

# Resolução CFM 1.957/10: principais mudanças na prática da reprodução humana assistida

Tatiana Henriques Leite<sup>1</sup>, Rodrigo Arruda de Holanda Henriques<sup>2</sup>

## Resumo

A partir de 1978 as técnicas de reprodução assistida se tornaram realidade clínica no tratamento da infertilidade. Para minimizar os conflitos éticos e homogeneizar a utilização dessas técnicas entrou em vigor no Brasil a Resolução CFM 1.358/92. Após dezoito anos, esta resolução foi revogada pela Resolução CFM 1.957/10, que entrou em vigor em 6 de janeiro de 2011. A nova resolução, revista e atualizada, obteve grande aceitação entre os profissionais envolvidos. O artigo aponta os principais avanços e os pontos que ainda necessitam adequação para efetivamente responder à multiplicidade dos casos que se apresentam aos serviços. Considera, ao final, que a resolução e o Código Civil brasileiro ainda não solucionam todos os conflitos éticos gerados na prática da reprodução assistida.

**Palavras-chave:** Reprodução assistida. Ética. Lei.

## Resumen

### Resolución CFM 1.957/2010: cambios principales en la práctica de la reproducción humana asistida

Desde 1978 las técnicas de reproducción asistida se han convertido en una realidad clínica en el tratamiento de la infertilidad. Para reducir al mínimo los conflictos éticos y homogeneizar el uso de estas técnicas entró en vigor en Brasil, la Resolución 1.358/92 CFM. Después de dieciocho años, esta Resolución fue revocada por la Resolución 1.957/10 CFM que entró en vigor el 6 de enero de 2011. La nueva Resolución, revisada y actualizada, ha obtenido una amplia aceptación entre los profesionales involucrados. El artículo señala los principales logros y los puntos que aún necesitan ajustes para responder con eficacia a la multiplicidad de los casos que se presentan a los servicios. Considera al final que la resolución y el Código Civil brasileño todavía no resuelven todos los conflictos éticos que se generan en la práctica de la reproducción asistida.

**Palabras-clave:** Reproducción asistida. La ética. La ley.

## Abstract

### Resolution CFM 1.957/2010: significant changes in the practice of assisted human reproduction

As of 1978 the techniques of assisted reproduction have become clinical realities in the treatment of infertility. In order to minimize ethical conflicts and mix the use of such techniques, the Brazilian Resolution 1.358/92 of CFM (Federal Medicine Board) came into force. After eighteen years, this resolution was revoked by Resolution 1.957/10 CFM, entering into force on January 6, 2011. The new resolution was revised and updated, obtaining huge acceptance among the professionals involved. The article points out the main achievements and the issues that still need adjustment, to effectively respond to the multiplicity of cases presented in the services. It concludes that the resolution and the Brazilian Civil Code do not solve all ethical conflicts generated in the practice of assisted reproduction.

**Key words:** Assisted reproduction. Ethics. Law.

1. Mestranda henriques.tatiana@gmail.com – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) 2. Bacharel holanda\_rodrigo@hotmail.com – Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro/RJ, Brasil.

## Correspondência

Tatiana Henriques Leite – Rua Mata Grande, 160, apt° 103 Vila Valqueire CEP 21321-540. Rio de Janeiro/RJ, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

## Resolução CFM 1.957/10: principais mudanças na prática da reprodução humana assistida

Em nossa cultura o desejo de ter filhos é tido como sentimento natural. A fertilidade está relacionada à realização pessoal e a incapacidade de procriar representa falha em atingir o *destino biológico* e passa a ser caracterizada por estigma social<sup>1</sup> – problema cuja estimativa atinge cerca de 15% de toda a população em idade fértil<sup>2</sup>. Em decorrência desta considerável proporção a infertilidade deve ser tratada como problema de saúde pública. Contudo, apesar de sua amplitude e abrangência, ainda é negligenciado.

Em 1978, com o nascimento de Louise Brown, o primeiro bebê gerado por fertilização *in vitro* (FIV)<sup>3</sup>, surgiu nova subárea da medicina: a reprodução humana assistida. Entendem-se como técnicas de reprodução assistida (TRA) todos os procedimentos clínicos e laboratoriais que visam obter uma gestação, substituindo ou facilitando etapas deficientes do processo reprodutivo natural. O avanço dessa tecnologia foi rápido e progressivo, permitindo vários desdobramentos que desencadearam conflitos éticos inimagináveis na concepção natural.

É necessário destacar que trinta anos é pouco tempo para que novas e desafiantes realidades sejam adequadamente avaliadas e que posições éticas a seu respeito sejam desenvolvidas e amplamente aceitas. Temas como *status* moral do embrião, descarte e abandono de embrião, doações de gametas e embriões, criopreservação, seleção de sexo, transferência embrionária, redução embrionária, maternidade de substituição, reprodução pós-tuma, clonagem reprodutiva, PGD (diagnóstico genético pré-implantacional), entre outros, surgiram a partir do momento em que a reprodução assistida se tornou realidade clínica.

## Resolução CFM 1.957/10

Em 1992, na falta de unanimidade quanto à ética relativa às questões citadas e reconhecendo a necessidade de harmonizar o uso das técnicas de reprodução assistida com os princípios da ética médica, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou a Resolução CFM 1.358/92 – a primeira no Brasil a especificar as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida. Após dezoito anos em vigor, foi revogada pela Resolução CFM 1.957/10, vigente desde 6 de janeiro de 2011.

A nova resolução, sem dúvida mais atual, se manteve igual nos principais quesitos: doações anônimas de gametas e embriões, proibição da redução fetal, proibição da sexagem fetal (procedimento que

torna possível a escolha do sexo do embrião) – bem como nas normas para utilização de PGD e maternidade de substituição. Por fim, também manteve a proibição de transações econômicas envolvendo doações de gametas, embriões e maternidade de substituição<sup>4</sup>. Inovou, porém, em quatro quesitos: 1) permissão para utilização de reprodução assistida por todas as pessoas que desejarem o tratamento; 2) limitação do número de embriões transferidos de acordo com a idade da paciente; 3) regularização da reprodução *post mortem* e; 4) a possibilidade de criopreservar apenas embriões saudáveis<sup>4</sup>.

A utilização de TRA por todas as pessoas que desejem o tratamento implica permitir a utilização de técnicas de reprodução assistida para qualquer indivíduo juridicamente capaz, sujeito de direitos e obrigações: solteiro, casado, viúvo, divorciado, em união estável, homossexual, heterossexual ou bissexual. Ou seja, independentemente do estado civil e opção sexual. Na realidade, essa mudança fez diferença principalmente para os casais homoafetivos, muitos dos quais têm o desejo de constituir família.

Entre casais homoafetivos femininos o acesso era facilitado mesmo antes da resolução entrar em vigor – haja vista que, nesses casos, apesar de a mulher precisar da doação de sêmen, ela própria seria a receptora do embrião. Na maioria dos casos, essas mulheres se faziam passar por solteiras para evitar a discriminação devido à homossexualidade e evitar possíveis conflitos éticos. No caso homoafetivo masculino essa facilidade não existia. Para realizar o tratamento o casal precisaria de uma doadora de oócito e um útero de substituição. Assim, não havia a possibilidade de passar despercebido durante o tratamento.

A limitação do número de embriões transferidos de acordo com a idade da paciente segue tendência mundial de transferir cada vez menos embriões, evitando gestações múltiplas e complicações perinatais<sup>5</sup>. Está servindo, inclusive, como amparo legal para o médico não ser persuadido pelo paciente a transferir um número maior de embriões, visando gestação múltipla, que vem sendo desejo comum entre os casais. A resolução *indica que para mulheres com até 35 anos seja transferido no máximo dois embriões; mulheres entre 36 e 39 anos – no máximo três embriões; e para mulheres com 40 anos ou mais – no máximo quatro embriões*<sup>4</sup>.

A possibilidade de criopreservar somente embriões saudáveis abre precedente para a destruição de embriões excedentes, o que, na prática, já vinha acontecendo na maioria dos centros de reprodução assistida. Os principais motivos para a destruição

embrionária são: embriões alterados e falta de interesse ou de recurso dos pacientes em manter o congelamento.

A resolução regularizou a reprodução *post mortem* – o que, sem dúvida, foi sua maior novidade. Porém, para que isto se torne possível, deve ser tomado um termo de consentimento do cônjuge doador, previamente assinado e documentado em cartório, autorizando a utilização de seu material genético mesmo após sua morte <sup>4</sup>.

A experiência de trabalho neste campo profissional permitiu observar que a nova resolução foi bem aceita entre os profissionais que trabalham na área e é, de fato, utilizada. Porém, tanto esta resolução como o Código Civil brasileiro ainda são omissos em determinadas questões: aspectos como tratamentos para casais homoafetivos, filiação, herança e destino dos embriões excedentes ainda não estão bem estabelecidos.

Apesar de a nova resolução permitir claramente o uso de TRA para todas as pessoas, inclusive os homossexuais, não prevê a amplitude dos desdobramentos que surgiram com esta nova possibilidade. Por exemplo, casais homoafetivos femininos, na grande maioria, querem realizar o tratamento em *conjunto*: uma, doa os oócitos; a outra, recebe os embriões. Como casal, a princípio tal fato não seria problema. Porém, a resolução é omissa em relação a esse caso particular. Em contrapartida, é bem clara ao explicitar que toda doação de gametas e embriões deve ser anônima <sup>4</sup>, estabelecendo um paradoxo entre as duas exigências. Os casais homoafetivos masculinos também encontram dificuldades devido à necessidade da maternidade de substituição. A resolução não é clara sobre quem deve ser a receptora dos embriões nesse caso específico.

Em relação à filiação, o Código Civil brasileiro, no art. 1.597, prevê três situações envolvendo a reprodução assistida: *Presumem-se concebidos na constância do casamento os filhos: 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* <sup>5</sup>. Entretanto, a maternidade de substituição e a reprodução *post mortem*, quando utilizados gametas criopreservados, não são citados.

Deve-se considerar, ademais, que a maternidade de substituição apresenta característica à parte. Mediante esse procedimento, pela primeira vez

na história da humanidade a maternidade pode ser contestada <sup>6</sup>. De acordo com o art. 1.603 do Código Civil: *A filiação prova-se pela certidão do termo de nascimento registrada no Registro Civil* <sup>5</sup>. Isso quer dizer que a mulher que der a luz ao bebê é automaticamente considerada a mãe da criança. Em decorrência, a mãe biológica (dona do material genético) não pode ser declarada na certidão de nascimento – atualmente, esses casos são resolvidos no Judiciário.

A reprodução *post mortem* existe em duas modalidades: quando o falecido é o cônjuge masculino e quando o falecido é o cônjuge feminino. Ambas apresentam problemas no momento de definir a filiação. O Código Civil, em seu art. 1.597, clarifica: *Presumem-se concebidos na constância do casamento os filhos: II - nascidos nos trezentos dias subsequentes à dissolução da sociedade conjugal, por morte, separação judicial, nulidade e anulação do casamento* <sup>5</sup>. Assim, na reprodução *post mortem* na qual o bebê nasce após o prazo de 300 dias da morte do cônjuge masculino, a princípio, não há filiação paterna estabelecida.

No caso de falecimento do cônjuge feminino o estabelecimento da filiação é ainda mais complicado, haja vista que o parceiro sobrevivente terá que recorrer à maternidade de substituição, recaindo nos problemas mencionados, acrescidos da dificuldade decorrente do falecimento da mãe biológica.

A reprodução *post mortem* também é problemática em relação ao direito de herança. Conforme estabelecido no art. 1.845 do Código Civil: *são herdeiros necessários os descendentes, os ascendentes e o cônjuge* <sup>5</sup>. Contudo, o art. 1.798 alerta: *Legitimam-se a suceder as pessoas nascidas ou já concebidas no momento da abertura da sucessão* <sup>5</sup>. Dessa forma, descendentes nascidos por reprodução *post mortem* seriam, aparentemente, excluídos da partilha de bens <sup>7</sup>.

Para os embriões excedentes e viáveis a Resolução CFM 1.957/10 prevê a criopreservação por tempo indeterminado, e que no momento da criopreservação os cônjuges ou companheiros deverão expressar suas vontades, por escrito, quanto ao destino a ser dado aos pré-embriões criopreservados nos casos de divórcio, doenças graves ou falecimento de um deles ou de ambos, e quando desejam doá-los <sup>4</sup>. Porém, não prevê a possibilidade do paciente não querer criopreservar embriões por não ter interesse ou condições financeiras – fato não incomum. Também fica omissa o que fazer quando ocorre o abandono dos embriões congelados, principalmente nos casos em que o paciente deixa de pagar a taxa de manutenção do congelamento ou

## Resolução CFM 1.957/10: principais mudanças na prática da reprodução humana assistida

quando o serviço não consegue contato com o paciente por nenhum meio.

O destino e o descarte dos embriões excedentes é assunto controverso. A igreja católica acredita que o embrião é uma forma de vida humana e, por isso, não deve ser submetido a procedimentos danosos como o congelamento e a destruição<sup>8</sup>. Essa concepção é tão forte que na Itália, por exemplo, não é permitida a criopreservação e muito menos o descarte de embriões. Em outros países, como Inglaterra e Estados Unidos, os embriões são criopreservados e descartados de acordo com o interesse dos pacientes<sup>9</sup>.

### Considerações finais

A demanda por reprodução assistida vem crescendo ao longo dos anos. Na América Latina, o Brasil é o país que mais realiza procedimentos em TRA<sup>10</sup>. Esse fato mostra a importância de revisões

e atualizações constantes na resolução que propõe normas éticas para o seu funcionamento.

A Resolução CFM 1.957/10 se mostrou mais atual e suas mudanças foram bem aceitas. Todavia, a recente atualização não previu todos os desdobramentos do procedimento e algumas deficiências podem ser apontadas. Nesse sentido, cabe considerar que atualizações constantes, inclusive do Código Civil, devem ser realizadas com a intenção de sanar essas questões que permanecem em aberto, bem como adequar outros aspectos que venham a se tornar necessários para acompanhar o rápido desenvolvimento científico. Quanto a essa necessidade premente, cabe refletir, por fim, que a Resolução CFM 1.358/92 esteve em vigor por 18 anos; espera-se que o mesmo não aconteça com a norma atual, a Resolução CFM 1.957/10, e que reavaliações sejam realizadas periodicamente. Nesse sentido, ressalta-se que há previsão de novas atualizações do documento pelo CFM.

### Referências

1. Herz EK. Infertility and bioethical issues of the new reproductive technologies. *Psychiatr Clin North Am.* 1989;12(1):117-31.
2. World Health Organization. WHO Laboratory manual for the examination of human semen and sperm-cervical mucus interaction. 4<sup>th</sup> ed. Cambridge: Cambridge University Press; 1999.
3. Steptoe PC, Edwards RG. Birth after the reimplantation of a human embryo. *Lancet.* 1978;2(8085):312-66.
4. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.957, de 15 de dezembro de 2010. [Internet]. Diário Oficial da União. 2011[acesso dez. 2012]:Seção I, p.79. Disponível: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2010/1957\\_2010.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2010/1957_2010.htm)
5. Brasil. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Código civil brasileiro. [Internet]. [acesso dez. 2012]. Disponível: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/L10406compilada.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406compilada.htm)
6. Leite EO. Procriações artificiais e o direito: aspectos médicos, religiosos, psicológicos, éticos e jurídicos. *Revista dos Tribunais.* 1995;14:411.
7. Rigo GB. O status de filho concebido post mortem perante o direito sucessório na legislação vigente. [Internet]. Portal Jurídico Investidura. 8 jul. 2009 [acesso 10 dez. 2012]. Disponível: <http://www.investidura.com.br/biblioteca-juridica/obras/monografias/3849>
8. Vaticano. Sagrada Congregação para a Doutrina da Fé. Instrução sobre o respeito à vida humana nascente e a dignidade da procriação. [Internet]. 22 fev. 1987 [acesso 21 nov. 2012]. Disponível: [http://www.vatican.va/roman\\_curia/congregations/cfaith/documents/rc\\_con\\_cfaith\\_doc\\_19870222\\_respect-for-human-life\\_po.html](http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19870222_respect-for-human-life_po.html)
9. Jones HW, Cooke I, Kempers R, Brinsden P, Saunders D. International Federation of Fertility Societies Surveillance 2010: Preface. *Fertil Steril.* 2011;95(2):491.
10. Fernando ZH, Juan-Enrique S, Javier AC, Borges MCS. Twenty years of Assisted Reproductive Technology (ART) in Latin America. *JBRA Assist Reprod.* 2011;15(2):19-30.

#### Participação dos autores no artigo

Tatiana Henriques escreveu o artigo, parte integrante de sua monografia de conclusão do curso de especialização em Reprodução Humana Assistida. Rodrigo Holanda colaborou com a pesquisa na área jurídica e embasamento teórico.

