

UMA ABORDAGEM BIOÉTICA ACERCA DA ESCOLHA DO DOADOR NA REPRODUÇÃO HUMANA ARTIFICIAL HETERÓLOGA¹

Itanaina Lemos Rechmann²

SUMÁRIO: 1 INTRODUÇÃO. 2 AS PRINCIPAIS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO HUMANA ARTIFICIAL. 2.1 INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL. 2.2 FERTILIZAÇÃO *IN VITRO*. 3 OS TIPOS DE REPRODUÇÃO QUANTO AO MATERIAL UTILIZADO. 3.1. A HOMÓLOGA. 3.2 A HETERÓLOGA. 4 A ESCOLHA DO DOADOR NA REPRODUÇÃO HETERÓLOGA COMO UMA POSSIBILIDADE NEOEUGÊNICA. 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS. REFERÊNCIAS.

RESUMO: Artigo destinado à análise da implicação da escolha do doador na reprodução heteróloga, diante da possibilidade desta escolha configurar uma prática neoeugênica, conforme concepções íntimas dos demandantes do aparato reprodutivo artificial, motivados em ideais de beleza e de melhoramento. Antes dessa análise, deve-se ter em vista quais as principais técnicas de reprodução humana artificial, bem como os tipos quanto ao material utilizado, interessando no presente especificamente a reprodução heteróloga.

Palavras-chave: Escolha do doador; Reprodução heteróloga; Prática neoeugênica.

1 INTRODUÇÃO

Embutida na concepção de melhoramento genético humano se encontra o desejo humano de formação do indivíduo “perfeito”, no sentido de possuir características desejáveis, o que, aliás, a História possui vastos exemplos, sendo mais rememoradas as experiências nazistas do período entre guerras.

Atualmente, com o avanço científico, viabilizou-se a apropriação das informações e dados genéticos, de modo que as novas tecnologias médicas voltadas à seara da

¹ Texto extraído a partir de capítulos da monografia entregue em 2015 ao final do curso de graduação em Direito, na Universidade Salvador – UNIFACS, sob a orientação da Professora Dra. Ana Thereza Meirelles.

² Bacharela em Direito pela Universidade Salvador - UNIFACS, com diploma de honra ao mérito. Pós-graduanda em Direito Público na UNIFACS. Pós-graduanda em Direito Médico e Biodireito na UNIFACS. Mestranda na linha de Direitos Pós-Modernos: Bioética, Cibernética, Ecologia e Direito Animal na Universidade Federal da Bahia - UFBA. Membro do Grupo de Pesquisa Vida, na área de Bioética, na UFBA. Advogada no escritório Borel & Prates Advogados Associados, com atuação em Direito Empresarial, Civil e Consumidor. E-mail: itana.rechmann@hotmail.com.

reprodução humana assistida têm propiciado a seleção da espécie humana, por meio da manipulação de genes.

As manipulações genéticas tendentes ao melhoramento genético humano propiciadas pelo uso das técnicas reprodutivas artificiais são caracterizadas como práticas neoeugênicas.

Uma possibilidade neoeugênica é, justamente, a escolha do doador na reprodução humana heteróloga, quando pautada em critérios subjetivos de beleza, por exemplo. Com base neste recorte, será abordada a reprodução humana artificial e o uso que se faz desta de modo a possibilitar a prática seletiva embrionária. Para tanto, serão indicadas as principais técnicas de reprodução humana artificial (inseminação artificial e fertilização *in vitro*), bem como os principais tipos quanto ao material utilizado (homóloga ou heteróloga).

2 AS PRINCIPAIS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO HUMANA ARTIFICIAL

As técnicas de reprodução humana assistida importam “na implantação artificial de espermatozoides ou embriões humanos no aparelho reprodutor de mulheres receptoras, com a finalidade de facilitar a procriação” (ESPÍNDOLA, 2003, p. 92), porquanto tais técnicas artificiais consistem em propiciar o nascimento de uma nova vida humana, comumente valendo-se da manipulação de gametas e embriões para fins de favorecer a fecundação humana.

Portanto, diferentemente do processo biológico (natural) de fecundação humana, a reprodução medicamente assistida ou reprodução humana artificial consiste em técnicas médicas, laboratoriais, na forma intracorpórea (inseminação artificial) ou extracorpórea (fertilização *in vitro*), que viabilizam a descendência àqueles que movimentam o aparato reprodutivo para fins de efetivar um projeto parental.

2.1 INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL

A inseminação artificial consiste, genericamente, na inserção, no sistema reprodutor feminino, do sêmen, e poderá ser homóloga ou heteróloga conforme a origem do material genético (óvulo e/ou espermatozoide), se do próprio casal que movimenta o aparato reprodutivo (inseminação artificial intraconjugal) ou advindo um ou ambos os

gametas de terceiro (inseminação artificial com doador), respectivamente (ESPÍNDOLA, 2003, p. 92).

A principal diferença entre a inseminação artificial e a fertilização *in vitro* é que, enquanto na primeira não há manipulação de zigoto ou embrião de forma extracorpórea, sendo a concepção intracorpórea, na segunda resta possibilitado o manuseio e a manipulação dos embriões porque concebidos extracorporeamente, de modo que a fertilização *in vitro* é técnica reprodutiva de maior complexidade quando comparada à inseminação artificial (MEIRELLES, 2014, p. 37-38).

A primeira gestação por inseminação artificial ocorreu no final do século XVIII, realizada pelo inglês Jonh Hunter e, mais tarde, já no século XIX, o americano Willian Pancoast utilizou-se de material genético doado, tendo sido esta a primeira inseminação artificial heteróloga de sucesso reconhecido (RIBEIRO, 2002, p. 284-285).

Problemática interessante envolvendo a inseminação artificial diz respeito à sua cobertura pelos planos de saúde, haja vista a inserção dessa técnica no bojo do planejamento familiar.

Com esse foco, noticia Joana Lopo (2015, p. B-7) decisão exarada pelo Tribunal de Justiça do Estado da Bahia (TJ-BA) concedendo “liminares determinando que duas operadoras de planos de saúde façam o reembolso ou paguem o procedimento de inseminação artificial para quatro mulheres baianas que têm dificuldades para engravidar por problemas de saúde”.

A decisão, inédita no Estado, representa a chancela do direito fundamental ao planejamento familiar, haja vista a tendência dos planos de saúde em não cobrirem, espontaneamente, procedimentos reprodutivos artificiais, invocando como fundamento para a não cobertura a Resolução Normativa nº 338, de 21 de outubro de 2013, da Agência Nacional de Saúde.

A citada Resolução expressamente dispõe em seu artigo 19, §1º, inciso III, ser permitida a exclusão assistencial à técnica de inseminação, reportando tal exclusão ao artigo 10, inciso III, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Contudo, a legalidade do dispositivo da Lei nº 9.656/1998 pode ser questionada, em atenção às Leis nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, e nº 11.935, de 11 de maio de 2009, que, respectivamente, determina, na consecução do planejamento familiar, sejam oferecidos métodos e técnicas de concepção e, em havendo planejamento familiar, estabelece a obrigatoriedade da cobertura pelos planos de saúde.

Em atenção especial ao cenário baiano, Joana Lopo destaca (2015, p. B-7) que “na Bahia não há nenhum hospital credenciado para realização do tratamento”. Contudo, ao se conceber a importância da técnica de inseminação artificial – ou as técnicas reprodutivas artificiais como gênero –, é sustentada sua ampla oferta pelo Sistema Único de Saúde, reconhecendo tratar-se a realização do procedimento reprodutivo artificial questão de saúde pública, sob o ponto de vista do bem-estar psíquico e não somente de enfermidade biológica ou patologia física, direito esse que guarda especial proteção constitucional entre os artigos 196 a 200.

2.2 FERTILIZAÇÃO *IN VITRO*

A fertilização *in vitro*, como o nome sugere, é a técnica reprodutiva artificial pela qual, em tubos de ensaio, o óvulo é fecundado, para posterior implementação uterina, conceitua José Sebastião Espíndola (2003, p. 92).

Acerca da fertilização *in vitro*, advertem Maria de Fátima Freire de Sá e Bruno Naves (2011, p. 111) que essa técnica deverá ter caráter subsidiário, apenas podendo ser utilizada quando outras técnicas, menos invasivas, não tiverem desempenho satisfatório.

O primeiro “bebê de proveta” do mundo, isto é, um ser humano concebido *in vitro*, foi Louise Joy Brown, na data de 5 de julho de 1978, na Inglaterra, conforme notícia Heloisa Helena Barboza (2004, p. 248). Tal fato representou a dissociação entre embrião e corpo feminino.

Já no Brasil (e na América Latina), a primeira concepção *in vitro* que se tem notícia é do ano de 1984, a paranaense Anna Paula Caldeira, cuja mãe, quando decidiu iniciar o tratamento, já possuía outros cinco filhos, mas a última gestação ocasionou problemas no útero, consoante reportagem feita por Malu Mazza (2014), ao Jornal Hoje.

Embora a técnica de fertilização *in vitro* (com transferência embrionária) seja indicada para pacientes com causas de infertilidade, o principal problema que se aponta relacionado ao uso dessa técnica diz respeito à existência de embriões excedentários, pois, como observa José Sebastião Espíndola (2003, p. 93), em que pese mais de um óvulo seja fecundado, não há utilização de todos, de modo que os não implantados serão alguns congelados e outros descartados.

A existência de embriões excedentes que não são implantados decorre em geral das seguintes justificativas: não reúnem condições ideais que tornam a gravidez viável; não foram implantados pela segurança da parturiente; risco de gravidez múltipla ou de

aborto ou de nascimentos prematuros em caso de implantação uterina de número superior a três ou quatro embriões. Em razão dessas justificativas, os embriões excedentários são congelados ou descartados, como se disse.

Quanto ao congelamento de embriões, Raquel Alvarenga (2004, p. 242) observa que as taxas de sobrevivência são satisfatórias, em torno de 40 e 100%, em virtude do próprio potencial biológico do embrião, inferindo a autora que os não sobreviventes ao descongelamento dificilmente teriam completado o processo natural de desenvolvimento intrauterino.

Em sentido contrário, Vega J.; Vega M; e Martinez Baza P. (1995, p. 67) entendem que o menor número de gestações concluídas com embriões congelados se deve ao processo de congelamento em si, que expõe o embrião a riscos de integridade física, suscetível a lesões ou manipulações, de modo que as mortes embrionárias causadas no processo artificial não decorrem do mero acaso, do azar da natureza, e, sim, da responsabilidade humana.

Diferentemente, Raquel Alvarenga (2004, p. 242) observa que a taxa de gravidez quando se utiliza embriões congelados é menor do que quando se utiliza embriões frescos não pelo fato de o embrião ter sido submetido ao congelamento, mas porque se opta por congelar justamente aqueles que possuem alguma deficiência genética e cujas chances de desenvolvimento (viabilidade) já eram reduzidas antes mesmo ao congelamento.

Acerca da crioconservação do embrião que foi inservível ao projeto parental, seja porque excedente, seja por ter apresentado desenvolvimento insuficiente, após passar por um “controle de qualidade”, Robson Luiz Santiago (2008, p. 124) destaca um duplo aspecto, primeiro que apenas 75% desses embriões resistem à manipulação térmica e segundo que os sobreviventes, embora vivos – autonomia vital em relação à hospedeira haja vista que não implantado no útero –, estão congelados, suscetíveis de destruição, conforme vontade de terceiro, donde se revela sua fragilidade.

Há, ainda, a destinação dos embriões para experimentação, acobertada pelo favorecimento do progresso científico, como é o caso da utilização dos embriões criopreservados para pesquisas de células-tronco ou até mesmo para estudo do DNA, embora se tenha em vista que “O homem vale mais que a ciência e, sobretudo, vale mais que as aspirações dos cientistas” (SGRECCIA, 2002, p. 443).

Inobstante a natureza genética humana do embrião, Kerry Sheridan (2015) noticia que cientistas chineses relataram em revista científica a “edição embrionária”, realizada em embriões qualificados como inviáveis ao processo procriativo, com o propósito de

modificar o gene responsável pela beta-talassemia (doença sanguínea potencialmente fatal), tendo sido inúmeras mutações genéticas inesperadas durante o processo de edição.

Sem dúvidas, essa experimentação em embriões esmaga seu caráter humano, consistindo em nova abertura à eugenia, uma vez que pretende bloquear a transmissibilidade à descendência de “desordens genéticas”.

Experimentações com embrião são admitidas, de acordo com Elio Sgreccia (2002, p. 420), por legislações de determinados países seguindo-se à eliminação e à destruição dos embriões, contrariando o entendimento segundo o qual não se aplica o princípio terapêutico *in vivo* quando se sabe ou se tem elevado percentual de que o ser em experimentação morrerá em decorrência da realização desta, tal qual ocorria com a “eugenia médica” nazista e suas experiências em seres humanos.

Assim, indica Elio Sgreccia (2002, p. 441-442) que a lei alemã e a lei do Estado de Vitória, na Austrália, admitem a experimentação até vinte e uma ou vinte e duas horas depois da fecundação, e, indo além, a lei inglesa, em seu artigo 4º, §2º, prevê até mesmo a criação de embriões já para fins experimentais, descabendo aqui a análise dos excedentes, porque não foram aqueles embriões “construídos” sequer para implante uterino.

Quanto ao descarte de embriões, a Resolução CFM nº 2.013/2013 (e também a Resolução CFM nº 2.121/2015 que se manteve no mesmo sentido) é suscetível de críticas, na medida em que, diferentemente da Resolução nº 1.358/1992, a qual expressamente proibia o descarte ou destruição dos embriões excedentes criopreservados, admitiu que, passados cinco anos da criopreservação, esses embriões sejam descartados, não apenas para fins de pesquisas de células-tronco, mas conforme seja a vontade dos pacientes, o que, sem dúvida, coisifica o embrião.

Especificamente quanto ao prazo de cinco anos trazido pelo CFM, há de se ter em vista prazo diverso, qual seja três anos, trazido pela Lei nº 11.105/2005, devendo-se uniformizar tais prazos, priorizando prazo maior que traduza o efetivo momento em que o embrião passa a ser inviável medicamente para fins reprodutivos.

Ante a existência de embriões congelados cuja transferência não mais é desejada pelos que inicialmente movimentaram o aparato reprodutivo, deve ser incentivada a doação a outros sujeitos desejosos de efetivar o projeto parental, em respeito não só ao direito de constituir família, mas, sobretudo, à dignidade do embrião, por ser ele vida humana.

3 OS TIPOS DE REPRODUÇÃO QUANTO AO MATERIAL UTILIZADO

A reprodução artificial pode ser classificada em homóloga ou heteróloga conforme o material utilizado seja exclusivamente do casal demandante pelo método reprodutivo ou envolva a utilização de material genético de terceiros, respectivamente.

3.1 A HOMÓLOGA

Na reprodução assistida homóloga são utilizados os materiais genéticos dos pretensos pais, estabelecendo-se, pois, um vínculo sanguíneo entre esses e o indivíduo que será fruto da reprodução assistida, a qual contará com os espermatozoides e óvulos dos que se dispuseram à formação de um núcleo parental, porquanto são conciliadas, nesse aspecto, a filiação afetiva e a biológica.

Inclusive, o Código Civil de 2002, no artigo 1.597, incisos III e IV, traz presunção de paternidade, considerando concebidos na constância do casamento os filhos “havidos por fecundação artificial homóloga, mesmo que falecido o marido”, e os “havidos, a qualquer tempo, quando se tratar de embriões excedentários, decorrentes de concepção artificial homóloga”, inobstante não constitua objetivo desta monografia jurídica avaliar questões familiares e sucessórias envolvendo os procedimentos reprodutivos.

A reprodução assistida homóloga é indicada para tratamento de esterilidade feminina, como vaginismo, ou de esterilidade masculina, como retroejaculação, conforme destaca Elio Sgreccia (2002, p. 405). Contudo, o citado autor sustenta que antes de se optar pela inseminação artificial homóloga deve-se recorrer a outras terapêuticas na tentativa de remover as causas de esterilidade.

Não obstante a existência de procedimentos homólogos, Ana Thereza Meirelles (2014, p. 46) adverte que nem sempre a utilização do material germinativo dos demandantes do aparato reprodutivo artificial alcançará o êxito da procriação.

Em que pese o material genético (óvulos e espermatozoides) sejam próprios do casal demandante do método reprodutivo, oportuniza-se que esses sejam avaliados biologicamente por profissionais de saúde a fim de serem visualizadas as chances de (não) transmissão de “problemas” genéticos (biológicos ou orgânicos) ao ser que poderá vir a existir, fruto da reprodução homóloga, de modo que a continuidade do procedimento reprodutivo valendo-se de material genético exclusivo dos demandantes dependerá de

indicação médica, considerando-se objetivamente a possibilidade de êxito nesse processo, sem envolver gametas de terceiros.

3.2 A HETERÓLOGA

Na técnica de reprodução assistida heteróloga há utilização de material genético de terceiro, seja o óvulo ou sêmen, ou ambos, existindo, ainda, a possibilidade de que, na gestação por substituição, popularmente “barriga de aluguel”, a mulher possa contribuir ou não com o seu óvulo, sem prejuízo das discussões em torno da filiação, a exemplo da queda do brocardo romano “*mater semper certa est*”.

Outro aspecto em torno da relação de parentesco diz respeito à paternidade. O Código Civil Brasileiro de 2002 dispõe expressamente em seu artigo 1.597, inciso V, que os filhos havidos por inseminação artificial heteróloga são presumidamente concebidos na constância do casamento, fazendo a ressalva da necessidade de prévia autorização do marido quanto à utilização daquela técnica, haja vista se tratar a hipótese de presunção de paternidade decorrente da lei – a ausência de autorização (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) sugere o chamado adultério casto/científico.

Essa presunção de paternidade, lembram Beatriz Gasparotto e Viviane Ribeiro (2008, p. 370), não ocorrerá “quanto a embriões excedentários resultantes da inseminação artificial heteróloga, o que só ocorrerá na espécie homóloga de fertilização”.

Cumprе registrar, com fulcro em Elio Sgreccia (2002, p. 406), que a reprodução assistida heteróloga costuma ser indicada em casos de esterilidade masculina, como aspermia, astenospermia e oligospermia, ou, ainda, para prevenir doenças sexualmente transmissíveis ou genéticas.

Assim, evidencia Ana Thereza Meirelles (2014, p. 47) que, primeiramente, a procriação artificial buscava concretizar processos homólogos, mas, em virtude de esta não resolver uma gama de situações de infertilidade, passou-se a admitir o recurso a material germinativo de terceiro, estranho à relação. Em seguida, também consistiu justificativa aos procedimentos heterólogos a possibilidade de não transmissão à descendência de doenças genéticas diagnosticadas naqueles que demandaram o aparato reprodutivo artificial.

Indicações à parte, na análise da aplicação da técnica de reprodução artificial heteróloga, surge a discussão em torno da anonimia do doador do material genético, embora não seja ele pai, para efeitos da lei civil, se o marido (ou companheiro,

prestigiando a isonomia e a pluralidade de entidades familiares trazidas no texto constitucional) tiver previamente autorizado a inseminação artificial heteróloga (não há exigência legal de que o marido/companheiro seja infértil/estéril), logo, inexistente relação de parentesco entre o doador e o filho concebido por inseminação artificial heteróloga nessa circunstância.

Se de um lado a preservação do anonimato do doador serve como incentivo e viabilização do próprio ato de doar, respeitando-se a dignidade da pessoa humana do doador mediante o sigilo, por outro surge para a criança o direito à informação genética (saber a realidade biológica ancestral), na medida em que doenças relacionadas aos genes podem ser desenvolvidas, sem que esse direito seja confundido com o direito à filiação e à sucessão.

O direito à informação genética pode ser compreendido como sendo direito de personalidade à identidade (genética), seja pelo direito a conhecer/saber a origem genética, por questões psicológicas, inclusive, seja para viabilizar a preservação da vida e da saúde dos sujeitos relacionados biologicamente, ou ainda para aferição de impedimentos matrimoniais.

Nesse campo, Elio Sgreccia (2002, p. 415), avaliando moralmente a técnica heteróloga, afirma ser duvidosa disposição normativa que guarde em segredo a “verdadeira paternidade” do filho.

Data vênia, a posição adotada por Elio Sgreccia (2002) parece confundir paternidade (direito de filiação) com identidade genética, não havendo sequer de se tolerar que os ordenamentos jurídicos admitam a prescrição do segredo sobre o nome do doador, para fins de não desvirtuar a finalidade da técnica.

Analisando o Direito Comparado, Isabel Cristina Raposo e Silva (2002, p. 316) exemplifica que a lei espanhola nº 35/88, artigo 5º, expressamente dispõe acerca do anonimato daquele que doa gametas e pré-embriões, sendo arquivados dados a ele atinentes nos bancos respectivos e no Registro Nacional de Doadores, e, ainda, prestigia o direito do filho nascido na obtenção de informações gerais sobre os doadores, quebrando o anonimato apenas em situações excepcionais nas quais haja perigo para a vida do filho ou para fins da lei processual penal. Já a lei sueca de 1º de março de 1985, de acordo com a autora, não prevê o anonimato da identidade do doador, à luz da necessidade de prevenção de doenças.

A Resolução CFM nº 2.121/2015, na tentativa de conciliar ambos os aspectos, assegura a preservação do anonimato da identidade civil do doador, mas põe a salvo o fornecimento de informações sobre este para fins exclusivamente médicos:

Resolução CFM nº 2.121/2015

IV – Doação de gametas ou pré-embriões:

[...]

2 – Os doadores não devem conhecer a identidade dos receptores e vice-versa.

[...]

4 – Será mantido, obrigatoriamente, o sigilo sobre a identidade dos doadores de gametas e embriões, bem como dos receptores. Em situações especiais, as informações sobre doadores, por motivação médica, podem ser fornecidas exclusivamente para médicos, resguardando-se a identidade civil do(a) doador(a).

Desse modo, ao prever o sigilo da identidade do doador, mas permitindo sejam fornecidas informações genéticas por motivos médicos, a Resolução CFM nº 2.121/2015 consagra o direito à vida, possibilitando que o filho havido por reprodução heteróloga saiba o histórico de saúde daquele que representa sua origem genética e possa até mesmo adotar posturas e métodos preventivos ou tratar eventuais doenças decorrentes dessa carga genética.

4 A ESCOLHA DO DOADOR NA REPRODUÇÃO HETERÓLOGA COMO UMA POSSIBILIDADE NEOEUGÊNICA

A neoeugenia pode ser entendida como o conjunto de “práticas seletivas da espécie humana mediante manipulação gênica proporcionada pelas novas técnicas biomédicas”, conforme conceituam Ivana Fraga e Mônica Aguiar (2010, p. 121), relacionando tais práticas à esfera individual, diversamente do que ocorria com as “práticas eugênicas tradicionais, que normalmente abrangiam grande quantidade de pessoas” (FRAGA; AGUIAR, 2010, p. 125).

Ainda acerca do termo neoeugenia, Ana Thereza Meirelles (2014, p. 105) aduz que esse

é usado com referência às formas contemporâneas, traduzidas pelos avanços da medicina especializada e da biotecnologia, de propiciar escolhas seletivas, pautadas em critérios que são formados a partir das informações trazidas pelos recursos empregados no processo procriativo.

A par do conceito de neoeugenia, tem-se que as práticas de cunho seletivo, em sentido amplo, viabilizam alterações genéticas as quais, se frequentes, “podem ocasionar

a modificação do genoma humano, o que reflexamente propiciará desvios no desenvolvimento natural da espécie e desequilíbrio nos diversos sistemas biológicos terrestres” (FRAGA; AGUIAR, 2010, p. 122).

Comparando as práticas eugênicas tradicionais (ou “antiga eugenia”) com as práticas neoeugênicas, José Edvaldo de Lima (2012, p. 6) observa que enquanto as primeiras estavam imbricadas com a política, estimulante do ódio e do preconceito, com práticas seletivas instituídas no bojo da coletividade, as segundas são dirigidas à busca por uma melhor qualidade de vida, pela qualidade da saúde, por isso que “as práticas neoeugênicas vêm normalmente camufladas pela promessa de cura, ou pelo menos da não transmissibilidade de doenças hereditárias” (LIMA, 2012, p. 7).

Embora a neoeugenia esteja intimamente relacionada ao plano individual, apresentando-se como questão interna à relação médico-paciente, Ana Thereza Meirelles (2014, p. 106) adverte que a nova eugenia não possui essa natureza individual exclusiva, porquanto ela também envolve gerações futuras, sobretudo quando voltada a análise para a integridade e a diversidade do patrimônio genético, o qual consiste em patrimônio comum da humanidade.

Nesse diapasão, Ivana Fraga e Mônica Aguiar (2010, p. 126) compreendem que as práticas neoeugênicas apresentam uma dupla feição, isto é, esses procedimentos tanto podem gerar uma eugenia negativa quanto propiciar seja realizada uma eugenia positiva.

Na primeira feição, qual seja eugenia negativa, esta pode ser visualizada na medida em que as práticas neoeugênicas puderem ocasionar a proibição de que casais portadores de doenças genéticas hereditárias procriem utilizando-se de material genético próprio ou, uma vez em fase gestacional, se detectadas patologias graves no feto, a gestação seja interrompida e, ainda, no que pertine aos embriões, estes sejam descartados, uma vez contendo “carga genética indesejável”.

Já a segunda feição, a eugenia positiva, esta se faz presente nas práticas neoeugênicas por meio da seleção embrionária, a fim de serem eleitos embriões mais favoráveis à formação e ao desenvolvimento de um ser humano sadio, o que representa uma instrumentalização da vida humana, conforme pondera Jorge Biscaia (2004, p. 86), ao verificar que a seleção embrionária (anomalias, sexo, compatibilidade para transplante) representa abertura para o “espírito eugênico”.

Assim, determinadas ações, seja na fase pré-conceptiva, seja na fase pós-conceptiva ou mesmo na fase fetal (ou pré-natal) podem imitar fins eugênicos, igualmente com fundamento de “garantir” filhos saudáveis.

Na reprodução heteróloga, consoante restou sedimentado, é utilizado material genético de terceiro (óvulo e/ou sêmen), seja pela incompatibilidade biológica de reprodução entre pessoas do mesmo sexo demandantes do aparato reprodutivo, seja pela livre decisão de filiação monoparental, faltando outro genitor, seja, ainda, pela impossibilidade medicamente aferida de alcance do êxito procriativo com material germinativo próprio do casal demandante.

Desse modo, os procedimentos heterólogos perpassam pela análise da escolha do doador, haja vista que, geneticamente, haverá transmissão de suas características ao futuro ser.

Nesse diapasão, repudia-se a seleção de sêmen, por ser a mais comum, com tendência eugênica. Indica Elio Sgreccia (2002, p. 439) a situação do banco de sêmen da Califórnia, em relação ao qual paira a suspeita de que se destina exclusivamente a “doadores intelectualmente superdotados (os prêmio Nobel)”.

Essa escolha, contudo, não é normatizada no ordenamento jurídico brasileiro, havendo, apenas, singela orientação na Resolução CFM nº 2.121/2015 no sentido de que o responsável por essa escolha é o médico assistente e este deverá garantir, dentro do possível, analisando o doador e a receptora, “a maior semelhança fenotípica e a máxima possibilidade de compatibilidade”.

Ainda que se admitisse a escolha do doador na reprodução artificial heteróloga pautada em vontades eugenistas, o que se faz apenas a título argumentativo, a fecundação em si pode apresentar resultados inferiores ao esperado, pois, por exemplo, os quocientes de inteligência nem sempre são hereditários, além do que, da união entre os gametas, diversas são as combinações genéticas que podem surgir (SGRECCIA, 2002, p. 439).

Tanto quanto possível, a reprodução artificial deve assemelhar-se à natural, pautada no acaso da variabilidade da manifestação do padrão fenotípico do casal demandante do aparato reprodutivo ou, no caso de pessoa solteira ou viúva, que o doador a ela se assemelhe, igualmente sem perder de vista o respeito à naturalidade da manifestação dos fenótipos da espécie humana.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foram apresentadas as principais técnicas de reprodução humana artificial, quais sejam: a inseminação artificial e a fertilização *in vitro*, conforme seja a reprodução humana medicamente assistida, isto é, por meio de técnicas laboratoriais, na forma

corpórea ou extracorpórea, ambas com o intuito de viabilizar a descendência aos demandantes do aparato reprodutivo artificial.

Acerca da inseminação artificial mostrou-se a problemática quanto à sua cobertura pelos planos de saúde e, em relação à fertilização *in vitro*, pontuou-se a situação dos embriões excedentários, sujeitos ao perecimento e ao descarte.

Tendo noção das principais técnicas de reprodução humana artificial, foram explicitados seus tipos quanto ao material utilizado: homóloga ou heteróloga, conforme o material genético, óvulo e/ou sêmen seja ou não dos demandantes, respectivamente.

Especificamente quanto aos procedimentos heterólogos, o Código Civil de 2002, em seu art. 1.597, inciso V, cuida do parentesco, não havendo, contudo, outras regulamentações desses procedimentos, os quais inicialmente foram justificados para casos de infertilidade não solucionáveis pelos procedimentos homólogos e, posteriormente, como forma de evitar a transmissão à descendência de doenças genéticas diagnosticadas.

Ocorre que ante a ausência de parâmetros normativos orientando a escolha do doador na reprodução artificial heteróloga, abre-se a possibilidade de que sejam utilizados critérios arbitrários como cor dos olhos, sexo, altura, pigmentação da pele e potencialidades físicas e intelectuais, pautados em desejos íntimos, o que se rechaça, em decorrência da observância da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, limitadores que são à liberdade do planejamento familiar e, pois, da autonomia privada, de modo que a responsabilidade por essa escolha deve ser atribuída não somente à unidade reprodutiva, mas também às partes envolvidas, constatadas condutas contrárias à proteção embrionária.

Assim, qualquer intervenção genética, incluindo a escolha do doador na reprodução heteróloga e a seleção de sexo, se não possuir finalidade terapêutica, ao revés, esteja conjugada ou possua por motivação exclusiva a finalidade de melhoramento/aperfeiçoamento, a partir de critérios íntimos, que traduzem ideal de beleza, como cor dos olhos, cabelo e pele, ou, ainda, que visem ao desenvolvimento/aperfeiçoamento de aptidões intelectuais, não parece ser aceitável.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, Raquel de Lima Leite Soares. Considerações sobre o congelamento de embriões. In: **Biotecnologia e suas implicações ético-jurídicas**. CASABONA, Carlos Maria Romero; FERNANDES, Juliane. (coord.) Belo Horizonte: Del Rey, 2004, p. 229-247.

BARBOZA, Heloisa Helena. Proteção jurídica do embrião humano. In: CASABONA; Carlos Maria Romero; FERNANDES, Juliane (coord.). **Biotecnologia e suas implicações ético-jurídicas**. Belo Horizonte: Del Rey, 2004. p. 248-270.

BISCAIA, Jorge. Problemas éticos da reprodução assistida. Brasília: **Revista de Bioética e Médica** publicada pelo Conselho Federal de Medicina. Vol. 11, n. 2, 2003. p. 81-90

BRASIL. Código Civil. Lei 10.406 de 10 de janeiro de 2002. **Vade Mecum Saraiva**. CURIA, Luiz Roberto; CÉSPEDES, Livia; NICOLETTI, Juliana (colaboradores). São Paulo: Saraiva, 2014.

_____. Conselho Federal de Medicina. **Resolução n. 1.358/1992**. Adota normas éticas para utilização das técnicas de reprodução assistida. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/1992/1358_1992.htm>. Acesso em: 29 set. 2015.

_____. Conselho Federal de Medicina. **Resolução n. 2.013/2013**. Revoga a Resolução n. 1.957/2010. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2013/2013_2013.pdf>. Acesso em: 29 set. 2015.

_____. Conselho Federal de Medicina. **Resolução n. 2.121/2015**. Revoga a Resolução n. 2.013/2013. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2015/2121_2015.pdf>. Acesso em: 29 set. 2015.

_____. Lei 11.105 de 24 de março de 2005. Lei de biossegurança. **Vade Mecum Saraiva**. CURIA, Luiz Roberto; CÉSPEDES, Livia; NICOLETTI, Juliana (colaboradores). São Paulo: Saraiva, 2014.

_____. **Lei 9.656 de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm>. Acesso em: 29 set. 2015.

_____. **Lei 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/LEIS/L9263.htm>. Acesso em: 29 set. 2015.

_____. **Lei 11.935 de 11 de maio de 2009**. Altera o art. 36-C da Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L11935.htm>. Acesso em: 29 set. 2015.

ESPÍNDOLA, José Sebastião. Contribuição jurídica para a legislação sobre fertilização humana assistida. **Revista de Bioética e Médica** publicada pelo Conselho Federal de Medicina, Brasília, vol. 11, n. 2, 2003, p. 91-108.

FRAGA, Ivana de Oliveira; AGUIAR, Mônica Neves. Neoeugenia: o limite entre a manipulação gênica terapêutica ou reprodutiva e as práticas biotecnológicas seletivas da espécie. **Revista Bioética**, Brasília, v. 18, 2010, p. 121-130.

GASPAROTTO, Beatriz Rodrigues; RIBEIRO, Viviane Rocha. **Filiação e biodireito: uma análise da reprodução humana assistida heteróloga sob a ótica do Código Civil**. Trabalho publicado nos Anais do XVII Congresso Nacional do CONPEDI, realizado em Brasília-DF nos dias 20 a 22 de novembro de 2008.

LIMA, José Edvaldo Albuquerque de. **Responsabilidade civil e eugenia**. Publicado em eGov UFSC. Disponível em: <<http://www.egov.ufsc.br/portal>>

LOPO, Joana. Plano de saúde tem que cobrir inseminação. **A TARDE**, Salvador, 1 ago. 2015. B7.

MAZZA, Malu. Primeiro bebê de proveta do Brasil e da América Latina completa 30 anos. **Jornal Hoje**, edição do dia 07 out. 2015. Disponível em: <<http://g1.globo.com/jornal-hoje/noticia/2014/10/primeiro-bebe-proveta-do-brasil-e-da-america-latina-completa-30-anos.html>>. Acesso em: 13 set. 2015.

MEIRELLES, Ana Thereza. **Neoeugenia e Reprodução Humana Artificial: Limites éticos e Jurídicos**. Salvador: JusPODIVM, 2014.

RAPOSO E SILVA, Isabel Cristina. Inseminação artificial heteróloga e união entre pessoas do mesmo sexo: um estudo à luz da expressão “entidade familiar” trazida pela Constituição de 1988. In: SÁ, Maria de Fátima Freire de. **Biodireito**. Belo Horizonte: Del Rey, 2002. p. 305-328.

RIBEIRO, Gustavo Pereira Leite. Breve comentário sobre aspectos destacados da reprodução humana assistida. In: SÁ, Maria de Fátima Freire de. **Biodireito**. Belo Horizonte: Del Rey, 2002. p. 283-303.

SÁ, Maria de Fátima Freire de; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. **Manual de Biodireito**. 2. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2011.

SANTIAGO, Robson Luiz. O estatuto do embrião frente à racionalidade humana. In: MEIRELLES, Jussara Maria Leal de. (coord.). **Biodireito em discussão**. Curitiba: Juruá, 2008. p. 119-143.

SGRECCIA, Elio. **Manual de Bioética**. Tradução: Orlando Soares Moreira. São Paulo: Loyola, 2002. 2. ed.

SHERIDAN, Kerry. **Cientistas pedem que especialistas chineses parem de “editar” embriões humanos**. Disponível em: <<http://noticias.uol.com.br/ciencia/ultimas-noticias/afp/2015/04/23/cientistas-pedem-que-especialistas-chineses-parem-de-editar-embrioes-humanos.htm>>. Acesso em: 25 abr. 2015.

VEGA J.; VEGA M.; MARTINEZ Baza P. El hijo en la procreación artificial. Implicaciones éticas y medicolegales. **Cuadernos de Bioética**, 1995, p. 65-69.