

Famílias plurais e direitos reprodutivos da população LGBTQIAPN+: a evolução jurisprudencial das cortes superiores, a regulamentação pelo Conselho Federal de Medicina e os desafios da omissão legislativa no Brasil

Artur Pessoa de Melo Morais¹

Juiz do Tribunal de Justiça de São Paulo

Pedro Avanci Fontenele²

Médico ginecologista e obstetra

Resumo: o presente artigo analisa os fundamentos jurídicos e bioéticos da Reprodução Humana Assistida (RHA) voltada à comunidade LGBTQIAPN+ no Brasil. A partir da transição do paradigma consanguíneo para o socioafetivo, o estudo examina a evolução da jurisprudência dos tribunais superiores brasileiros (STF e STJ), a qual consolidou o reconhecimento das famílias plurais e garantiu o exercício do planejamento familiar. Diante da crônica inércia do Poder Legislativo, destaca-se o protagonismo atípico do Conselho Federal de Medicina (CFM) na regulamentação ética e técnica dos procedimentos, a exemplo da gestação de substituição e da doação de gametas. Contudo, demonstra-se que a dependência estrutural de normativas infralegis e decisões judiciais gera um estado de permanente insegurança jurídica, impondo entraves burocráticos e restrições práticas aos casais não cis-heteronormativos. Conclui-se pela urgência democrática da promulgação de um marco legal estrito que pacifique os limites da RHA, resguardando os direitos reprodutivos e assegurando cidadania, dignidade e proteção integral às novas conformações familiares.

Palavras-chave: Reprodução Humana Assistida; direitos da população LGBTQIAPN+; planejamento familiar; Biodireito; omissão legislativa.

Abstract: this article analyzes the legal and bioethical foundations of Assisted Human Reproduction (AHR) for the LGBTQIAPN+ community in Brazil. Based on the transition from a consanguineous to a socio-affective paradigm, the study examines the jurisprudential evolution of the Brazilian superior courts (STF and STJ), which consolidated the recognition of plural families and guaranteed the exercise of family planning. Given the chronic inertia of the Federal Legislative, the article highlights the atypical leading role of the Federal Council of Medicine (CFM) in the ethical and technical regulation of procedures, such as surrogacy and gamete donation. However, it demonstrates that the structural reliance on infra-legal regulations and judicial decisions generates a state of permanent legal uncertainty, imposing bureaucratic obstacles and practical restrictions

¹ Bacharel em Direito pela Faculdade de Direito do Recife - Universidade Federal de Pernambuco..

² Formado pela Faculdade de Medicina de Jundiaí. Especialista em Reprodução Humana Assistida..

on non-cis-heteronormative couples. It concludes by emphasizing the democratic urgency of enacting a strict legal framework to settle the boundaries of AHR, safeguarding reproductive rights and ensuring citizenship, dignity, and comprehensive protection for new family arrangements.

Keywords: Assisted Human Reproduction; LGBTQIAPN+ rights; family planning; Biolaw; legislative omission.

Introdução

Do ponto de vista jurídico, foi apenas em 2011, a partir da atuação primordial do Poder Judiciário, que o Estado brasileiro passou a reconhecer a união entre pessoas do mesmo sexo como entidade familiar, equiparando-a à união estável heterossexual. No julgamento conjunto da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 4.277 e da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 132, o Supremo Tribunal Federal (STF) conferiu, com eficácia *erga omnes* e efeito vinculante, o status de entidade familiar às uniões homoafetivas, garantindo-lhes a especial proteção estatal prevista no artigo 226, *caput*, da Constituição Federal.

Na medida em que a Constituição Federal, em seu artigo 3º, inciso IV, veda qualquer forma de discriminação, a orientação sexual e a identidade de gênero não podem servir de lastro para supressões de direitos. Desse modo, assegura-se também aos casais não cis-heteronormativos o direito ao planejamento familiar previsto no artigo 226, § 7º, da CF/88, que é pautado pelos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade ou maternidade responsável. Trata-se de livre decisão da pessoa ou do casal, competindo ao Estado propiciar os recursos educacionais e científicos para o seu pleno exercício, sendo vedada qualquer coerção por parte de instituições públicas ou privadas.

Em paralelo aos avanços jurídicos, a medicina e as biotecnologias reprodutivas também experimentaram um desenvolvimento exponencial nas últimas décadas. A aplicação do conhecimento científico na concretização do projeto parental possibilitou o surgimento de novas conformações familiares, antes impensáveis. Assim, muito além de métodos voltados exclusivamente para o tratamento da infertilidade biológica, as técnicas de Reprodução Humana Assistida (RHA) consolidaram-se como mecanismos fundamentais para a efetivação dos direitos reprodutivos, notadamente para a população LGBTQIAPN+.

A operacionalização do desejo parental biológico na atualidade abrange desde métodos como a inseminação artificial e a fertilização *in vitro* (FIV), até a complexidade da gestação compartilhada - viável para casais compostos por pessoas com útero (mulheres cisgênero e homens transgênero) - e da cessão temporária de útero, ou gestação de substituição, geralmente necessária para casais formados por pessoas sem útero (homens cisgênero e mulheres transgênero).

O impacto dessa revolução técnico-científica reconfigurou paradigmas clássicos do Direito das Famílias, historicamente alicerçados na diversidade de sexos dos genitores e na presunção de consanguinidade. Tal processo evolutivo demandou um redimensionamento dos arranjos familiares, alçando a socioafetividade a um dos critérios centrais para o estabelecimento das relações de parentesco e de filiação.

Embora a confluência desses fenômenos tenha possibilitado a criação de novas formações familiares, o pleno exercício desse direito tem sido frontalmente afetado pela crônica inércia do Poder Legislativo em tratar do assunto. O ordenamento jurídico brasileiro, até o presente, carece de lei em sentido estrito, de âmbito nacional, que regulamente as práticas de RHA.

Atualmente, esse vácuo normativo vem sendo preenchido, de forma subsidiária, pela jurisprudência e por atos de natureza administrativa e deontológica, com destaque para as resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM). No entanto, a ausência de uma lei ordinária, além de deixar a regulamentação das questões atinentes à RHA a cargo de órgãos que não estão submetidos ao processo eleitoral, faz com que cada procedimento reprodutivo atraia desdobramentos éticos e técnicos específicos. Isso exige do operador do Direito um domínio preciso das normativas médicas e da jurisprudência dos Tribunais pátrios.

Diante da complexidade apresentada, o presente artigo tem por escopo analisar os alicerces jurídicos e os preceitos médico-técnicos que compõem o panorama da reprodução assistida para a comunidade LGBTQIAPN+ no Brasil. O estudo busca evidenciar não apenas as conquistas no âmbito administrativo e jurisprudencial, mas também os desafios e a insegurança jurídica decorrentes da omissão legislativa.

1. O reconhecimento das famílias plurais: fundamentos constitucionais e a jurisprudência dos tribunais superiores

A Constituição Federal de 1988 adotou o pluralismo - político, social e de ideias - como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil. Servindo, desta forma, como uma das bases do Estado Democrático de Direito, o pluralismo impede a imposição de uma única ideologia, crença ou valor, garantindo espaço para minorias e para opiniões e modos de vida divergentes, desde que respeitados os direitos humanos e o ordenamento jurídico em sentido *lato*.

A partir do desejo constitucional de assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, tem-se que, na ordem vigente, as balizas tradicionais de caracterização do núcleo doméstico foram expandidas para albergar, para além das famílias cis-heteronormativas, arranjos vivenciais multifacetados, pautados essencialmente na dignidade da pessoa humana, no afeto e na autonomia da vontade.

Embora o ordenamento jurídico pátrio careça de leis em sentido estrito que disponham de forma expressa a respeito de famílias plurais, formadas por pessoas que se identificam como lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, transgêneros, travestis, *queer*, intersexuais, assexuais, arromânticas, agêneros, pansexuais, não-binários ou outras conformações não cis-hétero (LGBTQIAPN+), a interpretação contemporânea do Direito de Família e das ciências normativas correlatas passou por profundas transformações operadas pela jurisprudência tanto do Supremo Tribunal Federal quanto do Superior Tribunal de Justiça.

O marco inicial da consolidação dos direitos das famílias constituídas por casais diversos deu-se no ano de 2011. No julgamento conjunto da ADPF nº 132 e da ADI nº 4.277, o

Plenário do Supremo Tribunal Federal conferiu interpretação conforme à Constituição ao artigo 1.723 do Código Civil para afastar qualquer exegese discriminatória e reconhecer a união contínua, pública e duradoura entre pessoas do mesmo sexo como entidade familiar e sinônimo perfeito de família. A Suprema Corte assentou que a orientação sexual emana diretamente da dignidade humana e do direito à busca da felicidade, de modo que o sexo das pessoas não pode servir como fator de desigualação jurídica.

No mesmo ano, acompanhando a imperiosidade de se tutelar tais liames afetivos, o Superior Tribunal de Justiça, no julgamento do Recurso Especial nº 930.460/PR, reconheceu os efeitos patrimoniais da união estável homoafetiva *post mortem*. Diante da lacuna legislativa, a Terceira Turma aplicou a analogia e a equidade para garantir ao companheiro sobrevivente o direito à meação dos bens adquiridos a título oneroso durante a convivência, estabelecendo a presunção do esforço comum.

Além disso, a evolução histórica natural do reconhecimento da união estável culminou na consagração do direito ao casamento civil também entre casais plurais. No Recurso Especial nº 1.183.378/RS, a Quarta Turma do STJ asseverou que os artigos 1.514, 1.521, 1.523, 1.535 e 1.565 do Código Civil não vedam expressamente o matrimônio entre pessoas do mesmo sexo. O entendimento fixado por aquela corte superior foi no sentido de que uma vedação implícita seria constitucionalmente inaceitável por agredir os princípios da igualdade, do livre planejamento familiar e do pluralismo, reafirmando o papel contramajoritário do Poder Judiciário na universalização dos direitos civis.

Posteriormente, em sede de repercussão geral, o STF consolidou a completa equivalência de regimes no âmbito sucessório. Ao julgar o Recurso Extraordinário nº 646.721, a Corte declarou a inconstitucionalidade do artigo 1.790 do Código Civil, o qual discriminava os direitos sucessórios do companheiro em relação ao cônjuge. Fixou-se, portanto, a tese de que é inviável distinguir casais vinculados por casamento daqueles unidos por união estável — inclusive as homoafetivas —, aplicando-se a ambos os casos o regime do artigo 1.829 do diploma civilista.

Para além do vínculo entre cônjuges ou companheiros(as), a abertura do conceito de família exigiu igual adaptação jurídica quanto ao manejo das técnicas de reprodução humana assistida e à conformação da parentalidade. O debate bioético inicial firmou-se com o julgamento da ADI nº 3.510, na qual o STF declarou a integral constitucionalidade do artigo 5º da Lei de Biossegurança (Lei nº 11.105/2005), autorizando pesquisas científicas com células-tronco embrionárias obtidas por fertilização *in vitro*. A decisão assentou que o embrião concebido laboratorialmente, antes da implantação no útero de quem o gestará, não se confunde com a pessoa humana biográfica, e que o recurso à reprodução assistida consubstancia direito implícito voltado à saúde e ao livre planejamento familiar, sem que haja o dever de aproveitamento reprodutivo de todos os embriões formados.

Já quanto aos vínculos de filiação, o STF consagrou o instituto da pluriparentalidade no Recurso Extraordinário nº 898.060, em que se reconheceu que a paternidade socioafetiva não impede o reconhecimento concomitante do vínculo baseado na origem biológica, assegurando efeitos jurídicos a ambas as modalidades de forma simultânea, com amparo no princípio da paternidade responsável.

Ademais, a consolidação prática das multifacetadas estruturas familiares demandou a extensão de direitos sociais voltados à proteção do menor e à isonomia entre gêneros. Sob essa óptica, o STF, no Recurso Extraordinário nº 1.348.854, estendeu o benefício de licença-maternidade pelo prazo de 180 dias a um servidor público pai

solteiro, cujo núcleo familiar monoparental foi estabelecido por meio de fertilização *in vitro* e gestação por útero de substituição. O entendimento pautou-se na absoluta prioridade da proteção integral da criança, previsto no artigo 227 da CF, e na igualdade de direitos e deveres entre homens e mulheres.

Seguindo a mesma linha integrativa e antidiscriminatória, o Plenário do STF, no Recurso Extraordinário nº 1.211.446, reconheceu o direito ao gozo de licença-maternidade à servidora pública ou trabalhadora celetista não gestante em união homoafetiva. No entanto, pelo princípio da proporcionalidade, vedou-se a cumulação de dois benefícios idênticos de licença-maternidade no mesmo núcleo familiar, de modo que, caso a companheira gestante usufrua do benefício principal, a mãe não gestante fará jus a um período de afastamento equivalente ao da licença-paternidade.

Por fim, a mais recente evolução jurisprudencial digna, aqui, de nota diz respeito à desburocratização do registro civil em hipóteses de reprodução assistida informal. No Recurso Especial nº 2.137.415, a Terceira Turma do STJ autorizou o registro direto de dupla maternidade de menor gerado por meio de inseminação artificial “caseira”, ou autoinseminação, no curso de uma união estável homoafetiva. O colegiado realizou uma aplicação analógica do artigo 1.597, inciso V, do Código Civil e dispensou a exigência de certidão de clínica especializada prevista nos atos normativos do Conselho Nacional de Justiça (artigo 513, inciso II, do Provimento nº 149/2023). Ponderou-se que, à luz do melhor interesse da criança e do livre planejamento familiar, a ausência de supervisão médica não obsta a presunção jurídica da filiação e o consequente direito do menor ao assento de nascimento condizente com a sua realidade familiar.

A partir da recente evolução jurisprudencial acima reproduzida, conclui-se que o ordenamento pátrio em sentido *lato* vem passando pela transição da parentalidade baseada na presunção de consanguinidade para a parentalidade calcada no afeto e na vontade procriacional.

No contexto da reprodução assistida heteróloga - com uso de gametas de doadores -, comumente adotada nos casos de casais não cis-heteronormativos, o vínculo de filiação não se forma apenas pela doação do material genético, mas pelo projeto parental prévio e consciente. O pai ou a mãe é, pois, aquele que desejou, planejou e assumiu a responsabilidade pela concepção de um novo ser humano, independentemente de ter fornecido, para tanto, seu sêmen, óvulo ou útero.

Essa evolução de entendimento, para além de consagrar a liberdade e a autodeterminação das pessoas, converge integralmente para o princípio do melhor interesse da criança e do adolescente, garantindo, desta forma, que o bebê concebido via métodos de RHA por casais LGBTQIAPN+ nasça sob um manto de maior segurança jurídica. Isso porque eventual demora no reconhecimento da dupla maternidade ou dupla paternidade, ou a discriminação registral, atingiria frontalmente o menor, privando-o de seus direitos sucessórios, alimentares e do direito fundamental à identidade e à família.

Dessa forma, o arcabouço principiológico constitucional atua em mão dupla: de um lado, garante também aos adultos não cis-heterossexuais o direito fundamental à procriação via métodos assistidos, blindando-os de discriminações de gênero, e, de outro, assegura à criança que será fruto de tal processo o direito irrevogável de ter seu vínculo socioafetivo e jurídico reconhecido com plenitude pelo Estado desde o momento do parto.

2. A ciência a serviço do desejo parental: contornos médico-técnicos de reprodução humana assistida

No atual estado da arte da Medicina, as principais técnicas utilizadas na reprodução humana assistida (RHA) são a inseminação intrauterina (IIU) e a fertilização *in vitro* (FIV). Embora ambas tenham como objetivo possibilitar a gestação, trata-se de procedimentos distintos, com indicações, complexidade e taxas de sucesso diferentes. Essas técnicas podem ser utilizadas tanto por casais cis-heterossexuais quanto por pessoas solteiras e mesmo casais LGBTQIAPN+, sendo as indicações definidas tecnicamente de acordo com o contexto clínico e o projeto reprodutivo de cada caso.

Em linhas gerais, a IIU é um tratamento de baixa complexidade e, por isso, possui indicações mais restritas. Entre elas, estão o fator masculino leve (como discreta redução da concentração ou da motilidade dos espermatozoides), disfunções ejaculatórias, infertilidade sem causa aparente ou alterações tubárias leves. Além disso, é uma opção interessante para mulheres que desejam uma produção independente e para casais formados por duas pessoas com útero (mulheres cisgênero e homens transgênero). Para que a técnica seja realizada, é fundamental que a(o) paciente tenha pelo menos uma tuba uterina pérvia.

Na IIU, a fecundação ocorre naturalmente dentro do organismo da(o) paciente (*in vivo*). O sêmen é coletado e preparado em laboratório para selecionar os espermatozoides com melhor capacidade de fecundação. Em seguida, no período mais fértil do ciclo menstrual, esse material é introduzido diretamente no interior do útero por meio de um cateter fino, aproximando os espermatozoides do óvulo e aumentando as chances de encontro entre eles.

As taxas de sucesso da inseminação intrauterina variam, em média, entre 15% e 20% por ciclo, podendo ser menores conforme o avanço da idade feminina e outros fatores, como reserva ovariana, qualidade seminal e tempo de infertilidade.

Já a FIV é um tratamento de alta complexidade, no qual a fecundação acontece fora do corpo da(o) paciente, em laboratório (*in vitro*). Suas principais indicações incluem obstrução das tubas uterinas, fator masculino moderado ou grave, endometriose avançada, idade materna avançada, baixa reserva ovariana, falha de tratamentos de menor complexidade, necessidade de testes genéticos nos embriões e tratamentos que envolvam doação de gametas, gestação por substituição ou preservação da fertilidade.

Na FIV, a(o) paciente recebe medicações hormonais para estimular o desenvolvimento simultâneo de múltiplos folículos. Os óvulos são, então, coletados por meio de punção ovariana e fertilizados em laboratório com os espermatozoides do parceiro ou de um doador. Após alguns dias de cultivo embrionário, os embriões com melhor potencial de desenvolvimento são selecionados e transferidos para o útero.

Por permitir que a fertilização e o desenvolvimento inicial dos embriões ocorram em ambiente controlado, a FIV apresenta taxas de sucesso superiores às da inseminação intrauterina, podendo alcançar cerca de 60% por transferência embrionária em pacientes com bom prognóstico. Além disso, a técnica possibilita contornar diversos fatores relacionados à infertilidade e selecionar os embriões com maior potencial de implantação, aumentando as chances de gravidez.

Embora as indicações das técnicas sejam determinadas principalmente por

critérios clínicos, sua aplicação varia de acordo com a composição familiar e o projeto reprodutivo de cada pessoa ou casal. Para a população LGBTQIAPN+, em específico, a reprodução assistida assume um papel ainda mais amplo, permitindo diferentes formas de constituição familiar por meio de estratégias individualizadas.

Na prática clínica, pessoas e famílias LGBTQIAPN+ optam pela fertilização *in vitro*, principalmente pelas maiores taxas de sucesso e pela possibilidade de personalizar o tratamento de acordo com a composição familiar e o projeto reprodutivo de cada casal.

Nos casais formados por uma ou mais pessoas com útero, tanto a inseminação intrauterina quanto a FIV podem ser utilizadas, dependendo da idade, da reserva ovariana e de outros fatores clínicos. Quando a opção é pela FIV, uma alternativa bastante procurada é o método Ropa (Recepção de Oócitos da Parceira). Nessa técnica, os óvulos de uma das parceiras são estimulados e coletados, fertilizados com sêmen de doador e os embriões resultantes são transferidos para o útero da outra parceira, que será responsável pela gestação. Dessa forma, uma contribui com o material genético e a outra vivencia a gravidez, permitindo que ambas participem ativamente do processo reprodutivo.

Já nos casais formados por pessoas sem útero, o tratamento é realizado por meio da fertilização *in vitro* utilizando óvulos provenientes de doadora anônima e gestação por substituição. Os óvulos são fertilizados com o sêmen de um ou de ambos os parceiros, mantendo-se a rastreabilidade da origem genética de cada embrião durante todo o processo laboratorial. Posteriormente, o embrião é transferido para o útero da cedente temporária, responsável pela gestação.

De acordo com a Resolução nº 2.320/2022 do Conselho Federal de Medicina, a gestação por substituição deve ocorrer sem finalidade comercial ou lucrativa. Assim, embora popularmente o procedimento seja conhecido como barriga solidária ou barriga de aluguel, o termo técnico atualmente utilizado é gestação por substituição, uma vez que não há qualquer finalidade comercial envolvida nesse tipo de tratamento.

Nesses casos, a cedente temporária do útero deve ter pelo menos um filho vivo, não pode ser a doadora dos óvulos utilizados no tratamento e, preferencialmente, deve possuir parentesco consanguíneo de até quarto grau com um dos pacientes. Quando não há vínculo familiar, é possível solicitar autorização excepcional ao Conselho Regional de Medicina (CRM). Além disso, caso a cedente seja casada ou viva em união estável, é necessária a anuência formal do(a) cônjuge ou companheiro(a), e todas as partes devem assinar os documentos que estabelecem os direitos, deveres e a filiação da futura criança. Ainda, é de se destacar que a doadora de óvulos também pode ser parente consanguínea de até quarto grau dos pacientes, quando permitido pelas normas vigentes.

Para pessoas transgênero, o planejamento reprodutivo deve, sempre que possível, ser discutido antes do início da terapia hormonal ou de cirurgias de afirmação de gênero, uma vez que tais tratamentos podem comprometer a fertilidade. Mulheres transgênero que realizaram criopreservação de sêmen antes da hormonização podem utilizá-lo posteriormente em tratamentos de reprodução assistida. Da mesma forma, homens transgênero que realizaram a criopreservação de óvulos antes da hormonização podem utilizá-los futuramente para a formação de embriões. Quando há preservação do útero, a gestação pelo próprio homem transgênero também pode ser uma opção, desde que essa decisão esteja alinhada ao seu projeto parental, a seus objetivos reprodutivos

e suas condições clínicas.

Embora essas possibilidades estejam amplamente disponíveis do ponto de vista técnico, ainda são pouco utilizadas na prática. Isso ocorre porque a preservação da fertilidade frequentemente não é discutida antes da transição de gênero. De todo modo, esse cenário vem mudando, com um esforço crescente dos profissionais de reprodução assistida para ampliar a conscientização sobre a importância do aconselhamento reprodutivo precoce, permitindo que cada pessoa possa preservar sua autonomia reprodutiva e manter abertas as possibilidades de constituir famílias plurais biológicas no futuro.

3. O protagonismo do CFM e a regulamentação ético-médica infralegal

Diante da persistente omissão do Congresso Nacional, que há décadas arrasta discussões sobre projetos de lei sem consolidar um marco legal específico, o poder público e a sociedade civil encontraram no Conselho Federal de Medicina (CFM) a autoridade técnica e ética para ditar as balizas dos procedimentos de reprodução humana assistida acima destacados. Tal protagonismo fundamenta-se na Lei nº 3.268/1957, que, em seu artigo 2º, confere às autarquias médicas a atribuição de zelar pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio dos que a exercem.

As resoluções editadas pelo CFM estabelecem limites técnicos e resguardam a segurança dos pacientes ao regulamentarem temas sensíveis, como o limite de idade para submissão aos tratamentos, o número de embriões a serem transferidos e as regras para a criopreservação e descarte. Além disso, definem diretrizes rígidas para a doação de gametas e embriões, exigindo o sigilo de identidade, e estabelecem as condições para a cessão temporária do útero, que, conforme já mencionado, não pode ter caráter lucrativo.

Embora, historicamente, as resoluções do CFM funcionem como verdadeiros códigos deontológicos, possuindo natureza administrativa e vinculando diretamente apenas a conduta dos profissionais da Medicina, tais normas infralegais acabam por irradiar efeitos em todo o sistema jurídico. Assim, o conjunto normativo oriundo do CFM, diante da omissão do legislador, vem sendo utilizado como parâmetro de legalidade e de *standard* científico para fundamentar decisões em direito de família e saúde.

As modificações das resoluções do CFM ao longo do tempo revelam uma transição profunda no entendimento sobre a reprodução assistida no Brasil. O que antes era encarado como um recurso estritamente médico para o tratamento da infertilidade biológica passou a ser compreendido como um direito reprodutivo e uma ferramenta de planejamento familiar de grande importância em uma sociedade cada vez mais plural.

O primeiro grande eixo de evolução diz respeito à democratização do acesso às técnicas e ao reconhecimento dos novos arranjos familiares. A Resolução nº 1.358/1992, pioneira no assunto, focava exclusivamente na mulher ou no casal infértil formalmente estabelecido, exigindo a aprovação do cônjuge ou companheiro, se casada ou convivente fosse, para que a mulher pudesse ser receptora das técnicas de RHA. Tal cenário começou a mudar normativamente em 2010, com a Resolução nº 1.957/2010, que não mais fazia referência restrita a mulheres como pacientes das técnicas de RHA, abrangendo todas as pessoas capazes; e, em 2013, com a Resolução nº 2.013/2013, que incluiu o

direito ao uso das técnicas por pessoas solteiras e em relacionamentos homoafetivos, acompanhando a jurisprudência do STF. A partir de 2015, a gestação compartilhada em uniões homoafetivas femininas foi consolidada, e a Resolução nº 2.294/2021 trouxe mais um avanço ao mencionar expressamente a permissão do uso das técnicas também para pessoas transgênero.

Outro aspecto que sofreu notável expansão foi a cessão temporária do útero, ou gestação de substituição. Entre 1992 e 2010, a regra que vigia era sobremaneira restritiva: a doadora temporária do útero precisava pertencer à família da doadora genética em parentesco de, no máximo, segundo grau (mãe, irmã ou avó). A partir de 2013, compreendendo as dificuldades práticas das famílias, o CFM ampliou essa margem para o quarto grau de parentesco consanguíneo (incluindo tias e primas). A Resolução nº 2.294/2021 estendeu ainda mais essa possibilidade, permitindo que a cedente seja parente de até quarto grau de qualquer um dos parceiros, e não apenas da doadora genética, beneficiando amplamente casais formados por pessoas sem útero.

A segurança da paciente e dos embriões norteou uma evolução importante quanto aos limites de idade e transferência embrionária. Originalmente, em 1992, não havia estipulação de limite de idade para a gestante, sendo o número ideal máximo de embriões transferidos fixado em quatro. Em 2010, o CFM introduziu a estratificação por idade, determinando que mulheres de até 35 anos recebessem no máximo dois embriões; entre 36 e 39 anos, até três; e com 40 anos ou mais, até quatro. Em 2013, o CFM fixou o limite máximo de idade para as candidatas à gestação em 50 anos. Com a melhoria tecnológica das taxas de gravidez ao longo da última década, as resoluções de 2021 e de 2022 reduziram a quantidade de embriões a serem transferidos: até 37 anos transfere-se no máximo dois; acima de 37 anos, até três; e, no caso de embriões geneticamente testados (euploides), o limite máximo caiu para dois, independentemente da idade. Além disso, a regra de 50 anos para a paciente passou a admitir exceções baseadas em critérios técnicos e ausência de comorbidades, valorizando a autonomia da(o) paciente e a avaliação médica.

A evolução sobre a criopreservação e o descarte de embriões reflete as mudanças na legislação federal (Lei de Biossegurança). A primeira norma, de 1992, proibia terminantemente o descarte ou destruição de embriões excedentes, o que inevitavelmente gerou superlotação nas clínicas. Foi apenas em 2013 que o CFM autorizou o descarte de embriões criopreservados há mais de cinco anos, se assim fosse a vontade dos pacientes. A Resolução nº 2.168/2017 reduziu esse prazo de cinco para três anos, inclusive para casos de abandono, regra que foi aprimorada até os dias atuais, permitindo que os casais determinem o destino de seu material genético com mais liberdade.

Destaca-se também a modernização das regras para doação de gametas, óvulos e espermatozoides. Historicamente pautada pelo sigilo absoluto entre doadores e receptores para evitar disputas de parentalidade, a regra geral de anonimato foi relativizada. A partir das resoluções de 2021 e 2022, o CFM passou a permitir a doação identificada de gametas ou embriões entre parentes de até quarto grau de um dos receptores, desde que a doação não incorra em consanguinidade. Ademais, reconheceu-se e se normatizou explicitamente o congelamento de gametas não apenas por motivos de saúde, mas para a “preservação social”, viabilizando a postergação da maternidade e paternidade por questões de carreira profissional ou escolha pessoal.

Essa jornada normativa reflete a saída de um silêncio institucional para a

regulação explícita e protetiva das famílias plurais.

Para os casais formados por pessoas com útero (mulheres cisgênero e homens transgênero), a norma garante o acesso igualitário a bancos de sêmen e permite expressamente a gestação compartilhada pelo método Ropa, situação na qual o embrião obtido a partir da fecundação do óvulo de um(a) dos(as) parceiros(as) é transferido para o útero do(a) outro(a).

Já para os casais compostos por pessoas sem útero (homens cisgênero e mulheres transgênero), a paternidade biológica é viabilizada pela doação anônima de óvulos combinada com a cessão temporária de útero, a qual deve ser feita preferencialmente, conforme a normativa do CFM, por uma parente de até quarto grau de um(a) dos(as) parceiros(as) ou mediante autorização médica, sempre sem fins lucrativos. Nesses casos, o CFM exige a rastreabilidade genética rigorosa, determinando a necessidade de fecundação dos óvulos com espermatozoides de um parceiro isoladamente e proibindo a mistura do sêmen de ambos, para que não se desconheça a origem genética do embrião implantado, embora permita que grupos de óvulos sejam fertilizados separadamente com o material de cada um.

Em suma, a reprodução assistida no Brasil deixou de ser vista apenas como um tratamento para doenças reprodutivas, consolidando-se como um direito amplo que viabiliza o planejamento familiar e a procriação para a diversidade de arranjos familiares, sempre respaldada pela ética médica e pela segurança clínica.

4. A burocratização do afeto: entraves práticos e insegurança jurídica diante do vácuo legislativo

Embora sejam inegáveis os avanços promovidos tanto pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) quanto pelo Poder Judiciário, a arquitetura jurídica que sustenta as famílias plurais e garante os direitos reprodutivos da população LGBTQIAPN+ no Brasil é estruturalmente frágil. A dependência do entendimento jurisprudencial e de um “direito de resoluções” gera uma insegurança jurídica crônica, sobretudo se considerada a predileção da Constituição Federal pelo princípio da legalidade, insculpido em seu artigo 5º, inciso II, segundo o qual “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei”.

As resoluções do CFM, por certo, possuem natureza jurídica de atos administrativos normativos que regulamentam o exercício profissional médico, mas não têm o condão de criar, modificar ou extinguir direitos materiais de forma definitiva, com a mesma força e legitimidade de uma lei ordinária emanada do Poder Legislativo.

Na prática, a insegurança jurídica decorre da possibilidade de alterações monocráticas e/ou de plenários do conselho de classe, que, além de não participar do processo eleitoral e não estar necessariamente sujeito a um amplo debate democrático com a sociedade civil, pode ser influenciado por guinadas políticas ou ideológicas conservadoras. Assim, a ausência de um marco legal sólido deixa as famílias plurais e sua prole à mercê de interpretações judiciais variáveis em casos de litígio, do posicionamento deontológico mutável do CFM e sob a constante ameaça de projetos de lei que tramitam no Congresso Nacional buscando restringir o conceito de família para sua conformação apenas cis-heteronormativa.

Ainda, importante pontuar que, geralmente, as técnicas de RHA envolvem custos financeiros relevantes para os pacientes e casais, sendo esta via, para as famílias LGBTQIAPN+, a primordial e, muitas vezes, única para se atingir o objetivo da maternidade ou paternidade. Nesse contexto, é de se pontuar que o Superior Tribunal de Justiça, no julgamento do Recurso Especial nº 1.822.420, o qual foi submetido ao rito dos recursos repetitivos representativos de controvérsia, fixou o entendimento de que “salvo disposição contratual expressa, os planos de saúde não são obrigados a custear o tratamento médico de fertilização *in vitro*” (Tema nº 1.067). Vê-se, desta forma, que, ao contrário do que acontece normalmente em famílias cis-heteronormativas, os casais LGBTQIAPN+ devem, em regra, realizar importantes dispêndios financeiros na busca da parentalidade.

Além do mais, é de se destacar que a Resolução CFM nº 2.320/2022, atualmente vigente, estabelece parâmetros rigorosos para a chamada gestação de substituição ou cessão temporária do útero. Para os casais formados por pessoas sem útero, tais regras exercem influência direta e profunda, uma vez que dependem integralmente dessa técnica, combinada à doação de óvulos, para conseguirem ter filhos biologicamente ligados a pelo menos um dos parceiros.

A primeira grande restrição diz respeito ao perfil da mulher que cederá o útero. A norma exige que a cedente temporária tenha ao menos um filho vivo e pertença à família de um dos parceiros, limitando-se ao parentesco consanguíneo de até o quarto grau (mães, avós, irmãs, tias, sobrinhas ou primas). Além disso, a cessão do útero não pode ter caráter lucrativo ou comercial sob nenhuma hipótese, e a clínica de reprodução é expressamente proibida de intermediar a escolha da potencial cedente. Isso significa que casais de pessoas sem útero precisam contar com uma forte rede de apoio e um elevado altruísmo familiar.

Caso não possuam uma parente que cumpra os requisitos estabelecidos na norma infralegal e que esteja disposta a gestar, o casal precisará encontrar uma voluntária e submeter o caso a uma solicitação de autorização excepcional junto ao Conselho Regional de Medicina (CRM), sem que, na Resolução, haja parâmetros explícitos para os casos em que o pedido deve ou não ser acolhido. Tampouco há maiores detalhes, em tal Resolução, a respeito do processamento do pedido, de rito ou de prazos estabelecidos nem da possibilidade de manejo de recursos contra a decisão tomada.

Outra condição limitante e de grande impacto é a separação obrigatória entre a genética e a gestação. A resolução em vigor é taxativa ao afirmar que a doadora de óvulos não pode ser a mesma mulher que cederá temporariamente o útero. Na prática, tal limitação faz com que o casal de pessoas sem útero dependa de outras duas pessoas distintas para a formação de sua família: uma para fornecer o óvulo, geralmente obtido de forma anônima em bancos de gametas ou via doação de parentes (desde que sem consanguinidade), e outra para levar a gravidez a termo.

No que tange ao uso do material genético dos próprios parceiros, a resolução impõe uma regra estrita de rastreabilidade que frustra casais que gostariam de manter o mistério sobre qual dos dois é o provedor do material biológico. A norma determina que, na união homoafetiva masculina com útero de substituição, a fecundação dos óvulos deve ocorrer com espermatozoides de um parceiro isoladamente. Mesmo que o casal decida fertilizar grupos de óvulos separadamente, utilizando o sêmen de ambos, é terminantemente vedada a mistura dos espermatozoides de ambos os parceiros no

momento da fertilização. O CFM justifica a proibição como forma de garantir que o médico conheça exatamente qual material genético masculino deu origem ao embrião implantado, evitando dificuldades no conhecimento da origem genética da criança.

Por fim, há um conjunto de exigências burocráticas e de proteção à cedente que o casal formado por pessoas sem útero deve assumir integralmente. Deve ser assinado um Termo de Compromisso estabelecendo claramente a questão da filiação da criança e providenciada a documentação do registro civil ainda durante a gravidez. Além disso, o casal é obrigado a garantir todo o tratamento e acompanhamento médico, inclusive multidisciplinar, se necessário, para a pessoa que cedeu o útero, estendendo-se esse cuidado até o fim do puerpério. Se a cedente for casada ou viver em união estável, é obrigatória a apresentação da aprovação por escrito de seu cônjuge ou companheiro(a).

Em síntese, embora a Resolução nº 2.320/2022 garanta o direito dos casais plurais formados por pessoas sem útero à reprodução assistida, ela impõe um caminho altamente regulado. O processo exige mobilização familiar para a cessão do útero, a aprovação do cônjuge ou companheiro(a) da potencial gestante (se casada ou convivente for), a participação de uma doadora de óvulos distinta da gestante, a identificação clara de qual parceiro fornecerá a genética de cada embrião e a assunção de pesadas responsabilidades financeiras, médicas e legais em relação à pessoa que conduzirá a gestação. Embora possível, o caminho que se trilha a partir do atual arcabouço normativo do CFM não é simples.

Considerações finais: a urgência de um marco legal constitucional

O avanço biotecnológico da medicina reprodutiva e a evolução jurisprudencial sobre o tratamento dispensado às famílias plurais revelam um cenário de profundas transformações pelas quais passam o Estado e a sociedade brasileira nos últimos anos.

Ao longo do presente estudo, restou demonstrado que a reprodução humana assistida transcendeu sua função clínica originária de mera transposição da infertilidade patológica para consagrar-se como instrumento viabilizador de um direito humano fundamental: o planejamento familiar, inclusive da população LGBTQIAPN+.

A ruptura com o paradigma biologicista e cis-heteronormativo da filiação permitiu que a vontade procriacional e o afeto assumissem o protagonismo na formação dos vínculos de parentesco. Decisões históricas tanto do Supremo Tribunal Federal quanto do Superior Tribunal de Justiça estabeleceram o alicerce constitucional e normativo inegociável de que o conceito de família é plural e de que a orientação sexual ou a identidade de gênero não podem ser erigidas como barreiras ao exercício da parentalidade.

Contudo, é alarmante a crônica inércia do Poder Legislativo em tratar desse assunto de maneira apropriada. O Estado brasileiro opera, no âmbito das biotecnologias reprodutivas, por meio de uma arquitetura normativa precária e sem participação popular, seja no âmbito de discussões, seja por meio do exercício do voto. Conforme analisado, a viabilidade técnica e ética dos procedimentos sustenta-se exclusivamente nas resoluções do Conselho Federal de Medicina e, eventualmente, em decisões judiciais.

Embora o CFM e o Poder Judiciário tenham desempenhado um papel histórico de singular importância ao garantir a cidadania e evitar a judicialização em massa, a

dependência do entendimento jurisprudencial e de normas infralegais impõe um estado de permanente insegurança jurídica. Resoluções e provimentos são atos administrativos de natureza mutável, sujeitos a alterações de composição política de conselhos de classe e desprovidos do amplo debate democrático inerente ao processo legislativo. Essa fragilidade institucional expõe, sobretudo, casais homoafetivos e pessoas transgênero a entraves burocráticos que podem dificultar ou mesmo inviabilizar o exercício do planejamento familiar.

Diante de tal cenário, a promulgação de uma lei federal em sentido estrito, precedida de amplo debate popular e com observância das normas constitucionais e de direitos humanos, não é apenas uma conveniência ou mero preciosismo técnico, mas uma urgência democrática. Um marco legal robusto é imperativo para tipificar condutas, normatizar de maneira adequada as gestações por substituição, pacificar limites éticos sobre o descarte de embriões e a doação de gametas, garantir a adequação dos sistemas de saúde às identidades transgênero e, fundamentalmente, blindar os direitos reprodutivos da população LGBTQIAPN+ contra retrocessos infralegais.

Em última análise, regulamentar a reprodução assistida por meio de lei é reconhecer formalmente que o Direito não deve se omitir diante das novas engenharias do afeto. A família contemporânea não se define pela diferença de sexos ou pela exclusividade da genética, mas pela responsabilidade, pelo cuidado e pelo desejo de compartilhar a existência. Ao garantir que o ordenamento jurídico trate com segurança e dignidade todas as formatações familiares, o Estado dará um passo definitivo no sentido da materialização da promessa constitucional de uma sociedade verdadeiramente justa, solidária e livre de quaisquer preconceitos. A ruptura com o paradigma biologicista e cis-heteronormativo da filiação permitiu que a vontade procriacional e o afeto assumissem o protagonismo na formação dos vínculos de parentesco. Decisões históricas tanto do Supremo Tribunal Federal quanto do Superior Tribunal de Justiça estabeleceram o alicerce constitucional e normativo inegociável de que o conceito de família é plural e de que a orientação sexual ou a identidade de gênero não podem ser erigidas como barreiras ao exercício da parentalidade.

Contudo, é alarmante a crônica inércia do Poder Legislativo em tratar desse assunto de maneira apropriada. O Estado brasileiro opera, no âmbito das biotecnologias reprodutivas, por meio de uma arquitetura normativa precária e sem participação popular, seja no âmbito de discussões, seja por meio do exercício do voto. Conforme analisado, a viabilidade técnica e ética dos procedimentos sustenta-se exclusivamente nas resoluções do Conselho Federal de Medicina e, eventualmente, em decisões judiciais.

Embora o CFM e o Poder Judiciário tenham desempenhado um papel histórico de singular importância ao garantir a cidadania e evitar a judicialização em massa, a dependência do entendimento jurisprudencial e de normas infralegais impõe um estado de permanente insegurança jurídica. Resoluções e provimentos são atos administrativos de natureza mutável, sujeitos a alterações de composição política de conselhos de classe e desprovidos do amplo debate democrático inerente ao processo legislativo. Essa fragilidade institucional expõe, sobretudo, casais homoafetivos e pessoas transgênero a entraves burocráticos que podem dificultar ou mesmo inviabilizar o exercício do planejamento familiar.

Diante de tal cenário, a promulgação de uma lei federal em sentido estrito, precedida de amplo debate popular e com observância das normas constitucionais e de

direitos humanos, não é apenas uma conveniência ou mero preciosismo técnico, mas uma urgência democrática. Um marco legal robusto é imperativo para tipificar condutas, normatizar de maneira adequada as gestações por substituição, pacificar limites éticos sobre o descarte de embriões e a doação de gametas, garantir a adequação dos sistemas de saúde às identidades transgênero e, fundamentalmente, blindar os direitos reprodutivos da população LGBTQIAPN+ contra retrocessos infralegais.

Em última análise, regulamentar a reprodução assistida por meio de lei é reconhecer formalmente que o Direito não deve se omitir diante das novas engenharias do afeto. A família contemporânea não se define pela diferença de sexos ou pela exclusividade da genética, mas pela responsabilidade, pelo cuidado e pelo desejo de compartilhar a existência. Ao garantir que o ordenamento jurídico trate com segurança e dignidade todas as formatações familiares, o Estado dará um passo definitivo no sentido da materialização da promessa constitucional de uma sociedade verdadeiramente justa, solidária e livre de quaisquer preconceitos.

Referências

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidente da República, 1988.

BRASIL. *Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002*. Institui o Código Civil. Brasília, DF: Presidente da República, 2002.

BRASIL. *Lei nº 11.105, de 24 de março de 2005*. Regulamenta os incisos II, IV e V do § 1º do art. 225 da Constituição Federal, estabelece normas de segurança e mecanismos de fiscalização de atividades que envolvam organismos geneticamente modificados - OGM e seus derivados, cria o Conselho Nacional de Biossegurança - CNBS, reestrutura a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança - CTNBio, dispõe sobre a Política Nacional de Biossegurança - PNB, revoga a Lei nº 8.974, de 5 de janeiro de 1995, e a Medida Provisória nº 2.191-9, de 23 de agosto de 2001, e os arts. 5º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10 e 14 da Lei nº 10.814, de 15 de dezembro de 2003, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidente da República, 2005.

BRASIL. *Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957*. Dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências. Rio de Janeiro: Presidente da República, 1957.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (2. Seção). *Recurso Especial nº 1.822.420/SP*. Relator: Ministro Marco Buzzi. Brasília, DF, 13 de outubro de 2021.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (3. Turma). *Recurso Especial nº 2.137.415/RJ*. Relator: Ministro Marco Aurélio Bellizze. Brasília, DF, 04 de junho de 2024.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (3. Turma). *Recurso Especial nº 930.460/PR*. Relatora: Ministra Nancy Andrighi. Brasília, DF, 31 de outubro de 2011.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (4. Turma). *Recurso Especial nº 1.183.378/RS*. Relator: Ministro Luis Felipe Salomão. Brasília, DF, 25 de outubro de 2011.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Plenário). *Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 3.510*. Relator: Ministro Ayres Britto. Brasília, DF, 29 de maio de 2008.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Plenário). *Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 4.277 e Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 132*. Relator: Ministro

Ayres Britto. Brasília, DF, 05 de maio de 2011.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Plenário). *Recurso Extraordinário nº 646.721*. Repercussão Geral. Relator: Ministro Roberto Barroso. Brasília, DF, 10 de maio de 2017.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Plenário). *Recurso Extraordinário nº 898.060*. Repercussão Geral. Relator: Ministro Luiz Fux. Brasília, DF, 21 de setembro de 2016.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Plenário). *Recurso Extraordinário nº 1.211.446*. Repercussão Geral. Relator: Ministro Luiz Fux. Brasília, DF, 13 de dezembro de 2023.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Plenário). *Recurso Extraordinário nº 1.348.854*. Repercussão Geral. Relator: Ministro Alexandre de Moraes. Brasília, DF, 12 de maio de 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). *Resolução nº 1.358, de 11 de novembro de 1992*. Adota as Normas Éticas para a Utilização das Técnicas de Reprodução Assistida. Brasília, DF: CFM, 1992.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). *Resolução nº 1.957, de 15 de dezembro de 2010*. Substitui a Resolução CFM nº 1.358/92 e adota normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida. Brasília, DF: CFM, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). *Resolução nº 2.013, de 16 de abril de 2013*. Adota as novas normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida. Brasília, DF: CFM, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). *Resolução nº 2.168, de 21 de setembro de 2017*. Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida. Brasília, DF: CFM, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). *Resolução nº 2.294, de 27 de maio de 2021*. Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida. Brasília, DF: CFM, 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). *Resolução nº 2.320, de 1º de setembro de 2022*. Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida - sempre em defesa do aperfeiçoamento das práticas e da observância aos princípios éticos e bioéticos que ajudarão a trazer maior segurança e eficácia a tratamentos e procedimentos médicos, tornando-se o dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos brasileiros e revogando a Resolução CFM nº 2.294. Brasília, DF: CFM, 2022.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (Brasil). *Provimento nº 149, de 30 de agosto de 2023*. Institui o Código Nacional de Normas da Corregedoria Nacional de Justiça do Conselho Nacional de Justiça - Foro Extrajudicial (CNN/CN/CNJ-Extra), que regulamenta os serviços notariais e de registro. Brasília, DF: CNJ, 2023.

PRACTICE COMMITTEE OF THE AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE. Fertility care and family building for LGBTQ+ individuals: a committee opinion. *Fertility and Sterility*, New York, 2026. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2026.05.005>. Acesso em: 10 jul. 2026.