

ANDRESSA LOBO DO NASCIMENTO

**BARRIGA DE ALUGUEL E SEUS ASPECTOS JURÍDICOS**

CURSO DE DIREITO – UniEVANGÉLICA  
2021

ANDRESSA LOBO DO NASCIMENTO

## **BARRIGA DE ALUGUEL E SEUS ASPECTOS JURÍDICOS**

Monografia apresentada ao Núcleo de Trabalho Científico do Curso de Direito da UniEvangélica, como exigência parcial para a obtenção do grau de bacharel em Direito, sob a orientação da Professora Camila Rodrigues de Souza Brito.

ANÁPOLIS – 2021

ANDRESSA LOBO DO NASCIMENTO

**BARRIGA DE ALUGUEL E SEUS ASPECTOS JURÍDICOS**

Anápolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

Banca Examinadora

---

**Profa. Camila Rodrigues de Souza Brito**  
Professora Orientadora

---

**Profa. M.e. Áurea Marchetti Bandeira**  
Supervisora do NTC

## RESUMO

A presente monografia tem por objetivo analisar a barriga de aluguel e seus aspectos jurídicos, amparando-se principalmente em resoluções do Conselho Federal de Medicina, pesquisa de jurisprudências e normas do sistema jurídico brasileiro, no formato de compilação bibliográfica. Está dividida didaticamente em três capítulos. Inicialmente ressalta-se a evolução histórica da reprodução humana assistida, demonstrando os grandes avanços da medicina nesta área e a importância dessa evolução para aqueles pais que possuem algum impedimento para gerar o próprio filho. O segundo capítulo ocupa-se em contextualizar historicamente o desenvolvimento, o significado, as modalidades e certas problemáticas acerca da cessão temporária de útero. Aborda ao final desse capítulo a barriga de aluguel como contrato. Por fim, o terceiro capítulo trata da falta de legislação nacional sobre gestação por substituição, através de análise da evolução das resoluções do Conselho Federal de Medicina sobre o tema. Utiliza-se também o Direito Comparado para demonstrar a dissemelhança entre o tratamento dado pelo ordenamento jurídico brasileiro à gestação por substituição em relação com o que ocorre em outros sistemas jurídicos

**Palavras chave:** Reprodução humana assistida, Barriga de aluguel, Comparação.

## LISTA DE FIGURAS

**Figura 1** - Representação gráfica de inseminação artificial intrauterina.

**Figura 2** - Representação gráfica de transferência intratubárica de gametas ou GIFT (*Gamete Intrafallopian Transfer*)

**Figura 3** - Representação gráfica de fertilização *in vitro*.

**Figura 4** - Representação gráfica de injeção intracitoplasmática de espermatozoides.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I – REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA .....</b>	<b>3</b>
1.1 Contextualização Histórica .....	3
1.2 Conceito De Reprodução Assistida .....	4
1.3 Técnicas De Reprodução Humana Assistida .....	5
1.3.1 Fecundação Intracorpórea .....	6
1.3.2 Fecundação Extracorpórea ( <i>in vitro</i> ) .....	8
1.4 Inseminação Artificial Quanto ao Material .....	12
1.4.1 Inseminação Artificial Homóloga .....	12
1.4.2 Inseminação Artificial Heteróloga .....	12
1.5 Reprodução Humana Assistida No Código Civil De 2002 .....	13
<b>CAPÍTULO II – DA BARRIGA DE ALUGUEL .....</b>	<b>16</b>
2.1 Contextualização Histórica .....	16
2.2 Significado e Modalidades de Barriga de Aluguel .....	17
2.3 Algumas Problemáticas .....	20
2.4 Do Contrato no Código Civil de 2002 .....	21
2.5 Da Barriga de Aluguel como Contrato .....	23
<b>CAPÍTULO III – DO DIREITO COMPARADO APLICADO EM RELAÇÃO À BARRIGA DE ALUGUEL .....</b>	<b>26</b>
3.1 Gestação por substituição no Direito Brasileiro .....	26
3.2 A Gestação por Substituição em outros países: Direito Comparado .....	30
3.2.1 Alemanha .....	31
3.2.2 Argentina .....	31
3.2.3 Austrália .....	33
3.2.4 Ucrânia .....	33
3.3 Jurisprudências .....	34
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>37</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>39</b>

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso tem por ideia central explorar o tema barriga de aluguel e seus aspectos jurídicos, amparando-se em referências teóricas, resoluções do Conselho Federal de Medicina, pesquisa de jurisprudências e normas do sistema jurídico brasileiro.

Por meio da compilação dessas metodologias será possível abordar o tema em seus aspectos principais desde sua origem, passando pelos conceitos e problemáticas, até a aplicação nos tempos atuais. Para tanto, o texto foi sistematizado de forma didática em três partes.

Inicialmente ressalta-se a evolução histórica do tema reprodução humana assistida, demonstrando os grandes avanços da medicina nesta área, suas diferentes técnicas, o registro do primeiro “bebê de proveta”, a grande influência desse progresso no campo da gestação por substituição e a importância dessa evolução para aqueles pais que possuem algum impedimento para gerarem o próprio filho.

O segundo capítulo ocupa-se em contextualizar o desenvolvimento histórico, o significado, as modalidades e certas problemáticas acerca da cessão temporária de útero, demonstrando que essa prática remete aos tempos bíblicos e que ela não se trata meramente de gerar uma criança no útero de outra mulher que não seja a mãe biológica, mas sim, de realizar o sonho de pais que tanto almejam ter um filho.

Encerra-se o capítulo abordando o conceito e requisitos de contrato no Código Civil de 2002 e a barriga de aluguel como contrato, apresentando pontos de

vista a favor e contra a barriga de aluguel de forma onerosa, deixando - se claro que a falta de legislação específica no Brasil é um grande problema tanto para os pais, quanto para a parturiente.

Por fim, o terceiro capítulo trata da falta de legislação nacional sobre gestação por substituição, através de análise da evolução das resoluções do Conselho Federal de Medicina, que atualmente são a única base legal no Brasil para os casais que pretendem ou necessitam utilizar essa modalidade de gestação.

Utiliza-se também o Direito Comparado para demonstrar a dissemelhança entre o tratamento dado pelo ordenamento jurídico brasileiro à gestação por substituição em relação com o que ocorre em outros sistemas jurídicos, reforçando-se que a omissão legal, bem como deixar apenas o embasamento nas resoluções do Conselho Federal de Medicina não são suficientes para atender as demandas da população acerca do tema.

# **CAPÍTULO I – REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA**

## **1.1 - Contextualização Histórica**

A preocupação com a fecundidade remonta desde os primórdios da humanidade. Em pinturas rupestres já eram representadas figuras de mulheres grávidas, capazes de dar à luz a novos seres. (MONTEIRO, 2011).

É inerente à história da humanidade a necessidade de sucessão de gerações. Conforme Badalotti (1997), a vontade de ter filhos é um sentimento inato, primitivo, sendo que a fertilidade diz respeito à realização pessoal. Ainda, a incapacidade de gerar filhos por muito tempo foi um severo estigma social.

A incapacidade de gerar filhos foi considerada por muitos povos, em diversas épocas históricas, um fato extremamente negativo, atribuída, a depender do tempo, aos desígnios divinos ou até mesmo às forças naturais. Entendia-se que fecundidade se relaciona com noção de bem, progresso; já a esterilidade, ao mal, retrocesso. (VIEIRA, 2017). Á título de exemplo, na Roma antiga, mulher digna era aquela apta a conceber filhos ao marido.

Por muito tempo, apenas a mulher foi responsabilizada pela incapacidade de gerar filhos. A invenção do microscópio, no século XVI, permitiu uma nova leitura sobre a infertilidade. Porém apenas no século XVII, assentou-se a possibilidade de infertilidade masculina, surgindo o conceito de infertilidade conjugal. (VIEIRA, 2017).

Somente no final do século XIX constatou-se que a fertilização consiste

pela união do núcleo do espermatozoide ao de um óvulo. Tal achado foi o fundamento para as grandes revoluções que viriam a ocorrer no século XX, no que tange à infertilidade.

Nesse sentido, com o avanço da ciência, novos métodos de procriação surgiram ao longo dos anos. No entanto, a introdução das técnicas de reprodução assistida, iniciou-se ao longo dos anos 1970, sem que houvesse documentação de um período de uso experimental.

Em 1978, após nove anos de tentativas sem sucesso, nasceu na cidade de Manchester, na Inglaterra, o primeiro “bebê de proveta” assim denominado por ter sido concebido por fertilização *in vitro* (FIV).

Já em território brasileiro, a reprodução assistida logrou êxito, pela primeira vez em 1984, com o nascimento de Anna Paula Caldera, utilizando-se também a FIV.

A relevância do aprimoramento da FIV para a humanidade foi tão significativa que conferiu, em 2010, aos seus desenvolvedores (Professor Robert Edwards e Patrick Stpetoe) o prêmio Nobel de Medicina. É estimado que mais de 7 milhões de bebês tenham nascido por intermédio de tal técnica. (SILVA; SABINO; CRUZEIRO, 2018)

## **1.2 - Conceito De Reprodução Assistida**

Perdurou por muito tempo a ideia única de que a concepção é linear e natural, iniciando no ato sexual entre o homem e a mulher, passando pela fecundação até o nascimento (DIAS, 2016)

Dentro de tal pensamento, os casais inférteis não poderiam satisfazer o sonho de ter sua prole. Contudo, o avanço tecnológico e científico, construídos ao longo de séculos, veio para sanar tal problemática, por meio da reprodução assistida.

A Brasil (2013, *online*) afirma que “As técnicas de reprodução assistida (RA)

têm o papel de auxiliar a resolução dos problemas de reprodução humana, facilitando o processo de procriação”.

Para Maria Helena Diniz (2002), reprodução humana assistida é um aglomerado de procedimentos para unificar, de forma artificial, os gametas feminino e masculino, gerando um ser humano.

“A reprodução assistida constitui-se no conjunto de técnicas que têm como fim provocar a gestação mediante a substituição ou a facilitação de alguma etapa que se mostre deficiente no processo reprodutivo”. (SCARPARO, 1991, p. 5)

Já Rodrigues (2005, p.27) conceitua a reprodução humana assistida como:

[...] os meios científicos para realizar a fecundação humana, que se distinguem dos meios naturais. É a reprodução realizada mediante a intervenção direta de técnicas científicas, substituindo os meios tradicionais da fecundação. Nesses procedimentos, os futuros genitores possuem algum tipo de impedimento para a concepção natural, sendo assim, submetidos à intervenção médica para proceder à fecundação e à conseqüente geração de filhos.

Ilustra Leite (1995) que, desde a evidenciação de que é possível inseminar seres humanos, tornou-se viável o nascimento de uma criança por outros meios, além dos naturais.

Para Azevedo (2006), a reprodução humana assistida é um agrupamento de métodos que colaboram para a realização da fecundação humana, a começar pela manipulação de gametas e embriões, visando principalmente combater a infertilidade e possibilitando o nascimento de uma nova vida humana.

Assim, as técnicas de reprodução humana assistida se tornaram uma solução para todas as pessoas que antes eram impossibilitadas de terem filhos, sejam casais hetero ou homossexuais.

### **1.3 - Técnicas De Reprodução Humana Assistida**

As técnicas de reprodução humana assistida podem ser classificadas em intracorpóreas (fecundação dentro do organismo da mulher) e pelas extracorpóreas (fecundação fora do corpo feminino). (BARBOZA, 1993).

### **1.3.1 - Fecundação Intracorpórea**

Dentre as técnicas de fecundação intracorpórea, têm-se a inseminação artificial e a GIFT (do inglês, transferência intratubárica de gametas) (URBAN, 2003).

#### **1.3.1.1 - Inseminação Artificial**

Inseminação artificial é a técnica pela qual os espermatozoides são selecionados em meio de cultura e implantados mediante sonda nas vias genitais da mulher (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2005), com isso dá-se a transferência de forma mecânica dos gametas masculinos (GRACIANO, 2002)

É utilizada em casos de alteração anatômica (útero didelfo, por exemplo), alteração funcional do gameta masculino (oligoastenospermia) ou até mesmo presença de anticorpos antiespermatozóides. Estima-se que o nível de sucesso da inseminação artificial é dentre 16% a 20% (URBAN, 2003)

Vale lembrar que a inseminação artificial pode ser dos seguintes tipos: intracervical (no caso de impossibilidade de relação sexual de forma natural – exemplo casal feminino homoafetivo); intrauterina e intraperitoneal (URBAN, 2003)

Dentre essas, a inseminação intrauterina (Figura 1.1) é a principal. Conforme Avelar (2008), a técnica consiste em implantar, mediante cateter, os espermatozoides previamente preparados em laboratório (sejam eles de doador ou do parceiro) no útero, após indução ovulatória com medicamentos (Citrato de Clomifeno, letrozol, entre outros).

#### **Figura 1 – Inseminação Artificial Intrauterina**



Fonte: [http://pmabiogcu.blogspot.com/2012\\_02\\_01\\_archive.html](http://pmabiogcu.blogspot.com/2012_02_01_archive.html)

A inseminação intrauterina, nos casos possíveis, é empregada antes da FIV, por ser método eficaz, de menor custo, não invasivo e de primeira linha. O primeiro relato desse método foi publicado em 1963, por Cohen.

As taxas de sucesso na inseminação intrauterina por ciclo variam de 8% a 22%, a depender do protocolo utilizado. As variáveis que podem influenciar são a idade feminina, tempo de infertilidade, tipo de infertilidade, marcadores hormonais de reserva ovariana, protocolo utilizado, parâmetros seminais (concentração, motilidade, morfologia e contagem total de espermatozoides).

As principais indicações de inseminação intrauterina são: fator masculino leve; fator cervical; infertilidade sem causa aparente; endometriose mínima; vaginismo; azoospermia secretora; doenças genéticas ligadas ao parceiro; isoimunização Rh; doenças infecciosas; casais homoafetivos. (SILVA; SABINO; CRUZEIRO, 2018)

É importante também destacar as contraindicações ao método, sendo elas:

atresia cervical; cervicite; endometrite; obstrução tubária e fator masculino grave (SILVA; SABINO; CRUZEIRO, 2018). A complicação mais comum associada à técnica é a gravidez múltipla e a síndrome da hiperestimulação ovariana (YAMAKAMI, 2017).

### 1.3.1.2 - GIFT (Gamete intrafallopian Transfer)

Consiste na transferência de gametas (espermatozoide e óvulo) para dentro de uma das tubas uterinas (trompas de Falópio). (Figura 1.2)

**Figura 2 – Esquema ilustrativo da utilização da fecundação por transferência de gametas intrafalopiana (GIFT)**

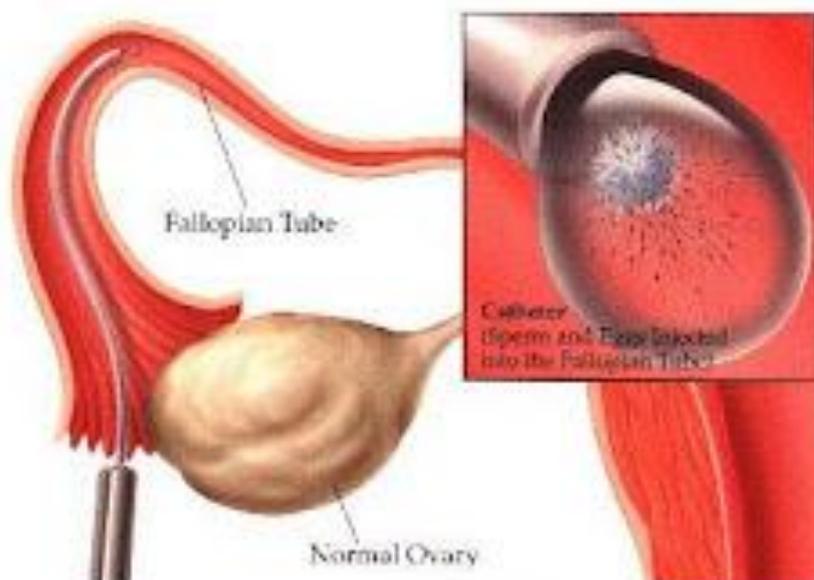


Fig. 2 - Fecundação *in vivo*

Fonte: [http://pmabiogcu.blogspot.com/2012\\_02\\_01\\_archive.html](http://pmabiogcu.blogspot.com/2012_02_01_archive.html)

Tal técnica é utilizada de forma secundária, pois necessita de sedação anestésica, o que não é passível de ser utilizado diante de algumas comorbidades (ex.: doenças cardíacas). A porcentagem de nascimento é de 20% a 29% (URBAN, 2003)

### 1.3.2 - Fecundação Extracorpórea (*in vitro*)

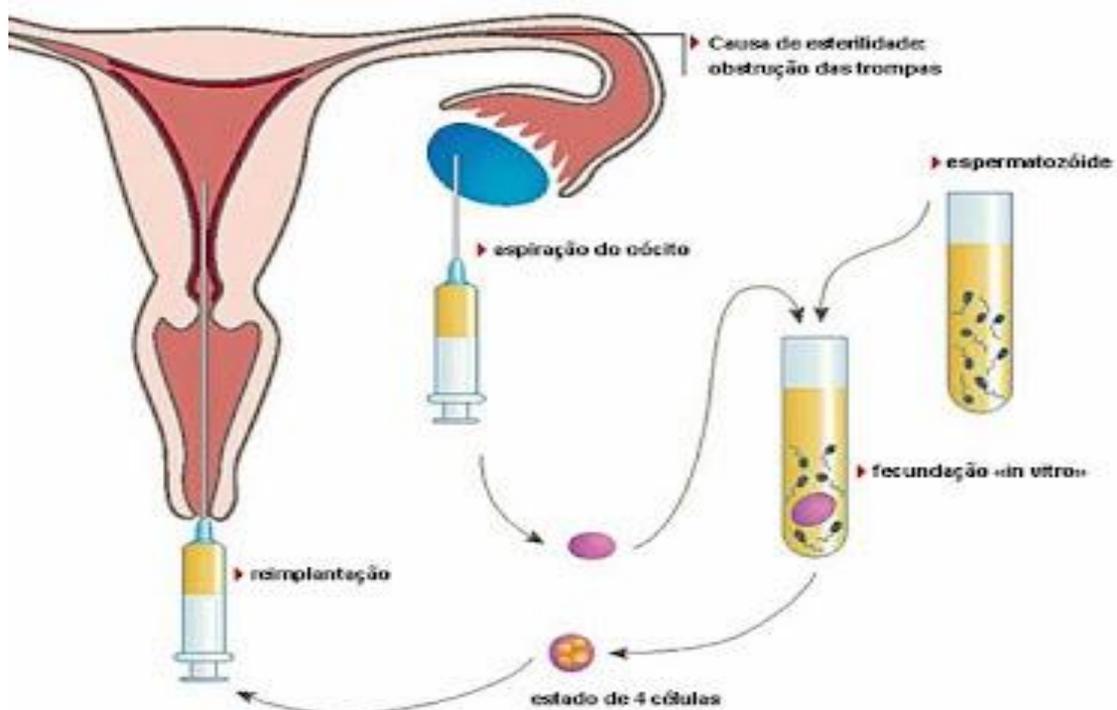
A fecundação extracorpórea ocorre fora do organismo feminino. Os gametas masculino e feminino são coletados e deixados em um meio de cultura para que haja a fecundação. Após, os embriões gerados passam por análise morfológica e de viabilidade para posterior implantação no organismo da mulher (URBAN, 2003)

As principais técnicas dessa modalidade são: Fertilização *in vitro* (FIV); Injeção intracitoplasmática de Espermatozoide (ICSI) e Transferência de Embrião Congelado (TEC). (YAMAKAMI, 2017)

### 1.3.2.1 - Fertilização *in vitro* (FIV)

Técnica pela qual ocorre manipulação *in vitro*, isto é, em laboratório, dos gametas (espermatozoides e óvulos) para posterior implantação em organismo feminino. (Figura 1.3)

**Figura 3 – Fertilização *in vitro***



Fonte: [http://pmabiogcu.blogspot.com/2012\\_02\\_01\\_archive.html](http://pmabiogcu.blogspot.com/2012_02_01_archive.html)

Conforme Avelar (2008), a taxa de sucesso é de 30-35% em mulheres até

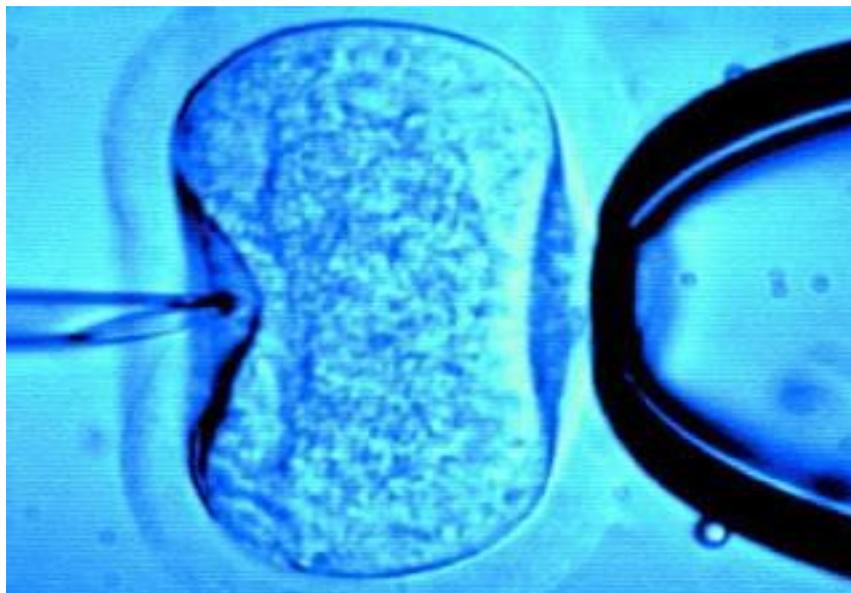
35 anos, caindo para 40%, a partir dos 40 anos. Conforme o manual de Silva, Sabino e Cruzeiro (2018), com a evolução tecnológica da técnica, os índices de sucesso saltaram de 0,001% (primeiro nascimento de bebê de proveta), para 10% a 15% por ciclo, na década de 1980, 30% a 40% nos anos de 1990, podendo-se chegar, atualmente a 60% em mulheres menores de 30 anos de idade.

De acordo com Yamakami (2017), as principais indicações de FIV são: fator tubário moderado ou grave; endometriose avançada; fator masculino grave; baixa reserva ou insuficiência ovariana prematura; necessidade de exame genético do embrião; casais sorodiscordantes; útero de substituição; infertilidade sem causa aparente (duração >3 anos ou idade da mulher > 35 anos); casal homoafetivo; falhas de tratamentos prévios.

### 1.3.2.2 - Injeção Intracitoplasmática De Espermatozoide (ICSI)

Esta técnica é um desdobramento da FIV. A fecundação acontece em laboratório, contudo, diferentemente desta, de forma não espontânea, já que são utilizados micromanipuladores para injetar o espermatozoide diretamente no interior do óvulo selecionado (SOUZA; ALVES, 2016). (Figura 1.4)

**Figura 4 – Injeção intracitoplasmática**



Fonte: [http://pmabiogcu.blogspot.com/2012\\_02\\_01\\_archive.html](http://pmabiogcu.blogspot.com/2012_02_01_archive.html)

Historicamente, até 1984, casais com infertilidade masculina severa não faziam parte dos programas de FIV clássica, pois não eram alcançados bons resultados. Tal panorama teve seu curso alterado após o desenvolvimento da ICSI.

Conforme o manual de Silva, Sabino e Cruzeiro (2018), são indicações de ICSI: oligospermia (alteração significativa na quantidade de espermatozoides), astenospermia (diminuição da mobilidade do gameta masculino), teratospermia (alteração morfológica); alteração obstrutiva entre testículo e uretra (ex.: vasectomia, ausência congênita de ducto deferente); falha de FIV clássica; utilização de óvulos ou espermatozoides congelados e não a fresco; distúrbios ejaculatórios (ejaculação retrógrada); e utilização de banco de sêmen (próprio casal ou casais homoafetivos).

A taxa de sucesso pode variar de 3% a 60%, a depender de outros fatores tais como: idade dos indivíduos envolvidos e qualidade dos gametas selecionados. (SILVA; SABINO; CRUZEIRO, 2018).

A título de curiosidade, o monitoramento dos indivíduos nascidos por meio dessa técnica tem mostrado que, ao contrário do que se pode pensar, não há incremento nas taxas de malformações ou alterações genéticas.

### **1.3.2.3 - Transferência De Embrião Congelado (TEC)**

Esta técnica consiste no crioarmazenamento de todos os embriões gerados em FIV, para posterior transferência em outro ciclo de tratamento, caso necessário. Nesse caso, não há superexposição hormonal do estímulo medicamentoso para ovulação, aumento das taxas de implantação, diminuição das porcentagens de complicação (parto prematuro, pré-eclâmpsia, diabetes mellitus gestacional, entre outros. (SOUZA; ALVES, 2016).

Tal método foi um dos grandes avanços da medicina reprodutiva nos últimos anos, já que potencializou a eficácia da FIV. As principais indicações para este procedimento são: alto risco de síndrome de hiperestimulação ovariana; identificação de possível alteração endometrial durante a estimulação, como pólipos, miomas e

adenomiose; necessidade de exame genético do embrião; falhas da implantação.

#### **1.4 - Inseminação Artificial Quanto ao Material**

É possível diferenciar a técnica de reprodução humana a depender da origem do material genético. Quando o espermatozoide e óvulo são fornecidos pelo próprio casal, diz ser método homólogo. Caso haja material de terceira pessoa (doador), é chamado de heterólogo. (BARBOZA, 1993)

##### **1.4.1 - Inseminação Artificial Homóloga**

Como dito acima, nesta modalidade, há manipulação extracorpórea de gametas do próprio casal e, posteriormente, implantado o material no organismo feminino (de forma intracervical ou intrauterina). (FISCHER, 2013)

Esta técnica é indicada nos casos de oligospermia, retroejaculação ou até mesmo muco cervical hostil (anticorpos antiespermatozoide). (FISCHER, 2013)

Uma questão interessante a ser elencada neste ponto é a partir de qual momento se iniciam os direitos do nascituro abordados no artigo 2º do Código Civil.

Para Diniz (2002), a personalidade civil inicia-se na penetração do espermatozoide no óvulo, mesmo que tal fato ocorra fora do organismo materno.

Já Lobo (2009) entende tal ideia ser inviável, já que há embriões gerados durante processo extracorpóreo não utilizados. Neste sentido, Heloisa Barboza, a qual defende que não deve ser considerado nascituro antes de introduzido no organismo feminino.

##### **1.4.2 - Inseminação Artificial Heteróloga**

Nesta modalidade, pode-se utilizar material genético de um doador ou até mesmo o útero de uma terceira pessoa, nos casos que a mulher não possa levar a gestação a termo, bem como no caso de casais homoafetivos. Ainda, nos casos de esterilidade masculina (azoospermia, alterações anatômicas entre outros) bem como cônjuge de pessoa que vive com HIV (MACHADO, 2011).

Dentro deste tópico, há também alguns impasses jurídicos. Um deles é o do ser humano gerado perscrutar por suas origens, mesmo que tal não seja amparado pela ética, já que a doação de gameta é anônima.

Outro ponto é o fato de, no Brasil, ainda não haver legislação específica sobre este tipo específico de reprodução humana. Para Krell (2011), enquanto não existir legislação específica para o tema, deverão ser utilizados regras e princípios dos modelos de adoção e filiação que possam ser aplicadas.

O Uso desta modalidade ainda é controversa nos dias atuais, diante dos impasses jurídicos que possam ocorrer no futuro, ficando reservada, então, para os casos de esterilidade masculina absoluta ou de ambos os cônjuges, bem como nos casos de casais homoafetivos, infertilidade sem causa aparente ou outras incompatibilidades (LEITE, 1995)

### **1.5 - Reprodução Humana Assistida No Código Civil De 2002**

Antes do advento da Constituição Federal de 1988, a filiação era classificada em legítima (dentro do casamento), natural (pais não casados) e adotiva. Tal conceito foi mudado com a Carta Magna de 88, descaracterizando a visão discriminatória anterior, como se vê adiante com a Brasil (1988, *online*):

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. [...]

§ 6º - Os filhos, havidos ou não da relação do casamento, ou por adoção, terão os mesmos direitos e qualificações, proibidas quaisquer designações discriminatórias relativas à filiação.

Vigora no ordenamento jurídico brasileiro o entendimento de presunção de paternidade e maternidade, ou seja, presume-se que os filhos havidos dentro do casamento têm como pai o esposo. Já no caso de paternidade fora do casamento, é necessária a comprovação da mesma, conforme artigo 1607 do Código Civil. (BRASIL, 2002)

Presencia-se atualmente uma reformulação do conceito de família, fomentada pelas técnicas de reprodução assistida. Exemplo disso pode ser percebido nos núcleos familiares monoparentais hetero ou homoafetivos (além dos biparentais), aos quais tornou-se possível o sonho de ter um filho.

O Código Civil tratou do tema no artigo 1597, incluindo a presunção de paternidade para os filhos gerados por fecundação artificial homóloga e heteróloga, como se vê adiante de acordo com a Brasil (2002, *online*):

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

O vínculo biológico é considerado na fecundação artificial homóloga, tendo-se a certeza da paternidade tanto em técnicas de inseminação artificial quanto em FIV. No que tange ao prazo do nascimento, nada há que se indagar sobre paternidade tendo respeitados os incisos I e II do artigo supracitado.

É importante destacar que o legislador, no inciso V do artigo acima, deixou expressa a necessidade de autorização do marido para que ocorra inseminação

artificial heteróloga, para fins de reconhecimento de paternidade (SÁ; NAVES, 2004).

Infere-se, portanto, que, caso a mulher utilize-se de material genético de doador sem consentimento do marido, a paternidade pode ser contestada. (SÁ; NAVES, 2004)

Cumprе ressaltar que, da inteligência dos dispositivos do Código Civil 2002, apenas foi contemplado o tema filiação e inseminação artificial dentro do instituto do casamento (família biparental heterossexual), deixando de lado entidade familiar diversa deste (união estável e família monoparental) (MACHADO, 2011). Percebe-se que nem toda a matéria foi detalhada, haja vista o fato de as demandas da Sociedade nem sempre consigam ser acompanhadas a tempo pelas normas jurídicas.

Cabe salientar que o Supremo Tribunal Federal tem acompanhado e chancelado as mudanças sociais geradas pelas técnicas de reprodução humana. Em 2011, reconheceu como entidade familiar a união estável homoafetiva e a família monoparental (BRASIL, ADI/DF 4.277 e ADPF/RJ 132).

No mesmo sentido o Conselho Federal de Medicina (CFM), que, por meio da Resolução nº 1.358/2015, aprovou a utilização de terapia de reprodução humana assistida para relacionamentos homoafetivos e de indivíduos solteiros. Ainda, conforme a Resolução nº 1.761/2017, foi permitida a gestação compartilhada em união homoafetiva feminina infértil (embrião gerado a partir do oócito de uma mulher é implantado no útero de sua parceira).

Ademais, passou a ser habilitado o uso de Terapia de Reprodução Assistida (TRA) no caso de união homoafetiva masculina, a qual consiste na utilização de oócitos de doador e cessão de útero.

## CAPÍTULO II – DA BARRIGA DE ALUGUEL

### 2.1 - Contextualização Histórica

Mesmo anteriormente ao progresso científico, já era realizada a prática de gerar um filho em outro organismo feminino. Guardadas as devidas proporções, há trechos bíblicos que expressam a cessão de útero. Exemplo clássico é o de Sarai que, não podendo gerar por si mesma descendentes, solicita a Abraão concebê-los com a escrava egípcia Agar. Raquel, da mesma forma, pede a Jacó que, juntamente com a escrava Bala, gerem um filho, realizando assim o seu desejo de maternidade.

Curiosa regra vigorava entre os povos antigos: entre os romanos: caso o marido fosse estéril, a esposa deveria conceber o filho do casal com o irmão do esposo, sendo que o filho de tal relação era considerado do esposo e não do irmão. Regra semelhante vigia para os antigos hindus, sendo também encontrada nas leis das antigas Atenas e Esparta. (COULANGES, 1987)

Mais à frente na linha histórica, os primeiros registros de cessão temporária de útero teriam ocorrido em 1963, no Japão, e, em 1975, nos Estados Unidos, após o nascimento do primeiro bebê concebido por fertilização *in vitro* (FIV), na Inglaterra. Na referida época, comumente as mulheres cessantes de útero também eram as mães biológicas dos bebês, pois, em geral, era realizada a inseminação artificial com o esperma do futuro pai.

Um dos exemplos mais conhecidos de gestação de substituição é o conhecido caso “Bebê M”, ocorrido em 1986, no qual Mary Beth Whitehead, mulher

cedente do ventre, negou-se a entregar a criança gerada para o pai biológico e sua esposa, e fugiu com a criança. Foi necessária medida judicial para que o casal William e Elizabeth Stern recuperasse a custódia do bebê. Após tal fato novos horizontes foram delineados sobre o tema para o futuro. Vale destacar que, mesmo após uma longa peleja judicial o casal Stern conseguiu a custódia da menina, todavia a Suprema Corte manteve a condição de mãe para Mary Beth, determinando direito de visitação para a mesma. (XAVIER, 2013)

Com o passar dos anos, o gradual e constante avanço tecnológico proporcionou o surgimento de novas técnicas de reprodução, o que trouxe uma maior segurança para os indivíduos que optem ou necessitem de tais meios para gerar um filho biológico.

Contudo, mesmo após tantos anos e com a crescente procura das “barrigas de aluguel”, este ato ainda não é regulamentado por Lei Federal no Brasil, contando apenas com a resolução nº 2.294 do Conselho Federal de Medicina. (BRASIL, 2021).

## **2.2 - Significado e Modalidades de Barriga de Aluguel**

O termo “barriga de aluguel”, como é conhecido popularmente, possui, na verdade, diversos sinônimos, tais como, maternidade substitutiva, gestação de substituição ou substitutiva, barriga de aluguel, maternidade sub-rogada, útero de empréstimo, etc. Para o jargão médico e pela Doutrina, é entendido como “gestação de substituição” ou “cessão temporária de útero”, configurando o ato de ceder o ventre para gerar o filho de outra pessoa.

Venosa associa a gestação por outra pessoa a não capacidade de a mulher gestar seu próprio filho (a) pela impossibilidade de produzir óvulos e possuir um útero sadio; ou possuir incapacidade uterina limitante; ou mesmo ausência uterina. Ainda, pela união de incapacidades: não produção de óvulos e útero impróprio para gestar. (VENOSA, 2004).

Diversos são os motivos que levam à indicação do uso de uma barriga de

aluguel. Podem-se salientar: patologia uterina em virtude de tratamento cirúrgico, ausência de útero, contraindicação médica a uma gravidez em decorrência de outras patologias, etc. Nesse sentido Silva (2003, p. 252), preleciona que:

Esta técnica consiste em apelar a uma terceira pessoa para assegurar a gestação quando o estado do útero materno não permite o desenvolvimento normal do zigoto ou quando a gravidez apresenta um risco a mãe. Dentre as indicações de empréstimos de útero pode-se destacar problemas relacionados a infertilidade vinculada a uma ausência (congenita ou adquirida) de útero, ou a uma patologia uterina qualquer, ou contra- indicações médicas a uma eventual gravidez como nos casos de insuficiência renal ou diabetes mellitus.

Ainda, vale destacar os ensinamentos de Farias e Rosenvald (2012, p. 627):

Gestação em útero alheio ou gestação por outrem (*surrogate mother* para os ingleses) é a técnica utilizada pela Ciência Médica para permitir que uma paciente, biologicamente impossibilitada de gestar ou de levar a gravidez até o final, possa ter um filho – resultante de fecundação com o seu óvulo – gestado em útero de terceira pessoa. Enfim, é o procedimento que viabiliza a maternidade a determinadas pessoas às quais a procriação natural não se mostra viável.

Segundo Otero (2010) a barriga de aluguel pode também ser classificada como homóloga ou heteróloga (vide primeiro capítulo), gratuita ou onerosa, dependendo da forma de contratação da mesma. Entretanto, independentemente da forma contratada, direitos e deveres das partes devem ser obedecidos, como será visto em mais detalhes a frente.

A gestação de substituição pode ainda ser classificada conforme a participação da barriga de aluguel no procedimento. As mais comuns e praticadas são a “mãe portadora” e a “mãe de substituição”. Para mais detalhes, importante destacar o ensinamento de Almeida (2000, p. 47):

[...] a gestação de substituição pode ocorrer em três situações: inseminação de uma mulher com sêmen e óvulo de pessoas estranhas; gestação de um óvulo fecundado *in vitro*, ou inseminação de uma mulher que recebe em seu óvulo sêmen de um homem estranho a ela (isto é que não seja seu companheiro ou marido). Há também uma situação muito rara, que consiste na mulher emissora do óvulo só ser capaz de gerar a criança durante certo período, a mãe de

aluguel carregará em seu ventre o embrião até o período em que a mãe biológica se torna capaz de concluir a gestação, ou seja, o embrião é retirado do ventre da mãe de aluguel e implantado no da mãe biológica para que esta prossiga a gestação.

De acordo com Machado (2011), na situação em que o embrião é fecundado *in vitro* (óvulo e o espermatozoide do casal solicitante e implantado no útero da mãe), chama-se de mãe-portadora apenas por emprestar o útero e não seu material genético. Assim, o material genético da criança será o do casal interessado e não da mãe-portadora, a qual não terá nenhum vínculo genético com a criança, sendo justamente nesta modalidade em que dão vários conflitos, principalmente qual seria a mãe no caso, a portadora ou a biológica.

Na modalidade denominada como mãe de substituição, esta será responsável não apenas por ceder seu útero, mas também seu óvulo, assim, além de ser a gestante será a genitora da criança. Ela será inseminada com o esperma do marido ou companheiro da mulher, para quem estará gerando o filho, tendo em vista que, essa mulher não produz óvulos. Logo, a mãe de substituição caracteriza-se por fornecer seu útero e seu óvulo. Dessa forma, quanto à filiação, será natural em relação ao pai e civil em relação à mãe pretendente. (OTERO, 2010)

A utilização do material genético do casal juntamente com útero cedido é recomendada em duas situações: forma absoluta - ausência ou doença incapacitante do útero da mãe pretendente; forma relativa – gestação de risco para mãe pretendente ou para o feto. (ABDELMASSIH, 2007)

Conforme Machado (2011), a situação em que reside maior complexidade é a utilização de material genético alheio a ambos os cônjuges ou companheiros, isto é, o embrião é implantado em uma terceira mulher, porém com a participação da mãe biológica (doadora do material genético), da mãe portadora (portadora da gestação em seu útero) e da mãe social (detentora da guarda da criança).

Ainda neste sentido, uma mulher cederá seu útero para gestar um embrião, advindo de FIV, sendo que o óvulo e o espermatozoide vêm de doadores anônimos. Nesse caso, vale destacar que o material genético da criança não pertence ao casal

solicitante, tampouco a cedente do útero.

Mister se faz lembrar, por fim, que o emprego de uma barriga de aluguel deve ocorrer apenas no caso de impedimento de a mãe gerar seu próprio filho, não devendo ser utilizada nos casos de mulheres saudáveis que desejam apenas burlar possíveis situações desconfortáveis provenientes da gestação. (ERAFINI; MOTTA, 2003).

### 2.3 – Algumas Problemáticas

Para Abdelmassih (2007), a barriga de aluguel gera grandes problemas éticos visto como se dará posteriormente a relação da mãe gestante com o filho gerado, da relação deste com os pais pretendentes e a possível comercialização do útero.

Nos tempos atuais, uma das questões mais relevantes sobre a gestação por substituição é justamente a determinação da maternidade. Com essa possibilidade, o conceito de que a mãe é sempre certa e o pai é aquele que as núpcias determinam, de acordo com Almeida (2004), está equivocado. Com base nessa nova percepção, Ingeborg Schwenger cunhou o termo de maternidade cindida (*split motherhood*), que consiste no fato de ela não ser mais uma, pois há possibilidade de coexistirem até três pretensões de maternidade: uma ancorada na gestação, outra na origem genética e outra, ainda, no projeto parental. (SCHWENZER, 2006)

Por muito tempo, o tema da gestação de substituição ficou à margem nos debates e na produção de políticas públicas em saúde devido à omissão de qualquer previsão a respeito na regulamentação do Ministério da Saúde sobre a “declaração de nascido vivo”. Em 2011, o Ministério da Saúde editou um manual com instruções para o preenchimento do documento padrão do Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (Sinasc), a Declaração de Nascido Vivo (DN). (BRASIL, 2011, *online*):

A Declaração atende ao disposto na Lei nº6015/73. É um documento

padronizado, que deve ser preenchido em todo o território nacional, para os nascidos vivos: (a) nas unidades de internação ou de emergência dos estabelecimentos de saúde; (b) fora dos estabelecimentos de saúde, mas que neles venham a receber assistência imediata; (c) em domicílio ou em outros locais. Todas as informações sobre a mãe são da parturiente, não havendo qualquer espaço para a maternidade cindida.

Em 2018, em uma participação no telejornal *Jornal da Cultura* (2018) o então presidente da OAB de São Paulo, Marcos da Costa, respondeu ao questionamento da plateia “Qual o empecilho legislativo para viabilizar o processo da gestação por substituição?”:

O Brasil tem uma dificuldade gigantesca de legislar temas sensíveis à população. Há uma cultura nos parlamentos brasileiros de não enfrentar situações que levem a um debate maior, a não ser aqueles que têm uma filosofia própria para isso, por exemplo, àqueles que têm uma cultura religiosa e são eleitos com base nessa cultura religiosa têm uma predisposição pro debate sobre a sua opção religiosa; isso faz com que o Supremo (Tribunal Federal), a própria justiça, acabe intervindo em relações que não lhes pertence, pertenceriam ao legislativo, por conta, exatamente, da dificuldade cultural dos nossos parlamentares assumirem posições. Até no período eleitoral, muito pouco se discute, os discursos são vazios e normalmente são dirigidos por marqueteiros.

#### **2.4 - Do Contrato no Código Civil de 2002**

Antes de entrar no contrato em que se dá a gestação por substituição, cabe destacar alguns aspectos referentes ao conceito e requisitos de contrato e sua aplicabilidade mediante o Código Civil de 2002.

Conforme Rodrigues (2005), para haver um contrato é essencial a presença de pelo menos duas partes, podendo-se a manifestação de vontade ser realizada por uma das partes (unilateral) ou de ambas (bilateral).

Segundo Gagliano e Pamplona, (2009), contrato é um negócio jurídico ajustado entre as partes objetivando atingir determinados efeitos. Para que um contrato seja aceito, deve ser examinado sob a ótica dos planos da existência, validade e eficácia, respeitando requisitos essenciais.

Para que um contrato seja considerado no plano da existência, deve atender algumas condições mínimas: sujeito (agente); forma (exteriorização da declaração de vontade); objeto (prestação da relação obrigacional); e manifestação da vontade.

No plano da validade, um contrato é tido como válido caso preencha determinados requisitos: capacidade de o sujeito manifestar determinada vontade por meio de contrato; objeto lícito (tolerado pelo ordenamento jurídico e pelos bons costumes), possível (fisicamente e juridicamente) e determinável ou determinado; licitude da forma; e ausência de defeito do negócio jurídico.

Uma vez existente e válido, de forma geral, o contrato produz efeitos. Presentes os componentes dos planos de existência, validade e eficácia, tem-se um contrato como perfeito.

Superada esta fase, o atual Código Civil traz que o contrato deve resguardar o interesse social, isto é, qualquer contrato tem uma função social, limitando a autonomia da vontade, a liberdade de contratar, consoante artigo 421 do Código Civil Brasileiro. (GONÇALVES, 2010)

Neste sentido, Negreiros (2002) pondera que, para haver a função social do contrato, a relação jurídica não deve interessar apenas às partes contratantes, em detrimento do interesse social.

Conforme leciona Pereira (2003), esta limitação social da liberdade de contratar derruba a ideia clássica de que tudo podem os contratados, podendo, inclusive, caso a autonomia da vontade esteja em óbice com a ordem social, gerar obrigação de não contratar, e, até mesmo, o direito de um terceiro intervir no negócio jurídico, caso seja atingido.

Diniz (2002) adverte que, além dos elementos objetivos expostos no ordenamento jurídico, o objeto acertado deve possuir um valor econômico, ou seja, caso não represente algum valor, não representará interesse para o Direito.

Diante do exposto sobre conceitos e requisitos de validade do contrato, dentro do contrato de barriga de aluguel, tendo em vista a capacidade como elemento essencial para ajustar negócio jurídico, não há como incapaz firmar a respeito desta modalidade de gestação. (OTERO, 2010)

No que toca ao consentimento, deverá ser exteriorizado antes mesmo da concepção, quando forem informadas à mãe substituta todas as prováveis consequências médicas e legais e, após realizada a fecundação, não caberá mais à mulher que sub-rogou seu útero o arrependimento, sendo denominados os titulares do projeto parental os pais pretendentes. (GAMA, 2003)

## **2.5 - Da Barriga de Aluguel como Contrato**

A barriga de aluguel nasce de um acordo entre a mulher que cederá o uso de seu útero e o casal interessado na procriação. Todavia, mesmo sendo expressamente proibida a contraprestação pecuniária, os futuros pais são responsáveis por quaisquer gastos advindos no decurso dela (medicamentos, exames médicos, consultas, alimentos, entre outros). (IBDFAM, 2009)

Conforme preceituam os artigos 185 e 104 do Código Civil de 2002, a vida é um direito indisponível, não sendo permitido o seu negócio. Dessa forma, é vedado negócio jurídico que tem como objeto a vida humana, configurando-se ilícito. (FERNANDES, 2005)

Para Miranda (2000) a contratação de gestação tem como objeto a comercialização de parte do corpo humano, sendo que no negócio jurídico será utilizado o útero da mãe substituta, não devendo ser liberada qualquer negociação.

Já para Venosa (2004) o contrato de barriga de aluguel deve ser considerado nulo caso seja pactuado de forma onerosa, sendo assim, devendo ser celebrado de forma gratuita, respeitando a moral e os bons costumes, preservando a função social do mesmo, qual seja, uma forma de solucionar dificuldades de procriação de um casal.

Neste diapasão, Lima Neto (2001), pondera que é necessário pautar a gestação por substituição no Princípio do Respeito à Dignidade da Pessoa Humana, sendo impraticável a redução do corpo humano a um item patrimonial.

Tal entendimento tem como base a análise de dispositivo da Constituição Federal Brasileira de 1988, que em seu artigo 199, § 4º, dispõe que é vedada qualquer comercialização de partes do corpo humano. (BRASIL, 1988).

A solução para o impasse, segundo Diniz (2002) seria a proibição da utilização da Reprodução Humana Assistida, o que, por outro lado, inviabilizaria o planejamento familiar dos casais impossibilitados de ter uma gestação.

A legislação brasileira tolera a cessão temporária do útero sem fim lucrativo, sendo que além de poder utilizar útero de forma temporária de parente até o segundo grau, para Dias (2005), a parente por afinidade da mãe pretendente poderá ceder o útero, tais como sogra ou cunhada.

Porém não em todos os lugares vige esse entendimento de que não se pode perceber prestação pecuniária por ceder o uso do útero para gestação de outro casal. A revista *Veja* (edição de outubro de 2009) publicou matéria sobre mulheres que cedem seus úteros em alguns países, por exemplo, na Índia, em que a geradora pode receber o equivalente a oito mil dólares como pagamento, sendo que, para efeito de comparação, neste mesmo país, uma mulher alfabetizada recebe vinte dólares mensais. Tais mulheres são contratadas, em sua maioria, por casais americanos e europeus, já que em tais lugares há vedação para tal modalidade de reprodução assistida. (REVISTA VEJA, 2009)

Tendo em vista tal caso concreto, parte da doutrina afirma que não existe insulto da dignidade da gestante ou da criança a ser gerada, já que o objeto da situação em tela não se trata de dispor o uso do útero para comércio, mas sim um meio de compensar a incapacidade reprodutiva de um casal, de forma que o contrato oneroso nesse caso não poderia ser considerado nulo ou inválido. (ABREU, 2009).

Ainda, o fato de a mulher ceder o uso de seu útero de forma onerosa devido

a uma situação financeira desfavorável não seria o suficiente para configurar viciado um contrato de barriga de aluguel, tendo em vista que o consentimento advém de mulher capaz, maior e plenamente consciente de tais desdobramentos. Dessa forma, o aproveitamento econômico de mães portadoras seria um problema de ótica social e não jurídico. (ABREU, 2009)

Considerando-se que a criança gerada terá assegurado um lar, família e educação, pode-se afirmar que o mero fato de o contrato de cessão de útero ser oneroso não afetaria a dignidade do ser concebido. Aliás, a onerosidade em questão apenas reafirma o desejo de o casal ter consigo tal ser, não abalando, em tese, o psicológico da criança. (OTERO, 2010)

Outro ponto que tal forma de contrato onerosa poderia contribuir seria no caso de arrependimento da mãe substituta, negando-se a entregar o filho após o fim da gestação. Com a prestação pecuniária, tal atitude seria improvável, já que um contrato prescinde de atos bilaterais, ou seja, a prestação de um dos contratantes está relacionada à contraprestação da outra parte. (OTERO, 2010)

Por fim, Pierlingieri (1997) frisa que não é simplesmente a forma de contrato que dirá sobre validade, mas sim deverá prevalecer o interesse do nascido, o qual deverá ser considerado como base para tomada de decisões posteriores.

## **CAPÍTULO III – DO DIREITO COMPARADO APLICADO EM RELAÇÃO À BARRIGA DE ALUGUEL**

### **3.1 – Gestação por substituição no Direito Brasileiro**

A popularização do tema em questão no Brasil deu-se, em 1990, devido à exibição da telenovela *Barriga de Aluguel* pela Rede Globo de Televisão.

Conforme o juiz da 2ª Vara de Família de Belo Horizonte, José Carlos Moreira Diniz, em entrevista à FOLHA DE SÃO PAULO, desde tal época, os juristas já criticavam a falta de regulamentação brasileira. O jurista afirmou à reportagem que não havia nenhuma lei que tratasse sobre inseminação artificial no Brasil. Ele considerava "atrasada" a legislação. "Nossa lei não acompanha a evolução científica", ressaltou na ocasião. Diniz completou ainda afirmando que não se pode dizer se é correto ou não alugar o útero; "mas isso pode ser questionado e a Justiça terá que examinar", disse ele. (PEIXOTO, 1992)

A primeira regulamentação veio dois anos após a veiculação da telenovela, por meio do Conselho Federal de Medicina (CFM), com a resolução 1.358/1992. Essa resolução adotava normas éticas para utilização das técnicas de reprodução assistida e trazia em seu conteúdo normas que regulam a gestação de substituição, porém de forma bastante genérica.

Conforme se vê abaixo Brasil (1992, *online*):

### TEMPORÁRIA DO ÚTERO)

As Clínicas, Centros ou Serviços de Reprodução Humana podem usar técnicas de RA para criarem a situação identificada como gestação de substituição, desde que exista um problema médico que impeça ou contra-indique(sic) a gestação na doadora genética.

1 - As doadoras temporárias do útero devem pertencer à família da doadora genética, num parentesco até o segundo grau, sendo os demais casos sujeitos à autorização do Conselho Regional de Medicina.

2 - A doação temporária do útero não poderá ter caráter lucrativo ou comercial.

Como meio de dar força à resolução, foram propostos alguns projetos de lei, no entanto, não lograram êxito. Somente em 2010, o Conselho Federal de Medicina emitiu nova resolução, a de número 1.957. (BRASIL, 2010) Entretanto, as modificações foram realizadas apenas em relação à reprodução assistida, não alterando em nada a questão da gestação de substituição. O regramento só seria alterado de fato, em 2013, com a resolução 2.013/2013 da CFM. Conforme se vê abaixo com a Brasil (2013, *online*):

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

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

1 - As doadoras temporárias do útero devem pertencer à família de um dos parceiros num parentesco consanguíneo até o quarto grau (primeiro grau – mãe; segundo grau – irmã/avó; terceiro grau – tia; quarto grau – prima), em todos os casos respeitada a idade limite de até 50 anos.

2 - A doação temporária do útero não poderá ter caráter lucrativo ou comercial.

3 - Nas clínicas de reprodução os seguintes documentos e observações deverão constar no prontuário do paciente:

- Termo de Consentimento Informado assinado pelos pacientes (pais genéticos) e pela doadora temporária do útero, consignado. Obs.: gestação compartilhada entre homoafetivos onde não existe infertilidade;

- relatório médico com o perfil psicológico, atestando adequação clínica e emocional da doadora temporária do útero;

- descrição pelo médico assistente, pormenorizada e por escrito, dos aspectos médicos envolvendo todas as circunstâncias da aplicação de uma técnica de RA, com dados de caráter biológico, jurídico, ético e econômico, bem como os resultados obtidos naquela unidade de tratamento com a técnica proposta;
- contrato entre os pacientes (pais genéticos) e a doadora temporária do útero (que recebeu o embrião em seu útero e deu à luz), estabelecendo claramente a questão da filiação da criança;
- os aspectos biopsicossociais envolvidos no ciclo gravídico-puerperal;
- os riscos inerentes à maternidade;
- a impossibilidade de interrupção da gravidez após iniciado o processo gestacional, salvo em casos previstos em lei ou autorizados judicialmente;
- a garantia de tratamento e acompanhamento médico, inclusive por equipes multidisciplinares, se necessário, à mãe que doará temporariamente o útero, até o puerpério;
- a garantia do registro civil da criança pelos pacientes (pais genéticos), devendo esta documentação ser providenciada durante a gravidez;
- se a doadora temporária do útero for casada ou viver em união estável, deverá apresentar, por escrito, a aprovação do cônjuge ou companheiro.

A resolução de 2013 complementou as regras sobre a gestação de substituição. Uma das alterações mais significativas foi sobre o grau de parentesco entre a gestante de substituição e os autores do projeto parental. Antes era necessário parentesco de até segundo grau, já nesta resolução, o grau de parentesco foi ampliado para até quarto grau. Outra mudança importante é afrouxar o grau de parentesco exigido entre a gestante de substituição e os autores do projeto parental. Nas últimas resoluções, o parentesco deveria ser em relação à mãe que doaria o material genético. Nas resoluções anteriores, os demais casos eram analisados pelos Conselhos Regionais de Medicina, o que não mais ocorre na resolução de 2013.

Um ponto homogêneo das resoluções é coibir o caráter comercial da gestação de substituição, permitindo apenas a forma altruística. Nesse sentido versou a Resolução de 2013, entrando também em harmonia com os dispositivos constitucionais e do Direito Civil sobre o tema. Ainda, implementou duas novidades: limite de idade (50 anos) e um parecer médico favorável sobre aptidão clínica e emocional para desempenhar função de gestante de substituição.

Em 2015, a resolução 2.013/2013 foi revogada pela resolução nº 2.121/2015. Esta resolução modificou alguns pontos trazidos na resolução de 2013,

quais sejam, o limite de idade (50 anos) e a impossibilidade de não familiares participarem da gestação de substituição, removendo-os do texto, bem como, a partir de então, devendo constar do prontuário do paciente aspectos biopsicossociais, riscos do momento gravídico-puerperal, aspectos legais da filiação. Ainda, o relatório médico que atesta aptidão clínica e emocional passou a ser exigido para todos envolvidos no processo, não somente para a doadora do útero. (BRASIL, 2015)

A resolução de 2015 esclareceu que a garantia do tratamento e acompanhamento médico da mãe doadora deverá ser realizada por parte dos contratantes dos serviços de reprodução assistida. A resolução de 2013 versou sobre o tema, mas apenas condicionando a garantia de tal acompanhamento em prontuário, não deixando claro quem deveria garanti-los.

Em 2017, durante revisão das resoluções acerca de reprodução assistida, foi montada a resolução nº 2168. Trocou-se o termo “doação de útero” para “cessão de útero”. As mudanças mais significativas ocorrem nos tópicos 1 e 3.5 da resolução, já que foi ampliada a possibilidade de cessão temporária para descendentes, bem como pessoas solteiras passaram a ter direito de fruírem da cessão temporária de útero. (BRASIL, 2017)

Em maio de 2021, a resolução 2.168/2017 foi revogada pela resolução 2.294/2021. Esta resolveu adotar normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida, anexas à resolução, como dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos. (BRASIL, 2021)

As principais alterações na parte sobre gestação de substituição se deram nos pontos 1 e 2 da resolução, pois passou-se a exigir que a cedente temporária do útero tenha ao menos um filho vivo e agora as clínicas de reprodução não podem intermediar a escolha da cedente. O restante das normas seguiu o mesmo entendimento da resolução anterior. Esse é o regulamento vigente atualmente.

As resoluções formuladas pelo Conselho Federal de Medicina auxiliam na regulamentação do presente tema no ordenamento jurídico brasileiro, contudo lacunas legislativas significativas ainda pairam sobre o tema gestação por

substituição. Os projetos de lei sobre o tema estão ainda sobre análise, não podendo então exercer poder legal, cabendo ao judiciário, nos casos concretos, invocarem as resoluções do CFM ou Direito análogo, pois, segundo Streck (2014):

Se reconhece ao julgador a capacidade para, com sensibilidade e bom senso, adequar o mecanismo às especificidades da situação, que não é sempre a mesma. Ou seja, deve ser o juiz investido de amplos poderes de direção, possibilitando-lhe adaptar a técnica aos escopos do processo em cada caso concreto, mesmo porque a previsão abstrata de todas as hipóteses é praticamente impossível.

### **3.2 – A Geração por Substituição em outros países: Direito Comparado**

Devido aos obstáculos encontrados no conjunto de regras vigentes no território nacional, tornou-se opção menos difícil buscar a sonhada realização da geração por substituição em outros países com melhor desenvolvimento para tal.

Nesse sentido, o Direito comparado tornou-se ferramenta importante na resolução de conflitos em casos concretos sobre tal tema. Serão então abordados a seguir as visões diferentes de países diversos sobre o tema, os quais podem ser agrupados da seguinte forma: países sem restrição à geração por substituição; permissão com ressalvas; legislação omissa e países que proíbem a geração por substituição. Sendo assim, primeiramente devemos conceituar Direito Comparado. Nas palavras de Ovídio (1984):

Muitas são as conceituações, decorrentes da ótica peculiar, através da qual o estudioso enfoca a matéria. Já vimos que René David considera que nada mais é, realmente, que a comparação de direitos, é o método comparativo aplicado no domínio das ciências jurídicas, posição esta adotada por diversos especialistas. No *Vocabulaire Juridique*, elaborado sob a direção de Henri Capitant, é definido como o ramo da ciência do direito que tem por objeto a aproximação sistemática de instituições de diversos países. Sujiyama sustenta que a ciência do direito comparado é uma das disciplinas da ciência do direito supranacional, fundada no novo direito natural, que tem por objeto realizar o progresso comum do direito mundial, mediante a comparação positiva e a aproximação sistemática dos direitos, e em caso necessário, pela construção jurídica. Martínez Paz afirma que é a disciplina jurídica que se propõe, por meio da investigação analítica, crítica e comparativa das legislações vigentes, descobrir os princípios

fundamentais relativos e o fim das instituições jurídicas e coordená-las num sistema de direito positivo atual.

Há países, que proíbem de forma expressa a gestação por substituição, atribuindo à cedente do útero o título de mãe da criança. Nesse sentido, podem-se citar os seguintes países: França, Alemanha e Nova Zelândia.

Têm-se países em que a legislação é omissa, isto é, não há previsão expressa sobre o tema, seja proibindo ou permitindo o caso. À guisa de exemplos: Argentina e Tailândia.

Em outros locais, a gestação por substituição é lícita na modalidade não onerosa, isto é, permitida sem cunho comercial. É o caso do Brasil, Austrália, Espanha e alguns estados dos EUA.

Existem países, por sua vez, em que a gestação por substituição é liberada – até mesmo de forma comercial -, apenas diferindo-se algumas particularidades de cada local. Alguns desses países são Índia, Cazaquistão, África do Sul, Ucrânia, bem como alguns estados dos EUA (Califórnia, por exemplo).

Observam-se abaixo a situação da gestação por substituição em alguns países tendo como método o Direito Comparado.

### **3.2.1 – Alemanha**

Na Alemanha, conforme sua Lei de proteção ao Embrião, a gestação de substituição é expressamente proibida. Tal lei tipifica como crime a entrega de criança fruto de técnicas de reprodução humana assistida à mulher diferente da parturiente. Ainda nessa legislação é preconizado que crianças não podem se tornar objeto de disputa entre diferentes mulheres.

### **3.2.2 – Argentina**

Já na Argentina, por um certo espaço temporal, houve uma omissão legislativa. Porém existia determinada interpretação do artigo 953 do antigo Código Civil Argentino sobre negócios jurídicos, cujos objetos são apenas bens disponíveis ou possíveis no comércio, ou seja, um possível contrato de cessão de útero de forma onerosa não seria reconhecido.

Conforme Argentina (1869) em seus artigos 242 e 243, outro ponto crucial dessa omissão se dava pelo fato de se privilegiar a maternidade com o parto, isto é, se a mulher deu à luz à criança, ela era presumidamente mãe; já a paternidade era presumida com o vínculo matrimonial e com o nascimento da criança em 300 dias. Há de se ressaltar também que não existia nenhuma referência às técnicas de reprodução assistida, tampouco à gestação por substituição.

No entanto, em meados de 2010, um novo Código Civil começou a ser elaborado e constava do seu projeto uma seção sobre a gestação por substituição. Sobre o tema, Brodsky (2013, p. 239-261) traz o que constava do projeto:

El Proyecto se ocupa del tema bajo análisis en el Libro Segundo (“De las relaciones de familia”), Título V (“Filiación”), Capítulo 2 (“Reglas generales relativas a la filiación por técnicas de reproducción humana asistida”), art. 562 (“Gestación por sustitución”). Dispone dicho precepto que:

- El consentimiento previo, informado y libre de todas las partes intervinientes en el proceso de gestación por sustitución debe ajustarse a lo previsto por este Código y la ley especial.
- La filiación queda establecida entre el niño nacido y el o los comitentes mediante la prueba del nacimiento, la identidad del o los comitentes y el consentimiento debidamente homologado por autoridad judicial.
- El juez debe homologar sólo si, además de los requisitos que prevea la ley especial, se acredita que:
  - a) se ha tenido en miras el interés superior del niño que pueda nacer;
  - b) la gestante tiene plena capacidad, buena salud física y psíquica;
  - c) al menos uno de los comitentes ha aportado sus gametos;
  - d) el o los comitentes poseen imposibilidad de concebir o de llevar un embarazo a término;
  - e) la gestante no ha aportado sus gametos;
  - f) la gestante no ha recibido retribución;
  - g) la gestante no se ha sometido a un proceso de gestación por sustitución más de DOS (2) veces;
  - h) la gestante ha dado a luz, al menos, UN (1) hijo propio.
- Los centros de salud no pueden proceder a la transferencia

embrionária en la gestante sin la autorización judicial. - Si se carece de autorización judicial previa, la filiación se determina por las reglas de la filiación por naturaleza.

Segundo Knoll (2017) o projeto do “Código Civil y Comercial de la Nación (CCyCN)” foi modificado conforme exigência de setores da sociedade. A categoria feminista objetou o uso do corpo da mulher para atender o desejo de maternidade/paternidade de setores abastados da sociedade. Outros segmentos demandam que de fato seja elaborada legislação sobre o tema, já que o vazio legislativo não contribui para a proteção dos indivíduos envolvidos nessa questão. Vale ressaltar que a Argentina segue com lacunas legislativas sobre o tema.

### 3.2.3 – Austrália

A Austrália foi país pioneiro em regulamentar os procedimentos de reprodução assistida, em 1984, com o *Australian State of Victoria’s Infertility (Medical Procedures) act 1984* sendo tais regras necessárias para que se cessar contendas em relação à maternidade. (MORRIS; NOTT, 2018). No ordenamento australiano, a presunção de maternidade é de que mãe é quem dá à luz, mesmo em casos de gestação por substituição. Em 2009, uma emenda ao *Family Relationships Act 1975* (a versão australiana do Livro IV do Código Civil pátrio), chamado *Statutes Amendment (Surrogacy) Act 2009*, acrescentou aspectos relacionados à gestação por substituição. (STATUTES AMENDMENT, 2009).

No entanto, quanto à aplicabilidade da gestação por substituição, ela somente é permitida pela forma não onerosa, sendo que a modalidade comercial é expressamente proibida em todo o país e territórios. Essa proibição alcança também os estrangeiros. Já a possibilidade para casais homoafetivos varia de estado para estado. (CO-PARENTS).

### 3.2.4 - Ucrânia

Em 1997, foi promulgada lei que autoriza a doação de óvulos, esperma e a

realização da maternidade de substituição.

O Código da Família da Ucrânia determina, em seu artigo 123, que, no caso de transferência do embrião concebido pelos cônjuges para outra mulher, os cônjuges permanecem sendo os pais da criança (incluindo, nessa possibilidade, a maternidade de aluguel). O mesmo artigo aprova a doação de óvulos no cenário de inseminação extracorpórea, sem prejuízo da condição de pais. Dessa forma, os cônjuges que anuírem com o método de reprodução assistida têm poderes e autoridades de pais em relação à criança nascida. Os temas médicos relacionados são regidos pela Portaria do Ministério de Proteção à Saúde ucraniano nº 771, de 23 de dezembro de 2008. (GESTLIFE SOBRROGACY).

Atualmente é um dos lugares mais requisitados para gestação por substituição por estrangeiros dadas os benefícios que apresenta, entre eles: gestação por substituição legalizada, a desnecessidade de um processo judicial (sendo a única exigência do casal o estado civil de casados), não é exigido visto para quem desloca-se ao país para praticar tal experiência, a oportunidade de escolha do sexo da criança antes da inseminação e a inexistência do limite de idade do casal. (ILAYA).

### **3.3 - Jurisprudências**

Os casos judiciais envolvendo o tema Gestação por Substituição que se tem conhecimento são poucos, pois grande parte diz respeito apenas às dificuldades que surgiram no momento da transcrição do registro de nascimento. Na realidade, não se tem conhecimento de um litígio propriamente dito, mas somente a tentativa de garantir o reconhecimento fático de uma determinada situação, já que elas estão indo de encontro à legislação que vigorava à época. Sendo assim, a grande procura do meio judicial é para obter o reconhecimento do registro da criança em nome dos autores do projeto parental, em detrimento daquela que concordou com a gestação por substituição.

Em 2015, fora realizada uma pesquisa em todos os Tribunais de Justiça brasileiros pela professora Nádia de Araújo. Em sua pesquisa foram encontrados

cinco julgados nos estados de Minas Gerais, São Paulo, Rio Grande do Sul e Santa Catarina. (ARAÚJO, 2015)

O caso que deu origem as judicializações envolvendo o tema no Brasil, ocorreu em Minas Gerais. O Oficial de Registro Civil observou que a declaração de nascido vivo não correspondia, em relação à maternidade, com o que se pretendia registrar. Em sua decisão, o juiz Átila Andrade de Castro averiguou que o contrato de cessão temporária de útero se adequava às regras da Resolução do Conselho Federal de Medicina à época (Resolução 1358/1992), exigindo-se um exame de DNA, cujo resultado confirmou que a pretensa mãe era, de fato, a mãe genética da criança. Conseqüentemente, nesse caso, em razão do elo genético, ficou autorizado o registro civil em nome da pretensa mãe, e não da puérpera. O segundo caso, também de Minas Gerais, teve o mesmo desfecho. (ARAÚJO, 2015).

Os casos a seguir dos estados de São Paulo, Santa Catarina e Rio Grande do Sul possuem características interessantes. Na ação de São Paulo, o Ministério Público recorreu da decisão que permitiu o registro de nascimento em nome dos pretensos pais sem execução de exame de DNA. Alegou o Ministério Público que o contrato celebrado entre a cedente do útero e os pretensos pais da criança não está acima do princípio da maternidade certa pela gestação e parto, arguiu também que não havia segurança jurídica sobre a origem dos materiais genéticos. O recurso não foi aceito, pois, de acordo com o artigo 1605 do Código Civil brasileiro, a filiação pode ser demonstrada por qualquer meio admitido no Direito, quando houver começo de prova escrita, proveniente dos pais, conjunta ou separadamente, e quando existirem veementes presunções resultantes de fatos já certos, como no caso em tela. (ARAÚJO, 2015).

Na demanda de Santa Catarina, decisão semelhante ocorreu: a aprovação do registro em nome dos pretensos pais foi deferida, pautada apenas no projeto parental com relação à maternidade. (ARAÚJO, 2015).

Por último, mas não menos importante, no estado do Rio Grande do Sul, a ação se dava em um caso de cessão temporária de útero em que a cessante e os pretensos pais não eram parentes, no entanto, existia uma liberação do Conselho

Regional de Medicina. A particularidade da ação se dá no fato de que a autorização para registro de nascimento ter sido concluída antes do nascimento da criança. (ARAÚJO, 2015).

Existe ainda uma decisão de 2017 sobre o tema, entretanto com uma outra vertente. A causa dá-se para integrar a cessante de útero, grávida de gêmeos, como dependente temporária no plano de saúde da pretensa mãe. O pedido da autora, que é prima da gestante, é respaldado na dignidade da pessoa humana, no direito à saúde e no direito de igualdade à filiação, pois alega que se ela própria estivesse gerando os bebês, teria cobertura do plano de saúde, por conseguinte não haveria negativa para custeio de pré-natal, parto e cuidados com os seus filhos recém nascidos, pelo fato de estarem se desenvolvendo em outra mulher. O pedido foi deferido em sede de liminar e confirmado pela sentença de mérito, sendo somente estipulada a contraprestação ao referido plano de saúde. (ARAÚJO, 2015).

Diante do exposto, é evidente que a regulamentação acerca da barriga de aluguel no Brasil é algo imprescindível, pois sem ela o risco tanto para as mulheres de baixa renda quanto para as futuras mães é enorme, pois não existe segurança jurídica para nenhuma delas, ou seja, a mulher de baixa renda pode se tornar alvo fácil de estrangeiros, ou até mesmo de brasileiros e acabar gerando a criança e depois se ela nascer com alguma doença ou os pais desistirem a parturiente teria que ficar com a criança, ou até mesmo essa criança seria abandonada no sistema de adoção e, outra hipótese seria o contrário, os pretensos pais brasileiros pagarem todo o tratamento de reprodução humana assistida em uma mulher estrangeira e chegar na hora, a parturiente não querer entregar a criança aos pais biológicos.

## CONCLUSÃO

O presente trabalho científico abordou a questão da barriga de aluguel e seus aspectos jurídicos. Buscou-se organizar tópicos relevantes sobre questão da barriga de aluguel no Brasil, dentre eles, a real falta de legislação sobre o tema, enfatizando que até o momento o ordenamento jurídico brasileiro tem se mostrado de certa forma omissos acerca do tema, deixando por conta apenas do Conselho Federal de Medicina ditar as normas.

Primeiramente foi realizado levantamento sobre a evolução histórica acerca da reprodução humana assistida, apontando seu conceito, modalidades, características e técnicas. Foi demonstrado também a aplicação dessa técnica de acordo com o Código Civil Brasileiro de 2002 e a correlação dela com a gestação de substituição. Sendo que a primeira resolução a ser criada sobre a cessão temporária de útero se deu no ano de 1992.

A evolução dessas resoluções ocorreu, de certa forma, lentamente, mas a resolução de nº 2.294/2021, que está em vigência, já traz grandes diferenças em comparação à resolução 1.358/1992, pois permite que pessoas solteiras e casais homoafetivos possam usufruir dessa modalidade.

Abordou-se também o direito comparado, apresentando a forma com que alguns países aplicam ou não a utilização da barriga de aluguel e como abordam esse tema em suas legislações. Foram apresentados alguns casos judiciais que ocorreram no Brasil, o que deixou claro que a população apenas tenta se encaixar no que já é liberado no país, sendo assim, os casos judiciais dizem respeito apenas a meios de se registrar a criança em nome dos pretensos pais, ou até mesmo de incluir temporariamente a gestante no plano de saúde da pretensa mãe.

Sendo assim, restou-se comprovado que a falta de legislação formal acerca do tema gera uma grande preocupação nos pretensos pais e que essa modalidade de

gestação merece um cuidado maior pelos juristas brasileiros, devendo ser criado um conjunto de leis específicas para tratar da cessão temporária de útero.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDELMASSIH, Roger. **Avanços em reprodução humana assistida**. São Paulo: Atheneu, 2007.

ABREU, Laura Dutra de. Renúncia da maternidade: reflexão jurídica sobre a maternidade de substituição – principais aspectos no Direito Português e Brasileiro. **Revista Brasileira de Direito das Famílias e Sucessões, IBDFAM**, Magister, v. 11, ago/set 2009.

ALMEIDA, Aline Mignon. **Bioética e Biodireito**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2000.

ALMEIDA, José Luiz Gavião de. Novas Questões do Direito de Família. **Cadernos de Direito. V.4, n.6**. 2004. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-unimep/index.php/cd/issue/view/59>. Acesso em: 18 abr. 2021

ARAÚJO, Nadia, Gestação de substituição: regramento no direito brasileiro e seus aspectos de direito internacional privado. **Revista Brasileira de Direito das Famílias e Sucessões, IBDFAM**, 2015.

ARGENTINA, **Código Civil de la Republica**. De 29 de septiembre de 1869. Disponível em: [https://www.oas.org/dil/esp/codigo\\_civil\\_de\\_la\\_republica\\_argentina.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/codigo_civil_de_la_republica_argentina.pdf) Acesso em: 09 nov. 2021

AVELAR, Ednara Pontes de. **A responsabilidade civil médica em face das técnicas de Reprodução Humana Assistida**. 269 f. Dissertação (Mestrado em direito) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/7895>. Acesso em: 24 mai. 2021.

AZEVEDO, Álvaro Villaça. Ética, direito e reprodução assistida. In, DINIZ. Maria Helena; LISBOA Roberto Senise (orgs). **Direito Civil no século XXI**. São Paulo: Saraiva, 2006.

BADALOTTI, Mariangela. Aspectos bioéticos da reprodução assistida. **Revista de Medicina da PUCRS**, Porto Alegre, v.7, n.3, 1997.

BARBOZA, Heloisa Helena. **A filiação**: em face da inseminação artificial e da fertilização “*in vitro*”. Rio de Janeiro: Renovar, 1993.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **ADI 4.277 e ADPF 132**. Ministro Ayres Britto.

Publicado em DJE de 14 de outubro de 2011. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/constituicao/artigobd.asp?item=%202019>. Acesso em: 15 mai. 2021.

BRASIL. Código Civil. **Lei nº. 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/l10406compilada.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm). Acesso em: 15 mai. 2021

BRASIL, CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº. 1.358/1992 revogada pela Resolução CFM nº. 1.957/2010**. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/1992/1358>. Acesso em: 01 nov. 2021

BRASIL, CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº. 1.957/2010 revogada pela Resolução CFM nº. 2.013/2013**. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2010/1957>. Acesso em: 01 nov. 2021

BRASIL, CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº. 2.013/2013 revogada pela Resolução CFM nº. 2.121/2015**. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2013/2013>. Acesso em: 08 mar. 2021

BRASIL, CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº. 2.021/2015 revogada pela Resolução CFM nº. 2.168/2017**. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2015/2121>. Acesso em: 08 mar. 2021.

BRASIL, CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº. 2.168/2017 modificada pela Resolução CFM nº. 2.283/2020**. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2020/2283>. Acesso em: 09 mar. 2021.

BRASIL, CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº. 2.294/2021 VIGENTE** Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2021/2294> Acesso em: 01 nov. 2021.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm) Acesso em: 20 mai. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Nascido Vivo / Ministério da Saúde**, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da

Saúde, 2011.

BRODSKY, Jonathan M., **Actualidad y proyecciones de la maternidad subrogada en el derecho internacional privado argentino.**, Lecciones y Ensayos, Nro. 91, 2013. Disponível em: <http://www.derecho.uba.ar/publicaciones/lye/revistas/91/actualidad-y-proyecciones-de-la-maternidad-subrogada-en-el-derecho-internacional-privado-argentino.pdf>  
Acesso em: 09 nov. 2021

CO-PARENTS. Doadores de esperma, barriga de aluguel e leis de Co parentalidade na Austrália. Disponível em: <https://www.coparents.com/laws/australia.php>. Acesso em: 13 nov. 2021.

COULANGES, Fustel de. **Cidade Antiga**. 2 ed., São Paulo: Martins Fontes, 1987.

DIAS, Maria Berenice. **Manual de Direito das Famílias**. 4 ed. – São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2016.

DIAS, Maria Berenice. **Manual de direito das famílias**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2005, p. 340.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. São Paulo: Saraiva, 2002.

DINIZ, Maria Helena. **Tratado teórico e prático dos contratos**. São Paulo: Saraiva, 2002, Vol. 1.

ERAFINI, Paulo; MOTTA, Eduardo Leme Alves da. Útero de substituição. *In*: SCHEFFER, Bruno Brum *et al.* **Reprodução humana assistida**. São Paulo: Atheneu, 2003.

FARIAS, Cristiano Chaves de; ROSENVALD, Nelson. Curso de Direito Civil: direito das famílias. 4. ed. Salvador: Editora **JusPODIVM**. 2012

FERNANDES, Silvia da Cunha. **As técnicas de reprodução humana assistida e a necessidade de sua regulamentação jurídica**. Rio de Janeiro: Renovar, 2005.

FISCHER, Karla Ferreira de Camargo. **Reprodução humana assistida e a atuação dos conselhos de medicina na perspectiva civil-constitucional** – Curitiba: UniBrasil, 2013. Disponível em: [https://www.unibrasil.com.br/wp-content/uploads/2018/02/mestrado\\_unibrasil\\_Karla-Ferreira-de-Camargo-Fischer.pdf](https://www.unibrasil.com.br/wp-content/uploads/2018/02/mestrado_unibrasil_Karla-Ferreira-de-Camargo-Fischer.pdf)  
Acesso em: 22 mai. 2021

GAMA, Guilherme Calmon Nogueira da. **O biodireito e as relações parentais**. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

GAGLIANO, Pablo Stolze. PAMPLONA, Rodolfo. **Novo curso de direito civil: Direito de família, as famílias em perspectiva constitucional.** 3ª ed. rev.e.atual.e.ampl. São Paulo, Saraiva, 2009.

GESTLIFE SURROGACY. Situação legal na Ucrânia. Disponível em: <https://www.brasil.gestlifesurrogacy.com/barriga-de-aluguel-na-ucraina.php>. Acesso em: 13 nov. 2021.

GRACIANO, Lílian. Lúcia. Reprodução humana assistida: determinação da paternidade e o anonimato do doador. In: **X Seminário de Iniciação Científica e VI Mostra de Pesquisa da PUC-PR, 2002, Curitiba.** Caderno de Resumos da PUC-PR. Curitiba: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação da PUC-PR, 2002.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito civil brasileiro: contratos e atos unilaterais.** São Paulo: Saraiva, 2010, Vol. 3.

IBDFAM - **REVISTA BRASILEIRA DE DIREITO DAS FAMÍLIAS E SUCESSÕES.** v. 0 (fev./mar.2009). Porto Alegre: Magister; Belo Horizonte, 2009.

ILAYA. Barriga de aluguel na Ucrânia. Disponível em: <https://ivf.ilya.com/fr/gpa-ukraine/> Acesso em: 13 nov. 2021

JORNAL DA CULTURA. São Paulo: **TV Cultura**, 28 de fev. de 2018. Programa de TV.

KRELL, Olga Jubert Gouveia. **Reprodução humana assistida e a filiação civil.** Curitiba: Juruá, 2011.

KNOLL. Sonia. *Gestación por Sustitución, falta de regulación y obligaciones del Estado.* **Diario DPI Suplemento Salud, nº 43. 06 de fev. de 2017.** Disponível em: <https://dpicuantico.com/sitio/wp-content/uploads/2016/12/Doctrina-3.pdf> Acesso em: 12 nov. 2021

LEITE, Eduardo de Oliveira. **Procriações artificiais e o direito.** Rio de Janeiro: Revista dos Tribunais, 1995.

LIMA NETO, Francisco Vieira. A maternidade de substituição e o contrato de gestação por outrem. In: SANTOS, Maria Celeste Cordeiro Leite (org.). **Biodireito: ciência da vida, os novos desafios.** São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001.

LÔBO, Paulo. **Direito civil, famílias.** São Paulo: Saraiva, 2009.

MACHADO, Maria Helena. **Reprodução humana assistida: aspectos éticos e jurídicos.** Curitiba: Juruá, 2011.

MIRANDA, Pontes de. **Tratado de direito privado. Parte geral. Bens. Fatos jurídicos**. Atualizado por: Vilson Rodrigues Alves. Tomo II. Campinas – SP: Bookseller, 2000.

MONTEIRO, Caroline Soares. Reprodução Humana Assistida “Barriga de aluguel” – sob a luz da bioética. **Repositório UNICEUB** 2011. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/123456789/369>. Acesso em: 20 mai. 2021

MORRIS, Anne. NOTT, Susan. **Well Women: The Gendered Nature of Health Care Provision**. Routledge, 2018

NEGREIROS, Teresa. **Teoria do contrato: novos paradigmas**. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.

OTERO, Marcelo Truzzi. **Contratação da barriga de aluguel gratuita e onerosa: legalidade, efeitos e o melhor interesse da criança**. 2010. Disponível em: <http://www.ibdfam.org.br/>. Acesso em: 29 ago. 2021

OVÍDIO, F. Aspectos do direito comparado. **Revista Da Faculdade De Direito, Universidade De São Paulo**. 1984.

PEIXOTO, Paulo. Mineira quer alugar útero por US\$ 10 mil. **Folha de São Paulo, Belo Horizonte**, 25 de junho de 1992. Disponível em: <https://acervo.folha.com.br/leitor.do?numero=11735&anchor=4788080&origem=busca&originURL=&pd=fbfc94f807e0ac08f4b235bdd4010661>. Acesso em: 27 out. 2021.

PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. **Problemas atuais da Bioética**. São Paulo: Edições Loyola, 2005.

PEREIRA, Caio Mário Silva. **Instituições de direito civil**. Rio de Janeiro: Forense, 2003.

PIERLINGIERI, Pietro. **Perfis do direito civil: introdução ao direito civil constitucional**. São Paulo: Renovar, 1997.

REVISTA VEJA. **Edição de 21 de outubro de 2009**. Disponível em: <http://veja.abril.com.br/211009/alugam-se-maes-p-118.shtml>. Acesso em: 19 ago. 2021

RODRIGUES, Silvio. Direito Civil: **Reprodução humana assistida e suas consequências nas relações de família**. V. 1. São Paulo: Saraiva, 2005.

SÁ, Maria de Fátima Freire (coord.); NAVES, Bruno Torquato de Oliveira (coord.). **Bioética, biodireito e o Código Civil de 2002**. Belo Horizonte: Del Rey, 2004.

SCARPARO, Mônica Sartori. **Fertilização Assistida: Questão aberta, aspectos científicos e legais.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1991.

SCHWENZER, Ingeborg, **Model Family Code: from a Global Perspective**, Antwerpen: Intersentia, 2006.

SILVA, Carlos Henrique Mascarenhas, SABINO, Sandro Magnavita; CRUZEIRO, Ines Katerina Damasceno Carvalho. **Manual SOGIMIG – Reprodução assistida.** 1. Ed. – Rio de Janeiro: MedBook Editora, 2018.

SILVA, Eliane Cristine da. Aspectos jurídicos relevantes da reprodução humana assistida. In **Temas polêmicos de Direito da Família**, Mello, Cleyson de Moraes e FRAGA, Thelma Araujo Esteves (coord). Rio de Janeiro: Freitas, 2003.

SOUZA, Karla Keila Pereira Caetano, ALVES, Oslânia de Fátima. As principais técnicas de reprodução humana assistida. **Saúde & ciência em ação – revista acadêmica do instituto de ciências da saúde.** V.2, n.1, 2016. Disponível em: <http://revistas.unifan.edu.br/index.php/RevistaICS/article/view/182/139>. Acesso em: 11 abr. 2021

STATUTES AMENDMENT (**SURROGACY**) **ACT 2009.** Disponível em: [https://www.legislation.sa.gov.au/LZ/V/A/2009/Statutes%20Amendment%20\(Surrogacy\)%20Act%202009\\_64.aspx](https://www.legislation.sa.gov.au/LZ/V/A/2009/Statutes%20Amendment%20(Surrogacy)%20Act%202009_64.aspx). Acesso em: 13 nov. 2021.

STRECK, Lenio Luiz. Verdade e consenso. São Paulo: Saraiva, 2014.

URBAN, Cícero de Andrade. **Bioética clínica.** Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

VENOSA, Silvio de Salvo. **Direito civil: direito de família.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2004, Vol. 6.

VIEIRA, Fabiana Bruder. Gestação de Substituição. **PENSAR.** 2017. Disponível em: <http://rdu.unicesumar.edu.br/handle/123456789/437>. Acesso em: 21 mai. 2021.

XAVIER, Karina Potsch Junqueira. **A Família sob a Ótica Civil Constitucional: A Filiação Socioafetiva e as Discussões sobre a sua revogabilidade.** Disponível em: <https://www.conteudojuridico.com.br/open-pdf/phpfkEUmc.pdf/consult/phpfkEUmc.pdf> Acesso em: 11 abr. 2021.

YAMAKAMI, Lucas Yugo Shiguehara, (et al.) – **Condutas Práticas em Infertilidade e Reprodução Assistida: Mulher.** 1. Ed. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.