

**FACULDADE DE DIREITO DE VITÓRIA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO**

**BEATRIZ KUSTER DEGASPERI**

**ADOÇÃO EMBRIONÁRIA: UMA ALTERNATIVA PARA  
REDUZIR O NÚMERO DE EMBRIÕES CRIOPRESERVADOS  
NAS CLÍNICAS DE REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA**

VITÓRIA  
2019

BEATRIZ KUSTER DEGASPERI

**ADOÇÃO EMBRIONÁRIA: UMA ALTERNATIVA PARA  
REDUZIR O NÚMERO DE EMBRIÕES CRIOPRESERVADOS  
NAS CLÍNICAS DE REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Graduação em Direito da Faculdade de Direito de Vitória – FDV, como requisito parcial para conclusão do curso.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Mestre Paula Ferraço Fittipaldi.

VITÓRIA

2019

BEATRIZ KUSTER DEGASPERI

**ADOÇÃO EMBRIONÁRIA: UMA ALTERNATIVA PARA  
REDUZIR O NÚMERO DE EMBRIÕES CRIOPRESERVADOS  
NAS CLÍNICAS DE REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA**

Monografia apresentada ao curso de Direito da Faculdade de Direito de Vitória-FDV,  
como requisito parcial de Conclusão de Curso para obtenção do grau de bacharel em  
Direito.

Aprovada em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

COMISSÃO EXAMINADORA

---

Profª Mestre Paula Ferraço Fittipaldi  
Faculdade de Direito de Vitória  
Orientadora

---

Prof  
Faculdade de Direito de Vitória

## RESUMO

As técnicas de Reprodução Humana Assistida têm evoluído significativamente nos últimos anos e, em razão de sua eficiência, inúmeros embriões acabam sendo criopreservados com o intuito de se evitar gravidezes múltiplas. Ocorre que a quantidade de embriões congelados nas clínicas de procriação assistida vem se elevando de tal forma que chamou a atenção dos estudiosos acerca de suas possíveis destinações, a fim de reduzir tal número. O Conselho Federal de Medicina, em sua Resolução nº 2.168/2017, autoriza o descarte e o encaminhamento desses embriões para pesquisas científicas. No entanto, majoritariamente, entende-se a vida tendo início desde a concepção e, por isso, tais destinos seriam inviáveis, haja vista ceifarem a vida ali existente. À vista disso, a adoção de embriões se apresenta como sendo a alternativa mais condizente com os parâmetros éticos atuais, além de propiciar aos casais inférteis a tão sonhada maternidade/paternidade.

**PALAVRAS-CHAVE:** Reprodução Humana Assistida. Embriões excedentes. Filiação. Socioafetividade. Início da vida. Adoção.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>05</b>
<b>1 O VÍNCULO DE FILIAÇÃO E AS POSSIBILIDADES DE SUA CONSTITUIÇÃO POR MEIO DAS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA .....</b>	<b>07</b>
1.1 A REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA E O DIREITO BRASILEIRO.....	14
1.1.1 O Livre Planejamento Familiar .....	16
<b>2 O PROBLEMA DOS EMBRIÕES EXCEDENTES E A RESOLUÇÃO N° 2.168/17 DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM) .....</b>	<b>20</b>
2.1 TEORIAS SOBRE O INÍCIO DA VIDA HUMANA .....	24
2.1.1 Pontos de vista religioso, cultural, ético e filosófico .....	24
2.1.2 Ponto de vista biológico .....	25
2.1.3 Ponto de vista jurídico .....	27
2.2 PROBLEMÁTICA ENVOLVENDO O DESCARTE E A DOAÇÃO DE EMBRIÕES PARA ESTUDOS COM CÉLULAS-TRONCO .....	29
<b>3 ADOÇÃO EMBRIONÁRIA E SUA POSSIBILIDADE LEGAL .....</b>	<b>32</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>44</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>46</b>

## INTRODUÇÃO

O mundo inteiro vem observando avanços tecnológicos em diversos âmbitos da vida moderna, incluindo na medicina reprodutiva. A Reprodução Humana Assistida (RHA), por meio de diferentes técnicas médicas, proporciona tratamentos de fertilidade para pessoas que sofrem dificuldades para procriar.

Não isenta de inconvenientes, as técnicas de RHA têm apresentado como consequência um acúmulo de embriões que não chegam a ser transferidos para o útero materno, sobretudo para se evitar gravidezes múltiplas.

Esses embriões, denominados “excedentes”, “excedentários” ou “supranumerários”, permanecem criopreservados (congelados) nas clínicas de RHA até que lhes seja dado algum dos destinos previstos pela Resolução nº 2.168/17 do Conselho Federal de Medicina (CFM), a saber, transferência ao útero da paciente para nova gravidez, descarte, envio para pesquisas científicas ou doação para outros pacientes.

Diante deste cenário, o presente trabalho se propõe a dispor acerca da adoção embrionária como sendo uma alternativa ética e palpável para reduzir o número de embriões congelados nas clínicas de RHA, especialmente se levada em consideração a posição majoritária de que a vida se inicia com a concepção. Além disso, será estudada a possibilidade de surgimento de vínculo de filiação entre a criança oriunda da adoção embrionária e os adotantes.

No primeiro capítulo, será abordado acerca do vínculo de filiação e as possibilidades de sua constituição por meio das técnicas de Reprodução Humana Assistida, bem como sobre a afiguração do Direito brasileiro quanto aos direitos reprodutivos e o direito ao planejamento familiar, notadamente relacionados à RHA.

Na sequência, será observada a problemática envolvendo os embriões excedentes e suas possíveis destinações, autorizadas pela Resolução nº 2.168/17, sob a ótica das teorias sobre o início da vida.

Por fim, no terceiro capítulo será respondido o problema de pesquisa abordando aspectos relacionados à adoção embrionária e sua aplicabilidade.

## **1 O VÍNCULO DE FILIAÇÃO E AS POSSIBILIDADES DE SUA CONSTITUIÇÃO POR MEIO DAS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA**

O vínculo de filiação compreende a relação entre pais e filhos, determinando a lei uma extensa relação de direitos e deveres decorrentes daquela, onde compete aos pais/genitores a obrigação de conduzir a vida de seus filhos demandando-lhes todo o cuidado necessário nesta tarefa, a fim de subsidiarem e garantirem o desenvolvimento completo e saudável da vida de seu(s) filho(s) até sua maioridade (LÔBO, 2018, p. 215-216).

O Código Civil apresenta, em seu artigo 1.596, o princípio da igualdade de filiação, também disposto no art. 227, §6º, da CFRB/88 e no art. 29, do Estatuto da Criança e do Adolescente, segundo o qual todos os filhos, havidos ou não da relação de casamento, ou por adoção, têm os mesmos direitos e qualificações, proibidas quaisquer designações discriminatórias (MADALENO, 2017, p. 495).

DIAS (2016, p. 386) afirma que o vínculo parental pode ser estabelecido observando-se três critérios, a saber: o critério jurídico, previsto no artigo 1.597, do Código Civil, em que se estabelece a paternidade por presunção; o critério biológico; e o critério socioafetivo, fundado no melhor interesse da criança e na dignidade da pessoa humana.

Sob a ótica contemporânea, notadamente em razão dos avanços das técnicas de Reprodução Humana Assistida, tem-se compreendido que o critério para estabelecimento de parentalidade-filiação não é o biológico, mas sim o da vontade acoplada à existência de convívio conjugal (GAMA, p. 50-51 e 55). O referido entendimento leva em consideração sobretudo o fato de que os laços de afeto e solidariedade são fruto da convivência familiar, e não do sangue (LÔBO, p. 141), sobressaindo-se, portanto, a natureza socioafetiva da concepção.

DIAS (2016, p. 385) sustenta que a “desbiologização” da paternidade identifica pais e filhos não consanguíneos, mas que construíram uma filiação psicológica, razão pela

qual paternidade seria, necessariamente, socioafetiva, ou seja, a paternidade socioafetiva seria gênero do qual são espécies a paternidade biológica e a paternidade não biológica. Assim, nas palavras de DUQUE (2017, online), “toda paternidade é socioafetiva e toda afetividade é inerente ao ambiente familiar”.

Importante destacar, neste ponto, que os critérios de aferição da socioafetividade são inteiramente objetivos, quais sejam, (a) comportamento social típico de pais e filhos, desdobrado em nome no registro civil (*nomen*), tratamento (*tractatus*) e imagem social ou reputação (*fama*); (b) convivência familiar duradoura; e (c) relação de afetividade familiar (LÔBO, 2018, p. 228 e 237).

Acerca da socioafetividade, BOEIRA (*apud* MADALENO, 2017, p. 497) defende que “a própria modificação na concepção jurídica de família conduz, necessariamente, a uma alteração na ordem jurídica da filiação, em que a paternidade socioafetiva deverá ocupar posição de destaque”.

Inclusive, sobre este assunto, o Supremo Tribunal Federal, no julgamento do RE 898.060 / SC, ocorrido no ano de 2016 e relatorado pelo Ministro Luiz Fux, se posicionou no sentido de que, em razão da compreensão jurídica cosmopolita das famílias, se exige a ampliação da tutela normativa de modo a abarcar todas as formas pelas quais a parentalidade pode se manifestar, dentre elas, por meio da afetividade.

Leia-se trecho do citado precedente:

A paternidade responsável, enunciada expressamente no art. 226, § 7º, da Constituição, na perspectiva da dignidade humana e da busca pela felicidade, impõe o acolhimento, no espectro legal, tanto dos vínculos de filiação construídos pela relação afetiva entre os envolvidos, quanto daqueles originados da ascendência biológica, sem que seja necessário decidir entre um ou outro vínculo quando o melhor interesse do descendente for o reconhecimento jurídico de ambos. (BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário nº 898.060. Recorrente: A.N. Recorrido: F.G. Relator: Ministro Luiz Fux. Santa Catarina, 21 de setembro de 2016)

NORÕES, JÚNIOR e SABOIA (2017, p. 216) citam em sua obra entendimento firmado pela Corregedoria Nacional de Justiça, também no ano de 2016, que segue a mesma linha do precedente supramencionado:

Em 14 de março de 2016, a Corregedoria Nacional de Justiça, sob comando da Ministra Nancy Andrighi, editou o Provimento nº 52, pelo qual se vedava o anonimato do doador de material genético no Brasil. O referido Provimento orienta os Cartórios de Registro Civil a constarem os dados dos genitores biológicos na certidão de nascimento da pessoa concebida por reprodução assistida. Embora o Provimento obrigue, para o ato de registro civil, a apresentação de documentos dos ascendentes biológicos, este fato não importa no reconhecimento de vínculo de parentesco (paternidade-filiação) e dos respectivos efeitos jurídicos entre doador (ou doadora) e a pessoa gerada por seu material genético. Dessa forma, o CNJ reconheceu e normatizou a posição já fixada pelo Supremo Tribunal de Federal no sentido de que a paternidade/maternidade intencionada (“socioafetiva”) pode sobrepor-se à biológica. (NORÕES; JÚNIOR; SABOIA. 2017, p. 216/217)

Não obstante a legislação não disponha acerca da socioafetividade, como bem salientou MADALENO (2017, p. 497), a jurisprudência pátria vem reiteradamente prestigiando a prevalência da chamada *posse do estado de filho*, representando em essência o substrato fático da verdadeira e única filiação, sustentada no amor e no desejo de ser pai ou de ser mãe.

Em outras palavras, a posse de estado de filiação se trata de situação fática na qual uma pessoa desfruta do *status* de filho em relação a outra pessoa, independentemente dessa situação corresponder à realidade legal (LÔBO, 2018, p. 236), impondo as responsabilidades decorrentes do poder familiar (DIAS, 2016, p. 386), conforme enunciado 7 do Instituto Brasileiro de Direito de Família (IBDFAM), o qual determina que “a posse de estado de filho pode constituir a paternidade e maternidade”.

Sobre este cenário, ensina LÔBO (2018, p. 236-237) que a posse de estado de filiação é uma situação de fato, revelada pela convivência familiar, pelo efetivo cumprimento pelos pais dos deveres de guarda, educação e sustento do filho e pelo relacionamento afetivo, a qual, para constituir-se, deve ser contínua e notória, e é imprescritível.

Nesse trilhar, vale citar trecho de precedente da Corte da Cidadania:

A constituição da filiação socioafetiva perpassa, necessariamente, pela vontade e, mesmo, pela voluntariedade do apontado pai/mãe, ao despender afeto, de ser reconhecido juridicamente como tal. É dizer: as manifestações de afeto e carinho por parte de pessoa próxima à criança somente terão o condão de convalidarem-se numa relação de filiação, se, além da caracterização do estado de posse de filho, houver, por parte daquele que despender o afeto, clara e inequívoca intenção de ser concebido como pai/mãe daquela criança. Tal comprovação, na hipótese dos autos, deve revestir-se de atenção especial, a considerar que a pretensa mãe socioafetiva já faleceu (trata-se, pois, de reconhecimento de filiação socioafetiva post

mortem). (BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 1.328.380. Recorrente: L.G. Recorrido: A.J.A. e J. da C. A. Relator: Ministro Marco Aurélio Bellizze. Mato Grosso do Sul, 21 out 2014)

As Jornadas de Direito Civil da Justiça Federal também vêm se posicionando acerca da temática ora discorrida:

Enunciado nº 103 da VII Jornada de Direito Civil:  
Art. 1.593: O Código Civil reconhece, no art. 1.593, outras espécies de parentesco civil no vínculo parental proveniente querem das técnicas de reprodução assistida heteróloga relativamente ao pai (ou mãe) que não contribuiu com seu material fecundante, quer da paternidade socioafetiva, fundada na posse do estado de filho (paternidade socioafetiva). (CONSELHO DA JUSTIÇA FEDERAL, 2015, p. 60)

Enunciado nº 256, da VII Jornada de Direito Civil:  
Art. 1.593: A posse de estado de filho (parentalidade socioafetiva) constitui modalidade de parentesco civil. (CONSELHO DA JUSTIÇA FEDERAL, 2015, p. 79)

Enunciado nº 519, da VII Jornada de Direito Civil:  
Art. 1.593: O reconhecimento judicial do vínculo de parentesco em virtude de socioafetividade deve ocorrer a partir da relação entre pai(s) e filho(s), com base na posse do estado de filho, para que produza efeitos pessoais e patrimoniais. (CONSELHO DA JUSTIÇA FEDERAL, 2012, p. 104)

Conclui-se, portanto, que o surgimento dessa relação de filiação pode se dar por meio da relação sexual, considerado como o método natural de concepção, e ainda, por meio de uma técnica artificial conhecida como Técnica de Reprodução Humana Assistida (RHA).

A Reprodução Humana Assistida se trata de um conjunto de técnicas científicas criado para possibilitar a procriação em diversas circunstâncias, quando aquela não é possível pelos procedimentos tradicionais, ou seja, por meio da relação sexual. Logo, trata-se a Reprodução Humana Assistida de técnica utilizada para obtenção de uma gravidez sem relação sexual (DIAS, 2016, p. 395).

As técnicas de Reprodução Humana Assistida (RHA), também chamada de Reprodução Medicamente Assistida, podem ser classificadas em intracorpóreas ou extracorpóreas e homólogas ou heterólogas. As técnicas intracorpóreas, denominadas de fertilização *in vivo*, consistem em inserir o espermatozoide no corpo da mulher por meio de uma transferência feita artificialmente, possibilitando a fecundação dentro do corpo materno (NORÕES; JÚNIOR; SABOIA, 2017, p. 218).

As técnicas extracorpóreas, por sua vez, chamadas de fertilização *in vitro*, tratam-se da manipulação do óvulo e do espermatozoide em placas de petri (recipiente com formato cilíndrico e achatado, feito normalmente de vidro ou plástico), sendo o embrião produzido fora do corpo e, posteriormente, introduzido no útero da paciente (NORÕES; JÚNIOR; SABOIA, 2017, p. 218).

No que se refere às inseminações homóloga e heteróloga, ambas previstas no art. 1.597 do Código Civil de 2002, tem-se que aquela é realizada com o sêmen do próprio marido, enquanto esta, recorrida especialmente nos casos em que a esterilidade é indiscutível, é feita em mulher casada com sêmen originário de terceira pessoa ou, ainda, quando a mulher não é casada (PEREIRA; PACIFICO, 2010, p. 4).

Atualmente, as técnicas mais utilizadas são a Relação Sexual Programada, a Inseminação Intrauterina (IIU), também chamada de Inseminação Artificial (IA), e a Fertilização *in vitro* (FIV) (GURGEL; CREPALDI; COSTA, 2017, p. 21-22), sendo que na maioria dos casos se utiliza a estimulação ovariana para a realização destas e somente nas duas últimas se realiza a preparação seminal.

Importante citar que existem técnicas acessórias dos tratamentos supracitados, a exemplo o diagnóstico genético pré-implantacional (PGD), a transferência de blastocistos, o *hatching* assistido, além da doação de gametas (óvulo e sêmen) e embriões (UNIFERT, 2019).

A inseminação intrauterina, que se refere à fecundação *in vivo*, é um procedimento de baixa complexidade, o qual não requer realização em centro cirúrgico. Trata-se da técnica de reprodução assistida na qual o sêmen ou o espermatozoide preparado é introduzido por meio de sonda no trato genital feminino (GURGEL; CREPALDI; COSTA, 2017, p. 22). O sucesso do tratamento é de 10% a 20% dos casos e depende de alguns fatores, sendo o principal deles a idade da mulher, um aspecto importante para a fecundação de modo geral, sendo ela natural ou em laboratório (UNIFERT, 2019).

Outra técnica conhecida é a ICSI, que atua como uma técnica complementar à FIV, a qual consiste na injeção de espermatozoides diretamente no óvulo com o uso de picoinjetores sob microscópio ótico invertido. Conforme afirmam ALVARENGA, VIANA e PICINATO (2017), através da ICSI, a fertilização é bem-sucedida em mais de 80% dos ócitos (células germinativas femininas ou células sexuais produzidas nos ovários) injetados.

Outra importante técnica, conhecida popularmente como “bebê de proveta” e que será utilizada como fio condutor do nosso problema de pesquisa, é a Fertilização *in vitro*, conhecida pela sigla “FIV”, que se trata de uma técnica de reprodução assistida de alta complexidade, "na qual o processo da fertilização é realizado manualmente em laboratório, e os embriões resultantes são transferidos para o útero da mulher" (ALVARENGA, VIANA, PICINATO, 2017, p.141), ou podem ser criopreservados, isto é, congelados, para possível utilização posterior. Esta técnica proporciona a gravidez em cerca de 35% a 50% dos casos, índice que chega a ser superior às suas chances naturais, que giram em torno de 20% por ciclo menstrual (UNIFERT, 2019).

A doação de sêmen, ocorrida durante a FIV, apresenta-se como uma alternativa aos pacientes que querem engravidar e não conseguem, por circunstâncias que vão desde fatores masculinos de infertilidade, casais em que o homem é soro positivo (carrega o Vírus da Imunodeficiência Humana - HIV, causador da AIDS) e sua companheira deseja evitar o risco de transmitir tal doença ao filho, até casais homoafetivos femininos que buscam a maternidade. No caso dessa técnica, a doação de espermatozoides por terceiros deve ocorrer em clínicas especializadas em armazenar e disponibilizar sêmen e o doador deve cumprir determinados requisitos, como por exemplo, ter no máximo 50 anos e não possuir doenças sexualmente transmissíveis (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2017, p. 5-6).

Com relação a infertilidade como uma das hipóteses que levam casais a buscar a FIV, importante verificarmos que a Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua infertilidade como sendo a ausência de concepção depois de pelo menos dois anos de relações sexuais não protegidas (PESSINI; BARCHIFONTAINE *apud* PEREIRA; PACIFICO, 2010, p. 4). Já a Corte Interamericana de Direitos Humanos, por sua vez, no julgamento do caso *Artavia Murillo e outros (“Fecundação *in vitro*)” vs. Costa Rica*,

definiu a doença como “a impossibilidade de alcançar uma gravidez clínica depois de haver mantido relações sexuais sem proteção durante 12 meses ou mais” (CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS, 2012, pág. 20).

Explicam PEREIRA e PACIFICO que

os fatores de infertilidade podem ser absolutos ou relativos, dando origem, respectivamente, à esterilidade ou à hipofertilidade [denominada na área médica de *subfertilidade*]. A primeira deriva de situações irreversíveis em que a concepção só será possível por meio de técnicas de reprodução medicamente assistida. Nas situações de hipofertilidade, como infertilidade de causa inexplicada, a concepção poderá ser conseguida, em alguns casos, por terapêuticas tradicionais. (PEREIRA; PACIFICO, 2010, p. 4)

Para os casos de utilização da FIV, existe também a possibilidade de doação de óvulos, a qual possui caráter anônimo e não comercial, conforme regulariza o Conselho Federal de Medicina (CFM) na Resolução nº 2.168/17. Destaca-se, ainda, que o pareamento entre a doadora e a receptora tem base nas características étnicas e na compatibilidade entre a tipagem sanguínea da doadora e do casal receptor (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2017, p.6).

Importante questão surgida da Fertilização In Vitro é a doação de embriões regulada pela Resolução nº 2.168/17 do CFM, que tem por objetivo possibilitar a gravidez a casais que tenham infertilidade decorrente de fatores femininos ou masculinos, e a casais homossexuais femininos. "É a doação de um ou mais embriões, resultantes de gametas que não são originários da receptora ou de seu marido/parceiro" (GURGEL; CREPALDI; COSTA, 2017, p. 21). O que a Resolução citada tentou estabelecer, é a possibilidade de que casais que realizaram a FIV anteriormente e não possuem mais interesse em transferir/implantar os embriões congelados, possam de forma alternativa, doá-los voluntária e anonimamente a casais ou pessoas que tenham interesse em gerar os mesmos.

Portanto, considerando tratar-se a Fertilização In Vitro (FIV) uma das técnicas de Reprodução Humana Assistida mais evoluída na atualidade, o presente terá a mesma como foco principal, uma vez que é a única técnica que dá origem a embriões extracorpóreos que podem vir a serem objetos de adoção por outros casais que não os próprios doadores do material genético ali presente.

## 1.1 A REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA E O DIREITO BRASILEIRO

O estabelecimento das técnicas de procriação medicamente assistida está intrinsicamente ligado ao desejo de filhos, de família, de reprodução e de continuidade, sendo esses desejos os legitimadores, em última instância, do surgimento das inovações biotecnológicas no campo da medicina reprodutiva (CORRÊA, 2001, p. 71 *apud* ELER, 2015, p. 101).

No ano de 1994, foi realizada no Cairo, capital do Egito, a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (ICPD/CIPD), envolvendo representantes de mais de 180 governos e 1.254 organizações não-governamentais. Nesse ínterim, foi aprovado por 179 governos, incluindo o Brasil, o Programa de Ação (*Programme of Action*), primeiro acordo internacional sobre populações e desenvolvimento cujo elemento central era a saúde reprodutiva e sexual e os direitos da mulher (INTERNATIONAL WOMEN'S HEALTH COALITION, online). Logo,

A Conferência Internacional da ONU sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, em 1994, conferiu papel primordial à saúde e aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos, ultrapassando os objetivos puramente demográficos, focalizando-se no desenvolvimento do ser humano. (BRASIL, Ministério de Saúde, 2005, p. 6)

No referido acordo, entendeu-se saúde reprodutiva como sendo o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não mera ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspectos relativos ao sistema reprodutivo e suas funções e processos.

Vale destacar que tal entendimento foi adotado pela Organização Mundial da Saúde (*World Health Organization*) e corroborado pela Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim no ano de 1995.

Importante compreender o reflexo dessas Conferências na estrutura dos direitos reprodutivos e sua compreensão, pois

Nessas Conferências [de Cairo e de Pequim], os governos de vários países, entre os quais se inclui o Brasil, assumiram o compromisso de basear nos direitos sexuais e nos direitos reprodutivos todas as políticas e os programas nacionais dedicados à população e ao desenvolvimento, inclusive os programas de planejamento familiar. (BRASIL, Ministério de Saúde, 2005, p. 6)

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e os acordos internacionais citados, a saúde reprodutiva significa possibilitar que as pessoas tenham uma vida sexual segura e satisfatória, com a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo, devendo ter acesso aos métodos de planejamento familiar e de regulação de fecundidade, que obviamente não contrariem a lei, bem como o direito ao acesso a serviços apropriados de saúde para que as mulheres passem com segurança pela gestação e pelo parto (ELER, 2015, p. 103).

Para tanto, deve-se valer da assistência à saúde reprodutiva, que se trata do conjunto de métodos, técnicas e serviços que contribuam para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo problemas de saúde reprodutiva (ELER, 2015, p. 103).

De forma bastante específica, o Programa de Ação de Cairo, em seu tópico 7.3, dispõe que

Os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos e em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Isso inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência, como expresso nos documentos relativos aos direitos humanos. (ELER, 2015, p. 104)

Considerando todas essas premissas, o Brasil passou a contemplar em sua legislação a possibilidade de filhos advindos das técnicas de Reprodução Humana Assistida, dispondo o Código Civil Brasileiro em seu artigo 1.597 não apenas sobre as possibilidades de filhos gerados por meio das técnicas de reprodução assistida, como também, a respeito dos filhos provenientes de embriões excedentários oriundos de técnicas de RHA, tanto homólogas quanto heterólogas. Assim diz o Diploma Civil

Art. 1.597. Presumem-se concebidos na constância do casamento os filhos:  
 I - nascidos cento e oitenta dias, pelo menos, depois de estabelecida a convivência conjugal;  
 II - nascidos nos trezentos dias subsequentes à dissolução da sociedade conjugal, por morte, separação judicial, nulidade e anulação do casamento;  
 III - **havidos por fecundação artificial homóloga, mesmo que falecido o marido;**  
 IV - **havidos, a qualquer tempo, quando se tratar de embriões excedentários, decorrentes de concepção artificial homóloga;**  
 V - **havidos por inseminação artificial heteróloga, desde que tenha prévia autorização do marido;** (grifo nosso)

Importante ressaltar que atuando neste sentido, o Brasil passou a cuidar do planejamento familiar o entendendo pelo viés da liberdade das famílias quanto as decisões voltadas para sua organização e para sua estrutura de reprodução, muito embora exista em nosso país uma flagrante ausência de leis que cuidem de forma eficiente de questões decorrentes das Técnicas de Reprodução Humana assistida.

### 1.1.1 O Livre Planejamento Familiar

O Planejamento Familiar se trata de um direito fundamental que visa garantir a efetividade e o exercício de inúmeros outros direitos fundamentais, como o direito à vida (da criança e da mãe), o direito à autonomia da vontade e à dignidade humana (GOZZI, 2019, online). Nos termos utilizados por CARDIN (p. 5), “é considerado um ato consciente de escolher entre ter ou não filhos de acordo com seus planos e expectativas”.

A Constituição Federal brasileira, em seu Capítulo VI – Da Família, da Criança, do Adolescente, do Jovem e do Idoso, artigo 226, § 7º, dispôs o seguinte acerca do planejamento familiar:

Art. 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado.  
 [...]

§ 7º Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas. (BRASIL, Ministério de Saúde. 2005, págs. 6 e 7)

O § 7º, do art. 226, da CFRB/88, foi regulamentado pela Lei nº 9.263/96, a qual conceitua planejamento familiar como sendo “o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal” (artigo 2º).

A Lei do Planejamento Familiar previu como uma das formas de materializar o princípio em comento a utilização das técnicas de Reprodução Humana Assistida, veja-se:

Art. 9º Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção.

Parágrafo único. A prescrição a que se refere o caput só poderá ocorrer mediante avaliação e acompanhamento clínico e com informação sobre os seus riscos, vantagens, desvantagens e eficácia.

Há, ainda, disposição acerca do tema no artigo 1.565, §2º, do Código Civil:

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

[...]

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

O Programa de Ação do Cairo, já mencionado, também discorre acerca do planejamento familiar, no sentido de que todos os casais e indivíduos devem ser possibilitados de decidir livremente e com responsabilidade o número, o local e o momento de terem filhos, fazendo um destaque para o princípio da escolha livre e informada. Ainda, o acordo firmou os objetivos acerca do planejamento familiar, merecendo destaque o seguinte:

Ajudar casais e indivíduos a conhecer seus objetivos reprodutivos em uma estrutura que promova ótima saúde, responsabilidade e bem-estar familiar, bem como respeite a dignidade das pessoas e seus direitos de escolher o número, o espaço e o momento de dar a luz às suas crianças. (UNITED NATION, 1994, p. 66, tradução livre)

Vale destacar, ainda, que ficou estabelecido no item 96, do acordo firmado entre os países que participaram da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, também já comentada, que:

As relações igualitárias entre a mulher e o homem, a respeito das relações sexuais e da reprodução, incluindo o pleno respeito a integridade pessoal, exigem o consentimento recíproco e a vontade de assumir conjuntamente a responsabilidade e as consequências do comportamento sexual. (CARDIN, p.6)

Pois bem. Para GOZZI (2019, online), para que o exercício do direito ao livre planejamento familiar seja pleno, este deve ser garantido desde a concepção do nascituro, com a garantia de acesso ao acompanhamento adequado da gestação e da formação do feto, pré-natal de qualidade e todos os demais cuidados médicos devidos à gestante e à criança, até o nascimento e crescimento desta, com acompanhamento pediátrico, acesso à imunização adequada, educação e moradia de qualidade, dentre todos os demais direitos previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/90).

Nesse contexto, resta evidente que qualquer cidadão pode recorrer às técnicas de fertilização para concretizar um projeto de parentalidade (CARDIN; WINCKLER, p. 2), especialmente porque

Todos os indivíduos têm direito fundamental à saúde sexual e reprodutiva, devendo o Estado tratar os distúrbios de função reprodutora como problema de saúde pública, garantindo acesso a tratamento de esterilidade e reprodução assistida, bem como zelar para que os cidadãos tenham amplo e livre discernimento acerca da decisão a respeito da família que pretendem formar. (GOZZI, 2019, online)

Sobre este tema, é válido destacar o posicionamento de BARBOZA; MORAES; TEPEDINO; SOTO; LEWICKI; NEVARES; MULHOLHAND e SCHREIBER (2014, p. 197) no sentido de ser indispensável examinar eventuais conflitos à luz do direito ao planejamento familiar, de modo a não se atribuir paternidade a quem se sabe não a autorizar, sob pena de afronta à autonomia reprodutiva. Para se comprovar a autorização, deve-se fazer uso do termo de consentimento esclarecido exigido pela Resolução nº 2.168/2017.

Se por um lado mostra-se importante o respeito do Estado à liberdade de cada cidadão para decidir acerca de sua formação familiar – aqui considerada a liberdade de escolha, inclusive, quanto a técnica de reprodução eleita pelos membros da família –, é importante que esse mesmo Estado crie leis que cuidem de questões importantes que decorrem da utilização das técnicas de reprodução. Dentre essas possíveis questões, pode-se elucidar como uma das mais importantes a questão dos embriões excedentários que permanecem congelados por opção do casal ou da pessoa, e ali permanecem até o momento em que os “donos” deixam de nutrir interesse pelo mesmo e desejam abrir mão desse embrião.

A partir dessas considerações, cuidaremos no capítulo seguinte de apresentar a discussão a respeito do descarte dos embriões excedentários e toda a polêmica que cerca essa temática, que pode se tornar ainda mais intensa quando se passa a falar na possibilidade de adoção desses embriões, o que também será discutido posteriormente, no último capítulo desse trabalho.

## 2 O PROBLEMA DOS EMBRIÕES EXCEDENTES E A RESOLUÇÃO N° 2.168/17 DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM)

A Corte Interamericana de Direitos Humanos, no julgamento do caso Artavia Murillo e outros (“Fecundação *in vitro*”) vs. Costa Rica (2012), explicou que a FIV

É um procedimento no qual os óvulos de uma mulher são removidos de seus ovários, e são então fertilizados com o esperma em um procedimento de laboratório. Uma vez incluído isso, o óvulo fertilizado (embrião) é devolvido ao útero da mulher (CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS, 2012, pág.21).

Em outras palavras, no referido procedimento, a fertilização ocorre em laboratório, fora do corpo da mulher. Por este motivo, é possível ter controle do número dos embriões gerados e optar por quais serão implantados no útero da paciente. “Aqueles [embriões] que não são implantados são chamados de embriões excedentários ou supranumerários e são criopreservados, com a finalidade de serem implantados numa futura tentativa de gravidez” (PEREIRA; PACIFICO, 2010, p. 4).

Os embriões criopreservados, denominados *excedentários* pelo Código Civil de 2002, em seu artigo 1.597, inciso IV, ou simplesmente *excedentes*, vêm aumentando de número gradativamente desde o início dos procedimentos.

Segundo o 12º Relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões (SISEMBRIO), no ano de 2018, foram congelados 88.776 embriões, com maior concentração nas clínicas de Reprodução Assistida situadas no Sudeste (65%) (BRASIL, 2019, p.3).

O referido relatório revelou, ainda, o crescente número de embriões congelados no país. A fim de exemplificar esta situação, vale trazer alguns dados coletados pela Anvisa. No ano de 2012 foram congelados 32.181 embriões, já em 2017 houve um significativo aumento para 78.216 e, por fim, em 2018 atingiu-se o patamar de 88.776 embriões criopreservados (BRASIL, 2019, p. 4), demonstrando a tendência ao aumento do congelamento.

Diante deste cenário, é forçoso trazer à baila o regime brasileiro regulador da matéria, haja vista inexistir legislação específica: as resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM).

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268 de 1957, regulamenta as normas éticas para a utilização das técnicas de Reprodução Humana Assistida. A primeira resolução do CFM sobre o tema surgiu em 1992, a Resolução nº 1.358, sendo a mais recente a Resolução nº 2.168/2017.

As Resoluções nº 1.358/1992 e nº 1.957/2010 versavam a respeito da criopreservação de gametas e pré-embriões de maneira rasa e simplória. Determinavam que o número total de pré-embriões produzidos em laboratório deveria ser comunicado aos pacientes para que decidissem a quantidade de embriões que seriam transferidos a fresco, devendo o restante ser criopreservado, sendo vedada a destruição e o descarte (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1992, p. 4) (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010, online).

Revogando o juízo de 2010, a Resolução nº 2013/2013 acrescentou ao rol de criopreservação, além de óvulos, espermatozoides e pré-embriões, os tecidos gonádicos (ovarianos e testiculares) (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2013, p. 6). Segundo Oliveira: "Essa tecnologia [tecidos gonádicos] permite a recuperação de espermatozoides e óvulos existentes de material de doadores adultos" (2015, p. 109-110).

Na referida resolução, especificou-se, ainda, que os embriões excedentes deverão ser criopreservados apenas quando forem viáveis (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2013, p. 6). E, além disso, acrescentaram-se novas possibilidades de destino a serem concedidos aos embriões excedentes em caso de divórcio, doença grave e falecimento de um ou de ambos os pacientes, como a doação embrionária e o descarte de embriões criopreservados por mais de 5 (cinco) anos, ambos conforme prévio consentimento expresso dos clientes (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2013, p. 6).

A Resolução nº 2.121/2015 explicou mais claramente sobre a utilização dos embriões excedentes em pesquisas de células-tronco, dita primeiramente na resolução supracitada, determinando que não será obrigatória (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2015, p.

6). Em esclarecimento: os embriões excedentes, em outras palavras, aqueles de boa qualidade e que não foram transferidos para o útero da paciente, teriam a possibilidade de a) permanecer criopreservados para futura implantação; b) serem descartados, caso fosse de interesse expresso dos clientes; ou c) poderiam ser destinados às pesquisas com células-tronco (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2015, p. 6).

Em ambas as resoluções que passaram a tratar a respeito das possíveis destinações dos embriões, a saber, as de 2013 e de 2015, o descarte é condicionado à vontade expressa dos pacientes. Importante ressaltar acerca do fato de que há pacientes antigos que desapareceram após o tratamento de fertilização e deixaram seus embriões excedentes criopreservados, sem, contudo, terem assinado o termo de consentimento esclarecido informando qual destinação deveria ser-lhes dado, que, à época, ainda não era exigido.

A Resolução nº 2.168/17, atualmente em vigor, da mesma forma exige que os pacientes manifestem sua vontade, por escrito, quanto ao destino a ser dado aos embriões criopreservados e quando desejarem doá-los (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2017, p. 7). Inovou-se, contudo, quanto a possibilidade de descarte dos embriões congelados e abandonados por três anos ou mais, independentemente de consentimento (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2017, p. 7).

Ocorre que, muito embora a Resolução nº 2.168/2017 do CFM, em seu inciso V, “5”, autorize, naquelas circunstâncias, o descarte mesmo ausente autorização expressa dos pacientes, por carecer a resolução predita de força normativa, as clínicas de RHA têm receio de descartá-los.

Evidente, portanto, o elevadíssimo número de embriões inertes nas clínicas de RHA. À vista disso, há quem possa questionar se o congelamento pode vir a resultar na morte do embrião ou lesão às suas células (*cryodamage*), o que poderia prejudicar seu desenvolvimento. Neste trilhar, esclarecem VLADIMIROV, TACHEVA e DOBRINOV (2018, online) que, atualmente, mais de 95% dos embriões sobrevivem ao processo de criopreservação.

Nesta toada, se atentando a esta realidade, o Conselho Federal de Medicina (CFM) estipulou em sua Resolução nº 2.168/17 as possíveis destinações que podem ser concedidas aos embriões excedentes das técnicas de RHA, caso não sejam utilizados posteriormente para tratamento de fertilidade, quais sejam, doação, descarte e entrega para estudos com células-tronco, nos seguintes termos:

#### IV – DOAÇÃO DE GAMETAS E EMBRIÕES

1. A doação não poderá ter caráter lucrativo ou comercial.
2. Os doadores não devem conhecer a identidade dos receptores e vice-versa.
- [...]
4. Será mantido, obrigatoriamente, sigilo sobre a identidade dos doadores de gametas e embriões, bem como dos receptores. Em situações especiais, informações sobre os doadores, por motivação médica, podem ser fornecidas exclusivamente para médicos, resguardando-se a identidade civil do(a) doador(a).
5. As clínicas, centros ou serviços onde são feitas as doações devem manter, de forma permanente, um registro com dados clínicos de caráter geral, características fenotípicas e uma amostra de material celular dos doadores, de acordo com a legislação vigente.
6. Na região de localização da unidade, o registro dos nascimentos evitará que um(a) doador(a) tenha produzido mais de duas gestações de crianças de sexos diferentes em uma área de um milhão de habitantes. Um(a) mesmo(a) doador(a) poderá contribuir com quantas gestações forem desejadas, desde que em uma mesma família receptora. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2017, p. 5 e 6, grifo nosso)

#### V – CRIOPRESERVAÇÃO DE GAMETAS OU EMBRIÕES [...]

3. No momento da criopreservação, os **pacientes devem manifestar sua vontade**, por escrito, **quanto ao destino a ser dado aos embriões criopreservados** em caso de divórcio ou dissolução de união estável, doenças graves ou falecimento de um deles ou de ambos, **e quando desejam doá-los**. (grifo nosso)
4. **Os embriões criopreservados com três anos ou mais poderão ser descartados** se esta for a vontade expressa dos pacientes. [...]
5. **Os embriões criopreservados e abandonados por três anos ou mais poderão ser descartados**. (grifo nosso)

Parágrafo único: Embrião abandonado é aquele em que os responsáveis descumpriram o contrato pré-estabelecido e não foram localizados pela clínica. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2017, p. 7, grifo nosso)

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

1. As técnicas de RA podem ser aplicadas à seleção de embriões submetidos a diagnósticos de alterações genéticas causadoras de doenças – **podendo nesses casos ser dados para pesquisa ou descartados**, conforme a decisão do(s) paciente(s) devidamente documentada em consentimento informado livre e esclarecido específico. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2017, p.7, grifo nosso)

Como visto, hoje é possível que os embriões excedentes sejam implantados posteriormente, descartados, enviados para pesquisas com células-tronco ou doados para outros pacientes.

Há, porém, questões que podem ser suscitadas acerca de cada uma dessas destinações, com exceção da utilização posterior pelos detentores do material genético, a depender da corrente adotada acerca do início da vida humana, as quais serão apresentadas a seguir.

## 2.1 TEORIAS SOBRE O INÍCIO DA VIDA HUMANA

O direito à vida, constitucionalmente garantindo a todos os indivíduos que se encontrem submetidos ao ordenamento jurídico brasileiro, sem qualquer tipo de distinção, tem sido objeto de várias indagações interdisciplinares, em razão dos avanços tecnológicos, procurando destacar as relações das várias possibilidades de sua manipulação e as questões de ordem moral, social e jurídica (FABRIZ, 2003, p. 266-273).

Mais precisamente, o questionamento sobre o momento em que se inicia a vida humana tem sido debatido em todo o mundo ao longo da história. Apesar de várias conclusões terem surgido a respeito de tal incerteza, estas variam de acordo com o contexto social, a moral religiosa ou novos conhecimentos acerca do processo de desenvolvimento embrionário descobertos com o passar do tempo.

### 2.1.1 Pontos de vista religioso, cultural, ético e filosófico

A respeito do ponto de vista religioso, BARRETTO e LAUXEN (2017, p. 5-6) explicam que para a maioria das religiões, como Catolicismo Romano, Espiritismo, Budismo Tibetano, Zen-Budismo, Islamismo, Judaísmo, Testemunhas de Jeová, Candomblé e Umbanda, a vida se inicia com a concepção.

Em outra mão, os referidos autores citam exemplos que destoam desta posição, como a Ciência Cristã, que defende inexistir um início da vida, uma vez que esta é eterna e inicia em Deus; o Luteranismo, que embora aceite a posição majoritária (concepcionista),

consideram fundamental que ocorra a nidação do embrião no útero materno; os ciganos e os indígenas Kaingang e Guarari, que entendem como marco inicial da vida o momento em que a gestação é percebida; e os Santos dos Últimos Dias, que acreditam que o espírito entra no corpo na hora do nascimento, formando a alma da pessoa pela união entre espírito e alma (BARRETTO; LAUXEN. 2017, p. 5-6).

Já sob o ponto de vista ético-filosófico, tem-se uma bipartição na ética filosófica contemporânea entre os modelos vitalista e cultural. Enquanto para aquele, para considerar-se ser humano, basta que o ser possua o genoma humano, ou seja, o conjunto de genes do ser humano (seu “código genético”), para este, exige-se uma possível manifestação, atual ou futura, de consciência moral e racionalidade, caracterizadas pela autonomia (BARRETTO; LAUXEN. 2017, p. 6).

### **2.1.2 Ponto de vista biológico**

Diante da incerteza supradita, surgiram diversas correntes, do ponto de vista biológico, a respeito do marco inicial da vida humana, sendo as principais as visões metabólica, genética e neurológica. Vale destacar, porém, que existem correntes minoritárias, como a embriológica e a ecológica.

A corrente metabólica defende que não existe um único momento de início da vida. Tanto o espermatozóide quanto o óvulo são organismos vivos pois carregam material genético específico e, por isso, se igualariam a qualquer outro ser vivo.

Nesse sentido, discorre KUHSE (1988, p. 334-343) que a linha divisória entre um zigoto e um embrião são construções artificiais de biólogos e médicos a fim de melhor categorizar o desenvolvimento para fins acadêmicos. Vale explicar que o zigoto é a primeira célula de um novo indivíduo.

A visão genética entende que o surgimento de um indivíduo geneticamente singular é o momento em que a vida começa. Este evento é frequentemente descrito como ocorrendo

durante o processo de fertilização, portanto, incumbiria a ele o marco do início da vida humana.

A fecundação ocorre quando há a fusão entre o espermatozoide e o óvulo. Nesse momento de desenvolvimento, os genes originados de duas fontes se combinam para formar o DNA de um único indivíduo com um conjunto diferente e único de genes, individualizado na espécie humana (RIBEIRO; PINHEIRO, 2017, p. 147).

No entanto, pesquisas como a *Influence of individual sperm morphology on fertilization, embryo morphology, and pregnancy outcome of intracytoplasmic sperm injection* (2003) mostraram que não há nenhum "momento específico de fertilização", mas sim um processo que ocorre durante um período de 12 a 24 horas.

Na opinião de ELER (2015, p. 76), "a afirmação de que o ser humano constitui-se desde o início do processo de fecundação tem como consequência imediata que o ser humano desde o zigoto ao adulto é um ser dotado de dignidade".

Um dos argumentos mais fortes contrários à corrente genética é o chamado "argumento da irmanação" (*Twining argument*), o qual entende que apesar de o zigoto ser *sui generis*, é possível que ele se divida originando dois ou mais embriões em até 15 dias após a fecundação, conforme destaca GILBERT (2003). Por esse motivo, enquanto houver potencial para que a irmanação ocorra, o zigoto não completou seu processo de individualização.

Por fim, a teoria neurológica defende que para que haja vida humana, deverá ser efetiva a atividade do sistema nervoso central do feto ligado à sua possibilidade de consciência. A formação dessas conexões neurais ocorre durante o terceiro trimestre da gestação humana, quando a esmagadora maioria das vias neurais no córtex cerebral são estabelecidas (MOROWITZ; TREFIL, 1992).

O problema é que esse período não é consensual. Como salienta SANCHES (p. 9, 2014), alguns cientistas dizem haver sinais cerebrais na 8ª semana, com um circuito básico de três neurônios, outros apontam para a 20ª semana, quando o tálamo está devidamente formado.

De qualquer modo, os adeptos desta teoria fazem uso da questão da morte encefálica como argumento a seu favor, afirmando que, segundo o art. 3º da Lei nº 9434 /97, "a retirada *post mortem* de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinados a transplante ou tratamento deverá ser precedida de diagnóstico de morte encefálica [...]".

Sob esta via, se a vida e a morte são baseadas no mesmo padrão de medição, então o começo da vida humana deve ser reconhecido como o tempo em que o feto adquire um padrão de atividade cerebral reconhecível, a qual ocorre entre aproximadamente 24 a 27 semanas após a concepção do feto. MOROWITZ e TREFIL (1992) aludem, nesse sentido, que seria somente a partir deste ponto do desenvolvimento em diante que o feto se tornaria capaz do tipo de atividade mental associada à humanidade.

### **2.1.3 Ponto de vista jurídico**

No sistema jurídico brasileiro também não há consenso sobre o surgimento da vida humana e do início da personalidade jurídica.

O Código Civil de 2002 trata da personalidade jurídica, que é a aptidão para um indivíduo ser titular de direitos e deveres, ou seja, ser sujeito de uma relação jurídica, nos seguintes termos: "art. 2º. A personalidade civil da pessoa começa do nascimento com vida; mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro".

O artigo antes citado abrange duas teorias principais sobre o início da personalidade jurídica, a saber, a Teoria Conceptionista e a Teoria Natalista.

Conforme conceitua NÁUFEL (p. 205, 1984), nascituro é o "ser humano já concebido, em estado de feto, [...] cujo nascimento se espera como fato futuro certo". Para os adeptos da Teoria Conceptionista, como Flávio Tartuce, Rodolfo Pamplona e Maria Helena Diniz, o nascituro detém personalidade jurídica desde a concepção, portanto, tem tutela legal de seus direitos.

Nesse íterim, sobre o tema do exposto artigo, discorreu a Suprema Corte no julgamento da ADI nº 3.510, consoante com a exposta teoria, no sentido de que o embrião referido na Lei de Biossegurança ("*in vitro*" apenas) não tem factibilidade como projeto de vida autônoma, portanto, o Direito infraconstitucional protege cada etapa do desenvolvimento biológico do ser humano, desde a concepção até o nascimento.

À vista disso, aclara o Supremo Tribunal Federal sobre a questão embrionária da seguinte forma: "O embrião pré-implanto é um bem a ser protegido, mas não uma pessoa no sentido biográfico a que se refere a Constituição" (STF, ADI 3.510, 2008). Isto é, embora o conceito deva ter o benefício de gozar da personalidade jurídica de forma análoga a um ser humano já partejado, de fato, ainda não se trata de uma "*pessoa*", no sentido constitucional da palavra.

A respeito da Teoria Concepcionista, vale salientar que o Brasil internalizou, através do Decreto 678/1992, a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica), o qual dispõe, em seu artigo 4º, 1, que o direito à vida humana deve ser protegido desde a concepção. Veja-se como dispõe o referido tratado internacional:

Artigo 4º - Direito à vida

1. Toda pessoa tem o direito de que se respeite sua vida. Esse direito deve ser protegido pela lei e, em geral, desde o momento da concepção. Ninguém pode ser privado da vida arbitrariamente. (Corte Interamericana de Direitos Humanos. Convenção Americana sobre Direitos Humanos, 1969, online)

A Teoria Natalista, por sua vez, é uma interpretação literal e simplificada da lei, e, para tal, a personalidade jurídica começa a partir do nascimento com vida. Nesta ótica, é possível depreender que o nascituro possui apenas um direito *in fieri*, ou seja, uma expectativa de direito.

Informam JÚNIOR e FERREIRA (2015, p. 259) que o Ministro Carlos Ayres, na votação da ADI 3.510, negou a condição de vida a fecundação, dizendo que o embrião seria mero material biológico, uma vez que o mesmo não pode manifestar suas vontades.

Sob este ângulo, TARTUCE (2007, p. 8) argui, em contraponto à exposta teoria, que esta se distancia da realidade atual, no que tange ao surgimento das novas técnicas de

reprodução assistida e da proteção dos direitos do embrião, pois, do ponto de vista prático, não concede ao nascituro direitos de cunho fundamental relacionados à personalidade, como vida, investigação de paternidade, alimentos, nome e imagem.

Em decorrência deste desatualizado discurso, essa corrente doutrinária se apresenta como minoritária, apesar de autores como Sílvio Venosa a apoiarem.

Vale destacar, ainda, que na ótica jurisprudencial também subsistem divergências.

[...] o debate acerca do marco inicial da vida humana envolveu divergentes entendimentos acerca do tema na *Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 3.510*, que teve como objeto o artigo 5º da Lei de Biossegurança, que autoriza a utilização de células-tronco embrionárias obtidas de embriões humanos excedentários produzidos por fertilização *in vitro*. Porém, as relevantes discussões não resultaram em uma definição com relação ao início da vida pelo Supremo Tribunal Federal. Por seu turno, o Superior Tribunal de Justiça, no julgamento do *Recurso Especial nº 1.415.727 – SC*, ao tratar de acidente automobilístico que resultou em óbito fetal, conferiu a condição de pessoa ao nascituro. (BARRETTO; LAUXEN. 2017, p. 6).

## 2.2 PROBLEMÁTICA ENVOLVENDO O DESCARTE E A DOAÇÃO DE EMBRIÕES PARA ESTUDOS COM CÉLULAS-TRONCO

Conforme informado, há diversas questões com relação às destinações possibilitadas pela Resolução nº 2.168/17 do CFM, especialmente no que se refere ao descarte e à doação para pesquisas com células-tronco.

O descarte, que se trata nada mais nada menos do que jogar fora o embrião, tornando-o lixo biológico, é autorizado pela resolução mencionada sob duas hipóteses: i) a partir de três anos de congelamento, caso esta seja a vontade manifesta dos pacientes; ou ii) quando os embriões criopreservados houverem sido abandonados por três anos ou mais, sem necessidade de aprovação do casal.

Por sua vez, a utilização dos embriões em pesquisas científicas, também permitida pela referida resolução, bem como pela Lei de Biossegurança (Lei nº 11.105/2005), se trata da extração das células-tronco embrionárias, as quais, por serem totipotentes, podem se diferenciar em qualquer tecido, com objetivo de encontrar a cura de inúmeras

enfermidades e gerar benefício a uma quantidade imensurável de doentes (GOMES, 2007, p. 79 *apud* SALLES, 2014, p. 101).

Por óbvio, como bem observou ELER (2015, p. 95), se levarmos em consideração o caráter altruístico do encaminhamento dos embriões excedentes para pesquisas científicas com células-tronco, esta aparenta ser a destinação mais nobre para os embriões excedentes, se contraposta ao descarte.

No entanto, partindo do pressuposto de que majoritariamente entende-se que a vida se inicia no momento da concepção, portanto, da junção dos gametas (óvulo e espermatozoide), os embriões criopreservados já são considerados seres vivos, muito embora seu desenvolvimento dependa de força externa, ou seja, da implantação dos mesmos no útero da gestante. Em outras palavras, “o embrião é aquilo que se poderia chamar de uma pessoa potencial, pelo menos a partir do momento em que se tornou um indivíduo verdadeiro, ou seja, a partir da aparição da linha primitiva [zigoto]” (BARRETTO; LAUXEN. 2017, p.8).

Desse modo, tanto o descarte quanto a doação para pesquisas com células-tronco embrionárias, que levam à destruição do embrião, ceifam a vida ali existente (HELENA, 2005, p. 2) e, como consequência, afrontam ao disposto no artigo 4º, 1, do Pacto de São José da Costa Rica (Convenção Americana sobre Direitos Humanos), “erigido à categoria de norma materialmente constitucional pela EC nº 45/2004” (SALLES, 2014, p. 113), e no artigo 5º, *caput*, da Magna Carta, dispositivos estes que garantem a vida como direito inviolável.

Por tudo dito, a doação de embriões para outros pacientes, ou, em outras palavras, a adoção destes embriões, parece ser a alternativa mais coerente com os direitos fundamentais protegidos constitucionalmente, especialmente o direito à vida e o princípio da dignidade humana, vez que nesta destinação os embriões excedentes deixam de figurar como mero objeto e passam a ser considerados como seres com vida.

Em outros termos, a adoção embrionária, se contraposta ao descarte ou à sua disponibilização para pesquisas científicas, acarreta o menor número de problemas

éticos quando realizados em favor de um (a) paciente estéril, justamente por salvaguardar a vida do embrião (FERNÁNDEZ, 1995, p. 158-159 *apud* MADALENO, 2017, p. 674).

Tal proposta, nas palavras de PEREIRA e PACIFICO (2012, p. 3), se mostra respeitável jurídica, ética e politicamente, principalmente “para prestar continuidade ao desenvolvimento uterino, nascimento e constituição de estado de filiação aos embriões excedentários” (NASCIMENTO, 2011 *apud* SALLES, 2014, p. 142).

### 3 ADOÇÃO EMBRIONÁRIA E SUA POSSIBILIDADE LEGAL

As técnicas reprodutivas constituem a viabilização de um direito constitucionalmente garantido: o planejamento familiar, de livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana (CF/88, art. 226, §7º). A doação embrionária para a finalidade de procriação humana, na opinião de MADALENO (2017, p. 675), proporciona uma oportunidade aos pais impedidos de ter filhos naturais.

Portanto, o estabelecimento das técnicas de reprodução assistida, incluindo a adoção embrionária, está intrinsecamente ligado ao desejo de ter filhos, de construir uma família e de reproduzir, desejos estes legitimadores do surgimento das inovações biotecnológicas no campo da medicina reprodutiva (CORRÊA, 2001, p. 71 *apud* ELER, 2015, p. 101).

A adoção de embriões, regulamentada pela Resolução nº 2.168/17 do Conselho Federal de Medicina, tem por objetivo possibilitar a gravidez a pacientes que tenham infertilidade decorrente de fatores femininos ou masculinos, bem como a casais homossexuais e pessoas solteiras, por meio de procedimento em que os pacientes inférteis utilizam embriões doados de outro casal na realização de tratamento de reprodução humana assistida.

Desse modo, “embriões que não mais integram o projeto parental de seus genitores, podem ser acolhidos por pessoas que queiram lhes promover gestação, nascimento, família e dignidade” (NASCIMENTO, 2011, p. 5), garantindo-lhes todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, assegurando-lhes todas as oportunidades e facilidades, a fim de facultar o desenvolvimento físico, moral, mental, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (CARDOZO, 2017, p. 132).

Em outras palavras, a adoção embrionária caracteriza uma oportunidade aos pais impedidos de ter filhos naturais, pois podem ser beneficiados pela doação do embrião criopreservado (MADALENO, 2017, p. 675).

Nesta linha, a adoção embrionária se aproxima radicalmente ao modelo “biológico-natural” da reprodução, haja vista a possibilidade de os adotantes participarem de todas as etapas da gravidez e poderem escolher um embrião com carga genética que leve a características fenotípicas semelhante à sua (RAMÍREZ-GÁLVEZ, 2012 *apud* ELER, 2015, p. 98)

Vale comentar que a participação no processo gestacional tende a criar um laço ainda mais forte entre os adotantes e a criança nascida, haja vista ser durante a primeira infância, período compreendido entre o nascimento e os seis anos de idade, que os vínculos afetivos se fortalecem, já que a criança possui a tendência natural a buscar vincular-se afetivamente a um cuidador (Comitê Científico Núcleo Ciência pela Infância, 2016).

A Associação Americana de Medicina Reprodutiva – ASRM (2016, p. 56-57) critica o termo “adoção” para descrever o processo de receptação de embriões doados por pacientes inférteis, sob o argumento de que este vocábulo imputaria uma conceptualização errônea do embrião como um indivíduo dotado de personalidade jurídica, o que poderia acarretar em uma série de procedimentos legais associados à adoção de crianças nascidas, o que, na opinião da Comissão de Ética da sociedade, seria inapropriado, vez que injustamente sobrecarregaria os receptores.

Assim, na acepção da ASRM, embora embriões tenham uma especial significância se comparado a gametas em razão do seu potencial de se tornar pessoas, não lhes deve ser imputado o mesmo *status*.

SEMIÃO (2012, p.228-229 *apud* MADALENO, 2017, p. 675), por outro lado, faz uma analogia entre a doação embrionária e a adoção tradicional, sustentando que aquela seria semelhante à adoção à brasileira, em que se registra o filho de outro em nome próprio.

Desse modo, sob a ótica do autor supra, o ideal seria aplicar a terminologia “adoção” aos embriões congelados ao invés de utilizar a nomenclatura “doação”, “pois o embrião extracorpóreo é um ser humano e, portanto, será sempre sujeito de direitos

e não objeto de relação jurídica” (ELER, 2015, p. 98). Pretende-se, portanto, afastar a “coisificação” do embrião (CARDIN; WINCKLER, p. 24).

Nesta mesma lógica, LAMADRID (1990 *apud* MADALENO, 2017, p. 676) sustenta que a doação de embriões excedentes deve ser comparada ao instituto da adoção, notadamente porque no gesto de acolher os embriões doados, que, ao contrário, seriam descartados ou disponibilizados para pesquisas científicas, materializa as expectativas de amor e proteção deste novo ser, desejado por indivíduos estéreis. Nas palavras do doutrinador, “embora existam crianças salvas do aborto, muitas delas não foram salvas do abandono afetivo” (LAMADRID *apud* MADALENO, 2017, p. 676).

Inclusive, um estudo realizado por Sonja Goedeke, PhD pela Universidade de Tecnologia de Auckland, Nova Zelândia, e colegas, relatou que ambos os doadores e os receptores se utilizaram da metáfora de adoção para descrever as implicações a longo prazo de ter um filho genético criado por outra família (GOEDEKE; DANIELS; THORPE; DU PREEZ, 2015, online). Leia-se alguns relatos:

Brenda (doadora): Não há diferença entre a doação de embriões e uma adoção normal. (GOEDEKE, DANIELS, THORPE e DU PREEZ, 2015, online, tradução livre)

Neil (receptor): Enquanto todos chamam isso de doação embrionária, nós chamamos de adoção embrionária. Nós adotamos uma pequena vida, ou vamos adotar. (GOEDEKE, DANIELS, THORPE e DU PREEZ, 2015, online, tradução livre)

Tanya (receptora): Nós estaríamos gerando isso. Apenas um bebê muito pequeno, uma adoção precoce. (GOEDEKE, DANIELS, THORPE e DU PREEZ, 2015, online, tradução livre)

Em entendimento gritantemente diverso daquele defendido pela Associação Americana de Medicina Reprodutiva, LOYARTE e ROTONDA (1995, p. 407 *apud* MADALENO, 2017, p. 676) sugerem a formalização da adoção pré-natal a fim de impedir futura ação de impugnação de paternidade/maternidade, muito embora tal recomendação seja dispensável em razão da exigência de autorização expressa dos genitores donatários através do termo de consentimento livre e esclarecido (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2017, p. 3)

Independentemente da nomenclatura utilizada (doação ou adoção), o que se pode afirmar com certeza é que diversos países afora já vêm consagrando a adoção embrionária como uma alternativa ética à destinação dos embriões excedentes.

Na Europa Ocidental, temos como exemplo de países que regulamentaram a doação embrionária a França, por meio do Código de Saúde Pública (Lei nº 654/1994, modificada pela Lei 800/2004); Portugal, através da Lei nº 32/2006, que impõe como requisitos para tal a inutilização dos embriões pelos pais biológicos após três anos de criopreservação e o consentimento dos mesmos; e Espanha, pela Lei nº 14/2006, que dispõe acerca da adoção de embriões deferindo-lhe natureza de ato contratual passível de arrependimento, possível de ser realizada por pessoas maiores de 18 anos de idade com saúde mental e física adequada e devendo ser gratuita e altruísta (NASCIMENTO, 2011 *apud* SALLES, 2014, p. 142).

Nesse diapasão, vale destacar que o Comitê Consultivo Nacional de Ética (CCNE) da França (*Comité Consultatif National d'Étique*), no ano de 1989, publicou a *avis* nº 18, a qual dispôs acerca da situação dos estudos realizados pelo CCNE sobre a doação de gametas e embriões, em que se concluiu ser legítima a doação de embriões para atender a demanda de casais inférteis, contanto que preservado o interesse do feto (COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTIQUE, 1989, p. 3).

Na Inglaterra, o Parlamento do Reino Unido prolatou a Lei de Fertilização Humana e Embriologia de 1990 (*Human Fertilisation and Embryology Act* – HFE), o qual criou a Autoridade de Fertilização Humana e Embriologia (*Human Fertilisation and Embryology Authority* – HFEA), órgão responsável pela pesquisa com embriões humanos, pelo monitoramento e licenciamento de clínicas de fertilização, pelo aconselhamento e oferecimento de informações às pessoas que procuram tratamento e àquelas doadoras de gametas ou embriões e por dispor acerca do código de prática e procedimento de aprovação que envolvem embriões humanos (INGLATERRA, 1990), dentre outras particularidades. Cabe ressaltar que a Lei inglesa de 1990 prevê o tempo máximo de 5 anos de criopreservação de embriões.

A Lei dos Embriões holandesa (*Embryo Wet*) dispõe em seu artigo 8, 1, a, a respeito da alternativa de disponibilização dos embriões excedentes em benefício da gravidez

de outra pessoa, devendo ser realizada por escrito e de forma gratuita, podendo cada uma das pessoas envolvidas, na medida em que os embriões ainda não tiverem sido utilizados, revogar a disposição a qualquer momento, sem fundamentar.

Acerca dos países europeus, impõe-se destacar, a título de observação, que a Lei italiana n° 40/2004 e a Lei de Proteção do Embrião alemã (*Embryonenschutzgesetz – EschG*), significativamente restritivas, não permitem a criopreservação de embriões nem a adoção de embriões. Além destes, a Dinamarca, embora admita a criopreservação, proíbe a doação embrionária (LEITE; HENRIQUES, 2014, p. 39).

Vale levantar, ainda, o Decreto n° 27.010/2013, do Ministério da Saúde da Rússia, que permite a doação de embriões desde que haja consentimento mútuo e o recebimento, pelos receptores, de informações sobre dados externos dos doadores, como os resultados do exame médico e genético dos doadores, sua raça e sua nacionalidade. Esta legislação indica a adoção embrionária nas hipóteses de falta de parceiros, alto risco de doenças hereditárias e recebimento repetido de embriões de baixa qualidade, cuja transferência não leva ao início da gravidez (com três ou mais tentativas de fertilização *in vitro*).

Outro país que possui legislação específica favorável à adoção embrionária que merece ser citado é a África do Sul (LEITE; HENRIQUES, 2014, p. 39).

Na América Latina, é possível destacar como leis existentes e vigentes acerca dos procedimentos e técnicas de Reprodução Humana Assistida, incluindo a doação embrionária, a Lei argentina n° 26.862/13 e a Lei uruguaia n° 19.167/13. Há, no entanto, projetos de lei latino-americanos esperando para serem aprovados, como, por exemplo, os projetos de lei brasileiros n°s 1184/2003 e 115/2015 e o projeto de lei peruano n° 3913/2018.

Deve-se levar em conta, também, que a China e a Índia, países emergentes assim como o Brasil que também não possuem legislação específica sobre as técnicas de RHA, admitem a doação embrionária para qualquer tipo de procedimento de Reprodução Humana Assistida (LEITE; HENRIQUES, 2014, p. 37).

Supreendentemente, países como Estados Unidos e Austrália, embora façam uso das técnicas de RHA, ainda não possuem legislação vigente acerca da doação embrionária, muito embora existam conselhos médicos e éticos que trilham o caminho que deve ser seguido pelos profissionais do âmbito da Reprodução Humana Assistida e as condutas éticas que devem adotadas. Os conselhos australiano e americano se chamam, respectivamente, *National Health and Medical Research Council – NHMRC* e *American Society for Reproductive Medicine – ASRM*, este último já antes mencionado.

A ASRM, juntamente com a *Society for Assisted Reproductive Technology – SART*, publicou o artigo *Recommendations for gamete and embryo donation: a committee opinion* (2013), em que as sociedades apresentaram orientações acerca da doação embrionária, dentre as quais podemos destacar as seguintes:

- a) os doadores devem apresentar seu histórico médico e genético, não podendo ser portadores de HIV nem de outras doenças transmissíveis;
- b) os doadores devem assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, incluindo a renúncia a todos os direitos do doador aos embriões e qualquer criança ou crianças que possam resultar da transferência de tais embriões, bem como o direito de recusar a transferência para um destinatário inadequado;
- c) os doadores não podem receber nenhum tipo de recompensa pelos embriões;
- d) os doadores podem se beneficiar de aconselhamento psicológico para ajudar na decisão de doar, ou não, seus embriões, se aplicando o mesmo aos receptores quanto a decisão de adotá-los;
- e) os receptores terão completa responsabilidade sobre os embriões e qualquer criança ou crianças que possam resultar da transferência embrionária;
- f) os receptores devem liberar os doadores de qualquer responsabilidade por possíveis complicações gestacionais, anomalias congênitas, hereditárias, doenças ou outras complicações da doação de embriões. (American Society for Reproductive Medicine, 2013, p. 58-60, tradução livre)

Evidente, portanto, que a doação de embriões pode surtir custos adicionais, envolvendo aconselhamento e consulta para doadores e receptores, a fim de garantir que os mesmos entendam as possíveis implicações a longo prazo para eles mesmos e suas famílias e para ajudá-los a lidar com os sentimentos que podem advir da doação embrionária, que incluem não só a ausência de arrependimento e a presença de emoções altruístas, alívio e satisfação, mas também a tristeza, culpa e ambivalência (ARMUAND; SYDSJÖ; SVANBERG; LAMPIC, 2019, online).

Na publicação *Ethical guidelines on the use of assisted reproductive technology in clinical practice and research* (2017), a NHMRC recomendou que as clínicas transfiram, em um determinado ciclo, apenas embriões com mesma carga genética, ou seja, com a mesma origem familiar (NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL, 2017, p. 51). Tal disposição coaduna com o disposto no capítulo IV, 6, da Resolução vigente do CFM, o qual permite que um mesmo doador contribua com quantas gestações forem desejadas, desde que em uma mesma família receptora (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2017, p. 6).

Em se tratando de embriões com sabida condição genética, doença ou anormalidade, a clínica não poderá doá-los caso tal situação limite severamente a qualidade de vida da pessoa que será gerada (NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL, 2017, p. 53). Apenas na hipótese em que a deficiência do embrião não acarrete em limitações significativas poderá ser facilitada a doação, contanto que o receptor tenha conhecimento do status do embrião e entenda e aceite as potenciais implicações que acometerão a criança nascida, bem como se submeta a aconselhamento psicológico (NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL, 2017, p. 53).

Além disso, o comitê australiano possibilitou duas formas de doação dos embriões: a conhecida (*known donation*), realizada para pessoa específica, e a desconhecida (*unknown donation*), para qualquer outro indivíduo (NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL, 2017, p. 52). No entanto, o comitê australiano vedou a doação desconhecida direcionada (*unknown directed donation*), ou seja, aquelas em que o doador impõe condições sobre a doação, como restrição da adoção para determinada etnia ou grupo social, pois considerou tal conduta não ética, por se basear em critérios discriminatórios e desiguais (NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL, 2017, p. 41). A restrição que aqui se fala só é autorizada nas doações conhecidas.

Imperioso ressaltar que, conforme a HFEA, os embriões oriundos de doação de óvulo e/ou espermatozoide só poderão ser doados caso o(s) doador(es) do(s) gameta(s) tenha(m) consentido originalmente para tal, e quando a sua doação tenha beneficiado

um máximo de dez famílias (HUMAN FERTILISATION AND EMBRYOLOGY AUTHORITY, 2019, online).

No Brasil, a doação de embriões ocorre dentro das próprias clínicas de Reprodução Humana Assistida (RHA). A paciente que opta por disponibilizar seus embriões para adoção deve assinar um termo de consentimento esclarecido, no qual declara sua vontade de doar gratuita anonimamente os embriões excedentes, conforme determina o capítulo IV, 1 e 2, da Resolução nº 2.168/2017 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2017, p. 6).

É válido enfatizar a obrigatoriedade de sigilo sobre a identidade dos doadores de embriões, bem como dos receptores, só podendo ser fornecidas as informações sobre os doadores em situações especiais, por motivação médica e exclusivamente para médicos, na forma do capítulo IV, 4, da Resolução pre dita (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2017, p. 6).

Celebrado o termo, os embriões permanecem na clínica de RHA e suas características fenotípicas são cadastradas no Banco de Dados, até que um paciente infértil decida pela adoção desses embriões. Nos termos do capítulo IV, 5, da resolução vigente, “as clínicas onde são feitas as doações devem manter, de forma permanente, um registro com os dados clínicos de caráter geral, características fenotípicas e uma amostra de material celular dos doadores” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2017, p. 6).

Com a chegada desse novo paciente, compete à clínica informar ao médico sobre a existência de embriões com características físicas semelhantes à do adotante, obedecendo ao disposto no capítulo IV, 7, da Resolução do CFM, para que o profissional repasse a informação a estes, que têm a alternativa de aceitar, ou não, esses embriões. Caso optem por acolhê-los, dá-se início ao tratamento de fertilidade.

Importante frisar que o que se leva em consideração na certidão de nascimento da criança é o momento do parto. Portanto, independentemente das características genéticas do embrião, consideram-se pais aqueles que deram à luz.

A problemática surge nas hipóteses de cessão de útero (errônea e comumente chamada de “barriga de aluguel”), onde uma terceira mulher gesta o embrião dos pacientes. Nesse caso, a clínica deve informar ao Conselho Regional de Medicina (CRM) sobre o caso, justificando a realização do procedimento de útero de substituição, só podendo o tratamento de fertilidade ter início com a ciência e aceite do CRM.

Sendo autorizado o tratamento, devem os pacientes se dirigir ao Poder Judiciário e informar ao juiz as circunstâncias do caso, ou seja, que embora a cessionária seja a gestante, os pais da criança são os cedentes, requerendo que constem os nomes destes na certidão de nascimento.

Frente ao exposto, é evidente que o processo de adoção embrionária é célere e fácil, dependendo única e exclusivamente da vontade dos pacientes. Diante disto, a doação de embriões se revela como uma solução para reduzir os problemas éticos e sociais provenientes da acumulação de embriões congelados (LOYARTE; ROTONDA, 1995, p. 407 *apud* MADALENO, 2017, p. 676).

Nos Estados Unidos, a adoção de embriões já deixou de ser um tabu, andando lado a lado com a adoção tradicional. A *Nighthlight Christian Adoptions*, agência de adoção sem fins lucrativos situada na Califórnia, foi a primeira a iniciar com a adoção de embriões congelados nos Estados Unidos, programa denominado *Snowflakes Embryo Adoption* (PEREIRA; PACIFICO. 2010, p.5).

O mais interessante da referida agência é que esta funciona como uma ponte entre os doadores e os adotantes dos embriões. Segundo o site da *Nighthlight Christian Adoptions* (2019), aproximadamente 1.600 famílias doaram seus embriões através do programa *Snowflake*, e mais de 650 bebês nasceram de seus pais adotivos.

Vale reforçar que não se exige que a mediação entre os doadores e os receptores seja realizada por uma agência de adoção, bastando que os interessados em adotar se dirijam a uma clínica de Reprodução Humana Assistida, seguindo os passos antes explicados.

Convém anotar também que SALLES (2014, p. 144) defende a possibilidade de formação de cadastros de embriões destinados à adoção e de pessoas aptas a adotar, de forma análoga à disciplina legal estabelecida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, bem como o estabelecimento de critérios para a adoção embrionária, como maioria civil e capacidade plena para cumprimento dos requisitos do plano de validade, e prévia avaliação psicossocial para verificar a aptidão dos interessados para formação de família.

Embora a adoção embrionária seja permitida na maioria dos países, sua prática é incomum. Como exemplo, temos que na Austrália apenas 10 a 15% dos embriões não utilizados são doados a outros (MILLKANK; STUHMCKE; KARPIN, 2017, online).

Na mesma linha constatou uma pesquisa realizada nos Estados Unidos, que enviou um questionário anônimo para 1.053 pacientes em Massachusetts (EUA). Como resultado, apenas 21,3% dos pacientes responderam, dos quais somente 13% optaram pela doação embrionária (ZIMON; SHEPARD; PROTTAS; ROONEY; UNGERLEIDER; HALASA-RAPPEL; SAKKAS; OSKOWITS, 2019, online).

Quando questionados sobre a doação de embriões a outro casal, 78% dos pacientes concordaram que a doação é uma maneira de ajudar outro casal, 48% considerariam a doação de embriões a outra família se tivessem uma melhor compreensão do processo e 38% dispostos a considerar a doação, caso não usassem os embriões, mas 73% expressaram desconforto com a doação (ZIMON; SHEPARD; PROTTAS; ROONEY; UNGERLEIDER; HALASA-RAPPEL; SAKKAS; OSKOWITS, 2019, online).

De forma inversa, o estudo realizado por MILLKANK, STUHMCKE e KARPIN (2017, online) demonstrou que a doação de embriões para fins reprodutivos de terceiros foi a “opção mais atrativa” para os pacientes entrevistados. Destaque-se alguns relatos dos participantes:

Doar para outros pacientes foi uma opção muito fácil para nós... Nós acreditávamos que nunca teríamos filhos e então “*bang!*”, por um milagre científicos nós tivemos. Eu acho que nós dois temos muita compaixão por outras pessoas que passam pela mesma situação que nós passamos... foi uma decisão muito clara e fácil para nós, que tínhamos esses embriões, não

usaríamos e sabíamos que alguém os valorizaria imensamente. (Scarlet) (MILLKANK; STUHMCKE; KARPIN, 2017, online, tradução livre)

Nós discutimos todas as opções... nós realmente não podíamos ir com o descarte porque nós recebemos tanto amor e diversão de nossos filhos, parecia um desperdício descartar essas coisas [embriões]... Então nós dissemos 'bem, não podemos simplesmente desperdiçar embriões de boa qualidade', e não estávamos preocupados com o tipo de aspecto – e não estou tentando atrapalhar outras pessoas porque depende de como você enxerga o mundo –, mas não tínhamos o tipo de dilemas éticos que outras pessoas parecem ter com isso. (Roger) (MILLKANK; STUHMCKE; KARPIN, 2017, online, tradução livre)

Sem Kim [a mãe receptora] elas não existiriam. '[Bridget]... são uma reunião de células com um potencial incrível, mas você precisa de alguém para trazer isso à tona, e essa é uma receptora... [Georgina]... ela é filha de outra pessoa. (Gwen) (MILLKANK; STUHMCKE; KARPIN, 2017, online, tradução livre)

Obviamente, a adoção embrionária não se exime de inconvenientes, sobretudo “pelo que ela implica em seus aspectos emocionais, técnicos e econômico-financeiros” (PEREIRA; PACIFICO, 2010, p.6).

Sobressai-se, ainda, a questão do direito ao reconhecimento da origem genética das crianças oriundas da adoção embrionária versus o sigilo das informações dos doadores.

Acerca desta problemática, um estudo sueco abordou um total de 712 pessoas, dentre médicos de atenção primária, enfermeiros e psicólogos, das quais somente 189 mulheres e 18 homens responderam (ARMUAND; SYDSJÖ; SVANBERG; LAMPIC, 2019, online). A maioria dos entrevistados entendeu que a criança deveria ter o direito de tomar ciência de sua origem genética, resultado que, segundo os pesquisadores, não surpreende, haja vista a Suécia praticar doações abertas há mais de 30 anos e o direito da criança a informações sobre sua ancestralidade já ser bem estabelecido (ARMUAND; SYDSJÖ; SVANBERG; LAMPIC, 2019, online).

ESPARZA-PÉREZ (2018, p. 3) corrobora a opinião majoritária dos entrevistados da pesquisa supra, ressaltando a importância do conhecimento da origem genética como meio de conhecer a predisposição para o desenvolvimento de doenças potencialmente evitáveis e para prevenir o risco de casamento ou procriação consanguíneo.

No entanto, impera informar que o próprio Conselho Federal de Medicina, a fim de evitar relacionamentos consanguíneos, determina que “na região de localização da unidade, o registro dos nascimentos evitará que um (a) doador (a) tenha produzido mais de duas gestações de crianças de sexos diferentes em uma área de um milhão de habitantes” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2017, p. 6).

Além disso, ARMUAND, SYDSJÖ, SVANBERG e LAMPIC (2019, online) constataram que um a cada cinco profissionais da saúde acreditava que crianças concebidas por meio da adoção de embriões pode enfrentar os mesmos problemas que crianças adotivas, que demonstram experimentar níveis aumentados de morbidade psicológica, como problemas de ansiedade, depressão e atenção.

Não obstante, a adoção embrionária, embora ainda não popular e com suas peculiaridades e problemas, se apresenta como a melhor alternativa frente ao atual cenário de estoque de embriões nas clínicas de Reprodução Humana Assistida, sobretudo se levarmos em conta que esta prática concilia duas questões extremamente importantes: a preservação da vida humana e a oportunidade de presentear os casais inférteis com a tão sonhada gravidez.

## CONCLUSÃO

O presente trabalho abordou um tema extremamente polêmico e relevante: os embriões excedentes das técnicas de Reprodução Humana Assistida (RHA), que se encontram estocados em clínicas.

No primeiro capítulo, concluiu-se acerca da possibilidade de criação de vínculo de filiação por meio das técnicas RHA em razão da natureza socioafetiva da concepção e da posse de estado de filiação, institutos amplamente adotados pela doutrina e pela jurisprudência pátria.

Além disso, demonstrou-se a relação direta entre a prática da procriação assistida e a efetivação dos direitos reprodutivos e do direito fundamental ao planejamento familiar.

No segundo capítulo, foi apresentada a questão alarmante do congelamento de embriões excedentes. Segundo o SisEmbryo, relatório da Anvisa, somente em 2017 foram congelados 78.216 embriões.

Diante disso, sabendo que é inviável o congelamento eterno dos embriões, foram apresentadas as possíveis destinações que podem ser oferecidas aos nascituros, conforme a Resolução nº 2.168/17 do Conselho Federal de Medicina, quais sejam, implantação posterior pela mãe biológica, descarte, disponibilização para pesquisas com células-tronco e doação para outros casais.

Ante às teorias acerca do início da vida, tanto religiosas e filosóficas, quanto biológicas e jurídicas, concluiu-se ser majoritária a posição que defende ser o embrião pré-implante um ser vivo, fato que, inevitavelmente, polemiza o descarte e a disponibilização dos embriões para pesquisas científicas, haja vista ambas ceifarem a vida ali existente.

Por esta razão, a doação dos embriões para outros casais, ou melhor, a adoção embrionária, demonstrou-se ser a alternativa mais viável para atender aos princípios éticos com relação ao início da vida.

Frente à explanação, o terceiro capítulo cuidou de discorrer a respeito da adoção embrionária, que se revelou ser, sobretudo, uma alternativa extremamente válida para atender aqueles indivíduos que desejam ser pais, mas não têm condições biológicas para tal, seja em razão da ausência de um(a) parceiro(a), seja por infertilidade decorrente de fatores biológicos ou por opção sexual.

Foi informado, ainda, sobre as inúmeras legislações internacionais que já admitem a adoção embrionária, como da França, de Portugal, da Espanha, da Holanda, da Rússia, da Argentina, do Uruguai e da África do Sul, além de projetos de lei ainda em tramitação no Brasil, no Peru, na China e na Índia.

Ademais, restou explicada a forma como se dá a adoção embrionária no Brasil e sobre as peculiaridades que advém com esta prática.

Em face do exposto, considerando que a própria modernidade, sobretudo em razão de seus avanços tecnológicos, vem trazendo questões até então inimagináveis, como a adoção embrionária, mostra-se imperioso que o Brasil se ocupe em aprofundar estudos no âmbito das técnicas de Reprodução Humana Assistida e seus efeitos no mundo jurídico, a fim de regulamentar essa prática tão nobre e com consequências tão complexas.

## REFERÊNCIAS

ALEMANHA. **Embryonenschutzgesetz**. 1990. Disponível em: <<https://www.gesetze-im-internet.de/eschg/BJNR027460990.html>>. Acesso em: 05 nov. 2019.

ALVARENGA, R.; VIANA, I.; PICINATO, M. Fertilização in vitro (FIV) e injeção intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI). In: **Reprodução Assistida: Técnicas de laboratório**. Porto Alegre, RS: AGE, 2017.

ARMUAND, Gabriela et al. Attitudes towards embryo donation among healthcare professionals working in child healthcare: a survey study. 2019. **BMC Pediatrics**. Disponível em: <<https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-019-1578-4>>. Acesso em: 05 nov. 2019.

ARGENTINA. **Ley 26.862**. 2013. Disponível em: <<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/216700/norma.htm>>. Acesso em: 05 nov. 2019.

AUSTRÁLIA. Ethical guidelines on the use of assisted reproductive technology in clinical practice and research. **National Health and Medical Research Council**. 2017. Disponível em: <<https://www.nhmrc.gov.au/sites/default/files/documents/reports/use-assisted-reproductive-technology.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2019.

BARBOZA, Heloisa Helena. **Embriões excedentários e a lei de biossegurança: o sonho confronta a realidade**. Instituto Brasileiro de Direito de Família. 2005. Disponível em: <<http://www.ibdfam.org.br/assets/upload/anais/20.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2019.

BARBOZA, Heloísa Helena et al. **Código Civil interpretado conforme a Constituição da República**, vol. 4. 1. Ed. Rio de Janeiro: Renovar. 2016.

BARRETTO, Vicente de Paulo; LAUXEN, Elis Cristina Uhry. **O marco inicial da vida humana: perspectivas ético-jurídicas no contexto dos avanços biotecnológicos**. Cad. Saúde Pública. 2017, vol. 33, n. 6. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017000605008&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017000605008&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 05 nov. 2019.

BRASIL, Anvisa. **12º Relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões - SISEMBRIO**. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/4048533/4994015/12%C2%BA+Relat%C3%B>

3rio+do+Sistema+Nacional+de+Produ%C3%A7%C3%A3o+de+Embri%C3%B5es+-+SisEmbrio.pdf/29f37c42-803d-4fe9-8f16-cf6cfc70f40e>. Acesso em: 05 nov. 2019.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 1.358 de 11 de novembro de 1992. **Diário Oficial da União**. Brasília - DF. 19 de novembro de 1992. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/1992/1358>>. Acesso em 05 nov. 2019.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 1.957 de 15 de dezembro de 2010. **Diário Oficial da União**. Brasília - DF. 06 de janeiro de 2011. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2010/1957\\_2010.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2010/1957_2010.htm)>. Acesso em: 05 nov. 2019.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 2.013 de 16 de abril de 2013. **Diário Oficial da União**. Brasília - DF. 09 de maio de 2013. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2013/2013>>. Acesso em: 05 nov. 2019.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 2.121 de 16 de junho de 2015. **Diário Oficial da União**. Brasília - DF. 24 de setembro de 2015. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2015/2121>>. Acesso em: 05 nov. 2019.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 2.168 de 21 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**. Brasília - DF. 10 de novembro de 2017. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2168>>. Acesso em: 05 nov. 2019.

\_\_\_\_\_. **Código Civil de 2002**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/l10406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406.htm)>. Acesso em: 05 nov. 2019.

\_\_\_\_\_. **Constituição Federal de 1988**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 05 nov. 2019.

\_\_\_\_\_. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm)>. Acesso em: 05 nov. 2019.

\_\_\_\_\_. **Lei de Biossegurança**. 2005. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11105.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11105.htm)>. Acesso em 05 nov. 2019.

\_\_\_\_\_. **Lei 9.263 de 1996**. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9263.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm)>. Acesso em 05 nov. 2019.

\_\_\_\_\_. **Lei 9.434 de 1997**. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9434.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9434.htm)>. Acesso em 05 nov. 2019.

\_\_\_\_\_. **Decreto n. 678 de 1992**. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d0678.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d0678.htm)>. Acesso em: 05 nov. 2019.

\_\_\_\_\_. **Projeto de Lei n. 1184/2003**. Câmara dos Deputados. Disponível em:  
<<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=118275>>. Acesso em: 05 nov. 2019.

\_\_\_\_\_. **Projeto de Lei n. 115/2015**. Câmara dos Deputados. Disponível em:  
<<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=945504>>. Acesso em: 05 nov. 2019.

\_\_\_\_\_. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário n. 898.060 SC**. 21 de setembro de 2016. Congresso Nacional. REX 898060 SC. Santa Catarina. Disponível em:  
<<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=13431919>>. Acesso em: 05 nov. 2019.

\_\_\_\_\_. Supremo Tribunal Federal. **Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 3510 DF**. 29 de maio de 2008. ADI 3510 DF. Disponível em:  
<<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=611723>>. Acesso em: 05 nov. 2019.

\_\_\_\_\_. Enunciado n. 07 do IBDFAM. **Instituto Brasileiro de Direito de Família**. Disponível em: <<http://www.ibdfam.org.br/conheca-o-ibdfam/enunciados-ibdfam>>. Acesso em: 05 nov. 2019.

\_\_\_\_\_. Tempo dos processos relacionados à adoção no Brasil – Uma análise sobre os impactos da atuação do poder judiciário. **Conselho Nacional de Justiça**. 2015. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2011/02/8aab4515becd037933960ba8e91e1efc.pdf> >. Acesso em: 05 nov. 2019.

\_\_\_\_\_. CNA – Cadastro Nacional de Adoção. **Conselho Nacional de Justiça**. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/cnanovo/pages/publico/index.jsf>>. Acesso em: 05 nov. 2019.

\_\_\_\_\_. VII Jornada de Direito Civil da Justiça Federal. **Enunciados n. 103, 256 e 519 da VII Jornada de Direito Civil**. Disponível em: <<https://www.cjf.jus.br/cjf/corregedoria-da-justica-federal/centro-de-estudos-judiciarios-1/publicacoes-1/jornadas-cej/vii-jornada-direito-civil-2015.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2019.

\_\_\_\_\_. Superior Tribunal de Justiça. **Recurso Especial n. 1.328.380 MT**. 21 de outubro de 2014. Congresso Nacional. RESP 1.328.380 MT. Mato Grosso. Disponível em: <[https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ATC&sequencial=40556954&num\\_registro=201102338210&data=20141103&tipo=51&formato=PDF](https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ATC&sequencial=40556954&num_registro=201102338210&data=20141103&tipo=51&formato=PDF)>. Acesso em: 05 nov. 2019.

\_\_\_\_\_. **Direitos Sexuais e Reprodutivos**: uma prioridade do governo. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_direitos\\_sexuais\\_reprodutivos.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf)>. Acesso em: 05 nov. 2019.

CARDIN, Valéria Silva Galdino. Do planejamento familiar, da paternidade responsável e das políticas públicas. **Instituto Brasileiro de Direito de Família**. Disponível em: <<http://www.ibdfam.org.br/assets/upload/anais/223.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2019.

CARDIN, Valéria Silva Galdino; WINCKLER, Cristiane Gehlen. **Dos direitos fundamentais do embrião**. Disponível em: <<http://direitoebioetica.com.br/download/110>>. Acesso em: 05 nov. 2019.

CARDOZO, Fernanda Antonioli. **As novas formas de famílias e o direito à adoção homoafetiva de embriões excedentários**: uma análise jurídico-sociológica. 2017. Disponível em: <[https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/166362/Cardozo\\_FA\\_me\\_fran.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/166362/Cardozo_FA_me_fran.pdf?sequence=3&isAllowed=y)>. Acesso em: 05 nov. 2019.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Caso Artavia Murillo e outros (“Fecundação *in vitro*”) vs. Costa Rica**. 2012. Disponível em: <[http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_257\\_por.pdf](http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_257_por.pdf)>. Acesso em: 05 nov. 2019.

\_\_\_\_\_. **Convenção Americana sobre Direitos Humanos**. 1969. Disponível em: <[https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/c.convencao\\_americana.htm](https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/c.convencao_americana.htm)>. Acesso em: 05 nov. 2019.

DE VOS, Anick et al. Influence of individual sperm morphology on fertilization, embryo morphology, and pregnancy outcome of intracytoplasmic sperm injection. **Fertility and Sterility**. Vol. 79, issue 1, Jan/2003. Disponível em: <[https://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(02\)04571-5/fulltext](https://www.fertstert.org/article/S0015-0282(02)04571-5/fulltext)>. Acesso em 05 nov. 2019.

DIAS, Maria Berenice. **Manual de direito das famílias**. 11. Ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2016.

DUQUE, Bruna Lyra; MOROSINI, Lidia Lorezoni. Caracterização da responsabilidade civil na alienação parental. **Revista Âmbito Jurídico**, n. 160. Maio/2017. Disponível em: <<https://ambitojuridico.com.br/edicoes/revista-160/caracterizacao-da-responsabilidade-civil-na-alienacao-parental/>>. Acesso em: 05 nov. 2019.

ELER, Kalline Carvalho Gonçalves. **A qualificação humana da pessoa: uma análise ético-jurídica dos embriões excedentários**. 2015. Disponível em: <<https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/1965/1/kallinecarvalhogoncalveseler.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2019.

ELER, Kalline Carvalho Gonçalves. **Seres esquecidos: a problemática dos embriões excedentários**. 2017. Disponível em: <<http://site.fdv.br/wp-content/uploads/2017/03/Parte-1-05-Seres-esquecidos-Kalline-Eller.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2019.

ESPARZA-PÉRES, Rosa Verónica. **Regulación de la donación de gametos y embriones en las técnicas de reproducción humana asitida: ¿anónima o abierta?** 2018. México: Gaceta Médica. Disponível em: <[http://gacetamedicademexico.com/files/gmm\\_1\\_19\\_003-014.pdf](http://gacetamedicademexico.com/files/gmm_1_19_003-014.pdf)>. Acesso em: 05 nov. 2019.

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. **Defining embryo donation: and Ethic Committee opinion**. American Society For Reproductive Medicine. 2013. Disponível em: <[https://www.asrm.org/globalassets/asrm/asrm-content/news-and-publications/ethics-committee-opinions/defining\\_embryo\\_donation-pdfmembers.pdf](https://www.asrm.org/globalassets/asrm/asrm-content/news-and-publications/ethics-committee-opinions/defining_embryo_donation-pdfmembers.pdf)>. Acesso em: 05 nov. 2019.

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. **Recommendations for gamete and embryo donation: a committee opinion**. American Society For Reproductive Medicine. 2013.

Disponível em: <[https://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(12\)02256-X/abstract](https://www.fertstert.org/article/S0015-0282(12)02256-X/abstract)>. Acesso em: 05 nov. 2019.

FABRIZ, Daurly Cesar. **Bioética e direitos fundamentais**. Belo Horizonte: Mandamentos, 2003.

FRANÇA. **Avis n. 18**. 1989. Comité Consultatif National D'éthique. Disponível em: <<https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis018.pdf>>. Acesso em: 05 nov, 2019.

GAMA, Guilherme Calmon Nogueira. A Reprodução Assistida Heteróloga sob a Ótica do Novo Código Civil. **Revista Brasileira de Direito de Família**, v. 5, n. 19, Ago./Set., 2003.

GILBERT, Scott F. **When does human life begin?**. 2003. Disponível em: <<http://science.jburroughs.org/mbahe/BioEthics/Articles/Whendoeshumanlifebegin.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2019.

GOEDEKE, S.; DANIELS, K.; THORPE, M.; DE PREEZ, E.. Building extended families through embryo donation: the experience of donors and recipients. **Human Reproductive**. Disponível em: <<https://academic.oup.com/humrep/article/30/10/2340/675577>>. Acesso em: 05 nov. 2019.

GOZZI, Camila Monzani. **Princípio do livre planejamento familiar como direito fundamental**. Instituto Brasileiro de Direito de Família. 2019. Disponível em: <<http://www.ibdfam.org.br/artigos/autor/Camila%20Monzani%20Gozzi>>. Acesso em 05 nov. 2019.

GURGEL, C.; CREPALDI, A.; COSTA, S. Definições e nomenclatura. **Reprodução Assistida: Técnicas de laboratório**. Porto Alegre, RS: AGE, 2017.

HOLANDA. **Lei dos Embriões**. 2002. Disponível em: <<https://wetten.overheid.nl/BWBR0013797/2019-04-02>>. Acesso em: 05 nov. 2019.

INGLATERRA. **The Human Fertilisation and Embryology Act**. 1990. Disponível em: <<http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1990/37/contents>>. Acesso em: 05 nov. 2019.

INTERNATIONAL WOMEN'S HEALTH COALITION. **Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento**. Disponível em: <

<https://iwhc.org/articles/conferencia-internacional-sobre-populacao-e-desenvolvimento/>>. Acesso em: 05 nov. 2019.

INGLATERRA. **Donating your embryos**. Human Fertilisation & Embryology Authority. Disponível em: <<https://www.hfea.gov.uk/donation/donors/donating-your-embryos/>>. Acesso em: 05 nov. 2019.

INGLATERRA. **Code of Practice 9<sup>th</sup> edition**. Human Fertilisation & Embryology Authority. Disponível em: <<https://www.hfea.gov.uk/media/2609/june-2018-code-of-practice-9th-edition-draft.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2019.

ITÁLIA. **Legge n. 40**. 2004. Disponível em: <<http://www.parlamento.it/parlam/leggi/04040l.htm>>. Acesso em: 05 nov. 2019.

JÚNIOR, Paulo Gomes de Lima; FERREIRA, Fernando Castagna. **Tutela da vida no ordenamento jurídico**: início da vida, o direito de nascer, os direitos humanos e as questões bioéticas. 2017. Disponível em: <<http://site.fdv.br/wp-content/uploads/2017/03/Parte-2-15-Tutela-da-vida-no-ordenamento-Paulo-Lima-Ju%CC%81nior-e-Fernando-Ferreira.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2019.

KUHSE, Helga. When a human life has not yet begun – according to the law. **Revista Bioethics**. v. 2. n 4. 1988. p. 334-343. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1467-8519.1988.tb00058.x>>. Acesso em 05 nov. 2019.

LEITE, Tatiana Henriques; HENRIQUES, Rodrigo Arruda de Holanda. **Bioética em reprodução humana assistida: influência dos fatores sócio-econômico-culturais sobre a formulação das legislações e guias de referência no Brasil e em outras nações**. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n1/0103-7331-physis-24-01-00031.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2019.

LÔBO, Paulo. **Direito Civil**: famílias. v. 5. 8. Ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2018.

MADALENO, Rolf. **Direito de família**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2017.

MILLBANK, Jenni; STUHMCKE, Anita; KARPIN, Isabel. **Embryo donation and understanding of kinship**: the impact of law and policy. v. 32, issue 1, p; 133-138. Estados Unidos da América: Oxford University Pres, 2016. Disponível em: <<https://academic.oup.com/humrep/article/32/1/133/2645565>>. Acesso em: 05 nov. 2019.

MOROWITZ, Harold J.; TREFIL, James S. **The facts of life**. Estados Unidos Da América: Oxford Univesity Press. 1992. Disponível em: <<https://academic.oup.com/bioscience/article-abstract/43/7/495/249226>>. Acesso em: 05 nov. 2019.

NÁLFEL, José. **Novo Dicionário Jurídico Brasileiro**. Rio de Janeiro: José Konfino, v. 3. 1976.

NASCIMENTO, Alexandre Lescura do. **Adoção embrionária**. Disponível em: <<https://sapientia.pucsp.br/bitstream/handle/5515/1/Alexandre%20Lescura%20do%20Nascimento.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2017.

NIGHTLIGHT CHRISTIAN ADOPTIONS. **Snowflakes Embryo Adoption Program**. Disponível em: <<https://nightlight.org/snowflakes-embryo-adoption-donation/embryo-donation/>>. Acesso em: 05 nov. 2019.

NORÕES, M.; JÚNIOR, A.; SABOIA, J. O direito do doador de material genético de ter reconhecida a filiação biológica, à luz do Provimento nº 52 da Corregedoria Nacional de Justiça. **Revista de Direitos e Garantias Fundamentais**. Vitória, 2017, v. 18, n. 3. Disponível em: <<http://sisbib.emnuvens.com.br/direitosegarantias/article/view/1123>>. Acesso em: 05 nov. 2019.

OLIVEIRA, Erika. Criopreservação de tecido testicular . **Revista Brasileira Reprod. Anim**. Belo Horizonte, v. 39, n. 1, p. 109-110, jan./mar. 2015. Disponível em: <[www.cbra.org.br](http://www.cbra.org.br)>

PEREIRA, Gerson Odilton; PACIFICO, Andrea Pacheco. Doação e adoção como políticas para salvar os embriões excedentes e congelados. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, vol. 10, dec. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292010000600018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000600018)>. Acesso em: 05 nov. 2019.

PERU. **Proyecto de Ley n. 3931/2018**. Congreso de la República. Disponível em: <[http://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/2016\\_2021/Proyectos\\_de\\_Ley\\_y\\_de\\_Resoluciones\\_Legislativas/PL0331320180907..pdf](http://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/2016_2021/Proyectos_de_Ley_y_de_Resoluciones_Legislativas/PL0331320180907..pdf)>. Acesso em: 05 nov. 2019.

PEQUIM. **Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher**. 1995. Disponível em: <[http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2014/02/declaracao\\_pequim.pdf](http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2014/02/declaracao_pequim.pdf)>. Acesso em: 05 nov. 2019.

RIBEIRO, Mario da Silva; PINHEIRO, Victor Sales. A dignidade da pessoa humana e o direito à vida do nascituro: fundamentos biológicos, filosóficos e jurídicos. **Revista de Direitos e Garantias Fundamentais**; Vitória, 2017, v. 18, n. 3. Disponível em: <<http://sisbib.emnuvens.com.br/direitosegarantias/article/view/1151>>. Acesso em: 05 nov, 2019.

RÚSSIA. **Decreto nº 27.010 (2013)**. Ministério da Saúde. Disponível em: <[https://cdnimg.rg.ru/pril/76/57/54/107n\\_poriadok.pdf](https://cdnimg.rg.ru/pril/76/57/54/107n_poriadok.pdf)>. Acesso em: 05 nov, 2019.

SALLES, Lucivânia Guimarães. **Destino dos embriões excedentários**. 2014, p. Disponível em: <<https://mestrados.unit.br/ppgd/wp-content/uploads/sites/5/2017/07/Luciv%C3%A2nia.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2019.

SANCHES, Vladia. **O conflito sobre o início da vida**. 2014. Disponível em: <<http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=671df07e9737de59>>. Acesso em: 05 nov. 2019.

TARTUSSE, Flávio. A Situação Jurídica Do Nascituro: Uma Página A Ser Virada No Direito Brasileiro. **Revista Brasileira De Direito Comparado**. Rio de Janeiro: Instituto De Direito Comparado Luso-Brasileiro, p. 155 - 177, 2007.

UNIFERT. Inseminação Artificial. **Unifert - Reprodução Humana Assistida**. Espírito Santo, 2019. Disponível em: <<https://unifert.com.br/reproducao-humana/tratamentos/inseminacao-artificial/>>. Acesso em: 05 nov. 2019.

\_\_\_\_\_. FIV - Fertilização in vitro. **Unifert - Reprodução Humana Assistida**. Espírito Santo, 2019. Disponível em: <<https://unifert.com.br/reproducao-humana/tratamentos/fiv-fertilizacao-in-vitro/>>. Acesso em: 05 nov. 2019.

\_\_\_\_\_. ICSI. **Unifert - Reprodução Humana Assistida**. Espírito Santo, 2019. Disponível em: <<https://unifert.com.br/reproducao-humana/tratamentos/icsi/>>. Acesso em: 05 nov. 2019.

\_\_\_\_\_. Doação de óvulos. **Unifert - Reprodução Humana Assistida**. Espírito Santo, 2019. Disponível em: <<https://unifert.com.br/reproducao-humana/tratamentos/doacao-de-ovulos/>>. Acesso em: 05 nov. 2019.

\_\_\_\_\_. Doação de sêmen. **Unifert - Reprodução Humana Assistida**. Espírito Santo, 2019. Disponível em: <<https://unifert.com.br/reproducao-humana/tratamentos/doacao-de-semen/>>. Acesso em: 05 nov. 2019.

\_\_\_\_\_. Doação de embrião. **Unifert - Reprodução Humana Assistida**. Espírito Santo, 2019. Disponível em: <<https://unifert.com.br/reproducao-humana/tratamentos/doacao-de-embriao/>>. Acesso em: 05 nov. 2019.

UNITED NATION. **Programme of Action. Cairo**. 1994. Disponível em: <[https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/programme\\_of\\_action\\_Web%20ENGLISH.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/programme_of_action_Web%20ENGLISH.pdf)>. Acesso em: 05 nov. 2019.

URUGUAI. **Ley n. 19.167**. 2013. Disponível em: <[http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con5\\_uibd.nsf/0A9F541F2F8CF3880525830C005F8CCF/\\$FILE/Ley\\_N\\_19\\_uruguay.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con5_uibd.nsf/0A9F541F2F8CF3880525830C005F8CCF/$FILE/Ley_N_19_uruguay.pdf)>. Acesso em: 05 nov. 2019.

VLADIMIR, I.; TACHEVA, D.; DOBRINOV, V. The Present and Future of Embryo Cryopreservation. **Intechopen**. 05 nov. 2018. Disponível em: <<https://www.intechopen.com/books/embryology-theory-and-practice/the-present-and-future-of-embryo-cryopreservation>>. Acesso em: 19 nov. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Reproductive health**. 2019. Disponível em: <<https://www.who.int/westernpacific/health-topics/reproductive-health>>. Acesso em: 05 nov. 2019.

ZIMON, Alison et al. Embryo donation: Survey of in-vitro fertilization (IVF) patients and randomized trial of complimentary counseling. **PLoS One**. 15 ago. 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31415660>>. Acesso em: 05 nov. 2019.