

Data de aprovação: 14/12/2021

OS NOVOS MÉTODOS DE REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA E O ACESSO DO DIREITO À TODOS NO BRASIL.

Renata Cortez Gusmão Pereira¹

Úrsula Bezerra da Silva Lira²

RESUMO

O artigo pretende demonstrar o avanço que ocorreu na sociedade no tocante aos novos métodos de reprodução humana assistida e como o acesso a esses métodos devem ser garantidos à todos no país, mesmo havendo algumas lacunas ético-jurídicas para garantir a plenitude desses direitos. Notou-se que é extremamente importante publicizar o acesso à informação a toda a população quanto a disponibilidade da aplicação desses métodos na esfera pública, oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, procura-se expor os motivos que levam a privação da premissa constitucional do planejamento familiar no momento em que há entraves para a garantia do acesso aos métodos de reprodução por aqueles que necessitam, sendo este um dever do Estado. O método de abordagem utilizado foi o dedutivo, juntamente com as técnicas de pesquisa bibliográfica e documental.

Palavras-chave: Reprodução humana assistida. Métodos. Lacunas jurídicas. Garantia do direito. Planejamento Familiar. Acesso à informação.

NEW METHODS OF ASSISTED HUMAN REPRODUCTION AND ACCESS TO THE RIGHT TO ALL IN BRAZIL.

¹ Acadêmica do Curso de Direito do Centro Universitário do Rio Grande do Norte
Email: renatacortezgusmao@gmail.com

² Professora Orientadora do Curso de Direito do Centro Universitário do Rio Grande do Norte
Email: ursula@unirn.edu.br

ABSTRACT

The article intends to demonstrate the progress that has taken place in society with regards to new methods of assisted human reproduction and how access to these methods is guaranteed to everyone in the country, even with some ethical and legal gaps to guarantee the fullness of these rights. It was noted that it is extremely important to publicize access to information to the entire population regarding the availability of the application of these methods in the public sphere, offered by the Sistema Único de Saúde (SUS). Thus, it seeks to expose the reasons that lead to the deprivation of the constitutional premise of family planning at a time when there are obstacles to guaranteeing access to reproduction methods by those who need it. The approach method used was the deductive, together with bibliographic and documentary research techniques.

Keywords: Assisted human reproduction. Methods. Legal gaps. Guarantee of right. Family planning. Access to information.

1. INTRODUÇÃO

Os métodos de reprodução assistida (RA) são técnicas utilizadas para geração da vida de forma artificial voltadas àquelas pessoas que apresentam problemas de fertilidade ou de esterilidade.

No Brasil, esses métodos também estão sendo cada vez mais procurados pela população, atendendo ao direito de todo brasileiro ao planejamento familiar, princípio garantido na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 226, § 7º como um direito fundamental, sendo um valor inerente à vida e, a dignidade da pessoa humana. Trata-se de princípio previsto no Código Civil pátrio em seu artigo 1565 parágrafo 2º e regulamentado pela lei n. 9263.96 que assegura a todo cidadão o planejamento familiar de maneira livre, não podendo o Estado, ou terceiros intervir na autonomia da vontade da família.

Os cidadãos possuem o direito de garantia a planejar a sua estrutura familiar da maneira que bem entender, possuindo amparo do Estado caso necessite de métodos de concepção considerando ser dever do Estado fornecer acesso igualitário às informações, meios e técnicas relacionadas às normas de fecundidade.

A questão do acesso de toda a população as técnicas para gerar a vida de modo artificial, visto que o custo para cada ciclo de tentativa é bastante oneroso, no Brasil, o Sistema Único de Saúde ampara em grandes pólos de referência médica esse direito, oferecendo à sociedade o acesso aos métodos custeados pelo Estado, porém, tal informação não é de conhecimento geral da população, não havendo um acesso abrangente aos assuntos referentes à esses métodos.

Como exemplo da falta de informação no Estado do Rio Grande do Norte a maternidade Escola da Rede Ebserh em Natal possui um Centro de Reprodução Assistida composto por equipe multiprofissional e de forma gratuita custeado pelo SUS, em que para ter acesso ao cadastro para entrar na fila dos procedimentos basta se dirigir a uma das Unidades Básicas de Saúde (UBS) para realizar uma consulta com a equipe de Saúde da Família, a qual irá encaminhar os pacientes posteriormente para os profissionais do serviço de reprodução assistida, e, após feita essa triagem, os pacientes são inscritos na fila para os procedimentos.

A princípio foi traçado como objetivo geral a análise entre a garantia do direito ao planejamento familiar assegurado pela Constituição Federal e as dificuldades frente ao acesso dos métodos de reprodução humana assistida a população geral.

Como objetivos específicos, a presente pesquisa busca a identificação dos impactos que o avanço dos métodos de reprodução humana geram no Brasil, a necessidade de evidenciar o artigo 226, § 7º em relação aos impactos do seu descumprimento para a sociedade, e também, a busca por uma identificação, por parte do Judiciário para regulamentar em lei específica o direito ao acesso a esses métodos, gerando conseqüentemente uma repercussão geral no país quanto ao conhecimento e garantia dos procedimentos fornecidos pela assistência terciária à saúde pelo SUS.

Os métodos científicos utilizados foram, principalmente, o método de abordagem dedutivo, visando conceitos gerais abordados pela até conceitos específicos, proporcionando um raciocínio a partir de premissas e encaminhando para uma conclusão logicamente correta ao final de toda problemática e apontamentos apresentados na pesquisa. Para mais, a técnica de pesquisa bibliográfica foi explorada, a qual apresentou-se por meio de artigos científicos, monografias e posicionamentos doutrinários, além do próprio documento constitucional e demais legislações correspondentes.

2. OS NOVOS MÉTODOS DE REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA

Com a constante evolução da sociedade, na sexualidade, e mudança nos costumes de vida, as mulheres têm engravidado cada vez mais tarde devido a sua imersão no mercado de trabalho ao longo dos anos e devido a diversas outras prioridades que os casais contemporâneos possuem.

Assim, em decorrência dos problemas de fertilidade constantemente apresentados pela população jovem juntamente com as dificuldades e consequências para a saúde da gestante e do bebê advindas da gravidez tardia, ocorreram diversos avanços na área da biotecnologia para suprir as necessidades reprodutivas da população, os quais cresceram consideravelmente após as descobertas e diagnósticos das síndromes de fertilidade.

Ademais, paralelo aos problemas de fertilidade nos casais heteroafetivos, as novas concepções de família demonstram que as composições familiares foram ampliadas.

Constituem a base da sociedade (artigo 226 da Constituição Federal) diversas formas de família, dentre elas a família monoparental e a família homoafetiva que merecem especial atenção quando se fala em necessidade de uso de métodos de reprodução assistida.

No Brasil, diversas técnicas são utilizadas para solucionar os problemas de pessoas que possuem dificuldades para engravidar mas querem realizar o seu projeto parental, as principais são: a fertilização *in vitro* (FIV) e a inseminação

artificial. Ambas ocorrem sem a necessidade de relação sexual, garantindo eficácia e possibilidade de reprodução para os tentantes que possuem problemas de esterilidade e infertilidade.

Nesse contexto, Nicoletti (*apud* MORAES, 2018, p. 70) explana a diferença entre as técnicas de reprodução citadas anteriormente, as quais podem ser internas ou externas ao corpo da mulher:

Na inseminação artificial o sêmen é introduzido na cavidade uterina da mulher por outro meio que não de forma natural. Carlos Eduardo Nicoletti Camilo conceitua a inseminação artificial como “(...) o processo de fecundação cuja operacionalidade é a transferência mecânica de espermatozoides, previamente recolhidos e tratados, para o interior do aparelho genital feminino”. Essa técnica pode ser realizada de duas formas: *in vivo* ou *in vitro*. Na primeira situação, a transferência do espermatozoide ao útero é realizada de forma mecânica, a fecundação ocorre no corpo da mulher e na segunda a fecundação ocorre de forma extracorporal, sendo posteriormente o óvulo já fecundado transferido para o útero da mulher, podendo ser daquela que doou o gameta ou não. Em nenhum dos casos existe relação sexual. Complementa o autor explicando que “(...) é possível, hoje em dia, o congelamento do sêmen recolhido, quando este não é automaticamente implantado no corpo da mulher.

Dessa forma, mesmo com os avanços dos métodos reprodutivos no país que se iniciaram em 1984, ano em que houve o marco na ciência brasileira, com o nascimento do primeiro “bebê de proveta”, pela técnica da fertilização *in vitro*, a Constituição Federal de 1988, promulgada após a primeira utilização e sucesso na eficácia do método não apresentou nenhuma previsão normativa específica para garantia dos direitos ao acesso a esses métodos pela gestante.

Apesar do lapso temporal apresentado entre a utilização do primeiro método reprodutivo e a criação da nova legislação, a Constituição não trouxe em sua nova redação legislação para abarcar as novas técnicas, mas apresentou premissa para assegurar o direito ao planejamento familiar, o qual os métodos de reprodução assistida encontram-se englobados, pois permite aos futuros pais e mães o livre arbítrio para planejar como será a construção da família, concedendo aos mesmos o tempo necessário e a possibilidade de organização econômica, social, cultural da vida doméstica.

Todavia, é imperioso ressaltar que apesar dos grandes passos com a descoberta e novas práticas para geração da vida humana, foram surgindo lacunas

referentes à temática, pois, ainda na gestação não se pode separar as grandes questões que a mesma carrega: a ética, a dignidade da pessoa humana e os direitos fundamentais garantidos.

3. AS LACUNAS ÉTICO-JURÍDICAS PRESENTES NA LEGISLAÇÃO

Os avanços tecnológicos e aumento da busca e do uso das técnicas de reprodução pela sociedade, ocasionou mudanças em diversos âmbitos nos quais o assunto circunda, como na medicina, na biotecnologia e conseqüentemente no direito. Posto que, não há que se falar em sociedade sem que haja a imersão no universo jurídico, o qual rege todas as relações sociais.

Com a mudança de comportamento e criação desses métodos, foram sendo descobertas algumas lacunas à medida com que a população foi buscando a utilização dos métodos reprodutivos para realização de seus projetos parentais, visto que, no Brasil não há uma legislação específica que chegue a reger e evidenciar os direitos das pessoas envolvidas no processo de reprodução.

Como bem afirma Queiroz (2021) a regulação das técnicas reprodutivas são afetadas ao direito reprodutivo e ao livre planejamento familiar ou livre planejamento reprodutivo, afetando ainda a autonomia privada, todos abarcados pelo princípio máximo da dignidade da pessoa humana.

Dessa forma, existem diversas discussões éticas e jurídicas referentes a esse processo devido a falta de garantia efetiva dos direitos.

Apesar dos métodos serem bastante conhecidos e buscados por aqueles que almejam a procriação, não existe no Brasil, legislação específica que regule esses processos de reprodução. Fato que gera conflitos tanto no campo da moral, da ética e do direito; pois acaba por atingir diversos paradigmas referentes à cultura, religião e costumes, criando lacunas sociais.

De acordo com Moraes (2018, p. 89):

Diferentemente de outros países, o Brasil não conta com uma lei que regulamenta de forma específica as técnicas de reprodução humana assistida. O que mais se aproxima são a Lei 11.105, de 24 de março de 2005, mais conhecida como “Lei de Biossegurança”, e a Resolução 2.121/2015 do Conselho Federal de Medicina, que não tem força de lei e na

qual apenas constam preceitos éticos para os médicos quando daquelas práticas. Conforme prevê a própria Resolução, esta tem como fim estabelecer “(...) normas éticas na utilização dos procedimentos de procriação artificial humana (...)”, e são vários os projetos de lei que tramitam no Congresso Nacional sobre a temática.

No ordenamento jurídico brasileiro, como já mencionado, não há amparo legal que fundamente a reprodução assistida, porém, existem leis que baseiam a legalidade desse processo, como é o caso da Lei 9.263/1996, a qual regula um preceito constitucional, tratando de um direito fundamental da personalidade, garantindo a todos os cidadãos o direito ao planejamento familiar.

Como ressalta o artigo 2º da lei do planejamento familiar: “Entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.” (BRASIL, 1996). Assim, cabe ao Estado a garantia dos amparos necessários para garantir a reprodução da população.

A lei, vem regulamentar o artigo 226, § 7º da Constituição Federal, o qual expõe que:

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 educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas. (BRASIL, 1988).

De acordo com a Constituição Federal de 1988, é garantido o direito à reprodução, mas não é especificado de fato o que deve ser garantido durante o processo, abordando de maneira superficial um assunto que por diversos momentos foi encarado como uma lacuna social, mas que devido aos avanços da biotecnologia e aumento da busca pela população foi sendo desmistificado.

O Código Civil em seu artigo 1.597, incisos III, IV e V, aborda apenas sobre as relações de parentesco de filhos concebidos sobre os métodos de reprodução assistida, assim disserta - ou seja, há completa omissão do legislador no que se refere a leis para regulamentar o instituto da reprodução assistida.

Além das barreiras jurídicas à reprodução assistida no Brasil ainda possui diversas barreiras éticas a serem superadas, principalmente pelo fato de não haver

legislação específica, surgem dúvidas referentes ao que seria ético ou não em relação ao respeito à vida humana. Diante dos conflitos éticos, o Conselho Federal de Medicina elaborou a Resolução CFM nº 2.294, atualizada em 27 de maio de 2021.

A referida resolução estabelece princípios gerais a serem seguidos para as técnicas de reprodução assistida que são apresentadas como meio de auxiliar a procriação. Ficou fixado que as técnicas de reprodução não podem ser utilizadas nas hipóteses em que possa ocorrer risco à saúde do "paciente ou do possível descendente". Ademais, o critério idade e a exigência da assinatura de um termo com "consentimento livre e esclarecido" também são exigidos.

Para além da regulação do , o Congresso Nacional chegou a colocar em pauta diversos projetos de lei com o objetivo de criar Estatutos, Leis Regulamentadoras e Programas para ampliar os métodos de reprodução via SUS, como os PL's: 2855/1997, 90/1999, 1184/2003, 1135/2003, 5624/2005, 4892/2012 e 115/2015, para dispor sobre a regulamentação da Reprodução Assistida na legislação brasileira, mas o assunto não teve prosseguimento visto que sua abordagem e interesse político é irrisório frente à outras problemáticas, porém tem um peso considerável se for analisado à luz dos aspectos sociais que envolvem o assunto.

4. O ACESSO SOCIAL AOS MÉTODOS DE REPRODUÇÃO HUMANA VIA SUS E A GARANTIA DO DIREITO AO PLANEJAMENTO FAMILIAR.

No tocante à discussão referente ao direito de acesso aos métodos de reprodução humana, mesmo não havendo legislação a respeito desses métodos, tal direito encontra-se amparado pelo escopo constitucional, o princípio do planejamento familiar. Porém, a garantia desse princípio no tocante ao acesso da população que deseja utilizar algum dos procedimentos de RA nos meios privados ainda não é totalmente abrangente devido o seu alto custo por cada tentativa, os chamados ciclos.

É o Estado por sua vez que deve garantir o acesso desse direito aos cidadãos, por meio de investimentos públicos, que ofereçam dentro do Sistema de Saúde os métodos de concepção. Visto que, na esfera jurisdicional diversos pedidos para que o Estado cubra os custos desses tratamentos no meio particular já foram negados, pelo fato de que não é visto como tratamento essencial, quando na verdade é um direito à dignidade humana garantido pela Constituição, porém carece de legislação específica que chegue a reger os pedidos e garanta legalmente o deferimento destes.

Após o ano de 1990, no Brasil, foi desenvolvido e colocado em prática o Sistema Único de Saúde (SUS), totalmente custeado pelo Estado, o qual engloba desde a proteção básica à saúde até os tratamentos mais complexos, como é o caso da reprodução humana assistida. Garantindo que a população tenha acesso total e amplo à saúde, em que os direitos de reprodução estão inclusos.

Com isso, como expõe Casalechi (2021), foi implantado pelo SUS os tratamentos especializados - de atenção terciária à saúde - que é o caso dos tratamento de Reprodução Assistida, os quais são disponíveis em apenas seis estados do país, são eles: Minas Gerais, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, São Paulo e no Distrito Federal.

Mesmo já sendo reconhecido como um grande ganho e avanço o fato desse tipo de tratamento ser oferecido pelo Sistema de saúde público, os polos disponíveis para os tratamentos ainda são escassos, localizados em áreas restritas do país, em grandes capitais, dificultando o acesso ao direito aos métodos de reprodução a diversos cidadãos.

O Ministério da Saúde por sua vez, dispõe de algumas Portarias voltadas para o assunto abordado, sendo uma de suas principais a Portaria GM/MS nº 426, de 22 de março de 2005, a qual foi responsável por instituir no SUS a chamada Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, a qual rege os passos a serem seguidos em todas as unidades da federação para que ocorra a viabilização dos procedimentos e técnicas de reprodução artificial.

A portaria nº 426/2005 rege sobre a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, a qual garante:

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

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

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

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

III - definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços que realizam os procedimentos e técnicas de reprodução humana assistida, necessários à viabilização da concepção, tanto para casais com infertilidade, como para aqueles que se beneficiem desses recursos para o controle da transmissão vertical e/ou horizontal de doenças; (BRASIL. Ministério da Saúde. 2005)

Juntamente com a Portaria nº 3.149/GM/MS de 28 de dezembro de 2012, que determina a destinação de recursos financeiros aos polos de reprodução assistida distribuídos pelo país via SUS, reservando assim orçamento fixo para garantir a perpetuação dos procedimentos, em que em sua maioria são feitos em Hospitais Universitários situados nas capitais dos estados citados, garantindo um benefício maior para o prosseguimento desses métodos, em grandes centros de referência na prática médica.

Conforme exposto na Portaria nº 3.149/2012:

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

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

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

Art. 2º Os recursos orçamentários desta Portaria deverão onerar o Programa de Trabalho 10.302.2012.20R4 - Apoio à Implementação da Rede Cegonha, do orçamento do Ministério da Saúde (RCE-RCEG).(BRASIL. Ministério da Saúde. 2012)

Mesmo com a destinação de verba para esse tipo de assistência via SUS, a demanda para necessidade da utilização dos métodos reprodutivos ainda é bem maior do que a capacidade que é oferecida, pois os recursos financeiros voltados para o sistema terciário de saúde ainda se encontra precário, visto que a verba foi fracionada para os polos existentes citados, acarretando em uma fila de espera constante, a qual consiste em um problema significativo para o tratamento, visto que para os problemas de fertilidade, quanto mais decorre o tempo, menor é o percentual de chance para o sucesso do processo.

Como confirmado pelo Casalechi (2021):

Todos os anos cerca de 400 novos casais são encaminhados para realização de procedimentos de alta complexidade, 300 a mais do que a capacidade de atendimento atual, levando a um aumento contínuo da fila de espera. Apesar de cada instituição definir seus próprios critérios de elegibilidade para atendimento aos pacientes –como idade máxima para iniciar o tratamento –e da forma de cadastro no serviço –se via fila única ou via central de marcação, por exemplo –a alta demanda, gerando longas filas de espera, é um problema recorrente. Contudo, considerando que os problemas relacionados à infertilidade conjugal são, muitas vezes, tempo-sensíveis, é justo que esses pacientes esperem tanto tempo para ter acesso ao tratamento? (...) Infelizmente, a ausência de recursos financeiros por parte do SUS torna essa opção inviável e as filas mantêm-se longas. Dessa forma, muitos pacientes que aguardam o procedimento não conseguirão ser atendidos antes de tornarem-se inelegíveis ao tratamento, seja pela idade ou pela falência ovariana.

É inevitável a percepção de que a oferta em disposição no âmbito público ainda é bastante estrita, e a demanda cada vez mais alta, devido ao aumento pela busca da utilização desses métodos com o objetivo de sanar rapidamente os problemas encontrados, mas, essa é a realidade encontrada no cenário atual do país, o qual consegue disponibilizar, mesmo que em pequena parcela, um

atendimento público para realização desse tipo de tratamento, o qual não irá expandir enquanto não forem criadas leis regulamentadoras específicas sobre o tema que explorem e aumentem a o nível de abrangência da importância e necessidade das técnicas de reprodução assistida.

5. A NECESSIDADE DO ACESSO ÀS INFORMAÇÕES

Os brasileiros têm direito à informação sobre a garantia de acesso aos métodos de reprodução humana assistida, o qual encontra-se inserido no princípio do planejamento familiar, como direito constitucional garantido pautado pelo princípio fundamental: o da dignidade humana, sendo de extrema importância a ampla conscientização da população acerca desse direito, o qual deve ser assegurado a todos os cidadãos de maneira adequada e individualizada, incluindo todas as técnicas e métodos para concepção disponíveis e acessíveis na esfera pública.

Um dos maiores desafios, é tornar essas técnicas acessíveis àqueles que delas necessitam se beneficiar, respeitando todas as questões culturais, religiosas, medicinais e éticas que os avanços trazidos por esses novos métodos de reprodução trazem para a sociedade como um todo.

É nítido que em qualquer sociedade, quanto maior é o acesso das pessoas à informação e ao conhecimento de seus direitos, maior é a busca pelos mesmos. Visto que, os tabus criados em sociedade são frutos de temas pouco discutidos e elucidados, como é o caso dos meios de reprodução humana assistida, o qual foi por décadas considerado um tabu no Brasil em diversos meios - religioso, político, social, cultural, medicinal e ético-, mas hoje vêm sendo explanado de maneira mais abrangente, devido a necessidade de utilização.

A busca por esses métodos se tornou de fato mais constante devido às dificuldades reprodutivas descobertas por uma grande porcentagem da população, e também, pelo desejo e necessidade de executar um planejamento familiar o qual demanda um certo tempo na vida dos casais modernos que optam primeiramente

pela realização profissional e obtenção de recursos com objetivo de estruturação financeira para posteriormente construir uma família.

Dessa maneira, com as mudanças na vida moderna e as maiores possibilidades de tratamento encontradas, o constante acesso ao conhecimento referente a esse assunto na última década nitidamente interferiu na mudança da percepção social dessas técnicas, como um todo, devido as informações divulgadas amplamente pela mídia e ao aumento de casos que utilizaram algum tipo desses métodos.

Diante de toda a quantidade de informações amplamente divulgadas referente a disponibilidade do uso de alguma das técnicas para reprodução, o assunto ainda não é de repercussão geral em toda a sociedade, devido a uma gama de fatores, sendo a principal delas a ausência de lei específica que regulamente de fato toda a legalidade e acesso ao direito do uso das técnicas de reprodução humana no país. Visto que, mesmo inserido de maneira sucinta na Constituição Federal no princípio do planejamento familiar, quando o direito torna-se lei específica, ganha uma maior abrangência, implicando também no maior conhecimento social referente a tal direito.

Além de até o ano de 2021 não existir legislação para normatizar os meios de RA, gerando conseqüentemente um menor acesso dessas técnicas à população como um todo, a informação do acesso a esses procedimentos pelo SUS são conhecidos menos ainda, restritos a uma parcela muito ínfima dos brasileiros, seja pela baixa disponibilidade de recursos voltados a esse tipo de assistência, e também pela pequena quantidade de polos distribuídos pelo país.

6. ESTUDO DE CASO: A DEMOCRATIZAÇÃO DOS MÉTODOS DE REPRODUÇÃO PELA INICIATIVA PRIVADA - CLÍNICA ENGRAVIDA

Devido ao aumento de casos de infertilidade e conseqüentemente na busca incessante dos que desejam ter filhos, além da assistência via SUS para garantir o acesso aos tratamentos na esfera pública, algumas empresas privadas iniciaram a idealização de modelos de clínicas para executar os métodos de reprodução com

custo abaixo do valor de mercado, buscando a democratização desses métodos para uma maior parcela da população, visto que a maioria das clínicas privadas ao redor do país dispõem de um tratamento de alto custo e inacessível para grande parte dos brasileiros.

O alto custo nos tratamentos oferecidos pelas clínicas privadas fez com que muitas pessoas procurassem outras vias menos onerosas, como é o caso da Inseminação Caseira, a qual vem sendo muito utilizada principalmente por casais homoafetivos femininos, pois é feita em casa introduzindo o sêmem doado dentro do canal vaginal da mulher com uma seringa ou objetos semelhantes. Porém, mesmo sendo uma via barata possui vários riscos, tais como a quebra do anonimato dos doadores e não dispõe de acompanhamento médico.

Os tratamentos privados de reprodução humana assistida costumavam ser voltados para a figura do médico especialista em algumas das técnicas disponíveis de reprodução, consolidando uma “fama” dentro desse mercado, fazendo com que os que procuravam a solução para as síndromes de infertilidade buscassem os médicos renomados para realizar a tentativa - ciclo de reprodução- , com a esperança e convicção de sucesso no processo, porém, conseqüentemente essa prática de mercado tornou ainda mais elevado os valores para o acesso aos métodos, e junto aos números exorbitantes não havia uma certeza de eficácia, pois, ainda que as técnicas apresentem uma alta chance de sucesso, a formação final do embrião no corpo da mulher depende de outros diversos fatores.

Com isso, dentro desse cenário foi encontrada uma nova forma de disponibilizar o acesso a esse direito que deveria ser totalmente garantido pelo Estado, mas devido às condições políticas, econômicas e legislativas do país, não se tornam disponíveis em escala mais abrangente.

Foram criadas clínicas que objetivam a democratização da medicina reprodutiva no Brasil, despersonalizando o sucesso do método da figura do médico, e, trazendo a empresa constituída por diversos profissionais da saúde que juntos objetivam a eficácia dos métodos, aumentando a possibilidade de tentativas para os que desejam procriar, de maneira mais acessível financeiramente, fazendo com que

uma maior parte da população possua poder aquisitivo para financiar seu ciclo de reprodução.

A clínica Engravidada é um exemplo do modelo de democratização das técnicas de reprodução assistida no país, a qual se encontra em expansão e já possui unidades em 3 estados brasileiros, com o renomado médico na área de reprodução como coordenador do projeto, Dr. Alfonso Massaguer, a empresa tem base na tecnologia de ponta fornecida, garantindo a qualidade do tratamento.

De acordo com o Gestor de Operações e Financeiro responsável pela captação de recursos e investimentos da Engravidada (HINTZ, 2021):

Os resultados trazidos pelo modelo de negócio são inovadores e de extrema relevância social, a empresa consegue ofertar o ciclo abaixo do valor oferecido pelo mercado privado, o qual seria em torno de R\$ 30.000,00 (trinta mil reais), trazendo o acesso às técnicas de reprodução por R\$ 9.900,00 (nove mil e novecentos reais) com a possibilidade de parcelamento. Esse é um grande diferencial da Engravidada, o qual permite com que diversos brasileiros tenham a possibilidade de realizar e planejar uma família, e faz com que diversos investidores nos procurem por acreditarem no modelo de democratização de um direito fundamental.

Assim, a empresa possui o objetivo de contribuir socialmente na área de reprodução para a parcela da população que em outros cenários não conseguia acesso a utilização dos métodos de RA na esfera privada devido ao alto custo financeiro de cada ciclo de tentativa, e nem na esfera pública visto a alta demanda e longo tempo de espera necessário na fila para acesso ao tratamento custeado pelo SUS - tempo que é fator considerável no tocante a capacidade reprodutiva feminina que decai com o passar dos anos-.

Dessa forma, a Engravidada, como outras clínicas também criadas nos últimos anos com o mesmo objetivo, acarreta no aumento e democratização dessas técnicas no Brasil, contribuindo positivamente no crescimento populacional e na possibilidade de realização do planejamento e construção familiar.

8. CONCLUSÃO

As técnicas de reprodução humana assistida como a fertilização *in vitro* e a inseminação artificial, no Brasil, são métodos que vêm crescendo cada vez mais,

tanto pela necessidade devido presença de síndromes de infertilidade apresentadas pela população, quanto para aqueles que desejam obter uma projeção familiar de forma mais cautelosa.

Notou-se que com o avanço da tecnologia no âmbito medicinal, houve uma maior abrangência desses métodos, os quais agregaram inúmeros benefícios na sociedade após o século XX, tais métodos passaram a ser a solução para aqueles que antes desejavam procriar e não conseguiam devido a problemas anteriormente citados, porém, graças aos avanços e sucesso das técnicas de reprodução humana o desejo de possuir uma prole se tornou possível.

Porém, foi observado que esse princípio entra em um conflito ético-jurídico no momento em que carece de legislação específica para garantir e salvaguardar os direitos e processos dentro dos métodos da reprodução humana assistida. Verificando assim, a ausência, impõe-se a necessidade de criação de leis específicas para evitar esse conflito aparente entre o que seria ético e o que seria de direito para que não gerem riscos ao direito de dignidade à vida humana nas práticas laboratoriais de fertilização assistida.

Tendo em vista que, com a gama de disponibilidade para utilização das técnicas de RA em grandes polos médico-tecnológicos e a alta taxa de sucesso destes na busca pela reprodução, ainda existe no país uma grande lacuna legislativa e jurídica referente a temática, posto que, não existe uma lei específica que regulamente esse tipo de técnica no Brasil, ficando todas as questões que as envolvem dependendo de outras legislações e regulamentações que não tratam exclusivamente dos métodos de reprodução, mas que possuem uma base para garantia e prática destes.

Apesar de não existir uma legislação única que assegure todos os direitos àqueles que se submetem ao uso dessas técnicas, a Constituição Federal e algumas resoluções do Conselho Federal de Medicina e a Lei de Biossegurança contribuem para o amparo e garantia deste direito, principalmente por se enquadrar em uma premissa constitucional que se encontra inserida em uma das garantias estabelecidas no direito à dignidade da pessoa humana: o princípio do planejamento familiar. Tal princípio trazido pelo art. 226, § 7º, é a principal base de garantia

utilizada para o acesso ao direito do uso dos métodos de reprodução assistida no país, na carência da legislação.

Porém, foi observado que esse princípio entra em um conflito ético-jurídico no momento em que carece de legislação específica para garantir e salvaguardar os direitos e processos dentro dos métodos da reprodução humana assistida. Verificando assim, a ausência, impõe-se a necessidade de criação de leis específicas para evitar esse conflito aparente entre o que seria ético e o que seria de direito para que não gerem riscos ao direito de dignidade à vida humana nas práticas laboratoriais de fertilização assistida.

Ainda que não seja disponível uma lei para regular o acesso aos métodos reprodutivos, a temática carrega diversas lacunas além da ausência de legislação a serem superadas, para garantir o livre acesso ao direito à reprodução assistida aos que a desejam, pois, devido a carência na propagação de informações na população em geral, não é de conhecimento comum que o próprio Sistema Único de Saúde brasileiro garante na esfera pública, dentro da assistência terciária à saúde, o acesso gratuito a esses métodos. Com o intuito de garantir a premissa trazida pela constituição, o direito ao planejamento familiar.

É imperioso apontar que o grande fator contribuidor para os impasses ainda encontrados em pleno século XXI no tocante ao acesso aos métodos de reprodução humana para toda a população, se circunda na escassez de propagação das informações necessárias, que por conseguinte é consequência da ausência de regulamentação quanto a esse tipo de técnica dentro do cotidiano brasileiro, que se estivesse presente na legislação seria abrangida e discutida amplamente na sociedade, garantindo a eficácia do direito.

Assim, é preciso alcançar e levar a informação sobre os avanços tecnológicos da reprodução humana assistida e o acesso desse direito à todos os cidadãos na esfera pública, esclarecendo suas dúvidas e quebrando também alguns

tabus criados pela sociedade devido a falta de legislação específica para reger esse direito além do preceito constitucional existente.

Infelizmente, as consequências trazidas pelas lacunas legais por muitas vezes, colocam em xeque o direito à dignidade humana daqueles que gostariam de se submeterem ao processo, o que entrega a gravidade do problema na sociedade atual, tendo a obrigação de persistir sobre o porquê desse quadro de impasse ético-jurídico e quais as possíveis atitudes que poderiam trazer uma maior garantia de acesso aos direitos que resguardam a proliferação da vida humana e o direito ao planejamento familiar.

REFERÊNCIAS:

Alexandre, MORAES, C. Coronel Rubens Limongi. **Responsabilidade Civil dos Pais na Reprodução Humana Assistida**. Disponível em: Minha Biblioteca, Grupo GEN, 2018.

BARBOZA, Heloisa Helena. **Direito à procriação e às técnicas de reprodução assistida**. Rio de Janeiro: Forense, 2004.

BÔAS-VILAS, Renata Malta. **Inseminação artificial no ordenamento jurídico brasileiro**: A omissão presente no Código Civil e a busca por uma legislação específica. 2011. Disponível em: <<https://ibdfam.org.br/artigos/734/Inseminação+Artificial+no+Ordenamento+Jurídico+Brasileiro:A+omissão+presente+no+Código+Civil+e+a+busca+por+uma+legislação+específica/>>. Acesso em: 13 dez. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Planalto**, Brasília, janeiro de 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9263.htm>. Acesso em: 05 set. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.105, de 24 de março de 2005. Regulamenta os incisos II, IV e V do § 1º do art. 225 da Constituição Federal, estabelece normas de segurança e mecanismos de fiscalização de atividades que envolvam organismos geneticamente modificados. **Planalto**, Brasília, março de 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11105.htm>. Acesso em: 19 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Destina recursos financeiros aos estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos de atenção à

Reprodução Humana Assistida, no âmbito do SUS. Portaria nº 3.149, de 28 de dezembro de 2012. Brasília, 2012. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3149_28_12_2012>. Acesso em: 12 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida e dá outras providências. Portaria nº 426, de 22 de março de 2005. Brasília, 2005. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_426.pdf>. Acesso em: 19 out. 2021.

CASALECHI, Maíra. **A REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA NO SUS: A saúde reprodutiva é um direito constitucional.** Saúde reprodutiva é um direito constitucional. 2021. Disponível em: <<https://embriologia.sbrh.org.br/?p=1566>>. Acesso em: 01 set. 2021.

CÓDIGO CIVIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406compilada.htm>. Acesso em: 13 dez. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida. Resolução CFM nº 2.294, de 27 de maio de 2021. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2021/2294_2021.pdf>. Acesso em: 14 set. de 2021.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito.** 9. ed. ver. aum. e atual. São Paulo: Saraiva, 2014.

EBSERH. A Maternidade Escola da Rede Ebserh em Natal (RN) retoma cadastro de novos pacientes para o Centro de Reprodução Assistida. 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/comunicacao/noticias/maternidade-escola-da-rede-ebserh-em-natal/>>. Acesso em: 13 dez. 2021.

FRANCO, Sandra. Flexibilização das normas sobre reprodução assistida: um avanço! **Hospitais Brasil.** Editado: 25 set. 2015. Disponível em: Acesso: 17 out. 2015.

HINTZ, Cantídio. Gestor de Operações e Financeiro Grupo Solum, Engravidada. [São Paulo]. 9 de set. 2021. Entrevista concedida a Renata Cortez Gusmão Pereira.

LOUREIRO, Cláudia Regina Magalhães. **Introdução ao Biodireito.** São Paulo: Saraiva, 2009.

PETTERLE, Selma Rodrigues. **O direito fundamental à identidade genética na Constituição Brasileira.** Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

REPRODUÇÃO assistida, um pouco de história. Bella Vita Reprodução Humana. Disponível em: <<https://www.bellavitareproducao.com.br/reproducao-assistida-um-pouco-de-historia/>>. Acesso em: 04 nov. 2021.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 5. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2005.

ANEXOS

ANEXO A - ANEXO da Resolução CFM nº 2.294, atualizada em 27 de maio de 2021

NORMAS ÉTICAS PARA A UTILIZAÇÃO DAS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA

I - PRINCÍPIOS GERAIS

1. As técnicas de reprodução assistida (RA) têm o papel de auxiliar no processo de procriação.
2. As técnicas de RA podem ser utilizadas para doação de oócitos e na preservação de gametas, embriões e tecidos germinativos por razões médicas e não médicas.
3. As técnicas de RA podem ser utilizadas desde que exista possibilidade de sucesso e baixa probabilidade de risco grave à saúde do(a) paciente ou do possível descendente.
 - 3.1 A idade máxima das candidatas à gestação por técnicas de RA é de 50 anos.
 - 3.2 As exceções a esse limite serão aceitas com base em critérios técnicos e científicos fundamentados pelo médico responsável quanto à ausência de comorbidades da mulher e após esclarecimento ao(s) candidato(s) quanto aos riscos envolvidos para a paciente e para os descendentes eventualmente gerados a partir da intervenção, respeitando a autonomia da paciente e do médico.
4. O consentimento livre e esclarecido será obrigatório para todos os pacientes submetidos às técnicas de RA. Os aspectos médicos envolvendo a totalidade das circunstâncias da aplicação de uma técnica de RA serão detalhadamente expostos, bem como os resultados obtidos naquela unidade de tratamento com a técnica proposta. As informações devem também atingir dados de caráter biológico, jurídico e ético. O documento de consentimento livre e esclarecido será elaborado em formulário específico e estará completo com a concordância, por escrito, obtida a partir de discussão entre as partes envolvidas nas técnicas de reprodução assistida.
5. As técnicas de RA não podem ser aplicadas com a intenção de selecionar o sexo (presença ou ausência de cromossomo Y) ou qualquer outra característica biológica do futuro filho, exceto para evitar doenças no possível descendente.
6. É proibida a fecundação de oócitos humanos com qualquer outra finalidade que não a procriação humana.

7. Quanto ao número de embriões a serem transferidos, fazem-se as seguintes determinações, de acordo com a idade:

- a) mulheres com até 37 (trinta e sete) anos: até 2 (dois) embriões;
- b) mulheres com mais de 37 (trinta e sete) anos: até 3 (três) embriões;
- c) em caso de embriões euploides ao diagnóstico genético; até 2 (dois) embriões, independentemente da idade; e
- d) nas situações de doação de oócitos, considera-se a idade da doadora no momento de sua coleta.

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

II - PACIENTES DAS TÉCNICAS DE RA

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

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

3. É permitida a gestação compartilhada em união homoafetiva feminina. Considera-se gestação compartilhada a situação em que o embrião obtido a partir da fecundação do(s) oócito(s) de uma mulher é transferido para o útero de sua parceira.

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

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

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

2. Um registro permanente das gestações e seus desfechos (dos abortamentos, dos nascimentos e das malformações de fetos ou recém-nascidos), provenientes das diferentes técnicas de RA aplicadas na unidade em apreço, bem como dos procedimentos laboratoriais na manipulação de gametas e embriões;

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

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

IV - DOAÇÃO DE GAMETAS OU EMBRIÕES

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

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

3. A idade limite para a doação de gametas é de 37 (trinta e sete) anos para a mulher e de 45 (quarenta e cinco) anos para o homem.

3.1 Exceções ao limite da idade feminina poderão ser aceitas nos casos de doação de oócitos e embriões previamente congelados, desde que a receptora/receptores seja(m) devidamente esclarecida(os) dos riscos que envolvem a prole.

4. Será mantido, obrigatoriamente, sigilo sobre a identidade dos doadores de gametas e embriões, bem como dos receptores, com ressalva do item 2 do Capítulo IV. Em situações especiais, informações sobre os doadores, por motivação médica, podem ser fornecidas exclusivamente para os médicos, resguardando a identidade civil do(a) doador(a).

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

6. Na região de localização da unidade, o registro dos nascimentos evitará que um(a) doador(a) tenha produzido mais de dois nascimentos de crianças de sexos diferentes em uma área de 1 milhão de habitantes. Um(a) mesmo(a) doador(a) poderá contribuir com quantas gestações forem desejadas, desde que em uma mesma família receptora.

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

8. É permitida a doação voluntária de gametas, bem como a situação identificada como doação compartilhada de oócitos em RA, em que doadora e receptora compartilham tanto do material biológico quanto dos custos financeiros que envolvem o procedimento de RA.

9. A escolha das doadoras de oócitos, nos casos de doação compartilhada, é de responsabilidade do médico assistente. Dentro do possível, deverá selecionar a

doadora que tenha a maior semelhança fenotípica com a receptora, com a anuência desta.

10. A responsabilidade pela seleção dos doadores é exclusiva dos usuários quando da utilização de banco de gametas ou embriões.

11. Na eventualidade de embriões formados de doadores distintos, a transferência embrionária deverá ser realizada com embriões de uma única origem para a segurança da prole e rastreabilidade.

V - CRIOPRESERVAÇÃO DE GAMETAS OU EMBRIÕES

1. As clínicas, centros ou serviços podem criopreservar espermatozoides, óocitos, embriões e tecidos gonadais.

2. O número total de embriões gerados em laboratório não poderá exceder a 8 (oito). Será comunicado aos pacientes para que decidam quantos embriões serão transferidos a fresco, conforme determina esta Resolução. Os excedentes viáveis serão criopreservados. Como não há previsão de embriões viáveis ou quanto a sua qualidade, a decisão deverá ser tomada posteriormente a essa etapa.

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

4. Os embriões criopreservados com três anos ou mais poderão ser descartados se essa for a vontade expressa dos pacientes, mediante autorização judicial.

5. Os embriões criopreservados e abandonados por três anos ou mais poderão ser descartados, mediante autorização judicial.

5.1 Embrião abandonado é aquele em que os responsáveis descumpriram o contrato preestabelecido e não foram localizados pela clínica.

VI - DIAGNÓSTICO GENÉTICO PRÉ-IMPLANTACIONAL DE EMBRIÕES

1. As técnicas de RA podem ser aplicadas à seleção de embriões submetidos a diagnóstico de alterações genéticas causadoras de doenças, podendo nesses casos ser doados para pesquisa ou descartados, conforme a decisão do(s) paciente(s), devidamente documentada com consentimento informado livre e esclarecido específico. No laudo da avaliação genética, só é permitido informar se o embrião é masculino ou feminino em casos de doenças ligadas ao sexo ou de aneuploidias de cromossomos sexuais.

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

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

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

As clínicas, centros ou serviços de reprodução podem usar técnicas de RA para criar a situação identificada como gestação de substituição, desde que exista um problema médico que impeça ou contraindique a gestação, ou em caso de união homoafetiva ou de pessoa solteira.

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

2. A cessão temporária do útero não poderá ter caráter lucrativo ou comercial e a clínica de reprodução não pode intermediar a escolha da cedente.

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

3.1 Termo de consentimento livre e esclarecido assinado pelos pacientes e pela cedente temporária do útero, contemplando aspectos biopsicossociais e riscos envolvidos no ciclo gravídico-puerperal, bem como aspectos legais da filiação;

3.2 Relatório médico atestando adequação clínica e emocional de todos os envolvidos;

3.3 Termo de Compromisso entre o(s) paciente(s) e a cedente temporária do útero que receberá o embrião em seu útero, estabelecendo claramente a questão da filiação da criança;

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

3.5 Compromisso do registro civil da criança pelos pacientes, devendo essa documentação ser providenciada durante a gravidez;

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

VIII - REPRODUÇÃO ASSISTIDA POST MORTEM

É permitida a reprodução assistida post mortem desde que haja autorização específica do(a) falecido(a) para o uso do material biológico criopreservado, de acordo com a legislação vigente.

IX - DISPOSIÇÃO FINAL

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

ANEXO B. PORTARIA Nº 426/2005 MINISTÉRIO DA SAÚDE

PORTARIA GM/MS Nº 426/2005

Em 22 de março de 2005. Institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida e dá outras providências.

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

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

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

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

Considerando que as técnicas de reprodução humana assistida contribuem para a diminuição da transmissão vertical e/ou horizontal de doenças infecto-contagiosas, genéticas, entre outras; Considerando a necessidade de estabelecer mecanismos de regulação, fiscalização, controle e avaliação da assistência prestada aos usuários; e

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

RESOLVE:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ANEXO C - PORTARIA Nº 3.149/2012 MINISTÉRIO DA SAÚDE

PORTARIA GM/MS Nº 3.149/2012

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Considerando a associação das características observadas nos serviços visitados e das informações obtidas nas visitas técnicas, resolve:

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

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

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

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

