

Ciclos com as Três Gonadotrofinas Recombinantes e Antagonistas do GnRH

Quando o LH?

**Souza MCB; Henriques CA; Oliveira JBA;
Marcondes ACS; Mancebo ACA; Rocha CA**

G&O Barra – Ginecologia e Obstetrícia da Barra, Rio de Janeiro, RJ

e-mail: g&obarra@cmb.com.br e/ou ginecologia@cmb.com.br

Objetivos

Delimitar o papel do LH em ciclo de FIV/ICSI observando o emprego em dois protocolos de estimulação ovariana.

Material e Métodos

As pacientes foram randomizadas para dois protocolos. No grupo A, 19 pacientes iniciaram estímulo no segundo dia do ciclo com rFSH (Gonal F®) nas doses de 150, 225 ou 300 UI/dia, de acordo com a idade (≤ 30 anos, até 37 anos ou ≥ 38 anos), associado a rLH (Luveris®) 75 UI/dia, com dose fixa até o quinto dia. No sexto dia do ciclo se iniciava o controle ultra-sonográfico. O antagonista (Cetrotide®) foi iniciado em presença de folículos com maior diâmetro, ≥ 14 mm, modificando a dose de rFSH, se necessário, e interrompendo-se o rLH. No grupo B, 18 pacientes iniciaram estímulo no segundo dia do ciclo apenas com rFSH, com dose fixa até o quinto dia. No sexto dia do ciclo era iniciado o controle ultra-sonográfico. O uso do antagonista seguiu o critério anterior, iniciando-se também o rLH 75 UI/dia, mantido até o dia do hCG (Ovidrel® 250 mg, Serono). As captações dos óvulos eram realizadas 34 h após o hCG e a transferência em 72 h após a coleta. O suporte da fase lútea foi feito com progesterona natural

(Crinone® a 8%, Serono). Foram realizadas dosagens de FSH, LH, E2 e P4 no início do estímulo, início do antagonista, dia do hCG, dia da captação e transferência.

Resultados

A **Tabela I** e os **Gráficos** (perfil hormonal FSH, LH, E2 e P4) resumem os dados. Não houve diferença significativa entre os dois protocolos, exceto no número de ampolas de rLH, maior no protocolo de início tardio na fase folicular.

Conclusão

Embora o resultado de gestações por transferência tenha sido maior no grupo de início precoce do rLH, a casuística não foi suficiente para se atestar uma diferença significativa: 40% (6/15) \times 12,5% (2/16). As que engravidaram, em ambos os grupos, utilizaram doses médias menores de FSH e número menor de ampolas de antagonista, com maiores níveis de progesterona até o dia do hCG. Os dados obtidos neste estudo, em grupos comparáveis, embora não mostrando diferenças em relação às fases do procedimento, sugerem provável efeito benéfico na fase folicular inicial, sensibilizando ou potencializando o efeito do FSH, ou ainda interferindo sobre os níveis endógenos de LH.

Tabela I
Resultados Gerais

	<i>rLH Início</i>	<i>rLH Tardio</i>
Nº de pacientes/nº de ciclos	19/19	18/19
Idade	36,6 ± 4,7 (26-43)	35,2 ± 5,6 (23-45)
Gravidez/paciente	31,6% (6/19)	11,1% (2/18)
Gravidez/ciclo	31,6% (6/19)	10,5% (2/19)
Gravidez/transferência	40% (6/15)	12,5% (2/16)
Infertilidade 1ª/2ª	09*/10*	16*/02*
Dose de rFSH	2.550 ± 1.118,3 (1.425-4.650)	2.419 ± 834,9 (1.575-4.650)
Nº de ciclos com aumento da dose	94% (18/19)	73,7% (14/19)
Cancelamentos	0 (0/19)	10,5% (2/19)
Ampolas rLH	4,2 ± 0,5* (4-6)	5,7 ± 2,0* (3-10)
Dias sem antagonista	4,8 ± 1,0 (4-7)	5,1 ± 1,4 (4-9)
Ampolas de antagonista	5,4 ± 2,1 (3-11)	5,7 ± 1,7 (3-9)
Nº de folículos ≥ 18 16-17 10-15	5,1 ± 2,2 (3-10) 2,0 ± 1,9 (0-7) 4,0 ± 3,0 (0-11)	4,5 ± 2,7 (0-11) 2,0 ± 2,1 (0-7) 3,9 ± 2,6 (0-9)
Espessura endometrial	8,7 ± 2,7 (4,4-15)	9,2 ± 2,7 (4,7-20)
Nº de oócitos Total Metafase II	6,2 ± 3,9 (2-16) 4,3 ± 3,2 (0-11)	7,0 ± 4,5 (1-15) 5,7 ± 3,6 (1-12)
Falhas Punção Fertilização	5,2% (1/19) 5,5% (2/18)	0 (0/17) 5,9% (1/17)
Embriões transferidos Total G1 G1 + G2 G3 + G4 Falhas de fertilização Embriões excedentes	2,8 ± 1,0 (0-5) 0,8 ± 0,8 (0-2) 0,8 ± 0,8 (0-3) 0,3 ± 0,7 (0-3) 0,2 ± 0,3 (0-1) 0,7 ± 1,8 (0-6)	2,8 ± 1,1 (0-4) 0,9 ± 0,9 (0-3) 0,9 ± 1,0 (0-4) 0,4 ± 0,6 (0-2) 0,5 ± 0,8 (0-2) 1,5 ± 2,1 (0-7)
Taxa de fertilização (%)	71,1 ± 35% (0-100)	81,9 ± 27% (0-100)
Taxa de clivagem (%)	82,4 ± 37% (0-100)	90,2 ± 25% (0-100)

P < 0,05.

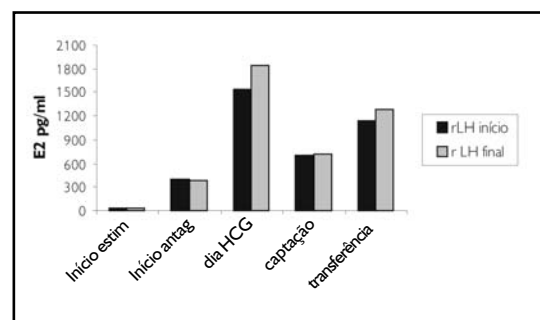


Gráfico 1 – Perfil hormonal – estradiol.

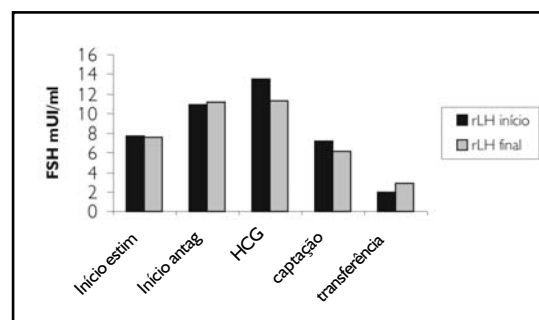


Gráfico 2 – Perfil hormonal – FSH.

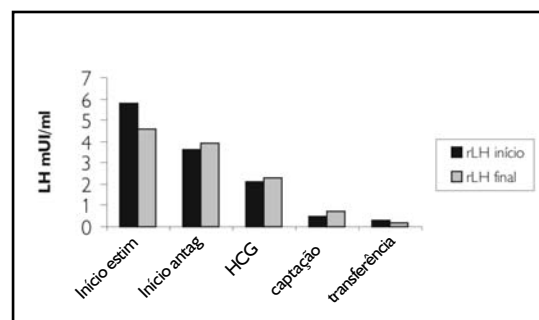


Gráfico 3 – Perfil hormonal – LH.

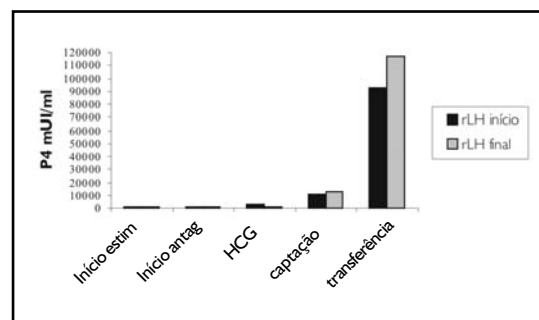


Gráfico 4 – Perfil hormonal – progesterona.

Falha de Implantação Sucesso com o Afinamento de 1/4 da Zona Pelúcida por *Laser*

**Petersen CG; Mauri AL; Baruffi RLR;
Oliveira BJ; Franco Jr. JG**

Centro de Reprodução Humana, Maternidade Sinhá Junqueira –
Ribeirão Preto, SP
e-mail: petersenclaudia@crh.com.br

Introdução

Repetidas falhas de implantação estão associadas com uma reduzida chance de gravidez. Tem sido sugerido que o *assisted hatching* (AH) melhora as taxas de gravidez e implantação em pacientes com repetidas falhas de implantação (Edi Osagie *et al.*, 2003).

Objetivo

O objetivo deste estudo foi avaliar, de forma prospectiva e randomizada, a eficácia de uma metodologia para *assisted hatching*, o afinamento de 1/4 da zona pelúcida (ZP) através do *laser*, em pacientes que apresentavam acima de duas prévias falhas de implantação embrionária.

Metodologia

Oitenta e uma pacientes submetidas ao programa de ICSI foram incluídas neste estudo e divididas em dois grupos: grupo I, pacientes que receberam embriões submetidos ao afinamento da ZP (n = 43); grupo II, pacientes que receberam embriões não submetidos ao afinamento da ZP (n = 38). O afinamento da ZP foi realizado usando 1,48 μ m diodo *laser* (Fertilaser), através de oito irradiações consecutivas de 9 ms, aplicadas na posição de nove até 12 horas da ZP de cada embrião, isto é em 1/4 da zona pelúcida, afinando 50-80% da espessura da ZP.

Resultados

	Afinamento ZP	Não Afinamento ZP	p
Pacientes	43	38	
Idade	35,3 \pm 4,1	36,0 \pm 4,2	0,58
Oócitos MII	8,6 \pm 5,1	7,5 \pm 4,0	0,42
Taxa de fertilização	73%	72%	0,55
Nº de embriões transferidos	128	108	
Nº de embriões transferidos/paciente	3,0 \pm 0,9	2,8 \pm 0,8	0,59
ZP (μ m)	17,5 \pm 2,4	17,4 \pm 2,9	0,63
Grávidas	12	3	
Taxa de gravidez	27,9%	7,9%	0,020
Taxa de implantação	12,5%	2,8%	0,007
Aborto	2	0	

Conclusões

Os resultados sugerem que o afinamento de 1/4 da zona pelúcida com *laser* aumenta as taxas de gravidez e implantação em pacientes com acima de duas falhas prévias de implantação embrionária.

Como Selecionar Embriões em Ciclos de Injeção Intracitoplasmática de Espermatozóide (ICSI)?

Borges Jr. E*; **Rossi LM;** **Guilherme P;**
Locambo CV; **Fioravanti J;** **Iaconelli Jr, A**

Fertility – Centro de Fertilização Assistida
lia@fertility.com.br*

Introdução

O objetivo deste estudo foi propor um critério acumulativo de classificação embrionária em ciclos de injeção intracitoplasmática de espermatozóide (ICSI) e determinar qual o embrião com melhor potencial de implantação, com ênfase na avaliação da primeira clivagem.

Material e Métodos

Foram incluídos neste estudo prospectivo 147 ciclos de ICSI (122 pacientes). No momento da checagem da fertilização (18 horas após a ICSI), a presença de dois pronúcleos (PNs) caracterizou a ocorrência de fertilização normal. Embriões apresentando PNs polarizados com número e tamanho de nucléolos não discrepantes foram considerados normais (S0). Ainda no dia 1 (26 horas após ICSI), a primeira clivagem foi checada e os embriões divididos em três grupos: grupo A, embriões com PN visível; grupo B, embriões não-clivados sem PN visíveis; e grupo C, embriões clivados. Na manhã dos dias seguintes (dia 2 e 3), classificações morfológicas em relação ao número de células, simetria dos blastômeros e porcentagem de fragmentação foram realizadas. Bons embriões no dia da transferência apresentaram blastômeros regulares, fragmentação até 20%, três a quatro células no dia 2 e seis a oito células no dia 3 (IA). Embriões com as três atribuições (S0, clivados e IA) foram chamados “*top quality*”

e sua porcentagem também foi analisada. Análise estatística foi realizada com $P < 0,05$ considerado estatisticamente significativo.

Resultados

Não houve diferença estatística entre a idade materna média (\pm desvio padrão): $34,5 \pm 4,6$; $34,1 \pm 5$; $34,2 \pm 4,2$; grupos A, B e C; respectivamente; $p > 0,05$. Dos 1.203 oócitos intactos após a ICSI, 74,3% mostraram fertilização normal ($n = 894$) e foram incluídos na classificação conforme mostra a **tabela** a seguir: A taxa de gestação foi de 40% nos casos com um a dois embriões do grupo C, e de 56,1% nos casos com mais de três embriões do grupo C. Independentemente das outras classificações (PN ou morfologia dos dias + 2 e + 3), quando pelo menos um embrião do grupo C foi transferido a gestação ocorreu em 60% dos casos, contra 33% quando nenhum embrião deste grupo foi transferido ($p = 0,025$).

Conclusões

O critério acumulativo para a classificação embrionária em ciclos de ICSI é uma eficiente ferramenta, devendo ser incorporado na rotina em laboratórios de fertilização *in vitro*. Nossos resultados sugerem que a avaliação da primeira clivagem parece representar um dos principais parâmetros capazes de indicar o potencial de implantação embrionária.

Tabela

	<i>Grupo A</i>	<i>Grupo B</i>	<i>Grupo C</i>
Embriões classificados (%)	379 (42,4)	269 (30,1)	246 (27,5)
Embriões S0 (%)	190 (50,1)	145 (53,9)	144 (58,5)
Bons embriões no dia da transferência (%)	8,4a	12,4b	22,2c
<i>Top quality</i> (%)	4,2a	6,7b	13,1c

a – b; b – c: $p < 0,05$; a – c: $p < 0,001$.

Até que Ponto o Fator Emocional Pode Interferir no Tratamento da Infertilidade Através das Técnicas de Reprodução Assistida?

Melamed RMM; Iaconelli Jr. A; Borges Jr. E

Fertility – Centro de Fertilização Assistida, São Paulo, SP

e-mail: rose@fertility.com.br

Objetivo

Reconhecemos que vários fatores são mobilizados na vida dos casais no decorrer do tratamento através das técnicas de Reprodução Assistida (RA), e dentre os mais citados estão os de ordem financeira, ética-religiosa e os emocionais. O objetivo deste trabalho foi demonstrar que o fator emocional pode interferir na decisão de iniciar ou não novo procedimento após o resultado negativo em tentativa prévia.

Metodologia

Este estudo foi realizado com 30 casais, subdivididos em quatro grupos: 12 casais com fator masculino; oito casais com fator feminino; cinco casais com fator feminino e masculino associados; e cinco casais com infertilidade sem causa aparente (ISCA). Foram incluídos neste estudo casais com diagnóstico prévio de infertilidade cuja idade da mulher variava de 30 a 42 anos e com pelo menos uma tentativa prévia com RA e resultado negativo. Os dados foram coletados a partir de entrevistas semidirigidas e/ou psicoterapia breve.

Resultados

Os dados levantados a partir da psicoterapia breve permitiram a identificação de fatores emocionais que, por vezes, determinam o início de novo procedimento de RA ou o abandono do mesmo, após uma ou mais tentativas com resultado negativo. Dos 30 casais atendidos, nove desistiram, 12 engravidaram e nove reiniciaram o procedimento. Dos nove casos de desistência, oito dúvidas quanto ao desejo de engravidar partiram da mulher e em apenas um caso a dúvida surgiu por parte do marido.

Conclusão

Observamos que a continuidade do tratamento de RA depende da condição particular de cada casal, composta por elementos de ordem física, social e emocional. Constatamos que alguns pacientes, apesar de terem se submetido aos procedimentos, nem sempre tinham como propósito a gestação. Desta forma, concluímos que o redimensionamento dos sentimentos e dos papéis ocupados por cada elemento da díade, através da psicoterapia breve, propicia a compreensão dos vários aspectos envolvidos no tratamento, melhorando as condições de enfrentamento e escolha.

Estudo Comparativo de Criotransferência em Ciclo Programado versus Espontâneo

**Silva AA; Cabral IO; Nakagava HM;
Barbosa ACP; Iglesias JR**

Gênesis – Centro de Assistência em Reprodução Humana
e-mail: genesis@genesis.med.br

Abstract

This retrospective study assessed the relative efficacy of two strategies of patient management for replacement of frozen-thawed embryos. A gonadotrophin-releasing hormone agonist (GnRH-a) was used to induce a temporary hypogonadism in a group of patients who were then prepared for implantation by endometrial priming with hormone replacement therapy: oral estradiol valerate and vaginal micronized progesterone. A second group of patients had their frozen-thawed embryos replaced during their natural cycles. Of the 119 cycles treated with the GnRH-a regimen, 113 had embryos replaced and 27.4 % clinical pregnancies were established. Of the 49 natural cycles 45 had embryos replaced and 20.0 % achieved clinical pregnancies. There were no statistical differences between the two groups in terms of age and number of embryos frozen-thawed. The pregnancy rates were similar in both groups.

Key words: endometrial priming, cryopreservation, embryo, endometrial preparation, GnRH-agonist, thawing

Introdução

O congelamento de embriões excedentes está regulamentado por resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM 1.358/92) e aumenta as possibilidades de gravidez por punção (Trousseau, 1990). Navot *et al.* (1992) recomendam também a criopreservação dos embriões para pacientes com alto risco de desenvolver a forma grave da síndrome de hiperestímulo ovariano. A transferência de embriões descongelados habitualmente é realizada em ciclos espontâneos, substitutivos ou em ciclos estimulados com resultados semelhantes (Tanos *et al.*, 1996). As taxas de gestação por ciclo de descongelamento estão na dependência do estágio do conceito no momento do congelamento, sendo maiores nos casos de congelamento de pronúcleo (Senn *et al.*; 2000). Este estudo retros-

pectivo avalia dois protocolos de preparo endometrial para transferência de embriões criopreservados em 126 pacientes, com 158 transferências.

Material e Método

Durante o período compreendido entre maio de 1997 e maio de 2002, foram realizadas 158 criotransferências. Destas, 45 foram em ciclos espontâneos e 113 em ciclos substitutivos. A idade média das pacientes foi de $32,9 \pm 4,62$ e $34,6 \pm 5,26$, respectivamente.

Congelamento Embrionário

O congelamento embrionário foi realizado em estágio de embriões clivados de segundo e terceiro dias, pela técnica lenta, com equipamento Planer Kryo 10 Série III, utilizando propanediol como crioprotetor.

Descongelamento Embrionário

O descongelamento foi realizado no mesmo dia da transferência embrionária.

O método de descongelamento foi rápido, consistindo em quatro passos envolvendo a retirada do crioprotetor e reidratação do embrião.

Metodologia de Descongelamento

Solução nº 1: 1,0 M de PROH + 0,2 M sucrose – 5 minutos
Solução nº 2: 0,5 M de PROH + 0,2 M sucrose – 5 minutos
Solução nº 3: 0,2 M de sucrose – 10 minutos
Solução nº 4: PBS + 20% SSS – 10 minutos em estufa de CO₂
Preparo endometrial

Ciclo Espontâneo

No ciclo espontâneo, a monitoração da ovulação foi realizada com ultra-som vaginal, através de transdutor de 3,5 mHz (Alloca

SSD-500), sendo a primeira no terceiro dia do ciclo e posteriormente no 10º dia. Quando o folículo dominante atingia 14 mm em seu maior diâmetro, os exames passavam a ser diários, até que o folículo atingisse 18 mm, quando eram ministradas 5.000 UI de gonadotrofina coriônica (hCG- Profasi) HP 5.000 – Serono. A transferência embrionária foram realizadas no quinto dia da aplicação de hCG. Utilizou-se progesterona micronizada via vaginal, na dose de 600 mg diários, como suporte de fase lútea. Nos casos em que não ocorreu recrutamento folicular até o 20º dia, os ciclos subsequentes foram convertidos para substitutivos.

Ciclo substitutivo

No ciclo substitutivo utilizou-se acetato de leuprolide, na dose de 3,75 mg via intramuscular, no primeiro ou no 20º dia do ciclo. O controle de hipofisectomia foi realizado por ultra-som, e nos casos em que se observavam endométrio menor que 5 mm e ausência de folículos ovarianos maior que 10 mm, iniciava-se o uso de valerato de estradiol (VE), nas doses de 2 mg por oito dias, 4 mg por três dias e 6 mg, continuamente. Após três dias de uso de 6 mg realizava-se nova ecografia, e quando a espessura endometrial foi maior ou igual a 8 mm associou-se a progesterona micronizada, na dose de 800 mg diários. O teste de gravidez foi realizado no 14º dia após a transferência e em caso positivo o esquema substitutivo era mantido, com aumento da dose de VE para 8 mg até a 16ª semana de gestação.

Resultados

Os resultados são expressos como média \pm desvio padrão. A avaliação estatística foi realizada pelo programa SPSS, utilizando-se o T-test para comparação de médias e o teste do qui-quadrado para variáveis qualitativas. Valores $p < 0,05$ foram considerados significativos.

Conforme a **Tabela I**, não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos nas seguintes variáveis: idade das pacientes, número de embriões transferidos, espessura endometrial e taxa de implantação, gestação clínica e taxa de aborto.

Discussão

Os resultados deste estudo retrospectivo indicam que a transferência de embriões descongelados pode ser realizada com sucesso em ciclos com bloqueio hipofisário por uso de análogos de GnRH ou em ciclos espontâneos. O uso dos análogos de GnRH tem algumas vantagens, como a flexibilidade do momento da transferência conforme conveniência da paciente ou do serviço, monitoração simplificada com mensuração ecográfica do endométrio e uso em pacientes com ciclos anovulatórios ou irregulares (Smits *et al.*, 1992; Keltz *et al.*, 1995). O ciclo espontâneo requer uma melhor monitoração e a transferência embrionária não é flexível, além das ovulações prematuras que ocorrem em alguns destes

Tabela I

	<i>Ciclos Espontâneos</i>	<i>Ciclos Substitutivos</i>	<i>P</i>
Transferências	45	113	
Idade	32,93 \pm 4,62	34,46 \pm 5,26	0,091
Embriões transferidos	3,71 \pm 1,18	3,63 \pm 1,18	0,691
Implantação	6,14 \pm 13,19	10,67 \pm 19,92	0,162
Gravidez clínica	9/45 (20,0%)	31/113 (27,4%)	0,332
Aborto	2/9 (22,2%)	7/31 (22,6%)	1,000
Espessura endometrial	9,98 \pm 1,42	10,51 \pm 1,94	0,098

ciclos, levando ao seu cancelamento. Vários estudos mostram a correlação entre espessura endometrial e gestação em ciclos de criotransferência. A espessura mínima varia de 5 a 8 mm (Al-Shawaf *et al.*, 1993; Dickey *et al.*, 1993). Em ambos os protocolos atingiu-se a espessura mínima desejada.

Resultados semelhantes foram encontrados por Sathanandan *et al.* (1991), em estudo prospectivo não-randomizado. Esses autores tiveram 20% de gestação clínica em 80 pacientes que fizeram preparo endometrial com ciclo substitutivo, e os mesmos 20% em 70 pacientes que tiveram transferências embrionárias em ciclos naturais. Mais recentemente, Simon *et al.* (1998) fizeram estudo prospectivo e randomizado onde usaram 6 mg de estradiol sem bloqueio de hipófise e obtiveram resultados semelhantes ao de grupo de pacientes submetidas ao bloqueio.

Referências

1. Al-Shawaf, T., Yang, D., Al-Magid, Y. et al. – Ultrasonic monitoring during replacement of frozen/thawed embryos in natural and hormone replacement cycles. Hum. Reprod., 8:2068-2074, 1993.
2. Dickey, R., Olar, T., Cuore, D. et al. – Relationship of endometrial thickness and pattern to fecundity in ovulation induction cycles: effect of domiphen citrate alone and in combination with human menopausal gonadotropins. Fertil. Steril., 58:756-760, 1993.
3. Keltz, M. D., Jones, E.E., Duleba, A. J. et al. – Baseline cyst formation after luteal gonadotrophin-releasing hormone agonist administration is linked to poor in vitro fertilization outcome. Fertil. Steril., 64:568-572, 1995.
4. Muasher, S. J., Kruthoff, C., Simonetti, S. et al. – Controlled preparation of the endometrium with exogenous steroids for the transfer of frozen-thawed pre-embryos in patients with anovulatory or irregular cycles. Hum. Rep., 6:443-445, 1991.
5. Sathanandan, M., Macnamee, M. C., Rainsbury, P., Brinsden, P., Edwards, R. G. – Replacement of frozen-thawed embryos in artificial and natural cycles: a prospective semi-randomized study. Hum. Reprod., 6(5):685-688, 1991.
6. Senn, A., Vozzi, C., Chanson, A., De Grandi, P., Germond, M. – Prospective randomized study of two cryopreservation policies avoiding embryo selection: the pronucleate stage leads to a higher cumulative delivery rate than the early cleavage stage. Fertil. Steril., 74(5):946-52, 2000.
7. Simon, A., Hurwitz, A., Zentner, B., Bdolah, Y., Lufer, N. – Transfer of frozen-thawed embryos in artificially prepared cycles with and without prior gonadotrophin-releasing hormone agonist suppression: a prospective randomized study. Hum. Reprod., 13:2712-271, 1998.
8. Smits, J., Ron-El, R., Tarlatzis, B.C. – The use of gonadotrophin releasing hormone agonist for in vitro fertilization and other assisted procreation techniques: Experience from three centers. Hum. Reprod., 7 (Suppl. 1):49-66, 1992.
9. Navot, D., Bergh, P. A., Laufer, N. – Ovarian hyperstimulation syndrome in novel reproductive technologies: prevention and treatment. Fertil. Steril., 58:249-261, 1992.
10. Tanos, V., Friedler, S., Zajack, G., Neiger, M., Lewin, A., Schenker, J. K. – Trabalho – Gynecol. Obstet. Invest., 41 (4):227-231, 1996.
11. Troun, A. – Cryopreservation. Br. Med. Bull., 46:695-708, 1990.

Os Novos Parâmetros da Filiação Determinados pela Reprodução Assistida

Breve Análise dos Incisos III, IV e V do Art. 1.597 do Novo Código Civil

Santos FCF

Centro de Estudos de Direitos da Família – Curso de Direito,

Centro Universitário Newton Paiva, Belo Horizonte, MG
Contato: (31) 3412-3379/3418-1698/3282-3043

As descobertas da Medicina sobre o método da reprodução assistida trouxeram novos conceitos e paradigmas nas diversas áreas do conhecimento humano. No tocante ao conhecimento jurídico, e especificamente o ordenamento jurídico brasileiro atual, tal procedimento trouxe problemas pouco enfrentados pela sociedade.

Tais problemas vêm sendo discutidos, e no que tange a atitudes concretas por parte das mais variadas esferas da sociedade civil, ou ainda não se tornaram soluções efetivamente legalizadas ou vêm sendo timidamente discutidos, como é o caso dos incisos III, IV e V do Novo Código Civil, que passou a vigorar em janeiro deste ano.

A reprodução assistida só tem tratamento em esfera estritamente legal nos incisos especificados do art. 1.597 do NCC, conforme dispõe:

“Presumem-se concebidos na constância do casamento os filhos: (...)

III – havidos por fecundação artificial homóloga, mesmo que falecido o marido.

IV – havidos, a qualquer tempo, quando se tratar de embriões excedentários, decorrentes de concepção artificial homóloga.

V – havidos por inseminação artificial heteróloga, desde que tenha prévia autorização do marido.”

Os novos parâmetros da presunção de paternidade (diga-se paternidade visto que a nova legislação exclui qualquer preceito sobre a presunção de maternidade) ampliou o rol de direitos concernentes à filiação.

Entretanto, constata-se que vários questionamentos são suscitados e estão sem qualquer resposta ou amparo legal.

O legislador, ao se pronunciar no inciso III, partindo-se do entendimento de que ao tratar sobre fecundação artificial está se referindo às duas espécies conhecidas, ou seja, FIV e inseminação artificial, deixou um vasto campo para discussões quanto aos direitos sucessórios, visto estar prevendo a filiação de criança nascida mesmo depois de falecido o pai presumido, e quanto a questões sociais, pois pode-se ter um filho de pai falecido mesmo que o fato do nascimento ocorra anos depois.

Já no inciso IV o legislador traz à tona a polêmica questão dos embriões excedentários. Não obstante à questão do seu destino, com tutela somente na esfera administrativa através da Resolução nº 1.358/92 do CFM, a tutela prevista no NCC, em se tratando de filiação, é acerca daqueles embriões fecundados através da FIV homóloga. O Código não prevê a tutela para aqueles embriões que foram fecundados pelo método heterólogo.

O que se levanta aqui é o problema de não terem amparo os filhos daqueles que não têm condições de procriar, natural ou artificialmente, através de seus próprios gametas, tendo que recorrer ao material genético de terceiros para tanto.

A sensação que o inciso em questão nos coloca é a de que existe uma grande contradição ao se limitar a presunção de filiação neste NCC. Assim é tendo em vista o preceito constitucional do § 6º, art. 227, da Constituição de 1988:

“Art. 227. (...)

§ 6º – Os filhos havidos ou não da relação de casamento, ou por adoção, terão os mesmos direitos e qualificações, proibidas quaisquer designações discriminatórias relativas à filiação.”

Como resolver este impasse quando nos deparamos com o caso concreto? O preceito civil, ao não tutelar estes casos, abre espaço para a ampla interpretação constitucional, baseada nos princípios da isonomia da filiação e da dignidade da pessoa humana.

Para finalizar, surge o inciso V que, ao contrário dos anteriores, trata do procedimento da IA heteróloga, mediante prévia autorização do marido, devendo-se entender esta o termo de consentimento informado que toda clínica de reprodução assistida deve celebrar com pacientes e doadores de gametas, conforme a Resolução supra de 1992.

Portanto, devemos somar esforços para esclarecer melhor o que o legislador quis enunciar com essas novidades em matéria de filiação. Esclarecer as dúvidas, ou simplesmente discutir

e trazer soluções para tudo que está omissa na lei e que está presente no caso concreto é contribuir para o crescimento do ser humano e do seu amplo rol de conhecimento.

Isto é garantir segurança para aqueles que dominam a arte de fazer filhos artificialmente; é garantir o direito à constituição familiar e ao seu planejamento, o direito à descendência para aqueles que, impossibilitados pela natureza, não podem procriar por si sós; é garantir o direito à filiação, o direito a ter dignidade, princípio universal inerente a todo ser humano, àqueles que foram concebidos com a ajuda da ciência; é garantir tranquilidade àqueles que, investidos do poder jurisdicional do Estado, possam decidir as divergências com um mínimo de amparo legal, corroborado por entendimento e aceitação social.