

FERTILIZAÇÃO IN VITRO, PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, PARA EVITAR TRANSMISSÃO DE DOENÇAS HEREDITÁRIAS: Estudo do Sistema Único de Saúde (SUS) e a decisão do Tribunal de Justiça de Santa Catarina. Apelação/ Reexame Necessário nº 0869702-34.2013.8.24.0023

IN VITRO FERTILIZATION, THROUGH THE SINGLE HEALTH SYSTEM, TO AVOID TRANSMISSION OF HEREDITARY DISEASES: Study of the Unified Health System (SUS) and the decision of the Court of Justice of Santa Catarina. Appeal/Reexamination Required No. 0869702-34.2013.8.24.0023

Amanda Gomes Nascimento¹
Anne Shirley de Oliveira Rezenda Martins²

RESUMO

Este trabalho trata da seleção de genes para evitar a transmissão de doenças hereditárias, estudando o Sistema Único de Saúde e a decisão do Tribunal de Justiça de Santa Catarina (TJSC) n. 0869702-34.2013.8.24.0023. O objetivo deste trabalho é analisar as normas relacionadas à garantia da utilização da fertilização *in vitro* (FIV), no Sistema Único de Saúde (SUS), e em algumas decisões judiciais, com ênfase na decisão do Tribunal de Santa Catarina. A metodologia utilizada para demonstrar a garantia da utilização da fertilização *in vitro*, pelo Sistema Único de Saúde, para evitar a transmissão de doenças hereditárias é de estudo das Portarias do SUS e de estudo de caso da decisão do Tribunal de Santa Catarina, no qual serão tratadas informações sobre os princípios da bioética e Biodireito e aspectos legais do embrião no Direito brasileiro. Além disso, será apresentado o histórico e constitucionalidade da fertilização *in vitro* e seleção de genes no Brasil, a partir da Portaria 426/GM em 2005. A motivação desta proposta é verificar de que forma a fertilização *in vitro*, com o objetivo de evitar a transmissão de doenças hereditárias, é garantida no Sistema Único de Saúde e nas decisões judiciais. Por fim, conclui-se que as normas e decisões brasileiras estão no sentido de garantir um acesso mais amplo à fertilização *in vitro*, no Sistema Único de Saúde, para evitar a transmissão de doenças hereditárias.

Palavras-chave: Doenças hereditárias. Fertilização *in vitro*. Hemofilia. Seleção de genes. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This work deals with the selection of genes to prevent the transmission of inherited diseases, studying the Unified Health System and the decision of the Court of Justice of Santa Catarina n. 0869702-34.2013.8.24.0023. The objective of this work is to analyze the norms related to the guarantee of the use of the treatment of the selection of genes, in the Unified Health System, and in some judicial decisions, with emphasis in the decision of

¹ Bacharel em Direito pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Advogada. Email: gomsamanda08@gmail.com.

² Doutora em Direito Pela *Universidad de Deusto*. Mestre pela *University of London*. Professora Adjunta IV da PUC Minas. Secretária geral e Consultora jurídica da PUC Minas. Advogada. Email: anne@pucminas.br.

the Court of Santa Catarina. The methodology used to demonstrate the guarantee of the use of *in vitro* fertilization, by the Unified Health System, to prevent the transmission of inherited diseases is a study of the SUS Ordinances and a case study of the decision of the Court of Santa Catarina, in which information on the principles of bioethics and bio-law and legal aspects of the embryo in Brazilian law are treated. In addition, the history and constitutionality of *in vitro* fertilization and selection of genes in Brazil will be presented, starting with Ordinance 426/GM in 2005. The motivation of this proposal is to verify how *in vitro* fertilization, with the objective of preventing the transmission of inherited diseases, is guaranteed in the Unified Health System and in judicial decisions. Finally, it is concluded that the Brazilian rules and decisions are aimed at guaranteeing broader access to *in vitro* fertilization, in the Unified Health System, to prevent the transmission of inherited diseases.

Keywords: Hereditary diseases. *In vitro* fertilization. Hemophilia. Gene therapy. Unified Health System.

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa propõe-se a analisar as normas relacionadas à garantia da utilização da fertilização *in vitro*, no Sistema Único de Saúde, e em algumas decisões judiciais, com ênfase na decisão do Tribunal de Justiça de Santa Catarina.

Dessa forma, o questionamento é: qual a relação entre as Portarias do SUS e a decisão do Tribunal de Santa Catarina no que tange à fertilização *in vitro*, com seleção de embriões, para evitar a transmissão de doenças hereditárias? Para isso, serão estudadas as Portarias 426/GM de 2005; 388 de 2005 e 3.149 de 2012, e a decisão do Tribunal de Santa Catarina nº 0869702-34.2013.8.24.0023.

A hipótese é de que tanto as Portarias do SUS, quanto a decisão do Tribunal de Justiça de Santa Catarina caminham para ampliação do acesso à fertilização *in vitro*, com seleção de genes, para evitar a transmissão de doenças hereditárias.

Assim, realiza-se uma análise de conceitos e proposições teóricas que envolvem a seleção de genes para evitar a transmissão de doenças hereditárias, no campo do Direito a partir dos princípios da Bioética e Biodireito, que auxiliam a compreender os aspectos legais do embrião no sistema normativo brasileiro. Ademais, o texto caminha pelo histórico e constitucionalidade da fertilização *in vitro*, com seleção de genes, no Brasil. Por fim, será demonstrado de que forma a seleção de genes é usada para evitar a transmissão de doenças hereditárias, comprovando a sua eficácia.

Adiante busca-se analisar as Portarias 426/GM de 2005; 388 de 2005 e 3.149 de 2012 do Sistema Único de Saúde para que se verifique de que forma o tema foi tratado no Superior Tribunal de Justiça.

Em seu recorte específico o artigo apresenta uma análise da decisão do Tribunal de Santa Catarina nº 0869702-34.2013.8.24.0023 como forma de demonstrar a eficácia da utilização da fertilização *in vitro*, com seleção de genes, para evitar a transmissão de doenças hereditárias, que, no caso em tela trata-se de hemofilia, e para apresentar os requisitos que devem ser respeitados para a concessão deste tratamento pelo SUS.

A importância do tema ora discutido baseia-se na garantia da utilização da fertilização *in vitro*, com seleção de genes, para evitar a transmissão de doenças hereditárias, pelo Sistema Único de Saúde, como forma de efetivar, não só o direito à dignidade da pessoa humana, como o planejamento familiar do casal.

2 SELEÇÃO DE GENES PARA EVITAR TRANSMISSÃO DE DOENÇAS

HEREDITÁRIAS: CONCEITOS E PROPOSIÇÕES TEÓRICAS NO CAMPO DO DIREITO

Estudos envolvendo embriões humanos, especificamente no âmbito da seleção de genes, são alvo de grandes debates jurídicos, tendo em vista que dependem da interpretação constitucional que orienta o ordenamento jurídico em relação à Genética Humana. Isto porque as inovações trazidas pelos avanços tecnológicos e científicos neste campo são responsáveis pelas discussões acerca dos direitos fundamentais constitucionais (Guerra, 2015).

As discussões de ordem existencial, essenciais à espécie humana, no ramo do Direito, são abordadas pelo Biodireito, que coloca em pauta, por exemplo, questões como tratamento de malformação congênita, manipulação genética, controle da dor, transplante de órgãos e fecundação *in vitro*. Estes temas vão além dos discursos sociais pois abordam questões éticas e trazem consequências no ramo do direito, através da criação, modificação e extinção de relações jurídicas, o que influencia, inclusive, o processo de desenvolvimento da Democracia em seus princípios essenciais de direito à vida, à personalidade e dignidade da pessoa humana, como bem demonstram Maria de Fátima Freire de Sá e Bruno Torquato de Oliveira Naves (2018).

Apesar das discussões jurídicas abordadas pelo Biodireito estarem na retaguarda dos avanços científicos no ramo da Genética Humana, estes, em conjunto com a Bioética, são a base para a construção dos argumentos em tornada Bioconstituição, na qual lida com todas estas questões, relativas aos direitos fundamentais do embrião, e são viabilizadas, de forma fática, sem que o ordenamento normativo tenha seu posicionamento consistente (Guerra, 2015).

Mesmo fazendo parte da base da Bioconstituição, segundo Guerra (2015), oramo da Bioética e do Biodireito possuem princípios próprios que necessitam ser abordados para o pleno entendimento do tratamento constitucional da seleção de genes.

2.1 Princípios da Bioética e Biodireito

A Bioética possui como princípios básicos: beneficência, autonomia e justiça. O primeiro diz respeito à obrigação do profissional do ramo em beneficiar o ser pesquisado, este princípio está ligado à ação de fazer o bem, deve-se absterde procedimentos que não trazem benefícios ao paciente. Um exemplo deste princípio é a vedação da utilização de animais em pesquisas ou cirurgias exploratórias por biólogos e médicos veterinários, ou seja, animais não podem ser considerados como simples objeto de pesquisa. Neste sentido, todas as condutas médicas com humanos devem ser subordinadas ao consentimento do paciente (Guerra, 2015).

O segundo princípio, conforme elucida Sá e Naves (2018), reconhece que a pessoa tem capacidade para se autogovernar, sem influências externas, tendo, portanto, capacidade de decisão a partir do acesso ao máximo de informações antes de decidir, o que trouxe o paciente como participante do tratamento na relação médico-paciente.

O princípio da justiça busca aumentar os benefícios e diminuir os custos. A ideia é de minimizar custos relacionados aos valores do paciente, portanto, abrange acesso aos serviços sociais e de saúde. Dessa forma, os princípios da Bioética pautam a conduta dos profissionais, tornando suas ações condizentes com a manutenção de uma vida autêntica (Sá; Naves, 2018).

Maria de Fátima Freire de Sá e Bruno Torquato de Oliveira Naves (2018) esclarecem que no Biodireito os princípios são divididos entre precaução, autonomia

privada, responsabilidade e dignidade da pessoa humana. A limitação do profissional em adotar somente medidas de prevenção a graves danos, riscos emitir efeitos negativos de suas ações, é definido como princípio da precaução.

A autonomia privada está ligada à amplitude de atuação da pessoa, sendo que o ordenamento jurídico brasileiro, apesar de conceder esta liberdade a limita ao estabelecer os poderes conferidos ao particular (Sá; Naves, 2018).

O princípio da responsabilidade, segundo Sá e Naves (2018), se relaciona com a gravidade e irreversibilidade das ações, sempre ligado à causalidade, imputabilidade e proporcionalidade de suas consequências no âmbito jurídico. Também pode ser analisado na esfera da consciência, uma vez que o indivíduo só pode ser pessoalmente responsabilizado se entende seus atos e suas consequências, entendendo-se que este princípio age depois que a lesão ocorreu. O princípio da dignidade da pessoa humana é constitucional, presente no artigo 1º, III, que assegura o desenvolvimento da pessoa e protege suas manifestações individuais e sociais, o que garante a vida em sociedade, segundo demonstra Sá e Naves (2018).

Uma vez apresentados os princípios pertinentes à Bioética e ao Biodireito, é de suma importância tratar também dos aspectos legais do embrião no Direito brasileiro.

2.2 Aspectos legais do embrião no Direito brasileiro

A Bioconstituição está diretamente relacionada aos aspectos legais do embrião, uma vez que a seleção de genes compreende, mesmo que minimamente, a potencialidade da vida. Houve a necessidade de proteção legal que se estendesse aos embriões, visto que a igualdade é valor indispensável a todo ser humano (Sá; Naves, 2018), conforme o artigo 7º da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), de 1948

Todos são iguais perante a lei e tem direito, sem qualquer distinção, a igual proteção da lei. Todos têm direito a igual proteção contra qualquer discriminação que viole a presente Declaração e contra qualquer incitamento a tal discriminação. (Organização das Nações Unidas, 1948).

O embrião humano é passível de tutela, mas o ordenamento jurídico não considera nenhuma situação jurídica, nem o considera possuidor de direitos subjetivos. Já o embrião não gestado não é dotado de personalidade e não é considerado pessoa, mas são também tutelados pelo Direito, por isso não pode ser considerado como coisa (Sá; Naves, 2018).

Assim como forma de tutelar e proteger o embrião, o artigo 1º, III, da Constituição Federal de 1988, determina a dignidade da pessoa humana como fundamento do Estado Democrático de Direito brasileiro, e, deste princípio básico se derivam outros essenciais aos direitos fundamentais individuais, como igualdade, liberdade, vida, segurança e propriedade, conforme determina o *caput* do artigo 5º (Brasil, 1988).

É neste sentido que as discussões atuais protegem os seres humanos, em qualquer estágio de desenvolvimento, apesar da capacidade evolutiva da ciência no ramo da Engenharia Genética, para garantir sua dignidade, uma vez que são sujeitos éticos individuais (Guerra, 2015).

Além da dignidade da pessoa humana, também fica determinado, no Código Civil brasileiro de 2002 o direito da personalidade, que diz respeito à personalidade e individualidade do ser humano no mundo, que serve como base para o exercício de uma vida digna (Brasil, 2002). As discussões acerca da utilização das evoluções científicas e

tecnológicas envolvendo a genética humana ganham força e importância frente à proteção da dignidade da pessoa humana e aos direitos de personalidade. Porém, não é possível entender dignidade com base em um senso comum para determinar, assim, o sentido e conceito de vida boa vigente em toda a sociedade, neste sentido deve-se trabalhar reconhecendo liberdades equivalentes e não estabelecer como limites desses direitos a compreensão pessoal do que é bom, do contrário não conheceríamos todos os seres humanos como detentores de direitos iguais, vedando a eles, também, o direito de decidirem o que lhes é mais valioso ou melhor em seu conceito de vida boa (Sá; Naves 2018).

Para tanto, o direito de personalidade apresenta aspectos do próprio sujeito, podendo ser considerado como valor unitário e subjetivo, devendo ser respeitado por todos, conforme demonstra Del Río

Ademais, não são os objetos que o Direito protege, mas a necessidade ou o interesse que eles despertam. Qualquer interesse tutelado é direito subjetivo, e não poderia ser diferente com os direitos da personalidade. Assim, se o ordenamento jurídico protege a personalidade e os direitos a ela concernentes, estamos diante de um direito subjetivo, que garante o seu desfrute e obriga os demais a respeitá-lo. (Del Rio, 1996, p. 207-208 *apud* Gomes, 2010).

Neste sentido, fica demonstrado que o direito de personalidade está diretamente ligado à pessoa, pois demonstra a capacidade de adquirir direitos e deveres, sendo que este direito não depende de consciência ou vontade do indivíduo.

Subordinando a personalidade ao nascimento com vida, não cabe indagar de que maneira se processa a concepção: se por via de relações sexuais normais, se devido a inseminação artificial, ou se mediante processos técnicos de concepção extrauterina (fertilização *in vitro*). Ademais, deve-se distinguir os embriões excedentários da figura do nascituro, sendo certo que um e outro não se confundem. O nascituro é o embrião que, implantado no útero, é apto a desenvolver-se ou maturar-se até o nascimento, diferentemente do embrião excedentário, que não tem essa capacidade por si só. (Pereira, 2019, p. 177).

Portanto, é de suma importância apresentar definições relativas à personalidade, conceito básico no ordenamento jurídico, intimamente ligado ao conceito de pessoa, e que determina uma condição prévia para todos os direitos e deveres e que, portanto, é consagrado na legislação Constitucional e Civil (Gonçalves, 2019).

Carlos Roberto Gonçalves (2019) apresenta as três teorias que explicam a situação jurídica do nascituro. A primeira, teoria natalista, considera que a personalidade civil se inicia com o nascimento com vida. A teoria da personalidade condicional é uma extensão da primeira e considera que a aquisição de personalidade é dependente da condição suspensiva do nascimento com vida. Por fim, a teoria concepcionista considera que adquire personalidade desde a concepção e antes do nascimento, porém os direitos patrimoniais, relacionados à herança e doação são condicionados ao nascimento com vida.

No Direito brasileiro, conforme demonstra Sá e Naves (2018) adotou-se a teoria natalista, conforme o artigo 2º do Código Civil (Brasil, 2002). Assim, o nascituro não é considerado pessoa, mas recebe proteção legal, por ter uma expectativa de direito e devido ao interesse público em proteger a vida.

Porém, esse posicionamento já apresenta incongruências, vez que algumas decisões judiciais adotaram a teoria concepcionista por identificar que a personalidade se

inicia com a concepção, no início da vida intrauterina e antes do nascimento, ou seja, no momento em que a pessoa é concebida já detém personalidade jurídica concreta e é titular de direitos subjetivos e existenciais (Sá; Naves, 2018), conforme se demonstra o entendimento do Superior Tribunal de Justiça (2013) ao reconhecer que não se pode considerar a existência da pessoa natural tão somente com o nascimento com vida.

Direito civil. Acidente automobilístico. Aborto. Ação de cobrança. Seguro obrigatório. Dpvat. Procedência do pedido. Enquadramento jurídico do nascituro. Art. 2º do código civil de 2002. Exegese sistemática. Ordenamento jurídico que acentua a condição de pessoa do nascituro. Vida intrauterina. Perecimento. Indenização devida. Art.3º, inciso i, da lei n. 6.194/1974. Incidência (Brasil, 2013, p. 3).

Ainda em relação às incongruências das teorias adotadas pelo direito brasileiro, Gonçalves (2019) apresenta o julgamento da ADI 3.510, que discutia a inconstitucionalidade do que foi permitido pela Lei de Biossegurança de utilização e manipulação das células-tronco de embriões excedentários fora da finalidade reprodutiva, em maio de 2008. Neste julgamento, o Supremo Tribunal Federal (STF) entendeu que a defesa dos direitos subjetivos, garantidos na Constituição Federal, só se inicia a partir do nascimento com vida, quando se obtém a personalidade jurídica. Conforme demonstra o entendimento do relator Ministro Carlos Ayres Britto (2008), garantindo a constitucionalidade da Lei n. 11.105/2005

As pessoas físicas ou naturais seriam apenas as que sobrevivem ao parto, dotadas do atributo a que o art. 2º do Código Civil denomina personalidade civil. A Constituição Federal, quando se refere à 'dignidade da pessoa humana' (art. 1º, III), aos 'direitos da pessoa humana' (art. 34, VII, b), ao 'livre-exercício dos direitos individuais' (art. 85, III) e aos 'direitos e garantias individuais' (art. 60, § 4º, IV), estaria falando de direitos e garantias do indivíduo-pessoa. (Brasil, 2008, p.3).

Após perpassar por conceitos e tutelas jurídicas envolvendo o embrião, este estudo também buscará esclarecer o histórico da seleção de genes no Brasil, conforme capítulo posterior.

2.3 Histórico e constitucionalidade da Seleção de genes no Brasil

O conceito de manipulação genética, apresentado por Sá e Naves (2018), pode ser dividido em sentido amplo, a ser utilizado neste estudo, e que se configura como toda técnica de reprodução assistida e de manipulação de embriões, células ou gametas. Em sentido estrito, a manipulação genética está ligada às técnicas de modificação do material genético, relacionadas à engenharia genética, de forma a transmitir aos descendentes.

Na manipulação genética há tipos de diagnóstico genético, o pré-conceptivo que tem o objetivo de identificar doenças ou deficiências hereditárias, genéticas ou cromossômicas antes da concepção que podem ser transmitidas pelos seus genitores, no caso de identificar alguma enfermidade pode-se evitar a gravidez ou utilizar outras opções: reprodução assistida, doação de gametas ou seleção terapêutica de embriões (Sá; Naves, 2018). Assim, fica demonstrado que muitas são as técnicas disponíveis que possibilitam a seleção de genes para evitar a transmissão de doenças hereditárias.

Este assunto, conforme demonstrado por Maria de Fátima Freire de Sá e Bruno

Torquato Naves (2018), também levanta grande discussão ética a partir da possibilidade de diagnóstico genético antes da implantação do embrião no útero materno ou antes do nascimento, tendo em vista que a partir da possibilidade do casal conhecer o genoma do embrião antes de implantá-lo, pode possibilitar o seu descarte se este apresentar qualquer tipo de malformação. No caso desconhecimento do genoma embrionário em outra fase de seu desenvolvimento, na nidação - implantação do óvulo no útero - poderia instigar a prática do aborto, de acordo com a legislação do país.

Neste estudo, a manipulação genética, será trabalhada inicialmente voltada à reprodução assistida, para que seja esclarecido de que forma ocorreu sua evolução no Brasil, e como esta técnica é atualmente utilizada no país, na forma de seleção de genes para evitar a transmissão de doenças hereditárias, no âmbito do SUS.

As técnicas de reprodução assistida foram trazidas ao Brasil, por profissionais em clínicas particulares, na década de 1980 (Alfrano, 2014). Nesta época, conforme será demonstrado posteriormente, havia uma queda dos investimentos do Estado nos serviços públicos, devido à terceirização de serviços, e um consequente aumento de recursos destinados ao setor privado, fato que perdurou até a Reforma Sanitária.

Os grandes investimentos no setor médico privado, principalmente pela indústria farmacêutica e mídia local, causaram uma grande vinda de especialistas estrangeiros ao Brasil para formação e capacitação nas práticas de reprodução assistida, especialmente nas técnicas de fertilização *in vitro*. Em 1984 nasceu a primeira brasileira fecundada em laboratório, após tentativas e treinamentos de FIV em voluntárias para alcançar o primeiro bebê de proveta brasileiro, conforme demonstra Reis *et. al.*:

As primeiras usuárias brasileiras de FIV, inseridas em experimentos desta inovação, ditas “voluntárias”, residiam em sua maioria na cidade de São Paulo, onde se encontravam em maior número os primeiros especialistas de RA. A incorporação dessa biotecnologia se deu por meio da organização privada de pequenos seminários, para aquisição de know-how. O convite era feito por grupos de clínicas e especialistas nacionais a renomados especialistas estrangeiros, que custeavam a vinda e o trabalho dos mesmos no Brasil para ensinar aqui como aplicar as tecnologias que compõem a FIV: medicamentos, doses e formas de usar concebidas como mais favoráveis à época, meios de cultura a escolher, etc. O trabalho desses médicos estendia-se inclusive ao monitoramento à distância da evolução das gestações de mulheres brasileiras. De fato, muitas daquelas mulheres “voluntárias” aceitaram submeter-se aos procedimentos em tais condições de aprendizado dos especialistas por não poderem pagar pelo tratamento. Este foi o caso do primeiro nascimento de um bebê FIV brasileiro, em 1984. Na época, tais condições foram denunciadas nacional e internacionalmente na literatura feminista e de cunho sociológico sobre a mulher. (Corrêa; Loyola, 2015, p. 760).

A evolução na genética reprodutiva foi rapidamente aceita no Brasil, como um mero tratamento - assim como a hemodiálise, a cirurgia cardíaca ou o transplante de órgãos - saindo da associação da ideia de pesquisa ou experimento com seres humanos, devido ao valor que lhe foi atribuído em relação à possibilidade de desenvolvimento pessoal e familiar, tendo como base arranjos biogenéticos. Os métodos de RA, nesta época, foram responsáveis por apresentar a algumas famílias a possibilidade de ter filhos, o que foi não só socialmente bem vindo, mas também justificou o movimento de acesso aos procedimentos de reprodução assistida a qualquer custo no país. A naturalização e aceitação destes métodos trouxe uma mudança na linguagem social que passou a relacionar as novas tecnologias no campo da reprodução assistida ao desejo da população, sob o bordão “as pessoas trazem os desejos e a medicina, as técnicas.”

(Corrêa; Loyola, 2015. p. 761).

O papel e incentivo da mídia foi demonstrado a partir da divulgação dos “milagres” que as novas tecnologias de reprodução assistida poderiam oferecer. A publicização da RA levou informações sobre seus benefícios e riscos, além de reiterar os valores morais e a cobrança de filhos, que eram inseridos na sociedade de forma indireta, através de novelas, por exemplo, que acabavam com o casal protagonista com filhos, estes atos foram responsáveis por aumentar a busca pelos procedimentos. Havia também uma promessa pela transmissão ao vivo das inovações tecnológicas do ramo, o que não ocorreu devido a morte de uma das pacientes voluntárias, em 1982, durante a retirada de um folículo, para evitar a disseminação negativa de informações relacionadas à RA (Alfrano, 2014).

Desde o início da utilização das técnicas de reprodução assistida até os dias atuais, houve um grande crescimento tanto do número de clínicas particulares quanto de demandas para este tipo de serviço, conforme demonstra Bianca Alfrano:

Segundo a apresentação do Registro Latino-americano de Reprodução Assistida, nasceram 50.775 bebês no Brasil entre 1990 e 2011, utilizando-se de técnicas como a fertilização *in vitro* (Fiv), a inseminação intrauterina (IIU) ou inseminação artificial (IA), a injeção intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI), entre outras variações destes procedimentos. (Alfrano, 2014, p. 21-22).

O SisEmbrião, Sistema Nacional de Produção de Embriões, foi criado em 2008, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária também apresenta dados sobre a reprodução humana assistida no Brasil, no Relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões (Alfrano, 2014). O Relatório apresenta definições de ciclo realizado de fertilização *in vitro* e número de embriões produzidos:

Considera-se como ciclo realizado de fertilização *in vitro*, os procedimentos médicos nos quais a mulher é submetida à produção (estímulo ovariano) e retirada de ovócitos para realizar a reprodução humana assistida. O número de ovócitos produzidos se refere à quantidade de ovócitos captados durante os procedimentos médicos dentro de um ciclo de fertilização. Considera-se número de embriões produzidos a quantidade de embriões produzidos em laboratório dentro de um ciclo de fertilização. Os embriões transferidos são aqueles que foram transferidos ao útero da paciente através de procedimentos médicos apropriados. Os embriões que tiveram problemas no seu desenvolvimento e se tornaram inviáveis entram na contagem de embriões descartados. (Sisembrião, 2018, p. 6).

O 11º Relatório apresentou dados do número de ciclos, produção de células e embriões em 2017, que chegou à 36.307, 340.458 e 68.891 respectivamente nas Unidades Federadas, conforme se apresenta:

Tabela 1 - Distribuição de recursos financeiros para os estabelecimentos de saúde, do Sistema Único de Saúde, que realizam procedimentos relacionados à Reprodução Humana Assistida

Unidade Federada	Quantidade de serviços	Número de ciclos realizados	Número de oócitos produzidos	Número de embriões transferidos	Número de embriões descartados
AM	2	113	1.094	241	81
BA	3	1.226	11.245	2.074	2.479
CE	4	810	6.337	1.855	229
DF	4	1.048	10.161	2.000	2.371
ES	3	498	4.026	1.060	608
GO	4	962	8.310	2.535	1.389
MA	2	145	1.465	424	137
MG	19	3.700	33.530	8.289	6.162
MS	1	119	1.479	345	496
MT	2	507	5.452	1.201	907
PA	2	334	2.786	355	583
PE	3	940	8.969	1.900	1.901
PI	1	129	1.487	352	252
PR	15	2.305	17.679	4.613	3.081
RJ	10	3.004	27.715	5.380	4.583
RN	3	198	1.836	443	740
RS	8	2.652	25.538	5.017	6.250
SC	7	1.038	8.976	2.077	1.594
SE	1	155	1.483	498	147
SP	51	16.357	160.315	28.159	31.962
TO	1	67	575	73	7
Total	146	36.307	340.458	68.891	65.689

Fonte: SisEmbrio/Anvisa-2018, dados obtidos em 21/02/2018.

Fonte: 11º Relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões – SisEmbrio, 2018

Conforme demonstrado, a evolução da manipulação genética trouxe consigo grandes discussões jurídicas, e com o avanço do uso da fertilização *in vitro* no Brasil, houve a necessidade de respaldo legal que permitisse sua utilização, para tanto houve a criação da Lei do Planejamento Familiar, que prevê amplos direitos reprodutivos no Sistema Único de Saúde, o objetivo desta Lei estava ligado à autonomia e o direito da mulher em relação às suas escolhas reprodutivas, que será estudado de forma aprofundada posteriormente.

Apesar de não tratar especificamente sobre a seleção de genes, a Constituição Federal brasileira considera a saúde como direito fundamental, em seu artigo 196, e determina que é dever do Estado, através de políticas sociais e econômicas reduzir o risco de doenças, o que inclui as enfermidades hereditárias (Brasil, 1988). A Constituição também estabelece direitos reprodutivos, pautados no princípio da dignidade da pessoa humana, ou seja, o Estado reconheceu não só a igualdade entre homens e mulheres quanto o direito à igualdade de relações sociais e pessoais e a não discriminação, enfim foram definidas as premissas básicas em relação aos avanços dos direitos reprodutivos (Brasil, 1988).

A partir destes dois dispositivos legais, houve a criação de Portarias do Ministério da Saúde que viabilizaram a utilização das evoluções no ramo da genética, especialmente relacionado à seleção de genes para evitar a transmissão de doenças. Neste sentido, destaca-se a Portaria 426/GM que implantou a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, e tornou possível a plena atenção em reprodução humana assistida (Afrano, 2014) a ser estudada, de forma mais completa, no capítulo a seguir.

Assim, apesar de não haver expressa menção na Constituição Federal de 1988 acerca do direito à seleção de genes para evitar doenças hereditárias, este direito se traduz na garantia de todos os brasileiros ao planejamento familiar e na dignidade da pessoa humana, que devem ser garantidos pelo Estado. Isto é, viabilizado através do acesso às técnicas de reprodução assistida, principalmente através do SUS, por contribuir com a redução da transmissão vertical ou horizontal de doenças.

Para demonstrar a importância de se garantir a fertilização *in vitro* no âmbito do

Sistema Único de Saúde, como forma de garantir o planejamento familiar, é de suma importância esclarecer de que forma a seleção de genes é utilizada, especificamente para evitar a transmissão de doenças hereditárias.

2.4 Seleção de genes para evitar transmissão de doenças hereditárias.

As características de todo organismo vivo está presente em seu genoma, que é composto por um material genético, DNA ou RNA. O Ácido Desoxirribonucleico (DNA), material genético dos seres humanos, se organiza em

46 cromossomos e composto por dois filamentos, cada um destes filamentos contém nucleotídeos que possuem uma molécula de ácido fosfórico, uma molécula de desoxirribose e uma base nitrogenada, que pode ser adenina (A), timina (T), guanina (G) e citosina (C) (Lopes, 2008 *apud* Paiva, 2017, p. 5).

Esta estrutura do DNA permite que várias informações sejam guardadas, referentes ao funcionamento e desenvolvimento celular. Os genes são áreas responsáveis pela transcrição e tradução de informações genéticas e são unidades fundamentais da hereditariedade, pois produzem proteínas ou RNA. Os genes podem atuar de duas formas: determinando a identidade do organismo, sua morfologia e funcionamento, ou regular e manter outros genes da molécula de DNA (Joaquim; El-Hani, 2010 *apud* Paiva, 2017, p.5).

Algumas doenças são causadas por erros no DNA, devido à deleção, substituição ou inserção de pares de bases nos genes, que são definidos como mutações genéticas. Estes erros que causam as mutações podem ocorrer de forma espontânea ou induzida por agente mutagênico, e normalmente acontecem durante a fase de replicação do DNA (Nussbaum, 2008 *apud* Paiva, 2017, p.5).

As mutações podem ser desde muito pequenas, atingindo somente o nucleotídeo, até as que modificam a quantidade e estrutura dos cromossomos nas células. Qualquer uma destas mutações podem causar impacto no fenótipo, pois as mudanças em alguns genes podem acarretar em perdas totais na expressão gênica, com propriedades alteradas. O defeito na produção das proteínas ou a falta delas pode causar desde imunodeficiências até doenças degenerativas (Nussbaum, 2008 *apud* Paiva, 2017, p.6).

As principais técnicas de reprodução assistida, apresentadas por Bianca Alfrano (2014), são: inseminação artificial (IA), injeção intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI), fertilização *in vitro* (Fiv) e diagnóstico pré-implantatário (DGI).

A inseminação artificial é a implantação, no útero da mulher, doses de espermatozoides com maior chance de fertilização, que foram previamente isolados no laboratório, este procedimento é acompanhado por uma indução da ovulação feminina, através da utilização de medicamentos. Na injeção intracitoplasmática de espermatozoide, estes são retirados do testículo, escolhidos os de melhor qualidade e injetados no óvulo maduro, em laboratório. Já na fertilização *in vitro* há uma estimulação ovariana para a produção de mais de um óvulo por ciclo, este procedimento é acompanhado por ultrassonografias periódicas que analisam o tamanho dos óvulos, que ao amadurecerem, são fecundados em laboratório e transferidos ao útero quando chegam à fase pré embriões (Alfrano, 2014).

Corrêa e Loyola (2015), esclarecem o conceito de diagnóstico préimplantatário do embrião

Apesar destes revezes, sendo o ciclo tecnológico inexoravelmente exponencial, a possibilidade do embrião *in vitro* deu lugar a propostas como a de diagnóstico

pré-implantatório do embrião (DPI). Este não deve ser confundido com o chamado "diagnóstico pré-natal", que compreende técnicas mais antigas e bem difundidas nos pré-natais, inclusive na rede pública (Sistema Único de Saúde - SUS) como: amniocentese, cariótipo, etc. Já no DPI, a partir de uma biópsia do embrião *in vitro*, a tecnologia diagnóstica é aplicada para selecionar doenças e sexo, ou como um dispositivo de delineamento de características e atributos humanos. Na maior parte das vezes, esses traços são *supostamente* de base genética. A identificação de traços mais ou menos negativos, ainda que em termos probabilísticos, ou pior, especulativos, levaria à eliminação de embriões. (Corrêa; Loyola, 2015, p. 759).

A indicação desse diagnóstico é para casais que têm grande risco de gerarem filhos com doenças genéticas, normalmente o DGPI é procurado por casais que já possuem filhos com algum tipo de doença genética, para mulheres com idade avançada que apresentam risco ao engravidar e para casais que querem uma fertilização *in vitro* devido a problemas de fertilidade (Swanson *et al.*, 2007 *apud* Mendes; Costa, 2010, p. 375).

A comprovada eficiência do DGPI o transformou em uma técnica muito difundida no mundo, e tornou possível a vários casais a geração de filhos saudáveis e a cura de doentes (Mendes; Costa, 2010).

Além do DGPI, a terapia gênica também é um importante tratamento, por ser considerado eficaz e sem possíveis efeitos colaterais como encontrado em alguns métodos de tratamento através de cirurgias e farmacológicos, sendo apresentado, portanto, como uma ótima opção para a cura de doenças (Artioli; Hirata; Junior, 2007 *apud* Paiva, 2017, p. 5)

A terapia gênica é considerada como a inserção, nas células do indivíduo, de material genético com fins terapêuticos. O material a ser inserido de duas formas, a primeira é a partir do uso de genes determinados previamente que substituem os genes defeituosos. Já a segunda forma consiste na interferência, através da inserção RNA, de forma a silenciar o gene defeituoso (Pérez-López, 2013; Fécchio; Macedo; Ricci, 2015 *apud* Paiva, 2017, p. 5).

Essa terapia é recomendada para o tratamento de doenças hereditárias como por exemplo fibrose cística, hemofilia, distrofias musculares e podem ser estendidas na busca ao tratamento do câncer e HIV, com o objetivo de alcançar um número maior de enfermos (Menk; Ventura, 2007; Nabais, 2015 *apud* Paiva, 2017, p. 6).

Júlio Cesar Castro de Paiva (2017) cita Borsatto (2015) para demonstrar as vantagens que podem ser alcançadas a partir da utilização da terapia gênica:

A terapia gênica foi pensada no grande número de pessoas que hoje sofrem de doenças que não possuem cura ou que o tratamento é de difícil acesso ou contém grandes efeitos colaterais. A terapia gênica possui como vantagem seu alto grau de pontualidade terapêutica e poucos efeitos colaterais possíveis, também pode ser levado em consideração o amplo campo de aplicação que pode ser voltada não apenas para tratamentos de doenças. As novas descobertas da biotecnologia colaboram bastante para se alcançar essas vantagens na terapia gênica, devido a vetores cada vez mais eficientes e menos imunogênicos e, também, a técnicas de edição de genoma muito pontuais. (Borsatto, 2015 *apud* Paiva, 2017, p.13).

Os benefícios alcançados através dos métodos apresentados neste estudo comprovam que, ao serem disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, permitem a viabilização não só do exercício da dignidade da pessoa humana, como forma de ser

saudável, mas também por garantir o planejamento familiar do casal, garantido pela Constituição Federal no artigo 226, § 7º (Brasil, 1988).

3 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL EM REPRODUÇÃO HUMANA

O planejamento familiar é um exercício da paternidade responsável e da dignidade da pessoa humana, por este motivo é de livre escolha do casal o determinar, porém cabe ao Estado garantir recursos científicos e educacionais, com condições necessárias para o seu exercício, conforme determina o § 7º, artigo 226 da Constituição Federal (Brasil, 1988).

Este direito constitucional é regulado pela Lei 9.263 de 1966, e se determinano artigo 2º como todas as formas de fecundidade que garantem a equidade de direitos da mulher de constituir, limitar ou aumentar sua prole (Brasil, 1988).

As questões referentes ao planejamento familiar estão relacionadas às mais diversas esferas que envolvem a mulher, o homem e o casal, principalmente em relação ao controle de transmissão e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, atendimento pré-natal, controle ao parto, puerpério e neonato, segundo a referida Lei. Por último, e não menos importante, a rede pública de saúde também deve garantir todos os tratamentos necessários para concepção e anticoncepção, com a utilização de todas as técnicas e métodos de aceitos no âmbito científico (Alfrano, 2014).

Os tratamentos para concepção são procurados, normalmente, quando o casal percebe indícios de infertilidade, que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), ocorrem quando mesmo mantendo relações sexuais regulares e sem utilização de métodos contraceptivos, durante um ano, o casal não consegue engravidar, porém o número exato relacionado à problemas de infertilidade no mundo são difíceis de investigar, por envolver fatores masculinos e femininos. Estima-se, ainda de acordo com a agência, que oito a quinze por cento dos casais ao redor do mundo tem problemas de infertilidade (OMS, 2011).

Bianca Alfrano (2014) esclarece que apesar do grande número de clínicas que oferecem os mais diversos tipos de tratamentos contra infertilidade incluindo relação sexual assistida, inseminação artificial, fertilização *in vitro*, doação de óvulo, doação de esperma e diagnóstico pré-implantacional, o valor destes tratamentos ainda é muito alto devido a sua alta complexidade, que fica exemplificado pela demonstração do procedimento a ser seguido nos métodos de fertilização *in vitro* (FIV) e injeção intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI)

Em relação à coleta do gameta feminino, o processo é mais complexo e mais invasivo em ambos os procedimentos (Fiv e ICSI). Há uma hiperestimulação ovariana, com medicamentos hormonais injetáveis e orais, para que mais de um óvulo seja produzido por ciclo. O crescimento e amadurecimento desses óvulos são acompanhados quase diariamente, com ultrassonografia serial, até que estejam no tamanho ideal para serem aspirados por agulha fina, com o auxílio de anestesia local ou geral, e fecundados em laboratório. Os óvulos e espermatozoides com melhores chances de fecundação são colocados em um tubo de ensaio (por isso a antiga referência ao “bebê de proveta”) e, após a fecundação, quando chegam à fase de pré-embriões, são transferidos para o útero. (Alfrano, 2014, p. 24).

O alto custo dos tratamentos impossibilita seu acesso pela população hipossuficiente, em atenção a estes dados e como forma de viabilizar o planejamento familiar para todos o Ministério da Saúde, em 2005, instituiu a Política Nacional de

Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, no Sistema Único de Saúde por meio da Portaria 426/GM.

3.1 Portaria 426/GM

Para análise desta Portaria, é fundamental abordar primeiramente a conjuntura na qual o Brasil estava inserido no momento de sua criação, não só em relação ao poder estatal, mas em diversas áreas de conhecimento. As informações demonstradas abaixo são essenciais para o entendimento, de forma mais clara, da necessidade da criação da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida.

Na década de 20 a saúde era vista como presente do Estado sem nenhuma normatividade jurídica que a garantisse para toda a sociedade brasileira, nesse momento havia uma separação entre ações para a população e para quem tinha condições financeiras para uma assistência privada de saúde. No Estado Novo, Era Vargas, os direitos trabalhistas estavam atrelados ao direito à assistência médica, de forma que o trabalhador que contribuísse com a previdência tinha acesso a esta política pública ou poderiam optar por serviços privados, à escolha de cada categoria profissional (Alfrano, 2014).

Nos anos de 1930 até 1980, o Estado passou a oferecer assistência médica individual ou por planos de saúde, por isso houve um aumento da oferta de empresas de saúde privada que prestavam um trabalho complementar ao de assistência médica previdenciária, através de uma relação público/privada (Asensi, 2010).

O movimento da Reforma Sanitária, nos anos 1980, foi essencial para que se estabelecesse a saúde como direito de todos, universal, que contou com a participação não só do Estado, mas também da sociedade. Foi um período de reuniões entre lideranças políticas, sociais, sindicais, administradores de saúde e pesquisadores para discutir as dificuldades da implantação da Reforma Sanitária e o estabelecimento de um novo conceito de saúde (Cordeiro, 2004 *apud* Alfrano, 2005, p. 47).

A saúde só foi considerada como dever do Estado e direito fundamental a partir da Constituição Federal de 1988, de forma que os serviços de saúde adquiriram status de relevância pública, porém, houve controvérsias ao determinar que, no Brasil, este direito é de competência concorrente entre União, Estado e Município. Como forma de resolução desses debates foi implementado, em 1990, o Sistema Único de Saúde, pela Lei 8.080, sob os princípios da descentralização, integralidade, universalidade, participação e equidade na saúde, ou seja, foi considerado como direito de todos os brasileiros (Asensi, 2010).

Todo o processo de evolução em relação à saúde no Brasil é dinâmico e caminha de acordo com os avanços da ciência e das tecnologias reprodutivas, mas provoca discussões éticas com a necessidade de tutela jurídica. Por este motivo, instituiu-se a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, em 22 de março de 2005, através da Lei 426/GM. Esta política foi uma resposta do Ministério da Saúde à necessidade de garantia ao tratamento de infertilidade, por este ser inacessível devido ao seu alto valor, conforme demonstrado anteriormente (Alfrano, 2014).

A Portaria teve como base, em sua instituição, a necessidade de viabilizar o direito ao planejamento familiar, através da atenção integral e acesso igualitário aos tratamentos relacionados à reprodução humana assistida, para que a infertilidade fosse tratada em todas as regiões do país, por meio do Sistema Único de Saúde, nos procedimentos de baixa, média e alta complexidade (Brasil, 2005).

Em suas resoluções, a Portaria instituiu a Política Nacional de Atenção Integral em

Reprodução Humana Assistida a ser estruturada de forma concorrente entre o Ministério da Saúde, Secretarias de Estado e as Secretarias Municipais de Saúde, sendo de responsabilidade destes três entes tanto a regulamentação suplementar e complementar das disposições da Portaria, quanto à fiscalização, avaliação das ações, controle e regulação relacionados a atenção da reprodução humana assistida (Alfrano, 2014).

As técnicas de reprodução humana assistida, cientificamente aprovadas - e garantidas a partir da Portaria 426/GM, no âmbito do Sistema Único de Saúde - auxiliam na diminuição da transmissão vertical ou horizontal, começando pela identificação dos problemas de infertilidade enfrentados por casais durante sua vida fértil e, após, com o desenvolvimento de ações envolvendo o poder público e a sociedade, principalmente, para os fins deste estudo, para evitar a transmissão de doenças hereditárias. Isto é viabilizado através da organização da linha de cuidados integrais com todos os níveis de atenção, por intermédio de equipes com atuação multissetorial de promoção, tratamento, reabilitação e prevenção destas doenças e de outras relacionadas que podem impedir o livre planejamento familiar do casal (Alfrano, 2014).

Apesar desta Portaria ter sido revogada, em 2009, pelo Novo Regulamento do Sistema Único de Saúde - Portaria nº 2.048 - esta merece ser apresentada por este estudo pois foi responsável por mudanças na forma com que a Reprodução Humana Assistida foi regulamentada e garantida no SUS de forma a aumentar a disponibilidade do serviço de Reprodução Assistida

Os poucos serviços de RA, que de alguma maneira já prestavam serviços pelo SUS, concentravam-se, principalmente, na região sudeste (assim como os centros privados de RA), quais sejam, o Centro de Reprodução Humana Assistida do Hospital Regional da Asa Sul/DF, o Centro de Referência em Saúde da Mulher/SP (Hospital Pérola Byington), o Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), o Hospital Universitário de Ribeirão Preto/USP/SP, o Hospital Universitário da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), o Hospital das Clínicas da UFRGS. (Alfrano, 2014, p. 54).

A importância desta Portaria é comprovada a partir de sua citação, e utilização como base, em outras importantes decisões e normas que garantem o acesso aos procedimentos de atenção à Reprodução Humana Assistida, no SUS. Isto é comprovado tanto nas considerações da Portaria nº 3.149 de 2012, quanto em decisões judiciais, como na decisão n. 0869702-34.2013.8.24.0023, do Tribunal de Santa Catarina, em 2017, ambos posteriores à revogação da Portaria 426/GM.

3.2 Portaria 388

Com o objetivo de regulamentar e organizar o tratamento à infertilidade e a reprodução assistida ofertada no Sistema Único de Saúde, dentro da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, foi instituída a Portaria nº 388 em 06 de julho de 2005 (Alfrano, 2014).

Para sua instituição a Portaria considerou a necessidade de adotar todos os mecanismos necessários para garantir o acesso aos serviços de Média e Alta Complexidade em Reprodução Assistida, por casais inférteis, portadores de doenças infectocontagiosas, portadores de HIV e Hepatites Virais e portadores de doenças genéticas. Para tanto, novamente atribui-se a competência concorrente entre os três entes federativos para implantar e organizar as redes municipais, do Distrito Federal e estaduais para Atenção em Reprodução Humana Assistida, mas cabe ao Estado a

coordenação da rede (Alfrano, 2014).

Os critérios para implantar e viabilizar o acesso aos serviços de reprodução humana assistida também foram definidos pela Portaria nº 388/2005, conforme o artigo 3º, quais sejam, a população atendida - que necessita de prévio credenciamento e habilitação aos Serviços de Referência de Média e Alta Complexidade em Reprodução Humana Assistida -, o nível de complexidade dos serviços a serem disponibilizados; quais os protocolos devem ser seguidos para diagnóstico, encaminhamento e tratamento da infertilidade; a distribuição do serviço de forma geográfica e quantitativa; e a inclusão destes procedimentos na tabela de pagamentos do SUS (Alfrano, 2014).

Em relação aos beneficiários destes serviços, que precisam de prévia habilitação, foram definidos pessoas com problemas de infertilidade, já definidas por médico e aqueles que querem evitar a transmissão horizontal ou vertical de doenças, incluindo as hereditárias. Porém, não foi definido se esta Portaria incluiria o acesso aos tratamentos por aqueles que sofrem da ausência involuntária de filhos (Alfrano, 2014).

Conforme demonstrado por Bianca Alfrano (2014), como condição para o acesso às técnicas reprodutivas estabelecidas, os possíveis beneficiários acima elencados devem passar por avaliações psicossociais tanto para acesso à atenção básica, quanto para serviços de média e alta complexidade, de forma a identificar casos que não são adequados para estes atendimentos.

3.3 Portaria 3.149

Por fim, para esclarecer de que forma a fertilização *in vitro*, com seleção de genes e outros métodos de reprodução assistida são garantidos no Brasil, resta estudar a Portaria 3.149, instituída em 28 de dezembro de 2012, que estabeleceu recursos financeiros que serão destinados aos estabelecimentos de saúde, do SUS, que realizam procedimentos relacionados à Reprodução Humana Assistida (Brasil, 2012).

Esta Portaria cita como base a Política Nacional de Atenção à Reprodução Humana Assistida e o conjunto de normas para atenção à reprodução assistida no SUS, e para que fosse instituída foi feita uma visita técnica, aos locais que fornecem métodos de assistência à reprodução humana, pelo Ministério da Saúde, para conhecer suas condições (Brasil, 2012).

Para garantir o estabelecido nas Portarias anteriores foi destinado, à época, o valor de dez milhões de reais, encaminhados inicialmente para os Fundos de Saúde dos entes federados e repassado aos estabelecimentos de saúde que fornecem os métodos de reprodução assistida. A divisão do valor, entre os Estados, ficou estabelecida da seguinte forma (Brasil, 2012).

Tabela 2 - Divisão estabelecida pela Portaria 3.149 de 2012, dos dez milhões de reais, encaminhados inicialmente para os Fundos de Saúde dos entes federados

UF	Gestão	Estado/Município/DF	CNES	Estabelecimento	VALOR DE RECURSO EM REAIS
DF	Estadual	Brasília	0010537	HMIB - Hospital MaternoInfantil de Brasília	1.000.000,00
MG	Municipal	Belo Horizonte	0027049	Hospital das Clínicas daUFMG	1.500.000,00
RS	Municipal	Porto Alegre	2237571	Hospital Nossa Senhora daConceição SA - Fêmea	1.000.000,00
RS	Municipal	Porto Alegre	2237601	Hospital das Clínicas de Porto Alegre	1.000.000,00
SP	Estadual	São Paulo	2078015	HC da FMUSP Hospital dasClínicas São Paulo	1.500.000,00
SP	Estadual	São Paulo	2078287	Centro de Referência da Saúde da Mulher São Paulo - Pérola Byington	1.500.000,00
SP	Estadual	São Paulo	2082187	Hospital das Clínicas FAEPARibeirão Preto	1.500.000,00
PE	Dupla	Recife	0000434	Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira- IMIP	1.000.000,00
Total geral					10.000.000,00

UF	Gestão	Estado/Município/DF	CNES	Estabelecimento	VALOR DE RECURSO EM REAIS
RN	Municipal	Natal	2409208	Maternidade Escola Januário Cicco	1.500.000,00
Total geral					1.500.000,00

Fonte: Ministério da Saúde, Portaria Nº 3.149 de 28 de dezembro de 2012.

4 ANÁLISE DA DECISÃO DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SANTA CATARINA

Trata-se de apelação nº 0869702-34.2013.8.24.0023 submetida ao Tribunal de Justiça do Estado de Santa Catarina, sob relatoria da Desembargadora Sônia Maria Schmitz, julgada em julho de 2017.

No Procedimento Ordinário o casal requereu a condenação do Estado de Santa Catarina a fornecer a fertilização *in vitro* com seleção de embriões, segundo consta, a esposa é portadora do gene da hemofilia que foi transmitido a ela por seu genitor que possui um fator mais grave da doença (Brasil, 2013).

O Ministério da Saúde (2020) define a hemofilia como um grave distúrbio de coagulação, que normalmente é transmitido por gerações por um gene recessivo X, ou seja, passa da mãe para o filho:

As hemofilias são distúrbios genéticos e hereditários que acometem quase que exclusivamente os homens. Elas comprometem a capacidade do corpo de coagular o sangue, tão necessária para interromper as hemorragias. Isso acontece quando há ausência de proteínas, substâncias que, dentre inúmeras funções, ajudam na coagulação.

Quando uma pessoa corta alguma parte do corpo e começa a sangrar, são as proteínas que entram em ação para estancar o sangramento.

Esse processo é chamado de coagulação. As pessoas portadoras de hemofilia, não possuem essas proteínas e sangram mais. (Brasil, 2020).

O casal encontrou na fertilização *in vitro* a possibilidade de selecionar os embriões sem o gene da hemofilia, porém, após efetuarem o requerimento para obter o tratamento pelo Sistema Único de Saúde não obtiveram êxito, pois foram informados que o procedimento requerido não estava previsto no rol dos oferecidos no Estado de Santa

Catarina (Lisboa, 2015).

Como forma de tangenciar os custos e justificar o requerimento da fertilização *in vitro* fornecida pelo Estado, o casal demonstrou que o tratamento requerido custaria por volta de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), mas gastariam aproximadamente R\$ 813.102,85 (oitocentos e treze mil, cento e dois reais e oitenta e cinco centavos) caso tivessem um filho portador de hemofilia (Lisboa, 2015). Conforme demonstra o Juiz de Direito José Maurício Lisboa (2015) na contestação o Estado de Santa Catarina alegou que o requerimento dos autores não está relacionado ao direito à vida ou direito à saúde, ambos presentes na Constituição Federal de 1988, pois o fato de ter a probabilidade do filho do casal ter hemofilia não compromete a saúde ou acarreta em morte, além de afirmar que o casal não demonstrou hipossuficiência financeira que justificasse a concessão do tratamento da fertilização *in vitro* de forma gratuita. No mesmo sentido o Ministério Público pugnou pela improcedência do pedido dos autores.

Em sua sentença Lisboa (2015) decidiu por não acolher o pedido da parteré ao afirmar que não constava nos autos prova da impossibilidade do casal de ter acesso ao tratamento de fertilização *in vitro*, com seleção de embriões para evitar que seu filho fosse portador de hemofilia. Primeiro pelo entendimento de que a saúde é direito universal e deve ser garantido pelo Estado de forma igualitária, segundo que o acesso à saúde, de forma gratuita, no Brasil, não está condicionado à demonstração de hipossuficiência financeira dos que a requerem.

O pedido da autora vai muito além da simples concessão, por parte do Estado de Santa Catarina, do tratamento e medicamentos para quem seja portador de alguma doença, uma vez que cabe ao Estado fornecer meios que garantam o exercício do planejamento familiar, seja por meios conceptivos ou contraceptivos, conforme artigo 226, § 7º da Constituição Federal e a Portaria nº 426/GM de 2005 que instituiu a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida (Lisboa, 2015).

Lisboa (2015) demonstra que seu convencimento foi baseado no laudo elaborado pela Doutora Louise Lapagesse de Camargo Pinto onde afirmou que além da fertilização *in vitro* estar regulamentada no Brasil como uma prática terapêutica, também garante a ausência dos genes causadores de hemofilia, quando combinada com o diagnóstico pré-implantacional, cuja dinâmica já foi demonstrada anteriormente. Dessa forma, restou demonstrado que a única forma do casal ter filho(a) que não seja portador de hemofilia, quando esta mutação já foi identificada na família é com a utilização da fertilização *in vitro* com o diagnóstico pré-implantatário.

De forma incontestável, portanto, restou demonstrado que o procedimento acima mencionado é a única forma da autora conceber um embrião saudável, devendo ser garantido ao casal não só como um exercício da dignidade da pessoa humana, mas também como o direito de engravidar e gerar filhos saudáveis, através do uso da ciência, sem riscos (Lisboa, 2015).

O Estado de Santa Catarina, inconformado com a decisão prolatada pelo Juiz de Direito José Maurício Lisboa, interpôs apelação nº 0869702- 34.2013.8.24.0023. No recurso, primeiramente, foi esclarecido pela Desembargadora Sônia Maria Schmitz que o tratamento requerido pelo casal consta nos disponibilizados no Sistema Único de Saúde, conforme Portarias ns. 426/GM de 2005; 388 de 2005 e 3.149 de 2012, demonstradas anteriormente. Dessa forma, não se enquadra no REsp nº 1657156 do STJ, sob o TEMA 106/STJ, no rito dos recursos repetitivos onde ficou estabelecido que as ações que versem sobre terapias não protocoladas no SUS devem ser sobrestadas (Schmitz, 2017).

Schmitz (2017) esclarece que a fertilização *in vitro* combinada com o diagnóstico genético pré-implantatário já está autorizado como disponibilizados pelo Sistema Único

de Saúde, inclusive para evitar a transmissão de doenças hereditárias, uma vez que estas técnicas reduzem a transmissão horizontal e/ou vertical de enfermidades genéticas, infectocontagiosas, dentre outras.

Na decisão da Desembargadora (2017) para que a concessão do tratamento pelo SUS ocorra, é necessário a comprovação de sua necessidade, a dificuldade de conseguirlo administrativamente na rede pública de saúde, critérios estes estabelecidos no Incidente de Resolução de Demandas Repetitivas - IRDR n. 0302355-11.2014.8.24.0054/50000.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS E TERAPIAS PELO PODER PÚBLICO. DISTINÇÃO ENTRE FÁRMACOS PADRONIZADOS DOS NÃO COMPONENTES DAS LISTAGENS OFICIAIS DO SUS. NECESSÁRIA REPERCUSSÃO NOS REQUISITOS IMPRESCINDÍVEIS AO NASCIMENTO DA OBRIGAÇÃO POSITIVA DO ESTADO.

1. Teses Jurídicas firmadas:

1.1 Para a concessão judicial de remédio ou tratamento constante do rol do SUS, devem ser conjugados os seguintes requisitos: (1) a necessidade do fármaco perseguido e adequação à enfermidade apresentada, atestada por médico; (2) a demonstração, por qualquer modo, de impossibilidade ou empecilho à obtenção pela via administrativa (Tema 350 do STF).

1.2 Para a concessão judicial de fármaco ou procedimento não padronizado pelo SUS, são requisitos imprescindíveis: (1) a efetiva demonstração de hipossuficiência financeira; (2) ausência de política pública destinada à enfermidade em questão ou sua ineficiência, somada à prova da necessidade do fármaco buscado por todos os meios, inclusive mediante perícia médica; (3) nas demandas voltadas aos cuidados elementares à saúde e à vida, ligando-se à noção de dignidade humana (mínimo existencial), dispensam-se outras digressões; (4) nas demandas claramente voltadas à concretização do máximo desejável, faz-se necessária a aplicação da metodologia da ponderação dos valores jus fundamentais, sopesando-se eventual colisão de princípios antagônicos (proporcionalidade em sentido estrito) e circunstâncias fáticas do caso concreto (necessidade e adequação), além da cláusula da reserva do possível. (Brasil, 2016, p.1).

Neste sentido, a decisão proferida por Schmitz (2017) foi no sentido de garantir o acesso da autora à fertilização *in vitro* com diagnóstico pré implantatário, uma vez que ficou demonstrado nos autos tanto a negativa, da Administração, em fornecer o tratamento, quanto os elementos necessários para tal procedimento.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente pesquisa buscou realizar uma contribuição teórica para a temática da fertilização *in vitro*. Após a contextualização e análise do tema, considerando a vertente principiológica da Bioética e do Biodireito compreendeu-se como se deu a evolução da utilização desta técnica no país como forma de garantia do planejamento familiar do casal, determinado na Constituição Federal da República de 1988. Ademais, a compreensão do tema por meio da análise da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana, demonstrou a viabilidade do fornecimento das técnicas de reprodução humana assistida de forma gratuita no SUS.

As discussões abordadas neste trabalho são relevantes por demonstrarem de que forma as normas brasileiras - em específico as Portarias 426/GM de 2005; 388 de 2005 e 3.149 de 2012 -, bem como as decisões judiciais, têm caminhado para tratar das evoluções no âmbito das tecnologias reprodutivas, mais especificamente da fertilização

in vitro, com seleção de genes, para evitar a transmissão de doenças hereditárias, ampliando o acesso à população que preenche os requisitos apresentados.

Foi um longo caminho até a garantia do uso das tecnologias reprodutivas, inicialmente com o reconhecimento, pela Constituição Federal, da dignidade da pessoa humana, que se estende à possibilidade de garantir a escolha de se obter filhos saudáveis em casos onde os pais obtêm alguma doença hereditária.

A partir de todo o estudo apresentado, pode-se concluir que tanto as Portarias do SUS, quanto a decisão do Tribunal de Justiça de Santa Catarina caminham para ampliação do acesso à fertilização *in vitro*, com seleção de genes, para evitar a transmissão de doenças hereditárias.

REFERÊNCIAS

ALFRANO, Bianca. **Reprodução assistida**: a organização da atenção às infertilidades e o acesso às técnicas reprodutivas em dois serviços público- universitários no Estado do Rio de Janeiro. 2014. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em:

http://www.bdtd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=9221. Acesso em: 05 de agosto de 2024.

ALFRANO, Bianca. **Reprodução e Biopolítica**: Infertilidades e práticas de saúde em um serviço público no Rio de Janeiro, 2009. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp092543.pdf>. Acesso em: 05 de agosto de 2024.

ARAÚJO, Ana Thereza Meirelles; FILHO, Rodolfo Pamplona. **Tutela jurídica do nascituro à luz da Constituição Federal**. Salvador, 2007. Disponível em: <https://www.rodolfopamplonafilho.com.br/upload/tutela-juridica-do-nascituro-a-luz-d-a-constituicao-20160530103954.pdf>. Acesso em: 05 de agosto de 2024.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 05 de agosto de 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **11º Relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões**. Brasília: Anvisa, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/sangue-tecidos-ce-lulas-e-orgaos/relatorios-de-producao-de-embrioes-sisembrio/11o-relatorio-do-sistema-nacional-de-producao-de-embrioes-sisembrio/view>. Acesso em 05 de agosto de 2024.

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. Brasil, 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9263.htm. Acesso em: 05 de agosto de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.048, de 3 de setembro de 2009**. Aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Biblioteca Virtual em Saúde, Brasília, DF, 4 set. 2009. Disponível em:

FERTILIZAÇÃO IN VITRO, PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, PARA EVITAR TRANSMISSÃO DE DOENÇAS HEREDITÁRIAS: Estudo do Sistema Único de Saúde (SUS) e a decisão do Tribunal de Justiça de Santa Catarina. Apelação/ Reexame Necessário nº 0869702-34.2013.8.24.0023

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2048_03_09_2009.html. Acesso em: 05 de agosto de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.149, de 28 de dezembro de 2012**. Destina 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. Biblioteca Virtual em Saúde, Brasília, DF, 31 dez. 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3149_28_12_2012.html. Acesso em: 05 de agosto de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 426/GM de 22 de março de 2005**. Institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida e dá outras providências. Biblioteca Virtual em Saúde, Brasília, DF, 23 mar. 2005. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13620.html>. Acesso em: 05 de agosto de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hemofilia: conheça doença que afeta quase exclusivamente homens**. Brasília, DF, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2020/janeiro/hemofilia-conheca-doenca-que-afeta-quase-exclusivamente-homens#:~:text=As%20hemofilias%20s%C3%A3o%20dist%C3%BArbios%20gen%C3%A9ticos,necess%C3%A1ria%20para%20interromper%20as%20hemorragias>. Acesso em: 05 de agosto de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS nº 388, de 6 de julho de 2005**. Determina que as Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal adotem em conjunto com os municípios, as providências necessárias para organizar e implantar as redes estaduais, municipais e do Distrito Federal de Atenção em Reprodução Humana Assistida, sendo o Estado o responsável pela coordenação da rede. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, 7 jul. 2007. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_388.pdf. Acesso em: 05 de agosto de 2024.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Recurso Especial nº 1.822.814**. Administração e processual civil. Recurso especial. Fornecimento de tratamento médico. Responsabilidade solidária dos entes federados. Fertilização in vitro. Política de assistência à reprodução de casais inférteis. Revisão. Impossibilidade. Súmula 7/STJ. Fundamentação constitucional. Portarias do SUS. Regramento que não se subsume ao conceito de lei federal. Recurso especial não conhecido. Relator Ministro Benedito Gonçalves, 29 de outubro de 2019. Brasília: STJ. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/268628351/stj-25-10-2019-pg-3611/pdfView>. Acesso em: 05 de agosto de 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal de Justiça. **Recurso Especial nº 1.617.970 - RJ (2016/0203784-1)**. Administrativo. Processual civil. Impossibilidade STJ apreciar ofensa à norma constitucional. Competência do STF. Ausência de omissão, art. 535, II, do CPC. Falta de prequestionamento. Súmula 211/STJ. Deficiência na fundamentação do recurso. Súmula 284/STF [...]. Relator: Ministro Herman Benjamin, 28 de

setembro de 2016. Brasília: STF. Disponível em: <https://ww2.stj.jus.br/websecstj/cgi/revista/REJ.cgi/ITA?seq=1539607&tipo=0&nreg=201602037841&SeqCgrmaSessao=&CodOrgaoJgdr=&dt=20161010&formato=PDF&salvar=false>. Acesso em: 05 de agosto de 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 3.510**. Relator Ministro Ayres Britto, 29 de maio de 2008. Brasília: STF. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/geral/verPdfPaginado.asp?id=611723&tipo=AC&descricao=Inteiro%20Teor%20ADI%20/%203510>. Acesso em: 05 de agosto de 2024.

BRASIL. Tribunal Regional Federal da 4ª Região. **TRF4 debate a judicialização da saúde e os desafios para o julgamento dos processos que envolvem acesso aos serviços e medicamentos**. Porto Alegre, 15 de outubro de 2018. Disponível em: https://www.trf4.jus.br/trf4/controlador.php?acao=noticia_visualizar&id_noticia=14000. Acesso em: 05 de agosto de 2024.

CORRÊA, Marilena C. D. V; LOYOLA, Maria Andrea. **Tecnologias de reprodução humana assistida no Brasil: opções para ampliar o acesso**. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 25, nº 3, p. 753-777, set 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000300753&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 de agosto de 2024.

UNICEF. **Declaração Universal dos Direitos do Homem**. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 05 de agosto de 2024.

GOMES, Daniela Vasconcellos. **Algumas considerações sobre o direito da personalidade**. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-civil/algumas-consideracoes-sobre-os-direitos-da-personalidade/>. Acesso em: 05 de agosto de 2024.

GONÇALVES, Roberto, C. **Direito civil brasileiro, volume 1 - parte geral**. São Paulo; Ed. Saraiva, 2019. 9788553608461. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788553608461/>. Acesso em: 05 de agosto de 2024.

UERRA, Arthur Magno e Silva. **Direitos fundamentais e manipulação da vida intra-uterina: Suporte bioético à interpretação constitucional**. Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=2c2fb9efd4b8a1f8>. Acesso em: 05 de agosto de 2024.

MASCARENHAS, Maya N; FLAXMAN, Seth R., *et al.* **National, Regional and Global Trends in Infertility Prevalence Since 1990: A Systematic Analysis of 277 Health Surveys, 2012**. World Health Organization. Human Reproduction Programme. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23271957/>. Acesso em: 05 de agosto de 2024.

MENDES, M. C.; COSTA, A. P. P. **Diagnóstico genético pré-implantacional: prevenção, tratamento de doenças genéticas e aspectos ético-legais**. *Rev. Ciênc. Méd.*

FERTILIZAÇÃO IN VITRO, PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, PARA EVITAR TRANSMISSÃO DE DOENÇAS HEREDITÁRIAS: Estudo do Sistema Único de Saúde (SUS) e a decisão do Tribunal de Justiça de Santa Catarina. *Apelação/ Reexame Necessário nº 0869702-34.2013.8.24.0023*

Biol., Salvador, v.12, n.3, p.374-379, set./dez. 2013. Disponível em: <https://cienciasmedicasbiologicas.ufba.br/index.php/cmbio/article/viewFile/8269/6677>. Acesso em: 05 de agosto de 2024.

MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça (5ª Câmara Cível). **Agravo de Instrumento nº 1.0145.14.052151-2/001**. Agravo de instrumento. Ação ordinária - Constitucional e Administrativo - Direito à Saúde - Fornecimento dos medicamentos Lorelin, Menopur e Choriomon - Realização de procedimento de fertilização *in vitro* - tutela antecipada - ineficácia dos fármacos eventualmente disponibilizados pelo sus [...]. Quinta Câmara de Direito Cível. Relatora: Desembargadora Áurea Brasil, 09 abril 2015. Juiz de Fora: Tribunal de Justiça de Minas Gerais, [2015]. Disponível em: <https://www5.tjmg.jus.br/jurisprudencia/pesquisaPalavrasEspelhoAcordao.do?&numeroRegistro=2&totalLinhas=2&paginaNumero=2&linhasPorPagina=1&palavras=fertiliza%E7%E3o%20in%20vitro.%20sus&pesquisarPor=ementa&orderByData=2&referenciaLegislativa=Clique%20na%20lupa%20para%20pesquisar%20as%20refer%Eancias%20cadastradas...&pesquisaPalavras=Pesquisar&>. Acesso em: 05 de agosto de 2024.

MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça. (4ª Câmara Cível). **Apelação nº 145.13.34507**. Apelação Cível - Obrigação De Fazer - Direito À Saúde - Fornecimento De Tratamento De Fertilização "*In Vitro*" - Imprescindibilidade - Ausência De Êxito Pelos Meios Naturais - Direito À Saúde - Direito Fundamental - Prioridade Da Administração Pública [...]. Relator Desembargador Dárcio Lopardi Mendes, 09 de abril de 2015. Juiz de Fora. Disponível em: <https://www5.tjmg.jus.br/jurisprudencia/pesquisaPalavrasEspelhoAcordao.do?&numeroRegistro=30&totalLinhas=52&paginaNumero=30&linhasPorPagina=1&palavras=fertiliza%E7%E3o%20in%20vitro&pesquisarPor=ementa&orderByData=2&referenciaLegislativa=Clique%20na%20lupa%20para%20pesquisar%20as%20refer%Eancias%20cadastradas...&pesquisaPalavras=Pesquisar&>. Acesso em: 05 de agosto de 2024.

OLIVEIRA, Vinícius Mazza. **Da personalidade jurídica e dos direitos do nascituro no ordenamento jurídico brasileiro**. 2017. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/588566206/DA-PERSONALIDADE-JURI-DICA-E-DOS-DIREITOS-DO-NASCITURO-NO-ORDENAMENTO-JURI-DICO-BRASILEIRO>. Acesso em: 05 de agosto de 2024.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948. Disponível em: <https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=por>. Acesso em: 05 de agosto de 2024.

Organização Mundial da Saúde. **Mulheres e saúde: evidências de hoje agenda de amanhã**. Geneva, 2011. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/7684?show=full>. Acesso em: 05 de agosto de 2024.

Organização Mundial de Saúde. **World Health Statistics 2018**. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1&ua=1>. Acesso em: 05 de agosto de 2024.

PAIVA, Julio Cesar Castro. **Terapia gênica e suas aplicações no tratamento de doenças**. Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília. Brasília, 2017. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/235/11662/1/21413350.pdf>. Acesso em: 05 de agosto de 2024.

PEREIRA, Silva, C.M. D. **Instituições de Direito Civil - Vol. I - Introdução ao Direito Civil-Teoria Geral de Direito Civil**, 32ª edição. Rio de Janeiro; Editora Forense, 2019. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788530984298/>. Acesso em: 05 de agosto de 2024.

RIO DE JANEIRO (Estado). Tribunal de Justiça. **Apelação Cível nº 006500-48.2013.8.19.0026**. Vigésima Primeira Câmara Cível. Relator: Desembargador André Ribeiro, 04 de julho de 2017. Rio de Janeiro (Município). Disponível em: <http://www1.tjrj.jus.br/gedcacheweb/default.aspx?UZIP=1&GEDID=0004A23BE4ECFC1A863F4DEBFA9766C53B3DC506423E0953>. Acesso em: 05 de agosto de 2024.

RIO DE JANEIRO (Estado). Tribunal de Justiça. **Fertilização *in vitro***. Banco do conhecimento/ Jurisprudência/ Pesquisa selecionada/ Direito Constitucional. Rio de Janeiro, 16 de agosto de 2018. Disponível em: <http://www.tjrj.jus.br/documents/10136/1019732/fertilizacao-in-vitro.pdf?v=03>. Acesso em: 05 de agosto de 2024.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. **REEX: 70068345990 RS**. Primeira Câmara Cível. Relator: Newton Luís Medeiros Fabrício, 27 de abril de 2016. Diário da Justiça do dia 10/06/2016. Disponível em: https://www.tjrs.jus.br/novo/busca/?return=proc&client=wp_index. Acesso em: 05 de agosto de 2024.

ROCHE. **Sobre a hemofilia**. 2019. Disponível em: https://www.roche.com.br/solucoes/areas_terapeuticas/hematologia/hemofilia/sobre-a-hemofilia#:~:text=Por%20ser%20um%20dist%C3%BArbio%20de,o%20filho%20do%20sexo%20masculino.. Acesso em: 05 de agosto de 2024.

SÁ, Maria de Fátima Freire de; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. **Bioética e Biodireito**. Ed. Del Rey LTDA, 2018.

SANTA CATARINA. Tribunal de Justiça. **Procedimento Ordinário nº 0869702-34.2013.8.24.0023**. Juiz de Direito José Mauricio Lisboa, 06 de julho de 2015. Florianópolis. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/wp-content/uploads/2023/09/sentenca-fertilizacao.pdf>. Acesso em: 05 de agosto de 2024.

STJ. **Recurso Especial nº 1.415.727**. Relator Ministro Luis Felipe Salomão. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/websecstj/cgi/revista/REJ.cgi/atc?seq=39138375&tipo=0&nre>

FERTILIZAÇÃO IN VITRO, PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, PARA EVITAR TRANSMISSÃO DE DOENÇAS HEREDITÁRIAS: Estudo do Sistema Único de Saúde (SUS) e a decisão do Tribunal de Justiça de Santa Catarina. Apelação/ Reexame Necessário nº 0869702-34.2013.8.24.0023

g=&SeqCgrmaSessao=&CodOrgaoJgdr=&dt=&formato=PDF&salvar=false.

Acesso em: 05 de agosto de 2024.

SHETTINI, Beatriz. **O tratamento jurídico do embrião humano no ordenamento jurídico brasileiro.** ed. Ouro Preto, 2015.

STJ. **Recurso Especial: REsp 1415727/SC.** Rel. Ministro Luis Felipe Salomão, Quarta Turma. DJ: 29/09/2014. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/websecstj/cgi/revista/REJ.cgi/ATC?seq=38476255&tipo=91&nre>. Acesso em: 05 de agosto de 2024.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **ADI 3510.** Relator Ministro Carlos Britto. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=2299631>. Acesso em: 05 de agosto de 2024.