

## Regulamentação brasileira sobre gestação de substituição

Bruna Kern Graziuso<sup>1</sup>

Paula Pinhal de Carlos<sup>2</sup>

**Resumo:** A gestação de substituição faz parte do rol de técnicas de reprodução assistida, que auxiliam na reprodução humana de pessoas com dificuldades reprodutivas. Na gestação de substituição, uma mulher – chamada de doadora temporária de útero – gestará o bebê de terceiros, chamados mães/pais intencionais, termo que engloba casais heterossexuais, homossexuais e pessoas solteiras em projeto parental solo. O Brasil insere-se em um modelo de regulamentação da gestação de substituição, e não de proibição ou abstenção de regulamentação, mas com uma particularidade: não há lei específica. A regulamentação jurídica é feita por meio de resoluções do Conselho Federal de Medicina, que não possuem força da lei, sendo caracterizadas pelo próprio órgão como “normas éticas”. A primeira resolução data de 1992 e a regulamentação atualmente em vigor é a Resolução nº 2.168, de 2017. Alguns projetos de lei já foram propostos, datando o primeiro de 1997, e geralmente reproduzindo explicitamente o previsto nas resoluções do Conselho Federal de Medicina, não tendo ocorrido, até o momento, a aprovação de nenhum deles. Sendo assim, permanece a regulamentação médica como sendo a única a regular a gestação de substituição no Brasil.

**Palavras-chave:** Gestação de Substituição; Regulamentação; Brasil.

### Brazilian regulation on surrogacy

**Abstract:** Surrogacy is a type of assisted reproduction technique that assists reproductively challenged people into building their families. In surrogacy, a woman – called “surrogate” – carries the baby of the “intended parents”, a term that includes same-sex couples, heterosexual couples and single people in a parental journey. Brazil is considered a country with a regulatory model - instead of a prohibitive country or a no-regulation country – but with a particularity: there’s no specific law. The legal regulation is in the form of a resolution presented by the Federal Medical Council of Brazil, which means it is not legally binding, only ethically binding for doctors. The first resolution was published in 1992 and the current one is Resolution n. 2.168 of 2017. Some bills have been proposed since 1997 – usually just reproducing exactly what the resolution from the Federal Medical Council says – but none of them were approved. This way, Resolution n. 2.168/2017 is still, at the present moment, the only regulatory document about surrogacy in Brazil.

**Keywords:** Surrogacy; Regulation; Brazil.

### Introdução

A gestação de substituição consiste numa técnica de reprodução assistida, utilizada por indivíduos ou casais que, por diversas razões, não podem ou não querem reproduzir-se pelas ditas vias naturais, ou

1 UFRGS. E-mail: [bgraziuso@gmail.com](mailto:bgraziuso@gmail.com)

2 Programa de Pós-graduação em Direito – Universidade La Salle. E-mail: [paulapinhal@hotmail.com](mailto:paulapinhal@hotmail.com)

seja, por meio de relações sexuais que geram diretamente a fecundação. Tal técnica consiste na utilização de uma mulher que gesta a criança e que não é aquela que possui o projeto parental relacionado à tal gestação e tampouco é a mãe genética do bebê, sendo comumente utilizada em casos de problemas médicos que impeçam a gestação na doadora genética e também em casos de união ou casamento entre dois homens.

No Brasil, a reprodução assistida é admitida pelo Código Civil de 2002, que presume, em seu artigo 1.597, como concebidos na constância do casamento os filhos: “havidos por fecundação artificial homóloga, mesmo que falecido o marido” (inciso III); “havidos, a qualquer tempo, quando se tratar de embriões excedentários, decorrentes de concepção artificial homóloga” (inciso IV) e “havidos por inseminação artificial heteróloga, desde que tenha prévia autorização do marido” (inciso V). Não há menção, nessa norma jurídica, como visto, à gestação de substituição, que é regulada pela Resolução nº 2.168/2017 do Conselho Federal de Medicina, que não possui força de lei, e que adota “normas éticas para a utilização de técnicas de reprodução assistida”. Este artigo objetiva realizar uma análise da regulamentação da gestação de substituição no Brasil. Parte-se da conceituação dessa técnica de reprodução assistida e da diferenciação entre a modalidade tradicional e a gestacional, para, após, demonstrar os requisitos trazidos pelo Conselho Federal de Medicina, descrever os projetos de lei sobre o tema propostos até o momento e, por fim, problematizar as repercussões da regulamentação apenas via Conselho Federal de Medicina na prática da gestação de substituição no país.

### Gestação de substituição: conceito e modalidades

Nos últimos séculos, verifica-se uma mudança substancial na noção de família. Para Roudinesco (2003), a família tradicional tinha por objetivo a transmissão do patrimônio, fazendo com que os casamentos fossem inclusive arranjados pelos pais. A família moderna, por sua vez, é baseada no amor romântico, permitindo tal modelo uma maior consideração com a vida afetiva dos cônjuges. Já o padrão contemporâneo de família, verificável a partir dos anos 1960, é fundamentado na busca de duas pessoas pela construção de uma relação afetiva e sexual, o que faz com que sua durabilidade se torne relativa (BAUMAN, 2004). Sendo pensada como um *locus* de realização pessoal e fundada no afeto, esse último modelo de família pode agregar os casais homossexuais, antes dele excluídos (FACHIN, L. E., 2003; FACHIN, R., 2001).

Considera-se, a partir desse momento, uma pluralidade de famílias, as quais podem incluir as chamadas famílias reconstituídas, quando os cônjuges ou companheiros possuem filhos de relacionamentos anteriores, e as famílias monoparentais, bem como outras formas de agregação de pessoas, tais como a inserção de avós, tios, padrinhos, etc. Logo, transpõe-se o paradigma da família patriarcal e hierarquizada, o que torna possível a consideração da felicidade e do bem-estar das pessoas envolvidas nos arranjos familiares, que pode também incluir a realização do desejo de filhos com a utilização de novas tecnologias.

Além de todas essas modificações, há que se incluir as geradas pelo advento das novas tecnologias reprodutivas, que têm como marco substancial o ano de 1978, com o nascimento de Louise Brown, o primeiro bebê de proveta, ou seja, gerado pela técnica da fertilização *in vitro*. Com tais técnicas, dissocia-se sexo e procriação, fazendo também com que procriação e filiação se dissociem (HÉRITIER, 2000). Gera-se, assim, novas tensões também no que tange aos direitos reprodutivos (CORRÊA, 2003), que passam a ser concebidos não apenas no aspecto contraceptivo, mas também no aspecto conceptivo e com a possibilidade de utilização dessas novas tecnologias reprodutivas.

A gestação de substituição, conhecida popularmente no Brasil como “barriga de aluguel” e “barriga solidária”, faz parte do rol de técnicas de reprodução assistida, que auxiliam na reprodução humana de pessoas com dificuldades reprodutivas. Na gestação de substituição, uma mulher – chamada de doadora

temporária de útero – gestará o bebê de terceiros, chamados mães/pais intencionais, termo que engloba casais heterossexuais, homossexuais e pessoas solteiras em projeto parental solo.

A gestação de substituição é considerada uma técnica complementar, pois depende previamente do uso de outra técnica de reprodução assistida. A escolha desta técnica prévia tem relação com a modalidade de gestação de substituição em questão: a prática pode ser dividida em tradicional e gestacional. Na tradicional, a doadora temporária de útero é também doadora do material genético, sendo inseminada artificialmente com o material genético do pai intencional através de inseminação intrauterina, na qual os melhores espermatozoides são selecionados e introduzidos pela vagina, através do colo do útero (PASQUALOTTO, 2007). Esta é uma técnica de baixa complexidade, menos custosa, que pode ser realizada em consultório médico. Já na gestação de substituição gestacional, a doadora temporária de útero não tem qualquer relação genética com o bebê que será gestado por ela. Através da técnica da fertilização *in vitro*, considerada de alta complexidade, a fecundação é extracorpórea, com óvulo e espermatozoide previamente retirados de seus doadores e unidos em um meio de cultura artificial (FRAZÃO, 2000). Diante de todas as implicações oriundas da doadora temporária de útero ter uma relação genética com o bebê que gesta – implicações estas psicológicas, sociais e legais –, a gestação de substituição tradicional é bastante rara dos dias de hoje, predominando majoritariamente a modalidade apenas gestacional.

A prática também pode ser dividida de acordo com a compensação financeira da doadora temporária de útero: no modelo de gestação de substituição comercial, a doadora recebe uma compensação financeira propriamente dita pela gestação. Já no modelo altruísta (também chamado de não comercial), a doadora não recebe qualquer pagamento relacionado a atividade gestacional, sendo apenas os custos de todo processo gestacional pagos pelas mães e/ou pelos pais intencionais, como procedimentos médicos, plano de saúde, eventuais deslocamentos para consultas médicas, roupas de gestante e medicamentos, entre outros (AUTOR, 2018).

Por fim, a prática ainda pode ser categorizada de acordo com a regulamentação estatal, existindo três modalidades: jurisdições permissivas de gestação de substituição comercial e altruísta (como na Rússia, Ucrânia, Colômbia e em alguns estados dos Estados Unidos); jurisdições proibitivas de ambas as formas da prática (como na China, França, Itália, Alemanha, entre outros) e jurisdições relativamente neutras, nas quais duas abordagens são possíveis: países restritivos que permitem apenas gestação de substituição altruísta (como no Reino Unido, Grécia e Brasil, entre outros) e países que não regulamentam a prática (como na Irlanda, Japão, Bélgica, entre outros). Trimmings e Beaumont (2013) realizaram pesquisa em jurisdições de 25 países, entre os anos de 2006 e 2011, onde observado que 28% destes não regulamentavam a prática, 20% proibiam por completo, 28% permitiam apenas na forma altruísta e 24% permitiam ambas as formas de gestação de substituição. As jurisdições que permitem a prática na forma comercial vêm reduzindo consideravelmente nos últimos anos, com o banimento da prática em jurisdições previamente permissivas, como Índia e Tailândia.

### Regulamentação da gestação de substituição no Brasil

O Brasil insere-se em um modelo de regulamentação, e não de proibição ou abstenção de regulamentação, mas com uma particularidade: não há lei específica. A regulamentação jurídica é feita por meio de resoluções do Conselho Federal de Medicina, que não possuem força da lei, sendo caracterizadas pelo próprio órgão como “normas éticas”.

São apenas orientações aos médicos (SANTOS, 2010) e seu principal objetivo é o de protegê-los de responsabilização jurídica por conta do uso de técnicas de reprodução assistida. Portanto, essa é uma outra

particularidade brasileira, uma vez que os próprios médicos regulam nesse caso suas ações e isso se dá de forma apartada da regulamentação relativa à saúde efetuada pelos Poderes Legislativo e Executivo.

A primeira resolução data de 1992 e a regulamentação atualmente em vigor é a Resolução nº 2.294, de 2021. A regulamentação atual limita a 50 anos a idade da mulher que gesta o bebê, independentemente de se tratar de uma gestação de substituição ou de uma gestação para ela própria. É proibido selecionar o sexo ou as características genéticas do bebê, a menos que isso se dê para evitar doenças para o filho. O número de embriões transferidos é limitado a três e varia de acordo com a idade da mulher e, nos casos de gestações múltiplas, a redução embrionária é proibida, de acordo com a lei penal brasileira que proíbe o aborto (artigo 124 e seguintes do Código Penal).

A Resolução nº 2.294/2021 prevê também que as técnicas de reprodução assistida possam ser utilizadas por casais formados por pessoas do mesmo sexo e pessoas solteiras. No caso de casais de mulheres, esse dispositivo autoriza explicitamente a gestação partilhada, ou seja, uma mulher gesta o bebê que foi concebido a partir do óvulo de sua companheira ou esposa, mesmo nos casos em que não há infertilidade. A doação gratuita de gametas e embriões é permitida, assim como a fertilização *post mortem*, desde que exista uma autorização prévia específica da pessoa falecida com esse fim.

Depois de 1992, a gestação de substituição passou a ser autorizada no Brasil, mas sempre de forma gratuita e baseada em laços de parentesco com um dos parceiros (mãe ou pai de intenção). Em 1992, o parentesco deveria se dar até o segundo grau. Isso significa que a gestante poderia ser a mãe ou a irmã da mãe de intenção. Era proibida a realização de uma gestação de substituição com fins lucrativos ou comerciais. Além disso, deveriam ser identificados problemas médicos que impedissem ou contraindicassem a gestação da doadora genética. No que diz respeito à gestação de substituição, a regulamentação seguinte, a Resolução nº 1.957/2010, não trouxe nenhuma modificação.

A Resolução nº 2.013/2013 foi a que trouxe as maiores modificações no que diz respeito à gestação de substituição. Essa decisão estendeu os vínculos de parentesco até o quarto grau e autorizou a gestante a ser parente de qualquer um dos integrantes do casal, da mãe ou do pai de intenção, desde que tivesse menos de 50 anos. Além disso, essa regulamentação permitiu aos casais formados por pessoas do mesmo sexo o acesso à gestação de substituição. Logo, a partir de 2013, a gestante pode ser a mãe, a irmã, a tia ou a prima da mãe ou do pai de intenção. Apesar disso, foi estabelecida uma lista de documentos que as clínicas devem anexar ao prontuário:

- um termo de consentimento assinado pelos pais de intenção e pela gestante;
- um atestado médico certificando a situação clínica e emocional da gestante;
- uma descrição detalhada e por escrito dos aspectos médicos relativos à técnica;
- um contrato entre os pais de intenção e a gestante estabelecendo claramente a filiação do bebê;
- os aspectos biológicos, psicológicos e sociais implicados na gestação e no período pós-parto;
- a garantia do tratamento e do acompanhamento médico da gestante até o período pós-parto, se necessário;
- a garantia do registro civil do bebê pelos pais de intenção;
- o consentimento do marido ou companheiro da gestante, caso ela seja casada ou viva em união estável.

A Resolução 2.168/2017 é quase idêntica a de 2013, adicionando apenas a possibilidade de acesso à gestação de substituição também para pessoas solteiras. Atualmente, é vigente a Resolução 2.294/2021, que trouxe uma importante atualização: a doadora temporária de útero, além da gratuidade de sua atividade e de seu laço de parentesco com um dos pais intencionais, agora esta também necessita ter ao menos um filho vivo.

Importante ressaltar que todas as resoluções - desde a primeira de 1992 até a atual de 2021 - permitem exceções à obrigatoriedade do laço de parentesco da doadora temporária de útero e dos pais intencionais. Casos com doadoras fora do núcleo familiar precisam ser autorizados pelos Conselhos Regionais de Medicina do Estado onde residem os pais intencionais ou a doadora (AUTOR, 2018). Apesar de não existirem dados oficiais sobre as demandas ou casos autorizados pelos Conselhos Regionais de Medicina, alguns pareceres estão disponíveis na internet através da busca unificada do *site*<sup>3</sup> do Conselho Federal de Medicina, permitindo a verificação dos Conselhos Regionais que publicam estes pareceres, ressaltando que nem todos o fazem, como por exemplo o Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul (CREMERS). Em busca livre realizada no *site*, foram encontrados 54 pareceres, 39 favoráveis, 11 desfavoráveis e quatro com declínio de competência.

Entre os pareceres desfavoráveis, destacam-se especialmente dois pedidos, um do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e outro do Paraná. O primeiro negou autorização para um caso de gestação de substituição com doadora sem laço de parentesco com os pais intencionais em razão da mãe intencional possuir duas irmãs - ou seja, potenciais doadoras temporárias de útero com laço de parentesco - porém que não desejavam exercer a função de doadora (CREMESP, 2001). Este parecer se mostra contrário a Resolução 1358/1992, vigente na época da consulta, pois não esta exige a inexistência de potenciais doadoras com laço de parentesco para, apenas assim, buscar a exceção permitida pela resolução.

O segundo parecer negou autorização para uma mãe intencional que comprovou sua incapacidade de gestar por inviabilidade uterina (após um longo histórico de infertilidade, um bebê natimorto e um aborto espontâneo) com dois laudos médicos. Contudo, mesmo com os laudos atestando sua inviabilidade, os médicos pareceristas afirmaram não encontrar elementos condizentes com a Resolução 2121/2015 (CRM-PR, 2017). Este parecer expressa não apenas a imprecisão dos critérios de definição da categoria de infertilidade e inviabilidade gestacional, mas principalmente a discricionariedade dos pareceres de Conselhos Regionais de Medicina, que carecem de parâmetros objetivos que garantam isonomia e segurança jurídica aos pais intencionais e potenciais doadoras temporárias de útero (AUTOR, 2018).

Essa discricionariedade é ainda mais conflituosa quando se questiona se a Resolução nº 2.294/2021 vigente - e suas antecessoras - não violariam o princípio da legalidade do artigo 37 da Constituição Federal: considerando que o Conselho Federal de Medicina brasileiro, pelos poderes lhe conferidos pela Lei 3.268/1957, é uma autarquia e, como tal, sua atuação deriva de uma previsão normativa hierarquicamente superior, esta não pode atuar normativamente em caso de lacuna de lei, que é o que ocorre no Brasil com a prática de gestação de substituição. Por esta razão, projetos de lei sobre a temática começaram a ser discutidos no país em 1997.

### Projetos de lei sobre gestação de substituição no Brasil

A possibilidade de uma legislação específica sobre gestação de substituição no Brasil começou a ser debatida no ano de 1997, com o primeiro projeto de lei apresentado sobre o tema na Câmara dos Deputados,

3 Fonte: <<http://portal.cfm.org.br>>.

sob o número 2.855/1997. Nesse projeto, mais especificamente nos artigos 15 e 17, reproduzia-se inteiramente a resolução do Conselho Federal de Medicina vigente na época, a Resolução nº 1.358/1992. Dessa forma, o projeto de lei determinava a necessidade de um problema médico que impeça ou contraindique a gestação e restringia as doadoras temporárias de útero ao núcleo familiar da mãe intencional, bem como proibindo caráter lucrativo (AUTOR, 2018). A única inovação do projeto em relação à resolução dizia respeito ao grau de parentesco da doadora temporária de útero, aumentando a possibilidade de parentesco de até segundo grau para até quarto grau (MOURA, 1997).

O segundo projeto de lei foi apresentado no ano de 2003 sob o número 1.135/2003, novamente reproduzindo na totalidade a resolução vigente do Conselho Federal de Medicina no período, sem qualquer caráter inovador. No mesmo ano, o terceiro projeto foi apresentado, sob o número 1.184/2003. Este proibia a prática de gestação de substituição tanto na forma comercial como altruísta, declarando que participar da prática na condição de beneficiário, intermediário ou executor constituiria crime com pena de reclusão de um a três anos, além de multa. O projeto restou paralisado na Comissão de Constituição e Justiça desde agosto de 2015, sem novas movimentações.

O quarto projeto foi apresentado também no ano de 2003, sob o número 2061/2003 e, apesar de não reproduzir integralmente a resolução do Conselho Federal de Medicina vigente, mantinha a permissão da prática apenas na forma altruísta e em casos de problema médico que impeça ou contraindique a gestação para a mãe intencional. O quinto projeto, sob o número 4.892/2012, foi o primeiro a apresentar mudanças efetivas, com o objetivo de instituir o chamado “Estatuto da Reprodução Assistida”. Mantendo a necessidade de indicação médica, o modelo de gestação de substituição apenas altruísta e o vínculo familiar da doadora temporária de útero até segundo grau, o projeto exigia a assinatura do que chamou de “pacto de gestação de substituição”. Esse modelo contratual deveria ser homologado judicialmente e, após o nascimento da criança, levado ao Cartório de Registro Civil de Pessoas Naturais, juntamente com a comprovação de nascido vivo do hospital, declaração do médico responsável pela reprodução assistida – descrevendo a técnica empregada – e termo de consentimento médico informado. Sem homologação judicial, o contrato seria nulo (AUTOR, 2018). Como os demais projetos, este também não avançou.

O sexto e último projeto proposto, Projeto de Lei nº 115/2015, apresentou algumas mudanças ao projeto anterior que visava criar o “Estatuto da Reprodução Assistida”: caso o pacto firmado não fosse homologado judicialmente, a doadora temporária de útero seria considerada a mãe legal da criança que gestou (REZENDE FILHO, 2015). Todos os projetos apresentados foram apensados ao primeiro projeto, Projeto de Lei nº 1.184/2003, sem qualquer apreciação. Todos são bastante similares e costumam reproduzir as resoluções vigentes do Conselho Federal de Medicina.

Nenhum projeto apresenta uma regulamentação da gestação de substituição comercial, mantendo sempre a vedação de compensação financeira da doadora temporária de útero, bem como seu vínculo de parentesco com os pais intencionais. Assim, passível concluir que os modelos legislativos propostos possuíam forte vínculo com o entendimento do Conselho Federal de Medicina sobre a temática, apenas visando transformar resoluções em leis ordinárias.

A ausência de uma regulamentação legal sobre a prática de gestação de substituição do Brasil até os dias atuais precisa ser problematizada. Além da já mencionada possibilidade da Resolução nº 2.294/2021 vigente do Conselho Federal de Medicina violar o princípio da legalidade do artigo 37 da Constituição Federal, igualmente possível a mesma ser considerada inconstitucional, ao restringir direitos fundamentais – como direito à liberdade, privacidade e planejamento familiar – matéria que é de competência do Poder Legislativo com base no princípio da legalidade e da reserva legal, em concordância com o Artigo 5º, inciso II da Constituição Federal (AUTOR, 2018). Contudo, a criação de uma legislação específica sobre gestação de

substituição no Brasil não apresenta indicativos que está perto de se tornar uma realidade. Após tantos projetos de lei que fracassaram em tornarem-se leis ordinárias – projetos estes, em sua maioria, meras reproduções de resoluções vigentes do CFM – o Brasil vive um período de forte conservadorismo, tanto no Poder Legislativo, quanto no Executivo, o que dificulta avanços em temáticas vinculadas a direitos sexuais e reprodutivos.

Soma-se a isso o fato de que, com a regulamentação via CFM, cabe aos médicos uma auto-regulação de suas próprias práticas, o que é feito de forma muito mais progressista do que o que provavelmente ocorreria se tal regulamentação fosse realizada via Poder Legislativo ou Executivo, pelo conservadorismo já exposto. No entanto, isso não se faz necessariamente por uma adesão moral ao conteúdo de tais regulamentações, compreendendo-se, por exemplo, que casais formados por pessoas do mesmo sexo devem ter seu acesso às novas tecnologias reprodutivas tal qual casais formados por pessoas de sexos diferentes. Trata-se, também, de uma questão de mercado, pois tais serviços são ofertados em pouquíssimos hospitais públicos do país. Sendo assim, a maioria das pessoas que busca o acesso às novas tecnologias reprodutivas o faz em clínicas privadas e por um custo bastante elevado, devido à complexidade das técnicas utilizadas.

## Conclusão

A questão da gestação de substituição consiste num tema relevante, inovador e dos mais complexos dentro do estudo das novas tecnologias reprodutivas, pois dissocia sexo e procriação e ainda utiliza-se de uma outra figura, que é a da doadora temporária de útero, separando-se, ainda, as pessoas que possuem o projeto parental da pessoa que realiza a gestação da criança. Tal situação permite, por um lado, não apenas a mulheres que não podem gestar a possibilidade de serem mães, mas também a casais de homens o acesso à realização do desejo de filhos biológicos.

Nosso país apresenta-se como um caso de regulamentação da gestação de substituição, garante sua realização apenas de forma altruísta e desde que relacionado a laços de parentesco. A particularidade de sua regulamentação pelo Conselho Federal de Medicina, e não por meio de lei, diferentemente do que ocorre em outros países, torna o Brasil um caso raro de local no qual os próprios médicos regulam sua atividade, no que se refere à reprodução assistida. Por um lado, isso garante uma extensão desse acesso a mulheres solteiras e pessoas homossexuais e casais formados por pessoas do mesmo sexo, num país no qual direitos sexuais e reprodutivos tendem a ser garantidos pelo Poder Judiciário, mas não pelo Legislativo. No entanto, retira-se, com isso, da cena pública a discussão do tema, o que tem sido muito forte em outros países da Europa, por exemplo. Além disso, restringe-se o acesso sobretudo a quem pode pagar pelos serviços ofertados em clínicas privadas.

Se, em geral, Direito e sociedade não necessariamente andam juntos, vindo as modificações jurídicas após as modificações sociais, tal situação torna-se ainda mais complexa quando se trata de inovações biotecnológicas. Sendo assim, gera-se o cenário propício, como ocorre no Brasil, à exploração das novas tecnologias reprodutivas como um produto a ser vendido em clínicas privadas (AUTOR; SCHIOCCHET, 2006), devido a uma regulamentação falha, sem força de lei, garantindo aos médicos o poder de gerenciar tais situações.

## Referências

BAUMAN, Z. **Amor líquido**: sobre a fragilidade dos laços humanos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

- BRASIL. **Código Civil**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/110406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406.htm)>. Acesso em: 15 jul. 2020.
- BRASIL. **Código Penal**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm)>. Acesso em: 15 jul. 2020.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 17 jun. 2021.
- BRASIL. **Lei n. 3.268**, de 30 de setembro de 1957. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l3268.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l3268.htm)>. Acesso em: 17 jun. 2021.
- BRASIL. Projeto de **Lei nº 1.135/2003**. Disponível em: <[http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/docclam/6\\_projetos\\_reproducao.html?p=5&t=3](http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/docclam/6_projetos_reproducao.html?p=5&t=3)>. Acesso em: 15 jul. 2020.
- BRASIL. **Projeto de lei nº 115/2015**. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=945504>>. Acesso em: 15 jul. 2020.
- BRASIL. **Projeto de Lei nº 1.184/2003**. Disponível em: <[http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/docclam/6\\_projetos\\_reproducao.html?p=5&t=3](http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/docclam/6_projetos_reproducao.html?p=5&t=3)>. Acesso em: 15 jul. 2020.
- BRASIL. **Projeto de Lei nº 2.061/2003**. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=134835>>. Acesso em: 15 jul. 2020.
- BRASIL. **Projeto de Lei nº 2.855/1997**. Disponível em: <[http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/docclam/6\\_projetos\\_reproducao.html?p=5&t=3](http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/docclam/6_projetos_reproducao.html?p=5&t=3)>. Acesso em: 15 jul. 2020.
- BRASIL. **Projeto de Lei nº 4.892/2012**. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=564022>>. Acesso em: 15 jul. 2020.
- SCHIOCCHET, T. Novas tecnologias reprodutivas e direito: mulheres brasileiras entre benefícios e vulnerabilidades. **Novos Estudos Jurídicos**, Itajaí, v. 11, n. 2, p. 249-263, jul./dez. 2006.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1.358/1992**. Disponível em: <[http://www.ghente.org/doc\\_juridicos/resol1358.htm](http://www.ghente.org/doc_juridicos/resol1358.htm)>. Acesso em: 15 jul. 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1.957/2010**. Disponível em: <<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=112446>>. Acesso em: 15 jul. 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 2.013/2013**. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resoluocfm%202013.2013.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 2.168/2017**. Disponível em: <<http://gg.gg/vz61m>>. Acesso em: 15 jul. 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 2.294/2021**. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2021/2294>>. Acesso em: 18 jun. 2021.
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ (CRM-PR). **Parecer n. 2545/2017**. Disponível em: <[https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/PR/2017/2545#search="gestação de substituição"](https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/PR/2017/2545#search=)>. Acesso em: 17 jun. 2021.
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CREMESP). Consulta n. 58.437 de 2002. Disponível em: <<http://gg.gg/vz61i>>. Acesso em: 18 jun. 2021.
- CORRÊA, M. Medicina reprodutiva e desejo de filhos. In: GROSSI, M. P.; Et al. (Orgs.). **Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: tensões e desafios**. Brasília: Letras Livres, 2003, p. 31-40.
- FACHIN, L. E. **Direito de família: elementos críticos à luz do novo código civil brasileiro**. 2.ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.
- FACHIN, R. A. G. **Em busca da família do novo milênio: uma reflexão crítica sobre as origens históricas e as perspectivas do direito de família brasileiro contemporâneo**. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.
- FRAZÃO, A. G. **A fertilização in vitro: uma nova problemática jurídica**. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/1850/a-fertilizacao-in-vitro>>. Acesso em: 15 jul. 2020.

GRAZIUSO, B. K. **Úteros e fronteiras**: gestação de substituição no Brasil e nos Estados Unidos. Florianópolis: Tirant Lo Blanch, 2018.

HÉRITIER, F. A coxa de Júpiter: reflexões sobre os novos modos de procriação. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 8, n. 1, p. 98-114, jan./jun. 2000.

PASQUALOTTO, F. F. Investigação e reprodução assistida no tratamento da infertilidade masculina. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 103-112, fev. 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v29n2/08.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2020.

ROUDINESCO, E. **A família em desordem**. Tradução de André Telles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

SANTOS, M. de F. O. dos. Injeção intracitoplasmática de espermatozoides: questões éticas e legais. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 10, n. 2, p. s289-s296, dez. 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10s2/05.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2020.

TRIMMINGS, K.; BEAUMONT, P. **International surrogacy arrangements**: legal regulation at the international level. Oxford: Hart Publishing, 2013.

Submetido em: 15.07.2020

Aceito em: 11.11.2021