

## **SAÚDE COMO UM DIREITO HUMANO E DA PERSONALIDADE: O CONTROLE REPRODUTIVO E A INSCRIÇÃO BIOPOLÍTICA SOBRE OS CORPOS INFÉRTEIS E/OU ESTÉREIS**

*HEALTH AS A HUMAN RIGHT AND PERSONALITY: REPRODUCTIVE CONTROL AND BIOPOLITICAL INSCRIPTION ON INFERTILE AND/OR STERILE BODIES*

### **Janaína Machado Sturza**

Pós doutora em Direito pela Unisinos. Doutora em Direito pela Universidade de Roma Tre/Itália. Mestre em Direito pela Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC. Especialista em Demandas Sociais e Políticas Públicas também pela UNISC. Professora na Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUI, lecionando na graduação em Direito e no Programa de pós-graduação em Direito - mestrado e doutorado. Integrante da Rede Iberoamericana de Direito Sanitário. Integrante do grupo de pesquisa Biopolítica e Direitos Humanos (CNPq). Pesquisadora Gaúcha FAPERGS – PqG Edital N° 05/2019. Pesquisadora Universal CNPq - Chamada CNPq/MCTI/FNDCT N° 18/2021. E-mail: janasturza@hotmail.com

### **Valéria Silva Galdino Cardin**

Pós-Doutora em Direito pela Universidade de Lisboa; Doutora e Mestre em Direito das Relações Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP); Docente da Universidade Estadual de Maringá (UEM) e no Doutorado e Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Jurídicas pelo Centro Universitário de Maringá (UNICESUMAR); Pesquisadora pelo Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação (ICETI); E-mail: valeria@galdino.adv.br

### **Mylene Manfrinato dos Reis Amaro**

Doutoranda em Direito pela Universidade Cesumar – Unicesumar. Mestra em Ciências Jurídicas pela Universidade Cesumar – Unicesumar (2019-2020), com enfoque nos Direitos da Personalidade e seu alcance na contemporaneidade. Bolsista do Programa de Suporte à Pós-Graduação de Instituições de Ensino Particulares (PROSUP/CAPES). Graduada no Curso de Direito da Instituição de Ensino Superior Unicesumar, da cidade de Maringá-PR (2013-2017). Especialista em Direito Civil e Tecnologias e Inovações EAD – UNIASELVI. Membro do grupo de Pesquisa “Reconhecimento e Garantia dos Direitos da Personalidade”. E-mail: mylenemanfrinato@gmail.com

Aprovado em: 26/01/2024

**RESUMO:** O objetivo deste artigo é analisar espaços de exceção que norteiam o cenário político e jurídico nacional, pautado na democracia e no autoritarismo, expresso na tentativa de estabelecer controle sobre os corpos inférteis e/ou estéreis. A primeira parte fixa o referencial teórico a partir das convenções internacionais que tratam sobre os direitos humanos, com foco no direito à saúde, a fim de evidenciar de que modo a saúde é reconhecida como um direito humano, fundamental e social e da personalidade. A segunda investiga a incidência da infertilidade e da esterilidade sobre

os corpos de quem deseja o nascimento de filhos, além de elencar aspectos relevantes sobre as técnicas de reprodução assistida. A pesquisa contextualiza os espaços de exceção provenientes do Poder Soberano, que atua de forma direta no cenário político do país, pautado no esforço de manter o controle sobre os corpos que não procriam de forma natural, com o escopo de evidenciar de que modo o Estado disponibiliza o acesso às técnicas de reprodução assistida de forma gratuita. Para tanto, o trabalho utiliza o método teórico, fundamentado em revisão bibliográfica de obras, artigos de periódicos, documentos eletrônicos e na legislação aplicável. Como resultado, verificou-se que o direito à procriação é um direito fundamental, orientado pelo princípio do livre planejamento familiar e da parentalidade responsável, devendo este ser assegurado pelo Estado a todos os cidadãos de forma igualitária, para que não haja controle do Poder Soberano sobre os corpos de quem não consegue alcançar a procriação de forma natural.

**Palavras-chave:** Direito à Saúde. Direito da Personalidade. Reprodução Humana Assistida.

**ABSTRACT:** The aim of this article is to analyze spaces of exception that guide the national political and legal scenario, based on democracy and authoritarianism, expressed in an attempt to establish control over infertile and/or sterile bodies. The first part sets the theoretical framework based on international conventions that deal with human rights with a focus on the right to health, in order to evidence how health is recognized as a human, fundamental and social right and personality. The second investigates the incidence of infertility and sterility on the bodies of those who wish to be born of children, in addition to listing relevant aspects about assisted reproduction techniques. Finally, the research contextualizes the exception spaces coming from the Sovereign Power that acts directly in the political scenario of the country, based on the effort to maintain control over bodies that do not breed in a natural way, in order to how the State provides access to assisted reproduction techniques free of charge. To this end, it used the theoretical method, based on a bibliographic review of works, journal articles, electronic documents and applicable legislation. As a result, it was found that the right to procreation is a fundamental right, guided by the principle of free family planning and responsible parenthood, and that it should be assured by the State to all citizens equally, so that there is no control of the Sovereign Power over the bodies of those who cannot achieve procreation in a natural way.

**Keywords:** Right to Health. Personality Right. Assisted Human Reproduction.

**SUMÁRIO:** Introdução. 1 Do direito social à saúde como um direito humano e da personalidade. 2 Infertilidade, esterilidade e reprodução assistida. 3 O controle sobre os corpos inférteis na reprodução assistida e o direito da personalidade à saúde reprodutiva. Conclusão. Referências.

## INTRODUÇÃO

As novas técnicas de reprodução humana assistida têm como objetivo solucionar os problemas que muitos casais têm quanto à esterilidade e/ou à infertilidade, uma vez que o planejamento parental é um direito assegurado pelo ordenamento jurídico brasileiro. Todavia, no Brasil, ainda não há uma regulamentação específica que discipline tais técnicas, de forma que estas obedeçam às normas administrativas do Conselho Federal de Medicina (CFM), dentre elas, a Resolução CFM nº 2.194/2021, que serve para orientar os profissionais da saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS) possui apenas a Portaria nº 3.149/2012, do Ministério

da Saúde, que disponibiliza de forma gratuita a procriação assistida em cinco estados brasileiros. Em razão disso, alguns conflitos surgiram em decorrência da ineficiência do Estado em disponibilizar em todo o país a reprodução assistida de forma gratuita, o que acarreta desigualdade de acesso às técnicas de procriação e desumanização diante da ofensa ao direito à saúde reprodutiva.

Para melhor compreensão da temática, o presente trabalho se propôs a analisar o direito à saúde como um direito humano e social e a sua evolução no ordenamento jurídico, até a promulgação da atual Constituição Federal de 1988 e do Código Civil, destacando os princípios que hoje norteiam o tema. Posteriormente, examina a infertilidade e a esterilidade, bem como as principais técnicas utilizadas para a consecução do projeto de parentalidade, tais como: a inseminação artificial homóloga, a inseminação artificial heteróloga e a fertilização in vivo e in vitro.

A pesquisa aborda o Estado de Exceção e o Poder Soberano, que atua sobre os corpos inférteis e/ou estéreis, exercendo controle quanto a quem concretiza o projeto parental por meio do nascimento de filhos, com base no sustentáculo contrário à efetivação dos direitos humanos, que se traduz na reserva do possível. Portanto, será analisada a reprodução assistida como um direito à saúde e a necessidade de criação de uma regulamentação para a reprodução assistida não só no âmbito privado, mas também no público, principalmente para garantir o acesso a estes métodos de forma gratuita pelo SUS, para que não haja a desumanização do direito humano à saúde em virtude da vontade do Poder Soberano.

A justificativa do presente trabalho está na necessidade de reflexão acerca do controle reprodutivo dos corpos inférteis e/ou estéreis em face do Estado de Exceção, que impõe a vontade de um Poder Soberano. Para tanto, será utilizado o método teórico, que consiste na consulta de obras, artigos de periódicos, documentos eletrônicos e a legislação aplicável.

## **1 DO DIREITO SOCIAL À SAÚDE COMO UM DIREITO HUMANO E DA PERSONALIDADE**

A compreensão da saúde como um direito social implica o estudo, mesmo que não aprofundado, do conceito de saúde e dos seus fundamentos jurídicos, não como forma de justificá-lo, mas de protegê-lo. No entanto, entende-se aqui que o sustentáculo do direito à saúde, por meio das ferramentas legais e com algum conteúdo obrigatório, é associado à busca da justificação não absoluta.

---

Na medicina grega, Hipócrates de Cós (460-377 a.C.) representa uma importante reflexão

quanto à maneira de encarar o tema saúde e doença. Platão, Sócrates e Aristóteles em seus textos referiam-se a sua existência revelando um contexto de racionalidade na medicina, afastando a concepção mitológica e religiosa que pairava sobre a saúde e a doença, isso porque, a doença não seria “[...] mais divina ou mais sagrada que qualquer outra doença; tem uma causa natural e sua origem supostamente divina reflete a ignorância humana” (SCLIAR, 2017, p. 32).

Para Hipócrates, a pessoa era uma unidade organizada e a doença era visualizada como o desarranjo desta e nada mais. No entanto, foi necessária a ocorrência de duas grandes guerras mundiais para que, no dia 7 de abril de 1948 (Dia Mundial da Saúde), após criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) fosse reconhecido o direito à saúde e a imposição ao Estado de propiciar meios básicos de promoção e proteção deste direito. Nesse sentido, a OMS observa um conceito para saúde que supera a ausência de doenças e enfermidades e apresenta-se como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, para a promoção da dignidade humana (LARA, 2019, p. 45).

No íterim da Ciência Jurídica o direito social à saúde advém dos valores estabelecidos na Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, que surgiram após a experiência totalitária do século XX, que promoveu as atrocidades cometidas pelo nazismo e da consequente necessidade de proteção ao ser humano no contexto internacional (LARA, 2019, p. 45).

Acompanhando esse entendimento, as Constituições europeias do pós-guerra elevaram a saúde como direito, protegendo-a constitucionalmente. Exemplo disso é a Constituição espanhola, que “reconhece o direito à proteção da saúde” (ESPANHA, 1985). No mesmo sentido; a Constituição italiana, que em seu art. 32 protege a saúde como um “direito fundamental do indivíduo e interesse da coletividade e garante tratamento gratuito aos indigentes” (ITÁLIA, 1956) e a Constituição portuguesa, que no art. 64 dispõe que “todos possuem o direito à proteção da saúde e o dever de defender e promover” (PORTUGAL, 1948).

No contexto brasileiro, as primeiras constituições (1824 e 1891) não se preocuparam com o direito à saúde, mesmo que quando ambas foram instituídas, doenças como a varíola, a peste bubônica, a cólera e a febre amarela assolavam um grande número de pessoas. As demais constituições também não trouxeram nada muito relevante sobre o tema, apenas instituíram o dever do Estado em legislar sobre o assunto, mas sem garantir a saúde como um direito (CARVALHO, 2003, p. 11).

A Constituição Federal de 1988 dedicou um capítulo para dispor sobre os direitos sociais (Capítulo II – Dos Direitos Sociais) e por meio do art. 6º traz a saúde como um direito social. A diferença significativa entre os direitos fundamentais e os direitos sociais é que os primeiros servem para a prestação social, que, em sentido *estricto*, correspondem ao direito que o “eu individual”

possui de alcançar algo por meio do poder estatal. Já os segundos, também em sentido *estrito*, são destinados às prestações sociais; isso significa que o Estado deixa de olhar a pessoa como indivíduo único e passa a proporcionar meios de vida e desenvolvimento como um todo.

Verifica-se que o conceito de saúde por si só advém de várias áreas dos saberes, de modo que não se restringe apenas à Medicina e abrange também o raciocínio da Sociologia, da Antropologia, da Filosofia e, inclusive, do Direito – aspecto em análise nesta pesquisa. No âmbito da Ciência Jurídica o direito à saúde não representa somente um direito da personalidade, inerente ao ser humano, mas também um direito social previsto pela ordem constitucional brasileira.

É necessário esclarecer que a conjectura entre os direitos sociais não confronta os direitos fundamentais de liberdade, mas que na sua essência os primeiros vão adiante, porque, além de conferir liberdade também promovem a igualdade social, o que não se observava antes da Constituição Federal de 1988, em virtude da falta de pressupostos sociais em detrimento das liberdades individuais (BÖCKENFÖRDE, 1993, p. 74-75).

Em sentido *estrito* os direitos sociais correspondem à prestação material de um direito, ou seja, é o direito de exigir do Estado a prestação de serviços que atenuem a desigualdade social, para que todos possam auferir os mesmos direitos e garantias sociais, sendo um direito público subjetivo, por ser considerado uma necessidade básica para a sobrevivência digna da pessoa. Carlos Simões (2012, p. 65) ao discorrer sobre os direitos sociais, evidencia que estes são “[...] enunciados constitucionais de natureza prerrogativas substanciais consideradas indisponíveis e essenciais do cidadão”. Logo, a saúde corresponde ao direito indissociável aos outros direitos fundamentais, como o direito à vida e a dignidade humana, o fundamento do Estado Democrático de Direito.

Já o estudo da saúde como um direito humano deve ser realizado sob a perspectiva dos documentos internacionais que versam sobre os direitos humanos. Nos limites da presente pesquisa, a análise será pautada na *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, no *Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos de 1966*, no *Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966* e na *Declaração de Viena de 1993*.

Como já mencionado, a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 surgiu como resposta às atrocidades do estado totalitário proveniente do genocídio em massa que ocorreu na Alemanha nazista, como forma de internacionalização da proteção da pessoa por meio dos direitos humanos (ARENDT, 1987, p. 267-302), sendo aprovada por todos os quarenta e oito Estados que participaram da Assembleia, inaugurando de forma inédita uma nova linguagem de direitos que até pouco tempo não eram assegurados ou protegidos em âmbito internacional.

Diante disso, há que se analisar a saúde como um direito humano reconhecido mundialmente, mesmo que se encontre de forma indireta na Declaração de 1948. Por ser resultante

do direito à vida, é possível analisar sua presença em vários dispositivos, como por exemplo, o art. 25 da Declaração, que prevê ser direito de todo indivíduo o acesso a um padrão de vida que seja capaz de proporcionar a si e a sua família saúde e bem-estar, e o art. 22, que determina que toda pessoa, como membro da sociedade, tem direitos à segurança social para a efetivação do livre desenvolvimento da sua personalidade.

Mais adiante, por meio do art. 28, a Declaração realiza uma afirmação positiva quando dispõe que “toda pessoa tem direito a uma ordem social e internacional em que os direitos e liberdades estabelecidos na presente Declaração possam ser plenamente realizados” (ONU, 1948). Logo, na década de 1940, a Declaração representou um progresso jurídico sob o olhar protetor *prima facie* do ser humano.

Anos depois, o direito à saúde foi mencionado indiretamente no Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos de 1966, por meio de referência ao direito à vida e à integridade humana. Como afirmativa disso, na primeira hipótese é vislumbrado o direito à saúde como parte do direito à vida, diante de algumas proibições que violam a personalidade da pessoa, como por exemplo, a tortura e o uso de seres humanos como cobaias científicas (art. 7º). Já no segundo caso, a saúde como exceção do direito de entrar e sair do país (art. 12), a livre manifestação religiosa e de crença (art.18) e a própria liberdade de expressão (art.19) (ONU, 1966).

No mesmo ano foi criado também o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, que deixa de lado menções tímidas sobre o tema saúde e adota uma exposição mais ampla e efetiva para o cidadão. O art. 12 deste Pacto, em sentido *estrito*, evidencia que os estados signatários “reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais alto nível possível de saúde física e mental” e enfatiza que entre as medidas que deverão ser tomadas para este direito tem-se “a criação de condições que garantam a todos a assistência médica e os serviços médicos em caso de doença” (ONU, 1966).

Por se tratar de um direito de dimensão social e prestacional, o direito à saúde exige que o Estado tenha uma postura presente e atuante, para que seja possibilitado aos indivíduos o acesso ao direito humano e social à saúde. Isso significa dizer que o termo “possível”, previsto no art. 12 do Pacto, está relacionado ao alcance científico e tecnológico para a solução dos mais diversos problemas que impedem uma vida saudável.

Não obstante os dois Pactos de 1966, a Declaração de Viena, de 1993, foi enfática ao discorrer sobre o direito à saúde, reafirmando “com base no princípio de igualdade entre mulheres e homens, o direito da mulher a uma assistência de saúde acessível e adequada e ao leque mais amplo possível de serviços de planejamento familiar” (art. 41). Além de reconhecer que os Estados possuem o dever de promover saúde aos grupos vulneráveis da sociedade (art. 24) (ONU, 1993).

Neste sentido, há que se observar que o direito à saúde, além de ser assegurado a todos, tem como objetivo não apenas combater doenças, mas também proporcionar meios que possibilitem aos indivíduos o exercício do direito ao planejamento familiar.

Dado a sua essencialidade, o direito à saúde além de um direito social, fundamental e humano também é classificado com um direito da personalidade, justamente por estar intimamente atrelado ao direito à vida e integridade física. Logo, é perfeitamente contundente, que se a pessoa não puder regozijar-se de saúde, outros direitos se querem poderão ser exercidos.

Verifica-se, portanto, o importante papel dos Estados na proteção e na efetivação dos direitos humanos e para garantir o direito à saúde, pois, uma vez ausente tal direito, a possibilidade de violação ao desenvolvimento da personalidade e da dignidade humana torna-se algo extremamente perigoso, uma vez que deixa o ser humano no limbo da “doença” e da desigualdade.

## **2 INFERTILIDADE, ESTERILIDADE E REPRODUÇÃO ASSISTIDA**

A temática que envolve a infertilidade, a esterilidade e a reprodução humana é um dos temas centrais desta pesquisa, exatamente por ser o fator que desperta um novo olhar para a procriação artificial, pois atinge o âmago do próprio ser humano, que tem a perpetuação de sua espécie por meio do nascimento de descendentes.

A infertilidade e a esterilidade motivaram inúmeras mudanças nos paradigmas da biotecnologia, inclusive para a criação e o uso de inteligência artificial nas técnicas de reprodução assistida. Para muitas pessoas com problemas de fecundidade é um suplício, especialmente social, o fato de não poder ter filhos, cenário que pode gerar não apenas problemas de ordem moral, mas também de ordem psicológica.

A situação de incapacidade procriativa é tão dramática que pode assolar a vida de uma pessoa ou de toda a sua família. Na visão de Mary Warnock (2004, p. 49) nem a adoção seria capaz de preencher a angústia sofrida por algumas pessoas inférteis/estéreis, pois: “criar niños no geneticamente conectados em modo alguno com nos otros se há convertido en una empresa considerablemente diferente a la criar a um niño que comparte nuestros propios genes” (WARNOCK, 2004, p. 49).

Os problemas que impedem as pessoas de conceber filhos por meios naturais são tidos não raro para a sociedade como uma maldição da natureza e ocasionam pressão e condenação social, gerando tristeza a quem é rotulado como infértil e/ou estéril. Vânia Lopes e Isabel Leal (2012, p. 15) pontuam que a incapacidade procriativa pode gerar problemáticas emocionais, tais como o:

sofrimento, a depressão, a ansiedade, a ira, o choque, a negação, a frustração, os sentimentos de culpa, numa procura incessante de resposta acerca de uma possível causa que possa tranquilizar e pertencer ao foro racional. Dado que a infertilidade se associa a uma perda de controlo sobre o corpo, sobre o que se faz, sobre as emoções, imperando uma enorme falta de certeza e incapacidade de prever e planejar o futuro, torna-se organizador contar com alguns dados conhecidos (LOPES; LEAL, 2012, p. 15).

Outras consequências seriam a perda de autoestima, problemas de identidade e a falta de relacionamentos, tendo em vista que a pessoa pode se sentir diferente/inferior, o que pode refletir também na vida conjugal e sexual (DUNKEL- SCHETTER; LOBEL, 1991).

Para Ballester (2011, p. 27) “tiene razón quien piense así, pero la solución de este problema no está em las istitución de la función reproductora ausente”. Deste modo, em situações como essas, “la terapia debe ir dirigida a restablecer el equilibrio emocional perdido por la persona”.

Os vocábulos infertilidade e esterilidade são expressões correlacionadas e sua distinção é realizada por aspectos meramente técnicos, com importância mais para a Medicina do que propriamente para o sistema jurídico. No entanto, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1975, apresentou em relatório a diferença entre as expressões (WHO, 1975). O presente trabalho utiliza as expressões infertilidade e esterilidade como sinônimos, diante do fato de que representam a situação de impedimento para a concepção natural do ser humano. Contudo, a diferenciação dos termos é importante para a interpretação de normas técnicas da área da saúde.

Em 1992, a OMS definiu a infertilidade como a “exposição de dois anos ao risco de gravidez sem concepção”, que se diferencia da definição empregada pelas clínicas de reprodução assistida, que a entendem como a “incapacidade de gravidez após um ano de intercursos regulares” (WHO, 1992, p. 2). Anos depois, em 2004, a OMS apresentou um novo prazo, de cinco anos, para o indivíduo tentar concretizar o seu projeto parental de forma natural sem ser considerado infértil (WHO, 2004).

Já para a Resolução nº 2.294/2021, do Conselho Federal de Medicina (CFM), o conceito de infertilidade é traduzido como um problema de saúde, com inferências médicas e psicológicas (CFM, 2021). Ou seja, é a incapacidade, de um ou ambos os cônjuges ou companheiros de alcançarem a concepção por um período de dois anos (ALVARENGA, 2005, p. 229). Logo, a infertilidade é atribuída àquela pessoa que consegue a fecundação, mas que não consegue levar a gravidez adiante, logo, trata-se da incapacidade de ter filhos quando a fecundação ocorrer, o que impede o nascimento da criança.



Já a esterilidade acontece quando a gravidez não ocorre, ou seja, a pessoa sequer consegue alcançar a fecundação. Considera-se estéril o casal que, após um ano de prática sexual frequente, sem uso de métodos contraceptivos, não consegue o resultado gravidez (PESSINI, 1997, p. 217). A infertilidade corresponde à dificuldade de engravidar, sendo considerado o indivíduo infértil. No contexto dos problemas reprodutivos, a maior parte das pessoas que não possuem filhos enfrenta questões ligadas à infertilidade. Apenas os casais que não possuem nenhuma chance de engravidar é que devem ser considerados estéreis. Contudo, mesmo para estes, é possível por meio de tratamentos médicos obter a tão almejada parentalidade.

Tanto a infertilidade quanto a esterilidade podem se originar não apenas da mulher como muitos imaginam, mas também da figura masculina, o que pode ocorrer por diversos fatores de ordem física (biológica e genética) ou por problemas psicológicos (mental). Em âmbito nacional, dentre os casais inférteis e/ou estéreis, 77% possuem algum problema de saúde relacionado à depressão e 68% sentem algum tipo de culpa e/ou incômodo pessoal por não conseguir ter filhos (PENHEIRO; MITTCHELL, 1998).

No Brasil, metade das pessoas diagnosticadas com algum problema reprodutivo apresenta infecções ou doenças sexuais. Ao se falar de reprodução e impedimentos à reprodução humana é fundamental conhecer a biologia da reprodução, mais especificamente, o sistema reprodutor masculino e feminino (MACHADO, 2003).

O sistema reprodutor masculino é composto pelos testículos, que em linguagem científica são traduzidos por duas glândulas com estruturas ovais e com tamanhos aproximados uma da outra. É nessas glândulas que os hormônios sexuais masculinos são produzidos, como por exemplo, a testosterona. Cada um dos testículos possui ductos seminíferos, local onde são produzidos os espermatozóides; é por meio da uretra que o sêmen é liberado/ejaculado (SANCHES, 2013).

O sistema reprodutor feminino é estruturado por meio dos ovários, trompas uterinas, útero, vagina e vulva. Os ovários correspondem a duas glândulas que são situadas na cavidade abdominal. Já as trompas são “dois ductos cilíndricos e ocos que vão dos ângulos superiores do útero até os ovários, que ficam parcialmente encobertos pelo útero” (DÍAZ, 2008, p. 14) e é nelas que ocorre o contato entre oócito e o espermatozóide, ou seja, a fecundação, sendo as trompas parte fundamental no transporte do embrião até o útero (SANCHES, 2013, p. 71).

O útero é o órgão que possui a função de gerar o embrião, apresentando uma dimensão de 5 a 8 centímetros, com peso de 40 a 60 gramas (DÍAZ, 2008). Já a vagina “é o conduto que vai desde a vulva ao colo uterino” e a vulva corresponde ao “conjunto dos órgãos genitais externos da mulher”, abarcando “quatro regiões anatômicas: monte de Vênus, ou monte pubiano, grandes lábios, pequenos lábios e vestíbulo ou (*introito*), onde se encontra o clitóris” (SANCHES, 2013, p.

72).

Ambos os sistemas reprodutores são fundamentais para o sucesso da gravidez, pois se o sistema reprodutor masculino encontra-se com algum impedimento, por óbvio que o material genético não será fecundado, e o mesmo ocorre em situações em que o aparelho reprodutor feminino apresenta deficiências, impossibilitando o resultado gravidez de forma natural.

Entre as principais causas de infertilidade/esterilidade humana, algumas doenças podem ser destacadas quanto ao sexo masculino: varicocele, infecções no trato genital, causas congênitas etc. Já no aparelho reprodutor feminino as doenças estão relacionadas à disfunção na ovulação, à endometriose pélvica, às doenças das tubas de falópio e doenças congênitas. Além disso, a poluição também pode contribuir negativamente para a falta de fecundidade, pois ela é responsável por danificar o código genético, comprometendo a saúde reprodutiva tanto de homens como de mulheres (FERRAZ, 2011).

A literatura médica estima que cerca de 15% a 20% de toda população mundial tenha impedimentos de ordem genética e biológica para a efetivação da gravidez, contudo, esse número pode ser ainda maior, considerando a quantidade de pessoas com algum impedimento genético/biológico e que não possuem acesso aos serviços de saúde reprodutiva e acabam sem ajuda especializada (COLLUCCI, 2003).

A infertilidade também está intimamente ligada à idade dos indivíduos, atingindo um em cada quatro casais com idade superior aos 35 (trinta e cinco) anos. Além disso, a idade, principalmente da mulher, está estritamente relacionada ao sucesso em conseguir a gravidez. Na situação de gravidez natural após os 35 (trinta e cinco) anos as chances alcançam apenas o patamar de 15% a 20% das mulheres; o que se agrava ainda mais aos 45 (quarenta cinco anos), já que há apenas 3% a 5% de chances da concretização da gravidez (SCHAFFER; DIAMOND, 1994).

Conforme a OMS, a infertilidade e a esterilidade são consideradas doenças, por meio do registro de Classificação Internacional de Doenças (CDI 10), com possibilidades de tratamento. Dessa forma, devem ser consideradas um problema de saúde pública por parte do Estado, que deve garantir tratamento às pessoas acometidas por tais obstáculos reprodutivos (CARDIN; ROSA, 2013).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986, estabeleceu diretrizes que foram estipuladas para a elaboração da vigente Constituição Federal de 1988, oportunidade em que o assunto saúde reprodutiva teve grande destaque. Diante disso, o item 3º da mencionada Conferência traz o significado do direito à saúde, sendo este “a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis” (BRASIL, 1986).

É evidente que o direito à saúde não está intimamente e restritamente ligado apenas à eliminação de doenças e moléstias, de modo que abrange a efetivação de uma vida plena, pautada na dignidade humana, o que, por sua vez, reflete nos direitos sexuais e reprodutivos, principalmente no desejo da paternidade e maternidade.

Maria Claudia Crespo Brauner (2003, p. 17) acerca da saúde reprodutiva, dispõe que a OMS entende:

- a) que as pessoas tenham a habilidade de reproduzir-se assim como de regular sua fertilidade com o maior conhecimento possível das consequências pessoais e sociais de suas decisões, e com acesso aos meios para implementá-las;
- b) que as mulheres possam ter acesso à maternidade segura;
- c) que a gravidez seja bem-sucedida quanto ao bem-estar e à sobrevivência materna e da criança. Além disso, que os casais sejam capazes de ter relações sexuais sem medo de gravidez indesejada e de contrair doenças.

O Estado, ao dispor sobre o planejamento familiar, também deve despertar seu olhar sobre os indivíduos que por meio natural não conseguem efetivar o direito reprodutivo. O Pacto de São José da Costa Rica, por meio do seu art. 11, elenca a família como elemento essencial da sociedade, de forma que merece proteção integral por parte do Estado, dispondo também sobre o direito de todo cidadão constituir família de forma livre (CARDIN; AMARO, 2019).

Hodiernamente, o direito à saúde consiste em um direito fundamental assegurado no plano nacional por meio dos incisos I e II do art. 194<sup>1</sup> da Constituição Federal (BRASIL, 1988). Logo, a saúde é “um dos principais componentes da vida, seja como pressuposto indispensável para a sua existência, seja como elemento agregado à sua qualidade. Assim, a saúde se conecta ao direito à vida” (SCHWARTZ, 2001).

Pedrosa Neto e Franco Junior (1998, p. 113) argumentam sobre a possibilidade do uso da reprodução assistida para a concretização do projeto parental, afirmando que “[...] o determinismo biológico da reprodução e a satisfação do casal com a chegada de um filho justifica plenamente a utilização das técnicas de reprodução humana”.

Daí é que se verifica a importância da análise das principais técnicas de reprodução assistida disponibilizadas na medicina procriativa. Assim, as modalidades artificiais de procriação entram em ação de forma inovadora em prol das pessoas que por uma série de fatores antes sequer

---

<sup>1</sup>Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Parágrafo único. Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

I- universalidade da cobertura e do atendimento;

II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais (BRASIL, 1988).

podiam sonhar com o nascimento de filhos.

Neste contexto, a reprodução assistida consiste em um conjunto de diversos procedimentos com a função de suprimir as deficiências e limitações genéticas que impedem os seres humanos de se reproduzirem, seja por meio da modalidade inseminação artificial, da fertilização *in vitro* ou da utilização de medicamentos que estimulam a ovulação.

A reprodução humana assistida (RHA) pode ser conceituada como o conjunto de “técnicas que favorecem a fecundação humana, a partir da manipulação de gametas e embriões, objetivando principalmente combater a infertilidade e propiciando o nascimento de uma nova vida humana” (RODRIGUES; BORGES, 2008, p. 228). Portanto, a reprodução assistida consiste no uso de um conjunto de meios e técnicas capazes de concretizar a gravidez.

Quanto ao uso das técnicas de reprodução assistida, em conformidade com a Lei do Planejamento Familiar, Marilena Cordeiro Dias Villela Corrêa e Maria Andrea Loyola (2015, p. 5-6) lecionam que:

bem longe da linguagem médica do tratamento da infertilidade de um casal, vemos hoje que as inovações reprogenéticas vão ao encontro de indivíduos informados, consumidores, por vezes organizados em associações em torno de problemas semelhantes. Nesse modelo, o desejo de reprodução pode reescrever um mundo novo e já vem provocando deslocamentos e redefinições dos problemas propriamente ditos, como na proposição da categoria da ausência involuntária de filhos.

Os experimentos de reprodução assistida podem acontecer por meio de duas modalidades distintas, a homóloga e a heteróloga. Na primeira modalidade, utiliza-se o material genético do próprio casal ou futuros genitores, pois pessoas solteiras também podem utilizar a reprodução assistida, por meio da manipulação dos “gametas da mulher (óvulo) e do marido (sêmen) e, cuja fecundação, substitui a concepção natural, havida por meio da cópula” (LÔBO, 2011, p. 200). Por meio dessa modalidade, é possível o nascimento de um filho mesmo após a morte do cônjuge, entretanto, é necessário salientar que o projeto parental deve ser realizado enquanto existe vida entre os cônjuges ou companheiros, de acordo com a Resolução nº 2.294/2021, do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2021).

Complementando o entendimento acima, Dantas (2018) frisa que, ao realizar o projeto parental, os cônjuges ou companheiros deverão expressar de forma escrita e categórica a possibilidade de uso do material genético criopreservado nas hipóteses de patologias graves, divórcio ou falecimento de um deles ou ambos. Já a modalidade heteróloga acontece por meio do uso do material genético de um doador anônimo. Neste contexto, é importante mencionar que o

filho será dos idealizadores do planejamento familiar, afastada qualquer presunção de maternidade ou paternidade do doador (DIAS, 2015, p. 335).

Como bem explica Guilherme Calmon Nogueira da Gama, esta espécie de procedimento costuma ser utilizada quando “um ou ambos os cônjuges ou companheiros não tenham condições de contribuir com o material genético para a fecundação” (GAMA, 2003, p. 735-736), o que, por sua vez, deve respeitar os parâmetros legais do art. 1591, inciso V, do Código Civil, que leciona ser concebido na constância do casamento o filho por inseminação artificial heteróloga, na condição de existir autorização do marido ou companheiro, o que corrobora para que “jamais a paternidade possa ser impugnada pelo marido, não podendo este voltar-se contra o próprio ato, em violação da boa-fé” (LÔBO, 2011, p. 224), sob pena de caracterizar o *venire contra factum proprium*.

Além das modalidades homóloga e heteróloga, a reprodução assistida pode ocorrer também de forma intracorpórea ou extracorpórea. Na primeira situação é inserido o material genético no aparelho genital da mulher, utilizando a inseminação artificial. Por sua vez, na extracorpórea o material genético é manipulado fora do corpo humano feminino e o embrião é transferido para o útero da mulher que gerará a criança, ocorrendo corriqueiramente na modalidade de fertilização *in vitro* (FREITAS; SIQUEIRA; SEGRE, 2008).

O uso de técnicas artificiais é reflexo da liberdade que as pessoas desfrutam atualmente para a concretização do livre planejamento familiar, entretanto, é importante enfatizar que essa liberdade não é plena e sem limitações, pois são novas vidas que estão sendo manipuladas e geradas por meio da reprodução assistida e que possuem direitos assegurados, tais como os direitos à vida, à saúde, à integridade física e à dignidade humana.

Por consequência, cumpre destacar que as técnicas de reprodução assistida podem ocorrer de diversas formas, sendo individualizadas logo a seguir nas seguintes modalidades: inseminação artificial e fertilização *in vitro*.

Por meio da inseminação artificial é realizada a implantação do material genético masculino no sistema reprodutor feminino para a ocorrência da fecundação *in vivo*, ou seja, dentro do corpo da mulher. Essa técnica se diferencia da fertilização *in vitro* justamente porque a fecundação ocorre internamente no corpo humano e não no laboratório ou na proveta. Carlos Eduardo Nicoletti Camilo (2009, p. 1904) define a inseminação artificial como “[...] o processo de fecundação cuja operacionalidade é a transferência mecânica de espermatozóides, previamente recolhidos e tratados, para o interior do aparelho genital feminino”.

Essa técnica é indicada em situações em que se constata impedimentos naturais que impossibilitam a entrada do material genético masculino no aparelho reprodutor feminino, ou seja,

diante de “incompatibilidade de muco cervical com os espermatozóides, ou defeito no próprio canal cervical em casos de deficiência seminal leve e casos de alteração na ovulação com o sêmen do marido” (QUEIROZ, 2001, p. 71). Também é indicada quando detectados problemas como disfunção ejaculatória, anormalidades imunológicas, alteração na concentração espermática etc. (PASQUALOTTO; PASQUALOTTO, 2005).

Essa técnica é a mais utilizada pelas pessoas que desejam a procriação, pois por meio dela a fecundação acontece dentro do corpo humano, se assemelhando ao método natural, já que a única coisa que foge do ato sexual é a introdução do material genético masculino por meio artificial para a fecundação do espermatozóide com o óvulo (CARDIN, 2015).

Nessa ocasião, “os espermatozoides transferidos já devem ter sido recolhidos e tratados antes da transferência”, cenário que possibilita a “[...] escolha do sexo do bebê nessa pré-fase de análise dos espermatozóides, muitas vezes por vazio legislativo” (BOTTEGA, 2006, p. 4) o que pode ocasionar diversas discussões jurídicas sobre o tema, que serão tratadas de forma minuciosa no próximo capítulo.

As modalidades homóloga e heteróloga também podem ser aplicadas a essa técnica, isso porque o material genético masculino introduzido na mulher pode ser tanto do próprio idealizador do projeto parental como de um terceiro doador, em situações em que os espermatozoides do futuro genitor sejam inviáveis para a fecundação.

Para o sucesso do procedimento é necessária a observância de três etapas distintas, mas complementares: a estimulação ovariana da mulher (que consiste em uma maior produção de folículos ovarianos por meio da adoção de medicamentos); a coleta e o preparo do sêmen que será introduzido (que pode ser por meio da masturbação ou pela relação sexual com uso de preservativo, após é realizado o preparo dos espermatozóides para a eliminação de substâncias que possam impedir a fecundação) e, por fim, a inseminação do material (CARDIN, 2015).

Já a fertilização *in vitro* possui esse nome porque acontece fora do corpo humano, ou seja, a fecundação ocorre no laboratório e, após isso, o(s) embrião(ões) é(são) transferido(s) ao útero da mulher que irá gestá-lo(s). A ectogênese ou fertilização *in vitro* ocorre por meio do método ZIFT (*Zibot Intra Fallopian Transfer*) que nada mais é do que a fecundação do óvulo e do espermatozoide na proveta após sua transferência para o útero humano (DINIZ, 2010). Por meio dessa técnica a vida inicia-se no laboratório e sem a necessidade da relação sexual entre homem e mulher para a fecundação do material genético.

Olavo Fettbank Neto (2019, p. 27) ensina que a fertilização *in vitro* corresponde a uma das técnicas mais evoluídas no campo da reprodução assistida, com um percentual plausível de sucesso, contudo, com “a diferença substancial de que o corpo feminino é substituído pelo espaço

físico do laboratório”.

Já Eduardo de Oliveira Leite (1995, p. 41) leciona que a fertilização *in vitro* é “capaz de reproduzir artificialmente o ambiente das trompas de Falópio, onde a fertilização ocorre naturalmente e a clivagem prossegue até o estágio em que o embrião é transferido para o útero”. O autor ainda complementa que essa modalidade é recomendada nas situações em que existam problemas de ordem física e/ou genética, a exemplo de obstruções ou ausência tubária bilateral, falhas no trato cirúrgico tubário, endometriose, oligozoospermia e esterilidade sem causa aparente ou esterilidade imunológica (LEITE, 1995).

Esse método de procriação artificial é realizado por meio da remoção dos óvulos da mulher e dos espermatozoides do homem para fecundá-los no laboratório e transportá-los para o útero da mulher que gerará a criança. Por meio desta técnica artificial é possível utilizar tanto a modalidade homóloga (óvulo e sêmen/do casal idealizador do projeto parental) ou a heteróloga (óvulo ou sêmen ou ambos de terceiros anônimos) para a fecundação do material genético que se transformará no embrião.

Com base em relatos históricos, o uso da fertilização artificial *in vitro* no ser humano se iniciou na década de 1944, na ocasião que os pesquisadores Rock e Menkin conseguiram produzir quatro embriões fora do corpo humano (MACHADO, 2003). Pouco tempo depois, em 1953, o pesquisador Smith conseguiu transferir um embrião congelado para o útero materno, o que comprovou ser um avanço para a engenharia reprodutiva, pois abriu portas para o prenúncio do congelamento de material genético não fecundado e de material genético já fecundado (LEITE, 1995).

Para essa técnica funcionar é necessário seguir algumas etapas indispensáveis para o resultado gravidez. Ou seja, é importante que as pessoas submetidas ao procedimento realizem uma bateria de exames necessários para a verificação da normalidade do útero e da acessibilidade dos ovários. Além disso, a “mulher se submete ao controle dos ciclos menstruais, através da obtenção da curva de temperatura, elaborados a base de dados diários” (MACHADO, 2003, p. 41).

O homem deve se submeter a exames bacteriológicos, como a espermocultura, com o objetivo de detectar ou não a presença de eventuais bactérias que possam atrapalhar a fecundidade ou a viabilidade dos espermatozoides (MACHADO, 2003). Machado explica que é necessário o uso de várias etapas como a “indução da ovulação (desenvolvimento dos folículos ovarianos sob estimulação hormonal), a punção folicular e a cultura dos óvulos, coleta e preparação do esperma”, completando-se “com a inseminação e cultura dos embriões” para a transferência para o corpo humano ou para a criopreservação (MACHADO, 2003, p. 41).

Importante mencionar a diferença entre *FIV* e *FIVET*, duas siglas que são usadas como

sinônimos, mas possuem significados diferentes. Na *FIV* ocorre apenas a fecundação *in vitro*, já na *FIVET* tem-se a fecundação e a transferência do embrião para o útero (SANCHES, 2013), pois o “objetivo da transferência embrionária transcervical é o depósito dos embriões na zona mais apropriada da cavidade uterina de forma delicada e a traumática” (COROLEU, 2008, p. 216).

O Conselho Federal de Medicina, por meio da Resolução nº 2.294/2021, impõe uma regra que deve ser observada por parte dos profissionais que realizam a fecundação e a transferência dos embriões ao útero. Para mulheres com até 35 anos, o número máximo para a transferência é de até 2 embriões; mulheres entre 36 e 39 anos de até 3 embriões e, mulheres com 40 anos ou mais, até 4 embriões, como forma de preservação da vida da própria gestante tendo em vista a possibilidade de uma gravidez de risco (CFM, 2021). Estimativas realizadas nos centros de reprodução assistida revelam que nascem cerca de 200 mil bebês por ano em todo mundo provenientes da fertilização *in vitro* (MOURA; SOUZA; SCHEFFER, 2009).

Essa é mais uma opção para as pessoas impedidas de se reproduzir por meio da relação sexual conseguirem alcançar a parentalidade, contudo, é de extrema importância que todos os envolvidos, desde o mais simples ao mais complexo procedimento, relacionados à *FIV* ou à *FIVET*, tenham condutas éticas e responsáveis como forma de respeitar os princípios básicos da bioética e os direitos da personalidade dos genitores, terceiros envolvidos e do próprio nascituro.

### **3 O CONTROLE SOBRE OS CORPOS INFÉRTEIS E/OU ESTÉREIS NA REPRODUÇÃO ASSISTIDA E O DIREITO DA PERSONALIDADE À SAÚDE REPRODUTIVA**

Antes o poder era exercido pelo chefe de família, que possuía o arbítrio para dispor da vida daqueles que lhe deviam submissão, como por exemplo: a mulher, os descendentes e os escravos. Com o passar do tempo, o poder patriarcal foi substituído pelo controle soberano de um senhor régio, que controlava os atos de seus servos. Mais tarde, o monarca foi sucedido pelos Estados modernos, que passaram a controlar os cidadãos por meio do Poder Soberano (FOUCAULT, 1999, p. 127).

É nesse contexto que nasce o biopoder, quando a vida dos submissos se tornou uma questão política, já que os atos que antes eram privados (para os gregos parte do *oikos*), passaram a ser controlados e transformados, ou seja, é o controle da vida humana por meio da política. Nesse sentido, a biopoder exerce poder sobre os processos biológicos com a finalidade de discipliná-los e/ou adestrá-los por meio de normas, racionalizando as condutas e a existência da vida humana (DANNER, 2010, p. 155).

---

Sendo a sexualidade parte inerente da personalidade, intimamente ligada ao seu



desenvolvimento, essa se torna um meio de controle dos corpos, isso porque “[...] torna-se tema de operações políticas, de intervenção econômicas (por meio de incitações ou freios à procriação), de campanhas ideológicas de moralização ou de responsabilização” (FOUCAULT, 1999, p. 137).

Para a compreensão das peculiaridades do Poder Soberano sobre os corpos inférteis e/ ou estéreis, busca-se demonstrar a relevância deste corpo e a singularidade de gênero no exercício do biopoder, por meio do mecanismo da reprodutividade. A reprodução passa a ser tida como um mecanismo, criando um nexo entre a sexualidade e a biopolítica da população (DEUTSCHER, 2017).

Foucault (2010) dispõe que a sexualidade é um “[...] dos domínios em que o poder disciplinar e a biopolítica se entrelaçam numa estratégia de controle ao mesmo tempo individualizante e massificador”. E, em relação às pessoas com doenças de cunho reprodutivo, esse domínio se mostra ainda mais severo, chegando à violação deliberada de seus direitos personalíssimos ao transformar o sofrimento de quem deseja ter filhos em um domínio, para, dessa forma, garantir a manutenção do sistema.

Esse domínio é proveniente do Estado de Exceção e sua inscrição sobre os corpos como forma de impetuoso controle da sociedade. Para Giorgio Agamben (2007, p. 120) o domínio proveniente do biopoder com objeções na biopolítica representa o eixo de um percurso que tem se desenvolvido a longo prazo, até alcançar o ápice da sociedade contemporânea, que não diferencia o direito de violência, transformando o poder soberano em instrumento de governança política.

O reflexo desse panorama se relaciona diretamente com o estado de exceção, que representa o liame entre “a legalidade e a legitimidade, entre o jurídico e o político, entre direito e natureza” (GAMBEN, 2020, p. 35), onde o poder se encontra alocado à luz da própria norma jurídica. Isso significa dizer que o Poder Soberano se apropria da exceção para atuar de forma violenta, por meio da “norma legal” que não poderia ser considerada legítima ou com validade (AGAMBEN, 2004, p. 12).

Nessa linha, Wermuth (2015, p. 164) dispõe sobre a essência do estado de exceção como “uma espécie de exclusão singular no que se refere à norma geral, em que aquilo é excluído não permanece, em razão disso, fora de relação com a norma, mas mantém esse relacionamento sob a forma da suspensão”. Sendo assim, todo o raciocínio do campo jurídico é deixado de lado, ganhando forças os atos do poder soberano que passam a ser exercidos como se fossem leis, e “o que está em jogo é uma força de lei sem lei” (AGAMBEN, 2004, p. 61). Isso ocorre não porque a lei é retirada de contexto, mas porque a “[...] regra que, suspendendo-se, dá lugar à exceção e somente deste modo se constitui como regra, mantendo-se em relação com aquela”. (AGAMBEN, 2007, p. 26).

É nesse sentido que o Poder Soberano representado pelo Estado patriarcal efetiva o controle sobre os corpos inférteis e/ou estéreis, submetendo estes a sua exclusiva vontade e afastando direitos e garantias fundamentais, como por exemplo, os direitos reprodutivos, sexuais e o próprio direito à saúde.

O desejo pela procriação está inserido no âmago de cada ser humano e é um dos mecanismos de efetivação dos direitos da personalidade, tendo em vista que propicia a concepção aos seres humanos, já que a pessoa, ao desempenhar sua autonomia procriativa, está também exercendo sua dignidade humana.

A fecundidade sempre foi tida como uma bênção dos céus no contexto religioso, pelo meio social e pelas próprias famílias, que tanto almejavam o nascimento de filhos. Por outro lado, a impossibilidade de procriar sempre ensejou frustração e inquietude, sendo considerada ao longo dos séculos uma maldição por parte da divindade, ou seja, os inférteis/estéreis eram pessoas desafortunadas de bênçãos dos céus ou que estavam sob o domínio do pecado. Desde o início da civilização humana a fecundidade era “vinculada à noção de bem; e a esterilidade à noção de mal” (LEITE, 1995, p. 18).

Com a evolução social, os direitos reprodutivos passaram a ser reconhecidos na esfera internacional (*reproductive rights*) como direitos fundamentais e reflexos da efetivação da dignidade humana, alcançando o conceito de “um serviço de saúde que assegure informação, educação e meios, tanto para o controle da natalidade quanto para a procriação” (PIOVESAN, 2003, p. 238). Ou seja, o reconhecimento do direito a ter filhos deve ser visto como um direito personalíssimo, inalienável e que deve ser protegido pelo Estado. Se a Constituição assegura proteção à família e essa é formada pelos “genitores” e seus filhos, tal tutela também deve ser estendida à reprodução, uma vez que ao proteger o instituto familiar, por meio do exercício do livre planejamento familiar, assegura-se também o pleno e saudável desenvolvimento do ser humano e o direito ao uso das tecnologias de reprodução assistida.

Nesse contexto, os direitos reprodutivos também devem ser vistos sob a perspectiva do direito à saúde. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em 1986, gerou diretrizes para Constituição Federal de 1988, que trouxe a saúde como um dos mais relevantes direitos sociais. A mencionada conferência, por meio do item 3º, apresentou o significado de saúde, que seria “a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis [...]” (BRASIL, 1986).

É claro que o direito à saúde não se restringe apenas ao tratamento de doenças, já que abrange cuidar do ser humano, para que este possa usufruir de uma vida com dignidade, o que

também reflete no campo reprodutivo, de modo que o Estado deve viabilizar meios que efetivem o planejamento familiar de pessoas que não conseguem procriar.

O art. 2º da Lei nº 8.080/90 afirma que a saúde é “um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990). Nessa ótica, os direitos reprodutivos são essenciais para promover o bem-estar psíquico e físico das pessoas. A possibilidade de procriar, sem dúvidas, proporciona o desenvolvimento do indivíduo e concretiza o direito à saúde.

Apoiada nessa ideia, a Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que:

saúde reprodutiva é um estado de bem-estar físico, mental e social, e não de mera ausência de enfermidades ou doenças, em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo e suas funções e processos. Em consequência, a saúde reprodutiva pressupõe a capacidade de desfrutar de uma vida sexual segura e satisfatória e de reproduzir-se, contando com a liberdade de fazê-lo ou não, quando e com que frequência (PIOVESAN, 2003, p. 243).

Diante do insucesso da concepção natural, que pode se dar por inúmeros fatores, o ser humano encontrou duas alternativas hábeis para a concretização do planejamento familiar: a adoção e a reprodução assistida. O direito à saúde e o direito à reprodução estão fundamentados na personalidade humana, sendo necessário também que ambos se estendam ao uso de tratamentos contra a infertilidade e/ou esterilidade. Tratar o direito à procriação como um direito à saúde é também buscar a igualdade social, sob o ponto de vista de que todos possuem direitos iguais.

Nesse contexto, as técnicas de reprodução assistida vêm sendo encaradas como uma solução para a concretização do planejamento familiar por casais ou pessoas que querem ter filhos, mas não possuem condições de concretização da procriação por meio natural. Logo, as técnicas artificiais afloram como uma chance legítima e possível para realizar o desejo parental destes indivíduos, que não puderam contar com o ciclo natural da vida.

A vertente procriativa do planejamento familiar, aliada ao direito de procriação como propulsor da personalidade humana, surgiu a partir das profundas modificações nos institutos familiares e no desejo de conceber filhos, inerente à grande parte dos indivíduos. A reprodução assistida é uma das modalidades medicinais mais utilizadas para o nascimento de filhos em pessoas inférteis/estéreis, proporcionando a concretização do planejamento familiar aos seus idealizadores e impondo, por consequência lógica, o dever destes de agir conforme a parentalidade responsável.

O idealizador da técnica de reprodução foi o veterinário Elias Ivanoff, mais tarde, em 1790, o médico inglês John Hunter realizou pela primeira vez o procedimento em um ser humano (FRANÇA, 2007). Quanto à fertilização *in vitro*, as primeiras tentativas ocorreram em meados dos

anos de 1878, com animais. Já em 1886, com o desenvolvimento da técnica, foi proposta a criação de um banco de sêmen congelado (BOLZAN, 1998). No entanto, o desenvolvimento da técnica foi lento, tanto que apenas 88 casos foram registrados até o ano 1930 (LEITE, 1995). Só em 1953 é que pesquisas demonstraram a possibilidade de congelamento de embriões em fase de pré-implantação, sem que ocorressem danos que comprometessem o seu desenvolvimento posterior (MORI, 1988, p. 37).

Passados quase dois séculos dos primeiros experimentos, mais precisamente no ano de 1978, ocorreu o nascimento do primeiro bebê de proveta, por meio da fertilização *in vitro* (CAMARGO, 2003). No entanto, relatos apontam que no ano de 1494 foi empregada pela primeira vez a fertilização artificial no ser humano, na D. Joana, Princesa de Portugal e Rainha de Castela, porém sem êxito (BARBOSA, 1993).

Após essa conquista na seara reprodutiva, inúmeros países, a exemplo da França e da Austrália, passaram a utilizar técnicas de fecundação assistida, o que ocasionou uma preocupação ética diante dos possíveis conflitos que poderiam surgir a partir destes procedimentos (CAMARGO, 2007). No Brasil, o nascimento do primeiro bebê fecundado pelo uso da reprodução assistida ocorreu no Estado do Paraná, na cidade de São José dos Pinhais, em 1984 (SCALQUETTE, 2009). Desde então, os estudos e o emprego das práticas de reprodução artificial se propagaram por todo o mundo.

Diante do sucinto histórico, é possível verificar que a humanidade sempre lutou contra a infertilidade e a esterilidade, o que, por meio da biotecnologia de procriação tornou-se algo possível. O grande impasse é que o sistema jurídico de todo mundo evolui de forma lenta, não acompanhando os avanços da medicina reprodutiva. No entanto, é importante que os futuros pais que utilizam tais técnicas respeitem a dignidade humana, o mais notável alicerce do planejamento familiar, como disposto no §7º do art. 226<sup>2</sup> da Constituição Federal de 1988. A noção de planejamento familiar como livre escolha e decisão do casal ou da pessoa é o fundamento para o uso das formas artificiais de procriação.

Dessa forma, garantir o uso das técnicas de reprodução assistidas às pessoas inférteis/estéreis é o mesmo que efetivar a dignidade humana e os direitos de personalidade do indivíduo, pois o ser humano é dotado de autonomia, que se reflete no direito de procriação, de modo que as técnicas artificiais possuem o aparato necessário para a concretização do projeto

---

<sup>2</sup> CF, 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, 1998).

parental de muitos seres humanos impedidos de conceber filhos de forma natural.

É nesse ínterim que nasce a preocupação em relação aos corpos inférteis e/ou estéreis, que não conseguem efetivar o direito de personalidade ao livre planejamento familiar e o direito humano/fundamental à saúde, em detrimento do controle exercido por meio do Poder Soberano, que restringe o acesso gratuito às técnicas artificiais de procriação.

Desde o final do século XX o número de pedidos para tratamento de problemas reprodutivos por meios das técnicas artificiais aumentou progressivamente, diante do avanço e dos resultados satisfatórios da reprodução assistida às pessoas que não alcançavam a concepção de forma natural (FONTANELE, 2010). Apesar disso, o Poder Público não promove e nem garante de forma igualitária o acesso a tais técnicas a todos os cidadãos, mesmo existindo a Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2.000, que acrescentou ao art. 198 da Constituição Federal o dever da União, Estados e Municípios destinarem recursos à saúde em todas as suas esferas (FONTANELE, 2010).

No plano das políticas públicas destinadas à reprodução assistida é evidente o controle sobre os corpos estéreis e/ou inférteis, quando o Poder Soberano, por meio do Ministério da Saúde, autorizou a criação da Portaria nº 3.149/2012, concedendo o acesso gratuito por intermédio do Sistema Único de Saúde aos meios artificiais de procriação, apenas em cinco estados da federação (BRASIL, 2012).

O valor destinado para tanto, correspondente ao montante de R\$10.000.000,00 (dez milhões de reais) foi distribuído entre o Distrito Federal (Centro de Reprodução Assistida do Hospital Regional da Asa Sul – HRAS) e os Estados de São Paulo (Centro de Referência em Saúde da Mulher / Hospital das Clínicas de SP / Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto), Minas Gerais (Hospital das Clínicas da UFMG), Rio Grande do Sul (Hospital Nossa Senhora da Conceição / Hospital das Clínicas de Porto Alegre), Pernambuco (Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP) e Rio Grande do Norte (Maternidade Escola Januário Cicco) (BRASIL, 2012).

A justificativa do Estado em não estender o acesso gratuito pode estar vinculada aos recursos públicos destinados à saúde, que por hora se relaciona com o estado de exceção, pautado na reserva do possível. Em virtude da escassez dos recursos públicos destinados aos direitos protetores da dignidade humana, a reserva do possível deixa de gerar segurança jurídica, impondo limites aos direitos fundamentais e, por consequência, provoca o enfraquecimento na promoção e proteção desses direitos.

A reserva do possível nasce como um sustentáculo contrário à efetivação dos direitos humanos e/ou fundamentais, que no caso em comento consiste no direito à saúde reprodutiva dos corpos inférteis e/ou estéreis, pois nada poderia ser feito diante da vontade do Poder Soberano no

Estado de Exceção quanto à destinação orçamentária. Aliás, é intrigante que esses recursos nunca são escassos quando relacionados aos valores destinados ao Fundo Eleitoral, como por exemplo, o corte realizado no Ministério da Saúde de aproximadamente R\$500.000.000,00 (quinhentos milhões de reais) em prol da política brasileira (BITTAR, 2019, [s.p]).

Não se pode prejudicar a efetividade do direito à saúde com base na vontade do Poder Soberano, que grande parte do tempo preocupa-se mais com seus “interesses pessoais”, meramente políticos e egoísticos. Além disso, há que se ressaltar que *o que não é possível* advém de meios suficientes que foram alocados para outras prioridades que, como visto, nem sempre são prioridades legítimas a ponto de beneficiar o cidadão brasileiro.

Diante de tal cenário, é claro que a Portaria nº 3.149/2012 não é capaz de alcançar todas as pessoas que necessitam do Sistema Único de Saúde para a efetivação da concepção. É evidente o controle exercido por parte do Estado Soberano sobre os corpos inférteis e/ou estéreis quando seleciona quem será beneficiado com o tratamento artificial de reprodução, fato que desumaniza o direito à saúde e desrespeita os princípios da dignidade humana e da igualdade em relação às pessoas acometidas pela infertilidade e/ou esterilidade e que necessitam do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Estado possui o dever de proporcionar meios eficazes para o tratamento de doenças, que, neste contexto, são incluídas as doenças relacionadas ao insucesso da procriação humana, isso porque o Brasil é um Estado signatário da Convenção Americana de Direito Humanos, a qual garante os direitos reprodutivos, sem distinção, a todos os seres humanos (VENTURA, 2009). Portanto, ao promover às pessoas inférteis/estéreis a possibilidade de tratamentos artificiais de reprodução assistida o Estado garante o exercício do direito à saúde e, ao mesmo tempo, dos direitos reprodutivos e a efetivação dos direitos da personalidade.

O art. 9 da Lei nº 9.263/1996 determina que para a efetivação do planejamento familiar todos os meios necessários para procriação devem ser garantidos aos indivíduos (BRASIL, 1996), o que abarca efetivamente o uso das tecnologias artificiais de reprodução assistida, pois “a utilização de técnicas de reprodução assistida, visando à concretização do projeto parental é direito de todos” (FINATTI; CARDIN, 2012, p. 12).

O art. 196 da Constituição Federal estabelece que o direito à saúde, além de ser um direito fundamental, deve ser universal e igualitário para todos os indivíduos. O surgimento das novas tecnologias, que possibilitam a concepção para as pessoas consideradas inférteis, têm sido alvo de intenso debate porque não possuem uma regulamentação jurídica específica e também porque muitos entendem que o Estado deveria ser obrigado a possibilitar o tratamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para as camadas mais carentes da população, que não são beneficiárias desses

progressos tecnológicos em razão da desigualdade social e econômica.

O direito de procriar é inerente aos direitos de personalidade e à própria dignidade humana, refletindo de forma significativa na própria realização do ser humano, pois representa conquista importante na trajetória normal da própria evolução humana e, por consequência, da família.

## CONCLUSÃO

Diante da evolução médica, que proporcionou a procriação por meio da reprodução artificial, o ordenamento brasileiro encontra-se ineficiente quanto à aplicação do direito à igualdade na seara da reprodução assistida, uma vez que este a garante de forma limitada, a uma parcela mínima da sociedade brasileira, cenário que viola de forma clara o direito fundamental à igualdade e o princípio da dignidade da pessoa humana.

Diante deste quadro, a pesquisa buscou revisitar os referenciais teóricos de Michel Foucault e Giorgio Agamben, a fim de encontrar elementos capazes de contribuir para a análise da especificidade da atuação biopolítica sobre os corpos inférteis e/ou estéreis, por meio do controle reprodutivo e, de um modo mais profundo, para a compreensão da relevância que o controle reprodutivo representa para a perpetuação de um estado biopolítico.

A reprodução assistida pode ser considerada parte formadora do direito fundamental à saúde, no qual o seu uso está atrelado a um problema de saúde reprodutiva. Conforme a presente pesquisa, no Brasil, está em vigor a Portaria nº 3.149/2012, do Ministério da Saúde, que dispõe o acesso gratuito à reprodução humana assistida, contudo, apenas em 5 (cinco) estados do país, inexistindo lei que regulamente a realização da procriação artificial de âmbito nacional. Portanto, mostra-se conflitante a lógica vigente, pois no que tange ao direito fundamental à procriação e à saúde, a Portaria em questão é violadora de tais direitos, já que restringe o acesso ao Sistema Único de Saúde para efetivar o desejo de constituição de prole, de forma que esta beneficia apenas os moradores do Distrito Federal e dos Estados de Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Pernambuco e São Paulo.

A infertilidade, segundo a Organização Mundial da Saúde, é considerada uma doença, diante desse fato, nada mais justo do que o Estado oferecer de forma gratuita os meios de tratamento necessários para a restauração da saúde, em virtude do princípio da dignidade da pessoa humana. Assim, é urgente a criação de políticas públicas e de portarias do Ministério da Saúde para disponibilizar as técnicas de procriação artificial nos demais estados não alcançados pela Portaria nº 3.149/2012, do Ministério da Saúde, pois só assim é que o Estado efetivamente garantirá o

direito de procriação e, conseqüentemente, o respeito aos direitos de personalidade e à dignidade da pessoa humana de todos os cidadãos brasileiros que necessitam recorrer aos meios artificiais para a efetivação do planejamento familiar.

## REFERÊNCIAS

ALVES, José Eustáquio Diniz. **Políticas populacionais e o planejamento familiar na América Latina e no Brasil**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas, 2006.

AGAMBEN, Giorgio. **Estado de exceção**. Tradução: Iraci D. Poleti. São Paulo: Boitempo, 2007.

AGAMBEN, Giorgio. **Homo sacer**: o poder soberano e a vida nua. Tradução: Henrique Burigo. Belo Horizonte: UFMG, 2010. v. 1.

AGAMBEN, Giorgio. **Meios sem fim**: notas sobre a política. Tradução: Davi Pessoa. Belo Horizonte: Autêntica, 2015.

ALVARENGA, Raquel de Lima Leite Soares. Considerações sobre o congelamento de embriões. In: CASABONA, Carlos María Romeo; QUEIROZ, Juliane Fernandes (coords.). **Biotecnologia e suas implicações ético-jurídicas**. Belo Horizonte: Del Rey, 2005. p. 229- 247.

BALLESTER, Francisco José Ballesta. El equívoco de la esterilidad: ¿enfermedad o manipulación? **Revista de Bioética y Derecho**, Madrid, n. 23, p. 21-34, set. 2011. Disponível em: <https://revistes.ub.edu/index.php/RBD/article/view/7660/9564>. Acesso em: 4 jul. 2021.

BITTAR, Bernardo. Cortes na saúde e educação vão bancar o fundo eleitoral do ano que vem. **Correio Brasiliense**, 6 dez. 2019. Disponível: [https://www.correiobrasiliense.com.br/app/noticia/politica/2019/12/06/interna\\_politica,811912/cortes-na-saude-educacao-vao-bancar-o-fundo-eleitoral-do-ano-que-vem.shtml](https://www.correiobrasiliense.com.br/app/noticia/politica/2019/12/06/interna_politica,811912/cortes-na-saude-educacao-vao-bancar-o-fundo-eleitoral-do-ano-que-vem.shtml). Acesso em: 5 set. 2021.

BÖCKENFÖRDE, Ernst-Wolfgang. **Escritos sobre derechos fundamentales**. Baden-Baden: Verl-Gest, 1993.

BOLZAN, Alejandro. **Reprodução assistida e dignidade humana**. São Paulo: Paulinas, 1998.

BOTTEGA, Clarissa. Reprodução humana medicamente assistida e o direito à origem genética. **Revista Jurídica da Universidade de Cuiabá**, Cuiabá, v. 8, n. 2, p. 69-92, jul./dez. 2006. Disponível em: <http://revistaemam.kinghost.net/revista/index.php/rjunic/article/view/382/347>. Acesso em: 30 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. **Relatório Final**. 1986. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf). Acesso em: 22 maio 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a



promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [1990]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso em: 5 jul. 2020.

BRASIL. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Regula o §7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [1996]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19263.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm). Acesso em: 16 abr. 2020.

BRASIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Institui o Código Civil. Brasília, DF: Presidência da República, [2002b]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/110406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406.htm). Acesso em: 5 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.149, de 28 de dezembro de 2012**. Fica destinados recursos financeiros aos estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos de atenção à Reprodução Humana Assistida, no âmbito do SUS, incluindo fertilização in vitro e/ou injeção intracitoplasmática de espermatozoides. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2012c]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3149\\_28\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3149_28_12_2012.html). Acesso em: 28 jun. 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [1988]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 5 jul. 2020.

BARBOZA, Heloisa Helena. Reprodução Assistida e o Novo Código Civil. In: SÁ, Maria de Fátima Freire de; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira (coords.). **Bioética, Biodireito e o Novo Código Civil de 2002**. Belo Horizonte: Del Rey, 2004.

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

CAMARGO, Marcelo Novelino. O conteúdo jurídico da dignidade da pessoa humana. In: CAMARGO, Marcelo Novelino (org.). **Leituras complementares de Constitucional: direitos fundamentais**. 2. ed. Salvador: Juspodivm, 2007.

CARDIN, Valéria Silva Galdino; AMARO, Mylene Manfrinato dos Reis; CAZELATTO, Caio Eduardo Costa. Da inseminação artificial homóloga *post mortem* sob a ótica do direito à filiação e à sucessão. **Revista Quaestio Iuris**, v. 12, n. 3, p. 636- 659, 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/quaestioiuris/article/view/39070/32707>. Acesso em: 25 jul. 2021.

CARDIN, Valéria Silva Galdino; CAMILO, Andryelle Vanessa. Dos aspectos controvertidos da reprodução assistida *post mortem*. **Revista de Ciências Jurídicas- UEM**, Maringá, v. 7, n. 1, p. 119-138, jan./jun. 2009. Disponível em: <https://direitouemt1.files.wordpress.com/2011/09/aspectos-controvertidos-da-rep-assistida-pos-mortem.pdf>. Acesso em: 4 dez. 2021.

CARDIN, Valéria Silva Galdino; ROSA, Letícia Carla Baptista. Da vulnerabilidade do embrião oriundo da reprodução humana assistida e a ética da vida. **Revista Brasileira de Direito Animal**, v. 8, n. 12, p. 181-199, 2013. Disponível em:

<https://portalseer.ufba.br/index.php/RBDA/article/view/8392/6009>. Acesso em: 4 set. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução CFM nº 2.498/2021**. Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida, anexas à presente resolução, como dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos e revoga a Resolução CFM nº 1.957/10. Brasília, DF: CFM, [2010]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resoluocfm%202013.2013.pdf>. Acesso em: 4 set. 2021.

COLLUCCI, Claudia. **Por que a gravidez não vem?** Respostas objetivas e didáticas às principais dúvidas sobre a fertilidade. São Paulo: Atheneu, 2003.

CORRÊA, Cordeiro Dias Villela; LOYOLA, Maria Andrea. Tecnologias de reprodução assistida no Brasil: opções para ampliar o acesso. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 753-777, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000300005>. Acesso em: 30 abr. 2021.

DUNKEL-SCHETTER, Christine; LOBEL, Marci. Psychological reactions to infertility. In: **Infertility**. Springer, Boston, MA, 1991. p. 29-57.

FINATTI, Amanda Novo; CARDIN, Valéria Silva Galdino. Dos efeitos da utilização da reprodução assistida nas entidades familiares. In: MOSTRA INTERNA DE TRABALHOS DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 6., 2012, Maringá. **Anais [...]**. Maringá: UNICESUMAR, 2012. Disponível em:

[http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/mostras/vi\\_mostra/amanda\\_novo\\_finatti.pdf](http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/mostras/vi_mostra/amanda_novo_finatti.pdf). Acesso em: 27 ago. 2021.

FRANÇA, Genival Veloso de. **Direito Médico**. 9. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2007.

DANTAS, Eduardo. **Aspectos jurídicos da reprodução humana assistida**: comentários à Resolução 2.121/2015 do Conselho Federal de Medicina. Rio de Janeiro: GZ, 2018.

FETTBACK NETO, Olavo. **Responsabilidade civil das clínicas de reprodução humana assistida à luz da lei de biossegurança e das resoluções do Conselho Federal de Medicina**. 2019. Dissertação (Mestrado em Ciências Jurídicas) – Centro Universitário de Maringá, Maringá, 2019.

FERRAZ, Ana Claudia Brandão de Barros Correia. **Reprodução humana assistida e suas consequências nas relações de família**: a filiação e a origem genética sob a perspectiva da repersonalização. Curitiba: Juruá, 2011.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976). Tradução: Maria Ermantina Galvão. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

FOUCAULT, Michel. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade**: a vontade de saber. 3. ed. Tradução: Maria Thereza da C. Albuquerque; J. A. Guilhon Albuquerque. São Paulo: Paz e Terra, 2015. v. 1.

FREITAS, Marcia de; SIQUEIRA, Arnaldo A. F.; SEGRE, Conceição A. M. Avanços em reprodução assistida. **Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 18, n. 1, p. 93-97, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n2/v14n2a04.pdf>. Acesso

em: 29 out. 2021.

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

ARENDT, Hannah. **A Condição Humana**. Traduzido por Roberto Raposo. Rio de Janeiro, Forense, 1987.

LÔBO, Paulo. **Direito Civil**: famílias. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

MACHADO, Maria Helena. **Reprodução humana assistida**: aspectos éticos e jurídicos. Curitiba: Juruá, 2003.

MORI, Maurizio. **La fecondazione artificiale**: questioni morali nell'esperienza giurídica. Milão: Giuffrè, 1988.

NIELSSON, Joice Graciele. O controle reprodutivo e a inscrição biopolítica sobre o corpo feminino: os contornos do Estado de exceção no Brasil contemporâneo. In: CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI, 27., 2018, Porto Alegre. **Anais [...]**. Florianópolis: CONPEDI, 2018. p. 25-45. Disponível em: <http://conpedi.danilolr.info/publicacoes/34q12098/dild44qc/p4rRnao4BH2E1b7J.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2022.

NIELSSON, Joice Graciele; WERTMUH, Maiquel Ângelo Dezordi. A “carne mais barata do mercado”: uma análise biopolítica da cultura do estupro no Brasil. **Revista da Faculdade de Direito da UERJ**, Rio de Janeiro, n. 34, p. 171-200, dez. 2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/rfduerj/article/viewFile/26835/27740>. Acesso em: 4 fev. 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração de Viena**. Conferência Mundial sobre Direitos Humanos. 1993. Disponível em: <https://www.oas.org/dil/port/1993%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20e%20Programa%20de%20Ac%C3%A7%C3%A3o%20adoptado%20pela%20Confer%C3%Aancia%20Mundial%20de%20Viena%20sobre%20Direitos%20Humanos%20em%20junho%20de%201993.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Assembleia Geral da ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 4 fev. 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Assembleia Geral da ONU. **Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos**. 1966. Disponível em: <https://www.oas.org/dil/port/1966%20Pacto%20Internacional%20sobre%20Direitos%20Civis%20e%20Pol%C3%ADticos.pdf>. Acesso em: 7 fev. 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Assembleia Geral da ONU. **Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais**. 1966. Disponível em: [http://www.unfpa.org.br/Arquivos/pacto\\_internacional.pdf](http://www.unfpa.org.br/Arquivos/pacto_internacional.pdf). Acesso em: 4 fev. 2022.

QUEIROZ, Juliane Fernandes. **Paternidade**: aspectos jurídicos e técnicas de inseminação artificial: doutrina e jurisprudência. Belo Horizonte: Del Rey, 2001.

ROCHA, Julio Cesar de S. **Direito da saúde**: direito sanitário na perspectiva dos interesses difusos e coletivos. São Paulo: LTr, 1999.

RODRIGUES JUNIOR, Walsir Edson Rodrigues; BORGES, Janice Silveira. Alteração da vontade na utilização das técnicas de reprodução assistida. *In*: TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado; RIBEIRO, Gustavo Pereira Leite (coords.). **Manual de direito das famílias e das sucessões**. Belo Horizonte: Del Rey: Mandamentos, 2008.

PASQUALOTTO, Fábio Firmbach; PASQUALOTTO, Eleonor Bedin. Infertilidade Masculina. *In*: PINOTTI, José Aristoodemo; FONSECA, Angela Maggio da; BAGNOLI, Vicente Renato (orgs.). **Tratado de Ginecologia**: condutas e rotinas de ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP. São Paulo: Revinter, 2005.

PESSINI, Léo. **Problemas atuais de bioética**. São Paulo: Loyola, 1997.

PIOVESAN, Flávia. **Temas de Direitos Humanos**. 2. ed. São Paulo: Max Limonad, 2003.

SANCHES, Mário Antonio. **Reprodução assistida e bioética**: metaparentalidade. São Paulo: Ave-Maria, 2013.

SIMÕES, Carlos. **Curso de direito do serviço social**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

SCHAFFER, J.; DIAMOND, R. Esterilidade: dor pessoal e estigma secreto. *In*: IMBER-BLACK, E. (ed.). **Os segredos na família e na terapia familiar**. Tradução: Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

SCALQUETTE, Ana Cláudia Silva. **Estatuto da Reprodução Assistida**. 2009. Tese (Doutorado em Direito Civil) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em: [www.teses.usp.br/teses/.../Tese\\_Ana\\_Claudia\\_Silva\\_Scalquette\\_versao\\_simplificada.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/.../Tese_Ana_Claudia_Silva_Scalquette_versao_simplificada.pdf). Acesso em: 25 jun. 2021.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/WNtwLvWQRFbscbzCywV9wGq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 4 fev. 2022.

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

TIBURI, Marcia. **Branca de Neve ou corpo, lar e campo de concentração**: as mulheres e a questão da biopolítica. *In*: TIBURI, Marcia; VALE, Barbara (orgs.). **Mulheres, Filosofia ou coisas do gênero**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Infecundity, infertility and childlessness in developing countries**. Geneva: WHO, 2004. Disponível em: [WWW.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/DHS-CR9.pdf](http://WWW.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/DHS-CR9.pdf). Acesso em: 31 ago. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The epidemiology of infertility**: report of a WHO scientific group. Geneva: WHO, 1975. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37422>. Acesso em: 4 out. 2021.