

CENTRO DE ENSINO SUPERIOR CESUL

**DIREITO DAS MULHERES EM RELAÇÃO A SEUS ÓVULOS
PERANTE CLÍNICAS DE FERTILIZAÇÃO**

EMANUELLE FREITAS ARAUJO

**FRANCISCO BELTRÃO – PR
2023**

EMANUELLE FREITAS ARAUJO

**DIREITO DAS MULHERES EM RELAÇÃO A SEUS ÓVULOS
PERANTE CLÍNICAS DE FERTILIZAÇÃO**

Monografia apresentada como requisito parcial para avaliação da Disciplina de Orientação à Monografia II, do 9º período do Curso de Graduação em Direito do Centro de Ensino Superior CESUL.

Orientadora: Prof. Alexia Aparecida Rodrigues Brotto Cessetti

**FRANCISCO BELTRÃO – PR
2023**

TERMO DE APROVAÇÃO

EMANUELLE FREITAS ARAUJO

**DIREITO DAS MULHERES EM RELAÇÃO A SEUS ÓVULOS
PERANTE CLÍNICAS DE FERTILIZAÇÃO**

**Monografia aprovada como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel
em Direito do Centro de Ensino Superior CESUL.**

Orientadora: Prof. Alexia Aparecida Rodrigues Brotto Cessetti

Prof. Camila Cararo Tonkelski

Prof. Lourenço Antonio Rodrigues Figueira

**FRANCISCO BELTRÃO – PR
2023**

AGRADECIMENTOS

Gratidão é algo a ser sempre cultivado. Certamente, estes poucos parágrafos não poderão alcançar todas as pessoas que fizeram e ainda fazem parte da minha formação pessoal e acadêmica, e que compõem minhas lembranças.

Aqui, expressamente, agradeço:

Ao Centro Sulamericano de Ensino Superior, CESUL, por me receber e oferecer excelentes condições de aprendizagem. Reconheço o esforço e sabedoria dos professores e funcionários, como valorosos guerreiros dedicados à sua vocação. A todos colegas de turma agradeço pelos incentivos e colaborações.

Um agradecimento muito, mas muito especial, à minha orientadora, Prof. Alexia Brotto, pelo incentivo, paciência, sabedoria e conhecimento compartilhados, por horas de dedicação, guiando-me nesta trajetória e conquista, sempre disponível, tratando seus alunos com empatia e sensibilidade, um verdadeiro exemplo de mulher, mãe e docente.

Sou grata à minha família. A meus pais, Alexandre e Marcele, irmão Samuel, aos queridos Jane e Guilherme, a todos os meus tios, primos, avós, com carinho a minha avó Gioconda (in memoriam) por ter sido tão presente em minha vida. A minha prima Andrea por tão carinhosamente realizar a correção ortográfica deste trabalho, com tanta excelência e dedicação. Ao meu namorado por sua compreensão a minha ausência e auxílio no desenvolvimento do trabalho.

Especialmente ao meu pai, por sua presença em minha vida, dedicando-se durante tantos anos para fornecer elementos necessários ao meu desenvolvimento, tantas vezes abdicando de suas próprias vontades e desejos para estar ao meu lado.

Enfim, a todos, por todo o investimento e dedicação em minha vida, que me impulsionam a continuar sonhando e buscando algo melhor para todos nós. Agradeço a Deus, fonte inesgotável de amor e sabedoria, meu criador e sustentador, razão pela qual vivo todos os dias. Enfim, a todos que contribuíram na realização desta pesquisa, meu muito obrigada!

Eu não troco a justiça pela soberba. Eu não deixo o direito pela força. Eu não esqueço a fraternidade pela tolerância. Eu não substituo a fé pela superstição, a realidade pelo ídolo.

Rui Barbosa

RESUMO

Um aspecto observado no desenvolvimento das sociedades tem sido o fato de as mulheres postergarem cada vez mais a gestação. Contudo, esta decisão impacta diretamente no tempo e na forma de fecundidade. O fator idade influencia diretamente na quantidade e qualidade dos óvulos de uma mulher. A fertilização *in vitro* tem sido uma proposta de solução ao realizar a fecundação e inseminação dos óvulos de forma artificial. Entretanto, mesmo de forma artificial, as clínicas de fertilização necessitam de gametas, que podem ser fornecidos por terceiros. Muitas mulheres buscam clínicas de fertilização como último recurso no sonho da maternidade, mesmo sem forma de custear o tratamento, sem medir totalmente as consequências deste método. As clínicas de fertilização proporcionam uma forma de permuta entre mulheres doadoras – que não possuem condições de arcar com o tratamento, mas possuem óvulos de boa qualidade e realizam a doação compartilhada – e mulheres receptoras – que custeiam todo o tratamento em troca dos óvulos doados. No entanto, a permuta é uma forma de comércio e a comercialização de materiais biológicos, inclusive óvulos, é proibida no Brasil. Assim sendo, a doação compartilhada de óvulos é um negócio ilícito e pode gerar danos irreversíveis à doadora. A presente pesquisa pautou-se pelo método lógico dedutivo por meio da análise da doutrina e da jurisprudência, ainda que escassas sobre o assunto.

Palavras-chave: Direito; Doação Compartilhada; Óvulos; Direito de Arrependimento; Comercialização de Óvulos.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	8
1. DIREITO DAS MULHERES.....	10
2. FERTILIZAÇÃO.....	22
3. DIREITO DE PROPRIEDADE DOS ÓVULOS	31
3.1 CLINICA DE FERTILIZAÇÃO COMO MEIO.....	38
3.2 CLINICA DE FERTILIZAÇÃO COMO PARTE.....	40
3.3 RESPONSABILIDADE DA CLINICA DE FERTILIZAÇÃO.....	43
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
REFERÊNCIAS.....	48

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa discorre sobre os direitos das mulheres na relação entre o fornecimento e destinação de seus óvulos perante clínicas de fertilização. Abordam-se também aspectos relacionados às transformações sociais e avanços das mulheres na conquista de seus direitos.

Para identificar o direito da legitimidade relacionado aos óvulos, o presente trabalho foi dividido em três capítulos: o primeiro abordará o direito das mulheres, seu desenvolvimento e sua aplicação no Brasil; o segundo discorre sobre a fertilização; e o terceiro disserta sobre os direitos de propriedade dos óvulos, atrelado ao direito de arrependimento da doadora e responsabilidade civil.

Os direitos das mulheres no Brasil iniciam-se em meados do século XX, por meio de conquistas políticas, como por exemplo a possibilidade de votar e ser votada. Outras conquistas femininas alcançadas ao longo dos anos refletem-se na aquisição do direito de tutelar seu próprio corpo e fazer escolhas sem anuência dos cônjuges.

Paralelamente aos avanços dos direitos das mulheres, ocorre o desenvolvimento tecnológico e científico. O campo da medicina, ao longo das últimas décadas, proporcionou à mulher formas de proteção e controle da sexualidade, promovendo autonomia sobre seu corpo, bem como controle e planejamento da fecundidade.

Esses avanços também trouxeram impacto nas relações femininas com a sociedade e mercado de trabalho, facilitando seu planejamento de formação e carreira. Estudos demonstraram que atualmente as mulheres priorizam sua formação, entrada no mercado de trabalho e carreira, adiando sua reprodução e buscando maior estabilidade financeira antes de constituir família. Contudo, há vários fatores que afetam a infertilidade do casal, podendo ser proveniente de fatores femininos e masculinos, sendo um deles a idade avançada da mulher.

Este estudo possui uma abordagem feminina observando os direitos das mulheres e como os direitos femininos estão associados à sua fertilidade. Pesquisas atuais demonstram que mulheres possuem uma reserva ovariana, correspondendo a totalidade de armazenamento de óvulos de uma mulher.

Através dessa reserva, é possível avaliar, quantificar e qualificar os óvulos de uma mulher. Estes dados são determinantes para o sucesso na fertilização e estão intrinsecamente atrelados à idade da mulher.

Pesquisas atuais apontam que os óvulos de mulheres a partir dos 20 anos já passam a perder sua qualidade e que a cada menstruação o corpo feminino diminui sua reserva ovariana, comprometendo seu potencial de fertilização. A literatura aponta que algumas mulheres na proximidade dos 30 anos já não possuem condições de engravidar espontaneamente, ou seja, sem uma intervenção artificial.

As clínicas de fertilização detêm a tecnologia e a capacidade para promover fecundação ou inseminação de óvulos de forma artificial, possibilitando, assim, que mulheres planejem e realizem o sonho da maternidade.

Entretanto, algumas clínicas vêm utilizando métodos alternativos. Visto que algumas mulheres não possuem mais capacidade de utilizar seus próprios gametas, pois seus óvulos são insuficientes ou inexistentes, utilizam-se do recurso do fornecimento dos óvulos de uma terceira pessoa, denominada doadora.

A doadora é uma mulher que normalmente possui dificuldades para fertilizar os gametas, apesar de possuir óvulos de boa qualidade e quantidade – faltando, então, a capacidade financeira para seu tratamento.

Nesta relação de necessidades, compete às clínicas de fertilização intermediar eticamente os anseios das partes, sendo estas doadoras e receptoras. Comumente, receptoras pagam pelos procedimentos enquanto as doadoras realizam o fornecimento de seus óvulos para os tratamentos. Assim, clínicas de fertilização captam material necessário para prestação de tratamentos e recebem pelos serviços.

O presente estudo aborda a visão jurídica acerca de tal relação obrigacional. Fatores implícitos e explícitos deste negócio jurídico, possibilidade de arrependimento e principalmente o direito da doadora sobre os seus óvulos e materiais genéticos, primeiramente fundamentando as formas fertilização e os métodos utilizados.

1 DIREITO DAS MULHERES

Desde os primórdios da sociedade, as mulheres eram classificadas como seres inferiores – seja pela questão física, seja pela social. Durante muitos anos, a sociedade tratou as mulheres como objetos: vendidas, escravizadas, utilizadas para satisfação das lascivas pessoais, não possuindo condição de sujeito de direitos.

Para Silva (2008, p. 4):

A causa da situação de inferioridade vivida por muitos anos pela mulher é bastante discutida. Há quem diga que a mulher era tratada de forma inferior, resignando-se com a situação de opressão e subordinação, devido a sua constituição física ser mais frágil. Outros apregoam que as desigualdades tiveram seu início com o surgimento da propriedade privada, das classes sociais e do Estado, dando ao homem os meios de produção e colocando a mulher em situação econômica desfavorável.

Segundo Santos (2022, p. 2-10), a luta das mulheres pelas mesmas condições se inicia na revolução francesa, quando homens, mulheres, crianças e idosos se mobilizaram para lutar pelos seus direitos, buscando o ideal de igualdade e liberdade. Entretanto, as mulheres foram ainda além: estavam em busca de seus direitos civis e políticos.

As mulheres francesas foram à luta por seus direitos conduzidas pelos ideais iluministas e com a fé de que poderiam mudar sua situação social, buscando sua civilidade. Com o lema "Liberdade, Igualdade e Fraternidade" iniciou-se o feminismo. Contudo, havia a necessidade de leis para reger e gerenciar o direito da população. Conforme Almeida e Santos (2023, p. 8):

Com o início da terceira Revolução Industrial, e o começo das tecnologias digitais, as mulheres casadas iniciaram o êxodo do lar para os escritórios. As faculdades começaram a abrir suas portas para elas, permitindo que estudassem e ingressassem em profissões antes reservadas aos homens.

O Direito romano foi fundamental para o nascimento do próprio Direito em si – sua base e teorias são utilizadas até hoje. O Direito busca preservar a vida e o patrimônio. Contudo, no Direito romano a mulher não era considerada sujeito de direito – assim sendo, não poderia ter qualquer participação social. Segundo Da Silva (2008, p. 2):

O próprio Direito Romano, berço da nossa cultura jurídica, já desprovia a mulher de capacidade jurídica. A religião era prerrogativa masculina da qual a mulher somente participaria com a autorização do pai ou do marido. Também o parentesco só se transmitia pelos homens, apenas por razões genéticas o impedimento matrimonial relativo à mulher era evocado.

O Direito brasileiro, como amplamente demonstrado, possui como base o Direito romano. A primeira Constituição Brasileira foi promulgada em 1824. Segundo Dias e Sampaio (2011, p. 62), em momento algum a mulher foi excluída do seu direito ao voto no texto constitucional, mas por um mero costume social era impedida de votar, pois, na concepção da época, este era um direito apenas masculino.

Percebe-se, assim, que não bastava apenas uma mudança legislativa, mas também de uma metanóia social para que a mulher fosse considerada sujeito de direitos – e não como uma propriedade.

As mulheres tinham consciência de que só poderiam ascender socialmente por meio do sufrágio – que nada mais é do que o direito ao voto. Segundo Karawejczyk (2013, p. 13), este direito só foi conquistado nas primeiras décadas do século 20. O Brasil, por sua vez, foi um dos primeiros países a permitir o voto feminino na América Latina. Esta decisão se deu por meio do artigo 2º do Decreto 21.076, que instituiu o Código Eleitoral de 21 de fevereiro de 1932:

Art. 2º - É eleitor o cidadão maior de 21 anos, sem distinção de sexo, alistado na forma deste Código.

O direito ao voto foi, portanto, um grande avanço para as mulheres. Foi a forma que elas encontraram para conquistar seu espaço social. Contudo, ainda havia muito preconceito com os direitos femininos.

A mulher ainda era tratada como patrimônio familiar: primeiramente, era patrimônio do pai; posteriormente, este direito era transferido ao marido, que era responsável por tomar as decisões correspondentes à vida e ao patrimônio da esposa, conforme determinava o Art. 186 do antigo Código Civil de 1916:

Art. 186. Discordando eles entre si, prevalecerá a vontade paterna, ou, sendo separado o casal por desquite, ou anulação do casamento, a vontade do cônjuge, com quem estiverem os filhos. Parágrafo único. Sendo, porém, ilegítimos os pais, bastará o consentimento do que houver reconhecido o menor, ou, se este não for reconhecido, o consentimento materno.

Ao longo dos anos, o direito da mulher vem sendo consolidado – especialmente no que diz respeito à igualdade de gênero. A igualdade formal foi fixada através da declaração de Direitos Humanos, em 1948. Neste documento, está expresso que todo ser humano é um sujeito de direito, independente do sexo ou cor.

Assim sendo, as mulheres ganham visibilidade e o direito a possuir direitos, possibilitando reivindicar seu espaço na sociedade. Contudo, ainda havia a necessidade de uma mudança de pensamento social e a conversão de velhos costumes.

Conforme Mattar (2008, on-line):

Em 1948, a Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) adotou a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), com a qual se iniciou o direito internacional dos direitos humanos e o sistema global de proteção aos direitos humanos no âmbito das Nações Unidas. Este sistema tem como destinatários todos os seres humanos, em sua abstração e generalidade. A construção e o reconhecimento dos direitos humanos vêm, desde então, evoluindo, tendo se expandido para áreas de importância vital para a preservação da dignidade humana. Nesse processo, denominado de especificação dos sujeitos de direitos, foram levadas em conta as especificidades de indivíduos e grupos. Dessa forma, houve um distanciamento da figura abstrata do homem para atender as diferenças existentes entre sexos, raças, gerações etc.

Desta forma, a Convenção de Direitos Humanos passa a adotar uma forma diferente de abordagem social, tratando o ser humano como indivíduo, sem distingui-los por sexo, cor ou etnia.

A Declaração Universal de Direitos Humanos, a qual o Brasil é signatário, afirma que as mulheres possuem direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais. E, o mais importante: garante à mulher o direito de expressar livremente a autonomia sobre seu próprio corpo, o direito tomar decisões de forma autônoma e livre.

A Convenção dos Direitos Humanos (1948) é o mais significativo marco no âmbito internacional no que diz respeito ao direito das mulheres. Assim sendo, todos os indivíduos devem ser tratados como sujeitos de direitos, garantindo o respeito a seus direitos, sua dignidade e seus desejos.

Entretanto, mesmo após anos de sua promulgação, a mulher no Brasil permanecia sendo tratada como propriedade, e não como indivíduo. Por conseguinte, o homem permaneceu sendo tratado de forma superior: o pai ou

marido continuava com total discricionariiedade para atuar na vida de suas tuteladas, mesmo sem a expressão de vontade ou permissão delas.

Segundo Miranda (2013, p. 16), o Estatuto da Mulher Casada, em 1962, atribuiu às mulheres casadas direitos e algumas liberdades. Contudo, o Código Civil permanecia restringindo direitos. O principal direito adquirido tangia as liberdades profissional e acadêmica e no que dizia respeito à tutela da mulher.

Ainda além, as mulheres não tinham o direito ao divórcio. Muitas mulheres sofriam abusos físicos e psicológicos de seus companheiros, mas não havia nenhuma entidade a quem recorrer. Isso mudou em 1977, quando a Lei nº6.515, de 26 de dezembro de 1977, permitiu a dissolução da sociedade conjugal.

Art 2º - A Sociedade Conjugal termina:

I - pela morte de um dos cônjuges;

II - pela nulidade ou anulação do casamento;

III - pela separação judicial;

IV - pelo divórcio. (BRASIL. Lei nº6.515 de 26 de dezembro de 1977).

Conforme Simões (2012, p. 2), embora tenha sido um grande avanço no mundo feminino, muitas mulheres ainda permaneciam enfrentando diversas dificuldades conjugais e relacionamentos abusivos, pois o homem era o único que possuía um trabalho que pudesse sustentar a família. Além disso, muitas mulheres não podiam se divorciar por não ter um lugar para onde voltar ou fugir, por conta do preconceito com a mulher divorciada.

Destarte, conforme Castro (2022, p. 1), as mulheres possuíam também uma função social: eram responsáveis pelo bem-estar e desenvolvimento de sua família. A sociedade da época via as mulheres que abandonavam seus deveres conjugais para dar valor a uma carreira profissional ou acadêmica de forma pejorativa, pois estariam deixando de cumprir o seu papel social.

Dias (2016, p. 22) entende que:

Em uma sociedade conservadora, para merecer aceitação social e reconhecimento jurídico, o núcleo familiar dispunha de perfil hierarquizado e patriarcal. Necessitava ser chancelado pelo que se convencionou chamar de matrimônio. A família tinha formação extensiva, verdadeira comunidade rural, integrada por todos os parentes, formando unidade de produção, com amplo incentivo à procriação. Tratava-se de uma entidade patrimonializada, cujos membros representavam força de trabalho.

A sociedade tem um perfil patriarcal para que uma família seja aceita socialmente. Neste perfil deve existir uma hierarquia familiar, podendo ser considerado patriarca o homem, responsável por gerir e organizar a família atribuindo a cada ente familiar uma função.

Atualmente, muitas mulheres já estão integradas no mercado de trabalho, mas não da mesma forma que um homem.

À medida que as normas protetivas de restrições em razão das condições físicas foram sendo implementadas por causa da maternidade, foi se percebendo um aumento na discriminação da mulher no mercado de trabalho, tendo em vista que o empregador na maioria das vezes preferia contratar homens ao invés da mão de obra feminina. (ALMEIDA; SANTOS, 2023, p. 6).

Uma das principais liberdades que as mulheres adquiriram ao longo dos anos foi o anticoncepcional – o único método contraceptivo para que a mulher pudesse prevenir, por si só, uma gravidez.

No entanto, em alguns países este método era proibido, pois a mulher precisava da autorização de seus companheiros para todos os seus atos. Poder tomar decisões ou atitudes sem o conhecimento e aprovação do seu companheiro era considerada uma forma de traição.

O controle de natalidade sempre foi algo que a sociedade tentou implementar. Antigamente, usava-se métodos alternativos buscando a preservação, entretanto cabia ao homem o poder de escolha de usá-los. De acordo com Aguiar Moreira (2022, p. 45)

Antigamente existiam métodos anticonceptivos não hormonais, como o preservativo masculino surgido aproximadamente no ano de 1901, porém, a cultura machista impossibilitou que as mulheres tivessem o direito de escolha.

As mudanças sociais impactaram diretamente nos métodos contraceptivos. Com o movimento feminista, as mulheres passaram a ter o acesso à pílula – método que delegava a decisão de uso ou não à mulher. Como dispões Loyola (2010, p. 1):

Segundo alguns, o caráter libertário da pílula não se deve apenas a seus efeitos técnicos, mas também ao contexto cultural e político em que ela surgiu: ela veio ao encontro dos novos valores associados ao "movimento hippie" surgido nos Estados Unidos durante a década de 1960, e a revolta estudantil conhecida como "maio de 68", na França. Ambos contestavam os valores culturais de uma sociedade que consideravam conservadora, moralista e repressiva, inclusive no plano sexual. Foi nesse sentido que as feministas francesas passaram a lutar contra uma lei de 1920 que proibia a divulgação de qualquer método contraceptivo naquele país.

A pílula foi o método impulsor da mulher na sociedade, levando-a à libertação. Ela tornou-se um ente na sociedade, com autonomia sobre o próprio corpo, deixando de ter um cargo definido e com o poder de transitar sobre os cargos, não sendo previamente definida pelo seu gênero e sendo inserida no mercado de trabalho de forma definitiva.

O surgimento da pílula coincide com a chamada revolução sexual, não havendo dados comprobatórios de uma relação de causa-efeito. Trouxe um conjunto grande de consequências para a vida das mulheres, afetando, indiretamente, os homens e a sociedade em geral. Proporcionou autonomia, gerada pelo poder de controlar sua fertilidade, estudo, informação, profissionalização e competição com o homem no mercado de trabalho e na política. Alterou significativamente o vetor do poder na sociedade, trazendo um novo perfil na disputa por ele. Determinou modificações consistentes na estrutura familiar. A mulher deixou de ficar em casa, para cuidar dos filhos e realizar os afazeres domésticos, e foi para a rua, trabalhar e participar do sustento do lar. Isso obrigou o homem a partilhar daquelas tarefas e fragilizou a estrutura matrimonial. A mulher deixou de depender do homem para seu sustento e, por isso, não precisa mais se submeter a ele. (POLI, 2011, p. 336).

A mulher passou a ter liberdade sobre o seu corpo, podendo escolher quando e como iria se reproduzir. Isso também auxiliou a mulher a ser vista de forma diferente pela sociedade, possibilitando a programação de uma carreira profissional, inclusive – o que antes não era possível.

Segundo Cioffi (1998), o anticoncepcional proporcionou, conseqüentemente, a reorganização familiar: a mulher começou a ser inserida no mercado de trabalho e, desta forma, não poderia estar sempre em casa, dedicando cem por cento do seu tempo à família – o que acarretou a diminuição do tamanho das famílias e no controle da natalidade.

Apenas em 1960 a mulher passou a ter uma pequena quantidade de direitos e controles sobre o seu corpo. Contudo, o direito ainda deveria percorrer longos caminhos até proporcionar o verdadeiro sentido de liberdade e igualdade.

As mulheres adquiriram a igualdade formal perante a lei somente em 1988, quando a Constituição Federal passa a expressar, em seu artigo 5º, que os homens e mulheres possuem os meus direitos e deveres.

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

I - homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição; BRASIL (Constituição,1988).

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 7º inciso XXX, passou a incluir o direito à igualdade salarial, passando a inserir a mulher de modo mais uniforme na sociedade.

Art. 7º São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social:

XXX - proibição de diferença de salários, de exercício de funções e de critério de admissão por motivo de sexo, idade, cor ou estado civil;

Como consequência, as mulheres passaram a priorizar a carreira profissional para somente depois focar em constituir família. Ocorre que algumas delas, após certa idade, veem-se impossibilitadas de engravidar. Para Meola (2009, p. 1):

Hoje em dia os casais inférteis representam 10% a 15% de todos os casais. Vários fatores característicos do mundo moderno estão contribuindo para o aumento dos índices de infertilidade, dentre eles alimentação não-balanceada (alto teor de gorduras, conservantes, corantes artificiais etc.), vida sedentária (especialmente a falta de exercício físico), estresse e principalmente, a tendência da mulher em adiar a maternidade, devido ao seu papel no mercado de trabalho, optando pela gestação após os 30 ou 35 anos. Relatos da literatura demonstram uma discreta queda da fecundidade (taxa de gestação por ciclo de tratamento) após os 30 anos, porém acentuada após os 35 anos.

Segundo Néri (2008, p. 2), atualmente a sociedade vive em um mundo capitalista: o dinheiro é o meio pelo qual os indivíduos se relacionam comercialmente, satisfazendo seus desejos e necessidades, proporcionando momentos de prazer e trazendo felicidade.

O trabalho possibilitou à mulher sua independência financeira, podendo desfrutar a sua própria renda e não sendo mais dependente de seu companheiro ou pai. Mas quem trabalha possui muito mais do que um sustento: o trabalho

dignifica, traz um sentido para a vida e contribui para a autodeterminação e valorização do ser humano perante a sociedade.

Trabalhar é condição essencial, não somente pela manutenção financeira, mas pela dignificação da vida. E vai além do ganha-pão: guarda relação com realização pessoal, com sentir-se útil e encontrar sentido para os dias.

O processo de organização do trabalho é estudado em diversos cursos uma vez que através dele podemos entender como o capitalismo se disseminou e ganhou forças com o passar das décadas ante a exploração da mão de obra da classe trabalhadora. Nesse sentido, o presente trabalho busca colocar em questão o trabalho como elemento fundante do ser social e a alienação proposta na ideia da possibilidade de dignificação homem através do trabalho em observância à centralidade proposta pelo capitalismo. (DE SOUZA, 2022, p. 2).

O sistema capitalista é, atualmente, um sistema globalizado que possui diversos pontos negativos, como por exemplo a desigualdade social, a corrupção, o monopólio de empresas. Contudo, proporcionou ao homem um sentimento de parte e uma ressignificação através do trabalho. O homem tem a necessidade do reconhecimento do outro, o que, muitas vezes, vem através de ações – mas, principalmente, por meio do trabalho. Sobre o tema, cabe destacar a fala de Marx (2013, p. 167) “o trabalho sempre se concretizará como condição eterna do gênero humano de satisfazer suas necessidades básicas através da transformação da natureza”.

O homem é um animal racional, com necessidade de viver em sociedade. E a condição natural do homem é trabalhar e contribuir para o desenvolvimento social. Nesse contexto, cabe destacar a fala de Strauss (2019, p. 146):

Os clássicos pressupõem a validade dessa distinção quando determinam que a lei deve seguir a ordem estabelecida pela natureza, ou quando falam da cooperação entre natureza e lei. À recusa do direito natural e da moral natural eles opõem a distinção entre moral natural e moral (simplesmente humana). Nesse sentido, preservam essa distinção quando diferenciam a virtude genuína da virtude política ou vulgar. As instituições que caracterizam o melhor regime em Platão são “conforme à natureza” e “contra os hábitos e costumes”, ao passo que as instituições em vigor são, por toda parte, “contra a natureza”.

Assim sendo, as leis devem organizar e gerir os instintos naturais. O principal instinto do homem é viver em sociedade e constituir uma família para que a sociedade permaneça existindo.

Ocorre que a maternidade é carregada pela mulher: cabe à mulher gestar e carregar em seu ventre um feto por nove meses. O período gestacional tem grande relevância sentimental para as mulheres. Contudo, acaba também trazendo consigo diversos ônus. Segundo Moreira (2008, p. 2):

A gravidez é um período de grandes transformações para a mulher. Seu corpo se modifica e seus níveis de hormônios se alteram para a manutenção do feto. Com tantas novidades, essa fase pode acabar gerando dúvidas, sentimentos de fragilidade, insegurança e ansiedade na futura mãe. A gravidez é um período de transição biologicamente determinado, caracterizado por mudanças metabólicas complexas e por grandes perspectivas de mudanças no papel social, na necessidade de novas adaptações, reajustamentos intrapessoais e mudanças de identidade.

Além de todas as questões físicas e hormonais que uma mulher sofre na gestação, há questões sociais envolvidas, tais como: preconceito com a mulher grávida, abandono da mulher pelo genitor da criança, além de perda de diversas oportunidades de emprego ou de ascensão na carreira.

As mulheres no período gestacional devem cuidar com o trabalho executado, com a quantidade de horas trabalhadas e com a alimentação adequada para o desenvolvimento do feto. No Brasil, diversas leis trabalhistas foram criadas em proteção à mulher gestante. De acordo com Almeida e Santos (2023, p. 6):

No Brasil, a primeira norma de proteção ao trabalho da mulher surgiu em São Paulo, em 1917, e proibiu o trabalho das mulheres em estabelecimentos industriais no último mês de gravidez e no primeiro puerpério.

A reforma trabalhista de 2017 acrescentou diversos benefícios à mulher – entre elas a licença maternidade com duração mínima de 120 dias, na qual a mulher não terá prejuízo algum no que diz respeito ao trabalho e ao salário. Segundo Almeida e Santos (2023, p. 10):

Na esfera dos direitos trabalhistas, estabeleceu a proibição de diferença de salário, admissão e função, por motivo de sexo; a licença à gestante, sem prejuízo do emprego e do salário, com duração de 120 dias; a proteção do mercado de trabalho da mulher, mediante incentivos específicos e a assistência gratuita aos filhos e dependentes desde o nascimento até seis anos de idade em creches e pré-escolas. Para as trabalhadoras domésticas, a Constituição garantiu: Salário-mínimo, proibição da redução do salário, 13º salário, folga semanal, férias anuais remuneradas, licença à gestante de 120 dias, licença paternidade, aposentadoria e integração à previdência Social.

De acordo com Santos (2021, p. 25), a mulher possui garantia de emprego em toda a sua gestação, não podendo haver distinção ou acepção pela sua condição de gestante. Ela poderá cuidar tranquilamente de seu filho após o parto, sem prejuízo ou apreensão pela perda do emprego.

No entanto, as mulheres também têm muitas dificuldades depois do nascimento da criança. Muitas não possuem uma rede de apoio para deixar a criança, devendo ser delegada esta função a escolas e creches.

A creche, no final do século XIX, foi pensada como instituição para as mulheres pobres que precisavam trabalhar e que não tinham condições de se dedicar aos cuidados dos filhos, no entanto, esse ideal de mulher-mãe, responsável pelo lar e pela família, era característico das classes mais favorecidas, pois as mulheres pobres destinavam-se a muito tempo ao trabalho, enquanto a das famílias abastadas, a maternidade (DIAS, 2016, p. 264).

Atualmente, as creches possibilitam a todas as mulheres que são mães a oportunidade de conciliar família e trabalho. É um direito da criança e da mulher.

Segundo Barbosa e Costa (2017, p. 9), a decisão de colocar os filhos na creche está intrinsecamente ligada à decisão de permanecer ou entrar no mercado de trabalho.

Na sociedade atual, o tempo é um recurso escasso. A maioria das creches oferece serviços nos períodos matutino e vespertino. Contudo, caso a mulher labore oito horas diárias e não possua um veículo automotor, muitas vezes não tem possibilidade de chegar no trabalho a tempo ou de retirar seu filho no horário – o que a impossibilita de trabalhar.

Com relação à formação, de acordo com Gondim (2002, p. 2), o mercado de trabalho exige o máximo de qualificação. Isto significa que para ter um bom emprego, faz-se necessária uma formação acadêmica ou técnica, demandando ainda mais tempo.

Várias mulheres conseguem conciliar todas as demandas profissionais e maternas. Por outro lado, algumas observam as dificuldades que enfrentariam e desistem de vivenciar a maternidade.

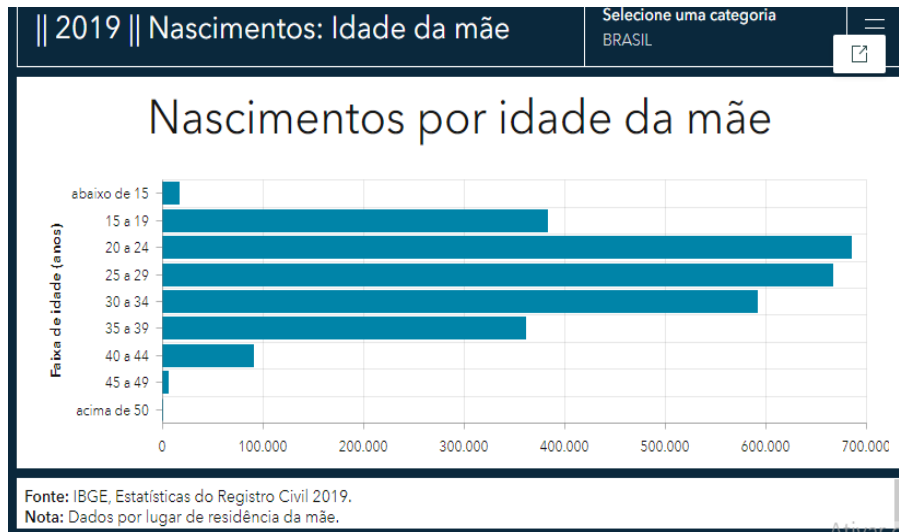
Atualmente o governo vem implementando diversos mecanismos e programas buscando incentivar que os homens participem de forma mais efetiva da vida de seus filhos. De acordo com Barbosa (2023, p. 16):

O Programa + Mulheres compreende um conjunto de medidas que têm como objetivo aumentar a empregabilidade da mulher, aprimorando a legislação referente à conciliação entre maternidade e trabalho remunerado. A lei que o instituiu estabelece medidas que avançam no apoio à parentalidade e nos incentivos institucionais à mudança da distribuição de tarefas domésticas entre homens e mulheres. Tendo em vista a maior responsabilização do trabalho de cuidado pelas mulheres, a ideia é redistribuir o trabalho de cuidado para aumentar a disponibilidade ao mercado de trabalho das mulheres que são mães, especialmente as com filhos na primeira infância.

Todavia, a sociedade é composta por indivíduos extremamente machistas e em sistema patriarcal, na qual os serviços domésticos e as responsabilidades sobre a família, ainda recaem exclusivamente sobre a mulher.

Como consequência, o desejo de constituir família foi se postergando na vida das mulheres, deixando de ser uma prioridade – até mesmo um sonho. Na sociedade atual, as mulheres preferem ter filhos em uma idade mais avançada, depois de sua carreira profissional já estar devidamente concretizada.

Segundo o IBGE (2019), conforme demonstra-se na figura abaixo, houve um aumento na taxa de nascimentos com mães com idades entre 35 e 39 anos e uma consequente diminuição na taxa de nascimento de mulheres mais jovens.



Observa-se, no entanto, que a postergação da mulher para engravidar pode acarretar diversos riscos relacionados à reprodução: quanto mais idade a mulher tiver, maior a dificuldade para engravidar. Segundo Chronopoulou et al (2021), após os 35 anos a mulher tem uma redução no potencial reprodutivo – o que será amplificada gradualmente. Com 35 anos ocorre o aumento do risco de aborto espontâneo, que se eleva ainda mais aos 40-44 anos de idade (51%) e após os 45 anos (93%).

Durante muitos anos foi atribuído à mulher o dever de prover um filho. Ocorre que a fertilidade depende de diversos fatores – nem todos relacionados à mulher. Diz Meola (2009, p. 1):

É possível dividir as causas da infertilidade em quatro principais categorias: a) fator feminino, b) fator masculino, c) combinação dos dois fatores, d) infertilidade sem causa aparente (inexplicada). A porcentagem exata para cada categoria é difícil de ser obtida devido ao grande número de variáveis, entretanto, relata-se que aproximadamente 35% das causas são femininas, 30% são masculinas e 20% dos casais apresentam causas conjuntas, tanto do homem como da mulher. Em 15% dos casos, a definição da etiologia não é conclusiva, sendo denominada infertilidade sem causa aparente (ISCA).

Devido a esta mudança social, na qual muitas famílias e mulheres optam por adiar a constituição familiar, a tendência é de que haja maior dificuldade na maternidade de forma natural. Assim sendo, as clínicas de fertilização tornam-se o último recurso da família para gerar uma criança com a mesma carga genética, trazendo consigo os traços físicos e familiares dos pais biológicos.

2 FERTILIZAÇÃO

Conforme Corleta (2010, p. 1), a infertilidade não é uma doença física, mas impacta de forma significativa o aspecto psicológico dos casais afetados. Para Fernandes (2022, p. 2), aproximadamente 8 milhões de pessoas podem sofrer com este problema.

De acordo com Kist e Petry (2021, p. 2), pode-se considerar infertilidade quando um casal, em 12 meses sem o uso de contraceptivos e com relações sexuais regulares, não consegue engravidar.

A infertilidade é um problema que pode afetar homens e mulheres. Segundo Amaral (2020, p. 3), 50% dos problemas de um casal relacionados à infertilidade é proveniente de problemas masculinos.

Neste contexto, Corleta (2010, p. 3) é incisivo quando declara que a fertilização *in vitro* é dada como última esperança, pois pode ser indicada para solucionar problemas físicos ou biológicos – só não será possível quando não houver gametas (óvulo e espermatozoide).

A fertilização artificial possibilitou a realização do sonho de casais que antes tinham dificuldades para gerar um filho com a mesma carga genética, trazendo a possibilidade do nascimento de uma criança com as mesmas características dos pais. Conforme dispõe Passos (2010, p. 2):

Graças a estes avanços e a novas tecnologias, temos conseguido ajudar casais que têm dificuldade para engravidar espontaneamente a realizarem seu sonho de maternidade e paternidade, sempre respeitando os conceitos éticos e científicos e, sobretudo, sem perder a sensibilidade e a emoção que devem sempre nortear o surgimento de uma nova vida.

É notório o crescimento e enriquecimento das clínicas de fertilização, uma vez que muitas mulheres buscam as clínicas como sua última esperança de procriação. A inseminação artificial, no entanto, não pode ser considerada como uma matéria nova.

De acordo com Passos (2010, p. 1), desde 1770 a fertilização artificial vem sendo estudada e adaptada. Em 1790 ocorreu a primeira inseminação artificial e, em 1978, o primeiro caso de sucesso com a primeira criança nascida com vida.

Desde a Era Medieval há relatos a respeito da possibilidade de inseminação artificial. Contudo, segundo Oliveira (2009, p. 10), a primeira

inseminação artificial que se tem registro é datada de 1332 e foi realizada em equinos. Ao longo dos anos, os métodos foram sendo adaptados e aprimorados.

Sobre a origem de tal procedimento, explica ainda Lopes (2000, p. 585):

A literatura registra que a primeira inseminação artificial humana ocorreu na Idade Média. Diz-se que Arnaud de Villeneuve, médico da família real, teria realizado com sucesso uma inseminação artificial com o esperma de Henrique IV de Castela em sua esposa. Todavia, os históricos a respeito do tema na literatura médica habitualmente atribuem o feito da primeira inseminação artificial homóloga ao inglês John Hunter no final do século XVIII. Por outro lado, a primeira inseminação heteróloga aconteceu na Filadélfia, Pensilvânia, em 1884, conduzida por Pancoast, um ginecologista americano.

A sociedade está em constante mutação. Ao longo das gerações ocorre uma mudança de pensamentos e atitudes. E no que tange a sociedade brasileira não foi diferente. Carvalho (1974) reconhece que no ano de 1940 a sociedade brasileira passou a apresentar indícios de transição da fecundidade – isto significa que passou a apresentar um controle de natalidade ao reduzir a taxa de filhos por mulher.

No regime militar, a transição de fecundidade começou a tornar-se uma consciência popular, pois o fato de controlar a natalidade também era sinônimo de modernização social (CARVALHO e BRITO, 2005).

De acordo com Brito (2012, p. 7), 1940 foi um período de muitas mudanças no Brasil, com o início do processo extremamente rápido de urbanização. As pessoas deixaram o campo pela cidade, reduzindo também, de forma consciente e gradativa, o número de integrantes da sua família.

As famílias viram a necessidade de reduzir o número de integrantes, especialmente porque não tinham mais acesso a alimentos em abundância como na zona rural.

Tendo em conta a expansão das cidades, verifica-se que este fenômeno vem acompanhado da necessidade crescente de fornecer alimentos às famílias que nelas residem. Os índices de pobreza das populações urbanas também têm crescido bem como a dificuldade de acesso à alimentação básica (VINHOLI, 2012, p. 2).

Segundo Oliveira (2022, p. 2), diversos elementos influenciaram a mudança de pensamento social a respeito da função da mulher na sociedade e, conseqüentemente, na reprodução e fecundidade das famílias. Os principais

elementos que influenciaram a geração de 1940 foram a lei do divórcio, os contraceptivos acessíveis e o ingresso da mulher no mercado de trabalho.

De acordo com Leocádio (2023, p. 3 a 4), há uma diferença entre a fecundidade e fecundidade observada: a fecundidade trata da intenção, é um campo abstrato; já a fecundidade observada é a realidade fática, o campo material e palpável.

O autor discorre que a fecundidade pode ser afetada por diversos obstáculos na vida das mulheres, como por exemplo o mercado de trabalho ou, no outro oposto, a dificuldade ao acesso de contraceptivos. Em sua obra, ele escreve também sobre os padrões familiares aceitáveis, levando ao um ideal construído de acordo com a sociedade no tempo em que ela se encontra.

Em concordância, Ribeiro et al (2019, p. 3) disserta a respeito da fecundidade brasileira, que vem decaindo de forma abrupta, encontrando-se, atualmente, abaixo do nível de reposição – o que significa dizer que no Brasil há mais mortes que nascimentos.

Segundo Leocádio (2023, p. 13), um dos fatores determinantes na fecundidade é a questão econômica, uma vez que as famílias têm preocupações relacionadas ao custo e à qualidade de vida que podem proporcionar para seus filhos. Assim sendo, incertezas econômicas podem influenciar e adiar o nascimento do filho até que o casal tenha condições econômicas estáveis.

Conforme Nascimento (2023, p. 2), a gestação tardia vem aumentando cada dia. As mulheres têm optado por engravidar com, aproximadamente, 35 anos. E com os avanços da medicina, a gestação em mulheres com idade avançada vem se tornando menos perigosa e mais possível.

Segundo Gonçalves e Monteiro (2012, p. 2), o Ministério da Saúde considera de risco a gravidez de mulheres com idade de 35 anos ou mais. A gravidez tardia, mesmo sendo cada vez mais comum na sociedade, traz diversos riscos à gestante e ao feto, na gestação e no parto, pois a idade influencia no desenvolvimento de doenças crônicas e físicas.

Nascimento (2023, p. 2) ainda discorre que a qualidade do óvulo está intrinsecamente ligada à idade da mulher. Assim sendo, a fertilização artificial vem possibilitando este tipo de gestação.

Segundo Silveira et al (2012, p. 1), a idade da mulher influencia de forma significativa os resultados da fertilização. No entanto, não pode ser levada como

fator determinante para o sucesso do procedimento. O que determina as possibilidades é a reserva ovariana, a quantidade e qualidade dos óvulos.

A fertilização artificial foi um marco histórico criado em benefício da sociedade. Passos (2010, p. 1) descreve sua importância e relevância:

Neste ano de 2010, o Prêmio Nobel de Medicina coube ao dr. Robert Geoffrey Edwards, o homem que abriu novas fronteiras na reprodução humana ao desenvolver a técnica de fertilização "*in vitro*" (FIV). Esta técnica, hoje amplamente utilizada no mundo todo, tem permitido que muitos casais inférteis consigam realizar seu sonho de tornarem-se pais e mães e significa o coroamento de anos de investigação e pesquisa na área da reprodução.

O procedimento é realizado integralmente em laboratórios e consultórios, sempre com o amparo de médicos especializados. Nascimento (2023, p. 2) discorre sobre como acontece este processo:

No processo da FIV, inicialmente temos a estimulação ovariana com o propósito de induzir o desenvolvimento de um maior número de folículos (que contêm os óvulos) e assim ter um maior número de óvulos disponíveis para a fecundação. Em seguida é realizada a punção em laboratório, para a coleta de óvulos maduros, simultaneamente, é feita a coleta do sêmen para ser feita a fecundação dos óvulos por FIV, após isso, é feito o cultivo dos embriões e pôr fim a transferência, onde os embriões são inseridos em um cateter e depositados gentilmente no fundo do útero.

Leoncio e de Almeida (2017, p. 4 e 5) destacam que existem dois tipos de inseminação: a heteróloga e a homóloga. A inseminação heteróloga utiliza gametas de terceiros desconhecidos; já a homóloga utiliza gametas de um casal, de pessoas que fazem parte de uma relação afetiva.

Conforme o artigo 1.597, inciso V, do Código Civil, filhos concebidos na inseminação artificial de forma homóloga são considerados filhos do casal, concebidos na constância do casamento.

Um dos benefícios da fertilização *in vitro* é a possibilidade de transferência de mais de um embrião simultaneamente. Segundo Corleta (2010, p. 4), no Brasil é permitida a transferência de até quatro embriões – o que possibilita a gravidez de quadrigêmeos.

De acordo com Pereira (2023, p. 59), mais de 50% das gestações com técnicas de reprodução assistida são infrutíferas. Isso significa que não podem ser

consideradas plenamente seguras no que diz respeito aos resultados, pois tratam-se de procedimentos quem envolvem questões biológicas e áleas.

Conforme Pereira (2023, p. 61), diversas técnicas são disponibilizadas ao casal, como terapias e medicinas alternativas, mas nenhum destes procedimentos pode trazer a presunção de efetividade. Corleta (2010, p. 1), corrobora ao afirmar que há diversas formas de aumentar a possibilidade de gestação, tais como injeções, exames e controle da curva hormonal. Mas não basta apenas fazer a fertilização – o corpo também deve estar preparado para receber este zigoto.

Segundo Leite (2021, p. 14), fatores como o estresse podem interferir diretamente no sucesso do procedimento. Mulheres que estão realizando o tratamento possuem níveis de estresse muito superiores aos de uma gravidez normal, em função das altas doses de hormônio e do medo do fracasso – o que pode gerar grande ansiedade.

De acordo com Amaral (2020, p. 3), o estresse masculino também pode afetar diretamente a infertilidade do casal, assim como a alimentação, obesidade, cafeína, álcool e tabaco.

Ainda além, Corleta (2010, p. 3 e 4) descreve os riscos que envolvem gravidez originada na fertilização *in vitro*: não basta apenas engravidar, mas também é vital que o feto se mantenha. As taxas variam de acordo com os estágios da gestação.

Além de haver grande possibilidade de insucesso, a fertilização *in vitro* é extremamente onerosa para a mulher, envolvendo diversos procedimentos: antes, com injeções, exames etc.; e durante, em função do custo altíssimo e, principalmente, pelo abalo psicológico da mulher, que está extremamente fragilizada com as curvas hormonais.

As taxas de gestação clínica após a FIV/ICSI (saco gestacional à ecografia transvaginal) são de 44 %, e o número de recém-nascidos em casa em torno 27 % dos ciclos com punção de óvulo, segundo dados publicados em 2008 pela Rede Latino-Americana de Reprodução Assistida (13). Os últimos registros das Sociedades Americana e Europeia de Reprodução Assistida relatam dados similares aos da América Latina (30%) (Corleta, 2010, p. 3)

Segundo a Resolução nº 1.974/11, do Conselho Federal de Medicina (CFM) (2021, p. 10), a medicina não pode ser tratada como algo com fins mercantis. Assim sendo, o serviço pode ser cobrado, mas sem a exposição e anúncio de

valores com finalidade de autopromoção – por este motivo, a maioria dos sites não explicita os valores do procedimento de fertilização *in vitro*. No entanto, Levasier (2023) estima que o valor para a realização do procedimento é entre R\$15.000,00 (quinze mil reais) a R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) – a depender da complexidade de cada caso.

Cumpra salientar que, em conformidade com Navarro (2021, on-line), os embriões (óvulos fecundados) abandonados pelo casal só poderão ser descartados por meio de uma decisão judicial.

Além disto, Corleta (2010, p. 1) aponta que apesar de toda a evolução que a fertilização *in vitro* trouxe à sociedade, é necessário realizar repetidamente o procedimento até que ele seja frutífero e a mulher consiga chegar à gestação.

De acordo com Ferreira (2016, p. 9), atualmente a sociedade é extremamente capitalista e o mercado de fertilização *in vitro* é extremamente competitivo. As clínicas atuam de forma significativa nos meios de comunicação, trabalhando com os sonhos e expectativas.

Para Ramos (2019, p. 5), a sociedade possui diversos pensamentos que são construídos de acordo com a cultura social, constituídos pelo simbolismo histórico, social e cultural. Isso significa que a sociedade, mesmo inconscientemente, apresenta um juízo de valor associado à imagem do indivíduo e sua origem social.

Segundo Ferreira (2016, p. 10) ainda aborda a respeito da possibilidade de customização dos filhos: com o avanço da tecnologia e a possibilidade de realização da fecundação em laboratório, abre-se a possibilidade de optar por sexo, cor dos olhos, pele e demais características físicas.

Segundo Ramos (2019, p. 7), o Brasil possui um racismo estrutural, no qual os indivíduos são tratados e preteridos de acordo com a sua cor e raça. Assim sendo, o fato da fecundação artificial poder customizar os filhos causa grande impacto na diversidade cultural do país.

Na opinião de Da Silva et al (2016, p. 3), pode-se analisar o perfil de filhos pretendidos pelos pais através do processo de adoção. No estudo, constataram que 91% dos pretendentes querem crianças brancas, enquanto apenas 34% aceitavam crianças negras e apenas 33% adotariam crianças indígenas.

Isso demonstra que a sociedade não tem interesse na diversidade cultural, mas, sim, que há preferências por cor, raça e etnia – o que possibilita a customização dos filhos.

A inseminação artificial foi criada para o benefício da sociedade, contudo nota-se que a fertilização, segundo De Lara (2010, p. 1), virou um mercado de genes humanos.

Ferreira (2016, p. 10) expõe que as clínicas de fertilização utilizam métodos de escrita e imagem extremamente personalizados que induzem o consumidor, sendo omissos quanto a certas informações e associando o serviço a efetividade do procedimento, potencializando a desinformação.

De acordo com Hartmann (2012, p. 1 e 2), é necessário aplicar a prevenção que consiste na informação ao consumidor sobre um possível risco de dano. No caso da fertilização, há riscos de o procedimento ser infrutífero, resultando em danos psicológicos e econômicos, com a repetição do procedimento inúmeras vezes.

O Código de Defesa do Consumidor (1990) em seu artigo 2º dispõe: “Consumidor é toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza produto ou serviço como destinatário final.” Os casais que realizam a fertilização artificial são, portanto, consumidores, já que vão utilizar os serviços das clínicas com o objetivo da gestação. A fertilização artificial tem como objetivo a gestação – e a gestação é obtida com a fecundação e inseminação na própria mulher.

O Código de Defesa do Consumidor (1990) em seu artigo 3º discrimina quem são os fornecedores:

Fornecedor é toda pessoa física ou jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira, bem como os entes despersonalizados, que desenvolvem atividade de produção, montagem, criação, construção, transformação, importação, exportação, distribuição ou comercialização de produtos ou prestação de serviços.

Assim sendo, as clínicas de fertilização são os fornecedores que comercializam e prestam serviços de fecundação, inseminação e o acompanhamento.

Cabe salientar que a compra e venda de gametas é rigorosamente proibida no Brasil. De acordo com Navarro (2021, on-line), somente pode ocorrer uma doação destes gametas – a comercialização é uma prática ilegal.

Entretanto, de acordo com a Hespanhol (2023, on-line), os casais têm a possibilidade de realizar a “doação compartilhada”, na qual uma mulher que possui óvulos de boa qualidade pode realizar a “doação” a um terceiro. Cumpre salientar que a clínica faz a intermediação e o terceiro auxilia no procedimento da doadora, assim “reduzindo” o custo do tratamento.

Em conformidade, diversas clínicas alegam que o programa de doação de óvulos é o caminho para a redução dos custos ou até mesmo a isenção dos custos.

Na Vivita nós temos algumas maneiras de viabilizar seu tratamento de Reprodução Assistida de forma custeada. Através do nosso programa de Doação de Óvulos, doadora e receptora, participando como portadoras de problemas de reprodução, compartilham tanto do material biológico quanto dos custos financeiros que envolvem o procedimento de Reprodução Assistida. Neste programa, a doação de óvulos continua sendo anônima, porém, as receptoras dos óvulos podem arcar com parte dos custos do tratamento das doadoras. (FASSOLAS, 2023, on-line).

Percebe-se que esta modalidade de doação de óvulos compartilhada está sendo extremamente utilizada pelas clínicas de fertilização. Há uma divulgação e marketing envolvendo tais matérias, com intenção de mercantilização.

Como supracitado, na Resolução nº 1.974/11 do Conselho Federal de Medicina (CFM) (2021, p. 10), a medicina não pode ter fins mercantis – mas, na prática, a indução do consumidor na busca por profissionais ou clínicas para um serviço com redução ou isenção do valor é tratar a medicina com tal finalidade. Assim sendo, tal prática é ilícita.

A troca ou “compartilhamento” dos óvulos para que a receptora arque com parte do tratamento nada mais é que uma permuta. O Código Civil (2002), em seu artigo 533, elenca a permuta como forma de compra e venda.

Art. 533. Aplicam-se à troca as disposições referentes à compra e venda, com as seguintes modificações:
I - salvo disposição em contrário, cada um dos contratantes pagará por metade as despesas com o instrumento da troca;
II - é anulável a troca de valores desiguais entre ascendentes e descendentes, sem consentimento dos outros descendentes e do cônjuge do alienante. (Código Civil, 2002, artigo 533)

Trata-se, portanto, de uma comercialização dos gametas com a triangularização da relação comercial: a clínica atua como intermediadora da relação, a receptora vai pagar o valor a clínica, que por sua vez vai realizar a punção

(recolhimento dos óvulos) da doadora para posteriormente realizar a inseminação na receptora ou compradora.

Segundo Fernandes (2022, p. 2), só podem realizar a doação de óvulos: mulheres com idade entre 18 e 35 anos de idade com semelhanças físicas com a receptora, sem doenças físicas ou doenças sexualmente transmissíveis. Problemas de saúdes pessoais e familiares serão analisados e ponderados.

De acordo com Santos (2009, p. 19), a doadora e receptora não devem se conhecer, pois caso a doadora não consiga gestar um filho e a receptora geste um filho que nasça com vida, a receptora poderia ter um desejo de conhecer a criança, criando um afeto involuntário.

Para Amaral (2021, p. 15) a estimulação ovariana é o meio de sucesso da fertilização. Entretanto, mesmo com este estímulo artificial algumas mulheres não conseguem produzir números suficientes de óvulos.

Em sua pesquisa, Santos (2009, p. 21) afirma que, para as mulheres que estão no “programa de compartilhamento de óvulos”, o que as atraiu foi a possibilidade de receber tratamento gratuito e também poder ajudar outras mulheres.

Em contrapartida, Gonçalves et al (2010) alega que a reserva ovariana está intrinsecamente ligada à idade da mulher, já que naturalmente ocorre a redução progressiva na quantidade e qualidade do óvulo. Consequentemente, as doadoras que se submetem às técnicas de estimulação e maturação dos óvulos de forma artificial estão colocando em risco o sucesso e possibilidades do seu tratamento.

As mulheres possuem apenas uma reserva de óvulos. Então, a cada punção seu reservatório vai diminuindo, podendo se exaurir com os procedimentos artificiais e colocar em risco a possibilidade de a doadora do “programa de doações compartilhadas” perder a possibilidade de ter um filho proveniente dos próprios gametas.

3 DIREITO DE PROPRIEDADE DOS ÓVULOS

Segundo Casani (2009, p. 1), toda mulher possui sua reserva ovariana (local no qual os óvulos ficam armazenados). Por meio de análises desta reserva, é possível determinar a quantidade e qualidade dos óvulos e, conseqüentemente, qual a possibilidade de a mulher engravidar.

Neste sentido, para que o procedimento da fertilização *in vitro* seja bem-sucedido, o único método a possibilitar a gravidez é a estimulação ovariana (BISNETA, 2019, p. 2).

Em consonância, Casani (2009, p. 3) aponta que a qualidade da reserva ovariana é um elemento central para a fertilidade e que nos processos de fertilização *in vitro* devem ocorrer a estimulação e maturação dos óvulos para a retirada – o que pode levar a uma redução ou mesmo falência dessa reserva.

Sobre a possibilidade de falência precoce da reserva ovariana, Ferreira (2016, p. 8) entende ser determinada quando ocorre antes dos 40 anos de idade, podendo ocorrer de forma espontânea (natural) ou induzida (intervenções médicas).

Deste modo, segundo Pithan (2015, p. 1), muitas vezes as mulheres que não possuem os gametas buscam por doações. No entanto, as doações espontâneas são extremamente raras por serem muito onerosas para as doadoras, que devem se submeter a cirurgias e altas dosagens de hormônios para realizar a punção.

Segundo Steiner (2005, p. 2), as questões hormonais afetam diretamente o cérebro das mulheres, causando transtornos de humor e ansiedade – o que pode afetar a capacidade cognitiva e tomadas de decisões das doadoras.

Conforme Eler e de Oliveira (2020, p. 2), em função da dificuldade em adquirir o material, foi criado um mecanismo chamado “doação compartilhada”, que se constitui no pagamento ou abatimento dos custos do tratamento da doadora em troca do “compartilhamento” dos óvulos adquiridos com a receptora.

Para Pithan (2015, p. 4), essa é uma forma que gera vantagens para a doadora e para a receptora: a doadora recebe um abatimento dos custos de seu tratamento e a receptora poderá obter os gametas, possibilitando, assim, a gestação.

Segundo Eler e De Oliveira (2020, p. 2), o SUS possui o serviço de fertilização *in vitro*. Entretanto, há uma demanda muito grande de mulheres aguardando para a realização do tratamento e o Sistema Único de Saúde não suporta tal demanda. Deste modo, muitas mulheres que estão na fila de espera acabam envelhecendo e diminuindo suas chances de ter um filho com a mesma carga genética.

Segundo Pithan (2015, p. 5), muitas mulheres recorrem às clínicas de fertilização, mas não possuem os recursos necessários para a realização do tratamento particular. Nestes casos, os próprios médicos da clínica apresentam a doação compartilhada como uma forma de custeamento integral ou parcial do tratamento – o que a torna uma alternativa viável.

Na doação compartilhada, há uma expectativa da doadora de receber um abono integral ou parcial de seu tratamento e uma expectativa da receptora de receber os óvulos.

De acordo com Medina (2003, p. 1), “a base da doação é a existência de um ato de pura liberalidade. O doador deseja ter uma diminuição de seu patrimônio, em benefício de terceiro”. Desta forma, não se trata de uma pura liberdade da doadora, pois ela será submetida a um procedimento extremamente invasivo e terá um interesse em troca da sua doação – no caso, o custeamento do tratamento.

O artigo 533 do Código Civil de 2002 dispõe sobre a permuta, que nada mais é que uma troca. E a troca é considerada uma forma de comercialização. Por este motivo, será regida pelas leis referentes a compra e venda.

De acordo com o Código Civil, em conformidade com a citação acima, a doação de óvulos é uma forma de permuta entre a doadora e a receptora, pois há uma expectativa de ambas as partes: a doadora tem a obrigação de ceder os seus óvulos para a receptora em troca do pagamento parcial do seu tratamento.

Segundo Moura (2023, p. 5), o direito obrigacional consiste em uma relação na qual ambas as partes têm direitos e deveres, além de prestações a serem cumpridas – ou seja, ambas as partes têm responsabilidades. Deste modo, há uma relação obrigacional entre a doadora e a receptora: a doadora deve “compartilhar” seus óvulos e a receptora deve realizar o pagamento integral ou parcial do tratamento da doadora. Isso posto, cada parte do contrato obrigacional deve cumprir com sua responsabilidade.

Para Fraga (2017, p. 4), o direito obrigacional é composto por devedor e credor (polos que podem se alternar), mas o credor tem o direito de exigir o cumprimento da obrigação do devedor. Uma aplicação prática: como poderia a receptora responsável pelo pagamento do tratamento exigir da doadora os óvulos que lhe foram oferecidos?

Medina (2003, p. 1) descreve a doação como ato de liberalidade: voluntário, sem intenção de uma contraprestação. Entretanto, quando se trata da doação compartilhada, há uma prestação da receptora em contraprestação ao ato da doadora. Para que esta possa realizar a doação, a receptora já deve ter realizado o pagamento. Conseqüentemente, caso a doadora se recuse a realizar a doação dos seus óvulos, provocará prejuízos econômicos e morais à receptora. Os prejuízos morais tangem a quebra da expectativa e a falta de boa-fé, pois o acordo entabulado não foi cumprido.

Para Fraga (2017, p. 5), a pessoa inadimplente não pode pagar os danos e a obrigação que lhe couber com o seu próprio corpo, mas apenas com o seu patrimônio. Contudo, a obrigação da doadora, desde o primórdio, seria pagar com o seu próprio corpo – isto é, com os seus gametas.

O Código Civil (2002) em seu artigo 122 estipula:

Art. 122. São lícitas, em geral, todas as condições não contrárias à lei, à ordem pública ou aos bons costumes; entre as condições defesas se incluem as que privarem de todo efeito o negócio jurídico, ou o sujeitarem ao puro arbítrio de uma das partes.

Assim sendo, o negócio jurídico formado entre a doadora, receptora e, não menos importante, a clínica de fertilização, é ilícito, pois as práticas são contrárias à lei, que não permite comercialização de materiais biológicos. As cláusulas não podem ser obrigacionais, não podem versar sobre direitos intangíveis.

O Conselho Federal de Medicina, na Resolução 2320 (2022, p. 4), regulamentou a doação compartilhada de óvulos dispondo, expressamente, que a doação não poderá ter caráter comercial. Entretanto, as clínicas de fertilização têm um caráter comercial: a receptora realiza o pagamento por um serviço realizado pela clínica, portanto há um interesse econômico e um caráter comercial. A doadora torna-se um meio para captar o material para a execução do serviço.

De acordo com Montagnini (2009, p. 2), os casais que buscam a fertilização artificial estão vulneráveis, pois estudos demonstram que o insucesso da gravidez gera altos níveis de estresse, ansiedade e depressão. Assim sendo, trata-se de um momento de extrema vulnerabilidade, no qual a doadora não possuiria completa capacidade cognitiva para realizar a avaliação de possíveis riscos.

Segundo Eler e De Oliveira (2020, p. 9), as mulheres que estão realizando o processo de fertilização artificial possuem autonomia e capacidade de tomar decisões conforme seus próprios desejos. No entanto, também estão em uma posição de vulnerabilidade, devendo-se zelar pelo princípio da informação, boa-fé e privacidade, para que assim a doadora tenha capacidade de tomar suas decisões de forma autônoma e consciente.

Conforme expõe Montagnini (2009, p. 4), a capacidade de atenção, tensão, nervosismo e preocupação estão alteradas, o que pode influenciar de forma direta nas atitudes e decisões das doadoras.

Para Gomide (2010, p. 81):

O direito de arrependimento estabelecido nesta Directiva procurava salvaguardar a compra precipitada, a qual era imbuída de pressões e outros elementos que aumentavam a vulnerabilidade dos consumidores. Além disso, em algumas contratações comuns à época, por exemplo, via telefone ou catálogo, não tinha o consumidor a possibilidade de tocar, sentir a coisa em si.

Deste modo, a doadora já é parte hipossuficiente da relação. A mulher que foi pressionada a aceitar o procedimento sem estar plenamente informada a seu respeito e sobre efeitos colaterais – até mesmo os riscos – poderá se arrepender e cancelar o compromisso.

Por outro Norte, segundo Almeida (2011, p. 2), a estimulação ovariana é o meio pelo qual pode-se induzir a ovulação e maturação de óvulos. O objetivo é possibilitar que o maior número possível de óvulos esteja pronto para coleta e fecundação.

Entretanto, conforme disserta Casani (2009, p. 1), toda mulher possui uma única reserva ovariana (local no qual os óvulos ficam armazenados) e a estimulação pode acarretar a falência desta reserva.

Em consonância, Duarte-Filho e Podgaec (2021, p. 1) alegam que muitas mulheres congelam os seus óvulos, buscando preservar a qualidade e quantidade. Em uma estimulação ovariana são coletados normalmente de quatro a 15 óvulos.

Consequentemente, na doação compartilhada a doadora perde metade de suas possibilidades de ter um filho com sua carga genética: na maioria das vezes, são apenas sete possibilidades.

Entretanto, para Hartmann (2012, p. 1 e 2), para que uma gestação seja frutífera, deve-se realizar tal procedimento inúmeras vezes – até que o tratamento seja exitoso. Assim sendo, a doadora, ao compartilhar os seus óvulos, está colocando em risco o a própria possibilidade de ter um filho com a sua carga genética.

Segundo Gomide (2010, p. 83), o direito de arrependimento possibilita o consumidor a não manter o compromisso contratual ao qual estava sujeito quando firmado pela pressão psicológica que estava sofrendo. A mulher pode se arrepender de realizar a doação compartilhada. Assim sendo, consciente dos riscos e possibilidades, pode a doadora optar por não compartilhar seus óvulos, por não ceder o uso à receptora.

De acordo com Eler e De Oliveira (2020, p. 125), é responsabilidade das clínicas de fertilização o armazenamento e fecundação dos óvulos. Desta forma, a partir da retirada os materiais biológicos estariam em posse da clínica de fertilização, cabendo a ela o tratamento e fecundação do material coletado.

Em conformidade, Corrêa (2000, p. 3) declara que os óvulos são retirados de uma mulher de uma forma extremamente invasiva, na qual a mulher passa por uma situação de extrema vulnerabilidade. Assim, o autor entende que só poderia haver a doação quando a doadora estiver em uma situação que possa expressar-se de forma definitiva.

Segundo Sartori (2013, p. 3), para mulheres com idade menor de 35 anos, indica-se a utilização de óvulos frescos, pois possibilitam maior taxa de sucesso – entretanto, na grande maioria dos casos são utilizados de forma congelada.

Primeiramente, caberia às clínicas aguardar a capacidade integral da doadora, esperando a confirmação antes de transferir os óvulos da doadora à receptora. Caso estes óvulos sejam transferidos de forma fresca, sem a ratificação de vontade da doadora e haja arrependimento, seria responsabilidade da clínica a indenização pela utilização indevida dos óvulos.

Segundo o Código Civil de 2002:

Art. 927. Aquele que, por ato ilícito (arts. 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo. Parágrafo único. Haverá obrigação de reparar o dano, independentemente de culpa, nos casos especificados em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, risco para os direitos de outrem.

Art. 186. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.

Assim sendo, a entrega indevida causa prejuízos à doadora e a imprudência em entregar os óvulos sem sua devida autorização consciente ocasiona o dever de indenização por dano moral.

De acordo com Diniz (1984, p. 9):

Dano moral é aquele que atinge a pessoa em seus direitos da personalidade (honra, dignidade, intimidade, imagem, nome – CF, arts. 1º, III, e 5º, V e X), não em seu patrimônio, podendo acarretar à vítima dor, tristeza, angústia, sofrimento, vexame ou humilhação.

Deste modo, o uso dos óvulos sem a possibilidade de reparação ou devolução, causa angústia (expectativa de vida, família e patrimônio imaterial da mulher), pois os óvulos contêm os dados genéticos da mulher – e a carga genética é única e insubstituível – acarretando, muitas vezes, o risco de não gerar um filho com a mesma carga genética.

Segundo o Código Civil de 2002:

Art. 187. Também comete ato ilícito o titular de um direito que, ao exercê-lo, excede manifestamente os limites impostos pelo seu fim econômico ou social, pela boa-fé ou pelos bons costumes.

As clínicas de fertilização têm o direito de retirar, armazenar e fecundar os óvulos – direitos estes que são cedidos pela mulher quando ela está de posse da sua plena capacidade. Entretanto, a doação trata-se de um ato que pode ser irreparável para a mulher. Assim sendo, caso a clínica faça a doação e inseminação em outra mulher sem a ratificação de vontade da doadora, comete ato ilícito, pois ultrapassa os seus direitos.

Segundo Cavalieri Filho (2003, p. 8), aquele que ultrapassa os direitos que lhe foram concedidos e causa danos, independentemente de culpa, terá que

indenizar. Ou seja, caso a clínica realize a fertilização em uma terceira pessoa, sem a devida ratificação da doadora, cabe indenização.

Assim sendo, trata-se de uma responsabilidade objetiva das clínicas de fertilização perante as mulheres, segundo Diniz (1984, p. 8):

Embasa-se, dentre outras, na teoria do risco, pela qual toda pessoa que exerce alguma atividade que gera risco de danos a terceiros, se o dano for ocorrido, deve ser reparado, mesmo que não haja concorrido com culpa.

As clínicas de fertilização exercem uma atividade de risco, na qual mulheres podem ser lesadas se o procedimento não ocorrer de forma correta (se houver a perda dos óvulos ou se o material não estiver em uma condição exata que preserve os gametas, por exemplo). Assim sendo, qualquer dano causado caberá à clínica a indenização, independente de culpa.

De acordo com Barroso (2010, p. 31), valores sociais podem ser impostos de forma coercitiva: uma pessoa jamais poderá abdicar de direitos fundamentais, tais como vida e liberdade, uma vez que toda pessoa tem o direito fundamental da propriedade.

Para Rosenvald (2006, p. 2), o direito de propriedade é poder usar, gozar, dispor e reaver sua propriedade. A mulher pode usar seus óvulos, pode fecundá-los e pode dispor deles dando a um terceiro. Mas a mulher que se disponibilizou a realizar a doação poderia reaver estes óvulos da receptora e das clínicas de fertilização para inseminação própria?

De acordo com o artigo 1.267, do Código Civil de 2002, “a propriedade das coisas não se transfere pelos negócios jurídicos antes da tradição”. Consequentemente, há dois momentos nos quais pode-se considerar a tradição destes óvulos: o primeiro é quando a clínica realiza a punção dos óvulos, retirando-os da doadora e armazenando-os; o segundo, no momento em que a doadora autoriza a clínica de fertilização a entregar à receptora os óvulos coletados.

Cabe ressaltar que caso a clínica de fertilização seja considerada mera prestadora de serviço, e não parte da relação obrigacional, a tradição só seria concluída no momento da autorização expressa da doadora e a fecundação dos óvulos na receptora. Assim sendo, a propriedade é transferida assim que a receptora estiver com os óvulos. Desta forma, caso a receptora ainda não esteja

de posse dos óvulos, a doadora poderá reavê-los solicitando à clínica que não os entregue à receptora.

A clínica de fertilização foi considerada parte da relação no momento da retirada dos óvulos da doadora, que por sua vez perde a propriedade o poder de reaver os seus óvulos.

3.1 CLÍNICA DE FERTILIZAÇÃO COMO MEIO

A clínica de fertilização pode ser considerada um meio, uma mera prestadora de serviços que possibilita a doação compartilhada de óvulos. Assim sendo, não pode ser considerada parte da relação obrigacional da doadora e da receptora.

De acordo com o Código de Defesa do Consumidor de 1990, em seu artigo 2º, "Consumidor é toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza produto ou serviço como destinatário final". Em conformidade com tal artigo, a doadora se enquadra como consumidora, pois utiliza os serviços da clínica como um meio para realização do tratamento necessário.

Segundo o artigo 594 do Código Civil de 2002, "Toda a espécie de serviço ou trabalho lícito, material ou imaterial, pode ser contratada mediante retribuição." Isso significa que as clínicas de fertilização prestam serviços de inseminação e fertilização à receptora e à doadora, pois ambas as partes possuem dificuldade na gestação.

De acordo com o artigo 606 do Código Civil de 2002, uma vez que a clínica de fertilização é apenas um meio ou um prestador de serviços, o pagamento caberia a quem foi beneficiária do serviço. Desta forma, caso a doadora retenha todos os óvulos, conseqüentemente não realizando a doação compartilhada, caberia à doadora o pagamento pelos serviços realizados pela clínica de fertilização.

Segundo o artigo 481, do Código Civil de 2002, "Pelo contrato de compra e venda, um dos contratantes se obriga a transferir o domínio de certa coisa, e o outro, a pagar-lhe certo preço em dinheiro." Sendo assim, a doadora se compromete a transferir os óvulos e a receptora se compromete a realizar o pagamento do tratamento.

A prestação de serviços realizada deve ser paga- e o pagamento deve ser realizado pela doadora ou receptora assim que o serviço for concluído. Desta

forma, a obrigação de pagar a clínica será da doadora ou da receptora – mas a receptora só realizará o pagamento se receber os óvulos acordados.

Em conformidade com o artigo 591, do Código Civil de 2002, “A retribuição pagar-se-á depois de prestado o serviço, se, por convenção, ou costume, não houver de ser adiantada, ou paga em prestações.”

De acordo com o artigo 591, do Código Civil de 2002: "Não se tendo estipulado, nem chegado a um acordo as partes, fixar-se-á por arbitramento a retribuição, segundo o costume do lugar, o tempo de serviço e sua qualidade." Ou seja, se o pagamento por parte da doadora não foi convencionado, não sabendo a doadora como, quanto e de que forma o realizar, as regras serão arbitradas de acordo com o costume do lugar.

Em conformidade, o artigo 389 do Código Civil de 2002 dispõe: "Não cumprida a obrigação, responde o devedor por perdas e danos, mais juros e atualização monetária segundo índices oficiais regularmente estabelecidos, e honorários de advogado." Dessa forma, a receptora que pagou pelos tratamentos da doadora, conseqüentemente paga pela doação. A obrigação da receptora é o pagamento parcial ou integral do tratamento; já a obrigação da doadora é entrega dos óvulos. Assim sendo, caso a doadora não realize a entrega dos óvulos, cabe à doadora a entrega do valor pago pela receptora pelo tratamento, acrescidos de juros, correção monetária e a indenização.

Cabe salientar que a compra e venda de gametas é rigorosamente proibida no Brasil, de acordo com Navarro (2021, on-line). Somente pode ocorrer uma doação destes gametas.

Ocorre que, conforme amplamente exposto, a doação compartilhada não se trata de uma simples doação, pois segundo o artigo 538 do Código Civil de 2002, a doação é um ato de mera liberalidade – e na doação compartilhada ambas as partes possuem obrigações e a expectativa de contraprestação. Assim sendo, trata-se de um contrato de compra e venda conforme artigo 481 do Código Civil de 2002.

Entretanto, a compra e venda de óvulos é expressamente proibida, o que significa que esse é um negócio jurídico nulo.

Conforme artigo 166 do Código Civil de 2002:

Art. 166. É nulo o negócio jurídico quando:
(...)
II - for ilícito, impossível ou indeterminável o seu objeto;
III - o motivo determinante, comum a ambas as partes, for ilícito;
(...)
VI - tiver por objetivo fraudar lei imperativa;

Por outro Norte, a doação compartilhada de óvulos trata-se de um modo de ludibriar a lei, pois não se trata de uma doação, mas de uma comercialização destes gametas. Por consequência, aplica-se o artigo 166, inciso VI do Código Civil de 2002, causando a nulidade do negócio jurídico.

À luz do Direito, constata-se que a doação compartilhada é nula desde o princípio, tratando-se de um ato atentatório à lei, uma forma de ludibriar e utilizar-se de uma mulher para obtenção de um produto biológico buscando o lucro e comercialização.

3.2 Clínica de fertilização como parte

A clínica de fertilização também pode ser considerada parte da relação, conhecida como fornecedora e prestadora de serviços. Conforme Fernandes (2022, p. 2), na doação compartilhada de óvulos a própria clínica de fertilização representada por seu médico escolhe e define a compatibilidade da doadora e receptora, fazendo parte e intermediando a relação obrigacional.

Em conformidade com a citação anterior, a doadora é tida como um meio para a prestação de serviços da clínica de fertilização. Dessa forma, a clínica é parte interessada, pois possui fins lucrativos cujos lucros são obtidos por meio da inseminação e fertilização de óvulos da doadora na receptora.

Para Pithan (2015, p. 1), tanto a doadora quanto a receptora realizam o tratamento na mesma clínica de fertilização. A receptora paga tanto pelo seu próprio tratamento quanto pelo da doadora. Assim sendo, com a doação compartilhada a clínica de fertilização irá lucrar por dois tratamentos, não podendo ser imparciais as informações fornecidas à doadora.

A clínica, como amplamente exposto, é prestadora de serviços. Contudo, possui um papel fundamental de intermediação entre a doadora e receptora. É responsável pelo armazenamento e inseminação entre ambas as partes e será a porta voz e o meio de comunicação entre elas.

A clínica de fertilização, de acordo com o artigo 115 do Código Civil de 2002, realiza um serviço de representação dos interesses da receptora, pois possui capacidade para realizar o negócio jurídico em seu nome, em busca de manter a confidencialidade das partes.

Segundo Pithan (2015, p. 4), o *animus donandi* da doação compartilhada se difere do instituto jurídico de doação, pois não se trata de uma mera liberalidade e, sim, de uma expectativa de contraprestação. No entanto, possui o intuito de melhor para ambas as partes (doadora e receptora), tratando-se de um instituto que visa o benefício mútuo.

Contudo, para a doadora trata-se de um procedimento de alto risco. Com a estimulação ovariana, segundo Duarte-Filho e Podgaec (2021, p. 1), normalmente retira-se de 4 a 15 óvulos com a punção. Assim sendo, há no máximo 15 possibilidades de gerar um filho com a mesma carga genética. Com a doação compartilhada, as chances se reduzem pela metade.

Segundo Casani (2009, p. 3), com a estimulação ovariana existe a possibilidade de falência das reservas ovarianas. Ou seja, se a doadora não conseguir engravidar, pode perder integralmente a possibilidade de ter um filho com sua carga genética.

Para Hartmann (2012, p. 6), o consumidor tem o direito de ter informações aos riscos do procedimento e às precauções a serem tomadas. A clínica de fertilização, sendo parte interessada no sucesso do procedimento, pode induzir ou omitir informações que podem influenciar na tomada de decisão da doadora.

A doadora é a proprietária dos óvulos. De acordo com o artigo 1.228 do Código Civil de 2002, “O proprietário tem a faculdade de usar, gozar e dispor da coisa, e o direito de reavê-la do poder de quem quer que injustamente a possua ou detenha”. Conforme o artigo 1.267 do Código Civil de 2002, a propriedade só se transfere com a tradição – assim sendo, a doadora teria o direito de reaver os seus óvulos até o momento da punção, quando ocorre a transferência de propriedade e a clínica se responsabiliza por armazenar e fertilizar os óvulos.

Isso posto, a doadora, no momento da punção, perde o direito de reaver os óvulos. Entretanto, quando concorda com a doação compartilhada, a doadora não está de posse da sua capacidade cognitiva integral. Assim sendo, o termo de responsabilidade e o contrato de doação devem ser realizados após a punção e uma ratificação de vontade da doadora.

De acordo com da Silva (2011, p. 12), a tomada de decisões pode ocorrer sem a devida observância da realizada e é afetada pelos sentimentos e construções passadas. Com a expectativa de acordo com conhecimentos básicos, podem ocorrer equívocos no processo de simulação mental.

Em conformidade com a citação anterior, o processo de percepção da mulher doadora pode ser afetado de forma significativa de acordo com os seus desejos e expectativas, não levando em consideração a realidade e criando equívocos com a sua expectativa e sonhos, podendo minorar os riscos e consequências e não conseguindo observar o panorama da real situação.

Para de Almeida Santos (2018, p. 2) a informação é essencial para que o consumidor possa vislumbrar os potenciais riscos e benefícios. Quando se trata da clínica de fertilização como parte, deve-se lembrar que as informações podem ser manipuladas para que ocorra o processo de simulação mental, acarretando equívocos.

Segundo de Oliveira (2016, p. 18), quando um ato é excessivamente oneroso a uma das partes, pode ocorrer a anulação do negócio jurídico. Contudo, se a parte mesmo assim quiser prosseguir com o negócio jurídico, poderá ratificar sua vontade e dar continuidade ao negócio, mesmo que haja uma disparidade entre as partes.

Em conformidade com a citação, a doadora possui uma disparidade de obrigações com a receptora e a clínica de fertilização – e a própria disparidade de obrigações causa a anulabilidade do negócio. Entretanto, mesmo existindo fatos que possibilitem anulação e nulidade desta doação compartilhada, poderia a doadora apenas ratificar a sua vontade perante a clínica de fertilização.

A ratificação de vontade da doadora deveria ser posterior à punção, pois sua capacidade de tomadas de decisões não estaria afetada pelos seus desejos e emoções, podendo analisar os riscos e consequências de sua decisão, conforme dispõe da Silva (2011, p. 12).

De acordo com de Oliveira (2016, p. 23), em um negócio jurídico pode ocorrer a coação por meio de elementos que podem causar a anulação do negócio jurídico. Há três elementos que indicam a coação: violência psicológica, declaração de vontade viciada e receio de danos à pessoa, família ou bens.

Na doação compartilhada pode ocorrer a coação. Percebe-se que há uma pressão psicológica à mulher que se responsabiliza em suprir seus próprios desejos

de ter um filho com a sua carga genética e de auxiliar outra mulher a conquistar seu desejo de gestar uma criança. Ela expressa sua vontade a uma clínica – que está interessada em gerar lucro – e ainda tem o receio de não poder constituir sua família, de utilizar todo o seu patrimônio e de, posteriormente, não poder ter condições de proporcionar uma boa qualidade de vida para o seu filho.

Ocorre que, assim que a doadora se submete à punção, automaticamente se transfere a propriedade por meio da tradição e a doadora também perde o direito de reaver seus óvulos.

A clínica possui a responsabilidade de fertilizar os óvulos e fazer a inseminação nas mulheres (doadora e receptora). Assim sendo, caso o número de possibilidades seja insuficiente para a doadora atingir o objetivo, que é a gestação, ela poderá perder as possibilidades de ter um filho com a sua carga genética.

3.3 Responsabilidade da clínica de fertilização

O Código Civil de 2002, no artigo 186, dispõe que “Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.”

Será de responsabilidade indenizatória todo o ato que a clínica de fertilização praticar e que cause qualquer tipo de prejuízo à doadora ou à receptora. Tal responsabilidade é objetiva. O artigo 14 do Código de Defesa do Consumidor dispõe: “fornecedores e prestadores de serviços respondem de forma objetiva pelos danos causados”. Assim sendo, a clínica terá responsabilidade de indenizar, independentemente de culpa.

A clínica exerce função de prestadora de serviços para as mulheres, pois realiza a função de fertilização e inseminação, todos os seus serviços são remunerados e a clínica tem como finalidade o lucro.

Para Avelar (2008, p. 104):

A responsabilidade objetiva está fundada no princípio da equidade, segundo o qual aquele que lucra com uma situação deve responder com os riscos ou pelas desvantagens dela resultantes. A atividade exercida pelo agente, pelos danos que pode causar à vida, à saúde e a outros bens, já é considerada lesiva, ensejando a reparação da lesão independentemente da prova de culpa do agente.

Na doação compartilhada, a única parte da relação que está lucrando com a doação é a clínica de fertilização, uma vez que a receptora realiza o pagamento pelo seu tratamento, além do tratamento da doadora, e a doadora é parte hipossuficiente, a qual cumpre sua obrigação com seus gametas, que são insubstituíveis.

Assim sendo, a falta de informação e os riscos aos quais a doadora é submetida são desproporcionais à contraprestação recebida. A doação por si só é constituída por um negócio jurídico originalmente nulo, de acordo com o artigo 166 do Código Civil de 2002, pois o objeto do negócio jurídico é ilícito uma vez que não pode haver qualquer tipo de comercialização de óvulos.

Isso posto, a atividade de doação compartilhada de óvulos, indicada e iniciada pela própria clínica de fertilização, é uma forma de ludibriar os institutos legais, visando possibilitar uma prática ilícita.

Segundo Gomide (2010, p. 83), todos os consumidores devem ter direito de arrependimento. Contudo, a doadora – parte hipossuficiente da relação – acaba não possuindo de fato tal direito, visto que seus óvulos são posse da clínica de fertilização e apenas esta empresa tem a capacidade de fertilizar e inseminar.

No caso de mulheres sem condições econômicas, a única possibilidade da doadora de ser atendida pela clínica de fertilização é realizar a doação compartilhada, não havendo, como anteriormente exposto, direito ao arrependimento. Esse procedimento causa à doadora grande pressão psicológica e elementos de coação, conforme de Oliveira (2016, p. 23).

Segundo Avelar (2008, p. 109), um dano pode ser relacionado ao patrimônio, mas também pode afetar a sua ordem moral – ou seja, um dano pode afetar tanto naquilo que o sujeito é, como naquilo que ele possui.

Quando se trata do direito da mulher em relação aos seus óvulos perante a clínica de fertilização, com um enfoque na questão principalmente da doação compartilhada, nota-se que a doadora possui seus óvulos – que são um bem insubstituível. Quando a clínica retira dela este bem, em contraprestação de um tratamento necessário, mediante uma coação e pressão psicológica, sem o direito de arrependimento à mulher, ocorre uma lesão na esfera patrimonial.

A doadora também é lesada em sua esfera moral. Para Diniz, (1984, p. 9), o dano moral percorre a esfera íntima da pessoa, tange seu direito de honra, intimidade e sentimentos como tristeza e angústia.

Para a doadora, este dano está caracterizado em todos os momentos do tratamento. Ela deve dispor de seu próprio corpo, sendo bombardeada por hormônios, tendo incertezas a respeito do procedimento e sua eficácia, não tendo segurança na quantidade de possibilidades e colocando-se em risco – o que traz grande angústia pela possibilidade de perda de seus únicos óvulos que possuem sua carga genética.

Isso posto, conforme Faria (2023, p. 13), o direito de dano moral não tem apenas o intuito de indenizar ou reparar, mas, também, a função de punir. As clínicas, ano após ano, faturam com práticas que ferem a sociedade. Com o dever de indenização e reparação, poderão compreender a ilicitude, o que traz à indenização um caráter repressivo e preventivo para a sociedade.

Segundo Diniz (1984, p. 1):

Assim, o termo responsabilidade não se resume apenas na obrigação de quem causou o dano de repará-lo, de retornar a situação do lesado ao *status quo*, mas também em garantir uma relação jurídica equilibrada e ética.

A aludida dissertação diz respeito à forma de responsabilização, não podendo ser aplicada na relação prática das clínicas de fertilização com as doadoras, pois estas sofrem danos que são irreversíveis nas esferas moral e patrimonial. No entanto, cabe às clínicas o dever de indenizar estas mulheres, com objetivo de tentar amenizar esses danos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os direitos das mulheres certamente estão em constante desenvolvimento. Por mais notável que sejam muitas as conquistas sociais, acadêmicas e trabalhistas para mulheres, de certa forma elas ainda podem ser consideradas vulneráveis. No Brasil, as leis criadas buscando benefício e igualdade para as mulheres, ainda podem ser consideradas recentes.

Avanços científicos, como surgimento e desenvolvimento de métodos anticoncepcionais, proporcionam às mulheres um melhor planejamento de sua formação acadêmica, carreira profissional e familiar.

Estudos mostram que, cada vez mais, as mulheres postergam a gravidez. No entanto, isto afeta diretamente sua fecundidade e possibilidade de engravidar, pois qualidade e quantidade de óvulos está diretamente associada à idade.

Assim sendo, a fertilização *in vitro*, método artificial de fertilização, passa a ser uma opção interessante na solução e gestão para mulheres que apresentam dificuldade de fertilização por meios naturais.

Contudo, para fertilização *in vitro* há necessidade de fornecimento dos gametas e nota-se que algumas mulheres não dispõem das células necessárias para este tratamento. O avanço da ciência possibilitou às mulheres, como forma alternativa, o fornecimento e utilização de óvulos de uma outra mulher para sua fertilização.

Atualmente, o tratamento da fertilização *in vitro* é extremamente custoso e o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil ainda não é capaz de fornecê-lo às mulheres com tal necessidade.

Na busca de seu sonho de engravidar, muitas mulheres buscam as clínicas de fertilização mesmo sem condições de arcar com os custos do tratamento, sendo abordadas com uma proposta na linha de doação compartilhada dos óvulos.

A doação compartilhada é uma forma de comercialização dos gametas femininos: a doadora possui a propriedade dos óvulos, a receptora o dinheiro necessário para o pagamento de ambas, e as clínicas de fertilização, por sua vez, lucram com os dois tratamentos.

É, portanto, uma forma de comercialização que se utiliza da permuta – uma troca de serviços e produtos descrita no Código Civil como forma de compra e venda. Ocorre que a compra e venda de materiais biológicos é expressamente

proibida no Brasil. Portanto, a doação compartilhada de óvulos pode ser considerada uma forma encontrada pela medicina para ludibriar os ordenamentos jurídicos.

As clínicas de fertilização possuem interesse direto no avanço dos processos de doação compartilhada, pois sem a cooperação de doadoras elas não têm acesso ao material necessário para realizar e, conseqüentemente, lucrar com seus serviços.

Ocorre que, durante o procedimento de extração e doação dos óvulos, são necessários diversos procedimentos extremamente invasivos, que afetam diretamente aspectos físicos, psicológicos e emocionais da doadora.

Além disto, a doadora deve proceder à estimulação de seus ovários, buscando a maturação de todos os óvulos que serão compartilhados com a receptora. Entretanto, por meio deste procedimento a doadora poderá perder sua capacidade de gerar um filho através da sua carga genética, tornando-se também refém do procedimento, denominado doação compartilhada.

O aspecto do direito de arrependimento da doadora é algo extremamente delicado. Após a punção, procedimento no qual retira-se os óvulos, a clínica detém a posse de todos os óvulos, tornando-se, por consequência, proprietário deles. A doadora, portanto, perde seu direito de reavê-los.

Isso posto, muitas vezes os danos causados à doadora são de aspectos materiais e morais. A doadora pode inclusive perder a possibilidade de ter um filho com sua carga genética e perder seus óvulos, que faziam parte da sua propriedade material. Além disso, há possibilidade de abalos psicológicos com tratamentos invasivos e pressão psicológica.

Concluindo, a doação compartilhada de óvulos é um procedimento que pode ser caracterizado como ilícito desde sua origem, pois busca desvirtuar o ordenamento jurídico. Sendo, portanto, um método extremamente invasivo e que pode gerar danos irreversíveis à doadora que, mesmo indenizada, jamais poderá voltar à situação anterior.

Desta forma as clínicas de fertilização têm responsabilidade objetiva pelos danos causados as doadoras, sem a necessidade de comprovação de culpa. Esta responsabilização está amparada pelo código de defesa do consumidor, no artigo 14, o qual dispõe que prestadores de serviço respondem de forma objetiva pelos danos causados a seus consumidores.

Sendo assim, esta pesquisa aponta para caminhos que ainda deverão ser melhor estudados e avaliados na aplicação do direito aos cidadãos, no cumprimento do papel fundamental da ciência do direito, visando a proteção e cuidado as mulheres.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA AP, Assis mm. **Efeitos Colaterais E Alterações Fisiológicas Relacionadas Ao Uso Contínuo De Anticoncepcionais Hormonais Orais**. Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde, 2017; 5 (5): 85 - 93.
- ALMEIDA, Denise Brandão; SANTOS, Adelson Silva. **Reforma trabalhista e trabalho da mulher: história, emancipação e respeito**. Equidade: Revista Eletrônica de Direito da UEA-ISSN: 2675-5394, v. n. 2, 2023.
- ALMEIDA, Joana Palmira Martins et al. **Estimulação ovariana controlada e inseminação intrauterina: uma terapia atual**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 33, p. 341-347, 2011.
- AMARAL, Maria Eduarda Bonavides. **Análise comparativa de fatores associados à má resposta à estimulação ovariana em ciclos de fertilização in vitro 2021**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.
- AMARAL, Marta Rodrigues. **Estilos de vida e (in) fertilidade masculina**. 2020. Tese de Doutorado Universidade de Lisboa (Portugal).
- AVELAR, Ednara Pontes de et al. **Responsabilidade civil médica em face das técnicas de reprodução humana assistida**. 2008.
- BARBOSA, Ana Luiza Neves de Holanda; COSTA, Joana Simões de Melo. **Oferta de creche e participação das mulheres no mercado de trabalho no Brasil**. 2017.
- BARBOSA, Ana Luiza Neves de Holanda; COSTA, Joana Simões. **Parentalidade e divisão do trabalho de cuidados: análise do Programa+ Mulheres e de suas potenciais beneficiárias**. (Publicação Preliminar). 2023.
- BARROSO, Luís Roberto. **A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo: natureza jurídica, conteúdos mínimos e critérios de aplicação**. Versão provisória para debate público. Mimeografado, p. 04, 2010.
- BISNETA, Arabela et al. **Impacto da Salpingectomia na reserva ovariana**. 2019.
- BRASIL**. Constituição Da República Federativa Do Brasil De 1988
- BRASIL**. Decreto 21.076, de 21 de fevereiro de 1932. Institui o Código Eleitoral.
- BRASIL**. Lei nº6.515 de 26 de dezembro de 1977.
- BRASIL**. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil.

BRASIL. Lei Nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Institui o Código de Defesa do Consumidor.

CARVALHO, J. A. M. de; BRITO, F. **A demografia brasileira e o declínio da fecundidade no Brasil: contribuições, equívocos e silêncios.** Revista Brasileira de Estudos de População, v. 22, n. 2, p. 351-369, 2005.

CARVALHO, J.A.M. de **Regional trends in fertility and mortality in Brasil.** Population Studies, v. 28, n.3, p. 401-421, 1974.

CASANI, Leila M. et al. **Avaliação da reserva ovariana.** 2009.

CASTRO, Viviane Vaz. A FUNÇÃO SOCIAL DA MATERNIDADE NO CAPITALISMO PATRIARCAL: limites e possibilidades. **Revista Ciências Humanas**, v. 15, n. 1, 2022.

CAVALIERI FILHO, Sérgio. Responsabilidade civil no novo Código Civil. **Revista de Direito do Consumidor**, v. 48, 2003.

CHRONOPOULOU, E. et al. **Elective oocyte cryopreservation for age-related fertility decline.** Journal of Assisted Reproduction and Genetics, v. 38, n. 5, p. 1177-1186, may. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33608838/>. Acesso em: 22 fev. 2022.

CIOFFI, S., 1998. **Famílias metropolitanas: Arranjos familiares e condições de vida.** In: XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, Anais, pp. 1041-1070, Caxambu: Associação Brasileira de Estudos Populacionais.

CONFIANÇA. **Revista Jurídica da Seção Judiciária de Pernambuco**, n. 10, p. 419-446, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, na Resolução 2320/2022 - <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2022/2320>

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Manual de publicidade médica: resolução CFM nº 1.974/11 / Conselho Federal de Medicina; Comissão Nacional de Divulgação de Assuntos Médicos. – Brasília, 2021. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/publicidademedica/arquivos/cfm1974_11.pdf

CORLETA, Helena von Eye. **Fertilização in vitro: mais de 4 milhões de crianças nascidas e um prêmio Nobel.** Revista HCPA. Porto Alegre. Vol. 30, n. 4, (2010), p. 451-455, 2010.

CORRÊA, Marilena V. **Novas tecnologias reprodutivas: doação de óvulos. Ou que pode ser novo nesse campo.** Cadernos de saúde pública, v. 16, pág. 863-870, 2000.

DA SILVA SANTOS, Leticia Rodrigues; DIAS, Silvano Severino. **As influências do liberalismo e do socialismo na história do movimento feminista.** Humanidades em Perspectivas, v. 4, n. 8, p. 72-90, 2022.

DA SILVA, Edson Rosa Gomes et al. **Processamento cognitivo da informação para tomada de decisão**. *Perspectivas em Gestão & Conhecimento*, v. 1, n. 1, p. 25-39, 2011.

DA SILVA, Fabíola H. Oliveira Brandão; CAVALCANTE, Lília Iêda Chaves;

DA SILVA, Raquel Marques. **Evolução histórica da mulher na legislação civil**. 2008.

DE AGUIAR MOREIRA, Karolaine et al. **Anticoncepcionais hormonais: benefícios e riscos de sua utilização pela população feminina**. *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente*, v. 13, n. 2, p. 45-80, 2022.

DE BRITO, Fausto Alves et al. **A dinâmica do processo de urbanização no Brasil, 1940-2010**. Cedeplar, Universidade Federal de Minas Gerais, 2012.

DE LARA, Luciana Carneiro. **Revolução biotecnológica, consumo e mercantilização do corpo humano: uma análise sob a ótica dos direitos humanos**. *Cadernos da Escola de Direito*, v. 2, n. 13, 2010.

DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. **Pretendentes à adoção de crianças no Brasil: um estudo documental**. *Revista da SPAGESP*, v. 17, n. 2, p. 67-80, 2016.

DE OLIVEIRA HELLO, Laura. **Efeitos da transformação do papel social da mulher na sociedade brasileira: um ensaio sobre a queda na taxa bruta de natalidade e na taxa de fecundidade geral do Rio de Janeiro**, 2022.

DE OLIVEIRA, Veídes Souza. **Os defeitos do negócio jurídico, ênfase em lesão, e sua incidência no código de defesa do consumidor**. 2016.

DE SOUZA CHAVES, Vik. **O trabalho como elemento fundante do ser social e a possível alienação proposta na ideia de que o trabalho dignifica o homem em observância à centralidade proposta pelo capitalismo**. *Revista Serviço Social em Perspectiva*, v. 6, n. Especial, p. 32-45, 2022.

DIAS, Adelaide Alves. **Contexto histórico do processo de institucionalização das creches (creis) em João Pessoa-PB (1990-2016)**. *Crianças e Adolescentes em pauta: territórios, desigualdades e participação social*, p. 261.

DIAS, Joelson; SAMPAIO, Vivian Grassi. **A inserção política da mulher no Brasil: uma retrospectiva histórica**. *Estudos eleitorais*, v. 6, n. 3, p. 55-92, 2011.

DIAS, Maria Berenice. **Direito das Famílias**. 11ª. *Revista dos Tribunais*, 2016.

DINIZ, Maria Helena. **Responsabilidade civil**. Saraiva, 1984.

DUARTE-FILHO, Oscar Barbosa; PODGAEC, Sérgio. **Congelamento de todos os embriões em ciclos de fertilização in vitro em mulheres com resposta normal à estimulação ovariana.** Einstein (São Paulo), v. 19, 2021.

ELER, Kalline Carvalho Gonçalves; DE OLIVEIRA, Aline Albuquerque Sant'Anna. **Doação compartilhada de oócitos no Brasil: reflexão bioética à luz do conceito de vulnerabilidade e dos Direitos Humanos dos Pacientes.** Revista de Direitos e Garantias Fundamentais, v. 21, n. 2, p. 109-130, 2020.

FARIA, Cristiane Gonzalez Basile de et al. **Abandono afetivo nas relações de conjugalidade: responsabilidade civil e dano moral.** 2023.

FASSOLAS, GEORGES. **Existe tratamento de Fertilização In Vitro (FIV) gratuito.** Disponível em: <https://www.vivita.com.br/faq/existe-tratamento-de-fertilizacao-in-vitro-fiv-gratuito>. Acesso em: 10/05/2023.

FERNANDES, Lara Juliana Henrique et al. **A ética na doação compartilhada de óvulos.** Revista Bioética CREMEGO, v. 4, n. 2, p. 29-33, 2022.

FERREIRA, Carla Froener. **A reprodução humana assistida e a sociedade do espetáculo: a fragmentação do direito frente à publicidade via internet de tratamento de fertilização.** 2016.

FERREIRA, Mariana Pires Batista. **Menopausa Precoce.** 2016.

FRAGA, Vitor Galvão. **O direito das obrigações e o paradigma da confiança.** Revista Jurídica da Seção Judiciária de Pernambuco, n. 10, p. 419-446, 2017.

GOMIDE, Alexandre Junqueira. **Direito de arrependimento nos contratos.** 2010. Tese de Doutorado.

GONÇALVES, Luziany D. et al. **Avaliação ultrassonográfica da reserva ovariana.** 2010. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP)

GONÇALVES, Záfia Rangel; MONTEIRO, Denise Leite Maia. **Complicações maternas em gestantes com idade avançada.** Femina, 2012.

GONDIM, Sônia Maria Guedes. **Perfil profissional e mercado de trabalho: relação com formação acadêmica pela perspectiva de estudantes universitários.** Estudos de Psicologia (Natal), v. 7, p. 299-309, 2002.

HARTMANN, Ivar Alberto Martins. **O princípio da precaução e sua aplicação no direito do consumidor: dever de informação.** Direito & Justiça, v. 38, n. 2, 2012.

HARTMANN, Ivar Alberto Martins. **O princípio da precaução e sua aplicação no direito do consumidor: dever de informação.** Direito & Justiça, v. 38, n. 2, 2012.

Hespanhol, Thais. **É possível fazer FIV – Fertilização in Vitro pelo SUS, sem custos?**. Disponível em: <https://drathaishespanhol.com.br/e-possivel-fazer-fiv-fertilizacao-in-vitro-pelo-sus-sem-custos/#:~:text=Uma%20op%C3%A7%C3%A3o%20importante%20para%20que m,n%C3%A3o%20chegam%20a%20se%20conhecer> . Acesso em: 10/05/2023.

IBGE – **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (Pnad) de 2019.

IBGE, 2019. **IBGE. Sidra: Banco de Tabelas Estatísticas**. Disponível em: <https://mapasinterativos.ibge.gov.br/rc/> Acesso em: 26 de março de 2023.

KARAWAJCZYK, Mônica. **As filhas de Eva querem votar: dos primórdios da questão à conquista do sufrágio feminino no Brasil** (c. 1850-1932). 2013.

KIST, Daiane Raquel; PETRY, Analidia; DA COSTA SOMAVILLA, Vera Elenei. **Concepções de acadêmicos sobre fertilização In Vitro na formação da enfermagem e da saúde**. Brazilian Journal of Health Review, v. 4, n. 3, p. 10596-10605, 2021.

LEITE, Nathalia Evelyn Martins. **Influência da satisfação conjugal e do estresse em mulheres sob tratamento de fertilização in vitro**. 2021. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

LEOCÁDIO, Victor; VERONA, Ana Paula; WAJNMAN, Simone. **Intenções de fecundidade: uma revisão da literatura acerca da variável em países de renda alta e no Brasil**. Revista Brasileira de Estudos de População, v. 40, p. e0238, 2023.

LEONCIO, Jamile Passos; DE ALMEIDA TOMASZEWSKI, Adauto. **Inseminação artificial e suas implicações jurídicas**. Revistas de Ciências Jurídicas e Sociais da UNIPAR, v. 20, n. 2, 2017.

LEVASIER, Luana, **Fertilização in vitro: confira os custos do procedimento e como é feito**, Estadão, 2023. Disponível em: <https://investidor.estadao.com.br/colunas/quanto-custa/fertilizacao-in-vitro-custos/#:~:text=Os%20exames%20exigidos%20costumam%20ser,mil%20e%20R%24%2020%20mil>

LOPES, Joaquim Roberto Costa; Febrasgo. **Tratado De Ginecologia**: 63. Aspectos Éticos Da Inseminação Artificial. Rio De Janeiro: Revinter, 2000, Vol. 1, P.585- 587.

LOYOLA, Maria Andrea. **Cinquenta anos de anticoncepção hormonal: a mulher e a pílula**. ComCiência, n. 119, p. 0-0, 2010.

MARX, Karl. **O Capital Livro I - crítica da economia política: O processo de produção do capital**. Tradução Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2013. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2547757/mod_resource/content/1/MARX

%2C%20Karl.%20O%20Capital.%20vol%20I.%20Boitempo..pdf>. Acesso: 20 nov. 2021.

MATTAR, Laura Davis. **Reconhecimento jurídico dos direitos sexuais: uma análise comparativa com os direitos reprodutivos.** SUR. *Revista Internacional de Direitos Humanos*, v. 5, p. 60-83, 2008.

MEDINA, Paulo Geraldo de Oliveira. **A doação.** O Novo Código Civil: estudo em homenagem ao professor Miguel Reale, v. 2, 2003.

MEOLA, Juliana et al. **Falando sobre infertilidade.** *Genética na Escola*, v. 4, n. 1, p. 1-3, 2009.

MIRANDA, Maria da Graça Gonçalves Paz. **O estatuto da mulher casada de 1962.** 2013.

MONTAGNINI, Helena Maria Loureiro et al. **Estados emocionais de casais submetidos à fertilização in vitro.** *Estudos de Psicologia (Campinas)*, v. 26, p. 475-481, 2009.

MOREIRA, T.M.M., VIANA, D.S., QUEIROZ, M.V.O., JORGE, M.S.B., **Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez.** *Revista Escola de Enfermagem USP*, v. 42, n. 2, p. 312-20, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a14.pdf>> e acesso em 28/03/2023.

MOURA, António Graça. Sobre a natureza da responsabilidade pré-contratual. **Revista Electrónica de Direito. RED**, v. 30, n. 1, p. 63-87, 2023.

NASCIMENTO, Júlia Luna et al. **Influência da idade na efetivação da reprodução assistida por fertilização in vitro em mulheres acima de 35 anos.** *E-Acadêmica*, v. 4, n. 1, p. e2141433-e2141433, 2023.

NAVARRO, Cláudia. **É possível comprar gametas para reprodução assistida no Brasil.** Disponível em: <https://medicinas.com.br/gametas-reproducao-assistida/> . Acesso em: 10/05/2023.

NÉRI, Marcelo. **Dinheiro traz a felicidade.** *Revista Conjuntura Econômica*, v. 62, n. 2, p. 28-31, 2008.

OLIVEIRA, Flavia Ramalho Pelissar; CARDOSO, Daniel; OLIVEIRA, Fábio Varoni. **História da inseminação artificial**, 2009.

Os direitos reprodutivos. Sur. **Revista Internacional de Direitos Humanos**, v. 5, n. 8, p. 60-83, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1806-64452008000100004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sur/a/CwLVRN4HBQzfcPsGb8WJc9q/?lang=pt>. Acesso em: 19 de março de 2023

- PASSOS, Eduardo Pandolfi. **Prêmio Nobel de Medicina 2010: novos paradigmas em reprodução humana**. Revista HCPA. Porto Alegre. Vol. 30, n. 4, (2010), p. 313-314, 2010.
- PEREIRA, Suellen Aparecida Patricio et al. **Aplicabilidade da acupuntura como terapia complementar à fertilização in vitro: uma revisão integrativa**. In: **anais do i congresso nacional de saúde multidisciplinar**. p. 59, Vol. 01, 2023.
- PITHAN, Livia Haygert. **A doação compartilhada de óvulos no Brasil sob enfoque do direito e da bioética**. Revista AMRIGS, 2015.
- PITHAN, Livia Haygert. **A doação compartilhada de óvulos no Brasil sob enfoque do direito e da bioética**. Revista AMRIGS, 2015.
- POLI, Marcelino Espírito Hofmeister. **Meio Século da pílula anticoncepcional**. Femina, v. 39, n. 7, p. 336, 2011.
- RAMOS, Ana Lucia Oliveira. **A escolha por cor/raça no processo de adoção de crianças negras**. In: Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais 2019. 2019.
- RIBEIRO, Miranda, GARCIA, Adriana, ALEXANDRINO, Ricardo, FARIA, Tereza Cristina de Azevedo Bernardes. **Baixa fecundidade e adiamento do primeiro filho no Brasil**. Revista Brasileira de Estudos de População, v. 36, 2019.
- ROSEVALD, Nelson. **A propriedade aparente no Código Civil de 2002**. Revista jurídica do Ministério Público, v. 6, 2006.
- SANTOS, Carla Caroline Freitas. **Estabilidade da gestante: garantias constitucionais à gestante e ao nascituro**. 2021.
- SANTOS, Juliana Roberto dos. **Ovodoação: vivências das doadoras e receptoras de óvulos em um hospital universitário**. 2009. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.
- SARTORI, Priscila Ely et al. Criopreservação de óvulos: uma alternativa para preservação da fertilidade. Acta méd. (Porto Alegre), p. [5]-[5], 2013.
- SILVEIRA, Camila Filardi et al. **A contagem dos folículos antrais na predição de resultados em ciclos de fertilização in vitro: uma revisão sistemática**. Reprodução & Climatério, v. 28, n. 2, p. 68-73, 2013.
- SIMÕES, Fátima Itsue Watanabe; HASHIMOTO, Francisco. Mulher, mercado de trabalho e as configurações familiares do século XX. **Vozes dos Vales**, v. 1, n. 2, p. 1-25, 2012.
- STEINER, Meir. **Saúde mental da mulher: o que não sabemos**. Brazilian Journal of Psychiatry, v. 27, p. s41-s42, 2005.

STRAUSS, Leo, 1899-1973. **Direito natural e história** / Leo Strauss; tradução Bruno Costa Simões; revisão da tradução Aníbal Mari, Marcelo Brandão Cipolla. – São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2019. – (biblioteca do pensamento livre)

VINHOLI, Ana Carolina; MARTINS, Pedro. **Agricultura urbana e êxodo rural**. 2012.