflexões sobre o tema. E nessas reflexões tem-se que se afastar de sentimentos egoísticos e se desraigar principalmente o sentimento de propriedade sobre os filhos. Cultivar o mistério sobre a identidade genética pode trazer muito mais danos ao indivíduo gerado nessa situação, eis que é de vital importância o conhecimento da ascendência genética, tanto para a própria identidade da pessoa quanto para o desenvolvimento de sua personalidade.

Enfim, são questões de grande complexidade e merecem uma discussão aprofundada, eis que envolvem direitos fundamentais de várias ordens. Sem dúvida, tem-se que se chegar a um ponto de equilíbrio entre o direito dos doadores de preservarem o anonimato versus o direito das pessoas geradas pela reprodução heteróloga de buscarem a formação de sua identidade pessoal, com reflexos em sua integridade físico-psíquica.

5.2 Projetos de lei sobre reprodução assistida e suas implicações nas questões paternidade-maternidade-filiação

A pesquisa realizada por Cândido (2007, online), destaca:

Foram apresentados na Câmara vários projetos com o objetivo de regulamentar a reprodução humana medicamente assistida, entre eles: o Projeto de Lei n°.3638/97, de autoria do Deputado Luiz Moreira; o Projeto de Lei n°.90/99, escrito pelo Senador Lúcio Alcântara; o Projeto de Lei n°.1184/03, apresentado pelo Senador José Sarney; o Projeto de Lei n°.120/03 do Deputado Roberto Pessoa e o Projeto de Lei n°.4686/04, do Deputado José Carlos Araújo.

O projeto mais antigo, do Deputado Luiz Moreira, é uma cópia da Resolução do CFM n°. 1.358 de 1992. Este projeto defende o anonimato absoluto do

doador, prevendo apenas a possibilidade de em casos de problemas de saúde da criança, as informações sejam fornecidas somente para médicos. Como defendido no capítulo três, o sigilo absoluto da identidade do doador fere o princípio da dignidade da pessoa humana nos casos em que fazendo a análise do caso concreto verifica-se a superioridade do interesse na quebra do sigilo em detrimento de sua manutenção.

O projeto defendido pelo Senador Lúcio Alcântara traz várias inovações, sendo o projeto mais avançado no processo legislativo e estando em tramitação no Senado Federal. Por ter sido objeto de várias deliberações a redação original já foi alterada por duas vezes resultando em dois substitutivos, o primeiro de 1999 do Senador Roberto Requião e o segundo de 2001 do Senador Tião Viana.

A redação original do projeto 90/99 previa em seu art. 1º, I como possíveis beneficiários das técnicas de reprodução assistida, as mulheres ou casais que solicitassem do emprego da reprodução assistida. Sobre o artigo, vale ressaltar a discussão sobre a abrangência do acesso às técnicas: seria este restrito à concretização do projeto parental de um casal, ou poderia ser a reprodução realizada em favor de solteiros? A dúvida existe diante o reconhecimento por parte da Constituição Federal da família monoparental.

Para Gama (2003), bem como para Welter (2000), há de se decidir pela possibilidade da reprodução assistida ser favorável aos solteiros, porque não se pode contrariar os preceitos constitucionais que reconhecem a monoparentalidade e deixar de possibilitar o acesso às técnicas reprodutivas pelos solteiros. Opinião divergente tem o doutrinador Leite (apud ALDROVANDI, 2002, on-line) para o qual o acesso restrito das técnicas de R.M.A. garante à criança que será gerada o direito ao biparentesco. O primeiro substitutivo tentou limitar o acesso aos casais, mas não logrou êxito, pois a primeira redação, que permitia a utilização das técnicas pelos solteiros, foi mantida pelo segundo substitutivo que corrobora o entendimento da Lei nº. 9.263/96.

Deve-se perceber que no projeto original, a maternidade de substituição seria permitida; por isso, baseado na igualdade entre os sexos, deveriam ser também beneficiários os homens solteiros, o que não foi previsto. Apesar de ter mantido a redação original, o segundo substitutivo não mais permite, em seu art. 3º, a maternidade de substituição, o que torna infrutífera a discussão acerca da constitucionalidade da restrição de uso aos homens solteiros, uma vez que, por impossibilidades físicas e sem condições de recorrer ao popular “útero de aluguel”, mesmo que lhes possibilitassem a utilização das técnicas não haveria concretização do projeto parental por eles.

O Projeto de Lei 90/99 original prevê a necessidade do consentimento livre e esclarecido não só pelos beneficiários, como também dos doadores, que deveriam estar conscientes de sua eventual identificação civil por parte do ser gerado, como também da obrigatoriedade de reconhecimento da criança em casos previstos na lei (art.3º, §2º). A identificação civil poderia ocorrer quando a criança completasse a maioridade, ou a qualquer tempo em casos de falecimento de ambos os pais (art.12, *caput*). Já o reconhecimento poderia ocorrer se a criança não tivesse no registro a filiação relativa à pessoa do mesmo sexo do doador ou da mãe substituta (art. 12, §1º).

Interessante notar que o art. 12 prevê a possibilidade da criança não ter no registro o nome da mãe substituta como se esta fosse uma exceção, mas esta não é uma exceção e sim a regra, levando-se em consideração que a maternidade de substituição visa efetivar o projeto parental de uma mulher solteira ou casada, cujo nome é que irá configurar no registro de nascimento

como a mãe. Considerando os beneficiários previstos no Projeto de Lei, não existiriam crianças geradas sem registro de mãe, já que os homens, como exposto anteriormente, não poderiam ser beneficiados.

Os dois substitutivos do projeto não albergam a necessidade do consentimento livre e esclarecido em relação ao reconhecimento, mas somente em relação à identificação (art.4º, § 2º). Isso porque, diferentemente do projeto original que prevê a paternidade e a maternidade como dos beneficiários, mas com algumas exceções, os projetos seguintes não apresentam nenhuma exceção à declaração de paternidade e maternidade plena aos beneficiários (art. 18 do substitutivo de 1999 e art.16 do substitutivo de 2001).

Outras diferenças importantes são percebidas na evolução do projeto: o original dispunha que a identificação poderia ocorrer quando a criança completasse a maioridade, ou a qualquer tempo em casos de falecimento de ambos os pais. O substitutivo de 99, apesar de exigir a declaração de consentimento do doador de que ele poderá vir a ser identificado civilmente, não permite a identificação pela criança. Quando o primeiro substitutivo indica no art.9º, §2º, que o médico poderá entrevistar o doador, dispõe que deverá ser resguardada a identidade civil, então, compreende-se que essa entrevista deverá ser feita por outra forma que não pessoal ou que o médico é que poderá conhecer a identidade do doador e que deva omiti-la do paciente. Já o substitutivo de 2001 informa em seu art. 9º, §1º que a criança poderá a qualquer tempo conhecer a identidade do doador, inclusive através de representação ou assistência enquanto incapaz”.

O projeto e seus substitutivos determinam a obrigatoriedade de registros dos casos de reprodução assistida e de dados sobre o doador para caso de necessidade de informações aos médicos, como também para conhecimento de disponibilidade para transplante de órgãos. No original o período de registro era obrigatório por vinte e cinco anos, seus substitutivos aumentaram para o período de cinquenta anos. O projeto original e seus substitutivos prevêm a possibilidade de consulta desses registros através do médico sem a necessidade da criança vir a conhecer seu ascendente. Embora no substitutivo de 99 essa possibilidade tenha sido prevista graças ao sigilo absoluto da identidade do doador, no projeto original e no substitutivo de 2001 essa possibilidade vem para concretizar o direito “de não saber”, pois, como já apresentado, o conhecimento da origem genética é direito e não dever. Assim, o substitutivo de 2001 prevê duas possibilidades ao ser gerado: este poderá requerer a identificação do doador ou apenas a revelação dos dados acerca do doador para o médico.

O Projeto de Lei 1184 de 2003 de autoria do Senador José Sarney é apenas uma reprodução do substitutivo de 2001 do Projeto de Lei nº90/99 do Senador Lúcio Alcântara. O Projeto de Lei nº. 120/03 do Deputado Roberto Pessoa objetiva o acréscimo do art. 6º - A na Lei 8560 de 1992, que trata da investigação de paternidade. Neste artigo é prevista a possibilidade da identidade dos doadores, sem ressalvas. Por fim, o Projeto de Lei nº. 4686 de 2004 do Deputado José Carlos Araújo é uma proposta e acréscimo do art. 1.597-A ao Código Civil, prevendo a identificação civil do doador a qualquer tempo, inclusive através de representante legal também sem nenhuma restrição. Apesar das disposições deste projeto serem parecidas com as do substitutivo de 2001 do projeto 90/99, deve-se lembrar das limitações formais das normas do Código Civil, então, provavelmente, esse projeto não será aceito pelo mesmo motivo que o assunto não foi abordado na redação original do Código: a reprodução humana é assunto que deve ser objeto de leis especiais.

Além dos projetos citados por Cândido (2007, online), constata-se a existência de dois novos Projetos, o de no. 5.624/2005, de autoria do Deputado Neucimar Fraga, que por sua vez prevê apenas o acréscimo de dispositivo que possibilite um programa de reprodução assistida no sistema único de saúde a ser desenvolvido pelos estabelecimentos conveniados ao Ministério da Saúde; e o de nº. 7.701/2010, de Autoria da Deputada Dalva Figueiredo, que dispõe sobre a utilização *post mortem* de sêmen do marido ou companheiro em técnicas de reprodução assistidas. Ambos os projetos estão apensos ao Projeto de nº. 1.184/2003(José Sarney).

Entende-se, pois, que no Projeto de nº. 1.184/03, o tratamento dado ao “Consentimento Livre e Esclarecido” bem como as hipóteses previstas para a quebra do sigilo da doação inserido no capítulo “Das Doações” atende quase todas as questões jurídicas que vêm surgindo e aquelas que poderão surgir no que diz respeito aos vínculos paterno-materno-filiais, e possíveis questões patrimoniais e sucessórias.

Dispõe o Capítulo II, “Do Consentimento Livre e Esclarecido” do referido PL 1184/03 (2011, online):

“Art. 4º O consentimento livre e esclarecido será obrigatório para ambos os beneficiários, nos casos em que a beneficiária seja uma mulher casada ou em união estável, vedada a manifestação da vontade por procurador, e será formalizado em instrumento particular, que conterá necessariamente os seguintes esclarecimentos:

I – a indicação médica para o emprego de Reprodução Assistida, no caso específico, com manifestação expressa dos beneficiários da falta de interesse na adoção de criança ou adolescente;

II – os aspectos técnicos, as implicações médicas das diferentes fases das modalidades de Reprodução Assistida disponíveis e os custos envolvidos em cada uma delas;

III – os dados estatísticos referentes à efetividade dos resultados obtidos no serviço de saúde onde se realizará o procedimento de Reprodução Assistida;

IV – os resultados estatísticos e probabilísticos acerca da incidência e prevalência dos efeitos indesejados nas técnicas de Reprodução Assistida, em geral e no serviço de saúde onde esta será realizada;

V – as implicações jurídicas da utilização de Reprodução Assistida;

VI – os procedimentos autorizados pelos beneficiários, inclusive o número de embriões a serem produzidos, observado o limite disposto no art. 13 desta Lei;

VII – as condições em que o doador ou depositante autoriza a utilização de seus gametas, inclusive postumamente;

VIII – demais requisitos estabelecidos em regulamento.

§ 1º O consentimento mencionado neste artigo será também exigido do doador e de seu cônjuge ou da pessoa com quem viva em união estável e será firmado conforme as normas regulamentadoras, as quais especificarão as informações mínimas que lhes serão transmitidas.

§ 2º No caso do § 1º, as informações mencionadas devem incluir todas as implicações decorrentes do ato de doar, inclusive a possibilidade de a identificação do doador vir a ser conhecida”.

Aprovando-se esse projeto, estar-se-ia dando amplo conhecimento aos envolvidos, inclusive ao doador, seu cônjuge ou a pessoa com quem vive em união estável, inclusive a previsão de possíveis implicações que possam surgir em face da vontade futura do ser concebido através das técnicas de reprodução assistida e de conhecer suas raízes biológicas.

Entretanto, ainda percebem-se omissões no texto do projeto citado, eis que falta disciplinar quando for o caso de doação do gameta feminino, a exigência do termo expresso de consentimento livre e esclarecido de todos os envolvidos (mulher, marido ou pessoa que conviva em união estável), não podendo ser aceito como consentimento indireto da mulher, o fato de ser a criança gestada em seu útero.

Quanto ao sigilo à identidade do doador, dispõem o PL 1184/03 (2011, online), em seus artigos 8º e seguintes:

“Art. 8º Os serviços de saúde que praticam a Reprodução Assistida estarão obrigados a zelar pelo sigilo da doação, impedindo que doadores e beneficiários venham a conhecer reciprocamente suas identidades, e pelo sigilo absoluto das informações sobre a pessoa nascida por processo de Reprodução Assistida.

Art. 9º O sigilo estabelecido no art. 8º poderá ser quebrado nos casos autorizados nesta Lei, obrigando-se o serviço de saúde responsável pelo emprego da Reprodução Assistida a fornecer as informações solicitadas, mantido o sigilo profissional e, quando possível, o anonimato.

§ 1º A pessoa nascida por processo de Reprodução Assistida terá acesso, a qualquer tempo, diretamente ou por meio de representante legal, e desde que manifeste sua vontade, livre, consciente e esclarecida, a todas as informações sobre o processo que o gerou, inclusive à identidade civil do doador, obrigando-se o serviço de saúde responsável a fornecer as informações solicitadas, mantidos os sigilos profissional e de justiça.

§ 2º Quando razões médicas ou jurídicas indicarem ser necessário, para a vida ou a saúde da pessoa gerada por processo de Reprodução Assistida, ou para oposição de impedimento do casamento, obter informações genéticas relativas ao doador, essas deverão ser fornecidas ao médico solicitante, que guardará o devido sigilo profissional, ou ao oficial do

registro civil ou a quem presidir a celebração do casamento, que notificará os nubentes e procederá na forma da legislação civil.

§ 3º No caso de motivação médica, autorizado no § 2º, resguardar-se-á a identidade civil do doador mesmo que o médico venha a entrevistá-lo para obter maiores informações sobre sua saúde”.

Portanto, de acordo com o exposto, mais precisamente no parágrafo 1º do art.9º do referido PL, há situações em que é prevista a quebra do segredo em volta do doador, sendo permitido ao indivíduo conhecer sua origem genética quando lhe convir.

Note-se, não se está a incentivar a alguém correr em busca de seus descendentes biológicos, mas se está a permitir que, assim queira, possa ter acesso aos dados de sua concepção, da mesma forma em que é dado ao adotado o direito de conhecer sua origem biológica, conforme determina a recente Lei de Adoção, de no. 12.010/2009, em seu art. 48 e parágrafo único.

Art. 48. O adotado tem direito de conhecer sua origem biológica, bem como de obter acesso irrestrito ao processo no qual a medida foi aplicada e seus eventuais incidentes, após completar 18 (dezoito) anos.

Parágrafo único. O acesso ao processo de adoção poderá ser também deferido ao adotado menor de 18 (dezoito) anos, a seu pedido, assegurada orientação e assistência jurídica e psicológica. (NR)

Na verdade, como já foi dito, trata-se de um direito natural do ser humano de conhecer as suas raízes, seja ele concebido através de inseminação artificial, ou oriundo do instituto da adoção. Sendo assim, a negação ao indivíduo fruto de uma inseminação artificial heteróloga de conhecer suas raízes é totalmente contrária a tutela dada ao indivíduo adotado. E esse contrassenso fere ao princípio constitucional da igualdade, além dos princípios da isonomia jurídica dos filhos e o da dignidade da pessoa humana.

Como bem disse Scalquete (2010, p.229), “o regramento para o fornecimento de informações utilizado no instituto da adoção, a nosso ver, pode ser usado de parâmetro na busca de uma solução aceitável”. Continua a autora afirmando que “não só quando a saúde e a vida estiverem ameaçadas pode-se

encontrar motivação para o conhecimento da ascendência biológica, mas também por fatores psicológicos, que podem ser desenvolvidos no futuro e determinar problemas por toda uma vida”.

No entanto, percebe-se no art.9º, parágrafo 1º do PL já referido, quando diz que a pessoa nascida por processo de reprodução assistida terá acesso a todas as informações sobre o processo que o gerou, “inclusive à identidade civil do doador”, deixa margem a indagações como, por exemplo, se a palavra “doador” está em sentido genérico, ou seja, abrange gênero e números, porque como já se viu anteriormente, é permitida a doação de ambos os gametas feminino e masculino, separada e simultaneamente.

Outra omissão importante constante do PL 1184/2003, que é oportuna ser tratada aqui, é a falta de disciplina quanto a gestação de substituição (doação temporária do útero) prevista na Resolução de nº1. 358/1992 e mantida na recente Resolução nº 1.957/2010, ambas oriundas do Conselho Federal da Medicina. Uma Lei que vier a disciplinar a reprodução humana assistida deve reger esse tipo de técnica, contemplando suas características, definindo as pessoas que podem se submeter e aquelas que podem ser doadoras temporária de útero, como também impor limites, ou ainda, simplesmente, vedar tal possibilidade. Na França, Austrália e Alemanha, presume-se mãe quem deu à luz.

E por fim, quanto ao receio daqueles que são contra o conhecimento da identidade do doador de material genético, no que diz respeito aos efeitos patrimoniais e sucessórios, o art.17 do PL 1184/2003 cuida muito bem do assunto:

O doador e seus parentes biológicos não terão qualquer espécie de direito ou vínculo, quanto à paternidade ou maternidade, em relação à pessoa nascida a partir do emprego das técnicas de Reprodução Assistida, salvo os impedimentos matrimoniais elencados na legislação civil.

Assim ficaria sanada a preocupação de doadores com ações de alimento, investigação de paternidade, direito sucessório.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como se pode extrair da análise do presente trabalho, a reprodução humana assistida é uma realidade, vivenciada não só pela sociedade brasileira mais também em outros países.

Em atenção ao tema central dessa pesquisa, primeiramente apresentou-se a evolução no conceito de filiação e mostrou-se o avanço do Código Civil de 2002, quando em seu art.1.597, abarcando as novas tecnologias reprodutivas, dispôs sobre três situações de presunção de filiação, a saber: dos filhos havidos por fecundação homóloga, ainda que falecido o marido; dos filhos nascidos de inseminação artificial heteróloga, desde que previamente consentido pelo marido; e ainda, os filhos havidos a qualquer tempo, decorrentes dos embriões excedentários.

Explicou-se quando se deve recorrer à reprodução assistida e definiu-se as duas formas possíveis de assistência: com aconselhamento e acompanhamento da atividade sexual do casal e através de técnicas médicas que viabilizem a fecundação.

Dando continuidade, esclareceu-se a respeito da diferença entre esterilidade e infertilidade, sendo determinada a primeira quando a capacidade natural de um casal em gerar filhos é nula, e a segunda quando o casal tem apenas dificuldade em gerar filhos. Após, definiu-se inseminação e fecundação, apresentando as principais técnicas de reprodução humana medicamente assistida, destacando-se as fecundações *in vivo* e as *in vitro*, acrescentando-se que em ambas é possível tanto a utilização de forma homóloga (quando o sêmen inoculado na mulher for do próprio marido ou companheiro), quanto heteróloga (quando o material fecundante for de terceiro, chamado, doador), o que será definido de acordo com a necessidade do material biológico a ser utilizado.

Em registros históricos, mostrou-se a evolução da ciência no campo da reprodução assistida desde o ano de 1940 até os dias atuais, apontando-se Louise

Brown como a primeira criança no mundo a nascer através de inseminação artificial, fato ocorrido há 32 anos, na Inglaterra. E seis anos depois, em 07 de outubro de 1984, nasceu o primeiro bebê proveta brasileiro - Ana Paula Bettencourt.

Adentrando nas normas éticas definidas na recente Resolução do Conselho Federal da Medicina (nº 1.957/2010), ressaltou-se inicialmente aquela que prevê que qualquer pessoa capaz poderá ser receptora das técnicas de reprodução assistida, impondo apenas que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos. Da forma posta na resolução acima referida, pelo menos sob o aspecto ético, conclui-se que qualquer pessoa independentemente do estado civil ou orientação sexual, poderá se beneficiar com as técnicas de reprodução assistida.

Os princípios constitucionais norteadores do Direito de Família foram citados para advertir que toda a evolução científica no campo da procriação assistida deve caminhar em compasso com o respeito à dignidade da pessoa humana, com atenção a igualdade jurídica dos filhos, com proteção integral à família e aos seus membros, garantindo o melhor bem-estar da criança e adolescente, além do direito ao planejamento familiar.

Noutro capítulo, ao tecer breves comentários a respeito da diversidade no direito comparado, descobriu-se que dos países estudados, tanto a Espanha quanto a Alemanha permitem a criança, fruto de uma inseminação artificial heteróloga, conhecer a identidade do doador. E a França é severa na tutela penal em matéria de reprodução assistida, prevendo inúmeras condutas, que vão desde crimes sujeitos à pena de multa e detenção, até casos de crime com pena de 30 anos de reclusão criminal.

No último capítulo, abordou-se a problemática da inseminação artificial heteróloga, mais especificamente ao direito do ser humano resultante dessa técnica em conhecer sua identidade genética, bem como as diversas possibilidades de reprodução assistida e, ao final, alguns projetos de lei em andamento. A evolução da ciência reprodutiva e o silêncio do nosso ordenamento jurídico vêm permitindo que casais utilizem ambos os gametas, feminino e masculino; tenham como local da

fecundação, o laboratório; e que, para a gravidez, tome um útero emprestado com uma “mãe substituta”.

E essa realidade impõe um tratamento legislativo adequado, que proporcione o máximo de soluções para as polêmicas já existentes, assim como as que ainda estão por vir; uma legislação que imponha limite às possíveis formas de procriação, um maior controle do material genético doado, e traga em seu bojo consequências de ordem civil, previdenciária, penal.

Ao passo em que a ciência deu tantas possibilidades e condições de se ter um filho, de satisfazer o desejo de procriar, o sistema jurídico tem que propiciar ao concebido, através da inseminação artificial, o direito de conhecer a identidade dos seus progenitores. A preocupação primeira deve-se ter com a criança e não com o casal estéril. Não se pensa em incentivar a busca pela origem genética, mas possibilitar e autorizar o direito a esse conhecimento quando da vontade do nascido por inseminação artificial heteróloga.

E ao doador de material genético deve-se advertir da importância da sua doação, suas consequências e possíveis responsabilidades, já que tal substância poderá gerar um ser humano.

Quanto ao controle do material genético doado, e considerando a facilidade de acesso as clínicas de fertilização bem como as milhares de pessoas que vêm se submetendo aos novos recursos para a procriação, deve-se pensar a nível mundial num cadastro de doadores, sob pena de que num futuro próximo ser comum o incesto.

Na verdade, a família, como base da sociedade, é uma das instituições que tem sobrevivido desde o início de todos os tempos e certamente assim se manterá, pois se adapta a todas as diversidades de situações, entre as quais o poder aquisitivo, raça, religião, cultura, cor, doença, fatalidades, etc. E é ela que, seguramente, garante a perpetuação e a sobrevivência da espécie, protegendo, cuidando e educando as novas gerações.

Certamente, a evolução científica e tecnológica deverá coexistir com o Direito, com a ética, os bons costumes, os valores culturais e os princípios constitucionais, para a formação da nova sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, Eliane Oliveira Barros. **Aspectos Jurídicos da Inseminação Artificial Heteróloga**. Belo Horizonte: Fórum, 2010.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm>. Acesso em: 27 abr. 2011.

BRASIL. **Lei nº 9.263**, de 12 de janeiro de 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9263.htm>. Acesso em: 27 abr. 2010.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1988.

_____. **Código Civil**. 9. Ed. São Paulo: Saraiva 2003.

_____. **Código Civil de 1916**. Disponível em <http://www.jusbrasil/legislações>.

_____. **Código Civil de 2002**. Disponível em <http://www.jusbrasil/legislações>.

_____. **Código de Processo Civil**. Disponível em: <http://www.jusbrasil/legislações>.

_____. **Lei de Adoção**. nº 12.010/2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em 15. Mar. 2011.

_____. **Projeto de lei nº 1184/2003**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em 09. Mar. 2011

BRAUNER, Maria Claudia Crespo. **Direito, sexualidade e reprodução humana: conquistas médicas e o debate bioético**. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

CANDIDO, Nathaline Carvalho. **Reprodução medicamente assistida heteróloga: distinção entre filiação e origem genética** – Disponível em: <http://www.prolegis.com.br/index.php?cont=12&id=769>. Acesso em 24. abr. 2011

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução 1.957/2010**. Diário Oficial da União. 6 jan. 2010. Seção I, p.79. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2010/1957_2010.htm>. Acesso em: 27 de abr. 2011.

DELGADO, Mário. **Reprodução assistida: questões éticas ou legais?**, 2011. Disponível: <http://ultimainstancia.uol.com.br/artigos_ver.php?idConteudo=63720>. Acesso: 26 abr. 2011.

DINIZ, Maria Helena. **O Estatuto Atual do Biodireito**. 6. ed. rev. aum. atual. São Paulo: Saraiva, 2009.

GAMA, Guilherme Calmon Nogueira da. **A nova filiação: o biodireito e as relações parentais: o estabelecimento da parentalidade-filiação e os efeitos jurídicos da reprodução assistida heteróloga**. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

_____. **Princípios Constitucionais de Direito de Família**. São Paulo: Atlas, 2008

GOLDIN, José Roberto. **Bioética e reprodução humana**. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/biorepr.htm>>. Acesso: 26. abr. 2011.

MADALENO, Rolf. **Repensando o Direito de Família**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

MANO, Luís Paulo Suzigan. **Da personalidade no novo Código Civil: Aspectos jurídicos da clonagem e da reprodução medicamente assistida**. disponível em: http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=570. Acesso em 06. Maio. 2011

MOREIRA FILHO, José Roberto. **Conflitos jurídicos da reprodução humana assistida**. Bioética e Biodireito. Jus Navigandi, Teresina, ano 7, n. 54, fev. 2002. Disponível em: <<http://jus.uol.com.br/revista/texto/2588>>. Acesso em: 26 abr. 2011.

NERY, Rosa Maria de Andrade; NERY JÚNIOR, Nelson. **Constituição Federal comentada e legislação constitucional**. 2. Ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2009.

NUNES, Lydia Neves Bastos Telles; SANTOS, Natélia Batistuci. **Os reflexos da reprodução humana assistida heteróloga e *post mortem***. Revista do Instituto de Pesquisas e Estudos, Bauru, v. 41, n. 48, p. 253-278, jul./dez. 2007. Disponível em: <http://bdjur.stj.gov.br/xmlui/bitstream/handle/2011/18871/Os_Reflexos_Jur%C3%AAdicos_da_Reprodu%C3%A7%C3%A3o_Humana.pdf?sequence=1>. Acesso em: 27 abr. 2011.

PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. **Problemas atuais de Bioética**. 8. Ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2007.

REVISTA ÉPOCA, (online). **São o símbolo da maior aventura humana ...** A reprodução humana, associada à engenharia genética, cronologia de uma aventura: a vida . Disponível em: <http://www.epoca.globo.com/edic/19980720>. edição 09 Acesso em 12. abr.2011

RODRIGUES, Sílvio. **Direito Civil**. Volume 6, São Paulo: Saraiva, 2002.

RUEDA, Patrícia Daza. **Causas da Esterilidade**. [20--]. Disponível em: <<http://boasaude.uol.com.br/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=3906&ReturnCatID=763>>. Acesso em: 26 abr. 2011.

SCALQUETTE, Ana Cláudia S. **Estatuto da Reprodução Assistida**. São Paulo: Saraiva, 2010.

SILVA, Reinaldo Pereira e. **Biodireito**: o novo direito da vida. In: Os novos direitos no Brasil: Natureza e perspectivas. Uma visão básica das novas conflituosidades jurídicas. São Paulo: Saraiva, 2003. p. 293-318.

VENOSA, Sílvio de Salvo. **Direito Civil**: direito de família. 5. ed. v. 6. São Paulo: Atlas, 2005.

WELTER, Belmiro Pedro. **Igualdade entre as filiações biológica e socioafetiva.**
São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2003. p. 231.