

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Faculdade de Direito

Curso de Ciências do Estado

Guilherme Reis de Jesus

**A COMPETÊNCIA DO ESTADO E DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA NA
FISCALIZAÇÃO DA REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA NO BRASIL**

Belo Horizonte

2026

Guilherme Reis de Jesus

**A COMPETÊNCIA DO ESTADO E DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA NA
FISCALIZAÇÃO DA REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA NO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Ciências do Estado da Faculdade de
Direito da Universidade Federal de Minas Gerais,
como requisito parcial à obtenção do grau de
bacharel em Ciências do Estado.

Orientadora: Profa. Carla Vasconcelos Carvalho.

Belo Horizonte

2026

Dedico este trabalho à minha mãe, Janete dos Reis, que sempre foi meu alicerce, exemplo de força, amor e dedicação. Obrigado pelo incentivo, pelas brigas, pelos puxões de orelha, por acreditar em mim mesmo nos momentos mais difíceis e por não medir esforços para que eu pudesse chegar até aqui.

À memória da minha avó, que, mesmo não estando mais presente, continua sendo uma inspiração e estará sempre em meu coração. Seu amor, seus ensinamentos e sua força fazem parte de quem eu sou.

Aos meus amigos da vida, que compartilharam comigo alegrias, desafios e conquistas: agradeço pela amizade verdadeira, pelo apoio, pelas palavras de incentivo e por tornarem essa jornada mais leve.

Esta conquista é fruto do carinho, da confiança e da presença de cada um de vocês. Com muito amor e gratidão, dedico este trabalho a todos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, em primeiro lugar, por me dar força, sabedoria e perseverança para concluir esta etapa da minha vida acadêmica.

À minha orientadora, Carla Vasconcelos Carvalho, pelo acompanhamento, pela paciência e pelas contribuições essenciais para a realização deste trabalho.

Aos professores do Curso de Ciências do Estado, pela qualidade do ensino, pelos debates enriquecedores e pelo conhecimento compartilhado durante a graduação.

À Universidade Federal de Minas Gerais, pela excelência acadêmica, pelas oportunidades de formação, pesquisa e extensão, e por ter contribuído de maneira fundamental para a minha trajetória profissional e pessoal.

Aos meus amigos da vida — Bernardo, Barbara F., Barbara E., Barbara B., Danilo, João, Laís, Leo de Cida, Lu Abasse., Maria Luiza e Ramon —, obrigado pelos anos de amizade e companheirismo.

Aos meus amigos da faculdade, pela parceria construída ao longo desses anos de graduação. Ana Luiza, Isabella, Julia, Milena, Larissa, Leonardo e Theo, meu muito obrigado por tornarem os dias mais leves.

À Ânima Engenharia, obrigado pelo ambiente de aprendizado, pelas oportunidades de desenvolvimento e pelo apoio institucional ao longo da minha trajetória acadêmica e profissional. Aos meus colegas de trabalho, especialmente Amanda, Brunelle, Cassia, Isabella, Janaina, Melque e Wendell, as manhãs de trabalho se tornaram momentos especiais graças a vocês, marcadas por leveza, risadas e cooperação.

Ao escritório Raquel Arantes Advogados, obrigado pela confiança e pelo aprendizado contínuo durante tão pouco tempo, em especial à Ana Laura, pelos ensinamentos, pela dedicação e pela paciência.

RESUMO

O presente trabalho analisa a competência do Estado e do Conselho Federal de Medicina (CFM) na fiscalização da reprodução humana assistida no Brasil, em razão da falta de uma legislação federal específica que trate extensivamente do tema. A pesquisa confirma que o avanço das técnicas de reprodução assistida superou a produção legislativa. Assim, as Resoluções do Conselho Federal de Medicina passaram a ter um papel central na regulamentação ética desses procedimentos e técnicas. O estudo investiga a natureza jurídica e os limites do poder normativo do CFM, diferenciando sua função reguladora da atividade legislativa, à luz do princípio da legalidade. Também examina a atuação do Estado por meio do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), destacando as regras de fiscalização das clínicas especializadas e a possibilidade de responsabilização civil do Estado em casos de omissão do dever de fiscalizar. A pesquisa foi realizada por meio de uma revisão bibliográfica, jurisprudencial e legislativa, utilizando o método dedutivo, com base na Constituição Federal de 1988, nas Resoluções do Conselho Federal de Medicina e na doutrina especializada em Direito Administrativo, Constitucional e Biodireito. Conclui-se que o modelo atual de fiscalização apresenta limitações devido à fragmentação normativa e à falta de uma disciplina legal específica, criando insegurança jurídica para profissionais, pacientes e instituições. Defende-se, por fim, a necessidade de criação de uma legislação federal que defina parâmetros claros para a reprodução humana assistida, delimitando as competências institucionais do Estado e do Conselho Federal de Medicina, e consolidando a proteção dos direitos fundamentais relacionados à saúde, ao planejamento familiar e à dignidade da pessoa humana.

Palavras-chave: Reprodução humana assistida, Conselho Federal de Medicina, Fiscalização, Responsabilidade do Estado

ABSTRACT

This study examines the respective roles of the State and the Federal Council of Medicine (CFM) in overseeing assisted human reproduction in Brazil in light of the absence of comprehensive federal legislation governing the subject. The research demonstrates that advances in assisted reproduction techniques have outpaced legislative development, assigning a central role to the resolutions issued by the Federal Council of Medicine in the ethical regulation of these procedures. The study analyzes the legal nature and limits of the CFM's regulatory authority, distinguishing its regulatory function from legislative activity in accordance with the principle of legality. It also examines the role of the State through the National Health Surveillance System and the Brazilian Health Regulatory Agency (ANVISA), with emphasis on the inspection of specialized fertility clinics and the possibility of State civil liability in cases of failure to fulfill its supervisory duties. The research was conducted through a bibliographic, legislative, and case law review, employing the deductive method and relying on the Federal Constitution of 1988, the resolutions of the Federal Council of Medicine, and specialized scholarship in Administrative Law, Constitutional Law, and Bioethics. The study concludes that the current oversight model presents significant limitations due to regulatory fragmentation and the absence of a specific legal framework, resulting in legal uncertainty for healthcare professionals, patients, and institutions. Finally, it argues for the enactment of comprehensive federal legislation establishing clear legal parameters for assisted human reproduction, defining the institutional competencies of the State and the Federal Council of Medicine, and strengthening the protection of fundamental rights related to health, family planning, and human dignity.

Keywords: Assisted human reproduction. Federal Council of Medicine. Oversight. State liability.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
1.1 Contextualização da reprodução humana assistida no Brasil	7
1.2 Problema de pesquisa	8
1.3 Objetivo geral	8
1.4 Objetivos específicos	8
1.5 Metodologia	9
2 A REPRODUÇÃO ASSISTIDA E SUA REGULAMENTAÇÃO NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO.....	9
2.1 Conceito e evolução histórica da reprodução assistida	9
2.2 Técnicas de reprodução assistida e suas implicações jurídicas.....	10
2.3 Ausência de legislação específica e lacunas normativas	12
3 COMPETÊNCIA DO ESTADO NA FISCALIZAÇÃO DA REPRODUÇÃO ASSISTIDA.....	13
3.1 O dever estatal de proteção à saúde.....	13
3.2 Vigilância sanitária e controle das clínicas de reprodução assistida	15
3.3 Responsabilidade civil do estado por omissão na fiscalização	17
4 A ATUAÇÃO DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA NA REPRODUÇÃO ASSISTIDA.....	19
4.1 Natureza jurídica e competências do CFM.....	19
4.2 As resoluções do CFM sobre reprodução assistida	20
4.3 Limites do poder normativo do Conselho Federal de Medicina	20
4.4 Fiscalização ética dos profissionais e clínicas especializadas	22
5 CONCLUSÃO.....	23
REFERÊNCIAS	25

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização da reprodução humana assistida no Brasil

A Constituição Federal de 1988 prevê, em seu artigo 226, § 7º, a liberdade quanto ao planejamento familiar, cabendo ao casal a decisão e competindo ao Estado propiciar os meios para fazê-lo, bem como os recursos educacionais e científicos para a concretização desse direito, sendo proibido qualquer meio coercitivo por parte de instituições públicas ou privadas (BRASIL, 1988). A reprodução humana assistida tem crescido substancialmente no mundo e, no Brasil, não é diferente. Um dos maiores avanços da medicina e da tecnologia contemporânea, tem permitido a pessoas e casais com eventuais problemas de fertilidade a concretização de um projeto familiar.

No Brasil, técnicas como a fertilização in vitro, a inseminação artificial e a criopreservação de gametas promovem debates na sociedade, seja em natureza jurídica, ética ou social. Temas como o anonimato dos doadores, a gestação por substituição, o descarte de embriões excedentários, a ampliação do acesso e as desigualdades sociais dessas práticas ultrapassam o campo médico, produzindo efeitos no ordenamento jurídico brasileiro e ressoando na proteção de direitos fundamentais.

Apesar do crescimento significativo dessas práticas, ainda se encontram, no Brasil, lacunas acerca de sua legislação e de suas normas reguladoras, sendo a matéria decidida, em grande maioria, por resoluções publicadas pelo Conselho Federal de Medicina, que determinam os parâmetros éticos para o exercício legal dos profissionais da área. Não obstante, o Estado, por meio de seus órgãos competentes, exerce a função de fiscalização e controle sanitário dessas práticas.

Diante do exposto, é importante analisar a competência do Estado e do Conselho Federal de Medicina na fiscalização da reprodução humana assistida no Brasil, bem como os desafios e a ausência de legislação federal específica acerca desse importante meio de formação familiar, promovido pela ampliação tecnológica no campo médico.

1.2 Problema de pesquisa

A construção da problemática perpassa o desenvolvimento desenfreado de técnicas de reprodução assistida no país e a complexidade das questões éticas, sociais e jurídicas acerca do tema. Paralelamente, a inexistência de uma lei federal que discipline de forma coesa e detalhada seu modo de resolução e de fiscalização promove questionamentos acerca do limite de atuação de cada ente. Por um lado, o Estado, com o dever de exercer o controle e a fiscalização sanitária, objetivando a proteção da saúde pública. De outro, o Conselho Federal de Medicina, que assume a principal regulamentação do tema, decidindo e limitando a atuação dos profissionais de saúde. Por consequência disso e das lacunas normativas existentes, quais são os limites e as competências do Estado e do Conselho Federal de Medicina na fiscalização da reprodução humana assistida no Brasil?

1.3 Objetivo geral

O objetivo geral desta pesquisa é compreender a competência do Estado e do Conselho Federal de Medicina na fiscalização da reprodução humana assistida no Brasil. Além disso, busca-se identificar a ausência de uma legislação específica e compreender o limite de atuação de cada uma das entidades.

1.4 Objetivos específicos

- a) verificar os principais aspectos conceituais e normativos da reprodução humana assistida no ordenamento jurídico brasileiro;
- b) apresentar a função do Estado na regulação e na fiscalização das técnicas de reprodução assistida;
- c) investigar os desafios decorrentes da lacuna legislativa existente no Brasil quanto à regulamentação dessas técnicas; e
- d) analisar a competência e os limites de atuação do Conselho Federal de Medicina.

1.5 Metodologia

No tocante à proposta metodológica para o desenvolvimento deste trabalho, a abordagem será qualitativa, adotando-se a técnica de análise de conteúdo para a compreensão da competência do Estado e do Conselho Federal de Medicina na fiscalização da reprodução humana assistida no Brasil. Quanto ao gênero de pesquisa, trata-se de uma pesquisa teórica, que fará um levantamento e uma análise bibliográfica, documental e jurisprudencial.

O raciocínio a ser utilizado será majoritariamente o dedutivo. A pesquisa será realizada mediante análise de livros, artigos científicos e dissertações relacionados à reprodução assistida, ao direito à saúde, ao biodireito e à atuação das entidades reguladoras. Ademais, a pesquisa documental consistirá na verificação de normas, regulamentações, legislações e decisões judiciais relevantes para a compreensão da problemática.

2 A REPRODUÇÃO ASSISTIDA E SUA REGULAMENTAÇÃO NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO

2.1 Conceito e evolução histórica da reprodução assistida

No final do século XVIII, o médico britânico John Hunter foi um dos pioneiros na realização de técnicas de reprodução humana assistida, ao indicar a coleta de sêmen por seringa para que o paciente pudesse introduzi-lo em sua esposa. O paciente era portador de hipospádia, anomalia congênita em que a abertura da uretra não se localiza na ponta do pênis, mas em sua parte inferior, o que, por consequência, impedia a ejaculação dentro do canal vaginal. A técnica foi realizada com êxito e, depois de injetado o material diretamente no trato genital, resultou em uma gravidez bem-sucedida e, posteriormente, no nascimento de uma criança saudável. O procedimento realizado pelo britânico representou um importante marco na ciência e abriu caminho para pesquisas e avanços científicos na área.

Entretanto, foi no século XX que definitivamente ocorreu o ponto de virada. Em 1978, nasce o primeiro bebê concebido por fertilização in vitro (FIV). O procedimento,

realizado por dois médicos britânicos, consistia na coleta de óvulos da mulher, fertilizados com espermatozoides em laboratório, para futuramente ocorrer a transferência do embrião para o útero. Louise Brown foi o primeiro “bebê de proveta”, o que estampou manchetes de jornais em todo o mundo, gerando debates sobre a legalidade e a ética dessa técnica, bem como questionamentos sobre a saúde de crianças concebidas por esse meio. Esse fenômeno não apenas fomentou o desenvolvimento da ciência, mas também redefiniu os conceitos de família. Para Diniz (2007, p. 452):

A reprodução humana assistida nada mais é do que o conjunto de operações para unir, artificialmente, os gametas feminino e masculino, dando origem a um ser humano. Trata-se de uma grande conquista científica, mas que não poderá ficar sem limites jurídicos, que dependerão das convicções do legislador, de sua consciência e de seu limite sobre o que é justo.

No Brasil, a reprodução humana assistida ganha novos contornos em 1984, com o nascimento de Anna Paula Caldeira, também concebida por fertilização in vitro (FIV). A técnica foi realizada na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), que se tornou centro de referência em toda a América Latina, demonstrando que o Brasil detinha capacidade para acompanhar os avanços científicos internacionais (MILHORANCE, 2014). O nascimento de Anna Paula representava esperança para casais com problemas de fertilidade. A partir desse cenário, as técnicas de reprodução passaram a ganhar maior notoriedade, favorecendo o desenvolvimento da medicina reprodutiva no país.

2.2 Técnicas de reprodução assistida e suas implicações jurídicas

Atualmente, no Brasil, existem aproximadamente 174 (cento e setenta e quatro) clínicas especializadas em reprodução assistida, dentre as quais 30 (trinta) em São Paulo, 11 (onze) no Rio de Janeiro, 9 (nove) em Belo Horizonte e 9 (nove) em Porto Alegre (ANVISA, 2024), centralizadas majoritariamente no setor privado. Nessa conjuntura, entre as técnicas da medicina reprodutiva, destacam-se a fertilização in vitro, a inseminação artificial, a injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), a criopreservação de gametas e embriões, a doação de gametas e, por fim, a gestação por substituição, conhecida como “barriga de aluguel”. Cada uma dessas técnicas

apresenta particularidades e diferentes níveis de complexidade no que tange às implicações jurídicas, éticas e sociais.

As implicações jurídicas, éticas e sociais promovem opiniões e entendimentos distintos acerca do tema, em razão da falta de legislação federal específica que regule de forma abrangente as várias técnicas. O projeto familiar, por exemplo, previsto no artigo 226, § 7º, da Constituição Federal, assegura aos indivíduos a liberdade de decidir sobre a formação da família, cabendo ao Estado o dever de fornecer recursos educacionais e científicos para sua efetivação na prática (BRASIL, 1988). Esse direito limita o poder estatal, uma vez que envolve a autonomia reprodutiva dos indivíduos, principalmente na ausência de legislação específica.

É importante salientar que, embora a Constituição Federal assegure o direito à saúde, sua prática não é exercida em total plenitude quando se trata da reprodução humana assistida. Sua limitação é marcada, sobretudo, pela desigualdade social. Torna-se evidente a barreira econômica entre quem consegue ou não arcar com os custos dos procedimentos de reprodução assistida. Os valores, majoritariamente, são elevados, podendo alcançar preços inacessíveis para uma parcela da população. Consequentemente, populações hipossuficientes enxergam essa realidade de maneira inalcançável. Dos onze serviços públicos existentes, somente em quatro, o tratamento é fornecido integralmente de forma gratuita. Por outro lado, nos demais, alguns procedimentos, medicamentos ou testes ainda necessitam ser custeados (SOUZA, 2023). Diante disso, a ampliação do debate sobre legislações específicas ou políticas públicas entre legisladores, profissionais da saúde e sociedade civil torna-se importante para a promoção do acesso à reprodução assistida no território nacional, bem como para a maior efetividade do direito à saúde.

Outra implicação jurídica decorrente das técnicas de reprodução humana assistida refere-se ao destino dos embriões excedentários. A existência de múltiplos embriões abandonados e congelados, somada à ausência de uma legislação federal específica e abrangente, causa insegurança jurídica a todos os profissionais que atuam na área. As possibilidades de descarte, doação ou utilização desses embriões promovem posicionamentos éticos e jurídicos conflitantes, principalmente quando tratadas em situações de abandono, divórcio, dissolução de união estável ou falecimento dos genitores. Ainda que as normas atuais sejam interpretadas como respeitosas e incentivadoras da autonomia dos pacientes, a matéria envolve

elementos sensíveis de natureza ética, moral e jurídica, o que ocasiona discordância entre profissionais da saúde, pacientes e órgãos reguladores. Para Diniz (2007, p. 533):

Via de regra, antes da fecundação, a mulher é submetida a tratamento hormonal, para ter uma superovulação, para que vários óvulos sejam fertilizados na proveta, implantando-se, porém, dos quinze liberados, no máximo quatro deles no útero. Os demais embriões, chamados de excedentários, são criopreservados para que haja a necessidade de nova implantação.

Entre os principais dilemas está a chamada gestação por substituição, popularmente conhecida como “barriga de aluguel”. A técnica baseia-se na gestação de um embrião por uma terceira pessoa, podendo ser realizada no país nos termos das normas expedidas pelo Conselho Federal de Medicina. No entanto, a resolução determina que o procedimento não poderá ter caráter comercial ou lucrativo, o que suscita conflitos relacionados ao risco de mercantilização, à filiação, à autonomia das partes envolvidas e aos limites da interferência estatal. Explica Diniz (2007) que a filiação é a ligação entre pais e filhos, resultante de uma relação socioafetiva, de modo que a filiação biológica não possui superioridade sobre a filiação afetiva, o que aprofunda a complexidade jurídica do tema nos casos de gestação por substituição.

O anonimato dos doadores de material genético suscita diferentes interpretações sobre seus limites. Em procedimentos como a fertilização in vitro e a inseminação artificial, levantam-se discussões sobre o direito à identidade e ao conhecimento da origem biológica, sendo que, excepcionalmente, é permitido o acesso às informações do doador em situações de natureza médica, fornecidas exclusivamente aos profissionais responsáveis. Paralelamente, a quebra de sigilo impactaria na redução do número de doadores, além de violar o direito à intimidade do doador, sua liberdade quanto ao planejamento familiar e o princípio da intervenção mínima do Estado nas entidades familiares.

2.3 Ausência de legislação específica e lacunas normativas

Sob essa ótica, embora a reprodução humana assistida apresente um crescimento substancial no Brasil, cabe ressaltar que ainda não impera no ordenamento jurídico uma legislação federal específica que regule a prática. Para

Diniz (2007), a falta de um diploma legal que regule as técnicas de reprodução humana assistida compromete a segurança jurídica dos profissionais que nela atuam, uma vez que a disciplina da matéria acaba ancorada em resoluções do Conselho Federal de Medicina, em costumes e em analogias destinadas a preencher o vazio deixado pela ausência de lei própria

Embora a Constituição Federal de 1988 determine princípios relacionados à dignidade da pessoa humana, ao direito à saúde e ao planejamento familiar, a ausência de um diploma legal com força de lei, principalmente em situações complexas, dificulta diretamente a fiscalização da atividade, visto que limita a definição correta das autoridades competentes responsáveis pela supervisão dessas práticas. Além disso, não delimita os limites da atuação estatal e do Conselho Federal de Medicina, não garantindo maior clareza e proteção aos direitos e deveres dos envolvidos, sobretudo de pacientes, profissionais de saúde e clínicas especializadas.

Controvérsias relacionadas à gestação por substituição, ao anonimato dos doadores e à destinação de embriões excedentários evidenciam a necessidade de mecanismos eficazes de controle e supervisão dessas atividades. Como pontua Diniz (2007), a reprodução assistida é uma conquista científica, mas carece de limites jurídicos, que decorrerão das convicções do legislador, de seu conhecimento e de seu princípio de justiça. Logo, a atuação fiscalizatória desempenhada pelo Estado e pelos órgãos competentes ganha destaque, visto que são responsáveis por assegurar e garantir a efetividade das normas éticas, administrativas e sanitárias.

3 COMPETÊNCIA DO ESTADO NA FISCALIZAÇÃO DA REPRODUÇÃO ASSISTIDA

3.1 O dever estatal de proteção à saúde

A Constituição Federal de 1988 reconhece a saúde como direito fundamental, presente em seu artigo 6º como direito social, inserida no contexto do movimento da Reforma Sanitária e essencial para a construção democrática da saúde (BRASIL, 1988). Sob essa lógica, a Carta Magna delegou ao Estado a função de criar ações focadas na promoção desse direito fundamental. Consonantemente, em seu artigo 23, inciso II, a Constituição reitera que cuidar da saúde e da assistência pública compete

a todos os entes federativos, quai União, Estados, Distrito Federal e Municípios (BRASIL, 1988).

No que tange ao artigo 196 da Constituição Federal de 1988, declarou-se a saúde como direito de todos e dever do Estado. Nesse sentido, Ieciona Silva (2005, p. 831):

A saúde é concebida como direito de todos e dever do Estado, que a deve garantir mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos. O direito à saúde rege-se pelos princípios da universalidade e da igualdade de acesso às ações e serviços que a promovem, protegem e recuperam.

Essa garantia deve ocorrer, na prática, mediante políticas sociais e econômicas destinadas à redução de riscos de doenças e de outros agravos, bem como ao acesso igualitário e universal a esses serviços. Logo, é válido analisar que a atuação estatal não se baseia apenas em executar serviços médicos, mas também exerce a função de controle, supervisão e fiscalização das atividades relacionadas à saúde pública e privada. Paralelamente, considerando que a reprodução humana assistida envolve procedimentos de alta complexidade e sensibilidade, mostra-se necessário e justificado o dever constitucional do Estado na fiscalização dessas práticas, objetivando a proteção dos direitos e da saúde dos envolvidos.

O planejamento familiar também figura entre as garantias previstas na Constituição Federal de 1988, representando o direito de decidir sobre ter ou não filhos, de forma responsável e livre, preservando princípios como a autonomia e a dignidade da pessoa humana. Em suma, caracteriza um direito de todo cidadão à assistência à concepção, ao atendimento pré-natal, à assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato, atividades básicas que o Sistema Único de Saúde (SUS) deve garantir em toda a sua rede de serviços (BRASIL, 1996). Ao regulamentar o referido preceito constitucional, a Lei nº 9.263/1996 define, em seu artigo 2º, o planejamento familiar como “o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal” (BRASIL, 1996). Por esse ângulo, a Constituição Federal institui que, “fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito” (BRASIL, 1988). Nessa situação, o Estado não garante somente o planejamento familiar, mas

também fiscaliza as práticas médicas que o possibilitam, a fim de assegurar os direitos fundamentais dos envolvidos.

3.2 Vigilância sanitária e controle das clínicas de reprodução assistida

A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) determina que o Sistema Único de Saúde é responsável por executar tanto ações de vigilância sanitária quanto epidemiológica. Em seu artigo 6º, § 1º, a Lei Orgânica da Saúde determina que a vigilância sanitária deve atuar na prevenção de riscos à saúde pública por meio do controle de bens, produtos e serviços (BRASIL, 1990). Em seus exatos termos legais, tal atividade consiste em “um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde” (BRASIL, 1990). Com atuações distintas em cada esfera de governo, exerce atividades como o controle e o registro de medicamentos, alimentos e cosméticos. Ademais, inspeciona hospitais, clínicas e farmácias e averigua fatores ambientais que afetam a saúde humana, entre eles a qualidade do solo, do ar e da água, o gerenciamento de resíduos e o controle de pragas. Sob esse prisma, a vigilância desempenha papel crucial na fiscalização das clínicas de reprodução assistida, assegurando que todos os procedimentos estejam em conformidade com as normas sanitárias e os padrões de segurança exigidos. Como observa Dallari (1988, p. 330):

Não basta que sejam colocados à disposição dos indivíduos todos os meios para promoção, manutenção ou recuperação da saúde para que o Estado responda satisfatoriamente à obrigação de garantir a saúde do povo. Hoje os Estados são, em sua maioria, forçados por disposição constitucional a proteger a saúde contra todos os perigos. Até mesmo contra a irresponsabilidade de seus próprios cidadãos. A saúde “pública” tem um caráter coletivo.

A fiscalização da reprodução humana assistida é realizada pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), orientado pela Anvisa em âmbito federal e pelas vigilâncias estaduais e municipais. O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária foi estruturado pela Lei nº 9.782/1999, que definiu as competências da Anvisa e dos órgãos estaduais e municipais (BRASIL, 1999). Sua finalidade está pautada em

impedir práticas irregulares e clandestinas e em garantir o controle de qualidade e a segurança. Durante o processo de fiscalização, os agentes sanitários analisam critérios primordiais para o funcionamento regular das atividades. Entre os aspectos fiscalizados estão a estrutura física das clínicas, os laboratórios de embriologia, a adequação dos equipamentos utilizados, o armazenamento de gametas e embriões, a qualificação dos profissionais responsáveis e o cumprimento das normas sanitárias. Confirmadas irregularidades, as clínicas que não operam dentro das normas previstas na legislação sanitária estão sujeitas a sanções administrativas, como advertências, multas e até o fechamento parcial ou total do estabelecimento (BRASIL, 1977).

A fiscalização dos requisitos ocorre conforme cada atividade é desenvolvida na prática pela clínica. Na estrutura física, avaliam-se a organização do ambiente, o alvará sanitário, a higienização, a climatização e a iluminação. Em relação aos laboratórios de embriologia, avaliam-se as condições de esterilidade, os procedimentos de manipulação dos gametas e embriões e o risco de contaminações, bem como sua prevenção. Tais condições encontram amparo na RDC ANVISA nº 23/2011, que regulamentava o funcionamento dos Bancos de Células e Tecidos Germinativos no Brasil, fixando requisitos técnicos mínimos para o armazenamento, o processamento e o descarte dos gametas e embriões humanos (BRASIL, 2011). Atualmente, a matéria é disciplinada pela RDC ANVISA nº 771/2022, que revogou a RDC nº 23/2011.

Os equipamentos, por sua vez, devem estar funcionando corretamente, a fim de garantir segurança em todos os procedimentos realizados. Nessa lógica, analisa-se também a habilitação dos profissionais, conferindo-se os registros nos órgãos e conselhos profissionais e a capacitação da equipe. Por fim, os órgãos fiscalizadores realizam a fiscalização dos sistemas de identificação e rastreabilidade dos gametas e embriões e das condições de armazenamento em tanques de criopreservação, com a finalidade de assegurar total segurança ao material biológico, como prevê também a Resolução CFM nº 2.320/2022 (BRASIL, 2022).

Em suma, a fiscalização, além de trazer credibilidade e mitigar riscos jurídicos, impõe limites éticos ao exercício da medicina reprodutiva. Nessa perspectiva, Di Pietro (2016) entende o poder de polícia como a atividade do Estado que, mediante restrições e condicionamentos, limita o exercício de direitos individuais em benefício

do interesse público, da moralidade e da segurança. Desse modo, torna-se elemento indispensável para conferir legitimidade e confiabilidade às técnicas exercidas.

3.3 Responsabilidade civil do estado por omissão na fiscalização

A responsabilidade civil do Estado vem se constituindo como objeto de intensa e variada produção, havendo-lhe sido conferido tratamento no nosso ordenamento jurídico, conforme se verifica no artigo 37, § 6º, da Constituição Federal de 1988, que dispõe que “as pessoas jurídicas de direito público e as de direito privado prestadoras de serviços públicos responderão pelos danos que seus agentes, nessa qualidade, causarem a terceiros, assegurado o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa” (BRASIL, 1988). Trata-se da teoria da responsabilidade objetiva do Estado, adotada pelo constituinte originário sem, em regra, a exigência de culpa ou dolo do agente público para efeito de responsabilização do Estado (DI PIETRO, 2016, p. 429).

Entretanto, quando a responsabilização estatal decorre de conduta omissiva do Estado, a doutrina e a jurisprudência no Brasil encontram-se em pontos de vista divergentes acerca da modalidade de responsabilidade a ser adotada. Uma parcela relevante da doutrina administrativista tem defendido que a omissão estatal enseja responsabilidade subjetiva, devendo o ofendido demonstrar a culpa anônima da Administração Pública, objetivada na má prestação do serviço, também chamada *faute du service*. Para essa doutrina, para que o Estado seja responsabilizado em razão de sua conduta omissiva, é necessário demonstrar que o serviço público não funcionou, funcionou mal ou funcionou atrasado, provocando dano ao particular (DI PIETRO, 2016).

O Superior Tribunal de Justiça já firmou entendimento no sentido de que a responsabilidade civil do Estado por omissão, em regra geral, é subjetiva, devendo ser comprovado que o poder público detinha o dever legal de agir, que não o exerceu e que da omissão resultou o dano experimentado pelo particular. Tal entendimento, que impõe ao lesado o ônus de demonstrar o nexo causal entre a inércia do Estado e o dano, na prática torna-se de difícil comprovação, principalmente em matéria de grande complexidade técnica, como a reprodução humana assistida (MEIRELLES, 2016).

Sem entrar no mérito das diversas formas pelas quais a responsabilidade objetiva poderia ser imputada ao Estado no contexto da fiscalização das clínicas de reprodução assistida, uma série de situações concretas exemplifica bem a possível omissão estatal: ausência de fiscalizações periódicas, atraso no processo de apuração de denúncias, convivência com estabelecimentos que não atendem aos requisitos sanitários, entre outras, ou até mesmo omissão diante de irregularidades já conhecidas dos entes públicos responsáveis. Nessas situações, a Anvisa e as vigilâncias estaduais e municipais destacam-se como os agentes potencialmente responsáveis por omissão, na medida em que detêm o dever legal e constitucional de assegurar a segurança dos serviços de saúde prestados ao cidadão (DI PIETRO, 2016).

Por exemplo, suponha-se que uma clínica de reprodução assistida esteja funcionando em local insalubre, com material inservível ou por profissionais não habilitados tecnicamente, e que tal situação seja de conhecimento da autoridade fiscalizadora, que, porém, permanece inerte. Se um paciente for lesado em razão dessa irregularidade, sejam quais forem os danos provocados, como perda de material genético criopreservado ou lesões corporais advindas de atendimento prestado em local insalubre, o Estado responderá solidariamente com a clínica, caso fique comprovado que a autoridade deixou de realizar a fiscalização (MELLO, 2015).

A falta de lei federal sobre reprodução assistida agrava ainda mais essa situação, na medida em que dificulta a identificação clara dos parâmetros que devem ser seguidos pelos órgãos fiscalizadores. Dessa forma, não só profissionais e pacientes vivenciam a sensação de insegurança jurídica, como os próprios agentes públicos se veem na incômoda situação de não possuírem critérios legais objetivos para respaldar suas decisões. A indefinição pode, inclusive, propiciar a omissão estatal, estabelecendo um círculo vicioso: a ausência de lei gera ausência de fiscalização, que gera falta de responsabilização (MEIRELLES, 2016).

Ante o exposto, a responsabilidade civil do Estado por omissão na fiscalização da reprodução assistida mostra-se, portanto, ferramenta jurídica de proteção indispensável aos direitos fundamentais dos pacientes e de incentivo à atuação efetiva dos órgãos competentes. A responsabilização patrimonial do Estado é forma de indução ao cumprimento do seu dever constitucional de fiscalizar, conduzindo à

edificação de um sistema cada vez mais seguro, transparente e responsável no que se refere à medicina reprodutiva no Brasil.

4 A ATUAÇÃO DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA NA REPRODUÇÃO ASSISTIDA

4.1 Natureza jurídica e competências do CFM

O Conselho Federal de Medicina (CFM) é uma autarquia pública federal, dotada de personalidade jurídica de direito público e de autonomia administrativa e financeira, disciplinada pela Lei nº 3.268/1957, cujo objetivo é velar pela ética no exercício da medicina e pelo prestígio da profissão e dos profissionais legalmente habilitados (BRASIL, 1957).

Nesse sentido, dispõe o artigo 2º da Lei nº 3.268/1957:

O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente.

Essa autarquia, no entanto, tem tarefas que não se limitam à regulação administrativa, podendo promover a fiscalização da ética médica em âmbito nacional. Ao exercer a função administrativa, o conselho pode emitir resoluções que delimitem padrões de conduta médica aceitáveis, as quais servirão de parâmetro para o julgamento dos médicos registrados quanto ao descumprimento desses parâmetros e à manutenção de padrões éticos.

Em relação à reprodução assistida, observa-se que o CFM tem desempenhado papel de intermediação em razão da ausência de uma legislação específica. Enquanto o Poder Legislativo não legisla sobre as práticas que envolvem, por exemplo, a doação de gametas ou a gestação por substituição, cabe ao conselho suprir essa carência por meio de resoluções técnicas, o que evita a anomia normativa na área e, por conseguinte, estabelece aos médicos balizas ético-científicas em procedimentos que envolvem questões bioéticas complexas, à luz da responsabilidade profissional.

4.2 As resoluções do CFM sobre reprodução assistida

As regras estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina vão se adaptando aos avanços científicos e às transformações dos costumes da sociedade. A normatização foi iniciada pela Resolução CFM nº 1.358/1992 e passou por inúmeras atualizações até chegar à Resolução CFM nº 2.320/2022, que estabeleceu critérios rigorosos para a utilização das técnicas de reprodução assistida no Brasil (BRASIL, 2022). Entre os pontos mais importantes dessa resolução, destaca-se o estabelecimento da idade limite máxima de 50 anos às pacientes que desejam realizar os procedimentos de reprodução humana assistida (RHA), salvo em situações excepcionais, amparadas por critérios médicos e com a concordância expressa da paciente.

A resolução trata também do descarte dos embriões criopreservados, autorizando-o após três anos, caso haja manifestação expressa dos pacientes ou abandono. Mantém a não onerosidade da doação de gametas e estabelece limite etário para a doação, preservando o sigilo quanto à identidade dos doadores, exceto nos casos individuais e pontuais de natureza médica.

A gestação por substituição é amplamente regulamentada, na medida em que o CFM estipula que a cedente do útero deve possuir laços consanguíneos de até quarto grau de parentesco com um dos parceiros do vínculo reprodutivo, não podendo receber qualquer valor financeiro por sua prestação.

O avanço dessas resoluções demonstra o esforço do Conselho Federal de Medicina em equilibrar o desejo parental com a proteção da dignidade humana e a prevenção da comercialização da vida humana, apesar das divergências sobre sua natureza administrativa.

4.3 Limites do poder normativo do Conselho Federal de Medicina

Ainda que o conteúdo das resoluções do CFM tenha importância, o alcance do poder normativo interno está limitado por uma exigência sistemática do ordenamento jurídico brasileiro, relacionada ao princípio da legalidade, constante do artigo 5º, inciso II, da Constituição Federal de 1988, que determina que “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei” (BRASIL, 1988). Trata-se de

entidade de direito público que possui poder regulamentar, mas não poder legislativo originário. Desse modo, o princípio da legalidade é próprio do Estado de Direito, constituindo barreira contra o poder arbitrário do Estado, visto que o particular pode fazer tudo o que a lei não proíbe, ao passo que a Administração Pública só pode operar quando a lei expressamente permite.

Logo, as resoluções têm caráter ético e vinculam apenas os médicos em atividade profissional, não devendo transbordar as normas estabelecidas pelo legislador. O CFM não tem poderes para impor obrigações civis aos pacientes, nem para elaborar tipos penais ou restringir direitos fundamentais cuja disciplina seja reservada à lei.

Quando uma resolução impõe restrições severas ao planejamento familiar, direito garantido pelo artigo 226, § 7º, da Constituição Federal de 1988, ela penetra esferas protegidas pela Constituição, de modo que tais normas podem ser consideradas ilegais ou inconstitucionais.

Ao longo desse contencioso, o Poder Judiciário tem mediado as relações. Houve diversas decisões, proferidas em recursos de casais ou indivíduos, no sentido de afastar a aplicação das normas do CFM, por exemplo, para admitir a reprodução assistida após o falecimento do detentor do material genético, desde que haja autorização prévia, ou para reconhecer o acesso às técnicas a solteiros e a casais homoafetivos. Nesse viés, a 4ª Turma do Superior Tribunal de Justiça, no julgamento do REsp 1.918.421, firmou o entendimento de que a reprodução assistida post mortem é admissível, mas necessita de autorização prévia, específica e clara do falecido para o uso do material biológico criopreservado, evidenciando os limites que os atos normativos do Conselho Federal de Medicina encontram diante das lacunas do Código Civil (BRASIL, 2021). Nesse sentido, extrai-se da ementa do acórdão:

Especificamente quanto à reprodução assistida post mortem, a Resolução CFM n. 2.168/2017 prevê sua possibilidade, mas sob a condição inafastável da existência de autorização prévia específica do(a) falecido(a) para o uso do material biológico criopreservado, nos termos da legislação vigente.

A jurisprudência já assinalou que as normas administrativas não podem prevalecer sobre os direitos fundamentais relativos à liberdade reprodutiva e à autonomia privada. Portanto, as resoluções consistem em meras orientações sobre

as práticas, sem se configurarem em obstáculos absolutos ao exercício desses direitos civis.

4.4 Fiscalização ética dos profissionais e clínicas especializadas

As práticas relacionadas à reprodução assistida são fiscalizadas, em âmbito direto, pelos Conselhos Regionais de Medicina (CRM). Por meio dos CRMs, é possível verificar tanto as condições de funcionamento das clínicas quanto a conduta dos médicos nas respectivas regiões de abrangência (BRASIL, 1957, art. 2º). A fiscalização é tanto preventiva, por meio de vistorias técnicas, quanto repressiva, por meio da apuração de denúncias de irregularidades ético-técnicas (OLIVEIRA; MASCARENHAS, 2024).

O descumprimento das diretrizes definidas pelo CFM pode acarretar a abertura de um Processo Ético-Profissional (PEP) contra os médicos envolvidos. O PEP é regulamentado pelo Código de Processo Ético-Profissional, aprovado pela Resolução CFM nº 2.145/2016, procedimento administrativo que assegura ao médico acusado o direito ao contraditório, à ampla defesa e ao duplo grau de julgamento (BRASIL, 2016).

As sanções disciplinares previstas na Lei nº 3.268/1957 variam em gravidade, desde a advertência confidencial até a censura confidencial ou pública, podendo incluir também a suspensão temporária do exercício por até trinta dias ou a cassação do registro (BRASIL, 1957, art. 22, caput e § 1º).

Vale ressaltar que há também uma responsabilidade ética dos hospitais e clínicas especializados, decorrente da obrigatoriedade de manutenção da conformidade com as normas éticas e legais vigentes, podendo as pessoas físicas dos diretores, administradores e médicos ser solidariamente responsabilizadas por eventuais omissões e falhas estruturais que resultem em práticas ilícitas (KFOURI NETO, 2022).

Os CRMs cumprem essa função buscando atestar que os estabelecimentos atuantes na área de reprodução humana assistida tenham padrão técnico e ético apropriado para a assistência a pacientes e para os cuidados com os materiais genéticos sob sua guarda (BRASIL, 2022).

5 CONCLUSÃO

O presente trabalho buscou compreender a competência do Estado e do Conselho Federal de Medicina na fiscalização da reprodução humana assistida no Brasil, tema que apresenta cada vez mais relevância jurídica, social e bioética, dada a contínua evolução das técnicas reprodutivas e a escassa legislação federal que as abrange de forma completa.

No decorrer deste estudo, percebeu-se que a reprodução humana assistida se firmou e, de certo modo, se fortaleceu no país a partir do nascimento do primeiro bebê brasileiro concebido por fertilização in vitro, em 1984, sem, contudo, que o ordenamento jurídico tenha caminhado na mesma velocidade e se adaptado às mudanças ocorridas na reprodução médico-assistida. Nessa esteira, compreendida como a articulação de um procedimento para unir artificialmente os gametas feminino e masculino, gerando um ser humano, a reprodução assistida se encontra majoritariamente regulamentada por meio de resoluções do Conselho Federal de Medicina, diante da inexistência de lei sobre o tema.

Ficou claro, portanto, que o Conselho Federal de Medicina exerce, de fato, a principal função de normatização das práticas reprodutivas, editando resoluções que veiculam os princípios éticos orientadores do exercício profissional. Contudo, os limites do seu poder normativo decorrem do princípio da legalidade, possuindo vinculação apenas para os profissionais da categoria médica devidamente registrados, sendo, portanto, incapaz de estabelecer obrigações civis, tipificar condutas penais ou restringir direitos fundamentais não expressos em lei.

No tocante à atuação estatal, constatou-se que o Estado realiza seu papel fiscalizatório por meio do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, sob a coordenação da Anvisa na esfera federal. No entanto, a omissão estatal em relação ao dever de fiscalização pode gerar a responsabilização civil da Administração Pública. A ausência de normas que regulem a matéria agrava essa situação, pois, ao estabelecer limites tênues ao ato administrativo, dificulta o traçado dos parâmetros que os órgãos fiscalizadores devem seguir e, paradoxalmente, contribui para a própria omissão que se busca combater.

A ausência de legislação federal específica, por sua vez, mostrou-se como o principal percalço estrutural de todo o sistema analisado. Ela é responsável pela

geração de insegurança jurídica para pacientes, profissionais e clínicas, limita a atuação dos órgãos fiscalizadores e mantém o CFM em posição normativa que extrapola suas atribuições originárias. A criação de uma lei federal abrangente mostrou-se não apenas necessária, mas constitucionalmente reclamada à luz do direito à saúde, previsto no artigo 196, e do direito ao planejamento familiar, assegurado pelo artigo 226, § 7º, ambos da Constituição Federal de 1988.

Diante do exposto, a fiscalização da reprodução humana assistida no Brasil ocorre em um sistema fragmentado, caracterizado pelo conflito de competências, pela ausência de normas e pela submissão a resoluções de natureza meramente administrativa para tratar de matéria de tão grande relevância social, ética e jurídica. A superação desse quadro exige, além da vontade política para a efetivação de lei específica, o fortalecimento dos mecanismos de fiscalização estatal e a delimitação precisa dos limites de atuação de cada instituição envolvida, respeitando, sempre, os princípios da dignidade da pessoa humana e do direito fundamental à saúde.

Por fim, enquanto permanecer a falta de uma legislação específica, a fiscalização da reprodução humana assistida continuará subordinada a um modelo fragmentado e insuficiente para ofertar a segurança jurídica necessária diante da relevância dos direitos fundamentais envolvidos.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). *Relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões (SisEmbrio)*. Brasília: Anvisa, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/acessoainformacao/dadosabertos/informacoes-analiticas/sisembrio>. Acesso em: 20 abr. 2024.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957. Dispõe sobre os Conselhos de Medicina e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 1957.

BRASIL. Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977. Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 1977.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 1999.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 23, de 27 de maio de 2011. Dispõe sobre o regulamento técnico para o funcionamento dos Bancos de Células e Tecidos Germinativos. Brasília: Anvisa, 2011. (Revogada pela RDC nº 771, de 26 de dezembro de 2022.)

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.358, de 11 de novembro de 1992. Adota normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida. Brasília: CFM, 1992.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.145, de 17 de maio de 2016. Aprova o Código de Processo Ético-Profissional (CPEP) no âmbito do CFM e dos Conselhos Regionais de Medicina. Brasília: CFM, 2016.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.168, de 21 de setembro de 2017. Adota normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida. Brasília: CFM, 2017.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.320, de 30 de agosto de 2022. Adota normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida. Brasília: CFM, 2022.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (4ª Turma). Recurso Especial nº 1.918.421/SP. Relator p/ acórdão: Min. Luis Felipe Salomão, julgado em 8 jun. 2021, *DJe* 26 ago. 2021.

DALLARI, Sueli Gandolfi. Uma nova disciplina: o direito sanitário. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 327-334, 1988.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. *Direito administrativo*. 29. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Atlas, 2016.

DINIZ, Maria Helena. *O estado atual do biodireito*. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

KFOURI NETO, Miguel. *Responsabilidade civil dos hospitais*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2022.

MEIRELLES, Hely Lopes. *Direito administrativo brasileiro*. 42. ed. São Paulo: Malheiros, 2016.

MELLO, Celso Antônio Bandeira de. *Curso de direito administrativo*. 32. ed. São Paulo: Malheiros, 2015.

MILHORANCE, Flávia. Trinta anos depois, como está a jovem que foi o primeiro bebê de proveta do país. *O Globo*, Rio de Janeiro, 7 out. 2014. Caderno Saúde. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/saude/trinta-anos-depois-como-esta-jovem-que-foi-primeiro-bebe-de-proveta-do-pais-14163920>. Acesso em: 28 jun. 2026.

OLIVEIRA, Maria Teresa Ribeiro de Andrade; MASCARENHAS, Igor de Lucena. A crescente influência dos processos ético-profissionais de médicos nas decisões judiciais. In: KFOURI NETO, Miguel; NOGAROLI, Rafaella (coord.). *Direito médico e bioética: decisões paradigmáticas*. São Paulo: Foco, 2024.

SILVA, José Afonso da. *Curso de direito constitucional positivo*. 24. ed. São Paulo: Malheiros, 2005.

SOUZA, Lucas. SUS pode ser a esperança para mulheres que sonham ser mães. *Agência Brasil*, Brasília, 2023. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2023-05/sus-pode-ser-esperanca-para-mulheres-que-sonham-ser-maes>. Acesso em: 28 jun. 2026.