

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER**

Brenda Luíza Carvalho Oliveira

**PRESERVAÇÃO DA FERTILIDADE EM MULHERES
SAUDÁVEIS:
TÉCNICAS, RISCOS E LIMITES LEGAIS**

BELO HORIZONTE

2021

Brenda Luíza Carvalho Oliveira

**PRESERVAÇÃO DA FERTILIDADE EM MULHERES
SAUDÁVEIS:
TÉCNICAS, RISCOS E LIMITES LEGAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher.

Área de Concentração: Patologia Ginecológica e Reprodução

Linha de Pesquisa: Tecnologia Aplicada à Saúde da Mulher

Orientador: Prof. Fernando Marcos dos Reis

Coorientadora: Profa. Telma de Souza Birchall

BELO HORIZONTE

2021

OL48p Oliveira, Brenda Luiza Carvalho.
Preservação da fertilidade em mulheres saudáveis [manuscrito]: técnicas, riscos e limites legais. / Brenda Luiza Carvalho Oliveira. - - Belo Horizonte: 2022.

102f.: il.

Orientador (a): Fernando Marcos dos Reis.

Coorientador (a): Telma de Souza Birchal.

Área de concentração: Saúde da Mulher.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Preservação da Fertilidade. 2. Criopreservação. 3. Células Germinativas. 4. Medicina Reprodutiva. 5. Técnicas de Reprodução Assistida. 6. Dissertação Acadêmica. I. Reis, Fernando Marcos dos. II. Birchal, Telma de Souza. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WQ 208

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CENTRO DE PÓS GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER

ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA : **BRENDA LUÍZA CARVALHO OLIVEIRA**

Realizou-se, no dia 04 de agosto de 2021, às 09:00 horas, Online, na Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *PRESERVAÇÃO DA FERTILIDADE EM MULHERES SAUDÁVEIS: TÉCNICAS, RISCOS E LIMITES LEGAIS*, apresentada por BRENDA LUÍZA CARVALHO OLIVEIRA, número de registro 2019657753, graduada no curso de DIREITO/DIURNO, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em SAÚDE DA MULHER, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Fernando Marcos dos Reis - Orientador (UFMG), Prof(a). Marilena Cordeiro Dias Villela Corrêa (UERJ), Prof(a). Claudia Navarro Carvalho Duarte Lemos (CRM-MG), Prof(a). Brunello Souza Stancioli (UFMG), Prof(a). Telma de Souza Birchall (UFMG).

A Comissão considerou a dissertação:

Aprovada

Reprovada

Assinatura dos membros da banca examinadora:

Prof(a). Fernando Marcos dos Reis (Doutor)

Prof(a). Marilena Cordeiro Dias Villela Corrêa (Doutora)

Prof(a). Claudia Navarro Carvalho Duarte Lemos (Doutora)

Prof(a). Brunello Souza Stancioli (Doutor)

Prof(a). Telma de Souza Birchall (Doutora)

agosto de 2021. **Belo Horizonte, 04 de**



Documento assinado eletronicamente por **Fernando Marcos dos Reis, Professor do Magistério Superior**, em 23/11/2021, às 15:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Brunello Souza Stancioli, Professor do Magistério Superior**, em 24/11/2021, às 12:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Telma de Souza Birchal, Professora do Magistério Superior**, em 26/11/2021, às 16:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Claudia Navarro de Carvalho Duarte Lemos, Usuário Externo**, em 29/11/2021, às 14:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marilena Cordeiro Dias Villela Correa, Usuário Externo**, em 26/04/2022, às 18:35, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0866885** e o código CRC **1EB0AD13**.

I do not wish them [women] to have power over men, but over themselves.

Mary Wollstonecraft, *A Vindication of the Rights of Woman*

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus pela luz e proteção de sempre e à Nossa Senhora, pela intercessão e bênçãos nos momentos mais difíceis;

Ao professor Fernando M. Reis, por ter me acolhido na Medicina, ter sido sempre tão presente, e por ter dedicado tanto tempo e esforço para que essa dissertação fosse concluída. Muito obrigada por ter acreditado naquela ainda graduanda em Direito que tinha <e sempre terá> o coração tomado por amor à reprodução humana;

À professora Telma S. Birchal, pela dedicação, disponibilidade, e por ter sempre as perguntas certas, que foram tão importantes para a conclusão do presente trabalho. Você é inspiradora. Obrigada por sua generosidade e por estar sempre aberta a novas discussões.

Aos meus pais, Luiz e Sônia, e aos meus irmãos, Bruna e Luiz Eduardo, pelo apoio incondicional, pela paciência e por serem meu alicerce;

Ao Rodrigo Saliba, pelo companheirismo, pelas horas de dedicação à revisão dos meus textos e por sempre me apoiar, mesmo nas decisões que fogem ao comum;

À Stephanie Almeida, por ter sido apoio e suporte desde o processo seletivo da pós-graduação, até a conclusão do presente trabalho. Você é a melhor amiga que alguém pode ter;

Ao professor Dirceu B. Greco, por ser um grande incentivador e uma inspiração na área da Bioética;

Às mulheres guerreiras, que me inspiram a ser melhor a cada dia, e a reivindicar sempre nosso espaço.

RESUMO

A preservação social da fertilidade consiste na utilização de tecnologias no ramo da medicina reprodutiva, para fins de criopreservação de material genético (gametas, tecidos e embriões) de pessoas saudáveis – assim entendidas aquelas sem diagnóstico prévio de necessidade de assistência à fertilidade –, visando possibilitar a viabilidade reprodutiva posterior. Tal fenômeno exsurge de anseios contemporâneos pela manutenção da possibilidade de procriação com material genético próprio, ultrapassando-se a barreira do decréscimo de fertilidade, ocasionado, sobretudo, pelo avanço da idade. No que tange à mulher, verifica-se a constante modificação de seu papel na sociedade, como fruto das intensas e constantes batalhas pela igualdade de direitos e oportunidades, fator este que, por vezes, pode impulsionar a busca por métodos capazes de assegurar a fertilidade, ainda que tardia. Destaca-se que a expansão do acesso à reprodução assistida e à preservação social da fertilidade é tanto uma questão de justiça social quanto de promoção da igualdade entre os gêneros. O presente estudo se dedica, portanto, a analisar os métodos atualmente disponíveis para a preservação social da fertilidade feminina, identificando, também, ainda que de modo inicial, questões éticas e jurídicas que permeiam o assunto.

Palavras-chave: Preservação Social da Fertilidade; Criopreservação de Gametas e Tecidos; Medicina Reprodutiva; Tecnologias de Reprodução Assistida.

ABSTRACT

The social preservation of fertility consists of the use of technologies in the field of reproductive medicine, for the purpose of cryopreserving genetic material (gametes, tissues and embryos) of healthy people - thus understood those without a previous diagnosis of the need for fertility assistance -, aiming at enabling the posterior reproductive viability. Such phenomenon arises from contemporary yearnings for maintaining the possibility of procreation with their own genetic material, overcoming the barrier of decreased fertility, caused, above all, by advancing age. With regard to women, there is a constant change in their role in society, as a result of intense and constant battles for equal rights and opportunities, a factor that, at times, can boost the search for methods capable of ensuring fertility even in late reproductive age. It is noteworthy that expanding access to assisted reproduction and the social preservation of fertility is both a matter of social justice and the promotion of gender equality. The present study, therefore, is dedicated to analyzing the methods currently available for the social preservation of female fertility, also identifying, albeit initially, ethical and legal issues that permeate the subject.

Key-words: Social Preservation of Fertility; Cryopreservation of Gametes and Tissues; Reproductive Medicine; Assisted Reproduction Techniques.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO: POR QUE PRESERVAR A FERTILIDADE?	8
2. TÉCNICAS DISPONÍVEIS DE PRESERVAÇÃO DE FERTILIDADE	14
2.1. Criopreservação de oócitos	15
2.2. Criopreservação de tecido ovariano	16
2.3. Criopreservação de espermatozoides (sêmen de parceiro/terceiros)	17
2.4. Criopreservação de tecido testicular	18
2.5. Criopreservação de embriões	18
3. LEGISLAÇÃO APLICÁVEL À PRESERVAÇÃO DE FERTILIDADE	20
3.1. Do Cenário Brasileiro: Reprodução Assistida e Preservação de Fertilidade	20
3.1.1. Das Normas Aplicáveis à Preservação Social da Fertilidade no Brasil	23
3.1.1.1. Do Conselho Federal de Medicina	25
3.1.1.2. Da inexistência de obrigação legal aos planos de saúde, quanto à cobertura de procedimentos de reprodução assistida e preservação de fertilidade	29
3.1.1.3. Da Reprodução Assistida e da Preservação da Fertilidade nas Legislações Estaduais e do Distrito Federal	32
3.1.1.3.1. Região Norte	32
3.1.1.3.1.1. Acre	32
3.1.1.3.1.2. Amapá	33
3.1.1.3.1.3. Amazonas	33
3.1.1.3.1.4. Pará	34
3.1.1.3.1.5. Rondônia	35
3.1.1.3.1.6. Roraima	35
3.1.1.3.1.7. Tocantins	35
3.1.1.3.2. Região Nordeste	36
3.1.1.3.2.1. Alagoas	36
3.1.1.3.2.2. Bahia	36
3.1.1.3.2.3. Ceará	36
3.1.1.3.2.4. Maranhão	37
3.1.1.3.2.5. Paraíba	37
3.1.1.3.2.6. Pernambuco	38
3.1.1.3.2.7. Piauí	38
3.1.1.3.2.8. Rio Grande do Norte	39
3.1.1.3.2.9. Sergipe	39
3.1.1.3.3. Região Centro-Oeste	39
3.1.1.3.3.1. Goiás	39
3.1.1.3.3.2. Mato Grosso	40
3.1.1.3.3.3. Mato Grosso do Sul	40
3.1.1.3.3.4. Distrito Federal	41
3.1.1.3.4. Região Sudeste	42
3.1.1.3.4.1. Espírito Santo	42

3.1.1.3.4.2. Minas Gerais	43
3.1.1.3.4.3. Rio de Janeiro	44
3.1.1.3.4.4. São Paulo	45
3.1.1.3.5. Região Sul	46
3.1.1.3.5.1. Paraná	46
3.1.1.3.5.2. Santa Catarina	46
3.1.1.3.5.3. Rio Grande do Sul	47
3.2. Do Cenário Internacional: Preservação de Fertilidade	48
3.2.1. França	50
3.2.2. Malta	51
3.2.3. Áustria	52
4. ÉTICA E A PRESERVAÇÃO SOCIAL DA FERTILIDADE	52
4.1. Distanciamento etário entre mãe e filho: Um problema?	53
4.2. Riscos do procedimento x Taxas de sucesso: Uma análise de custo-benefício?	54
4.3. Custos: O Dilema do Pensamento a Longo Prazo	55
4.4. Assistência à Reprodução e Preservação de Fertilidade como Benefícios Corporativos: Uma Realidade?	57
4.5. Cenário de Incertezas: Pandemia de COVID-19	58
5. COMO GARANTIR UM ACESSO MAIS JUSTO AOS PROCEDIMENTOS?	59
5.1. Tratamento ou Melhoramento?	59
5.2. Preservação da Fertilidade no SUS?	63
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
6.1. Perspectivas	66
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
ANEXO I - TABELAS	85
Tabela 1 - IBGE - Registro Civil - Idade da mãe na ocasião do parto	85
Tabela 2 - Relatórios SisEmbryo - 2011 a 2018	86
Tabela 3 - Instituto de Estudos em Saúde Suplementar (IESS) - Taxa de cobertura por plano de saúde segundo dados demográficos, socioeconômicos e grandes regiões do Brasil.	87
Tabela 4 - Shenfield et al. (2017) - Regulação, indicações e financiamento para criopreservação de oócitos em 2015, em 27 países europeus.	89
ANEXO II - FIGURAS	91
Figura 1 - Pirâmide - Procedimentos prioritários para fins de financiamento público, relacionados à reprodução assistida e à preservação de fertilidade	91
ANEXO III - QUADRO COMPARATIVO - RESOLUÇÕES CFM	92
ANEXO IV - ARTIGO ACEITO PARA PUBLICAÇÃO	93

1. INTRODUÇÃO: POR QUE PRESERVAR A FERTILIDADE?

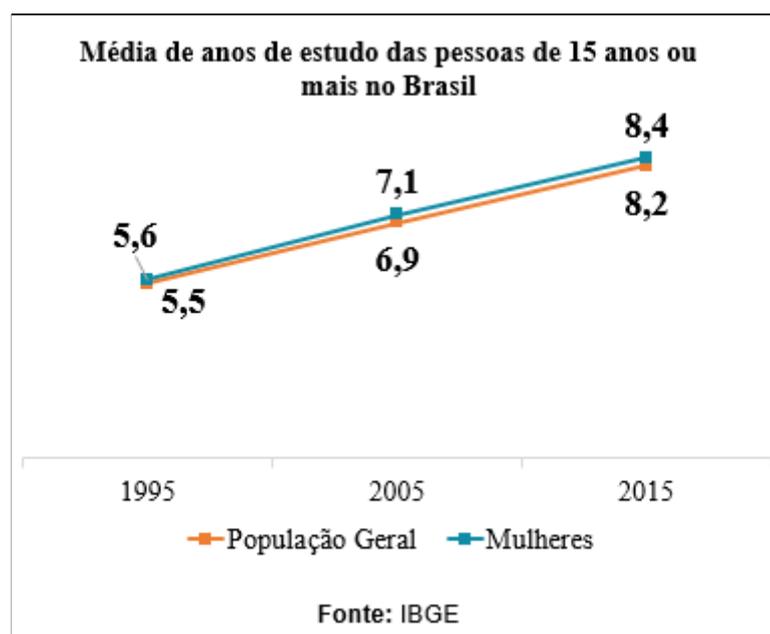
A noção atual de tempo muito difere daquelas experimentadas pelas gerações passadas. As drásticas mudanças sofridas na sociedade, que vão além do aumento da expectativa de vida, englobando, outrossim, o encurtamento de fronteiras, as trocas de informações em escala mundial, bem como o desenvolvimento da ciência e da tecnologia, fazem com que a humanidade crie novas demandas diariamente, embasadas em seu novo conceito de vida digna.

Os anseios divergem daqueles do passado. Mudaram também as prioridades, bem como os conceitos de sucesso e realização. Nesse âmbito, a título exemplificativo, verifica-se que, felizmente, as mulheres têm conquistado papéis antes inimagináveis, como fruto das intensas e constantes batalhas pela igualdade de direitos e oportunidades.

Atualmente, embora o número de homens ainda supere o de mulheres na proporção de pessoas ocupadas em trabalhos formais no Brasil, tem-se verificado crescimento deste último, ainda que a curtos passos. Nota-se que, em 10 anos, referida proporção oscilou entre os 40,85% em 2007, alcançando seu ápice em 2013, com 45,23%, e chegando a 44,01% em 2017, segundo dados da Relação Anual de Informações Sociais - RAIS.

De acordo com dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA dos anos de 2012 a 2017, o aumento da proporção de mulheres ocupando cargos gerenciais no Brasil foi de 2,4%. Em consonância com a publicação do jornal “Folha de São Paulo”, de março de 2019, segundo a consultoria Great Place to Work, no período compreendido entre 1997 e 2018, houve um crescimento de 11% para 42% da proporção de mulheres ocupando cargos de chefia nas 150 empresas consideradas as melhores para se trabalhar no Brasil. Ainda consoante a referida publicação, segundo dados levantados na Relação Anual de Informações Sociais – RAIS, a proporção de mulheres ocupando cargos de gerência e diretoria no setor formal, com idade entre 30 e 49 anos, sofreu considerável aumento de 2003 a 2017: nos cargos de gerência, o aumento foi de 6,9%, e nos cargos de diretoria, 10,5% (Fraga, 2019).

Em análise mais ampla, no que tange à educação da população em geral, nota-se que, enquanto no ano de 1995 a média de anos de estudo das pessoas de 15 anos ou mais no país era de 5,5 anos, em 2005 o referido valor correspondia a 6,9 anos, tendo alcançado 8,2 anos em 2015 (IBGE). Neste ponto, é importante ressaltar que a média de anos de estudos das mulheres brasileiras supera a média nacional, ainda que ambas tenham apresentado expressivo crescimento. Veja-se:



Tais mudanças imprimem drásticas modificações na própria configuração da sociedade. Os desafios diários e a busca por constante crescimento profissional e intelectual têm se tornado prioridade na vida de muitos, o que tem impulsionado um cenário no qual a maternidade/paternidade é postergada, resultando em notáveis modificações, sobretudo no tangente à constituição de família e à procriação, quando comparado às gerações anteriores.

Com base nos dados colhidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, dos anos de 2010 a 2018, verifica-se drástica modificação na faixa etária das mães brasileiras na ocasião do parto. Enquanto no ano de 2010 a proporção de mães com idade igual ou inferior a 29 anos correspondia a 71,98%, no ano de 2018 referida proporção sofreu queda para 63,53%. Em contrapartida, o crescimento mais expressivo no período ocorreu na faixa etária dos 35 a 39 anos, cuja representatividade sobre o total de mães apresentou aumento de 4,2 pontos percentuais, de modo que, em termos absolutos, houve um salto de 53,05% no número de mães, comparado com 2010. Veja-se:

Tabela 1. Registro Civil - Idade da mãe na ocasião do parto									
Idade	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Menos de 15 anos	25530	25343	26626	25760	26669	25409	23141	21024	19873
15 a 19 anos	532430	541580	542731	533453	534461	518175	477035	455380	431581
20 a 24 anos	813478	801086	779400	748112	752373	754827	724443	733272	725758
25 a 29 anos	732695	740405	725885	707529	725294	729273	682182	698460	698851
30 a 34 anos	507051	535885	556084	564466	585862	601256	570357	594491	613159
35 a 39 anos	240526	256108	264962	270655	292762	312423	309066	339880	368132
40 a 44 anos	63639	65600	67273	66939	70197	73352	73743	80384	88231
45 a 49 anos	5950	5919	5949	5429	5403	5445	5178	5482	5905
50 anos ou mais	1742	1689	1748	1581	1393	1260	1132	1205	1468
Fonte: IBGE - Estatísticas do Registro Civil - 2018									

Todavia, a idade desempenha importante papel sobre a fertilidade, sobretudo feminina.

E é justamente esse contexto que justifica o aumento da busca pela chamada preservação social da fertilidade (Nasab et al., 2020) ou preservação por razões não médicas, que se diferencia da preservação médica da fertilidade, não propriamente em seus métodos, mas em seus objetivos. As técnicas atualmente existentes de preservação da fertilidade, com a coleta e a criopreservação de gametas, desempenham importante papel no que tange à minoração dos efeitos colaterais decorrentes de tratamentos médicos como a quimioterapia e a radioterapia, os quais podem causar danos irreversíveis à fertilidade (Busnelli et al., 2020; Fouks et al., 2020) – trata-se aqui, portanto, de preservação da fertilidade por razões médicas. No caso da preservação social, ela consiste em procedimento por meio do qual há coleta e criopreservação de gametas para utilização futura, configurando método utilizado para potencializar uma gestação “tardia” com material genético próprio (Nasab et al., 2020). Trata-se, portanto, de procedimento eletivo, relacionado à opção pela postergação da procriação pelas mais diversas razões, mais frequentemente associado à relação entre o avanço da idade da mulher e a diminuição da sua fertilidade.

O desenvolvimento tecnológico na área da medicina reprodutiva por razões médicas, que possibilitou não apenas a criopreservação de embriões, como a de tecidos e gametas, tornou também possível a preservação social da fertilidade, o que, potencialmente, diminuiria a necessidade de se recorrer a bancos de doação. No entanto, sabemos que esta prática suscita polêmicas, as quais serão pontuadas no presente estudo.

Salienta-se, outrossim, que embora a janela natural de fertilidade feminina não possa ser prolongada, estudos têm mostrado que alguns hábitos de vida podem ter impacto negativo naquela.

É o caso, por exemplo, do consumo de álcool. Em estudo prospectivo de longo prazo realizado na Suécia, conduzido por Eggert et al. (2004), demonstrou-se que o alto consumo de álcool por mulheres está associado a maiores riscos de infertilidade. Em estudo anterior de curto prazo, conduzido por Jensen et al. (1998), verificou-se a diminuição nas taxas de fecundidade entre mulheres que ingerem álcool semanalmente, mesmo nos casos em que o consumo corresponde a cinco ou menos doses semanais. Nesse mesmo sentido, Hakim et al. (1998), revelaram efeito negativo do álcool sobre a capacidade de concepção da mulher, sugerindo que aquelas que estivessem em processo de tentativa de conceber, devessem se abster de consumir álcool.

Em estudo mais recente, conduzido por Mikkelsen, et al. (2016), com população composta por mulheres Dinamarquesas, verificou-se que o alto consumo de álcool, assim considerada a ingestão maior ou igual a 14 porções por semana, está associado a uma queda de 18% na fecundabilidade, se comparado a mulheres que não consomem álcool. Referido estudo não encontrou efeitos significativos no consumo moderado de álcool (1 a 7 porções por semana) sobre a fecundabilidade, tampouco observou diferenças consideráveis na associação entre cerveja e vinho sobre aquela, destacando, porém, que foi constatada maior associação entre o consumo de bebidas destiladas e o decréscimo da capacidade reprodutiva.

A partir de um grupo de mulheres afro-americanas jovens e saudáveis, Bressler et al. (2016) verificaram que o consumo frequente de álcool pode ter impacto negativo nos níveis de hormônio anti-Mülleriano, considerado marcador de reserva ovariana, o que reitera o alerta a mulheres que estejam tentando engravidar. Todavia, referido estudo não identificou

influências no nível do referido hormônio em mulheres que apresentam consumo moderado de álcool, fumantes ativas e mulheres sujeitas à exposição passiva à fumaça.

Kaufman et al. (1980) verificaram que a idade média na qual as mulheres fumantes atingem a menopausa é significativamente inferior à idade média da menopausa em mulheres não fumantes, o que demonstra um efeito negativo do hábito de fumar sobre a fertilidade feminina. Estudos conduzidos por Hyland et al. (2016) e Oboni et al. (2016) apresentaram resultados semelhantes. Howe et al. (1985) demonstraram relação inversamente proporcional entre o consumo diário de cigarros e as taxas de fertilidade feminina, sugerindo que mulheres que estejam tentando engravidar devem diminuir e/ou cessar o hábito de fumar. Nesse mesmo sentido, Farrow et al. (2000) verificaram associação direta entre atraso na concepção e o fumo passivo ou ativo pelas mulheres. Ademais, estudos relativamente recentes verificaram que altos níveis de nicotina podem estar associados à apoptose celular dos folículos ovarianos, ocasionando infertilidade em mulheres fumantes (Harlev et al., 2015; Uzumcu et al., 2012).

No que tange ao uso de substâncias psicoativas, Muller et al. (1990) verificaram que o uso recreacional de maconha pode causar interrupção transitória da função ovulatória; o estudo, porém, não foi suficientemente conclusivo acerca da relação entre a exposição à cocaína e o desenvolvimento de infertilidade tubária. Jordan et al. (2020) relataram que há percepção de efeitos negativos da *cannabis* sobre a fertilidade, relacionada ao uso recente da substância.

Conforme brilhantemente exposto por Sharma et al. (2013) no artigo *Lifestyle factors and reproductive health: taking control of your fertility*, ainda que os estudos sejam relativamente escassos nesse sentido, compreender os fatores acima citados pode auxiliar na revisão de hábitos diários quando da decisão pela procriação, potencializando-a.

Somada à utilização das técnicas de reprodução assistida atualmente disponíveis, a adoção de hábitos saudáveis que favorecem a preservação de fertilidade pode auxiliar no controle do projeto de vida e a constituição de família, mitigando-se não somente a limitação etária naturalmente imposta à reprodução feminina, como também os impactos das práticas habituais descritas acima.

Segundo os Relatórios do Sistema Nacional de Produção de Embriões (SisEmbrio) emitidos anualmente pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o número de embriões congelados no Brasil no ano de 2018 representa mais do que o triplo de embriões congelados no ano de 2011, sendo certo que o número de ciclos de fertilização realizados no país acompanhou referido crescimento, conforme se verifica do quadro abaixo:

Tabela 2. Relatórios SisEmbrio								
	5º Relatório	6º Relatório	7º Relatório	8º Relatório	9º Relatório	10º Relatório	11º Relatório	12º Relatório
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Nº de Bancos de Células e Tecidos Germinativos-BCTG	120*	120*	120*	130*	150*	160	150*	180
Nº de BCTG que forneceram informações para o relatório	77	91	93	106	141	141	146	154
Nº de embriões congelados	26.283	32.181	38.062	47.812	67.359	66.597	78.216	88.776
Nº de ciclos de fertilização realizados	13.527	21.074	24.147	27.871	35.615	33.790	36.307	43.098
Nº de oócitos produzidos	125.786	182.908	218.362	257.006	327.748	311.042	340.458	395.182
Nº de embriões transferidos	33.797	34.964	52.690	60.668	73.472	67.292	68.891	70.908
Nº de embriões descartados	16.117	25.984	32.585	41.830	56.067	55.381	65.689	80.767
Média nacional de oócitos por ciclo de fertilização <i>in vitro</i>	8,7	8	9	9,2	9,2	9	9,3	9
Taxas nacionais de	74%	73%	74%	74%	73%	73%	76%	76%

fertilização								
*universo estimado de BCTGs								

Depreende-se, portanto, que as tecnologias ligadas à reprodução assistida e à preservação de fertilidade têm se mostrado cada vez mais presentes na sociedade brasileira, configurando verdadeira solução a anseios, seja por razões médicas ou sociais, como forma de garantir não apenas a possibilidade de uma gestação com material biológico próprio, como o controle sobre o momento certo para aquela, de acordo com cada realidade de vida (Santo et al., 2017; Corrêa, 2020; Costa & Corrêa, 2015).

2. TÉCNICAS DISPONÍVEIS DE PRESERVAÇÃO DE FERTILIDADE

Dispõe a Resolução CFM nº 2.294/2021 que as clínicas, centros ou serviços podem criopreservar espermatozoides, oócitos, embriões e tecidos gonadais. Referido permissivo garante a possibilidade de preservação dos materiais acima mencionados por razões médicas ou sociais, visando a procriação futura.

A criopreservação consiste no procedimento por meio do qual o material biológico, como células, tecidos ou embriões, é preservado em baixas temperaturas, com uso de nitrogênio líquido, as quais podem chegar a -196°C . Tal procedimento promove a conservação do material, por tempo indeterminado, permitindo sua reversão a fresco com elevado índice de manutenção de viabilidade. Tem-se, portanto, a partir desta, a possibilidade de utilização do material anos após a sua coleta.

Os métodos de criopreservação atualmente disponíveis são o congelamento lento e a vitrificação, os quais apresentam taxas de sucesso diversas, que variam de acordo com o material a ser preservado.

O congelamento lento, também conhecido como método com equilíbrio, é o procedimento por meio do qual a criopreservação se dá a partir da redução gradual da temperatura (Carvalho et al., 2011). Referido método, porém, apresenta alto custo, em razão

da necessidade de equipamentos sofisticados. Ademais, a formação de cristais de gelo intracelulares a partir deste configura uma desvantagem, uma vez que aqueles podem danificar a célula quando do descongelamento, inviabilizando sua utilização para os fins pretendidos.

A vitrificação consiste na solidificação de uma solução à base de água, concedendo-lhe estado vítreo, sem a formação de cristais de gelo (Carvalho et al., 2011; Almiñana et al., 2015; Rienzi et al., 2016). Desta forma, tem sido amplamente utilizada na criopreservação de células, uma vez que confere mais segurança quando do procedimento de reversão, gerando menos danos ao material. Ademais, apresenta custos menos elevados se comparada ao congelamento lento.

Destaca-se que tais procedimentos configuram grande avanço, possuindo, inclusive, importante papel social de inclusão, ao permitir, por exemplo, a preservação de fertilidade a indivíduos transgêneros, potencializando a possibilidade de prole com material genético próprio (Katabi et al., 2020; Mayhew et al., 2021; Capela et al., 2020). Isso porque as terapias hormonais de afirmação de gênero, bem como procedimentos de transição, podem afetar a fertilidade, de modo que a criopreservação de gametas e tecidos se mostra como solução mais eficaz para resguardar aquela.

Importa lembrar, porém, que em se tratando de preservação de fertilidade, o fator etário exerce papel crucial, sendo recomendável a opção pelo procedimento o mais cedo possível, de modo a garantir taxas de sucesso mais satisfatórias (Carvalho et al., 2017; Schlenker et al., 2018).

Todavia, embora promissor, não se trata de procedimento simples, sendo certo que a decisão pela sua realização deve ser devidamente informada. Não bastasse o elevado custo, que configura limitador de acesso ao procedimento no Brasil (Espírito Santo et al., 2017), há também o desconforto e os riscos inerentes àquele, ante a necessidade de utilização de medicação específica e eventual necessidade de procedimento cirúrgico, como nos casos de criopreservação de tecidos, conforme se passará a expor.

2.1. Criopreservação de oócitos

Em um ciclo completo, a paciente que se submete à criopreservação de oócitos passará por todas as fases de uma fertilização *in vitro*, quais sejam, i) estimulação ovariana, realizada com o auxílio de medicações hormonais, a qual dura, em média, de 8 a 12 dias; ii) coleta dos oócitos e avaliação do estágio de maturação destes; iii) criopreservação dos oócitos, geralmente em estágio maduro (metáfase II); iv) “descongelamento” dos oócitos; v) fertilização *in vitro* (FIV), com a formação de embriões; vi) transferência dos embriões. Todavia, haverá interrupção temporal entre os itens “iii” e “iv”, de acordo com a necessidade da paciente.

Atualmente o método mais indicado para fins de criopreservação de oócitos é a vitrificação (Rienzi et al., 2016; Dolmans et al., 2018). Isto, pois o oócito é a maior célula humana, de modo que apresenta maior presença de água em seu interior, sendo certo que o método de congelamento lento pode levar à formação de cristais de gelo, os quais podem danificar a célula quando do procedimento de “descongelamento”. Considerando que na vitrificação não há a formação dos referidos cristais, esta é considerada o método padrão atual.

Dadas as evidências clínicas acerca da eficácia e segurança da criopreservação de oócitos, a *American Society for Reproductive Medicine* – ASRM (Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva) deixou de considerá-la experimental no ano de 2012, assim como o fez a *European Society for Human Reproduction and Embryology* – ESHRE (Sociedade Europeia para Reprodução Humana e Embriologia).

Referida técnica tem sido utilizada tanto na preservação de fertilidade para fins médicos, quanto para fins sociais.

Na literatura atualmente disponível, a taxa de sobrevivência de oócitos após a criopreservação varia entre 75% (Parente et al., 2009; Chen et al., 2005) a 96,1% (Camargos, 2013; Cobo et al., 2008).

Assim como a criopreservação de tecido ovariano, essa técnica apresenta a vantagem de não necessitar de um parceiro preestabelecido para sua realização, o que confere maior

autonomia às pacientes, além de ultrapassar discussões ético religiosas, como as que ocorrem quanto à criopreservação de embriões. Ademais, se comparada à criopreservação de tecido, se mostra como técnica menos invasiva, uma vez que não requer a realização de procedimento cirúrgico. Todavia, há a desvantagem de não permitir gestação espontânea.

2.2. Criopreservação de tecido ovariano

A criopreservação de tecido ovariano é técnica indicada majoritariamente a pacientes que não possuam tempo hábil para se submeter aos procedimentos necessários à coleta de óvulos, seja por ainda não terem atingido a puberdade, ou por terem de ser submetidas a tratamento médico imediato que possa resultar em danos à fertilidade, como é o caso dos atuais tratamentos oncológicos (Berton et al., 2020; Dolmans et al., 2021). Por se tratar de técnica mais delicada, na qual há a necessidade de realização de procedimento cirúrgico para coleta do córtex ovariano, ainda não é indicada para fins de preservação social de fertilidade.

Uma das vantagens desta técnica é a eventual possibilidade de gestação espontânea, após o transplante do tecido, além de, caso necessário, ser possível a realização de fertilização *in vitro* (FIV).

Embora os resultados da utilização do método de vitrificação para fins de criopreservação de tecido ovariano venham se mostrando promissores (Campos et al., 2016; Labrune et al., 2020), o congelamento lento ainda configura o padrão ouro para referido procedimento (Rodriguez-Walberg et al., 2016; Shi et al., 2017; Beckman et al., 2018; Dalman et al., 2020). Isto, em razão da complexidade do tecido ovariano que, diferentemente dos gametas, é formado por diversos tipos celulares e estruturais, de modo que sua criopreservação impõe desafios ainda maiores.

Referida técnica, contudo, ainda possui caráter experimental (Wolff et al., 2018), sendo necessários maiores estudos envolvendo, sobretudo, a taxa de nascidos vivos a partir de sua utilização.

2.3. Criopreservação de esperma (sêmen de parceiro/terceiros)

No que tange às técnicas de preservação de fertilidade masculina, a criopreservação de sêmen é o procedimento mais comumente utilizado. A coleta seminal é usualmente realizada pelo próprio paciente, por meio de masturbação, sendo o material recolhido pela clínica responsável e posteriormente criopreservado.

Embora o congelamento lento seja o método atualmente mais utilizado para fins de criopreservação de esperma (Tao et al., 2020), estudos relativos à vitrificação têm se mostrado promissores (Li et al., 2019; Schulz et al., 2020).

2.4. Criopreservação de tecido testicular

Assim como a criopreservação de tecido ovariano, por se tratar de procedimento mais delicado, a criopreservação de tecido testicular é indicada a pacientes que ainda não tenham atingido a puberdade, bem como a pacientes que não sejam capazes de ejacular e serão submetidos a tratamentos que possam afetar a fertilidade. Por esta razão, referida técnica é indicada para fins de preservação de fertilidade por razões médicas (Ming et al., 2018), não sendo atualmente utilizada para fins de preservação social.

Por se tratar de tecido, considera-se que o método do congelamento lento seja o mais indicado para sua efetivação (Wyns et al., 2013, Lima et al., 2017). Todavia, trata-se ainda de técnica experimental, de modo que são necessários mais estudos sobre o tema.

2.5. Criopreservação de embriões

A criopreservação de embriões consiste em técnica de preservação de fertilidade àqueles que possuem parceiros/parceiras preestabelecidos e pretendem resguardar a procriação deste núcleo. De modo geral, os embriões podem ser produzidos para fins

exclusivos de criopreservação, ou para fins de transferência imediata, havendo criopreservação tão somente dos supranumerários.

Por serem mais complexos e resistentes do que os gametas individualmente considerados, as taxas de sucesso na criopreservação de embriões são mais expressivas.

Atualmente, o método mais indicado é a vitrificação, por conferir mais segurança e eficácia ao procedimento, quando de sua reversão (Nagy et al., 2020).

Referida técnica enfrenta maior discussão no âmbito ético, considerando-se, sobretudo, os conceitos de “vida” e de “pessoa”. Isso ocorre, sobretudo, em razão da possibilidade de descarte de embriões e/ou doação para pesquisa, situações nas quais há a aproximação do tema com o da interrupção voluntária da gestação, altamente debatida na sociedade. A título ilustrativo, cabe destacar, contudo, que quanto às pesquisas com células-tronco embrionárias, em 29 de maio de 2008, no julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 3.510, o Supremo Tribunal Federal decidiu que referidos procedimentos não violam o direito à vida ou o princípio da dignidade da pessoa humana, conforme excerto que abaixo se colaciona:

(...) A decisão por uma descendência ou filiação exprime um tipo de autonomia de vontade individual que a própria Constituição rotula como "direito ao planejamento familiar", fundamentado este nos princípios igualmente constitucionais da "dignidade da pessoa humana" e da "paternidade responsável". A conjugação constitucional da laicidade do Estado e do primado da autonomia da vontade privada, nas palavras do Ministro Joaquim Barbosa. A opção do casal por um processo "in vitro" de fecundação artificial de óvulos é implícito direito de idêntica matriz constitucional, sem acarretar para esse casal o dever jurídico do aproveitamento reprodutivo de todos os embriões eventualmente formados e que se revelem geneticamente viáveis. O princípio fundamental da dignidade da pessoa humana opera por modo binário, o que propicia a base constitucional para um casal de adultos recorrer a técnicas de reprodução assistida que incluam a fertilização artificial ou "in vitro". De uma parte, para aquinhoar o casal com o direito público subjetivo à "liberdade" (preâmbulo da Constituição e seu art. 5º), aqui entendida como autonomia de vontade. De outra banda, para contemplar os porvindouros componentes da unidade familiar, se por eles optar o casal, com planejadas condições de bem-estar e assistência físico-afetiva (art. 226 da CF). Mais exatamente, planejamento familiar que, "fruto da livre decisão do casal", é "fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável" (§ 7º desse emblemático artigo constitucional de nº 226). **O recurso a processos de fertilização artificial não implica o dever da tentativa de nidacão no corpo da mulher de todos os óvulos afinal fecundados. Não existe tal dever (inciso II do art. 5º da CF), porque incompatível com o próprio instituto do "planejamento familiar" na citada perspectiva da "paternidade responsável". Imposição, além do mais, que implicaria tratar o gênero feminino por modo desumano ou degradante, em contrapasso ao direito fundamental que se lê no inciso II do art.**

5º da Constituição. Para que ao embrião "in vitro" fosse reconhecido o pleno direito à vida, necessário seria reconhecer a ele o direito a um útero. Proposição não autorizada pela Constituição. (...) (g.n.)

Outrossim, a criopreservação de embriões apresenta implicações maiores em casos de separação, divórcio ou óbito, podendo desencadear disputas judiciais de modo mais recorrente do que o que se observa no caso da criopreservação de gametas e tecidos, além de apresentar desdobramentos éticos mais complexos, que abarcam, dentre outros, a discussão acerca da instrumentalização da prole eventual.

3. LEGISLAÇÃO APLICÁVEL À PRESERVAÇÃO DE FERTILIDADE

3.1. Do Cenário Brasileiro: Reprodução Assistida e Preservação de Fertilidade

No Brasil, a saúde é direito social-fundamental assegurado pela Constituição Federal de 1988, a qual reserva capítulo especial ao tema. O Sistema Único de Saúde – SUS, pautado nos princípios da universalidade e da igualdade de acesso, foi criado de forma a tornar possível a concretização do direito à saúde, sendo responsável pela execução de ações e serviços em todas as esferas federais. Universal, por abarcar indivíduos nas mais diversas condições clínicas e de saúde. Igualitário, por não realizar distinção de qualquer natureza entre tais.

A previsão constitucional mencionada acima encontra respaldo na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 que, em seu artigo XXV, prevê que *todo homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.*

A Lei 8.080/1990, a qual regula as ações e serviços de saúde, nas esferas pública e privada no país, com base no artigo 196 da Constituição Federal, prevê, em seu artigo 2º, que

a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

O Decreto nº 7.508/2011 regulamenta a Lei 8.080/1990, dispondo sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

É certo que os dispositivos legais que regem o SUS não enumeram ou especificam de forma taxativa os serviços ou procedimentos por este resguardados. Nesse âmbito, cabe ressaltar que a Constituição da Organização Mundial de Saúde de 1946, em seu preâmbulo, define saúde como *o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença.*

É correto afirmar, porém, que apesar da previsão constitucional do direito à saúde, este, por vezes, encontra óbice na insuficiência de recursos, bem como na priorização de outros setores pela Administração Pública.

E é justamente neste liame que se encontra o direito ao planejamento familiar, um dos braços que compõem o direito à saúde. Previsto no § 7º do art. 226 da Constituição Federal, o planejamento familiar tem por base os princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para seu exercício.

Salienta-se que o livre planejamento familiar passou a ser considerado direito fundamental a partir do ano de 1994, constando do princípio 8 do Programa de Ação resultante da Conferência sobre População e Desenvolvimento (CIPD) das ONU, ocorrido naquele mesmo ano, no Cairo, da qual o Brasil é Estado-Membro.

Deste modo, em 12 de janeiro de 1996, houve a promulgação da Lei Federal nº 9.263, a qual cuida especificamente do referido tema, e apresenta definição ao termo “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 (art. 2º). Destaca, outrossim, que o planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e

integral à saúde, sendo certo que, no inciso I do parágrafo único de seu art. 3º, elenca a assistência à concepção como serviço a ser prestado pelo Sistema Único de Saúde - SUS.

Ocorre que, apenas no ano de 2005, por meio da Portaria nº 426/GM é que foi instituída no SUS a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida. Referida portaria elencou componentes fundamentais, separou procedimentos por graus de complexidade, bem como estabeleceu diretrizes à implementação da referida política no Brasil.

Neste mesmo ano, houve a publicação da Portaria nº 388, a qual regulamentou tal política, determinando que as Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal adotassem, em conjunto com os municípios, as providências necessárias para organizar e implantar as redes estaduais, municipais e do Distrito Federal de Atenção em Reprodução Humana Assistida. Ocorre, porém, que referida portaria foi suspensa por aquela de nº 1.187/2005, para análise de impactos financeiros.

No ano de 2009, a Portaria nº 2.048, que aprovou o regulamento do SUS, trouxe, em seus artigos 305 a 310, diretrizes básicas acerca da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida instituída por meio da Portaria nº 426/GM. Salienta-se, contudo, que referida política só foi finalmente consolidada em 2017, por meio da Portaria de Consolidação nº 2.

Nesse interstício, em 2011, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.459, a qual instituiu a “Rede Cegonha”, de modo a assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada na gravidez.

Apenas no ano de 2012, com a publicação da Portaria nº 3.149 do Ministério da Saúde, é que se determinou a destinação de recursos financeiros aos estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos de atenção à Reprodução Humana Assistida, no âmbito do SUS, incluindo fertilização in vitro e/ou injeção intracitoplasmática de espermatozoides. A portaria em comento abarcou 08 estabelecimentos em 05 Estados do país, tendo sido acrescida, posteriormente, a partir da Portaria nº 1.397/2013.

Neste sentido, importa destacar que a dotação do Ministério da Saúde consistiu em verba única, não renovável, totalizando menos de R\$ 12.000.000,00 (doze milhões de reais), partilhados dentre os estabelecimentos cadastrados. Tal escassez de recursos gera a necessidade de imposição de critérios rígidos de utilização dos serviços custeados pelo SUS, como limitação de idade e número de tentativas, que ainda assim não são suficientes para diminuir as quilométricas filas de espera aos usuários do sistema.

Se na saúde pública brasileira a Reprodução Assistida ainda caminha a curtos passos, a preservação de fertilidade é pauta inexistente. Sendo assim, procedimentos como criopreservação de gametas, seja por razões médicas ou sociais, ficam relegados ao acesso privado, contrastando, de certo modo, com os preceitos fundamentais da universalidade e igualdade de acesso, que regem o Sistema Único de Saúde.

Deste modo, o planejamento familiar previsto na Constituição Federal de 1988 e na Lei Federal nº 9.263/1996 tem se resumido às irregulares e escassas ações de conscientização e fornecimento de métodos contraceptivos, tais como pílulas anticoncepcionais, hormônios injetáveis e preservativos. Relembra-se, contudo, que há forte dependência, principalmente da população mais pobre quanto àquelas, tornando-se necessária a ampliação das políticas públicas nesse âmbito.

A esfera da reprodução assistida e da preservação da fertilidade ainda não é uma realidade equânime no sistema de saúde pública do Brasil, o que imprime na sociedade um cenário de desigualdade de acesso (Correa & Löwy, 2020).

3.1.1. Das Normas Aplicáveis à Preservação Social da Fertilidade no Brasil

Primeiramente, importa salientar que o Brasil não possui lei específica a tratar dos temas “Reprodução Humana Assistida” ou “Preservação de Fertilidade”. Mister destacar que referidos temas, inseridos no âmbito da medicina reprodutiva, comumente caminham juntos na literatura e, por consequência, nos ordenamentos jurídicos.

No que tange à reprodução assistida, o Código Civil de 2002 (Lei nº 10.406/2002) foi o primeiro instrumento legal, pós-constitucional, a utilizar termos relacionados àquela. O artigo 1.597, o qual trata da presunção de paternidade, dispõe que consideram-se concebidos na constância do casamento os filhos havidos por fecundação artificial homóloga, mesmo que falecido o marido; aqueles havidos, a qualquer tempo, quando se tratar de embriões supranumerários, decorrentes de concepção artificial homóloga; bem como aqueles havidos por inseminação artificial heteróloga, desde que haja prévia autorização do marido.

No ano de 2005, porém, houve a promulgação da Lei nº 11.105, que ficou conhecida como Lei de Biossegurança, a qual regula a utilização, para fins de pesquisa e terapia, de células-tronco embrionárias obtidas de embriões humanos produzidos por fertilização *in vitro* e não utilizados no respectivo procedimento, bem como prevê crimes e penas para utilização de embriões ou material genético em desacordo com as prescrições legais.

Nota-se, porém, que referidas leis, embora citem aspectos aplicáveis à Reprodução Humana Assistida e à Preservação de Fertilidade, não traçam limites específicos aos procedimentos em si, tampouco dispõem sobre aqueles.

Todavia, a conjugação dos excertos de normas vigentes ainda gera incertezas e aparente contradição, a exemplo da reprodução assistida *post-mortem*, em suas diferentes formas, cujas implicações ainda encontram discussão, sobretudo no escopo do direito sucessório.

Atualmente, existem diversos projetos de lei em trâmite a exemplo do PL 2.855/1997, sobre utilização de técnicas de reprodução assistida, PLs 90/1999, 1.184/2003, 4.892/2012 e 115/2015, que cuidam do Estatuto da Reprodução Assistida, e PL 7.591/2017, que diz respeito à capacidade sucessória dos concebidos por meio de técnicas de reprodução assistida após a abertura da sucessão. Quanto ao PL 1.184/2003, este levantou polêmicas ao ser retomado recentemente, trazendo disposições conservadoras, que limitam sobremaneira a utilização das técnicas de reprodução assistida.

No entanto, embora deva o Direito acompanhar as demandas da sociedade, devido às falhas relacionadas ao processo legislativo, sobretudo a morosidade, temas de extrema relevância acabam deixando de ser explicitamente contemplados na legislação ou, quando

contemplados, já se encontram obsoletos. É o caso, por exemplo, de áreas em recorrente desenvolvimento e crescimento tecnológico-científico, nas quais é necessário, portanto, ter cuidado redobrado na produção legislativa. Não que seja necessária a normatização de todos os temas para reafirmar sua importância, mas justamente para dirimir os problemas e questionamentos deles decorrentes.

Deste modo, o único instrumento normativo atualmente vigente a cuidar especificamente das técnicas de reprodução assistida e da preservação de fertilidade é a Resolução nº 2.294/2021 do Conselho Federal de Medicina. Relembra-se, neste momento, que no que tange aos referidos temas, inexistente regulação específica no ordenamento jurídico brasileiro.

Cabe destacar, outrossim, que por força do art. 19-T da Lei Federal nº 8.080/1990, é vedado, em todas as esferas de gestão do SUS, *o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento, produto e procedimento clínico ou cirúrgico experimental, ou de uso não autorizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA*. Deste modo, ainda que, no presente momento, houvesse a disponibilidade de procedimentos com fins específicos de preservação de fertilidade por meio do SUS, é certo que apenas a criopreservação de embriões e gametas seria autorizada, dada a natureza ainda experimental da criopreservação de tecidos, conforme explorado no tópico 2 deste estudo.

3.1.1.1. Do Conselho Federal de Medicina

A priori, importa salientar que o Conselho Federal de Medicina - CFM é autarquia federal, responsável pela organização, fiscalização e normatização da prática médica. Cumpre a este, portanto, editar normas com a finalidade de orientar o exercício da medicina.

Embora tenha sido instituído por meio do Decreto-lei nº 7.955/1945, o CFM só foi criado no ano de 1951, tendo se consolidado com o advento da Lei nº 3.268/1957 e do Decreto nº 44.045/1958.

A partir do êxito das técnicas de reprodução humana assistida ao final da década de 1970, na Inglaterra, bem como do nascimento da primeira criança brasileira concebida por meio daquelas no ano de 1984, verificou-se um crescente interesse da comunidade médica pelo tema em questão, sobretudo devido à busca cada vez mais recorrente das referidas técnicas por casais que enfrentavam problemas relacionados à infertilidade.

Por essa razão, em 1992, foi publicada a Resolução CFM nº 1.358/1992, que adotou as “Normas Éticas para a Utilização das Técnicas de Reprodução Assistida”, como dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos nos procedimentos de Reprodução Humana Assistida. Tal dispositivo destacou que referidas técnicas só poderiam ser utilizadas se houvesse a probabilidade efetiva de sucesso e não houvesse grave risco à saúde da paciente ou possível descendente, ressaltando que aquelas têm o condão de auxiliar na resolução de problemas de infertilidade humana, facilitando o processo de procriação, quando outras terapêuticas tenham sido ineficazes ou ineficientes para a solução da situação atual de infertilidade. Ademais, referido instrumento já previa a obrigação do consentimento informado, bem como proibia a utilização das técnicas com a intenção de selecionar o sexo ou características biológicas do filho, com exceção dos casos nos quais a finalidade estivesse relacionada à tentativa de evitar doenças ligadas ao sexo daquele. Cabe destacar, outrossim, que esta resolução já previa a possibilidade de criopreservar espermatozoides, óvulos e pré-embriões, assim como definia que o número ideal de oócitos e pré-embriões a serem transferidos não deveria ser superior a quatro, visando não aumentar os riscos de gestações múltiplas.

Após 18 anos de vigência da Resolução CFM nº 1.358/1992, foi publicada a Resolução CFM nº 1.957/2010, que a substituiu *in totum*, mormente em razão dos avanços técnico-científicos no âmbito da medicina reprodutiva, bem como das modificações de caráter social. Essa resolução apresentou limite de embriões a serem transferidos de acordo com cada faixa etária, sendo até 2 embriões, em mulheres com até 35 anos, até 3, em mulheres entre 36 e 39 anos, e até 4, em mulheres com 40 anos ou mais. A possibilidade de criopreservação foi mantida, havendo tão somente a modificação dos termos, que passaram a ser de “espermatozoides, óvulos e embriões”. Ademais, referida resolução foi a primeira a tratar do tema “Reprodução Assistida *Post Mortem*”, dispondo que não haveria ilícito ético na realização desta, desde que haja autorização prévia específica do falecido para uso do material criopreservado.

Em 2013, houve a publicação da Resolução CFM nº 2.013, que revogou a anterior e inovou ao estabelecer idade máxima de 50 anos às pacientes, para fins de submissão às técnicas de reprodução assistida. Além disso, referida resolução trouxe importantes disposições relativas à possibilidade do uso destas técnicas por pessoas solteiras, bem como por casais homoafetivos, em decorrência do reconhecimento, pelo Supremo Tribunal Federal - STF, da união estável homoafetiva como entidade familiar (ADI 4.277 e ADPF 132). Houve, outrossim, ampliação dos dispositivos relativos à gestação de substituição (doação temporária do útero). Essa resolução foi a primeira a permitir a criopreservação de tecidos gonádicos, além dos gametas e embriões.

A resolução mencionada acima foi revogada pela Resolução CFM nº 2.121/2015, a qual informou que eventuais exceções ao limite etário anteriormente imposto, deveriam ser determinadas com base em fundamentos técnicos e científicos, pelo médico responsável e após esclarecimento da paciente quanto aos riscos envolvidos. Ademais, passou a ser permitida a gestação compartilhada em união homoafetiva feminina em que não houver infertilidade. Houve a manutenção da possibilidade de criopreservação de espermatozoides, óvulos, embriões e tecidos gonádicos.

Em 2017, houve a publicação da Resolução CFM nº 2.168. Destaca-se nesta resolução a contemplação da igualdade de gênero, no que tange à doação de gametas, bem como a utilização de técnicas de reprodução assistida para relacionamentos heterossexuais ou homoafetivos, assim como para transgêneros e pessoas solteiras. Além disso, referida resolução determinou que embriões criopreservados e abandonados por três anos ou mais poderão ser descartados. Ademais, esta resolução destacou pontos de extrema relevância, levando em consideração, sobretudo, a conhecida postergação da maternidade, conforme esboçado no tópico 1 do presente estudo, sendo a primeira norma a prever a possibilidade de preservação social e/ou oncológica de gametas, embriões e tecidos gonádicos. Veja-se:

[...]
CONSIDERANDO que as mulheres estão postergando a maternidade e que existe diminuição da probabilidade de engravidarem com o avanço da idade;
[...]

I – PRINCÍPIOS GERAIS
[...]

2. As técnicas de reprodução assistida podem ser utilizadas na preservação social e/ou oncológica de gametas, embriões e tecidos germinativos.
[...]

Ocorre que, em 15 junho de 2021, houve a publicação da Resolução CFM nº 2.294, atualmente em vigor, a qual realizou consideráveis modificações, como a alteração do número de embriões a serem transferidos, que passou a atender à seguinte lógica: a) mulheres com até 37 anos: até 2 embriões; b) mulheres com mais de 37 anos: até 3 embriões; c) em caso de embriões euploides ao diagnóstico genético: até 2 embriões, independentemente da idade; d) nas situações de doação de oócitos, considera-se a idade da doadora no momento de sua coleta. Nota-se, portanto, a imposição de entraves com o intuito de mitigar as gestações múltiplas.

Ademais, determinou-se que o descarte de embriões abandonados, assim como de embriões criopreservados com três anos ou mais, só poderá ser realizado mediante autorização judicial, o que, embora aparentemente confira mais segurança sobretudo aos Bancos de Células e Tecidos Germinativos - BCTGs (Centros de Reprodução Humana Assistida), resulta em questionamentos quanto à validade do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Além disso, referida resolução prevê que o número total de embriões gerados em laboratório não poderá exceder a 8 (oito), o que, além de gerar incertezas interpretativas, ao que tudo indica, poderá resultar em maiores custos ao procedimento, nos casos em que referido número de embriões não tenha sido suficiente para resultar em uma gestação. Houve, outrossim, a ampliação da idade limite para doação de gametas por mulheres, que passou de 35 para 37 anos, bem como a redução da idade limite para doação de gametas por homens, que passou de 50 para 45 anos.

No que concerne à preservação de fertilidade, essa resolução deixou de utilizar os termos “preservação social” e “preservação oncológica”, passando a prever que *as técnicas de RA podem ser utilizadas para doação de oócitos e na preservação de gametas, embriões e tecidos germinativos por razões médicas e não médicas.*

Reitera-se, portanto, que este é o único instrumento normativo atualmente vigente a cuidar especificamente das técnicas de reprodução assistida e da preservação de fertilidade.

3.1.1.2. Da inexistência de obrigação legal aos planos de saúde, quanto à cobertura de procedimentos de reprodução assistida e preservação de fertilidade

Em estudo publicado em janeiro de 2019 pelo Instituto de Estudos em Saúde Suplementar - IESS, realizou-se análise comparativa de características demográficas e socioeconômicas dos cidadãos com e sem plano de saúde no Brasil, com base na Pesquisa Nacional de Saúde promovida no ano de 2013, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, conforme tabela que segue:

Tabela 3. Taxa de cobertura por plano de saúde segundo dados demográficos, socioeconômicos e grandes regiões do Brasil. Pesquisa Nacional de Saúde. Brasil, 2013.						
Variáveis	Com Plano de Saúde		Sem Plano de Saúde		População	
	N	%	N	%	N	%
Total	55.985.271	27,9	144.588.236	72,1	200.573.507	100,0
Gênero						
Masculino	26.045.111	27,0	70.519.980	73,0	96.565.091	100,0
Feminino	29.940.160	28,8	74.068.256	71,2	104.008.416	100,0
Faixa etária (anos)						
0-19	14.200.309	23,2	47.137.131	76,8	61.337.440	100,0
20-59	33.646.875	29,8	79.181.361	70,2	112.828.236	100,0
≥ 60	8.138.086	30,8	18.269.744	69,2	26.407.830	100,0
Raça/cor (autodeclarado)						
Branca	34.855.795	37,9	57.173.930	62,1	92.029.725	100,0
Preta	3.743.359	21,6	13.601.541	78,4	17.344.899	100,0
Amarela	635.083	39,3	980.102	60,7	1.615.185	100,0
Parda	16.591.937	18,7	72.178.039	81,3	88.769.976	100,0
Indígena	155.892	19,2	654.219	80,8	810.111	100,0
Ignorada	3.204	88,7	406	11,2	3.611	100,0
Estado civil						
Casado	23.275.212	36,6	40.257.938	63,4	63.533.151	100,0

Separado ou separado judicialmente	832.435	24,6	2.557.720	75,4	3.390.154	100,0
Divorciado	1.933.804	33,1	3.905.137	66,9	5.838.941	100,0
Viúvo	2.736.852	28,4	6.911.591	71,6	9.648.443	100,0
Solteiro	20.422.455	22,4	70.772.274	77,6	91.194.729	100,0
Não aplicável	6.784.513	25,2	20.183.576	74,8	26.968.089	100,0
Região						
Norte	2.224.942	13,3	14.495.778	86,7	16.720.720	100,0
Noroeste	8.639.411	15,5	47.033.777	84,5	55.673.188	100,0
Sudoeste	31.163.212	36,9	53.348.696	63,1	84.511.908	100,0
Sul	9.436.763	32,8	19.339.934	67,2	28.776.697	100,0
Centro-Oeste	4.520.942	30,4	10.370.052	69,6	14.890.994	100,0
Escolaridade						
Ensino Fundamental Incompleto e Sem Instrução	15.065.273	16,4	76.633.523	83,6	91.698.796	100,0
Ensino Fundamental Completo e Ensino Médio Incompleto	6.703.963	22,8	22.719.182	77,2	29.423.144	100,0
Ensino Médio Completo e Ensino Superior Incompleto	18.020.377	37,4	30.172.270	62,6	48.192.648	100,0
Graduado	12.733.441	68,8	5.771.956	31,2	18.505.397	100,0
Não aplicável	3.462.215	27,1	9.291.306	72,9	12.753.521	100,0

A partir deste, verificou-se que:

- 27,9% da população brasileira possui plano de saúde;
- 28,8% das mulheres brasileiras possuem plano de saúde;
- 29,8% da população em idade reprodutiva (faixa etária dos 20-59 anos) possui plano de saúde.

Embora seja significativo o número de brasileiros que utilizam planos de saúde suplementar, verifica-se que, no que tange à reprodução assistida e à preservação de

fertilidade, inexistente a obrigação de cobertura destes por parte das operadoras, conforme se analisará a seguir.

O artigo 199 da Constituição Federal brasileira estabelece que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, a qual é regulamentada no título III da Lei nº 8.080/1990. No que tange aos planos e seguros privados, sua atuação encontra respaldo na Lei nº 9.656/1998, a qual apresenta as coberturas obrigatórias, bem como as exceções de cobertura, dentre as quais se encontra a inseminação artificial (art. 10, inciso III).

É importante ressaltar que a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS é o órgão federal responsável pela regulação e fiscalização dos planos de saúde no Brasil, o qual foi criado no ano de 2000, a partir da publicação da Lei nº 9.961.

No ano de 2009, após a publicação da Lei 11.935, a qual incluiu o planejamento familiar no rol de serviços de cobertura obrigatória pelos planos de saúde, a referida agência publicou a Resolução Normativa nº 192, regulamentando tais atividades, bem como destacando que a inseminação artificial não estava incluída em sua abrangência.

Em outubro de 2013, a ANS publicou nova Resolução Normativa, de nº 338, a qual, novamente, destacou serem permitidas as exclusões assistenciais relativas à "inseminação artificial" pelos planos de saúde. O mesmo ocorreu na Resolução Normativa nº 387/2015, bem como na Resolução Normativa nº 428/2017, atualmente em vigor.

Por alguns anos, o entendimento do Poder Judiciário caminhava majoritariamente em favor do consumidor, no sentido de considerar abusiva a cláusula que excluía a "inseminação artificial" do rol de cobertura dos planos de saúde, em razão do teor da Lei Federal nº 11.935/2009. Todavia, após meados do ano de 2016, houve mudança no referido posicionamento, passando os tribunais a considerar válida referida cláusula, por força do art. 10, inciso III, da Lei nº 9.656/1998.

Em 18.03.2019, na III Jornada de Direito de Saúde, o Conselho Nacional de Justiça editou o Enunciado 20, com o seguinte teor: “A inseminação artificial e a fertilização *in vitro* não são procedimentos de cobertura obrigatória pelas operadoras de planos de saúde, salvo por expressa previsão contratual.”

Nota-se, portanto, que sequer os planos de saúde suplementar subsidiam referidos serviços. Por conseguinte, o panorama da saúde reprodutiva no Brasil é marcado pela elitização do acesso, uma vez que os altos custos procedimentais precisam ser arcados com recursos próprios dos pacientes (Correa & Löwy, 2020).

3.1.1.3. Da Reprodução Assistida e da Preservação da Fertilidade nas Legislações Estaduais e do Distrito Federal

Considerando-se as especificidades das regiões brasileiras, promoveu-se análise legislativa no âmbito dos Estados brasileiros, por meio de consulta aos *websites* das respectivas assembleias legislativas e à Câmara Legislativa do Distrito Federal, com a utilização dos termos “planejamento familiar”, “reprodução humana”, “reprodução assistida”, “preservação de fertilidade” e “infertilidade”. Promove-se abaixo, a análise dos resultados encontrados.

3.1.1.3.1. Região Norte

3.1.1.3.1.1. Acre

No Estado do Acre, a Lei nº 1.995/2008 dispõe sobre a oferta de serviços para atendimento integral à saúde da mulher e assistência para planejamento familiar, destacando, em seu art. 2º, inciso I, que referidos serviços objetivarão, dentre outros, a assistência ao climatério e planejamento familiar nos componentes de assistência à infertilidade e contracepção

Em 17.07.2014, foi promulgada a Lei nº 2.874, a qual institui a política de informação sobre planejamento familiar nas escolas do Estado, a qual ocorre por meio de ciclos de palestras, cujos temas abordam, dentre outros, a reprodução humana.

Não há disposições específicas sobre a reprodução assistida e a preservação de fertilidade na legislação do referido Estado.

3.1.1.3.1.2. Amapá

No Estado do Amapá, a Lei nº 0089/1993, que institui os serviços de assistência e orientação ao planejamento familiar e dá outras providências, prevê que este será livremente exercido pelo casal, mediante prática ou métodos lícitos e seguros de adoção de crianças, limitações da natalidade ou tratamento da esterilidade.

Já a Lei nº 0925/2004 dispõe sobre o Planejamento Familiar do Estado do Amapá e dá outras providências. Esta lei prevê que o serviço de assistência à concepção, bem como a limitação da fertilidade, deve ser oferecido com as demais ações de saúde à mulher, ao homem ou ao casal, numa visão integral atendimento à saúde. Todavia, cuida majoritariamente das questões relativas à regulação da fertilidade, relacionada aos métodos contraceptivos.

Não há disposições específicas sobre a reprodução assistida e a preservação de fertilidade na legislação do referido Estado.

3.1.1.3.1.3. Amazonas

A Lei nº 177/2007 institui o Serviço de Planejamento Familiar para atender preferencialmente as famílias de baixa renda do Estado do Amazonas, define critérios para a Política Pública de Planejamento Familiar e dá outras providências. A referida lei destaca, em seu art. 4º que o Serviço de Planejamento Familiar incluirá o tratamento da infertilidade para casais sem filhos, orientação para noivos, jovens e adolescentes, numa ampla assistência cultural médica à família.

Já a Lei nº 96/2009 dispõe sobre a oferta de serviços para atendimento integral à saúde da mulher e assistência para planejamento familiar, tendo por um de seus objetivos a assistência ao climatério e planejamento familiar nos componentes de assistência à infertilidade e contracepção.

A Lei nº 114/2012 acrescentou ao calendário oficial do Estado a Semana da Prevenção à Endometriose e à Infertilidade, a qual tem por objetivo, dentre outros, divulgar, prestar informações e apoiar mulheres que buscam alternativas para a infertilidade.

Não há disposições específicas sobre a reprodução assistida e a preservação de fertilidade na legislação do referido Estado.

3.1.1.3.1.4. Pará

No Estado do Pará, a Lei nº 6.959/2007 dispõe sobre a Campanha de Incentivo à Prevenção e ao Tratamento da Infertilidade, a qual tem por objetivo de divulgar os fatores que contribuem para a infertilidade e orientar a população quanto a seu tratamento e prevenção.

Em 04.03.2010, foi publicado o Decreto nº 2.150, que instituiu o I Plano Estadual de Políticas para as Mulheres, que tem como um dos eixos de atuação a saúde das Mulheres na Amazônia, inclusive os direitos sexuais e reprodutivos.

Não há disposições específicas sobre a reprodução assistida e a preservação de fertilidade na legislação do referido Estado.

3.1.1.3.1.5. Rondônia

No Estado de Rondônia, a Lei nº 389/1992 institui o Programa de Planejamento Familiar, o qual deverá proporcionar aos interessados, esclarecimento amplo e completo,

através de cursos, palestras e outros recursos pedagógicos, desenvolvidos por profissionais especializados, enfatizando-se a paternidade responsável e a divulgação dos métodos anticoncepcionais existentes, suas vantagens e desvantagens. A referida lei, portanto, trata, majoritariamente, de fornecimento de métodos contraceptivos.

Não há disposições específicas sobre a reprodução assistida e a preservação de fertilidade na legislação do referido Estado.

3.1.1.3.1.6. Roraima

A Lei nº 368/2003 autoriza o Poder Executivo Estadual a patrocinar a criação do Serviço de Planejamento Familiar para atender as famílias de baixa renda do Estado de Roraima e dá outras providências. A referida lei destaca, em seu art. 3º que o serviço de Planejamento Familiar incluirá o tratamento da infertilidade para casais sem filhos, orientação para noivos, jovens e adolescentes, numa ampla assistência cultural médica à família.

Não há disposições específicas sobre a reprodução assistida e a preservação de fertilidade na legislação do referido Estado.

3.1.1.3.1.7. Tocantins

Em pesquisa legislativa no *website* da Assembleia Legislativa do Estado do Tocantins, utilizando-se os termos “planejamento familiar”, “reprodução humana”, “reprodução assistida”, “preservação de fertilidade” e “infertilidade”, não foram localizados resultados relevantes ao presente estudo.

3.1.1.3.2. Região Nordeste

3.1.1.3.2.1. Alagoas

Em pesquisa legislativa no *website* da Assembleia Legislativa do Estado do Alagoas, utilizando-se os termos “planejamento familiar”, “reprodução humana”, “reprodução assistida”, “preservação de fertilidade” e “infertilidade”, não foram localizados resultados relevantes ao presente estudo.

3.1.1.3.2.2. Bahia

Em pesquisa legislativa no *website* da Assembleia Legislativa do Estado da Bahia, utilizando-se os termos “planejamento familiar”, “reprodução humana”, “reprodução assistida”, “preservação de fertilidade” e “infertilidade”, não foram localizados resultados relevantes ao presente estudo.

3.1.1.3.2.3. Ceará

No Estado do Ceará, a Lei 12.677/1997, que estabelece normas e condições para o exercício dos direitos referentes à saúde reprodutiva e determina outras providências, prevê que é assegurado a todas as pessoas o direito de uso e exercício pleno de sua fertilidade. Todavia, preocupa-se a norma mormente com as questões relativas à regulação da fertilidade, por meio de métodos de contracepção.

Não há disposições específicas sobre a reprodução assistida e a preservação de fertilidade na legislação do referido Estado.

3.1.1.3.2.4. Maranhão

No Estado do Maranhão, a Lei nº 7.838/2003 autoriza o Poder Executivo Estadual a patrocinar a criação do Programa de Planejamento Familiar – PPF, para atender as famílias de baixa renda e dá outras providências. Referido programa tem como um de seus objetivos realizar cursos e palestras voltados à compreensão da fertilidade e da reprodução humana, além de prever a inclusão, entre suas atividades, de um plano de assistência cultural e médica à família, objetivando o adequado tratamento da infertilidade para casais sem filhos.

Não há disposições específicas sobre a reprodução assistida e a preservação de fertilidade na legislação do referido Estado.

3.1.1.3.2.5. Paraíba

Em 03.06.2014, foi promulgada a Lei nº 10.319, que assegura o acesso às técnicas de preservação de gametas e ao tratamento para a procriação medicamente assistida aos pacientes em idade reprodutiva submetidos ao tratamento de câncer no âmbito do Estado da Paraíba. Referida lei assegura a todos os cidadãos paraibanos em idade reprodutiva que se submeterem a tratamento oncológico que implique em sua esterilidade, o acesso às técnicas para preservação, conservação, distribuição e transferência de seus gametas, que serão utilizados em tratamento para procriação medicamente assistida, na rede pública de saúde do Estado.

Não foi localizado decreto após a lei acima mencionada, de modo que, aparentemente, aquela carece de regulamentação.

Ressalta-se que, no âmbito do planejamento familiar no Estado da Paraíba, cuida-se especialmente dos métodos contraceptivos, a exemplo da Lei nº 11.542/2019, que dispõe sobre a obrigatoriedade da ampla divulgação da esterilização voluntária nos hospitais e maternidades localizados neste estado.

3.1.1.3.2.6. Pernambuco

No Estado de Pernambuco, a Lei nº 11.325/1996 institui o serviço de planejamento familiar e assegura aos cidadãos as informações dele decorrentes. Referida lei assegura o planejamento familiar a todas as pessoas, assim entendido o conjunto de ações de atendimento a saúde reprodutiva que assegurem direitos iguais de constituição limitação ou aumento da prole, pela mulher, pelo homem, ou pelo casal, desde o início da vida reprodutiva.

Todavia, a Lei nº 11.505/1997 limitou referido conceito, dispondo que o planejamento familiar se resume às ações legais para evitar o aumento da prole já constituída, cuidando, mormente, de métodos contraceptivos, apesar de destacar, em seu art. 4º que a assistência do Estado será executada mediante programa de atenção integral à saúde, em todos os ciclos vitais, pelos órgãos responsáveis, cujas atividades básicas compreendem, dentre outras, a assistência, integral, à concepção e contracepção.

Não há disposições específicas sobre a reprodução assistida e a preservação de fertilidade na legislação do referido Estado.

3.1.1.3.2.7. Piauí

No Estado do Piauí, a Lei nº 1.638/2011, a qual dispõe sobre o Código de Saúde e dá outras providências, prevê que compete ao Estado apoiar os municípios no desenvolvimento de ações programáticas de atenção à saúde do homem e da mulher, consideradas as diversas faixas etárias e as dimensões psíquica, social, biológica e reprodutiva. Ademais, prevê que, dentre referidas ações se encontra a assistência ao planejamento familiar, garantido o direito à auto regulação da fertilidade.

Não há disposições específicas sobre a reprodução assistida e a preservação de fertilidade na legislação do referido Estado.

3.1.1.3.2.8. Rio Grande do Norte

Em pesquisa legislativa no *website* da Assembleia Legislativa do Estado de Rio Grande do Norte, utilizando-se os termos “planejamento familiar”, “reprodução humana”, “reprodução assistida”, “preservação de fertilidade” e “infertilidade”, não foram localizados resultados relevantes ao presente estudo.

3.1.1.3.2.9. Sergipe

Em pesquisa legislativa no *website* da Assembleia Legislativa do Estado de Sergipe, utilizando-se os termos “planejamento familiar”, “reprodução humana”, “reprodução assistida”, “preservação de fertilidade” e “infertilidade”, não foram localizados resultados relevantes ao presente estudo.

Todavia, há a Lei nº 8.438/2018, que institui a Semana Estadual Preventiva e de Enfrentamento à Endometriose, a qual tem por objetivo, dentre outros, divulgar, prestar informações e apoiar mulheres que buscam alternativas para a infertilidade.

3.1.1.3.3. Região Centro-Oeste

3.1.1.3.3.1. Goiás

No Estado de Goiás, a Lei nº 16.140, de 02.10.2007, dispõe sobre o SUS, as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização, regulamentação, fiscalização e o controle dos serviços correspondentes e dá outras providências. Referida lei prevê que as políticas de atenção à saúde da mulher, da criança e do adolescente devem contemplar o acesso facilitado ao planejamento familiar, às ações educativas e informativas em reprodução humana e aos métodos anticoncepcionais nos serviços de saúde para mulheres

e homens, com prioridade de atenção à adolescência, como estratégia para a prevenção de gravidez precoce.

A Lei nº 16.311/2008, instituiu a Semana Estadual de Conscientização sobre o Planejamento Familiar, que prevê a organização de ações educativas, eventos, palestras, bem como demais recursos para fins de conscientização da população sobre o planejamento familiar.

Ademais, a Lei nº 16.548/2009, instituiu a Semana Estadual de Prevenção à Endometriose e à Infertilidade, tendo como objetivos estimular atividades de divulgação, proteção e apoio às portadoras de endometriose e à sua família; divulgar, prestar informações e apoiar mulheres que buscam alternativas para a infertilidade; conscientizar as mulheres para que busquem o melhor tratamento oferecido logo no início dos sintomas; e sensibilizar todos os setores da sociedade para que compreendam e apoiem as mulheres que são portadoras de endometriose e infertilidade.

Não há disposições específicas sobre a reprodução assistida e a preservação de fertilidade na legislação do referido Estado.

3.1.1.3.3.2. Mato Grosso

Em pesquisa legislativa no *website* da Assembleia Legislativa do Estado de Mato Grosso, utilizando-se os termos “planejamento familiar”, “reprodução humana”, “reprodução assistida”, “preservação de fertilidade” e “infertilidade”, não foram localizados resultados relevantes ao presente estudo.

3.1.1.3.3.3. Mato Grosso do Sul

Em pesquisa legislativa no *website* da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, utilizando-se os termos “planejamento familiar”, “reprodução humana”, “reprodução

assistida”, “preservação de fertilidade” e “infertilidade”, não foram localizados resultados relevantes ao presente estudo.

Todavia, há a Lei nº 5.480/2019, que institui a Semana Estadual Preventiva e de Enfrentamento à Endometriose, a qual tem por objetivo, dentre outros, divulgar, prestar informações e apoiar mulheres que buscam alternativas para a infertilidade.

3.1.1.3.3.4. Distrito Federal

No Distrito Federal, a Lei nº 331/1992 dispõe sobre a obrigatoriedade de oferta, na rede pública de saúde, de serviços para atendimento integral à saúde da mulher e assistência para planejamento familiar e dá outras providências. Referida lei tem por um de seus objetivos a assistência ao climatério e planejamento familiar nos componentes de assistência à infertilidade e contracepção.

A Lei nº 3.858/2006 prevê o auxílio à reprodução para os que assim desejarem. Já a Lei nº 5.062/2013 institui a Política de Informação sobre Planejamento Familiar nos estabelecimentos públicos de ensino, implementada por meio de ciclos de palestras, cujos temas abordam, dentre outros, a reprodução humana.

Em 05.05.2020, foi promulgada a Lei nº 6.569, que institui a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PAISM, que objetiva, dentre outros, assegurar assistência integral à saúde em ações de caráter preventivo e curativo, especialmente relacionadas ao planejamento familiar e à a saúde sexual e reprodutiva.

Em 09.11.2020, houve a promulgação da Lei nº 6.709/2020, que institui a Semana Distrital de Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva, a qual visa informar a população sobre contracepção, atenção obstétrica, planejamento familiar e combate à violência doméstica e sexual.

Já em 26.01.2021, foi instituído o Programa de Prevenção à Endometriose e Infertilidade, por meio da Lei nº 6.795.

Não há disposições específicas sobre a reprodução assistida e a preservação de fertilidade na legislação do Distrito Federal.

3.1.1.3.4. Região Sudeste

3.1.1.3.4.1. Espírito Santo

No Estado do Espírito Santo, a partir da Resolução nº 1.485, de 03 de abril de 1987, foi criada Comissão Especial, composta de 07 membros, para estudar os Direitos da Reprodução Humana, no prazo de 45 dias.

Em 24.09.1991, foi promulgada a Lei nº 4.559, que trata da assistência integral à saúde da mulher, a qual prevê a implementação de políticas adequadas para, dentre outras, adotar novas práticas de atendimento relativas ao direito de reprodução.

A Lei nº 5.085, de 03.08.1995, que autoriza o Poder Público Estadual a dispor sobre o planejamento familiar, prevê que será desenvolvida assistência educacional, clínica e psicológica de auxílio à reprodução para os que assim o desejarem.

Já a Lei nº 6.066, promulgada em 30.12.1999, que regula a organização e o funcionamento do SUS no âmbito do Estado do Espírito Santo, estabelece normas de promoção, proteção e recuperação da saúde e dá outras providências, prevê, em seu artigo 100, que deverão ser mantidos, no âmbito do SUS, serviços de orientação e informação sobre a sexualidade humana e auto-regulação da fertilidade, preservada a liberdade do indivíduo para exercer a procriação ou para evitá-la.

Não há disposições específicas sobre a reprodução assistida e a preservação de fertilidade na legislação do referido Estado.

3.1.1.3.4.2. Minas Gerais

No âmbito do Estado de Minas Gerais, a Lei Estadual nº 11.335/1993, que dispõe sobre a assistência integral à saúde reprodutiva da mulher e do homem, foi o primeiro diploma legal a tratar do tema “reprodução humana”. Nesta, determina-se que o Estado promoverá assistência integral à saúde reprodutiva, mediante a adoção de ações médicas e educativas, dentre as quais, por ora, se destaca o apoio ao planejamento familiar, o diagnóstico e a correção de estados de fertilidade. Entretanto, referida lei não apresenta disposições específicas acerca da reprodução assistida e preservação de fertilidade.

No ano de 2012, houve a promulgação da Lei nº 20.026, que trata, dentre outros, das despesas do Orçamento Fiscal do Estado de Minas Gerais para aquele exercício. Naquela, o Fundo Estadual de Saúde foi contemplado com orçamento específico para políticas e ações especializadas em saúde – Recurso para Reprodução Assistida (despesas de capital). Todavia, nos exercícios subsequentes, não houve destinação de verba específica para tal fim.

Em 17.01.2013, foi promulgada a Lei nº 20.627, a qual assegura o acesso às técnicas de coleta de gametas, de conservação de gametas e embriões e de reprodução humana assistida ao cidadão e à cidadã, em idade reprodutiva, que receber indicação de tratamento oncológico que implique risco de esterilidade. Todavia, até o momento, referida lei não foi regulamentada, o que, em efeitos práticos, a torna ineficaz. Salienta-se, ademais, que por se tratar de legislação estadual, carece de elementos objetivos para definição e controle dos usuários elegíveis.

Já em 06.01.2020, entrou em vigor a Lei nº 23.531, a qual estabelece diretrizes para as políticas e ações em saúde sexual e reprodutiva direcionadas a adolescentes e jovens na rede pública de saúde. Importa destacar que esta apresenta diretriz específica para divulgação de informações sobre técnicas de reprodução assistida, conforme segue:

Art. 1º – Na implementação de políticas e ações em saúde sexual e reprodutiva direcionadas a adolescentes e jovens na rede pública de saúde, serão observadas as seguintes diretrizes:

- I – divulgação de informações relacionadas com a sexualidade e a vida reprodutiva que contribuam para que adolescentes e jovens possam tomar decisões saudáveis relativamente a sua vida sexual;
- II – desenvolvimento de ações educativas, integradas à escola, relacionadas com os direitos sexuais e reprodutivos, as opções de métodos anticoncepcionais, os riscos de

infecções sexualmente transmissíveis e as formas para sua prevenção, os riscos da gravidez na adolescência e outros temas importantes para esse público;

III – divulgação de dados sobre gravidez na adolescência no Estado;

IV – divulgação de informações sobre técnicas de reprodução assistida, respeitando a vontade desse público de ter filhos;

V – promoção da orientação de adolescentes e jovens, bem como de seus pais e familiares, na prevenção da violência doméstica e sexual;

VI – promoção da qualificação profissional para atender adolescentes e jovens na rede pública de saúde;

VII – ampliação do acesso de adolescentes e jovens aos serviços de saúde, garantindo a integralidade no atendimento, sem discriminação, e respeitando sua privacidade;

VIII – ampliação da oferta de testes rápidos e de aconselhamento sobre sífilis, o Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV – e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – Aids –, com especial atenção aos adolescentes e jovens que apresentam maior vulnerabilidade à infecção pelo HIV;

IX – desenvolvimento de estratégias para aumentar a cobertura vacinal contra a hepatite B e contra o Papilomavírus Humano – HPV;

X – garantia de assistência nos serviços de saúde aos agravos por abortamento inseguro, assegurando a proteção das adolescentes e jovens contra qualquer tipo de discriminação. (g.n.)

3.1.1.3.4.3. Rio de Janeiro

No âmbito do Estado do Rio de Janeiro, referente ao tema em comento, destaca-se a Lei nº 7.904/2018, a qual dispõe sobre a criação do programa de reprodução humana assistida, que tem por objetivos:

Art. 2º São objetivos do programa instituído no Art. 1º:

I - introduzir e garantir a oferta de atendimento ao usuário que necessite de auxílio na reprodução assistida;

II - prestar auxílio, assistência e orientação especializada dos órgãos de saúde à pessoa com problemas de fertilidade;

III - desenvolver projetos e ações destinados à garantia da saúde reprodutiva;

IV - oferecer técnicas de reprodução assistida a pessoas portadoras de doenças infecto-contagiosas;

V- oferecer atendimento destinado a procedimentos de atenção básica à alta complexidade.

O programa prevê ações de auxílio, assistência e orientação quanto à infertilidade, sendo destinado a casais que comprovem casamento ou união estável e que possuam renda familiar de até 5 salários-mínimos.

Referida lei prevê, outrossim, a criação de campanhas publicitárias a serem divulgadas em escolas de ensino médio, alertando acerca de problemas reprodutivos e cuidados preventivos.

Salienta-se que a Lei nº 8.404/2019, autoriza a destinação de 0,2% do Fundo Estadual de Combate à Pobreza, instituído pela Lei nº 4056, de 30 de dezembro de 2002, ao Programa de Reprodução Assistida do Governo do Estado do Rio de Janeiro, acima analisado.

3.1.1.3.4.4. São Paulo

No Estado de São Paulo, a Lei Estadual nº 16.885, de 21.12.2018, institui o Programa de Assistência Básica em Reprodução Humana e dá providências correlatas. Referida lei apresenta importantes diretrizes para fins de adoção de políticas relativas ao tratamento da infertilidade no Estado, além de criar o Fundo de Receita para Assistência Básica em Reprodução Humana – FRABRH, o qual tem por fim a dotação de recursos financeiros ao processo de modernização e reaparelhamento dos centros especializados em reprodução humana das unidades de saúde.

Ademais, a lei em comento estratificou os níveis de orientação e assistência à reprodução, de acordo com o grau de necessidade dos pacientes, conforme segue:

Artigo 2º - A Administração Estadual incrementará a atividade de orientação mediante a adoção, pelas unidades de saúde do Estado, de técnicas de avaliação básica do casal (nível primário) e aplicação de técnicas de baixa complexidade (nível secundário) e de alta complexidade como a fertilização “in vitro” (nível terciário).

§ 1º - O nível primário consiste no atendimento preliminar, através do qual os pacientes se submeterão a uma avaliação básica com coleta de dados sobre o tipo de infertilidade, tempo de infertilidade, condições do relacionamento sexual e de eventuais infecções vaginais.

§ 2º - O nível secundário consiste na indicação para o tratamento desde que ocorra a opção pela possibilidade de tratamento clínico.

§ 3º - O nível terciário consiste na indicação para tratamento em centros especializados em reprodução humana das unidades de saúde do Estado ou em clínicas conveniadas com as prefeituras nas cidades onde não existam tais centros públicos, capacitados a fazer exames de diagnóstico complementar como histerossalpingografia, endoscopia pélvica, dosagens hormonais, análise genética, bem como tratamentos cirúrgicos e com técnicas de reprodução assistida (TRA).

Os dispositivos legais anteriores, embora dispusessem acerca da assistência a distúrbios endócrinos relacionados ao setor de reprodução, bem como ao planejamento familiar, não tratavam especificamente acerca da Reprodução Assistida e/ou Preservação de

Fertilidade. Ademais, as leis relativas ao planejamento familiar concentravam-se, sobretudo, no auxílio à contracepção.

Destaca-se, todavia, a existência dos Decretos de nº 32.889/1991 e 35.840/1992 que, embora não tratassem especificamente sobre os temas aqui analisados, já indicavam a necessidade de adoção de políticas para o tratamento da “esterilidade”.

3.1.1.3.5. Região Sul

3.1.1.3.5.1. Paraná

Em pesquisa legislativa no *website* da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, utilizando-se os termos “planejamento familiar”, “reprodução humana”, “reprodução assistida”, “preservação de fertilidade” e “infertilidade”, não foram localizados resultados relevantes ao presente estudo.

Todavia, há Projeto de Lei em curso, sob o nº 421/2019, tão somente para instituir o “Dia Estadual de Conscientização ao Planejamento Familiar, a ser realizado anualmente em 08 de dezembro”.

3.1.1.3.5.2. Santa Catarina

No âmbito do Estado de Santa Catarina, a Lei nº 14.374, de 11.02.2008, autoriza a criação do Programa de Reprodução Assistida no SUS e adota outras providências. Tal programa apresenta como objetivos:

Art. 2º São objetivos do Programa instituído no artigo anterior:

- I - introduzir e garantir a oferta de atendimento ao usuário que necessite de auxílio na reprodução humana assistida;
- II - prestar auxílio, assistência e orientação especializada dos órgãos de saúde à pessoa com problemas de fertilidade;
- III - desenvolver projetos e ações destinados à garantia da saúde reprodutiva;

- IV - oferecer técnicas de reprodução assistida a pessoas portadoras de doenças genéticas e infecto-contagiosas; e
- V - oferecer atendimento destinado a procedimentos de atenção básica à alta complexidade.

Referida lei carece, porém, de regulamentação.

Ademais, a Lei nº 16.043/2014, que instituiu a Semana Estadual de Conscientização do Planejamento Familiar, foi declarada inconstitucional, em 02.12.2015.

3.1.1.3.5.3. Rio Grande do Sul

No âmbito do Estado do Rio Grande do Sul, localizou-se a Lei nº 10.005/1993, revogada pela Lei nº 15.590/2021, atualmente em vigor, a qual dispõe sobre o planejamento familiar e dá outras providências.

Referida lei autoriza que o Estado garanta assistência à concepção e à contracepção, destacando que, para o amplo exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção.

Salienta-se que aquela ainda prevê a possibilidade de regulamentar e promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos, que assegurem o livre exercício ao planejamento familiar mediante a distribuição de material informativo, capacitação dos profissionais na área, realização de eventos, dentre outros.

Ademais, o art. 8º prevê que o atendimento ocorrerá gratuitamente, mediante acesso direto dos interessados ou por meio de encaminhamento pela rede de saúde pública existente.

Referida lei, porém, carece de regulamentação pelo Executivo.

Não há disposições específicas sobre a reprodução assistida e a preservação de fertilidade na legislação do referido Estado.

Nota-se, portanto, que a preservação da fertilidade não é contemplada nas legislações estaduais, com exceção dos Estados de Minas Gerais e Paraíba, que possuem leis a tratar do financiamento público da preservação de fertilidade por razões médicas, as quais, porém, carecem de regulamentação.

3.2. Do Cenário Internacional: Preservação de Fertilidade

No ano de 2015, Shenfield et al. (2017) conduziram estudo por meio do qual promoveram levantamento acerca da criopreservação de oócitos e tecidos ovarianos em vinte e sete países Europeus, analisando, dentre outros, a existência de regulamentação acerca do tema, bem como a existência ou não de financiamento público ao procedimento. Do referido estudo extrai-se, parcialmente, a seguinte tabela:

Tabela 4. Regulação, indicações e financiamento para criopreservação de oócitos em 2015, em 27 países europeus.						
País	Regulação específica	Indicações para criopreservação			Financiamento Público	
		Idade (anos)	Médica	Não-médica	Médico	Não-médico
Áustria	Lei	Não	Sim	Proibida	Não	Não
Belarus	Não	Não	Sim	Não	Não	Não
Bélgica	Não	<45	Não	Não	Sim	Não
Bulgária	Não	Não	Sim	Sim	Não	Não
República Tcheca	Não	Não	Não	Não	Sim	Não
Dinamarca	Lei	<46	Sim	Não	Sim	Não
Estônia	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Finlândia	Lei	Não	Não	Sim	Sim	Não
França	Lei/Código de Prática	18-42	Sim	Proibida	Sim	Não
Alemanha	Lei/Código de Prática	20-49	Sim	Sim	Não	Não
Grécia	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Hungria	Lei	Não	Sim	Não	Não	Não
Itália	Lei	Não	Sim	Sim	Sim	Não

Irlanda	Não	Não	Não	Não	Sim	Não
Lituânia	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Malta	Lei/Código de Prática	25-42	Sim	Proibida	Sim	Não
Holanda	Lei/Código de Prática	Não	Sim	Sim	Sim	Não
Noruega	Lei	Não	Sim	Não	Sim	Não
Romênia	Código de Prática	Não	Não	Não	Não	Não
Rússia	Não	Não	Sim	Não	Não	Não
Eslováquia	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Eslovênia	Lei	<45	Sim	Não	Sim	Não
Espanha	Lei	>18	Não	Não	Sim	Não
Suécia	Não	Não	Não	Não	Sim	Não
Suíça	Lei/Código de Prática	Não	Não	Não	Não	Não
Reino Unido	Lei/Código de Prática	Não	Não	Não	Sim	Não
Ucrânia	Não	Não	Sim	Sim	Não	Não

Nota-se, portanto, que dos 27 (vinte e sete) países consultados, 15 (quinze) possuem regulamentação sobre o tema. Ademais, depreende-se que nenhum dos países pesquisados possui financiamento público para realização de preservação social de fertilidade, ou preservação de fertilidade por razões não-médicas.

O alto custo de realização dos procedimentos, bem como de manutenção do material biológico criopreservado que, potencialmente, sequer será utilizado, configura forte argumento contrário ao financiamento público da preservação social de fertilidade.

Ademais, uma das razões que respalda a resistência quanto ao financiamento público destes procedimentos reside na alta probabilidade de gestações múltiplas, que resulta na elevação do risco daqueles, bem como de seus custos. Nesse sentido, cabe destacar que, em recente estudo publicado pela JBRA Assisted Reproduction, relativo ao registro latino americano de técnicas de reprodução assistida no ano de 2017, demonstrou-se que de todos os nascimentos decorrentes dos referidos procedimentos, 31,4% correspondia a gêmeos e 1,6% a trigêmeos ou superiores (Zegers-Hochschild et al., 2020).

Neste âmbito, em termos sociais, tem-se o risco de se ter mais filhos do que o planejado, em uma única gravidez, agravado, sobretudo, pela impossibilidade vigente em diversos países, assim como no Brasil, de utilização de técnicas que visem a redução embrionária (Resolução CFM nº 2.294/2021).

Outrossim, por se tratar de procedimento eletivo, parece não guardar a urgência necessária aos procedimentos abarcados pelo financiamento público, conforme se explorará posteriormente neste estudo.

Salienta-se que, conforme demonstrado no quadro acima, Áustria, França e Malta são países europeus nos quais é proibida a realização de preservação social de gametas. Neste âmbito, importa destacar a especificidade da legislação destes países, conforme se passará a expor nos tópicos seguintes.

3.2.1. França

A preservação social de fertilidade é tema controverso na França. Isto, pois o *code de la santé publique*, em seu artigo L2141-11 permite tão somente a preservação de gametas por razões médicas. Veja-se:

Article L2141-11

Toute personne dont la prise en charge médicale est susceptible d'altérer la fertilité, ou dont la fertilité risque d'être prématurément altérée, peut bénéficier du recueil et de la conservation de ses gamètes ou de ses tissus germinaux, en vue de la réalisation ultérieure, à son bénéfice, d'une assistance médicale à la procréation, ou en vue de la préservation et de la restauration de sa fertilité. Ce recueil et cette conservation sont subordonnés au consentement de l'intéressé et, le cas échéant, de celui de l'un des titulaires de l'autorité parentale, ou du tuteur, lorsque l'intéressé, mineur ou majeur, fait l'objet d'une mesure de tutelle.

[...]

Em modificação legislativa ocorrida no ano de 2011, a preservação social de oócitos passou a ser permitida como contrapartida a mulheres nulíparas, com idade entre 18 (dezoito) e 37 (trinta e sete) anos, que decidam realizar doação do referido material (Aballea et al., 2011). Como nestes casos a prioridade é justamente a doação dos gametas, apenas os oócitos

excedentes, assim considerados os superiores a 05 (cinco), é que podem ser eventualmente criopreservados para uso próprio (Pérez et al., 2019).

Article L1244-2

[...]

Lorsqu'il est majeur, le donneur peut ne pas avoir procréé. Il se voit alors proposer le recueil et la conservation d'une partie de ses gamètes ou de ses tissus germinaux en vue d'une éventuelle réalisation ultérieure, à son bénéfice, d'une assistance médicale à la procréation, dans les conditions prévues au titre IV du livre Ier de la deuxième partie. Ce recueil et cette conservation sont subordonnés au consentement du donneur.

Percebe-se, portanto, uma postura majoritariamente contrária à preservação social da fertilidade no país, embasada, sobretudo, em argumentos relativos aos riscos do procedimento, considerado altamente invasivo, como também em contestáveis premissas, no âmbito da bioética, como incompatibilidade de idade entre a mãe e a eventual criança (Pérez et al., 2019).

Há, porém, projeto de lei em curso, que coloca em reexame o tema em comento no país, estando, atualmente, em trâmite perante o Senado.

3.2.2. Malta

Neste pequeno país europeu, a Reprodução Assistida é regulamentada pelo *Embryo Protection Act*, de 2012, o qual sofreu modificações legislativas no ano de 2018.

A preservação de fertilidade por meio da criopreservação de gametas não é sequer considerada na legislação, sendo certo, porém, que, desde o ano de 2018, é permitida a criopreservação de embriões, o que, por si só, já configura avanço e maior segurança aos pacientes, sobretudo pelo fato de que, no país, a transferência de embriões é limitada a 02 (dois) por tentativa.

É interessante reportar que, desde 2017, o país possui regulação no sentido de conceder aos pacientes que se submetem a procedimentos de reprodução medicamente assistida cem horas de licença médica, com remuneração integral, que poderá ser utilizada a

qualquer momento durante o procedimento, devendo ser paga pelo empregador (Leave for Medically Assisted Procreation, National Standard Order, 2017).

3.2.3. Áustria

A lei austríaca de medicina reprodutiva, “Fortpflanzungsmedizingesetz” (FMedG), é conhecida por sua rigidez, com limites bem estabelecidos e punições específicas.

No país, a preservação social de fertilidade é proibida, sendo certo que o congelamento de oócitos só é permitido por razões médicas, nas quais seja constatado risco à capacidade reprodutiva.

Importa destacar que a doação de embriões, assim como a gestação de substituição, são procedimentos vedados no país, sendo certo, outrossim, que a utilização de embriões para fins de pesquisa também o é.

4. ÉTICA E A PRESERVAÇÃO SOCIAL DA FERTILIDADE

Cabe ressaltar que os procedimentos relativos à preservação de fertilidade por razões não médicas ainda encontram resistência na sociedade.

Entretanto, desde que a decisão pela preservação social de fertilidade seja devidamente informada, a partir do acesso, pela paciente, a estudos sobre o assunto (Shao et al., 2020), tendo suas dúvidas esclarecidas por profissional capacitado, considera-se plausível sua realização, inexistindo óbices legais no ordenamento jurídico brasileiro, tampouco no Código de Ética Médica, relativas ao procedimento.

É importante, também, compreender as razões que impulsionam a mulher a optar pela preservação de fertilidade, para que o tratamento mais correto lhe seja ofertado.

Neste ponto, cabe ressaltar, torna-se imprescindível o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com elementos bem delimitados, de preferência preparado com auxílio de profissional jurídico especialista no assunto, para fins de resguardar paciente e profissionais de saúde quanto ao procedimento.

A autonomia só é plenamente alcançada quando não apenas se exerce o livre arbítrio, mas quando referida liberdade é acompanhada de subsídios suficientemente fortes para respaldar a decisão “mais acertada”, de acordo com os objetivos individuais.

Neste sentido, Harwood (2015), ao realizar revisão acerca de questionamentos éticos envolvendo a criopreservação de oócitos e a preservação social de fertilidade, cita importantes argumentos constantes das obras de Savulescu & Imogen (2008) e Savulescu & Goold (2009), relativos à potencialização da igualdade de gênero promovida pelos referidos procedimentos, ao viabilizar mais tempo para participação no mercado de trabalho e dedicação aos estudos pelas mulheres.

Não se pretende, por meio do presente estudo, esgotar eventuais questionamentos acerca do tema. Todavia, importa destacar e explanar alguns pontos avessos à preservação social de fertilidade, comumente repetidos na literatura e mídia popular.

4.1. Distanciamento etário entre mãe e filho: Um problema?

Um dos argumentos contrários mais comuns relativos à preservação de fertilidade diz respeito ao distanciamento etário entre os genitores e a prole. A corrente que o defende afirma que o procedimento potencializa o perigo da perda precoce dos pais, além de exacerbar diferenças geracionais que podem causar danos à criação da criança (Harwood, 2015; O’Neill, 2000; Pérez et al., 2021).

Relembra-se, contudo, que, no Brasil, a Resolução CFM nº 2.294/2021 impõe limite etário de 50 anos para candidatas à gestação por técnicas de reprodução assistida, sendo certo que eventuais exceções devem estar baseadas *em critérios técnicos e científicos fundamentados pelo médico responsável quanto à ausência de comorbidades da mulher e*

após esclarecimento ao(s) candidato(s) quanto aos riscos envolvidos para a paciente e para os descendentes eventualmente gerados a partir da intervenção, respeitando-se a autonomia da paciente e do médico.

Destaca-se que referido limite encontra fundamento na elevação dos riscos da gravidez em razão da idade, bem como na diminuição da taxa de sucesso do procedimento caso seja realizado com óvulos coletados tardiamente. Do ponto de vista demográfico, o limite de 50 anos é compatível com a perspectiva de a criança gerada atingir a idade adulta antes de os pais atingirem a expectativa de vida média da população brasileira, que é de 80 anos para mulheres e 73 para homens (IBGE, 2020). Cumpre ressaltar, porém, que o limite etário é imposto tão somente às mulheres, e especificamente àquelas que se submeterão aos procedimentos de RA em si, de modo que, em casos de gestação de substituição, a compatibilidade acima referida pode não se aplicar.

Na mesma linha do argumento acima exposto, há o aspecto religioso: embora a fertilidade seja vista como uma dádiva divina, sua eventual manipulação não é bem aceita nas religiões mais tradicionais (Leite & Henriques, 2014). Isto, pela suposta perda do elemento natural que perpassa a procriação, e o “desrespeito” às leis naturais que impõem limite à fertilidade.

Novamente, não se pretende, com estes argumentos, impor uma palavra final sobre o assunto, apenas contrabalançar a visão geral negativa que se tem da preservação social da fertilidade.

4.2. Riscos do procedimento x Taxas de sucesso: Uma análise de custo-benefício?

Dois pontos essenciais às candidatas à preservação social de fertilidade devem restar sempre muito claros: os riscos do procedimento e as taxas de sucesso.

Isto, pois, conforme explanado no capítulo 2 do presente estudo, no que tange às mulheres, os procedimentos disponíveis para fins de preservação de fertilidade não são simples, tampouco baratos. Assim como na criopreservação de tecido ovariano há os riscos

próprios do procedimento cirúrgico, na criopreservação de oócitos há o risco de desenvolvimento da Síndrome de Hiperestimulação Ovariana (SHO), decorrente de uma resposta exagerada do organismo aos medicamentos utilizados na estimulação do crescimento de folículos ovarianos e produção de oócitos, que pode ocasionar inchaço e dor abdominal, náusea, vômitos, diarreia e, em casos mais graves, aumento de peso, falta de ar, alterações sanguíneas e renais (Achas, 2015; Contreras, 2017).

Ademais, criopreservar tecidos e gametas não configura garantia de uma prole futura, viabilizando, tão somente, o aumento da probabilidade de uma gestação tardia. Isto, pois as taxas de sucesso do procedimento estão relacionadas a fatores diversos, referentes à idade da paciente quando da criopreservação e quando da utilização do material, demais questões de saúde da própria paciente, eventuais problemas no procedimento de reversão da criopreservação, além dos próprios procedimentos posteriores, com a utilização ou não de técnicas de reprodução assistida, dentre outros.

A eventual análise do custo-benefício da preservação de fertilidade não é tão simples, demandando alto conhecimento caso a caso, a ser avaliado por profissional capacitado, devendo sempre a paciente ser devidamente esclarecida sobre todos os pontos do procedimento, para que não haja vício de consentimento que resulte em frustração futura.

4.3. Custos: O Dilema do Pensamento a Longo Prazo

Não obstante as problemáticas relativas ao financiamento de procedimentos de preservação da fertilidade, já analisadas no presente estudo, faz-se necessária reflexão, ainda que breve, acerca dos efeitos práticos dos custos daqueles.

Em recentíssimo levantamento realizado pela rede CNN Brasil, o procedimento completo – incluindo a estimulação ovariana, coleta de oócitos e criopreservação – para fins de preservação de fertilidade em mulheres saudáveis apresenta custo médio entre R\$ 15.000,00 (quinze mil reais) e R\$ 30.000,00 (trinta mil reais). Além deste valor, é necessário o pagamento de taxa anual de manutenção, cujo custo gira em torno de R\$ 1.000,00 (mil

reais), sendo certo, outrossim, que para o procedimento de “descongelamento” e realização da posterior fertilização *in vitro* (FIV) são despendidos novos – e altos – montantes.

Considerando-se o caso de mulheres solteiras, sobretudo em idade jovem, referido custo pode representar um enorme empecilho, desencorajando a realização do procedimento. Ainda, o pensamento de que, eventualmente, aquele possa ser prescindível, pela eventual ocorrência de gravidez espontânea prévia à necessidade de utilização do material criopreservado, faz com que a preservação de fertilidade não seja uma prioridade para jovens mulheres saudáveis (Hirshfeld-Cytron, 2012).

Todavia, vale ressaltar que quão mais tarde é realizado o procedimento de coleta oocitária, tão menores são as taxas de sucesso.

Conforme estudo publicado pela JBRA Assisted Reproduction, relativo ao registro latino-americano de técnicas de reprodução assistida no ano de 2017, já citado no presente estudo, foram reportados 5.256 ciclos iniciados de preservação de fertilidade no período, representando um aumento de 20% em relação a 2016. Dentre esses, 60,4% dos casos se relacionavam ao desejo de postergar a gravidez, 6,8% dos casos se relacionavam a fatores ligados ao câncer, 5,8% ao risco de insuficiência ovariana prematura e 27% por outros motivos diversos. A idade média das mulheres foi de 36,1 anos, sendo certo que, em 4,7% dos casos nenhum oócito estava disponível para congelamento (Zegers-Hochschild et al., 2020).

O Relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões (SisEmbrio) é emitido anualmente pela ANVISA, com base no relatório anual encaminhado pelos BCTGs àquela, por força do art. 9º, inciso VIII, da Resolução – RDC nº 23/2011. Acredita-se, porém, que para fins de acompanhamento das taxas de sucesso dos procedimentos de reprodução assistida em território brasileiro, o escopo do referido relatório devesse ser ampliado, passando a incluir informações acerca da taxa de sobrevivência dos gametas, embriões e tecidos após descongelamento, bem como o número de gestações e de nascidos vivos a partir dos referidos procedimentos, configurando fonte confiável de dados sobre o tema no país, ante a ausência de acompanhamento daqueles em âmbito nacional (Correa & Löwy, 2020).

4.4. Assistência à Reprodução e Preservação de Fertilidade como Benefícios Corporativos: Uma Realidade?

Em meados da última década, as pioneiras Apple e Facebook foram objeto de questionamento ético na mídia popular, quanto à inclusão de tratamentos relativos à preservação de fertilidade e à reprodução assistida no pacote de facilidades aos seus empregados. Isto, pois enquanto referido passo, pelos liberais, foi visto como um grande avanço, de modo a conferir uma nova garantia ao trabalhador, para os mais conservadores, foi interpretado como uma forma de coação, de modo a incentivar a postergação da procriação, principalmente para mulheres.

Segundo reportagem publicada em 2019 pelo “The Economist”, com base em dados colhidos pela consultoria Mercer, 1 em cada 4 grandes companhias americanas já pagava, à época, por algum tipo de tratamento de fertilidade para seus empregados, sendo certo que 1 a cada 20 apresentava cobertura para a criopreservação de oócitos.

No Brasil, empresas como LinkedIn e Mercado Livre já oferecem referida facilidade a seus empregados.

Ainda que a intenção inicial das corporações não tenha sido puramente genuína – o que, por óbvio, foge ao conhecimento público – acredita-se que os efeitos desta facilidade, de longo prazo, possam ser mais benéficos aos trabalhadores, do que essencialmente negativos.

Ceticismo à parte, certo é que, assim como o fornecimento de planos de saúde e planos odontológicos, a disponibilidade de recursos corporativos para fins de tratamentos de fertilidade configuram não apenas atrativos, como importantes auxílios, de uso opcional pelos empregados, desde que tal caráter facultativo, enquanto benefício, reste claro àqueles (Mertes, 2015).

Em relação ao aspecto feminino, considerando o peso dos custos de procedimentos de preservação de fertilidade, já discutidos no presente estudo, que configuram, inclusive, empecilhos à submissão ao procedimento por mulheres em idade jovem, a disponibilidade do benefício nas corporações pode ocasionar impactos positivos.

Acredita-se que eventuais irregularidades trabalhistas, relativas à eventual pressão e/ou, em casos mais graves, assédio moral no ambiente de trabalho, possam ser eventualmente discutidas em meios próprios, por órgãos de regulação, ou ainda judicialmente, não devendo este ser encarado como argumento forte o suficiente a desmerecer a importância social dos benefícios em questão.

Mostra-se crucial, porém, que referidos benefícios sejam conciliados com demais facilidades no ambiente corporativo, tais como o respeito à licença-maternidade legalmente prevista, com sua eventual ampliação de acordo com a necessidade da puérpera; o fornecimento de licença-paternidade, que pode, inclusive, alavancar a quebra do padrão que incute nas mulheres o dever primário sobre a prole; bem como a disponibilização de creches e demais incentivos a empregados com filhos em tenra idade.

4.5. Cenário de Incertezas: Pandemia de COVID-19

O aumento da procura pela criopreservação de gametas durante a pandemia de COVID-19 tem estampado os jornais, como é o caso da Folha de São Paulo, Estado de Minas, Revista Crescer e Veja Saúde, os quais apontam a escalada dos procedimentos em até 40%, se comparado aos anos anteriores. O panorama brasileiro, aparentemente, acompanha o crescimento internacional na busca pelo procedimento.

Nestes casos, a preservação social da fertilidade têm sido impulsionada pelo cenário de incertezas quanto ao fim da pandemia, bem como quanto ao temor de desenvolvimento de comorbidades em razão da contaminação pelo coronavírus que, eventualmente, possam resultar em danos à fertilidade. Ademais, o medo de desenvolvimento de complicações no caso de contaminação durante uma eventual gestação tem feito com que a postergação da procriação, por meio da criopreservação de gametas, se torne uma realidade viável.

Nota-se, portanto, o papel significativo da preservação social de fertilidade no momento atual, o que demonstra a importância da existência dessa opção aos pacientes.

Espera-se que, a partir do 14º e 15º Relatórios SisEmbryo, publicados anualmente pela Anvisa, seja possível verificar a confiabilidade dos números acima noticiados, bem como comprovar o eventual crescimento na procura pela preservação social da fertilidade nessa pandemia de COVID-19.

5. COMO GARANTIR UM ACESSO MAIS JUSTO AOS PROCEDIMENTOS?

5.1. Tratamento ou Melhoramento?

A discussão acerca da classificação de métodos, tecnologias ou procedimentos médicos como tratamento ou como melhoramento (*enhancement*) é controversia comumente debatida no âmbito da bioética (Possas, 2019; Frias, 2012). Embora muitos bioeticistas questionem se de fato é possível traçar uma linha clara entre os termos, - sobretudo pela natureza mutável dos padrões humanos -, referida distinção pode configurar forte base argumentativa para fins de determinação até mesmo do dever e viabilidade de financiamento público de determinadas práticas.

Tem-se por tratamento o método por meio do qual se busca conferir “normalidade” à função orgânica que esteja abaixo do padrão médio. Um indivíduo acometido por determinada doença tem uma ou mais de suas funções orgânicas comprometidas, de modo que, por meio de um tratamento, objetiva-se devolver-lhe ou conferir-lhe um padrão de saúde considerado normal ou, pelo menos, mais próximo do normal do que o estado anterior. Por esta razão, o tratamento costuma ter um caráter de prática “*a posteriori*”, ou seja, de correção de algo que esteja fora de um padrão considerado minimamente ideal.

Já por melhoramento, entende-se os métodos que proporcionam ou visam proporcionar resultados acima do padrão médio de “normalidade”. Possui um caráter de prática “*a priori*”, preventiva, ou seja, que antevê problemas futuros, conferindo a possibilidade de evitá-los e/ou amenizá-los. Configura solução para eventual adversidade vindoura e/ou um funcionamento acima da média.

Tratamento é elevar a balança ao ponto de equilíbrio. Melhoramento é evitar que ela venha a pender e/ou elevá-la a um padrão de desempenho acima do comum.

Tendo-se por pressuposto referidos conceitos, indaga-se em qual categoria os diferentes procedimentos de reprodução assistida e preservação da fertilidade poderiam ser inseridos.

Terapias hormonais para induzir ovulação, inseminação intrauterina e reprodução assistida em sentido lato, ainda que diretamente relacionados ao auxílio à concepção, comprometida por fatores diversos de infertilidade, poderiam ser diversamente classificados.

A infertilidade é a dificuldade e/ou incapacidade de reprodução, sendo certo que, de modo geral, seu diagnóstico é realizado após um ano ou mais de relações sexuais frequentes, sem uso de métodos contraceptivos, que não resulte em gravidez. É consenso, portanto, que a infertilidade é uma falha orgânica e/ou deficiência, de modo que conferir-lhe solução seria algo benéfico ao paciente. De início, pode-se considerar que referida deficiência é sempre uma doença, de modo que todo procedimento com fins específicos de “restaurar” a capacidade de procriação seja encarado como um tratamento. No entanto, diferentes contextos podem implicar em diferentes compreensões do problema.

Segundo estudo conduzido com mais de 40 mil estudantes brasileiras do sexo feminino, com idade entre 12 a 17 anos, verificou-se que média de idade de ocorrência da menarca – primeira menstruação – foi de 11,71 anos (Barros et al., 2019). Já em estudo conduzido com cerca de 6 mil mulheres brasileiras acima de 40 anos, verificou-se que a média de idade de ocorrência da menopausa é de 48,1 anos (Fonseca et al., 2010). Deste modo, a título exemplificativo, pode-se considerar que, dos 14 aos 45 anos de idade, o “normal” seria a capacidade de procriar, de modo que, nessa faixa etária, conferir solução à infertilidade significaria conferir um padrão de normalidade às pacientes, ou seja, tratar uma doença.

Diferentemente, considerando-se o decréscimo natural da fertilidade com o aumento da idade, sobretudo com a proximidade da menopausa, ter-se-ia como padrão de normalidade da espécie a deficiência e/ou perda da capacidade reprodutiva dos 46 aos 50 anos, de modo

que eventual procedimento de auxílio à procriação nessa faixa etária ou superior seria um melhoramento. É o caso, por exemplo, da utilização de gametas doados por terceiros, para potencializar as taxas de sucesso dos procedimentos em pacientes nessa faixa etária.

Ademais, o monoparentalismo e a concepção por casais homossexuais por métodos de reprodução assistida também parecem estar mais próximos do referido conceito.

Do mesmo modo, a preservação da fertilidade também aparenta ter maior proximidade ao conceito de melhoramento, justamente por consistir no aumento de uma capacidade específica, de caráter preventivo. Pelo menos é o que pode ser afirmado com relação à preservação social de fertilidade, ou preservação de fertilidade por razões não médicas, a qual pressupõe uma escolha presente da pessoa, para fins de eventual utilização futura e geração de uma prole tardiamente.

Entretanto, novo questionamento decorre da preservação de fertilidade por razões médicas. A submissão a procedimentos específicos para tratamento de doenças preexistentes, tais como o câncer, pode resultar na perda da capacidade reprodutiva. Preservar a fertilidade desses pacientes, embora seja uma prática preventiva, parece deter um caráter mais urgente e necessário do que a de pessoas jovens sem doenças que ameacem sua possibilidade de procriação futura.

O mesmo ocorre quanto a pacientes que se submetem a procedimentos de readaptação genital, que podem resultar em infertilidade permanente. Isso porque, embora não se trate de procedimento para fins de tratamento de uma patologia, guardam relação com a reafirmação da identidade da pessoa, tendo importante papel de caráter social que, contudo, tem por consequência/dano colateral a perda da fertilidade.

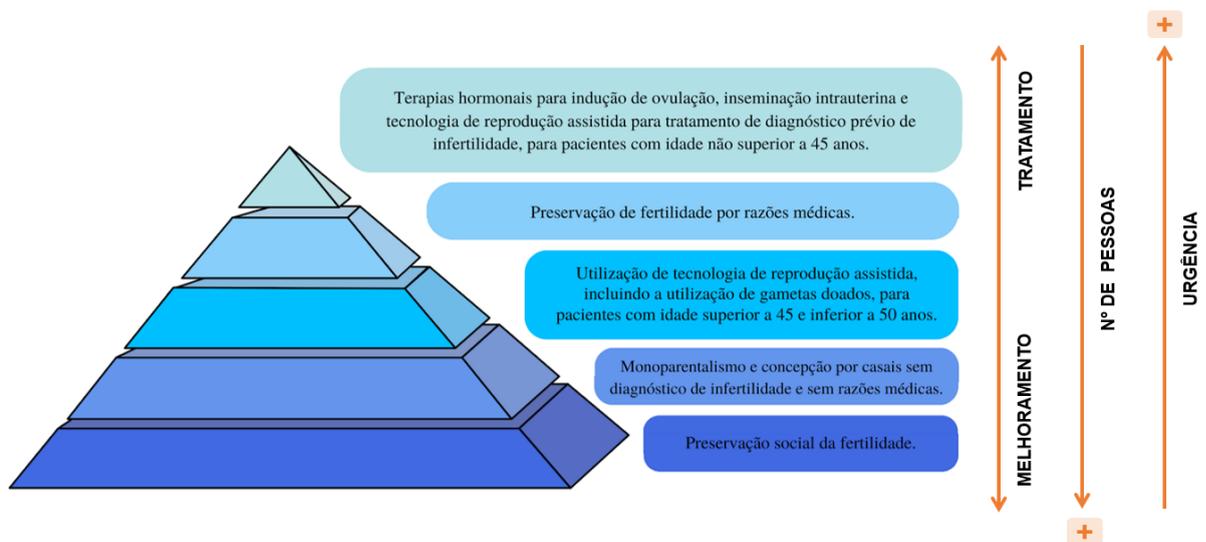
Trata-se de lógica similar à utilizada para fins de definição da possibilidade ou não de se realizar cirurgias plásticas por meio do SUS. Nos casos em que os fins sejam meramente estéticos, mostra-se menos sustentável o financiamento público da intervenção médica, justamente por se tratar de procedimento eletivo. Já nos casos em que a cirurgia plástica esteja diretamente ligada à correção de situações estigmatizantes, que possam causar sofrimento físico e/ou mental ao indivíduo, mostra-se perfeitamente plausível a possibilidade de utilização de recursos públicos para tal fim, como ocorre nas cirurgias corretivas de lábio

leporino/fenda palatina (Projeto de Lei nº 3526/2019, Senado Federal), readequação genital (Portaria MS nº 457/2008), dentre outros.

Nesse âmbito, parece-nos, então, que para estabelecer prioridades no tocante à procedimentos de preservação da fertilidade, seria preciso levar em conta tanto a distinção entre preservação por razões médicas e não médicas, quanto as situações específicas que residem no liame entre ambas, como é o caso da readequação genital.

Nota-se que o próprio escalonamento de tais práticas para eventuais fins de financiamento público envolve a observação das nuances específicas de cada caso, fazendo-se necessário, portanto, o estabelecimento de critérios objetivos e requisitos mínimos para utilização do serviço.

Reunindo-se os elementos ora discutidos em uma pirâmide, na qual o topo corresponde aos procedimentos prioritários para fins de financiamento público, tem-se:



A pirâmide acima não apenas representa o critério de prioridade em razão da urgência, como também ilustra, ainda que de forma primária, a população beneficiada pela disponibilização dos procedimentos citados, o que impacta diretamente em seus custos. Isso porque, quão mais gerais forem os requisitos mínimos e limites à utilização pública dos procedimentos, maior será o número de pessoas eventualmente favorecidas, resultando em maiores dispêndios.

No que tange ao 3º e 4º nível da pirâmide, embora ambos - em sua maioria - envolvam a utilização de gametas doados, considera-se prioritários os casos relacionados à faixa dos 45 aos 50 anos, em detrimento dos demais casos sem diagnóstico de infertilidade e sem razões médicas, ante a limitação etária imposta pela Resolução CFM nº 2.294/2021, ora em vigor.

Relembra-se que não se pretende, por meio do escalonamento acima, imprimir caráter excludente aos procedimentos. Ao contrário, o que se pretende é tão somente a reflexão quanto a estes na adoção de políticas públicas sobre o tema, e eventual estratificação de verbas para cada categoria.

5.2. Preservação da Fertilidade no SUS?

Conforme já apontado no presente estudo, por força da Lei Federal nº 8.080/1990, procedimentos experimentais não podem ser pagos, ressarcidos ou reembolsados por meio do SUS. Neste sentido, a título exemplificativo, a criopreservação de tecidos, ante seu caráter experimental, não poderia ser realizada por meio do SUS, independentemente de se tratar de preservação de fertilidade por razões médicas ou sociais. Salienta-se, inclusive, que a Lei nº 20.627/2013, do Estado de Minas Gerais, bem como a Lei nº 10.319/2014, do Estado da Paraíba, já analisadas no presente estudo, ao tratarem da preservação de fertilidade por razões oncológicas, não apresentam a possibilidade de criopreservação de tecidos: a primeira, cita a conservação de gametas e embriões, e a segunda, limita-se à conservação de gametas.

Destaca-se, ademais, que por se tratar de coleta de material para fins de utilização futura, ter-se-ia a necessidade de manutenção de um banco permanente de células e tecidos germinativos (BCTGs), o qual geraria custos constantes e, eventualmente, dado o tempo de guarda do material, poderia desencadear problemas diversos, que extrapolam o âmbito da saúde, perpassando, inclusive, o plano da proteção de dados sensíveis, bem como da gestão eficaz.

Deste modo, a eventual disponibilização de procedimentos para fins de preservação de fertilidade por meio do SUS, mormente aquela por razões sociais, demanda ampla e cuidadosa

análise, bem como estabelecimento de critérios específicos, tais como idade máxima, tempo máximo de guarda e critérios de descarte/doação. Todavia, embora relevante, ante o cenário atual de saúde, considera-se que esta ainda seja uma pauta distante da realidade brasileira.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A história da reprodução assistida em si é relativamente recente, sendo certo que Louise Brown, a primeira bebê de proveta do mundo, nasceu em meados do ano de 1978 e Anna Paula Caldeira, primeira bebê de proveta do Brasil e da América Latina, veio ao mundo em 1984.

Quatro anos depois, a Constituição Federal de 1988 já passava a assegurar o planejamento familiar como direito do cidadão. Em 1994, a partir da Convenção Internacional de População e Desenvolvimento da ONU, os direitos reprodutivos passaram a ser reconhecidos como direito fundamental internacional, sendo certo que, dois anos depois, foi promulgada a Lei Federal nº 9.263, a qual regulamenta e amplia o conceito de planejamento familiar, abarcando a assistência à concepção, na qual se encontra a reprodução assistida.

Por conseguinte, não se pode dizer que o país está estancado quanto ao tema. Embora a passos curtos, este tem caminhado, com publicações de Portarias do Ministério da Saúde nos anos de 2005, 2011 e 2012, bem como o próprio Conselho Federal de Medicina que, acompanhando o desenvolvimento técnico-científico e as demandas sociais, atualiza constantemente suas resoluções nesse sentido, com relação às quais cabe destacar importantes avanços quanto a temas relacionados a barriga de aluguel, gestação compartilhada, procriação para casais homossexuais, dentre outros temas contemporâneos.

Além disso, a demanda e o interesse da população têm aumentado sobre o tema, o que, por si só, impulsiona o legislativo e o executivo a implementarem políticas de ampliação e mesmo de inclusão de tais procedimentos no Sistema Único de Saúde. É ultrapassada a barreira do número mínimo, requerendo respostas do Estado sobre as novas necessidades da população.

Ao adquirir o status de solução a um problema de fertilidade, a reprodução assistida que antes por muitos sequer era considerada, passa a ganhar mais enfoque e discussão no meio social, alcançando maior importância nos grupos sociais.

No que tange à preservação da fertilidade, porém, um longo caminho ainda necessita ser traçado. Embora o aumento da demanda na atualidade venha sendo destacado em jornais e revistas, com números expressivos, esta é apenas uma semente na sociedade brasileira atual, que ainda necessita florescer. E se a preservação por questões médicas, em razão de possíveis problemas de fertilidade, decorrentes de tratamentos como a quimioterapia e a radioterapia, ainda não é realidade conhecida por muitos, a preservação social muito menos o é.

E neste ponto, chegando ao fim deste estudo, destaca-se aqui a figura da mulher: dentre os “17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – ODS”, que compõem a Agenda 2030 no âmbito da ONU, destaca-se o objetivo 5, qual seja, “Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas”, sendo certo que um dos pontos deste consiste na garantia ao acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos. Verifica-se, portanto, uma movimentação global no sentido de superar as barreiras de gênero que limitam ou diminuem o papel da mulher na sociedade.

Destaca-se que a introdução de métodos contraceptivos no mercado se mostra como grande feito da modernidade, permitindo o controle de natalidade e conferindo proteção e escolha às usuárias. Todavia, considerando-se a maior expressividade da participação atual da mulher na economia e na educação, o decréscimo da fertilidade com o passar dos anos corresponde a uma barreira natural imposta, a qual poderá ser contornada, ainda que temporariamente, a partir da utilização das técnicas de preservação disponíveis e vindouras.

Talvez seja esta pauta, corroborada por objetivos globais, que impulsionará o Brasil ao debate mais expressivo e soluções mais eficazes acerca de temas relacionados à fertilidade no país.

6.1. Perspectivas

A Medicina Reprodutiva é um universo, lidando não apenas com os obstáculos gerados por diagnósticos desfavoráveis, como apresentando um enorme arcabouço de possíveis tratamentos e melhoramentos, que podem levar à concretização do sonho da procriação, nas mais diversas situações.

Relembra-se que referido campo, em constante mudança e atualização, é ciência na qual a bioética se faz presente a todo momento, impondo limites ou abrindo possibilidades, de acordo com os costumes, crenças e ideais de cada local. E é justamente por isso que se verifica tamanha discrepância nos ordenamentos jurídicos internacionais quanto às técnicas eventualmente permitidas ou proibidas por cada país, e a crescente discussão sobre as razões que as fundamentam.

No caso feminino, especialmente tratado no presente estudo, doenças prévias não configuram o único empecilho, sendo o fator etário elemento crucial, no qual pode haver descompasso entre vontade e possibilidade: com a postergação da maternidade pelas mais diversas razões, o “momento certo” em termos sociais pode não coincidir com a viabilidade biológica da procriação.

Ultrapassadas as possibilidades correntes, relativas à preservação social da fertilidade, expostas por meio do presente estudo, indaga-se, ao final, se há mais possibilidades conhecidas e ainda não praticadas no Brasil. E a resposta é positiva.

Em um país no qual a gestação de substituição (cessão temporária do útero) se limita ao ato voluntário de familiares dos pacientes de reprodução assistida, até o quarto grau, não seria a chamada “barriga de aluguel” uma opção viável a inúmeros casos?

Ademais, a facilitação à doação de oócitos por mulheres jovens e o incentivo à utilização destes nos procedimentos eventualmente poderiam elevar as taxas de sucesso em reprodução assistida.

Não se desconsideram as eventuais discussões éticas que podem permear as proposições acima, mas acredita-se que um eventual projeto legislativo, que confira maior

solidez e validade jurídica ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido possa ser o ponto de partida para inúmeras soluções no âmbito da Reprodução Assistida, sobretudo no que tange a pontos que, como este, apresentem possíveis choques entre a ética e a autonomia.

Assim como em diversos campos, faz-se necessária a perda de alguns preconceitos, a qual se dá, sobretudo, com o acesso à informação. Acredita-se que a maior propagação do conhecimento no âmbito da Reprodução Assistida e da Preservação da Fertilidade, bem como o incentivo a discussões sobre o tema, sejam propulsores de mudanças em diversos aspectos.

Embora a democratização do acesso aos procedimentos ora em comento não tenha sido alcançada, mudanças recentes, como a inclusão de uso das técnicas de reprodução assistida por homoafetivos e transgêneros, configuram grandes avanços na legitimação do discurso de igualdade de acesso, se não em termos econômicos, pelo menos em termos sociais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABALLEA, P.; BURSTIN, A.; GUEDJ, J.; MAYSONNAVE, C. **État des lieux et perspectives du don d'ovocytes en France**, Rapport (RM2011-024P) – Tome 1, Inspection générale des Affaires sociales, 2011 <<https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000113.pdf>>. Acesso em 28.02.2021.

ACHAS, Sílvia Margarida Pinelas Rijo Silva et al. **Complicações das técnicas de reprodução medicamente assistida: a técnica, a gravidez e o feto**. 2015. Tese de Doutorado.

Acre. Lei Estadual nº 1.995/2008. Disponível em <http://www.legis.ac.gov.br/detalhar/3507>. Acesso em 30.05.2021.

Acre. Lei Estadual nº 2.874/2014. Disponível em <http://www.al.ac.leg.br/leis/wp-content/uploads/2015/02/Lei2874.pdf>. Acesso em 30.05.2021.

Amapá. Lei Estadual nº 0925/2005. Disponível em http://www.al.ap.gov.br/pagina.php?pg=exibir_processo&iddocumento=20191. Acesso em 30.05.2021.

Amapá. Lei Estadual nº 0719/2002. Disponível em http://www.al.ap.gov.br/pagina.php?pg=exibir_processo&iddocumento=17974. Acesso em 30.05.2021.

Amazonas. Lei Estadual nº 114/2012. Disponível em https://sapl.al.am.leg.br/media/sapl/public/materiale legislativa/2012/107797/107797_texto_inte gral.pdf. Acesso em 30.05.2021.

Amazonas. Lei Estadual nº 96/2009. Disponível em https://sapl.al.am.leg.br/media/sapl/public/materiale legislativa/2009/106784/106784_texto_inte gral.pdf. Acesso em 30.05.2021.

Amazonas. Lei Estadual nº 177/2007. Disponível em https://sapl.al.am.leg.br/media/sapl/public/materiale legislativa/2007/106225/106225_texto_inte gral.pdf. Acesso em 30.05.2021.

Amazonas. Lei Estadual nº 176/2011. Disponível em https://sapl.al.am.leg.br/media/sapl/public/materiale legislativa/2011/107384/107384_texto_inte gral.pdf. Acesso em 30.05.2021.

Amazonas. Lei Estadual nº 400/2013. Disponível em https://sapl.al.am.leg.br/media/sapl/public/materiale legislativa/2013/108565/108565_texto_inte gral.pdf. Acesso em 30.05.2021.

Amazonas. Lei Estadual nº 164/2007. Disponível em https://sapl.al.am.leg.br/media/sapl/public/materiale legislativa/2007/106208/106208_texto_inte gral.pdf. Acesso em 30.05.2021.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em http://www.ans.gov.br/aans/index.php?option=com_centraldeatendimento&view=pergunta&resposta=464&historico=22593327>. Acesso em 28.02.2021.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Sistema de Informações de Beneficiários. Dados Gerais. Disponível em <https://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>>. Acesso em 28.02.2021.

Áustria. Fortpflanzungsmedizingesetz (FMedG) - Lei de Medicina Reprodutiva (FMedG). Disponível em <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10003046>>. Acesso em 28.02.2021.

BARROS, B. S.; KUSCHNIR, M. C. M. C.; BLOCH, K. V.; SILVA, T. L. N.; ERICA: age at menarche and its association with nutritional status, *Jornal de Pediatria*, Volume 95, Issue 1, 2019, Pages 106-111, ISSN 0021-7557, <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2017.12.004>.

BECKMANN, M. W., LOTZ, L., TOTH, B., BASTON-BÜST, D. M., FEHM, T., FRAMBACH, T., GERMAYER, A., GOECKENJAN, M., HÄBERLIN, F., HENES, M., HIRCHENHAIN, J., HÜBNER, S., KORELL, M., KRÜSSEL, J. S., MÜLLER, A., REINSBERG, J., SCHWAB, R., SEITZ, S., SÜTTERLIN, M., VAN DER VEM, H., VAN DER VEM, K., WINKLER-CREPAZ, K., WIMBERGER, P., VON WOLFF, M.,

LIEBENTHON, J., DITTRICH, R. Concept Paper on the Technique of Cryopreservation, Removal and Transplantation of Ovarian Tissue for Fertility Preservation. **Geburtshilfe Frauenheilkd.** 79(1): p. 53-62. jan. 2019. doi: 10.1055/a-0664-8619.

BEIER, H. M.; van den DAELE, W.; DIEDRIECH, K.; DUDENHAUSEN, J. W.; FELBERBAUM, R.; GIGERENZER, G., et al. (2012). Medizinische und biologische Aspekte der Fertilität [Medical and biological aspects of fertility]. In G. Stock, H. Bertram, A. Fürnkranz-Prskawetz, W. Holzgreve, M. Kohli, & U. M. Staudinger (Eds.), *Zukunft mit Kindern: Fertilität und gesellschaftliche Entwicklung in Deutschland, Österreich und der Schweiz* [Future with children: Fertility and social development in Germany, Austria, and Switzerland] (pp. 294–391). Frankfurt/New York: Campus.

BERTON, C. Z., BROGLIATO, C., YOSHIDA, I. H., VELLEZ, L. T., SUGANUMA, C. H., CORDTS, E. B., CONCEIÇÃO, G. S., BARBOSA, C. P. Cancer fertility preservation: a report from a Brazilian social program . **JBRA Assist Reprod.** 24(3): 302–304. jul.-set. 2020. <<https://dx.doi.org/10.5935%2F1518-0557.20190089>>.

Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.358/1992. Disponível em https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1992/1358_1992.pdf. Acesso em 15.06.2021.

Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.957/2010. Disponível em <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2010/1957>. Acesso em 15.06.2021.

Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.013/2013. Disponível em <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2013/2013>. Acesso em 15.06.2021.

Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.121/2015. Disponível em https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2015/2121_2015.pdf. Acesso em 15.06.2021.

Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.168/2017. Disponível em <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2168>. Acesso em 15.06.2021.

Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.294/2021. Disponível em <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2021/2294>. Acesso em 15.06.2021.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1998. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 28.02.2021.

Brasil. Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm>. Acesso em 28.02.2021.

Brasil. Lei Federal nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406.htm>. Acesso em 28.02.2021.

Brasil. Lei Federal 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 e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em 28.02.2021.

Brasil. Lei Federal nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9263.htm>. Acesso em 28.02.2021.

Brasil. Lei Federal nº 9.656, 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656compilado.htm>. Acesso em 28.02.2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html#ANEXOXX>. Acesso em 28.02.2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.187, de 13 de julho de 2005. Suspende por até 30 dias, o efeito das Portarias para análise de impactos financeiros e apreciação da Comissão Intergestores Tripartite. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1187_13_07_2005.html>. Acesso em 28.02.2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.397, de 10 de julho de 2013. Acresce serviço na tabela constante do Anexo da Portaria nº 3.149/GM/MS, de 28 de dezembro de 2012. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1397_10_07_2013.html>. Acesso em 28.02.2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html#:~:text=%EF%BB%BFPORTARIA%20N%C2%BA%201.459%2C%20DE,%2D%20SUS%20%2D%20a%20Rede%20Cegonha.&text=Considerando%20a%20Portaria%20n%C2%B0,%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20\(SUS\)%3B](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html#:~:text=%EF%BB%BFPORTARIA%20N%C2%BA%201.459%2C%20DE,%2D%20SUS%20%2D%20a%20Rede%20Cegonha.&text=Considerando%20a%20Portaria%20n%C2%B0,%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20(SUS)%3B)>. Acesso em 28.02.2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048, de 03 de setembro de 2009. Aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/anexos/anexo_prt2048_03_09_2009.pdf>. Acesso em 28.02.2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.149, de 28 de dezembro de 2012. Fica destinados recursos financeiros aos estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos de atenção à

Reprodução Humana Assistida, no âmbito do SUS, incluindo fertilização *in vitro* e/ou injeção intracitoplasmática de espermatozoides. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3149_28_12_2012.html>. Acesso em 28.02.2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 462/GM. Institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida e dá outras providências. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_426_ac.htm>. Acesso em 28.02.2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 388/2005. Determina que as Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal adotem em conjunto com os municípios, as providências necessárias para organizar e implantar as redes estaduais, municipais e do Distrito Federal de Atenção em Reprodução Humana Assistida. Disponível em <<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=192801>>. Acesso em 28.02.2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Anvisa. Resolução – RDC nº 23/2011. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0023_27_05_2011_rep.html. Acesso em 06.06.2021.

C. ALMIÑANA, C. CUELLO. What is new in the cryopreservation of embryos? **Anim Reprod**, v. 12, n. 3, p. 418-427, 2015. <<https://animal-reproduction.org/article/5b5a6031f7783717068b460b/pdf/animreprod-12-3-418.pdf>>.

CAMARGOS, M. G. R. S. **Aspectos Morfológicos e Morfométricos de oócitos humanos pré e pós-vitrificação em procedimentos de fertilização *in vitro***. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, 2013. Disponível em https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUBD-9E3GPN/1/tese_p_s_defesa_gra_a.pdf. Acesso em 06.06.2021.

CAMPOS, A. L. M., GUEDES, J. DE S., RODRIGUES, J. K., PACE, W. A. P., FONTOURA, R. R., CAETANO, J. P. J., & MARINHO, R. M. Comparison between Slow Freezing and Vitrification in Terms of Ovarian Tissue Viability in a Bovine Model. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, 38(7), p. 333-339. 2016. <<https://doi.org/10.1055/s-0036-1586258>>.

CAPELA, D., LOURO, N., DE CARVALHO, J. L. F. Preservação da fertilidade em indivíduos transgênero, **Revista Internacional de Andrologia**, 2020, ISSN 1698-031X, <https://doi.org/10.1016/j.androl.2019.10.003>.

CARVALHO, A. DE A., FAUSTINO, L. R., FIGUEIREDO, J. R. DE, RODRIGUES, A. P. R., COSTA, A. P. R. Vitrificação: Uma alternativa para a preservação de embriões e material genético de fêmeas mamíferas em criobancos. **Acta Veterinaria Brasilica**, v. 5, n. 3, p. 236-248, 2011.

CARVALHO, B. R. DE, NASTRI, C. O., MARTINS, W. DE P. Há um momento ideal para uma mulher criopreservar seus oócitos? **Femina**. 45(2): 115-118. 2017.

Ceará. Lei Estadual nº 12.677/1997. Disponível em <https://www2.al.ce.gov.br/legislativo/legislacao5/leis97/12677.htm>. Acesso em 30.05.2021.

Centro de Fertilidade Vida Fértil. “Congelamento de Óvulos Financiado por Empregadores”. 15.08.2019. Disponível em: <https://vidafertil.com.br/congelamento-de-ovulos-financiado-por-empregadores/>. Acesso em 28.02.2021.

CHEN, D., SIMONS, L. Ethical Considerations in Fertility Preservation for Transgender Youth: A Case Illustration. **Clin Pract Pediatr Psychol.** 6(1):93-100. mar. 2018. doi: 10.1037/cpp0000230. PMID: 29963344; PMCID: PMC6023412.

Chen SU, Lien YR, Chen HF, Chang LJ, Tsai YY, Yang YS. **Observational clinical follow-up of oocyte cryopreservation using a slow-freezing method with 1, 2-propanediol plus sucrose followed by ICSI.** Hum Reprod. 2005;20(7): 1975-80.

COBO A, DOMINGO J, PÉREZ S, CRESPO J, REMOHÍ J, PELLICER A. **Vitrification: an effective new approach to oocyte banking and preserving fertility in cancer patients.** Clin Transl Oncol. 2008; 10(5):268-73.

CONTRERAS, Zulma Esperanza Urbina et al. Síndrome de hiperestimulación ovárica severo: Informe de caso y revisión de literatura. **MedUNAB**, v. 20, n. 2, p. 244-251, 2017.

CORRÊA MCDV. Assisted reproduction technology and reproductive landscapes in a global era. **JBRA Assist Reprod.** 2020 Jan 30;24(1):1-2. doi: 10.5935/1518-0557.20190072. PMID: 31997631; PMCID: PMC6993172.

CORREA M, LÖWY I. Reproductive technology and social justice: a view from Brazil. **Reprod Biomed Online.** 2020 Dec;41(6):1151-1153. doi: 10.1016/j.rbmo.2020.11.003. PMID: 33248669.

COSTA T, CORRÊA MC. The Social Impact of the Offer of Assisted Reproductive Techniques (ART) in a University Hospital in Rio de Janeiro. **JBRA Assist Reprod.** 2015 Feb 1;19(1):8-12. doi: 10.5935/1518-0557.20150003. PMID: 27205859.

CRISP, R.; DALL’AGNOL, D.; SAVULESCU, J.; TONETTO, M. C.. **Ética Aplicada e Políticas Públicas.** Florianópolis: **Editores da UFSC**, 2018.

DALMAN, A., FARAHANI, N. S. D. G., TOTONCHI, M., PIRJANI, R., EBRAHIMI, B., VALOJERDI, M. R., Slow freezing versus vitrification technique for human ovarian tissue cryopreservation: An evaluation of histological changes, WNT signaling pathway and apoptotic genes expression, **Cryobiology**, v. 79, p. 29-36, 2017. ISSN 0011-2240, <https://doi.org/10.1016/j.cryobiol.2017.09.007>.

Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948. Disponível em <https://ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=eng>. Acesso em 28.02.2021.

Distrito Federal. Lei Estadual nº 6.795/2021. Disponível em <https://legislacao.cl.df.gov.br/Legislacao/consultaTextoLeiParaNormaJuridicaNJUR-566633!b> uscarTextoLeiParaNormaJuridicaNJUR.action. Acesso em 30.05.2021.

Distrito Federal. Lei Estadual nº 5.062/2013. Disponível em <https://legislacao.cl.df.gov.br/Legislacao/consultaTextoLeiParaNormaJuridicaNJUR-269035!b> uscarTextoLeiParaNormaJuridicaNJUR.action. Acesso em 30.05.2021.

Distrito Federal. Lei Estadual nº 2.039/1998. Disponível em <https://legislacao.cl.df.gov.br/Legislacao/consultaTextoLeiParaNormaJuridicaNJUR-42960!b> uscarTextoLeiParaNormaJuridicaNJUR.action. Acesso em 30.05.2021.

Distrito Federal. Lei Estadual nº 6.709/2020. Disponível em <https://legislacao.cl.df.gov.br/Legislacao/consultaTextoLeiParaNormaJuridicaNJUR-559807!b> uscarTextoLeiParaNormaJuridicaNJUR.action. Acesso em 30.05.2021.

Distrito Federal. Lei Estadual nº 6.569/2020. Disponível em <https://legislacao.cl.df.gov.br/Legislacao/consultaTextoLeiParaNormaJuridicaNJUR-547275!b> uscarTextoLeiParaNormaJuridicaNJUR.action. Acesso em 30.05.2021.

Distrito Federal. Lei Estadual nº 5.160/2013. Disponível em <https://legislacao.cl.df.gov.br/Legislacao/consultaTextoLeiParaNormaJuridicaNJUR-278309!b> uscarTextoLeiParaNormaJuridicaNJUR.action. Acesso em 30.05.2021.

Distrito Federal. Lei Estadual nº 3.858/2006. Disponível em <https://legislacao.cl.df.gov.br/Legislacao/consultaTextoLeiParaNormaJuridicaNJUR-120665!b> uscarTextoLeiParaNormaJuridicaNJUR.action. Acesso em 30.05.2021.

Distrito Federal. Lei Estadual nº 331/1992. Disponível em <https://legislacao.cl.df.gov.br/Legislacao/consultaTextoLeiParaNormaJuridicaNJUR-132381!b> uscarTextoLeiParaNormaJuridicaNJUR.action. Acesso em 30.05.2021.

DOCKTERMAN, E. Data Show More Women Are Freezing Their Eggs During the Pandemic, Defying Doctors' Expectations. *Time*, 13.01.2021. Disponível em <https://time.com/5927516/egg-freezing-covid-19-pandemic/>. Acesso em 25.05.2021.

DOLMANS, M.-M., DONNEZ, J. Fertility preservation in women for medical and social reasons: Oocytes vs ovarian tissue, **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v: 70, p. 63-80, 2021. ISSN 1521-6934, <<https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.06.011>>.

DOLMANS, M.-M., MANAVELLA, D. D. Recent advances in fertility preservation. **The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research**. 23.09.2018. <<https://doi.org/10.1111/jog.13818>>.

DOLMANS, MM., LUYCKX, V., DONNEZ, J. et al. Risk of transferring malignant cells with transplanted frozen-thawed ovarian tissue. **Fertil Steril**. 2013; 99: 1514-1522.

DONDORP, W., DE WERT, G., PENNING, G. et al. Oocyte cryopreservation for age-related fertility loss. ESHRE Task Force on Ethics and Law. **Hum Reprod.** 27:1231-1237. 2012.

EGGERT, J.; THEOBALD, H.; ENGFELDT, P. Effects of alcohol consumption on female fertility during an 18-year period. **Fertil Steril**, fev./2004. 81(2):379-83. doi: 10.1016/j.fertnstert.2003.06.018. PMID: 14967377.

Espírito Santo. Lei Estadual nº 4.559/1991. Disponível em <http://www3.al.es.gov.br/Arquivo/Documents/legislacao/html/LEI45591991.html>. Acesso em 30.05.2021.

Espírito Santo. Lei Estadual nº 5.085/1995. Disponível em <http://www3.al.es.gov.br/Arquivo/Documents/legislacao/html/LEI50851995.html>. Acesso em 30.05.2021.

Espírito Santo. Lei Estadual nº 6.066/1999. Disponível em <http://www3.al.es.gov.br/Arquivo/Documents/legislacao/html/LEI60661999.html>. Acesso em 30.05.2021.

Estadão. “Quando o Patrão Incentiva a Fertilidade”. 17.08.2019. Disponível em: <<https://economia.estadao.com.br/noticias/geral,quando-o-patrao-incentiva-a-fertilidade,70002970951>>. Acesso em 28.02.2021.

FADDUL, J. Congelamento de óvulos: entenda o que é, quem pode fazer e quanto custa. **CNN Brasil**. 12.12.2020. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/business/2020/12/12/congelamento-de-ovulos-entenda-o-que-e-o-quanto-pode-te-custar>>. Acesso em 24.02.2021.

FONSECA, A. M.; BAGNOLI, V. R.; ARIÊ, W. M. Y.; AZEVEDO NETO, R. S.; COUTO JUNIOR, E. B.; BARACAT, E. C.; Dados Demográficos, epidemiológicos e clínicos de mulheres brasileiras climatéricas. São Paulo: Casa Leitura Médica; 2010.

FRAGA, E. Aumenta a Participação de Mulheres em Cargos de Chefia. **Folha de São Paulo**, São Paulo, mar./2019. Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2019/03/aumenta-a-participacao-de-mulheres-em-cargos-de-chefia.shtml>>. Acesso em 28.02.2021.

FRIAS, Lincoln. **A ética do uso e da seleção de embriões**. Editora UFSC, 2012. Disponível em <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/187695/A%20%C3%A9tica%20do%20uso%20e%20da%20sele%C3%A7%C3%A3o%20de%20embri%C3%B5es%20e-book.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 26.04.2021.

FRIEDMAN, D. Perk Up: Facebook and Apple Now Pay for Women to Freeze Eggs, **NBC News**. 14.10.2014. Disponível em: <<https://www.nbcnews.com/news/us-news/perk-facebook-apple-now-pay-women-freeze-eggs-n225011>>. Acesso em 24.02.2021.

Goiás. Lei Estadual nº 16.311/2008. Disponível em
https://legisla.casacivil.go.gov.br/pesquisa_legislacao/87029/lei-16311. Acesso em
 30.05.2021.

Goiás. Lei Estadual nº 16.140/2007. Disponível em
https://legisla.casacivil.go.gov.br/pesquisa_legislacao/86552/lei-16140. Acesso em
 30.05.2021.

Goiás. Lei Estadual nº 7.595/2012. Disponível em
https://legisla.casacivil.go.gov.br/pesquisa_legislacao/65465/decreto-7595. Acesso em
 30.05.2021.

Goiás. Lei Estadual nº 16.548/2009. Disponível em
https://legisla.casacivil.go.gov.br/pesquisa_legislacao/87826/lei-16548. Acesso em
 30.05.2021.

GOOLD, I., SAVULESCU J. In favour of freezing eggs for non-medical reasons. **Bioethics**. 23(1):47–58. 2009.

GRODSTEIN, F.; GOLDMAN, MB; CRAMER, DW. Infertility in women and moderate alcohol use. **Am J Pub Health** 1994;84:1429–32. doi: <<https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.84.9.1429>>. Acesso em 28.02.2021.

GUIMARÃES, E. Pandemia impulsiona congelamento de óvulos e embriões. Estado de Minas, 09.08.2020. Disponível em
https://www.em.com.br/app/noticia/bem-viver/2020/08/09/interna_bem_viver,1173758/pandemia-impulsiona-congelamento-de-ovulos-e-embrioes.shtml. Acesso em 25.05.2021.

HAKIM, RB; GRAY, RH; ZACUR, H. Alcohol and caffeine consumption and decreased fertility. **Fertil Steril** 1998; 70:632–7. doi: <<https://www.fertstert.org/action/showPdf?pii=S0015-0282%2898%2900257-X>>. Acesso em 28.02.2021.

HARLEV, A.; AGARWAL, A.; GUNES, S. O.; SHETTY, A.; du PLESSIS, S. S. (2015). Smoking and Male Infertility: An Evidence-Based Review. **The World Journal of Men's Health**, 33(3), 143–160. <<https://doi.org/10.5534/wjmh.2015.33.3.143>>. Acesso em 28.02.2021.

HARWOOD K. On the ethics of social egg freezing and fertility preservation for nonmedical reasons. **Medicolegal and Bioethics**. 5:59-67. 2015. <<https://doi.org/10.2147/MB.S66444>>.

HIRSHFELD-CYTRON, J., GROBMAN, W. A., MILAD, M. P. Fertility preservation for social indications: a cost-based decision analysis, **Fertility and Sterility**, v. 97, Issue 3, p. 665-670, 2012. ISSN 0015-0282, <<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2011.12.029>>.

HOWE, G.; WESTHOFF, C.; VESSEY, M.; YEATES, D. Effects of age, cigarette smoking, and other factors on fertility: findings in a large prospective study. **Br Med J (Clin Res Ed)** jun./1985; 290(6483): 1697–1700. <<https://doi.org/10.1136/bmj.290.6483.1697>>. Acesso em 28.02.2021.

HULL, M. G. R.; NORTH, K.; HAZEL, T.; FARROW, A.; FORD, W. C. L. Delayed conception and active and passive smoking. **Reproductive Endocrinology**. Vol. 74, Issue 4, P725-733, out./2000. doi: <[https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(00\)01501-6](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(00)01501-6)>. Acesso em 28.02.2021.

HYLAND, A.; PIAZZA, K.; HOVEY, K. M.; et al. Associations between lifetime tobacco exposure with infertility and age at natural menopause: **the Women's Health Initiative Observational Study Tobacco Control** 2016;25:706-714. <<http://www.njgasp.org/wp-content/uploads/2015/12/12-16-15-Tob-Control-association-between-active-smoking-and-infertility.pdf>>. Acesso em 28.02.2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas de Gênero. Disponível em <<https://educa.ibge.gov.br/jovens/materias-especiais/materias-especiais/20453-estatisticas-de-genero-indicadores-sociais-das-mulheres-no-brasil.html>>. Acesso em 28.02.2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tábuas Abreviadas e Tábuas Completas de Mortalidade. Disponível em <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/29505-expectativa-de-vida-dos-brasileiros-aumenta-3-meses-e-chega-a-76-6-anos-em-2019>>. Publicado em 26/11/2020. Acesso em 30.05.2021.

IESS. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. Texto para Discussão nº 73 “Hábitos alimentares, estilo de vida, doenças crônicas não transmissíveis e fatores de risco entre beneficiários e não beneficiários de planos de saúde no Brasil: Análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013”. 2018. Disponível em <https://www.iess.org.br/cms/rep/TD_73_FINAL.pdf>. Acesso em 28.02.2021.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Indicadores de Educação. Disponível em <https://www.ipea.gov.br/retrato/indicadores_educacao.html>. Acesso em 28.02.2021.

JENSEN, TK; HJOLLUND, NH; HENRIKSEN, TB; SCHEIKE, T.; KOLSTAD, H., GIWECMAN, A. et al. Does moderate alcohol consumption affect fertility? Follow up study among couples planning first pregnancy. **BMJ** 1998; 317:505–10. doi: <<https://doi.org/10.1136/bmj.317.7157.505>>. Acesso em 28.02.2021.

JORDAN, T.; NGO, B.; JONES, C. A. The use of cannabis and perceptions of its effect on fertility among infertility patients, **Human Reproduction Open**, Volume 2020, Issue 1, 2020, hoz041, <<https://doi.org/10.1093/hropen/hoz041>>. Acesso em 28.02.2021.

KAHN S. M. *Reproducing Jews: A Cultural Account of Assisted Conception in Israel*. **Durham: Duke University Press**. 2000.

KATABI, L. J.; NG, H. H.; STREED, C. G. Jr.; ARORA, K. S.; Ethical Considerations of Fertility Preservation for Transmasculine and Nonbinary Youth. **Transgend Health**. 2020 Dec 11;5(4):201-204. doi: 10.1089/trgh.2020.0004. PMID: 33381649; PMCID: PMC7759263.

KAUFMAN, D. W.; SLONE, D.; ROSENBERG, L.; MIETTINEN, O. S.; SAPIRO, S. Cigarette smoking and age at natural menopause. **American Journal of Public Health**. abr./1980. 70, 420_422, <<https://doi.org/10.2105/AJPH.70.4.420>> Acesso em 28.02.2021.

KRÜGER, M. The prohibition of post-mortem-fertilization, legal situation in Germany and European Convention on human rights. **Revue internationale de droit pénal**, 2011/1-2 (Vol. 82), p. 41-64. DOI : 10.3917/ridp.821.0041. <<https://www.cairn.info/revue-internationale-de-droit-penal-2011-1-page-41.htm>>. Acesso em 28.02.2021.

LABRUNE, E., JAEGER, P., SANTAMARIA, C., FOURNIER, C., BENCHAIIB, M., RABILLOUD, M., SALLE, B., LORNAGE J. Tissue Engineering Part C: **Methods**. p. 276-285. mai. 2020. <<http://doi.org/10.1089/ten.tec.2020.0063>>.

LAURITZEN, P. Technology and wholeness: oncofertility and Catholic tradition. In: Woodruff, T. K., Zoloth, L., Campo-Engelstein, L., Rodriguez, S. editores. *Oncofertility: Ethical, Legal, Social and Medical Perspectives*. **New York: Springer**. 2010:295–306.

LEE, SANGHOON; RYU, KI-JIN; KIM, BORAM; KANG, DAHYEON; KIM, YOON Y.; KIM, TAK. Comparison between Slow Freezing and Vitrification for Human Ovarian Tissue Cryopreservation and Xenotransplantation. **Int. J. Mol. Sci.** 20, no. 13: 3346. 2019. <<https://doi.org/10.3390/ijms20133346>>.

LEITE T., HENRIQUES, R. Bioética em reprodução humana assistida: influência dos fatores sócio-econômico-culturais sobre a formulação das legislações e guias de referência no Brasil e em outras nações. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 24 [1]: 31-47, 2014. Disponível em scielo.br/j/physis/a/f3ZJv55XCDg9H9DLKptr3Cp/?lang=pt&format=pdf. Acesso em 31.05.2021.

LIMA, D. B. C., SILVA, L. D. M. DA. Criopreservação do tecido testicular: uma alternativa para manter a capacidade reprodutiva em diferentes espécies animais. **Ciência Rural**, 47(11), e20170135. set. 2017. <<https://dx.doi.org/10.1590/0103-8478cr20170135>>

Malta. Lei de Proteção dos Embriões de 2012 – Capítulo 524 das Leis de Malta. Disponível em <<https://legislation.mt/eli/bill/2018/37/eng/pdf>>. Acesso em 28.02.2021.

Malta. Licença para Procriação Medicamente Assistida. National Standard Order, 2017. Disponível em <https://deputyprimeminister.gov.mt/en/epa/Documents/publications/act-and-legal-notice/LN156_of_2017_Chapter_452_EN.pdf>. Acesso em 28.02.2021.

Maranhão. Lei Estadual nº 7.838/2003. Disponível em http://arquivos.al.ma.leg.br:8080/ged/legislacao/LEI_7838. Acesso em 30.05.2021.

Mato Grosso do Sul. Lei Estadual nº 5.480/2019. Disponível em <http://aacpdappls.net.ms.gov.br/appls/legislacao/secoge/govato.nsf/1b758e65922af3e904256b220050342a/11924d3390c86689042584d6006e6df8?OpenDocument&Highlight=2,infertilidade>. Acesso em 30.05.2021.

MATTAWANON, N., SPENCER, J. B., SCHIRMER, D. A. 3RD, TANGPRICHA, V. Fertility preservation options in transgender people: a review. **Rev Endocr Metab Disord**. 19:231–42. 2018. doi: 10.1007/s11154-018-9462-3.

MAYHEW, A. C., GOMEZ-LOBO, V. Fertility Options for the Transgender and Gender Nonbinary Patient. **J Clin Endocrinol Metab.** 1;105(10):3335–45. out. 2020. doi: 10.1210/clinem/dgaa529. PMID: 32797184; PMCID: PMC7455280.

MAZZO, A. Busca por congelamento de óvulos dispara durante a pandemia. Folha de São Paulo, 06.02.2021. Disponível em <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/02/busca-por-congelamento-de-ovulos-dispara-durante-a-pandemia.shtml>. Acesso em 25.05.2021.

MEIROW, D., RONESS, H., KRISTENSEN, SG. et al. Optimizing outcomes from ovarian tissue cryopreservation and transplantation; activation versus preservation. **Hum Reprod.** 2015; 30: 2453-2456.

MERTES H. The portrayal of healthy women requesting oocyte cryopreservation. **Facts Views Vis Obgyn.**5(2):141–146. 2013.

MERTES, H. Does company-sponsored egg freezing promote or confine women's reproductive autonomy?. **J Assist Reprod Genet** 32, p. 1205–1209. 2015. <<https://doi.org/10.1007/s10815-015-0500-8>>.

MIKKELSEN, E. M.; RIIS, A. H.; WISE, L. A.; HATCH, E. E.; ROTHMAN, K. J.; CUETO, H. T. et al. Alcohol consumption and fecundability: prospective Danish cohort study **BMJ** 2016; 354 :i4262 doi: <<https://doi.org/10.1136/bmj.i4262>>. Acesso em 28.02.2021.

Minas Gerais. Lei Estadual nº 20.627/2013. Disponível em https://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?tipo=LEI&num=20627&comp=&ano=2013&aba=js_textoOriginal#texto. Acesso em 30.05.2021.

Minas Gerais. Lei Estadual nº 23.531/2020. Disponível em https://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?tipo=LEI&num=23531&comp=&ano=2020&aba=js_textoOriginal#texto. Acesso em 30.05.2021.

Minas Gerais. Lei Estadual nº 20.026/2012. Disponível em <https://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa-nova-min.html?tipo=LEI&num=20026&comp=&ano=2012&texto=original#texto>. Acesso em 30.05.2021.

Minas Gerais. Lei Estadual nº 11.335/1993. Disponível em https://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?tipo=LEI&num=11335&comp=&ano=1993&aba=js_textoOriginal#texto. Acesso em 30.05.2021.

MING, J. M., CHUA, M. E., LOPES, R. I., MALONEY, A. M., GUPTA, A. A., LORENZO, A. J. Cryopreservation of testicular tissue in pre-pubertal and adolescent boys at risk for infertility: A low risk procedure, **Journal of Pediatric Urology**, v. 14, Issue 3, p. 274 ed. 1 e p. 274 ed. 5. 2018. ISSN 1477-5131, <<https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2018.02.016>>.

MUELLER, B. A. et al. Recreational Drug Use and the Risk of Primary Infertility. **Epidemiology**, vol. 1, no. 3, 1990, pp. 195–200. **JSTOR** <www.jstor.org/stable/25759797>. Acesso em 28.02.2021.

NAGY, Z. P., SHAPIRO, D., CHANG, C.-C. Vitrification of the human embryo: a more efficient and safer in vitro fertilization treatment, **Fertility and Sterility**, v. 113, Issue 2, p. 241-247. 2020. ISSN 0015-0282, <<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.12.009>>.

O'NEILL, O. *Autonomy and Trust in Bioethics*. **Cambridge: Cambridge University Press**. 2000.

OBONI, J-B; VIDAL, P. M.; BASTARDOT, F. et al. Impact of smoking on fertility and age of menopause: a population-based assessment. **BMJ**. Open 2016; 6:e012015. doi: <<https://bmjopen.bmj.com/content/6/11/e012015>>. Acesso em 28.02.2021.

ONGARATTO, S. Clínicas de SP registram aumento de até 50% no congelamento de óvulos durante a pandemia. *Revista Crescer*, 13.01.2021. Disponível em <https://revistacrescer.globo.com/Crianças/Saude/noticia/2021/01/clinicas-de-sp-registram-aumento-de-ate-50-no-congelamento-de-ovulos-durante-pandemia.html>. Acesso em 25.05.2021.

ONU. Organização das Nações Unidas. *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio*. Disponível em <<https://nacoesunidas.org/tema/odm/>>. Acesso em 28.02.2021.

Pará. Lei Estadual nº 6.959/2007. Disponível em http://bancodeleis.alepa.pa.gov.br:8080/lei6959_2007_27743.pdf. Acesso em 30.05.2021.

Pará. Lei Estadual nº 7.945/2014. Disponível em http://bancodeleis.alepa.pa.gov.br:8080/lei7945_2014_95185.pdf. Acesso em 30.05.2021.

Pará. Lei Estadual nº 2.150/2010. Disponível em http://bancodeleis.alepa.pa.gov.br:8080/lei2150_2010_91335.pdf. Acesso em 30.05.2021.

Paraíba. Lei Estadual nº 11.542/2019. Disponível em http://sapl.al.pb.leg.br/sapl/sapl_documentos/norma_juridica/13497_texto_integral. Acesso em 30.05.2021.

Paraíba. Lei Estadual nº 10.319/2014. Disponível em http://sapl.al.pb.leg.br/sapl/sapl_documentos/norma_juridica/11491_texto_integral. Acesso em 30.05.2021.

Paraná. Projeto de Lei nº 421/2019. Disponível em <http://portal.assembleia.pr.leg.br/index.php/pesquisa-legislativa/proposicao?idProposicao=84235>. Acesso em 30.05.2021.

Parente RCM, Canavez FS, Dias S, Antunes R, Berardo PT, Miyahira H, Freitas V. **Criopreservação de oócitos: pode ser considerada uma rotina na prática clínica? Uma revisão sistemática**. *FEMINA*, Dezembro 2009, vol 37, nº 12. Disponível em <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2009/v37n12/a003.pdf>. Acesso em 06.06.2021.

PÉREZ, Y., ROZÉE, V. L'autoconservation ovocytaire en France: analyse d'une pratique biomédicale controversée. *¿Interrogations?* nº 28, jun./2019. <<http://www.revue-interrogations.org/L-autoconservation-ovocytaire-en>>. Acesso em 28.02.2021.

Pernambuco. Lei Estadual nº 11.505/1997. Disponível em <https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?id=5573&tipo=TEXTTOORIGINAL>. Acesso em 30.05.2021.

Pernambuco. Lei Estadual nº 11.325/1996. Disponível em <https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?id=6680&tipo=TEXTTOORIGINAL>. Acesso em 30.05.2021.

Piauí. Lei Estadual nº 1.638/2011. Disponível em <https://sapl.al.pi.leg.br/media/sapl/public/documentoacessorio/2011/1638/1638.pdf>. Acesso em 30.05.2021.

POSSAS, Isabela. **Melhoramento cognitivo e personalidade: a ética do uso das smart pills**. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal de Minas Gerais. Disponível em <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/31962/1/Texto%20disserta%c3%a7%c3%a3o%20PDFa.pdf>. Acesso em 26.04.2021.

Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. Ovarian tissue cryopreservation: a committee opinion. **Fertil Steril**. 101: 1237-1243. 2014.

Practice Committees of American Society for Reproductive Medicine. Society for Assisted Reproductive Technology. Mature oocyte cryopreservation: a guideline. **Fertil Steril**. 99:37-43. 2013.

Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD). Plataforma de Cairo. Disponível em <https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/relatorio-cairo.pdf>. Acesso em 20.04.2021.

RIENZI, L., GRACIA, C., MAGGIULLI, R., LABARBERA, A. R., KASER, D. J., UBALDI, F. M., VANDERPOEL, S., RACOWSKY C. Oocyte, embryo and blastocyst cryopreservation in ART: systematic review and meta-analysis comparing slow-freezing versus vitrification to produce evidence for the development of global guidance, **Human Reproduction Update**, v. 23, Issue 2, p. 139-155, mar./abr. 2017. <<https://doi.org/10.1093/humupd/dmw038>>.

Rio de Janeiro. Lei Estadual nº 7.904/2018. Disponível em <http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/contlei.nsf/f25edae7e64db53b032564fe005262ef/566c2c18cf4014998325824f0066c0c7?OpenDocument&Highlight=0,infertilidade>. Acesso em 30.05.2021.

Rio de Janeiro. Lei Estadual nº 8.404/2019. Disponível em <http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/contlei.nsf/f25edae7e64db53b032564fe005262ef/e3210a344317618d83258407005f3553?OpenDocument&Highlight=0,REPRODU%C3%87%C3%83O,ASSISTIDA>. Acesso em 30.05.2021.

Rio Grande do Sul. Lei Estadual nº 15.590/2021. Disponível em http://www.al.rs.gov.br/legis/M010/M0100099.ASP?Hid_Tipo=TEXTTO&Hid_TodasNormas=71454&hTexto=&Hid_IDNorma=71454. Acesso em 30.05.2021.

Rio Grande do Sul. Lei Estadual nº 10.005/1993. Disponível em http://www.al.rs.gov.br/legis/M010/M0100099.ASP?Hid_Tipo=TEXT0&Hid_TodasNormas=14074&hTexto=&Hid_IDNorma=14074. Acesso em 30.05.2021.

ROBERT, W., REBAR, M. D. Social and ethical implications of fertility preservation. **Fertility and Sterility**. fev. 2016. <[https://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(16\)00086-8/fulltext](https://www.fertstert.org/article/S0015-0282(16)00086-8/fulltext)>. Doi: <<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.02.002>>.

Rondônia. Lei Estadual nº 389/1992. Disponível em https://sapl.al.ro.leg.br/media/sapl/public/normajuridica/1992/912/912_texto_integral.pdf. Acesso em 30.05.2021.

Roraima. Lei Estadual nº 368/2003. Disponível em <https://al.rr.leg.br/wp-content/uploads/2019/02/Lei-Ordinaria-No.-368-de-28.01.03.pdf>. Acesso em 30.05.2021.

ROSA, R. Procura por congelamento de óvulos aumenta durante a pandemia. Abril Saúde, 23.04.2021. Disponível em <https://saude.abril.com.br/blog/com-a-palavra/procura-por-congelamento-de-ovulos-aumenta-durante-a-pandemia/>. Acesso em 25.05.2021.

RYBAK, E. A., LIEMAN, H. J. Egg freezing, procreative liberty, and ICSI: the double standards confronting elective self-donation of oocytes. **Fertil Steril**. 92(5):1509–1512. 2009.

S., MODY, TAYLOR, H. Egg freezing has become the go-to for delayed parenthood – and companies are popping up to provide more cost-effective solutions. **CNBC**. 09.05.2019. Disponível em: <<https://www.cnn.com/2019/05/09/millennials-are-driving-down-the-cost-of-egg-freezing.html>>. Acesso em 24.02.2021.

SANTO, E. V. E., DIEAMANT, F., PETERSEN, C. G., MAURI, A. L., VAGNINI, L. D., RENZI, A., ZAMARA, C., OLIVEIRA, J. B. A., BARUFFI, R. L. R., FRANCO JR., J. G. **JBRA Assist Reprod**. 21(2): 101–104. abr.-jun. 2017. doi: 10.5935/1518-0557.20170024.

Santa Catarina. Lei Estadual nº 16.043/2014. Disponível em http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2014/16403_2014_lei.html. Acesso em 30.05.2021.

Santa Catarina. Lei Estadual nº 14.374/2008. Disponível em http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2008/14374_2008_lei_promulgada.html. Acesso em 30.05.2021.

São Paulo. Decreto Estadual nº 32.889/1991. Disponível em <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1991/decreto-32889-31.01.1991.html>. Acesso em 30.05.2021.

São Paulo. Decreto Estadual nº 35.840/1992. Disponível em <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1992/decreto-35840-14.10.1992.html>. Acesso em 30.05.2021.

São Paulo. Lei Estadual nº 16.885/2018. Disponível em <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2018/lei-16885-21.12.2018.html>. Acesso em 30.05.2021.

SAVULESCU, J., IMOGEN G. Freezing eggs for lifestyle reasons. **Am J Bioeth.** 8(6):32–35. 2008

SCHLENKER, T. W., MCCORMICK, S., SMITH, R., POSPISIL, C., SCHOOLCRAFT, W. B., KATZ-JAFFE, M. Efficiency of elective oocyte vitrification for reproductive aging women seeking fertility preservation to delay motherhood. **Colorado Center for Reproductive Medicine**, Lone Tree, CO. DOI: <<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2018.07.548> Published by Elsevier Inc.>.

SCHULZ, M., RISOPATRÓN, J., URIBE, P., ISACHENKO, E., ISACHENKO, V., SÁNCHEZ, R. Human sperm vitrification: A scientific report. **Andrology**. Publicado em 29 de jun., 2020. <<https://doi.org/10.1111/andr.12847>>.

Sergipe. Lei Estadual nº 8.438/2018. Disponível em <https://al.se.leg.br/Legislacao/Ordinaria/2018/O84382018.pdf>. Acesso em 30.05.2021.

SHAO, YI-HONG, TULANDI, T., ABENHAIM, H. A. Evaluating the Quality and Reliability of Online Information on Social Fertility Preservation, **Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada**, v. 42, Issue 5, p. 561-567. 2020. ISSN 1701-2163, <<https://doi.org/10.1016/j.jogc.2019.10.029>>.

SHARMA, R.; BIEDENHARN, K.R.; FEDOR, J. M. et al. Lifestyle factors and reproductive health: taking control of your fertility. **Reprod Biol Endocrinol** 11, 66 (2013). <<https://doi.org/10.1186/1477-7827-11-66>> Acesso em 28.02.2021.

SHENFIELD, F.; MOUZON, J. de; SCARAVELLI, G.; KUPKA, M.; FERRARETTI, A. P. ; PRADOS, F. J.; GOOSSENS, V. Oocyte and ovarian tissue cryopreservation in European countries: statutory background, practice, storage and use. **Human Reproduction Open**, Volume 2017, Issue 1, 2017, hox003 <<https://doi.org/10.1093/hropen/hox003>>. Acesso em 28.02.2021.

SIDRA. Sistema IBGE de Recuperação Automática. Estatísticas de Registro Civil 2018. Disponível em <<https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/registro-civil/quadros/brasil/2018>>. Acesso em 28.02.2021.

SPIEWAK, M. Später Kinderwunsch – Die biologische Uhr anhalten [Late desire for a child – Stopping the biological clock], jul./2013.

STF. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 3.510. Mai./2018. Disponível em <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=611723>>. Acesso em 28.02.2021.

STJ: Ministra Nancy nega cobertura de plano de saúde para fertilização in vitro. EBRADI, nov./2019. Disponível em <<https://www.ebradi.com.br/coluna-ebradi/stj-ministra-nancy-nega-cobertura-de-plano-de-sau>>

de-em-fertilizacao-in-vitro/?gclid=Cj0KCQjwo6D4BRDgARIsAA6uN18XwkymQ8fPG6DrS QS7JcKzi7U_zLxq3KIShN3_OIL5J0tU8OnTJHcaAkj1EALw_wcB>. Acesso em 28.02.2021.

STOOP, D., COBO, A., SILBER, S. Fertility preservation for age-related fertility decline, **The Lancet**, v. 384, Issue 9950, p. 1311-1319, 2014. ISSN 0140-6736, <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61261-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61261-7)>.

STOOP, D., MAES, E., POLYZOS, N. P., VERHEYEN, G., TOURNAYE, H., NEKKEBROECK, J. Does oocyte banking for anticipated gamete exhaustion influence future relational and reproductive choices? A follow-up of bankers and non-bankers, **Human Reproduction**, v. 30, Issue 2, p. 338–344, fev. 2015. <<https://doi.org/10.1093/humrep/deu317>>.

TAO, Y., SANGER, E., SAEWU, A. et al. Human sperm vitrification: the state of the art. **Reprod Biol Endocrinol** 18, 17. 2020. <<https://doi.org/10.1186/s12958-020-00580-5>>.

The Economist. “More Employers Want to Help Workers Make Babies”. 08.08.2019. Disponível em: <<https://www.economist.com/business/2019/08/08/more-employers-want-to-help-workers-make-babies>>. Acesso em 28.02.2021.

The Wall Street Journal. “The Economics of Freezing Your Eggs”. Julia Carpenter, 15.02.2020. Disponível em: <<https://www.wsj.com/articles/the-economics-of-freezing-your-eggs-11581786000>>. Acesso em 28.02.2021.

UZUMCU, M.; ZAMA, A. M.; ORUC, E. Epigenetic Mechanisms in the Actions of Endocrine-disrupting Chemicals: Gonadal Effects and Role in Female Reproduction. **Reproduction in domestic animals**, 47(s4), 338-347. 2012 <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4151320/>>. Acesso em 28.02.2021.

Valor Econômico. “Benefícios Chegam ao Congelamento de Óvulos e à Fertilização”. 14.08.2019. <<https://valor.globo.com/carreira/noticia/2019/11/14/beneficios-chegam-ao-congelamento-de-ovulos-e-a-fertilizacao.ghtml>>. Acesso em 28.02.2021.

Vogue. “Empresas Pagam Tratamento de Fertilidade para Funcionários”. 15.08.2019. Disponível em: <<https://vogue.globo.com/semidade/noticia/2019/08/beneficios-de-fertilidade-empresas-americanas-pagam-tratamento-para-ajudar-seus-funcionarios-ter-bebes.html>>. Acesso em 28.02.2021.

WALLACE, S. A., BLOUGH, K. L., KONDAPALLI, L. A. Fertility preservation in the transgender patient: expanding oncofertility care beyond cancer. **Gynecol Endocrinol**. 30:868–71. 2014. doi: 10.3109/09513590.2014.920005.

We froze our embryos a decade ago when we weren't ready to be parents. Here's what happened next. The Washington Post. fev./2020. Disponível em <<https://www.washingtonpost.com/health/we-froze-our-embryos-a-decade-ago-when-we-wer>

ent-ready-to-be-parents-heres-what-happened-next/2020/02/07/36778d60-2d78-11ea-9b60-817cc18cf173_story.html>. Acesso em 28.02.2021.

WEI, E. Q. de S. Legislativo optou por excluir a fertilização in vitro dos contratos de plano de saúde. *Revista Consultor Jurídico*, mar./2020. Disponível em <<https://www.conjur.com.br/2020-mar-03/lei-optou-excluir-fertilizacao-in-vitro-plano-saude>>. Acesso em 28.02.2021.

WOLF, M. VON, SANGER, N., LIEBENTHON, J. Is Ovarian Tissue Cryopreservation and Transplantation Still Experimental? It Is a Matter of Female Age and Type of Cancer. publicado em *jco.org*, 5 de out. 2018. DOI: <<https://doi.org/10.1200/JCO.18.00425>>.

WYNS, C. et al. Vitrification du tissu testiculaire: évolution or révolution? **Gynécologie Obstétrique & Fertilité**, v.41, n.9, p.558-561, 2013. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1297958913001872>>. Acesso em 28.02.2021. doi: 10.1016/j.gyobfe.2013.07.005.

YI-XIN LI, LIANG ZHOU, MO-QI LV, PAN GE, YI-CHEN LIU, DANG-XIA ZHOU, Vitrification and conventional freezing methods in sperm cryopreservation: A systematic review and meta-analysis, **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 233, p. 84-92, 2019. ISSN 0301-2115, <<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.11.028>>.

ZEGERS-HOCHSCHILD, F., CROSBY, J. A., MUSRI, C., SOUZA, M. C. B., MARTINEZ, A. G., SILVA A. A., MOJARRA, J. M., MASOLI, D., POSADA, N. ON BEHALF OF THE LATIN AMERICAN NETWORK OF ASSISTED REPRODUCTION (REDLARA). **Assisted reproductive techniques in Latin America: The Latin American Registry, 2017**. JBRA Assisted Reproduction 2020;24(3):362-378 doi: 10.5935/1518-0557.20200029.

ZOLOTH, L. Jewish perspectives on oncofertility: the complexities of tradition. Disponível em: Woodruff, T. K., Zoloth, L., Campo-Engelstein, L., Rodriguez, S., editores. *Oncofertility: Ethical, Legal, Social and Medical Perspectives*. **New York: Springer**. 2010:307–317.

ANEXO I - TABELAS

Tabela 1 - IBGE - Registro Civil - Idade da mãe na ocasião do parto

Registro Civil - Idade da mãe na ocasião do parto									
Idade	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Menos de 15 anos	25530	25343	26626	25760	26669	25409	23141	21024	19873
15 a 19 anos	532430	541580	542731	533453	534461	518175	477035	455380	431581
20 a 24 anos	813478	801086	779400	748112	752373	754827	724443	733272	725758
25 a 29 anos	732695	740405	725885	707529	725294	729273	682182	698460	698851
30 a 34 anos	507051	535885	556084	564466	585862	601256	570357	594491	613159
35 a 39 anos	240526	256108	264962	270655	292762	312423	309066	339880	368132
40 a 44 anos	63639	65600	67273	66939	70197	73352	73743	80384	88231
45 a 49 anos	5950	5919	5949	5429	5403	5445	5178	5482	5905
50 anos ou mais	1742	1689	1748	1581	1393	1260	1132	1205	1468
Fonte: IBGE - Estatísticas do Registro Civil - 2018									

Tabela 2 - Relatórios SisEmbryo - 2011 a 2018

	5º Relatório	6º Relatório	7º Relatório	8º Relatório	9º Relatório	10º Relatório	11º Relatório	12º Relatório
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Nº de Bancos de Células e Tecidos Germinativos-BCTG	120*	120*	120*	130*	150*	160	150*	180
Nº de BCTG que forneceram informações para o relatório	77	91	93	106	141	141	146	154
Nº de embriões congelados	26.283	32.181	38.062	47.812	67.359	66.597	78.216	88.776
Nº de ciclos de fertilização realizados	13.527	21.074	24.147	27.871	35.615	33.790	36.307	43.098
Nº de oócitos produzidos	125.786	182.908	218.362	257.006	327.748	311.042	340.458	395.182
Nº de embriões transferidos	33.797	34.964	52.690	60.668	73.472	67.292	68.891	70.908
Nº de embriões descartados	16.117	25.984	32.585	41.830	56.067	55.381	65.689	80.767
Média nacional de oócitos por ciclo de fertilização <i>in vitro</i>	8,7	8	9	9,2	9,2	9	9,3	9
Taxas nacionais de fertilização	74%	73%	74%	74%	73%	73%	76%	76%
*universo estimado de BCTGs								

Tabela 3 - Instituto de Estudos em Saúde Suplementar (IESS) - Taxa de cobertura por plano de saúde segundo dados demográficos, socioeconômicos e grandes regiões do Brasil.

Taxa de cobertura por plano de saúde segundo dados demográficos, socioeconômicos e grandes regiões do Brasil. Pesquisa Nacional de Saúde. Brasil, 2013.						
Variáveis	Com Plano de Saúde		Sem Plano de Saúde		População	
	N	%	N	%	N	%
Total	55.985.271	27,9	144.588.236	72,1	200.573.507	100,0
Gênero						
Masculino	26.045.111	27,0	70.519.980	73,0	96.565.091	100,0
Feminino	29.940.160	28,8	74.068.256	71,2	104.008.416	100,0
Faixa etária (anos)						
0-19	14.200.309	23,2	47.137.131	76,8	61.337.440	100,0
20-59	33.646.875	29,8	79.181.361	70,2	112.828.236	100,0
≥ 60	8.138.086	30,8	18.269.744	69,2	26.407.830	100,0
Raça/cor (autodeclarado)						
Branca	34.855.795	37,9	57.173.930	62,1	92.029.725	100,0
Preta	3.743.359	21,6	13.601.541	78,4	17.344.899	100,0
Amarela	635.083	39,3	980.102	60,7	1.615.185	100,0
Parda	16.591.937	18,7	72.178.039	81,3	88.769.976	100,0
Indígena	155.892	19,2	654.219	80,8	810.111	100,0
Ignorada	3.204	88,7	406	11,2	3.611	100,0
Estado civil						
Casado	23.275.212	36,6	40.257.938	63,4	63.533.151	100,0
Separado ou separado judicialmente	832.435	24,6	2.557.720	75,4	3.390.154	100,0
Divorciado	1.933.804	33,1	3.905.137	66,9	5.838.941	100,0
Viúvo	2.736.852	28,4	6.911.591	71,6	9.648.443	100,0
Solteiro	20.422.455	22,4	70.772.274	77,6	91.194.729	100,0
Não aplicável	6.784.513	25,2	20.183.576	74,8	26.968.089	100,0
Região						
Norte	2.224.942	13,3	14.495.778	86,7	16.720.720	100,0
Noroeste	8.639.411	15,5	47.033.777	84,5	55.673.188	100,0
Sudoeste	31.163.212	36,9	53.348.696	63,1	84.511.908	100,0

Sul	9.436.763	32,8	19.339.934	67,2	28.776.697	100,0
Centro-Oeste	4.520.942	30,4	10.370.052	69,6	14.890.994	100,0
Escolaridade						
Ensino Fundamental Incompleto e Sem Instrução	15.065.273	16,4	76.633.523	83,6	91.698.796	100,0
Ensino Fundamental Completo e Ensino Médio Incompleto	6.703.963	22,8	22.719.182	77,2	29.423.144	100,0
Ensino Médio Completo e Ensino Superior Incompleto	18.020.377	37,4	30.172.270	62,6	48.192.648	100,0
Graduado	12.733.441	68,8	5.771.956	31,2	18.505.397	100,0
Não aplicável	3.462.215	27,1	9.291.306	72,9	12.753.521	100,0

Tabela 4 - Shenfield et al. (2017) - Regulação, indicações e financiamento para criopreservação de oócitos em 2015, em 27 países europeus.

Tabela 4. Regulação, indicações e financiamento para criopreservação de oócitos em 2015, em 27 países europeus.						
País	Regulação específica	Indicações para criopreservação			Financiamento Público	
		Idade (anos)	Médica	Não-médica	Médico	Não-médico
Áustria	Lei	Não	Sim	Proibida	Não	Não
Belarus	Não	Não	Sim	Não	Não	Não
Bélgica	Não	<45	Não	Não	Sim	Não
Bulgária	Não	Não	Sim	Sim	Não	Não
República Tcheca	Não	Não	Não	Não	Sim	Não
Dinamarca	Lei	<46	Sim	Não	Sim	Não
Estônia	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Finlândia	Lei	Não	Não	Sim	Sim	Não
França	Lei/Código de Prática	18-42	Sim	Proibida	Sim	Não
Alemanha	Lei/Código de Prática	20-49	Sim	Sim	Não	Não
Grécia	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Hungria	Lei	Não	Sim	Não	Não	Não
Itália	Lei	Não	Sim	Sim	Sim	Não
Irlanda	Não	Não	Não	Não	Sim	Não
Lituânia	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Malta	Lei/Código de Prática	25-42	Sim	Proibida	Sim	Não
Holanda	Lei/Código de Prática	Não	Sim	Sim	Sim	Não
Noruega	Lei	Não	Sim	Não	Sim	Não
Romênia	Código de Prática	Não	Não	Não	Não	Não
Rússia	Não	Não	Sim	Não	Não	Não
Eslováquia	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Eslovênia	Lei	<45	Sim	Não	Sim	Não
Espanha	Lei	>18	Não	Não	Sim	Não
Suécia	Não	Não	Não	Não	Sim	Não
Suíça	Lei/Código de Prática	Não	Não	Não	Não	Não

Reino Unido	Lei/Código de Prática	Não	Não	Não	Sim	Não
Ucrânia	Não	Não	Sim	Sim	Não	Não

ANEXO II - FIGURAS

Figura 1 - Gráfico - Média de anos de estudo das pessoas de 15 anos ou mais no Brasil

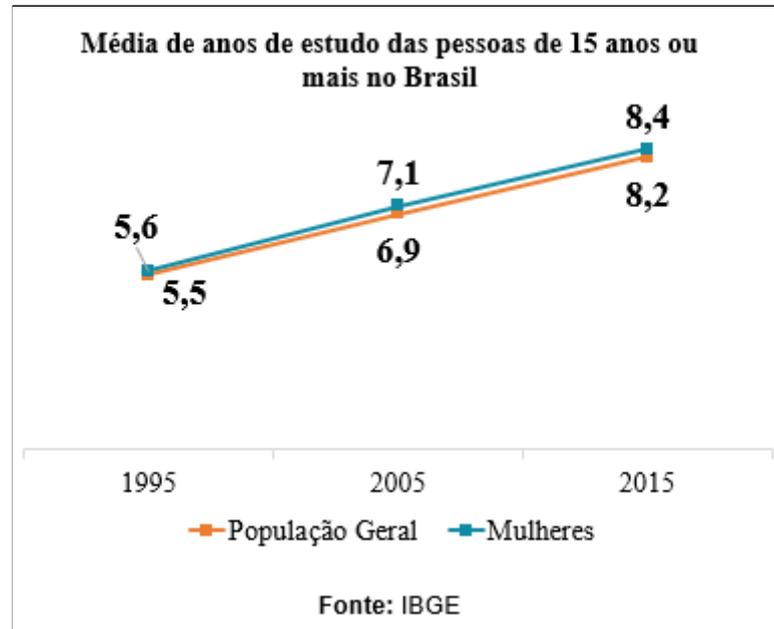
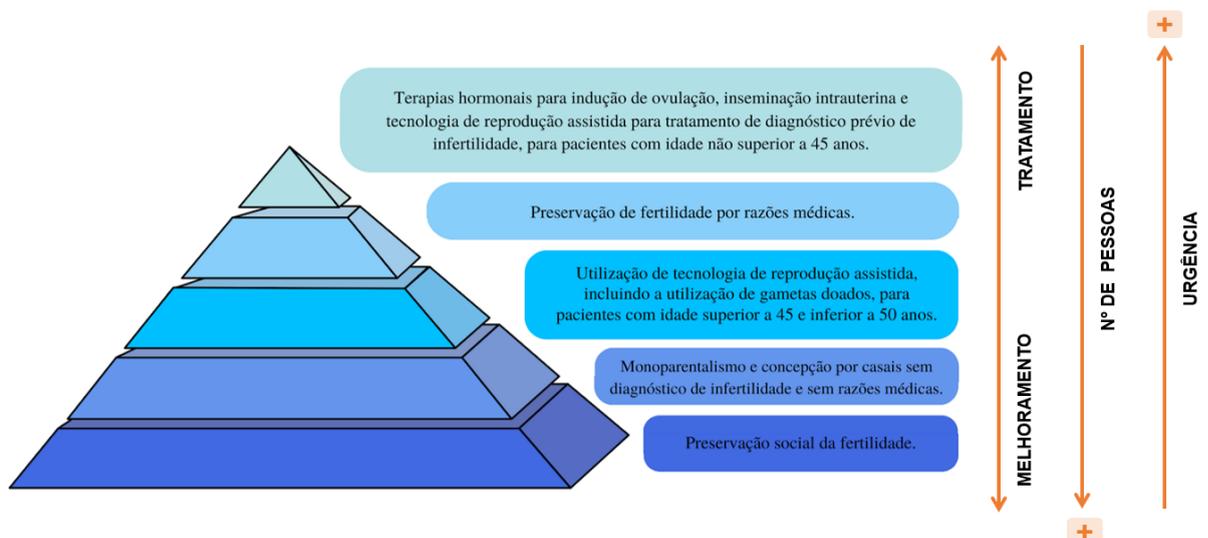


Figura 2 - Pirâmide - Procedimentos prioritários para fins de financiamento público, relacionados à reprodução assistida e à preservação de fertilidade



ANEXO III - QUADRO COMPARATIVO - RESOLUÇÕES CFM

Quadro Comparativo - Resoluções CFM						
1.358/1992	1.957/2010	2.013/2013	2.121/2015	2.168/2017	2.283/2020	2.294/2021
I - PRINCÍPIOS GERAIS	I - PRINCÍPIOS GERAIS	I - PRINCÍPIOS GERAIS	I - PRINCÍPIOS GERAIS	I - PRINCÍPIOS GERAIS		I - PRINCÍPIOS GERAIS
1 - As técnicas de Reprodução Assistida (RA) têm o papel de auxiliar na resolução dos problemas de infertilidade humana, facilitando o processo de procriação quando outras terapêuticas tenham sido ineficazes ou ineficientes para a solução da situação atual de infertilidade.	1 - As técnicas de reprodução assistida (RA) têm o papel de auxiliar na resolução dos problemas de reprodução humana, facilitando o processo de procriação quando outras terapêuticas tenham sido ineficazes ou consideradas inapropriadas.	1 - As técnicas de reprodução assistida (RA) têm o papel de auxiliar na resolução dos problemas de reprodução humana, facilitando o processo de procriação.	1 - As técnicas de reprodução assistida (RA) têm o papel de auxiliar na resolução dos problemas de reprodução humana, facilitando o processo de procriação.	1. As técnicas de reprodução assistida (RA) têm o papel de auxiliar na resolução dos problemas de reprodução humana, facilitando o processo de procriação.		1. As técnicas de reprodução assistida (RA) têm o papel de auxiliar no processo de procriação.
				2. As técnicas de RA podem ser utilizadas na preservação social e/ou oncológica de gametas, embriões e tecidos germinativos.		2. As técnicas de RA podem ser utilizadas para doação de oócitos e na preservação de gametas, embriões e tecidos germinativos por razões médicas e não médicas.
2 - As técnicas de RA podem ser utilizadas desde que exista probabilidade efetiva de sucesso e não se incorra em risco grave de saúde para a paciente ou o possível descendente.	2 - As técnicas de RA podem ser utilizadas desde que exista probabilidade efetiva de sucesso e não se incorra em risco grave de saúde para a paciente ou o possível descendente.	2 - As técnicas de RA podem ser utilizadas desde que exista probabilidade efetiva de sucesso e não se incorra em risco grave de saúde para a paciente ou o possível descendente, e a idade máxima das candidatas à gestação de RA é de 50 anos.	2 - As técnicas de RA podem ser utilizadas desde que exista probabilidade de sucesso e não se incorra em risco grave de saúde para o(a) paciente ou o possível descendente, sendo a idade máxima das candidatas à gestação de RA de 50 anos.	3. As técnicas de RA podem ser utilizadas desde que exista probabilidade de sucesso e não se incorra em risco grave de saúde para o (a) paciente ou o possível descendente. § 1º A idade máxima das candidatas à gestação por técnicas de RA é de 50 anos.		3. As técnicas de RA podem ser utilizadas desde que exista probabilidade de sucesso e baixa probabilidade de risco grave à saúde do(a) paciente ou do possível descendente. 3.1 A idade máxima das candidatas à gestação por técnicas de RA é de 50 anos.
			3 - As exceções ao limite de 50 anos para participação do procedimento serão determinadas, com fundamentos técnicos e científicos, pelo médico responsável e após esclarecimento quanto aos riscos envolvidos.	§ 2º As exceções a esse limite serão aceitas baseadas em critérios técnicos e científicos fundamentados pelo médico responsável quanto à ausência de comorbidades da mulher e após esclarecimento ao(s) candidato(s) quanto aos riscos envolvidos para a paciente e para os descendentes eventualmente gerados a partir da intervenção, respeitando-se a autonomia da paciente.		3.2 As exceções a esse limite serão aceitas com base em critérios técnicos e científicos fundamentados pelo médico responsável quanto à ausência de comorbidades da mulher e após esclarecimento ao(s) candidato(s) quanto aos riscos envolvidos para a paciente e para os descendentes eventualmente gerados a partir da intervenção, respeitando a autonomia da paciente e do médico.
3 - O consentimento informado será obrigatório e extensivo aos pacientes inférteis e doadores. Os aspectos médicos envolvendo todas as circunstâncias da aplicação de uma técnica de RA serão detalhadamente expostos, assim como os resultados já obtidos naquela unidade de tratamento com a técnica proposta. As informações devem também atingir dados de caráter biológico, jurídico, ético e econômico. O documento de consentimento informado será em formulário especial, e estará completo com a concordância, por escrito, da paciente ou do casal infértil.	3 - O consentimento informado será obrigatório a todos os pacientes submetidos às técnicas de reprodução assistida, inclusive aos doadores. Os aspectos médicos envolvendo as circunstâncias da aplicação de uma técnica de RA serão detalhadamente expostos, assim como os resultados obtidos naquela unidade de tratamento com a técnica proposta. As informações devem também atingir dados de caráter biológico, jurídico, ético e econômico. O documento de consentimento informado será expresso em formulário especial e estará completo com a concordância, por escrito, das pessoas submetidas às técnicas de reprodução assistida.	3 - O consentimento informado será obrigatório para todos os pacientes submetidos às técnicas de reprodução assistida. Os aspectos médicos envolvendo a totalidade das circunstâncias da aplicação de uma técnica de RA serão detalhadamente expostos, bem como os resultados obtidos naquela unidade de tratamento com a técnica proposta. As informações devem também atingir dados de caráter biológico, jurídico, ético e econômico. O documento de consentimento informado será elaborado em formulário especial e estará completo com a concordância, por escrito, das pessoas a serem submetidas às técnicas de reprodução assistida.	4 - O consentimento livre e esclarecido informado será obrigatório para todos os pacientes submetidos às técnicas de reprodução assistida. Os aspectos médicos envolvendo a totalidade das circunstâncias da aplicação de uma técnica de RA serão detalhadamente expostos, bem como os resultados obtidos naquela unidade de tratamento com a técnica proposta. As informações devem também atingir dados de caráter biológico, jurídico e ético. O documento de consentimento livre e esclarecido informado será elaborado em formulário especial e estará completo com a concordância, por escrito, obtida a partir de discussão bilateral entre as pessoas envolvidas nas técnicas de reprodução assistida.	4. O consentimento livre e esclarecido será obrigatório para todos os pacientes submetidos às técnicas de RA. Os aspectos médicos envolvendo a totalidade das circunstâncias da aplicação de uma técnica de RA serão detalhadamente expostos, bem como os resultados obtidos naquela unidade de tratamento com a técnica proposta. As informações devem também atingir dados de caráter biológico, jurídico e ético. O documento de consentimento livre e esclarecido será elaborado em formulário especial e estará completo com a concordância, por escrito, obtida a partir de discussão bilateral entre as pessoas envolvidas nas técnicas de reprodução assistida.		4. O consentimento livre e esclarecido será obrigatório para todos os pacientes submetidos às técnicas de RA. Os aspectos médicos envolvendo a totalidade das circunstâncias da aplicação de uma técnica de RA serão detalhadamente expostos, bem como os resultados obtidos naquela unidade de tratamento com a técnica proposta. As informações devem também atingir dados de caráter biológico, jurídico e ético. O documento de consentimento livre e esclarecido será elaborado em formulário específico e estará completo com a concordância, por escrito, obtida a partir de discussão entre as partes envolvidas nas técnicas de reprodução assistida.
4 - As técnicas de RA não devem ser aplicadas com a intenção de selecionar o sexo ou qualquer outra característica biológica do futuro filho, exceto quando se trate de evitar doenças ligadas ao sexo do filho que venha a nascer.	4 - As técnicas de RA não devem ser aplicadas com a intenção de selecionar o sexo (sexagem) ou qualquer outra característica biológica do futuro filho, exceto quando se trate de evitar doenças ligadas ao sexo do filho que venha a nascer.	4 - As técnicas de RA não podem ser aplicadas com a intenção de selecionar o sexo (presença ou ausência de cromossomo Y) ou qualquer outra característica biológica do futuro filho, exceto quando se trate de evitar doenças ligadas ao sexo do filho que venha a nascer.	5 - As técnicas de RA não podem ser aplicadas com a intenção de selecionar o sexo (presença ou ausência de cromossomo Y) ou qualquer outra característica biológica do futuro filho, exceto quando se trate de evitar doenças do filho que venha a nascer.	5. As técnicas de RA não podem ser aplicadas com a intenção de selecionar o sexo (presença ou ausência de cromossomo Y) ou qualquer outra característica biológica do futuro filho, exceto para evitar doenças no possível descendente.		5. As técnicas de RA não podem ser aplicadas com a intenção de selecionar o sexo (presença ou ausência de cromossomo Y) ou qualquer outra característica biológica do futuro filho, exceto para evitar doenças no possível descendente.
5 - É proibido a fecundação de oócitos humanos, com qualquer outra finalidade que não seja a procriação humana.	5 - É proibida a fecundação de oócitos humanos com qualquer outra finalidade que não a procriação humana.	5 - É proibida a fecundação de oócitos humanos, com qualquer outra finalidade que não a procriação humana.	6 - É proibida a fecundação de oócitos humanos com qualquer outra finalidade que não a procriação humana.	6. É proibida a fecundação de oócitos humanos com qualquer outra finalidade que não a procriação humana.		6. É proibida a fecundação de oócitos humanos com qualquer outra finalidade que não a procriação humana.

6 - O número ideal de oócitos e pré-embriões a serem transferidos para a receptora não deve ser superior a quatro, com o intuito de não aumentar os riscos já existentes de multiparidade.	6 - O número máximo de oócitos e embriões a serem transferidos para a receptora não pode ser superior a quatro. Em relação ao número de embriões a serem transferidos, são feitas as seguintes determinações: a) mulheres com até 35 anos: até dois embriões; b) mulheres entre 36 e 39 anos: até três embriões; c) mulheres com 40 anos ou mais: até quatro embriões.	6 - O número máximo de oócitos e embriões a serem transferidos para a receptora não pode ser superior a quatro. Quanto ao número de embriões a serem transferidos faz-se as seguintes recomendações: a) mulheres com até 35 anos: até 2 embriões; b) mulheres entre 36 e 39 anos: até 3 embriões; c) mulheres entre 40 e 50 anos: até 4 embriões; d) nas situações de doação de óvulos e embriões, considera-se a idade da doadora no momento da coleta dos óvulos.	7 - O número máximo de oócitos e embriões a serem transferidos para a receptora não pode ser superior a quatro. Quanto ao número de embriões a serem transferidos, fazem-se as seguintes determinações de acordo com a idade: a) mulheres até 35 anos: até 2 embriões; b) mulheres entre 36 e 39 anos: até 3 embriões; c) mulheres com 40 anos ou mais: até 4 embriões; d) nas situações de doação de óvulos e embriões, considera-se a idade da doadora no momento da coleta dos óvulos.	7. Quanto ao número de embriões a serem transferidos, fazem-se as seguintes determinações de acordo com a idade: a) mulheres até 35 anos: até 2 embriões; b) mulheres entre 36 e 39 anos: até 3 embriões; c) mulheres com 40 anos ou mais: até 4 embriões; d) nas situações de doação de oócitos e embriões, considera-se a idade da doadora no momento da coleta dos oócitos. O número de embriões a serem transferidos não pode ser superior a quatro.		7. Quanto ao número de embriões a serem transferidos, fazem-se as seguintes determinações, de acordo com a idade: a) mulheres com até 37 (trinta e sete) anos: até 2 (dois) embriões; b) mulheres com mais de 37 (trinta e sete) anos: até 3 (três) embriões; c) em caso de embriões euploides ao diagnóstico genético; até 2 (dois) embriões, independentemente da idade; e d) nas situações de doação de oócitos, considera-se a idade da doadora no momento de sua coleta.
7 - Em caso de gravidez múltipla, decorrente do uso de técnicas de RA, é proibida a utilização de procedimentos que visem a redução embrionária.	7 - Em caso de gravidez múltipla, decorrente do uso de técnicas de RA, é proibida a utilização de procedimentos que visem a redução embrionária.	7 - Em caso de gravidez múltipla, decorrente do uso de técnicas de RA, é proibida a utilização de procedimentos que visem a redução embrionária.	8 - Em caso de gravidez múltipla, decorrente do uso de técnicas de RA, é proibida a utilização de procedimentos que visem a redução embrionária.	8. Em caso de gravidez múltipla decorrente do uso de técnicas de RA, é proibida a utilização de procedimentos que visem a redução embrionária.		8. Em caso de gravidez múltipla, decorrente do uso de técnicas de RA, é proibida a utilização de procedimentos que visem a redução embrionária.
II - USUÁRIOS DAS TÉCNICAS DE RA	II - PACIENTES DAS TÉCNICAS DE RA	II - PACIENTES DAS TÉCNICAS DE RA	II - PACIENTES DAS TÉCNICAS DE RA	II - PACIENTES DAS TÉCNICAS DE RA		II - PACIENTES DAS TÉCNICAS DE RA
1 - Toda mulher, capaz nos termos da lei, que tenha solicitado o procedimento e cuja indicação não se afaste dos limites desta Resolução, pode ser receptora das técnicas de RA, desde que tenha concordado de maneira livre e consciente em documento de consentimento informado.	1 - Todas as pessoas capazes, que tenham solicitado o procedimento e cuja indicação não se afaste dos limites desta resolução, podem ser receptoras das técnicas de RA desde que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos sobre o mesmo, de acordo com a legislação vigente.	1 - Todas as pessoas capazes, que tenham solicitado o procedimento e cuja indicação não se afaste dos limites desta resolução, podem ser receptoras das técnicas de RA desde que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos sobre a mesma, de acordo com a legislação vigente.	1 - Todas as pessoas capazes, que tenham solicitado o procedimento e cuja indicação não se afaste dos limites desta resolução, podem ser receptoras das técnicas de RA desde que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos, conforme legislação vigente.	1. Todas as pessoas capazes, que tenham solicitado o procedimento e cuja indicação não se afaste dos limites desta resolução, podem ser receptoras das técnicas de RA, desde que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos, conforme legislação vigente.		1. Todas as pessoas capazes que tenham solicitado o procedimento e cuja indicação não se afaste dos limites desta resolução podem ser receptoras das técnicas de RA, desde que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos, conforme legislação vigente.
2 - Estando casada ou em união estável, será necessária a aprovação do cônjuge ou do companheiro, após processo semelhante de consentimento informado.						
		2 - É permitido o uso das técnicas de RA para relacionamentos homoafetivos e pessoas solteiras, respeitado o direito da objeção de consciência do médico.	2 - É permitido o uso das técnicas de RA para relacionamentos homoafetivos e pessoas solteiras, respeitado o direito a objeção de consciência por parte do médico.	2. É permitido o uso das técnicas de RA para relacionamentos homoafetivos e pessoas solteiras, respeitado o direito a objeção de consciência por parte do médico.	2. É permitido o uso das técnicas de RA para heterossexuais, homoafetivos e transgêneros.	2. É permitido o uso das técnicas de RA para heterossexuais, homoafetivos e transgêneros.
			3 - É permitida a gestação compartilhada em união homoafetiva feminina em que não exista infertilidade.	3. É permitida a gestação compartilhada em união homoafetiva feminina em que não exista infertilidade. Considera-se gestação compartilhada a situação em que o embrião obtido a partir da fecundação do(s) oócito(s) de uma mulher é transferido para o útero de sua parceira.		3. É permitida a gestação compartilhada em união homoafetiva feminina. Considera-se gestação compartilhada a situação em que o embrião obtido a partir da fecundação do(s) oócito (s) de uma mulher é transferido para o útero de sua parceira.
III - REFERENTE ÀS CLÍNICAS, CENTROS OU SERVIÇOS QUE APLICAM TÉCNICAS DE RA	III - REFERENTE ÀS CLÍNICAS, CENTROS OU SERVIÇOS QUE APLICAM TÉCNICAS DE RA	III - REFERENTE ÀS CLÍNICAS, CENTROS OU SERVIÇOS QUE APLICAM TÉCNICAS DE RA	III - REFERENTE ÀS CLÍNICAS, CENTROS OU SERVIÇOS QUE APLICAM TÉCNICAS DE RA	III - REFERENTE ÀS CLÍNICAS, CENTROS OU SERVIÇOS QUE APLICAM TÉCNICAS DE RA		III - REFERENTE ÀS CLÍNICAS, CENTROS OU SERVIÇOS QUE APLICAM TÉCNICAS DE RA
As clínicas, centros ou serviços que aplicam técnicas de RA são responsáveis pelo controle de doenças infecto-contagiosas, coleta, manuseio, conservação, distribuição e transferência de material biológico humano para a usuária de técnicas de RA, devendo apresentar como requisitos mínimos:	As clínicas, centros ou serviços que aplicam técnicas de RA são responsáveis pelo controle de doenças infectocontagiosas, coleta, manuseio, conservação, distribuição, transferência e descarte de material biológico humano para a paciente de técnicas de RA, devendo apresentar como requisitos mínimos:	As clínicas, centros ou serviços que aplicam técnicas de RA são responsáveis pelo controle de doenças infectocontagiosas, coleta, manuseio, conservação, distribuição, transferência e descarte de material biológico humano para a paciente de técnicas de RA, devendo apresentar como requisitos mínimos:	As clínicas, centros ou serviços que aplicam técnicas de RA são responsáveis pelo controle de doenças infectocontagiosas, pela coleta, pelo manuseio, pela conservação, pela distribuição, pela transferência e pelo descarte de material biológico humano para o(a) paciente de técnicas de RA. Devem apresentar como requisitos mínimos:	As clínicas, centros ou serviços que aplicam técnicas de RA são responsáveis pelo controle de doenças infectocontagiosas, pela coleta, pelo manuseio, pela conservação, pela distribuição, pela transferência e pelo descarte de material biológico humano dos pacientes das técnicas de RA. Devem apresentar como requisitos mínimos:		As clínicas, centros ou serviços que aplicam técnicas de RA são responsáveis pelo controle de doenças infectocontagiosas, pela coleta, pelo manuseio, pela conservação, pela distribuição, pela transferência e pelo descarte de material biológico humano dos pacientes submetidos às técnicas de RA. Devem apresentar como requisitos mínimos:
1 - um responsável por todos os procedimentos médicos e laboratoriais executados, que será, obrigatoriamente, um médico.	1 - um diretor técnico responsável por todos os procedimentos médicos e laboratoriais executados, que será, obrigatoriamente, um médico registrado no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.	1 - um diretor técnico responsável por todos os procedimentos médicos e laboratoriais executados, que será, obrigatoriamente, um médico registrado no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição;	1 - Um diretor técnico – obrigatoriamente, um médico registrado no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição – com registro de especialista em áreas de interface com a RA, que será responsável por todos os procedimentos médicos e laboratoriais executados;	1. Um diretor técnico (obrigatoriamente um médico registrado no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição) com registro de especialista em áreas de interface com a RA, que será responsável por todos os procedimentos médicos e laboratoriais executados;		1. Um diretor técnico (obrigatoriamente um médico registrado no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição) com registro de especialista em áreas de interface com a RA, que será responsável por todos os procedimentos médicos e laboratoriais executados;

2 - um registro permanente (obtido através de informações observadas ou relatadas por fonte competente) das gestações, nascimentos e mal-formações de fetos ou recém-nascidos, provenientes das diferentes técnicas de RA aplicadas na unidade em apreço, bem como dos procedimentos laboratoriais na manipulação de gametas e embriões.	2 - um registro permanente (obtido por meio de informações observadas ou relatadas por fonte competente) das gestações, nascimentos e mal-formações de fetos ou recém-nascidos, provenientes das diferentes técnicas de RA aplicadas na unidade em apreço, bem como dos procedimentos laboratoriais na manipulação de gametas e embriões.	2 - um registro permanente (obtido por meio de informações observadas ou relatadas por fonte competente) das gestações, nascimentos e mal-formações de fetos ou recém-nascidos, provenientes das diferentes técnicas de RA aplicadas na unidade em apreço, bem como dos procedimentos laboratoriais na manipulação de gametas e embriões;	2 - Um registro permanente (obtido por meio de informações observadas ou relatadas por fonte competente) das gestações, dos nascimentos e das mal-formações de fetos ou recém-nascidos, provenientes das diferentes técnicas de RA aplicadas na unidade em apreço, bem como dos procedimentos laboratoriais na manipulação de gametas e embriões;	2. Um registro permanente (obtido por meio de informações observadas ou relatadas por fonte competente) das gestações, dos nascimentos e das mal-formações de fetos ou recém-nascidos provenientes das diferentes técnicas de RA aplicadas na unidade em apreço, bem como dos procedimentos laboratoriais na manipulação de gametas e embriões;		2. Um registro permanente das gestações e seus desfechos (dos abortamentos, dos nascimentos e das malformações de fetos ou recém-nascidos), provenientes das diferentes técnicas de RA aplicadas na unidade em apreço, bem como dos procedimentos laboratoriais na manipulação de gametas e embriões;
3 - um registro permanente das provas diagnósticas a que é submetido o material biológico humano que será transferido aos usuários das técnicas de RA, com a finalidade precípua de evitar a transmissão de doenças.	3 - um registro permanente das provas diagnósticas a que é submetido o material biológico humano que será transferido aos pacientes das técnicas de RA, com a finalidade precípua de evitar a transmissão de doenças.	3 - um registro permanente das provas diagnósticas a que é submetido o material biológico humano que será transferido aos pacientes das técnicas de RA, com a finalidade precípua de evitar a transmissão de doenças;	3- Um registro permanente das provas diagnósticas a que é submetido o(a) paciente, com a finalidade precípua de evitar a transmissão de doenças;	3. Um registro permanente dos exames laboratoriais a que são submetidos os pacientes, com a finalidade precípua de evitar a transmissão de doenças;		3. Um registro permanente dos exames laboratoriais a que são submetidos os pacientes, com a finalidade precípua de evitar a transmissão de doenças;
		4 - Os registros deverão estar disponíveis para fiscalização dos Conselhos Regionais de Medicina.	4- Os registros deverão estar disponíveis para fiscalização dos Conselhos Regionais de Medicina.	4. Os registros deverão estar disponíveis para fiscalização dos Conselhos Regionais de Medicina.		4. Os registros deverão estar disponíveis para fiscalização dos Conselhos Regionais de Medicina.
IV - DOAÇÃO DE GAMETAS OU PRÉ-EMBRIÕES	IV - DOAÇÃO DE GAMETAS OU EMBRIÕES	IV - DOAÇÃO DE GAMETAS OU EMBRIÕES	IV - DOAÇÃO DE GAMETAS OU EMBRIÕES	IV – DOAÇÃO DE GAMETAS OU EMBRIÕES		IV – DOAÇÃO DE GAMETAS OU EMBRIÕES
1 - A doação nunca terá caráter lucrativa ou comercial.	1 - A doação nunca terá caráter lucrativo ou comercial.	1 - A doação nunca terá caráter lucrativo ou comercial.	1 - A doação não poderá ter caráter lucrativo ou comercial.	1. A doação não poderá ter caráter lucrativo ou comercial.		1. A doação não poderá ter caráter lucrativo ou comercial.
2 - Os doadores não devem conhecer a identidade dos receptores e vice-versa.	2 - Os doadores não devem conhecer a identidade dos receptores e vice-versa.	2 - Os doadores não devem conhecer a identidade dos receptores e vice-versa.	2 - Os doadores não devem conhecer a identidade dos receptores e vice-versa.	2. Os doadores não devem conhecer a identidade dos receptores e vice-versa.		2. Os doadores não devem conhecer a identidade dos receptores e vice-versa, exceto na doação de gametas para parentesco de até 4º (quarto) grau, de um dos receptores (primeiro grau – pais/filhos; segundo grau – avós/irmãos; terceiro grau – tios/sobrinhos; quarto grau – primos), desde que não incorra em consanguinidade.
		3 - A idade limite para a doação de gametas é de 35 anos para a mulher e 50 anos para o homem.	3 - A idade limite para a doação de gametas é de 35 anos para a mulher e de 50 anos para o homem.	3. A idade limite para a doação de gametas é de 35 anos para a mulher e de 50 anos para o homem.		3. A idade limite para a doação de gametas é de 37 (trinta e sete) anos para a mulher e de 45 (quarenta e cinco) anos para o homem.
						3.1 Exceções ao limite da idade feminina poderão ser aceitas nos casos de doação de oócitos e embriões previamente congelados, desde que a receptora/receptores seja(m) devidamente esclarecida(os) dos riscos que envolvem a prole.
3 - Obrigatoriamente será mantido o sigilo sobre a identidade dos doadores de gametas e pré-embriões, assim como dos receptores. Em situações especiais, as informações sobre doadores, por motivação médica, podem ser fornecidas exclusivamente para médicos, resguardando-se a identidade civil do doador.	3 - Obrigatoriamente será mantido o sigilo sobre a identidade dos doadores de gametas e embriões, bem como dos receptores. Em situações especiais, as informações sobre doadores, por motivação médica, podem ser fornecidas exclusivamente para médicos, resguardando-se a identidade civil do doador.	4 - Obrigatoriamente será mantido o sigilo sobre a identidade dos doadores de gametas e embriões, bem como dos receptores. Em situações especiais, as informações sobre doadores, por motivação médica, podem ser fornecidas exclusivamente para médicos, resguardando-se a identidade civil do doador.	4 - Será mantido, obrigatoriamente, o sigilo sobre a identidade dos doadores de gametas e embriões, bem como dos receptores. Em situações especiais, informações sobre os doadores, por motivação médica, podem ser fornecidas exclusivamente para médicos, resguardando-se a identidade civil do(a) doador(a).	4. Será mantido, obrigatoriamente, sigilo sobre a identidade dos doadores de gametas e embriões, bem como dos receptores. Em situações especiais, informações sobre os doadores, por motivação médica, podem ser fornecidas exclusivamente para médicos, resguardando-se a identidade civil do(a) doador(a).		4. Será mantido, obrigatoriamente, sigilo sobre a identidade dos doadores de gametas e embriões, bem como dos receptores, com ressalva do item 2 do Capítulo IV. Em situações especiais, informações sobre os doadores, por motivação médica, podem ser fornecidas exclusivamente para os médicos, resguardando a identidade civil do(a) doador(a).
4 - As clínicas, centros ou serviços que empregam a doação devem manter, de forma permanente, um registro de dados clínicos de caráter geral, características fenotípicas e uma amostra de material celular dos doadores.	4 - As clínicas, centros ou serviços que empregam a doação devem manter, de forma permanente, um registro de dados clínicos de caráter geral, características fenotípicas e uma amostra de material celular dos doadores.	5 - As clínicas, centros ou serviços que empregam a doação devem manter, de forma permanente, um registro de dados clínicos de caráter geral, características fenotípicas e uma amostra de material celular dos doadores, de acordo com a legislação vigente.	5 - As clínicas, centros ou serviços onde é feita a doação devem manter, de forma permanente, um registro com dados clínicos de caráter geral, características fenotípicas e uma amostra de material celular dos doadores, de acordo com legislação vigente.	5. As clínicas, centros ou serviços onde são feitas as doações devem manter, de forma permanente, um registro com dados clínicos de caráter geral, características fenotípicas e uma amostra de material celular dos doadores, de acordo com legislação vigente.		5. As clínicas, centros ou serviços onde são feitas as doações devem manter, de forma permanente, um registro com dados clínicos de caráter geral, características fenotípicas e uma amostra de material celular dos doadores, de acordo com a legislação vigente.

5 - Na região de localização da unidade, o registro das gestações evitará que um doador tenha produzido mais que 2 (duas) gestações, de sexos diferentes, numa área de um milhão de habitantes.	5 - Na região de localização da unidade, o registro dos nascimentos evitará que um(a) doador (a) venha a produzir mais do que uma gestação de criança de sexo diferente numa área de um milhão de habitantes.	6 - Na região de localização da unidade, o registro dos nascimentos evitará que um(a) doador (a) tenha produzido mais que duas gestações de crianças de sexos diferentes, numa área de um milhão de habitantes.	6 - Na região de localização da unidade, o registro dos nascimentos evitará que um (a) doador(a) tenha produzido mais de duas gestações de crianças de sexos diferentes em uma área de um milhão de habitantes. Um(a) mesmo(a) doador(a) poderá contribuir com quantas gestações forem desejadas, desde que em uma mesma família receptora.	6 - Na região de localização da unidade, o registro dos nascimentos evitará que um (a) doador(a) tenha produzido mais de dois nascimentos de crianças de sexos diferentes em uma área de 1 milhão de habitantes. Um(a) mesmo(a) doador(a) poderá contribuir com quantas gestações forem desejadas, desde que em uma mesma família receptora	
6 - A escolha dos doadores é de responsabilidade da unidade. Dentro do possível deverá garantir que o doador tenha a maior semelhança fenotípica e imunológica e a máxima possibilidade de compatibilidade com a receptora.	6 - A escolha dos doadores é de responsabilidade da unidade. Dentro do possível deverá garantir que o doador tenha a maior semelhança fenotípica e imunológica e a máxima possibilidade de compatibilidade com a receptora.	7 - A escolha dos doadores é de responsabilidade da unidade. Dentro do possível, deverá garantir que o doador tenha a maior semelhança fenotípica e a máxima possibilidade de compatibilidade com a receptora.	7 - A escolha dos doadores é de responsabilidade do médico assistente. Dentro do possível, deverá garantir que o(a) doador(a) tenha a maior semelhança fenotípica e a máxima possibilidade de compatibilidade com a receptora.	7. A escolha das doadoras de oócitos é de responsabilidade do médico assistente. Dentro do possível, deverá garantir que a doadora tenha a maior semelhança fenotípica com a receptora.	9. A escolha das doadoras de oócitos, nos casos de doação compartilhada, é de responsabilidade do médico assistente. Dentro do possível, deverá selecionar a doadora que tenha a maior semelhança fenotípica com a receptora, com a anuência desta.
7 - Não será permitido ao médico responsável pelas clínicas, unidades ou serviços, nem aos integrantes da equipe multidisciplinar que nelas prestam serviços, participarem como doadores nos programas de RA.	7 - Não será permitido ao médico responsável pelas clínicas, unidades ou serviços, nem aos integrantes da equipe multidisciplinar que nelas trabalham participar como doador nos programas de RA.	8 - Não será permitido ao médico responsável pelas clínicas, unidades ou serviços, nem aos integrantes da equipe multidisciplinar que nelas prestam serviços, participarem como doadores nos programas de RA.	8 - Não será permitido aos médicos, funcionários e demais integrantes da equipe multidisciplinar das clínicas, unidades ou serviços, participarem como doadores nos programas de RA.	8. Não será permitido aos médicos, funcionários e demais integrantes da equipe multidisciplinar das clínicas, unidades ou serviços participar como doadores nos programas de RA.	7. Não será permitido aos médicos, funcionários e demais integrantes da equipe multidisciplinar das clínicas, unidades ou serviços participar como doadores nos programas de RA.
		9 - É permitida a doação voluntária de gametas, bem como a situação identificada como doação compartilhada de oócitos em RA, onde doadora e receptora, participando como portadoras de problemas de reprodução, compartilham tanto do material biológico quanto dos custos financeiros que envolvem o procedimento de RA. A doadora tem preferência sobre o material biológico que será produzido.	9 - É permitida a doação voluntária de gametas masculinos, bem como a situação identificada como doação compartilhada de oócitos em RA, em que doadora e receptora, participando como portadoras de problemas de reprodução, compartilham tanto do material biológico quanto dos custos financeiros que envolvem o procedimento de RA. A doadora tem preferência sobre o material biológico que será produzido.	9. É permitida a doação voluntária de gametas, bem como a situação identificada como doação compartilhada de oócitos em RA, em que doadora e receptora, participando como portadoras de problemas de reprodução, compartilham tanto do material biológico quanto dos custos financeiros que envolvem o procedimento de RA. A doadora tem preferência sobre o material biológico que será produzido.	8. É permitida a doação voluntária de gametas, bem como a situação identificada como doação compartilhada de oócitos em RA, em que doadora e receptora compartilham tanto do material biológico quanto dos custos financeiros que envolvem o procedimento de RA.
					10. A responsabilidade pela seleção dos doadores é exclusiva dos usuários quando da utilização de banco de gametas ou embriões.
					11. Na eventualidade de embriões formados de doadores distintos, a transferência embrionária deverá ser realizada com embriões de uma única origem para a segurança da prole e rastreabilidade.
V - CRIOPRESERVAÇÃO DE GAMETAS OU PRÉ-EMBRIÕES	V - CRIOPRESERVAÇÃO DE GAMETAS OU EMBRIÕES	V - CRIOPRESERVAÇÃO DE GAMETAS OU EMBRIÕES	V - CRIOPRESERVAÇÃO DE GAMETAS OU EMBRIÕES	V - CRIOPRESERVAÇÃO DE GAMETAS OU EMBRIÕES	V - CRIOPRESERVAÇÃO DE GAMETAS OU EMBRIÕES
1 - As clínicas, centros ou serviços podem criopreservar espermatozoides, óvulos e pré-embriões.	1 - As clínicas, centros ou serviços podem criopreservar espermatozoides, óvulos e embriões.	1 - As clínicas, centros ou serviços podem criopreservar espermatozoides, óvulos e embriões e tecidos gonádicos.	1 - As clínicas, centros ou serviços podem criopreservar espermatozoides, óvulos, embriões e tecidos gonádicos.	1. As clínicas, centros ou serviços podem criopreservar espermatozoides, oócitos, embriões e tecidos gonádicos.	1. As clínicas, centros ou serviços podem criopreservar espermatozoides, oócitos, embriões e tecidos gonádicos.
2 - O número total de pré-embriões produzidos em laboratório será comunicado aos pacientes, para que se decida quantos pré-embriões serão transferidos a fresco, devendo o excedente ser criopreservado, não podendo ser descartado ou destruído.	2 - Do número total de embriões produzidos em laboratório, os excedentes, viáveis, serão criopreservados.	2 - O número total de embriões produzidos em laboratório será comunicado aos pacientes, para que decidam quantos embriões serão transferidos a fresco, devendo os excedentes, viáveis, serem criopreservados.	2 - O número total de embriões gerados em laboratório será comunicado aos pacientes para que decidam quantos embriões serão transferidos a fresco. Os excedentes, viáveis, devem ser criopreservados.	2. O número total de embriões gerados em laboratório será comunicado aos pacientes para que decidam quantos embriões serão transferidos a fresco, conforme determina esta Resolução. Os excedentes, viáveis, devem ser criopreservados.	2. O número total de embriões gerados em laboratório não poderá exceder a 8 (oito). Será comunicado aos pacientes para que decidam quantos embriões serão transferidos a fresco, conforme determina esta Resolução. Os excedentes viáveis serão criopreservados. Como não há previsão de embriões viáveis ou quanto a sua qualidade, a decisão deverá ser tomada posteriormente a essa etapa.
3 - No momento da criopreservação, os cônjuges ou companheiros devem expressar sua vontade, por escrito, quanto ao destino que será dado aos pré-embriões criopreservados, em caso de divórcio, doenças graves ou de falecimento de um deles ou de ambos, e quando desejam doá-los.	3 - No momento da criopreservação, os cônjuges ou companheiros devem expressar sua vontade, por escrito, quanto ao destino que será dado aos pré-embriões criopreservados em caso de divórcio, doenças graves ou de falecimento de um deles ou de ambos, e quando desejam doá-los.	3 - No momento da criopreservação os pacientes devem expressar sua vontade, por escrito, quanto ao destino que será dado aos embriões criopreservados, quer em caso de divórcio, doenças graves ou falecimento de um deles ou de ambos, e quando desejam doá-los.	3 - No momento da criopreservação, os pacientes devem expressar sua vontade, por escrito, quanto ao destino a ser dado aos embriões criopreservados em caso de divórcio, doenças graves ou falecimento, de um deles ou de ambos, e quando desejam doá-los.	3. No momento da criopreservação, os pacientes devem manifestar sua vontade, por escrito, quanto ao destino a ser dado aos embriões criopreservados em caso de divórcio, dissolução de união estável, doenças graves ou falecimento de um deles ou de ambos, e quando desejam doá-los.	3. No momento da criopreservação, os pacientes devem manifestar sua vontade, por escrito, quanto ao destino a ser dado aos embriões criopreservados em caso de divórcio, dissolução de união estável ou falecimento de um deles ou de ambos, e se desejam doá-los.

		4 - Os embriões criopreservados com mais de 5 (cinco) anos poderão ser descartados se esta for a vontade dos pacientes, e não apenas para pesquisas de células-tronco, conforme previsto na Lei de Biossegurança.	4 - Os embriões criopreservados com mais de cinco anos poderão ser descartados se esta for a vontade dos pacientes. A utilização dos embriões em pesquisas de células-tronco não é obrigatória, conforme previsto na Lei de Biossegurança.	4. Os embriões criopreservados com três anos ou mais poderão ser descartados se esta for a vontade expressa dos pacientes.		4. Os embriões criopreservados com três anos ou mais poderão ser descartados se essa for a vontade expressa dos pacientes, mediante autorização judicial.
				5. Os embriões criopreservados e abandonados por três anos ou mais poderão ser descartados.		5. Os embriões criopreservados e abandonados por três anos ou mais poderão ser descartados, mediante autorização judicial.
				Parágrafo único: Embrião abandonado é aquele em que os responsáveis descumpriram o contrato pré-estabelecido e não foram localizados pela clínica.		5.1 Embrião abandonado é aquele em que os responsáveis descumpriram o contrato preestabelecido e não foram localizados pela clínica.
VI - DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE PRÉ-EMBRIÕES	VI - DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE EMBRIÕES	VI -DIAGNÓSTICO GENÉTICO PRÉ-IMPLANTAÇÃO DE EMBRIÕES	VI - DIAGNÓSTICO GENÉTICO PRÉ-IMPLANTAÇÃO DE EMBRIÕES	VI – DIAGNÓSTICO GENÉTICO PRÉ-IMPLANTACIONAL DE EMBRIÕES		VI – DIAGNÓSTICO GENÉTICO PRÉ-IMPLANTACIONAL DE EMBRIÕES
As técnicas de RA também podem ser utilizadas na preservação e tratamento de doenças genéticas ou hereditárias, quando perfeitamente indicadas e com suficientes garantias de diagnóstico e terapêutica.	As técnicas de RA também podem ser utilizadas na preservação e tratamento de doenças genéticas ou hereditárias, quando perfeitamente indicadas e com suficientes garantias de diagnóstico e terapêutica:	1 - As técnicas de RA podem ser utilizadas acopladas à seleção de embriões submetidos a diagnóstico de alterações genéticas causadoras de doenças.	1 - As técnicas de RA podem ser utilizadas aplicadas à seleção de embriões submetidos a diagnóstico de alterações genéticas causadoras de doenças – podendo nesses casos serem doados para pesquisa ou descartados.	1. As técnicas de RA podem ser aplicadas à seleção de embriões submetidos a diagnóstico de alterações genéticas causadoras de doenças – podendo nesses casos ser doados para pesquisa ou descartados, conforme a decisão do(s) paciente(s) devidamente documentada em consentimento informado livre e esclarecido específico.		1. As técnicas de RA podem ser aplicadas à seleção de embriões submetidos a diagnóstico de alterações genéticas causadoras de doenças, podendo nesses casos ser doados para pesquisa ou descartados, conforme a decisão do(s) paciente(s), devidamente documentada em consentimento informado livre e esclarecido específico. No laudo da avaliação genética, só é permitido informar se o embrião é masculino ou feminino em casos de doenças ligadas ao sexo ou de aneuploidias de cromossomos sexuais.
1 - Toda intervenção sobre pré-embriões "in vitro", com fins diagnósticos, não poderá ter outra finalidade que a avaliação de sua viabilidade ou detecção de doenças hereditárias, sendo obrigatório o consentimento informado do casal.	1 - Toda intervenção sobre embriões "in vitro", com fins diagnósticos, não poderá ter outra finalidade que não a de avaliar sua viabilidade ou detectar doenças hereditárias, sendo obrigatório o consentimento informado do casal.					
2 - Toda intervenção com fins terapêuticos, sobre pré-embriões "in vitro", não terá outra finalidade que tratar uma doença ou impedir sua transmissão, com garantias reais de sucesso, sendo obrigatório o consentimento informado do casal.	2 - Toda intervenção com fins terapêuticos sobre embriões "in vitro" não terá outra finalidade que não a de tratar uma doença ou impedir sua transmissão, com garantias reais de sucesso, sendo obrigatório o consentimento informado do casal.					
		2 - As técnicas de RA também podem ser utilizadas para tipagem do sistema HLA do embrião, com o intuito de seleção de embriões HLA-compatíveis com algum filho(a) do casal já afetado por doença, doença esta que tenha como modalidade de tratamento efetivo o transplante de células-tronco ou de órgãos.	2 - As técnicas de RA também podem ser utilizadas para tipagem do sistema HLA do embrião, no intuito de selecionar embriões HLA-compatíveis com algum filho(a) do casal já afetado pela doença e cujo tratamento efetivo seja o transplante de células-tronco, de acordo com a legislação vigente.	2. As técnicas de RA também podem ser utilizadas para tipagem do sistema HLA do embrião, no intuito de selecionar embriões HLA-compatíveis com algum irmão já afetado pela doença e cujo tratamento efetivo seja o transplante de células-tronco, de acordo com a legislação vigente.		2. As técnicas de RA também podem ser utilizadas para tipagem do Antígeno Leucocitário Humano (HLA) do embrião, no intuito de selecionar embriões HLA-compatíveis com algum irmão já afetado pela doença e cujo tratamento efetivo seja o transplante de células-tronco, de acordo com a legislação vigente.
3 - O tempo máximo de desenvolvimento de pré-embriões "in vitro" será de 14 dias.	3 - O tempo máximo de desenvolvimento de embriões "in vitro" será de 14 dias.	3 - O tempo máximo de desenvolvimento de embriões "in vitro" será de 14 dias.	3 - O tempo máximo de desenvolvimento de embriões in vitro será de 14 dias.	3. O tempo máximo de desenvolvimento de embriões in vitro será de até 14 dias.		3. O tempo máximo de desenvolvimento de embriões in vitro será de até 14 (quatorze) dias.
VII - SOBRE A GESTAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO (DOAÇÃO TEMPORÁRIA DO ÚTERO)	VII - SOBRE A GESTAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO (DOAÇÃO TEMPORÁRIA DO ÚTERO)	VII - SOBRE A GESTAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO (DOAÇÃO TEMPORÁRIA DO ÚTERO)	VII - SOBRE A GESTAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO (DOAÇÃO TEMPORÁRIA DO ÚTERO)	VII – SOBRE A GESTAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO (CESSÃO TEMPORÁRIA DO ÚTERO)		VII – SOBRE A GESTAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO (CESSÃO TEMPORÁRIA DO ÚTERO)

As Clínicas, Centros ou Serviços de Reprodução Humana podem usar técnicas de RA para criarem a situação identificada como gestação de substituição, desde que exista um problema médico que impeça ou contraindique a gestação na doadora genética.	As clínicas, centros ou serviços de reprodução humana podem usar técnicas de RA para criarem a situação identificada como gestação de substituição, desde que exista um problema médico que impeça ou contraindique a gestação na doadora genética.	As clínicas, centros ou serviços de reprodução humana podem usar técnicas de RA para criarem a situação identificada como gestação de substituição, desde que exista um problema médico que impeça ou contraindique a gestação na doadora genética ou em caso de união homoafetiva.	As clínicas, centros ou serviços de reprodução assistida podem usar técnicas de RA para criarem a situação identificada como gestação de substituição, desde que exista um problema médico que impeça ou contraindique a gestação na doadora genética ou em caso de união homoafetiva.	As clínicas, centros ou serviços de reprodução assistida podem usar técnicas de RA para criarem a situação identificada como gestação de substituição, desde que exista um problema médico que impeça ou contraindique a gestação na doadora genética, em união homoafetiva ou pessoa solteira.		As clínicas, centros ou serviços de reprodução podem usar técnicas de RA para criar a situação identificada como gestação de substituição, desde que exista um problema médico que impeça ou contraindique a gestação, ou em caso de união homoafetiva ou de pessoa solteira.
1 - As doadoras temporárias do útero devem pertencer à família da doadora genética, num parentesco até o segundo grau, sendo os demais casos sujeitos à autorização do Conselho Regional de Medicina.	1 - As doadoras temporárias do útero devem pertencer à família da doadora genética, num parentesco até o segundo grau, sendo os demais casos sujeitos à autorização do Conselho Regional de Medicina.	1 - As doadoras temporárias do útero devem pertencer à família de um dos parceiros consanguíneo até o quarto grau (primeiro grau – mãe; segundo grau – irmã/avó; terceiro grau – tia; quarto grau – prima), em todos os casos respeitada a idade limite de até 50 anos.	1 - As doadoras temporárias do útero devem pertencer à família de um dos parceiros em parentesco consanguíneo até o quarto grau (primeiro grau – mãe; segundo grau – irmã/avó; terceiro grau – tia; quarto grau – prima). Demais casos estão sujeitos à autorização do Conselho Regional de Medicina.	1. A cedente temporária do útero deve pertencer à família de um dos parceiros em parentesco consanguíneo até o quarto grau (primeiro grau – mãe/filha; segundo grau – avó/irmã; terceiro grau – tia/sobrinha; quarto grau – prima). Demais casos estão sujeitos à autorização do Conselho Regional de Medicina.		1. A cedente temporária do útero deve ter ao menos um filho vivo e pertencer à família de um dos parceiros em parentesco consanguíneo até o quarto grau. Demais casos estão sujeitos à avaliação e autorização do Conselho Regional de Medicina.
2 - A doação temporária do útero não poderá ter caráter lucrativo ou comercial.	2 - A doação temporária do útero não poderá ter caráter lucrativo ou comercial.	2 - A doação temporária do útero não poderá ter caráter lucrativo ou comercial.	2 - A doação temporária do útero não poderá ter caráter lucrativo ou comercial.	2. A cessão temporária do útero não poderá ter caráter lucrativo ou comercial.		2. A cessão temporária do útero não poderá ter caráter lucrativo ou comercial e a clínica de reprodução não pode intermediar a escolha da cedente.
		3 - Nas clínicas de reprodução os seguintes documentos e observações deverão constar no prontuário do paciente: - Termo de Consentimento Informado assinado pelos pacientes (pais genéticos) e pela doadora temporária do útero, consignado. Obs.: gestação compartilhada entre homoafetivos onde não existe infertilidade; - relatório médico com o perfil psicológico, atestando adequação clínica e emocional da doadora temporária do útero; - descrição pelo médico assistente, pormenorizada e por escrito, dos aspectos médicos envolvendo todas as circunstâncias da aplicação de uma técnica de RA, com dados de caráter biológico, jurídico, ético e econômico, bem como os resultados obtidos naquela unidade de tratamento com a técnica proposta; - contrato entre os pacientes (pais genéticos) e a doadora temporária do útero (que recebeu o embrião em seu útero e deu à luz), estabelecendo claramente a questão da filiação da criança; - os aspectos biopsicossociais envolvidos no ciclo gravídico-puerperal; - os riscos inerentes à maternidade; - a impossibilidade de interrupção da gravidez após iniciado o processo gestacional, salvo em casos previstos em lei ou autorizados judicialmente; - a garantia de tratamento e acompanhamento médico, inclusive por equipes multidisciplinares, se necessário, à mãe que doará temporariamente o útero, até o puerpério; - a garantia do registro civil da criança pelos pacientes (pais genéticos), devendo esta documentação ser providenciada durante a gravidez; - se a doadora temporária do útero for casada ou viver em união estável, deverá apresentar, por escrito, a aprovação do cônjuge ou companheiro	3 - Nas clínicas de reprodução assistida, os seguintes documentos e observações deverão constar no prontuário do paciente: 3.1. Termo de consentimento livre e esclarecido assinado pelos pacientes e pela doadora temporária do útero, contemplando aspectos biopsicossociais e riscos envolvidos no ciclo gravídico-puerperal, bem como aspectos legais da filiação; 3.2. Relatório médico com o perfil psicológico, atestando adequação clínica e emocional de todos os envolvidos; 3.3. Termo de Compromisso entre os pacientes e a doadora temporária do útero (que receberá o embrião em seu útero), estabelecendo claramente a questão da filiação da criança; 3.4. Garantia, por parte dos pacientes contratantes de serviços de RA, de tratamento e acompanhamento médico, inclusive por equipes multidisciplinares, se necessário, à mãe que doará temporariamente o útero, até o puerpério; 3.5. Garantia do registro civil da criança pelos pacientes (pais genéticos), devendo esta documentação ser providenciada durante a gravidez; 3.6. Aprovação do cônjuge ou companheiro, apresentada por escrito, se a doadora temporária do útero for casada ou viver em união estável.	3. Nas clínicas de reprodução assistida, os seguintes documentos e observações deverão constar no prontuário do paciente: 3.1. Termo de consentimento livre e esclarecido assinado pelos pacientes e pela cedente temporária do útero, contemplando aspectos biopsicossociais e riscos envolvidos no ciclo gravídico-puerperal, bem como aspectos legais da filiação; 3.2. Relatório médico com o perfil psicológico, atestando adequação clínica e emocional de todos os envolvidos; 3.3. Termo de Compromisso entre o(s) paciente(s) e a cedente temporária do útero (que receberá o embrião em seu útero), estabelecendo claramente a questão da filiação da criança; 3.4. Compromisso, por parte do(s) paciente(s) contratante (s) de serviços de RA, de tratamento e acompanhamento médico, inclusive por equipes multidisciplinares, se necessário, à mãe que cederá temporariamente o útero, até o puerpério; 3.5. Compromisso do registro civil da criança pelos pacientes (pai, mãe ou pais genéticos), devendo esta documentação ser providenciada durante a gravidez; 3.6. Aprovação do cônjuge ou companheiro, apresentada por escrito, se a cedente temporária do útero for casada ou viver em união estável.		3. Nas clínicas de reprodução assistida, os seguintes documentos e observações deverão constar no prontuário do paciente: 3.1 Termo de consentimento livre e esclarecido assinado pelos pacientes e pela cedente temporária do útero, contemplando aspectos biopsicossociais e riscos envolvidos no ciclo gravídico-puerperal, bem como aspectos legais da filiação; 3.2 Relatório médico atestando adequação clínica e emocional de todos os envolvidos; 3.3 Termo de Compromisso entre o(s) paciente(s) e a cedente temporária do útero que receberá o embrião em seu útero, estabelecendo claramente a questão da filiação da criança; 3.4 Compromisso, por parte do(s) paciente(s) contratante (s) de serviços de RA, públicos ou privados, de tratamento e acompanhamento médico, inclusive por equipes multidisciplinares, se necessário, à mãe que cederá temporariamente o útero, até o puerpério; 3.5 Compromisso do registro civil da criança pelos pacientes, devendo essa documentação ser providenciada durante a gravidez; 3.6 Aprovação do(a) cônjuge ou companheiro(a), apresentada por escrito, se a cedente temporária do útero for casada ou viver em união estável.
	VIII – REPRODUÇÃO ASSISTIDA POST MORTEM	VIII - REPRODUÇÃO ASSISTIDA POST-MORTEM	VIII - REPRODUÇÃO ASSISTIDA POST-MORTEM	VIII – REPRODUÇÃO ASSISTIDA POST-MORTEM		VIII – REPRODUÇÃO ASSISTIDA POST MORTEM

	Não constitui ilícito ético a reprodução assistida post mortem desde que haja autorização prévia específica do(a) falecido(a) para o uso do material biológico criopreservado, de acordo com a legislação vigente.	É possível desde que haja autorização prévia específica do(a) falecido(a) para o uso do material biológico criopreservado, de acordo com a legislação vigente.	É permitida a reprodução assistida post-mortem desde que haja autorização prévia específica do(a) falecido(a) para o uso do material biológico criopreservado, de acordo com a legislação vigente.	É permitida a reprodução assistida post-mortem desde que haja autorização prévia específica do(a) falecido(a) para o uso do material biológico criopreservado, de acordo com a legislação vigente.		É permitida a reprodução assistida post mortem desde que haja autorização específica do(a) falecido(a) para o uso do material biológico criopreservado, de acordo com a legislação vigente.
		IX -DISPOSIÇÃO FINAL	IX - DISPOSIÇÃO FINAL	IX – DISPOSIÇÃO FINAL		IX – DISPOSIÇÃO FINAL
		Casos de exceção, não previstos nesta resolução, dependerão da autorização do Conselho Regional de Medicina.	Casos de exceção, não previstos nesta resolução, dependerão da autorização do Conselho Federal de Medicina.	Casos de exceção, não previstos nesta resolução, dependerão da autorização do Conselho Regional de Medicina da jurisdição e, em grau recursal, ao Conselho Federal de Medicina.		Casos de exceção não previstos nesta resolução dependerão da autorização do Conselho Regional de Medicina da jurisdição e, em grau recursal, do Conselho Federal de Medicina.

ANEXO IV - ARTIGO ACEITO PARA PUBLICAÇÃO

BRENDA L.C. OLIVEIRA, LAUREN M. ATAMAN, JHENIFER K. RODRIGUES, TELMA S. BIRCHAL, FERNANDO M. REIS, Restricted access to assisted reproductive technology and fertility preservation in a “universal” public health system: legal and ethical issues, *Reproductive BioMedicine Online*, 2021, ISSN 1472-6483, <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2021.06.018> (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1472648321003023>)

Abstract: Access to assisted reproductive technology (ART) and fertility preservation remains restricted in middle and low income countries. We sought to review the status of ART and fertility preservation in Brazil, considering social indicators and legislative issues that may hinder the universal access to these services. Although the Brazilian Constitution expressly provides the right to health and ordinary law ensures the State is obliged to support family planning, the access to services related to ART and fertility preservation is neither easy nor egalitarian in the country. Only a handful of public hospitals provide free ART and their capacity is far from meeting the demand. Health insurance does not cover ART and the cost of private care is unaffordable to most people. Brazilian law supports but does not command the state provision of ART and fertility preservation to guarantee the right to family planning, therefore the availability of state-funded treatments is still scarce, reinforcing social disparities. Economic projections suggest that including ART in the Brazilian health system is affordable and may actually become profitable to the State in the long term, not to mention the ethical imperative of recognizing infertility as a disease, with no reason to be excluded from a health system that claims to be "universal".

Keywords: Assisted reproductive technology; reproductive health; public health system; social disparities; fertility preservation