



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
DEPARTAMENTO DE BIOLOGIA CELULAR, EMBRIOLOGIA E GENÉTICA
CURSO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS

Débora De Jesus Dos Anjos Correia

**Regulamentações do Conselho Federal de Medicina Sobre Técnicas De
Reprodução Humana Assistida Ao Longo Dos Anos No Brasil - Revisão
Narrativa Da Literatura**

Florianópolis

2025

Débora De Jesus Dos Anjos Correia

**Regulamentações do Conselho Federal de Medicina Sobre Técnicas De
Reprodução Humana Assistida Ao Longo Dos Anos No Brasil - Revisão
Narrativa Da Literatura**

Trabalho Conclusão do Curso de Graduação em Ciências Biológicas do Centro de Ciências Biológicas da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do título de Licenciada em Ciências Biológicas.

Orientadora: Prof. Dra. Virgínia Meneghini Lazzari.

Florianópolis

2025

Ficha catalográfica gerada por meio de sistema automatizado gerenciado pela BU/UFSC.
Dados inseridos pelo próprio autor.

Correia, Débora de Jesus dos Anjos
Regulamentações do Conselho Federal de Medicina Sobre
Técnicas De Reprodução Humana Assistida Ao Longo Dos Anos
No Brasil - Revisão Narrativa Da Literatura / Débora de
Jesus dos Anjos Correia ; orientadora, Virginia Meneghini
Lazzari, 2025.
41 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências
Biológicas, Graduação em Ciências Biológicas, Florianópolis,
2025.

Inclui referências.

1. Ciências Biológicas. 2. Reprodução Humana Assistida.
3. Regulamentações. I. Lazzari, Virginia Meneghini . II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em
Ciências Biológicas. III. Título.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus pelo fôlego de vida, as portas abertas para que as promessas d'Ele se cumprissem em minha vida e poder viver este momento.

Agradeço aos meus pais, Claudelino e Celina, meus irmãos Isaque e Miguel, por sempre estarem ao meu lado, me incentivarem aos estudos apesar das dificuldades e por me cobrirem com suas orações para que tudo desse certo.

Ao meu marido Claudio Nathann, que desde o início me incentivou, me encorajou, e me animou nos momentos em que mais precisei de palavras de apoio e motivação.

Agradeço à minha orientadora, Prof. Dra. Virgínia Meneghini Lazzari, que de primeira aceitou meu convite e esteve me conduzindo neste ano para construir este trabalho que devo a ela a inspiração.

Sou grata aos meus sogros, cunhados, parentes, amigos e colegas da graduação que estiveram em vários momentos me animando e comemorando cada conquista ao meu lado.

RESUMO

O Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou, ao longo dos últimos trinta e três anos, sete resoluções que regulamentam e orientam a prática da Reprodução Humana Assistida (RHA) no Brasil, com o propósito de oferecer orientações a clínicas e serviços de RHA e suporte a casais e indivíduos que enfrentam problemas de infertilidade. O objetivo principal da pesquisa foi analisar as normas reguladoras, identificando suas principais mudanças, inovações e impactos tanto na sociedade quanto no cotidiano das clínicas especializadas. A revisão foi desenvolvida por meio de consultas a fontes oficiais e científicas, como o site do CFM, a Associação Brasileira de Reprodução Assistida (SBRA), a Rede Latino-Americana de Reprodução Assistida (REDLARA), além das bases de dados PubMed e SciELO. Entre as transformações ocorridas na área de RHA, destacam-se o início regulamentado da fertilização *in vitro* (FIV), visto que já era praticada antes da primeira regulamentação em 1992, a grande ampliação do acesso às técnicas de FIV, o início e a ampliação da preservação dos gametas através da criopreservação, o desenvolvimento do diagnóstico genético pré-implantação, que permitiu selecionar embriões saudáveis e viáveis e o melhoramento do cultivo embrionário e das taxas de gravidez. Junto com essas inovações que foram ocorrendo, a regulamentação das práticas de RHA no Brasil tem evoluído em consonância com os avanços científicos e as mudanças nas concepções sociais acerca da infertilidade e dos direitos reprodutivos, estando atualmente respaldada pela Resolução CFM nº 2.320/2022. Tais avanços continuam a transformar o panorama da saúde reprodutiva, ampliando possibilidades e apresentando novos desafios éticos e sociais.

Palavras-chave: reprodução assistida; fertilização *in vitro*, doação de gametas; idade materna; idade paterna; bioética.

ABSTRACT

Over the last thirty-three years, the Federal Council of Medicine (CFM) has published seven resolutions regulating and guiding the practice of Assisted Human Reproduction (AHR) in Brazil, with the aim of providing guidance to AHR clinics and services and support to couples and individuals facing infertility problems. The main objective of the research was to analyze the regulatory standards, identifying their main changes, innovations, and impacts on both society and the daily routine of specialized clinics. The review was developed through consultations with official and scientific sources, such as the CFM website, the Brazilian Association of Assisted Reproduction (SBRA), the Latin American Network of Assisted Reproduction (REDLARA), in addition to the PubMed and SciELO databases. Among the changes that have taken place in the field of AHR, the following stand out: the regulated start of in vitro fertilization (IVF), since it was already being practiced before the first regulation in 1992; the great expansion of access to IVF techniques, the beginning and expansion of gamete preservation through cryopreservation, the development of preimplantation genetic diagnosis, which allowed the selection of healthy and viable embryos, and the improvement of embryo culture and pregnancy rates. Along with these innovations, the regulation of AHR practices in Brazil has evolved in line with scientific advances and changes in social conceptions about infertility and reproductive rights, and is currently supported by CFM Resolution nº. 2.320/2022. These advances continue to transform the landscape of reproductive health, expanding possibilities and presenting new ethical and social challenges.

Keywords: assisted reproduction; in vitro fertilization; gamete donation; maternal age; paternal age; bioethics.

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

Gráfico 1. Ciclos de RHA ao longos dos anos na América Latina e no Brasil.....	11
Tabela 1. Principais alterações entre resoluções do CFM	17
Gráfico 2. Distribuição etária das mulheres em tratamentos novos de fertilização in vitro e injeção intracitoplasmática de espermatozoides (FIV/ICSI) na América Latina, 2014-2019.....	28
Gráfico 3. Número de ciclos de transferência de embriões congelados/descongelados (FET) e número médio de embriões transferidos (ET). América Latina, 1996–2017.....	31
Gráfico 4. Proporção de ciclos de transferência de embriões frescos (FRESH) e congelados (FET) na América Latina, 1996–2019.....	32

LISTA DE ABREVIACÕES

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BCTG	Banco de Células e Tecidos Germinativos
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
FIV	Fertilização <i>In Vitro</i>
GIFT	Transferência Intratubria De Gametas
HLA	Antígenos Leucocitários Humanos
ICSI	Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoides
IUI	Inseminação Intrauterina
LGBTQIAPN+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Queer, Intersexuais, Assexuais, Pansexuais e Não binários
PGT	Teste Genético Pré-Implantacional
PGT-A	Teste Genético Pré-implantacional para Aneuploidias
PGT-M	Teste Genético Pré-implantacional para Doenças Monognicas
REDLARA	Red Latinoamericana de Reproducción Asistida
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RHA	Reprodução Humana Assistida
SBRA	Associação Brasileira de Reprodução Assistida
STF	Supremo Tribunal Federal
ZIT	Transferência Intratubria De Zigoto

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
1.1 TÉCNICAS UTILIZADAS EM RHA.....	9
1.2 REGULAMENTAÇÕES DO CFM QUE VERSAM SOBRE O TEMA.....	11
1.3 PROCEDIMENTOS INERENTES À FIV E SITUAÇÕES PASSÍVEIS DE MUDANÇAS REGULAMENTARES.....	12
1.3.1 Doação de oócitos.....	12
1.3.2 Doação de espermatozoides.....	13
1.3.3 Uso de espermatozoides post mortem.....	13
1.3.4 Útero de substituição.....	13
1.3.5 Congelamento, doação ou descarte de embriões.....	14
1.3.6 Diagnóstico genético de embriões e sexagem embrionária.....	14
1.4. JUSTIFICATIVA.....	15
1.5 OBJETIVO GERAL.....	15
1.6 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
2 METODOLOGIA.....	16
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	17
3.1 AS GESTAÇÕES GEMELARES E AS REGULAMENTAÇÕES SOBRE A TRANSFERÊNCIA DE EMBRIÕES AO LONGO DOS ANOS.....	21
3.2 O ACESSO DA POPULAÇÃO LGBTQIAPN+ AOS PROCEDIMENTOS DE RHA....	23
3.3 AS CONDUTAS PARA A DOAÇÃO DE ESPERMATOZOIDES NO BRASIL AO LONGO DOS ANOS.....	24
3.4 USO DE ESPERMATOZOIDES POST MORTEM:.....	25
3.5 ÚTERO DE SUBSTITUIÇÃO:.....	26
3.6 CRIOPRESERVAÇÃO, DOAÇÃO E DESCARTE DE OÓCITOS E IDADE MATERNA AVANÇADA:.....	28
3.7 CRIOPRESERVAÇÃO DE TECIDOS GONÁDICOS:.....	30
3.8 CRIOPRESERVAÇÃO, DOAÇÃO E DESCARTE DE EMBRIÕES:.....	30
3.9 DIAGNÓSTICO GENÉTICO DE EMBRIÕES E SEXAGEM EMBRIONÁRIA:.....	33
3.10 ADEQUAÇÕES DAS RESOLUÇÕES.....	34
4 CONCLUSÃO.....	36
REFERÊNCIAS.....	37

1 INTRODUÇÃO

1.1 TÉCNICAS UTILIZADAS EM RHA

A Reprodução Humana Assistida (RHA) envolve um conjunto de técnicas utilizadas para tratar a infertilidade. Conforme descreve ZEGERS-HOCHSCHILD *et al.* (2017), as técnicas de reprodução assistida englobam todas as intervenções que envolvem a manipulação, *in vitro*, de oócitos, espermatozoides ou embriões humanos com finalidade reprodutiva. Esse conjunto abrange, entre outras práticas, a fertilização *in vitro* (FIV) acompanhada da transferência embrionária, a injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), procedimentos de biópsia embrionária, o teste genético pré-implantacional (PGT), a eclosão assistida, a transferência intratubária de gametas (GIFT) ou de zigotos (ZIT), além da criopreservação de gametas e embriões. Também inclui a doação de sêmen, oócitos e embriões, bem como os ciclos realizados mediante útero de substituição.

Entre os procedimentos para tratar a infertilidade, a inseminação artificial se apresenta como uma alternativa rápida e mais barata, utilizada para casos mais simples, enquanto a FIV abrange uma série de técnicas utilizadas para casos mais complexos.

O método da inseminação artificial consiste na introdução de espermatozoides diretamente no sistema reprodutivo da mulher para facilitar a fertilização do oócito. Esse procedimento é indicado para casais que enfrentam dificuldades para conceber devido a fatores “leves” como baixa qualidade ou quantidade de espermatozoides, problemas no muco cervical, ou mesmo em casos de infertilidade sem causa aparente. Antes da inseminação, o sêmen é processado em laboratório para concentrar os espermatozoides mais saudáveis e aumentar as chances de sucesso (CORRÊA; LOYOLA, 2015).

Existem diferentes tipos de inseminação artificial, como a intracervical e a intrauterina (IIU), sendo esta última a mais comum. O processo pode ser realizado com espermatozoides do parceiro ou de um doador, dependendo das necessidades do casal. Embora seja uma técnica menos invasiva e mais acessível em comparação com outros métodos como a FIV, suas taxas de sucesso dependem de fatores como idade, saúde geral e causa da infertilidade (SICCHIERI *et al.*, 2018)

A FIV é um conjunto de métodos de reprodução assistida em que a fertilização do óocito pelo espermatozoide ocorre em um ambiente laboratorial, fora do corpo humano. Esse procedimento é indicado para casais que enfrentam dificuldades para engravidar devido a fatores como obstrução das tubas uterinas, endometriose, baixa qualidade ou quantidade de espermatozoides, ou infertilidade inexplicada (CORRÊA, LOYOLA, 2015).

A FIV destaca-se como o método mais procurado para tratamento de infertilidade. De acordo com a Associação Brasileira de Reprodução Assistida (2025), essa técnica consiste em quatro etapas distintas: a primeira é a estimulação ovariana que tem como objetivo a estimulação dos ovários através de medicamentos com dosagens específicas para que ocorra a maturação dos óocitos. Então é realizada a coleta dos gametas, no caso das mulheres é realizado um procedimento com anestesia e usada uma agulha fina junto de um aparelho de ultrassom para identificar o folículo ovariano e retirá-lo. Os espermatozoides são adquiridos através da ejaculação, e em casos de azoospermia eles são retirados por aspiração ou biópsia testicular.

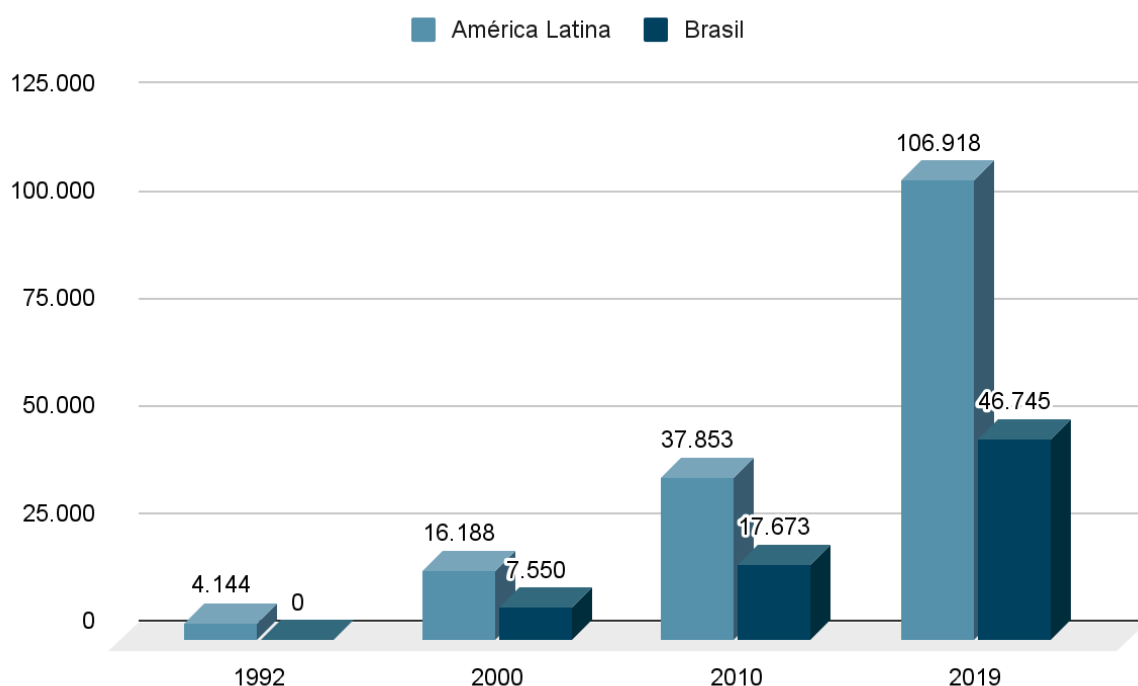
Após a coleta dos gametas eles são levados ao laboratório, onde o embriologista faz a seleção e preparação para o processo de fertilização. A fecundação pode ocorrer de duas formas: pela FIV convencional, na qual milhares de espermatozoides são colocados em contato com cada óvulo, ou pela técnica de ICSI, em que um único espermatozoide é injetado diretamente no óvulo. Após a fertilização, os embriões são cultivados de dois a cinco dias em incubadoras, monitorados quanto ao seu desenvolvimento. Quando atingem o estágio ideal, são transferidos para o útero por meio de um procedimento simples, guiado por ultrassom, sem necessidade de anestesia. O número de embriões transferidos é decidido com base em fatores clínicos e na qualidade dos embriões, buscando maximizar as chances de sucesso e reduzir riscos de gestação múltipla (Associação Brasileira de Reprodução Assistida, 2025).

No ano da publicação da primeira resolução do CFM, em 1992, registraram-se 4.144 ciclos de RHA em toda a América Latina; entretanto, não havia dados específicos referentes ao Brasil. A partir dos anos 2000, o aumento da disponibilidade tecnológica e a ampliação do acesso aos serviços contribuíram para uma expansão significativa no número de procedimentos, que alcançou 16.188 ciclos na América Latina, sendo 7.550 realizados no Brasil (REDLARA, 2001). Esse

crescimento, associado ao avanço técnico-científico e às transformações sociais, levou o CFM, em 2010 — dezoito anos após a primeira normatização — a revisar e atualizar suas diretrizes, culminando na Resolução nº 1.957/2010. No ano da publicação da segunda normatização, em 2010, foram registrados 37.853 ciclos na América Latina, dos quais 17.673 foram realizados no Brasil.

As resoluções subsequentes passaram a ser publicadas em intervalos menores, acompanhando a dinâmica evolutiva das práticas clínicas e o aumento expressivo na quantidade de pessoas que fazem uso das técnicas de RHA no Brasil. Em 2019, último ano de registro da REDLARA antes da pandemia, esse número aumentou para 106.918 ciclos, sendo 46.745 realizados em território nacional, evidenciando a consolidação das técnicas de RHA como recurso terapêutico amplamente difundido e socialmente demandado, sendo observados no gráfico 1.

Gráfico 1. Ciclos de RHA ao longos dos anos na América Latina e no Brasil



Fonte: Elaborado pela própria autora

1.2 REGULAMENTAÇÕES DO CFM QUE VERSAM SOBRE O TEMA

Atualmente, o Brasil não dispõe de uma legislação específica que regulamente, de forma abrangente, a execução das técnicas de RHA. Dessa forma, a normatização dessas práticas é conduzida principalmente pelo CFM, que, diante dos avanços científicos e das transformações socioculturais, revisa periodicamente suas resoluções com o objetivo de orientar a atuação das clínicas e dos profissionais de saúde. Essas atualizações buscam assegurar a ética, a segurança dos pacientes e a adequação dos procedimentos às novas configurações familiares e demandas reprodutivas da sociedade contemporânea.

Desde o nascimento do primeiro bebê concebido por FIV no Brasil, em 1984 (CORRÊA, 1997), a regulamentação da RHA passou a constituir um campo de diálogo contínuo entre ciência, bioética e direito. Esse processo normativo reflete não apenas o progresso tecnológico aplicado à reprodução humana, mas também a necessidade de garantir direitos reprodutivos e preservar princípios éticos fundamentais (LEITE, 2019).

Nesse percurso, diferentes resoluções do CFM foram publicadas, cada uma incorporando avanços, ajustando limites e reconhecendo novas possibilidades de constituição familiar. As principais normativas sobre o tema incluem: Resolução CFM nº 1.358, de 26 de setembro de 1992, Resolução CFM nº 1.957, de 28 de maio de 2010, Resolução CFM nº 2.013, de 22 de agosto de 2013, Resolução CFM nº 2.121, de 17 de junho de 2015, Resolução CFM nº 2.168, de 1º de agosto de 2017, Resolução CFM nº 2.294, de 22 de junho de 2021 e a Resolução CFM nº 2.320, de 12 de setembro de 2022.

1.3 PROCEDIMENTOS INERENTES À FIV E SITUAÇÕES PASSÍVEIS DE MUDANÇAS REGULAMENTARES

As resoluções do CFM destinadas à área de RHA abrangem diretrizes sobre a conduta em diferentes procedimentos:

1.3.1 Doação de oócitos

Trata-se de um procedimento no qual uma paciente doa seus oócitos para que outra mulher os utilize em um ciclo de FIV. Nessa modalidade, os oócitos da doadora são fecundados em laboratório com espermatozoides do parceiro da receptora (ou de um doador, quando aplicável), e os embriões resultantes são

posteriormente transferidos para o útero da receptora, possibilitando a gestação (STRAEHL *et al.*, 2017).

1.3.2 Doação de espermatozoides

No Brasil, a doação de espermatozoides é regulamentada pelo princípio da voluntariedade, anonimato e ausência de remuneração ao doador, conforme diretrizes do CFM. A captação ocorre por meio de bancos de sêmen, instituições responsáveis pela seleção, triagem clínica e laboratorial, armazenamento e distribuição do material genético em condições adequadas de qualidade e biossegurança. O sêmen doado é destinado a mulheres sem parceiro, casais heterossexuais com fator masculino de infertilidade e casais homoafetivos que desejam gestar. Assim, os bancos de sêmen tornam-se intermediários especializados na oferta de gametas provenientes de doadores anônimos, permitindo que a escolha seja realizada de acordo com características fenotípicas, clínicas e demandas específicas da receptora (WANSSA, 2010).

1.3.3 Uso de espermatozoides *post mortem*

A utilização de espermatozoides após o falecimento do indivíduo configura-se como reprodução assistida *post mortem* e somente é permitida no Brasil quando há manifestação expressa de consentimento prévio do doador, registrada em documento formal. Nesses casos, o material seminal previamente criopreservado pode ser empregado em procedimentos de FIV pela parceira sobrevivente, conforme as diretrizes ético-normativas vigentes estabelecidas pelo CFM (CFM, 2022).

1.3.4 Útero de substituição

A prática conhecida como gestação de substituição, anteriormente denominada de forma coloquial como “barriga de aluguel”, consiste na transferência de embriões formados a partir dos gametas dos pais biológicos (ou de doadores, quando necessário) para o útero de uma mulher que se dispõe a realizar a gestação. Essa gestante não exerce vínculo genético com o embrião, atuando exclusivamente como responsável pela gravidez (CFM, 2022).

1.3.5 Congelamento, doação ou descarte de embriões

Congelamento: Os embriões podem ser preservados por congelamento para uso futuro, caso a paciente deseje tentar uma nova gravidez em outro momento, sem a necessidade de passar novamente por um ciclo completo de FIV.

Doação: Em alguns casos, os embriões não utilizados podem ser doados para outros casais ou mulheres que não têm condições de gerar embriões próprios, permitindo que eles utilizem o material genético para tentar a gravidez.

Descarte: Caso a paciente não deseje mais utilizar os embriões a opção é o descarte ou a doação para pesquisas, desde que sigam as normas éticas e legais que regulam esses processos.

1.3.6 Diagnóstico genético de embriões e sexagem embrionária

A triagem de alterações genéticas em embriões antes da sua transferência para o útero é uma prática realizada desde o início dos anos 90, tendo sido bastante aprimorada nos últimos anos com o avanço das técnicas moleculares de análise genética.

Segundo Fernandes e Carvalho (2024), o Teste Genético Pré-Implantacional (PGT) é um método diagnóstico que se tornou muito utilizado para as técnicas de RHA. Esse procedimento é usado para identificar anomalias genéticas e cromossômicas em embriões e oócitos, para que possam ser selecionados os mais adequados para fazer a transferência e evitar doenças para os descendentes.

O diagnóstico genético de embriões é realizado por meio do PGT, técnica na qual se removem algumas células do embrião, ainda em estágio inicial de desenvolvimento, para análise molecular antes da transferência ao útero da paciente. O principal objetivo desse procedimento é identificar alterações genéticas ou cromossômicas que possam resultar em doenças hereditárias ou comprometer o desenvolvimento embrionário, permitindo a seleção de embriões com maior potencial de gerar uma gestação saudável (PETCH; CROSBY, 2024). A sexagem embrionária é proibida para fins de seleção de sexo, esse método é realizado somente para descobrir se o embrião possui alguma doença genética ligada ao cromossomo X.

1.4. JUSTIFICATIVA

A crescente demanda por técnicas de RHA no Brasil, evidenciada pelo aumento expressivo dos ciclos de FIV nas últimas décadas e pela ampliação do acesso de mulheres em idade materna avançada, pessoas solteiras e casais homoafetivos, evidencia a necessidade de compreender como as normas que regulam esses procedimentos vêm se transformando ao longo dos últimos anos. Apesar da expansão do uso da RHA, o país não dispõe de legislação específica, o que torna as resoluções do CFM o principal instrumento regulatório, além da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) que fiscaliza o funcionamento, triagem e rastreabilidade dos materiais biológicos utilizados. Com as mudanças culturais ocorridas nos últimos anos na sociedade brasileira, torna-se fundamental analisar a evolução dessas resoluções para identificar avanços, desafios éticos, técnicos e sociais ainda presentes. O estudo justifica-se, portanto, pela necessidade de sistematizar essas mudanças e avaliar seu impacto sobre o acesso, a prática clínica e os direitos reprodutivos no Brasil.

1.5 OBJETIVO GERAL

Avaliar as regulamentações do Conselho Federal de Medicina e o contexto histórico no Brasil em relação aos procedimentos de RHA.

1.6 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Comparar as orientações técnicas para doação de gametas ou embriões, criopreservação, gestação por substituição, diagnóstico genético, acesso a população LGBTQIAPN+ e a reprodução assistida *post mortem* nas resoluções do CFM ao longo dos anos.
- Identificar quais foram as principais mudanças na regulamentação do CFM e outros atores de normas das técnicas de RHA no Brasil ao longo dos anos.
- Avaliar o impacto das alterações na utilização das técnicas de RHA no Brasil, por meio da interpretação dos dados disponibilizados pela REDLARA, considerando indicadores como número de ciclos, perfil etário das pacientes, taxas de transferência embrionária e tendências observadas nas últimas

décadas.

2 METODOLOGIA

Para identificar as mudanças na regulamentação das técnicas de RHA no Brasil, foi feita uma pesquisa conduzida por meio de uma revisão documental. Foram analisadas as resoluções do CFM durante o período desde a sua primeira publicação em 1992 até as atualizações mais recentes. A metodologia incluiu a análise cronológica das mudanças normativas, identificando marcos regulatórios e significativos que influenciaram as modificações.

Foram comparadas as orientações técnicas relativas às práticas de doação de gametas ou embriões, criopreservação, gestação por substituição, diagnóstico genético, acesso a população LGBTQIAPN+, reprodução assistida post mortem, e foi realizada uma pesquisa qualitativa de caráter documental. A análise consistiu no levantamento de documentos normativos emitidos pelo CFM, entidade reguladora da RHA no Brasil. Foram examinadas as diretrizes, resoluções e regulamentações publicadas ao longo dos anos, com foco na evolução das orientações sobre cada uma dessas práticas. A metodologia envolveu a análise comparativa dessas diretrizes, buscando identificar as principais diferenças e mudanças associadas a cada técnica.

Por fim, foram analisados dados epidemiológicos demonstrados nos relatórios reportados à REDLARA nos anos em que as resoluções foram sendo atualizadas no Brasil, para entender o contexto de aplicação das atualizações das resoluções.

Nas etapas finais de elaboração do trabalho, foram utilizadas ferramentas de Inteligência artificial generativa para revisar o texto e para melhorias pontuais na escrita.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A primeira Resolução nº 1.358, de 1992, representou um marco regulatório para a RHA no Brasil, ao introduzir conceitos fundamentais e legitimar oficialmente a realização dessas técnicas no país, oito anos após o nascimento do primeiro bebê de proveta brasileiro, em 1984 (CORRÊA, 1997). Embora alguns procedimentos já fossem empregados anteriormente, foi somente com essa normatização que se estabeleceram diretrizes éticas e operacionais para sua prática. A crescente demanda por alternativas de tratamento da infertilidade conjugal, somada à intensa repercussão midiática em torno dos avanços científicos, contribuiu de forma decisiva para que o CFM estruturasse normas que visavam assegurar a segurança dos pacientes e a conduta responsável das instituições e profissionais envolvidos.

De 1992 até o presente momento, diante do contexto histórico e cultural brasileiro, o CFM adotou mais seis regulamentações para a RHA, que refletiram as mudanças nas técnicas e aplicações dos procedimentos na área, bem como adequaram-se às novas características sociais do Brasil. As principais diretrizes sobre a conduta em RHA publicadas em cada uma das resoluções do CFM podem ser encontradas na tabela 1.

Tabela 1. Principais alterações entre resoluções do CFM

	Disposições gerais	Doação De Gametas e Embriões	Criopreservação De Gametas e Embriões	Diagnóstico Genético Pré-Implantacional De Embriões	Gestação De Substituição
CFM nº 1.358/1992	As técnicas de RHA 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. É proibida a fecundação de oócitos humanos com qualquer outra	A doação nunca terá caráter lucrativo ou comercial. Os doadores não devem conhecer a identidade dos receptores e vice-versa. O registro das gestações evitará que um doador tenha produzido mais que duas gestações, de	As clínicas, centros ou serviços podem criopreservar espermatozoides, óvulos e embriões. Embriões excedentes de ciclos de FIV devem ser criopreservados, não podendo ser descartados ou destruídos.	Permitidas intervenções diagnósticas para a avaliação da viabilidade ou detecção de doenças hereditárias em embriões. Permitidas intervenções com fins terapêuticos sobre pré-embriões com a finalidade	As doadoras temporárias do útero devem pertencer à família da doadora genética, num parentesco até o segundo grau. A doação temporária do útero não poderá ter caráter lucrativo ou

	<p>finalidade que não seja a procriação humana.</p> <p>O número ideal de embriões a serem transferidos para a receptora não deve ser superior a quatro.</p> <p>Em caso de gravidez múltipla é proibida a utilização de procedimentos que visem a redução embrionária.</p> <p>Toda mulher casada ou em união estável que deseja ser receptora das técnicas de RHA, deverá ter a aprovação do cônjuge.</p>	sexos diferentes, numa área de um milhão de habitantes.	Os cônjuges ou companheiros devem expressar sua vontade quanto ao destino que será dado aos embriões criopreservados, em caso de divórcio, doenças graves ou de falecimento de um deles ou de ambos.	<p>de tratar uma doença ou impedir sua transmissão.</p> <p>O tempo máximo de desenvolvimento de embriões in vitro é de 14 dias.</p>	comercial.
CFM nº 1.957/2010	<p>Em relação ao número de embriões a serem transferidos, são feitas as seguintes determinações:</p> <p>a) mulheres com até 35 anos: até dois embriões;</p> <p>b) mulheres entre 36 e 39 anos: até três embriões;</p> <p>c) mulheres com 40 anos ou mais: até quatro embriões.</p> <p>Todas as pessoas podem ser receptoras das técnicas de RHA desde que estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidas sobre as técnicas.</p>	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.	igual	igual	igual
CFM nº 2.013/2013	As técnicas de RHA podem ser utilizadas desde que exista	A idade limite para a doação de gametas é de 35 anos para a	Os embriões criopreservados com mais de cinco anos	Permitida a seleção de embriões submetidos a	Além dos pré-requisitos das resoluções anteriores,

	<p>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 RHA é de 50 anos.</p> <p>É permitido o uso das técnicas de RHA para relacionamentos homoafetivos e pessoas solteiras, respeitado o direito da objeção de consciência do médico.</p>	<p>mulher e 50 anos para o homem.</p> <p>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.</p> <p>É permitida a doação voluntária de gametas, bem como a doação compartilhada de oócitos em RHA. A doadora tem preferência sobre o material biológico que será produzido.</p>	<p>poderão ser descartados se esta for a vontade dos pacientes, e não apenas para pesquisas de células-tronco, conforme previsto na Lei de Biossegurança.</p>	<p>diagnóstico de alterações genéticas causadoras de doenças.</p> <p>“Irmão Salvador” Permitida tipagem do sistema HLA (Antígenos Leucocitários Humanos) do embrião, com o intuito de seleção de embriões HLA-compatíveis com algum filho(a) do casal já afetado por doença que tenha como modalidade de tratamento efetivo o transplante de células-tronco ou de órgãos.</p> <p>Embriões submetidos a diagnóstico de alterações genéticas causadoras de doenças podem ser doados para pesquisa ou descartados.</p>	<p>agora também são necessários uma série de documentos para a aprovação da doadora temporária de útero.</p>
CFM nº 2.121/2015	<p>É permitida a gestação compartilhada em união homoafetiva feminina em que não exista infertilidade.</p>	<p>igual</p>	<p>As clínicas, centros ou serviços podem criopreservar tecidos gonádicos.</p>	<p>igual</p>	<p>A lista de documentos necessários diminuiu.</p>
CFM nº 2.168/2017	<p>As técnicas de RHA podem ser utilizadas na preservação social e/ou oncológica de gametas, embriões e tecidos germinativos.</p> <p>É permitido o uso</p>	<p>Um(a) mesmo(a) doador(a) poderá contribuir com quantas gestações forem desejadas, desde que em uma mesma família receptora.</p>	<p>Os embriões criopreservados com três anos ou mais poderão ser descartados se esta for a vontade expressa dos pacientes.</p> <p>Os embriões</p>	<p>igual</p>	<p>igual</p>

	<p>das técnicas de RHA para heterossexuais, homoafetivos e transgêneros. A resolução retira o direito de objeção do médico, que era previsto na resolução anterior.</p> <p>É permitida a gestação compartilhada em união homoafetiva feminina em que o embrião obtido a partir da fecundação do(s) oócito(s) de uma mulher é transferido para o útero de sua parceira.</p>		criopreservados e abandonados por três anos ou mais poderão ser descartados.		
CFM nº 2.294/2021	<p>Em relação ao número de embriões a serem transferidos, são feitas as seguintes determinações:</p> <p>a) mulheres com até 37 anos: até dois embriões;</p> <p>b) mulheres com mais de 37 anos: até três embriões;</p> <p>c) em caso de embriões euploides ao diagnóstico genético; até dois embriões, independentemente da idade;</p> <p>d) nas situações de doação de oócitos, considera-se a idade da doadora no momento de sua coleta para a determinação do número de embriões a serem transferidos.</p> <p>Em união homoafetiva masculina, com útero de substituição, o</p>	<p>Os doadores não devem conhecer a identidade dos receptores e vice-versa, exceto na doação de gametas para parentesco de até quarto grau de um dos receptores, desde que não incorra em consanguinidade.</p> <p>A idade limite para a doação de gametas é de 37 anos para a mulher e de 45 anos para o homem.</p> <p>A responsabilidade pela seleção dos doadores é exclusiva dos usuários quando da utilização de banco de gametas ou embriões.</p>	O número total de embriões gerados em laboratório não poderá exceder a 8 (oito).	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.	<p>A cedente temporária do útero ter ao menos um filho vivo e pertencer à família de um dos parceiros em parentesco consanguíneo até o quarto grau.</p> <p>A clínica de reprodução não pode intermediar a escolha da cedente do útero.</p>

	médico deve conhecer o material genético masculino que deu origem ao embrião implantado – sendo vedada a mistura dos espermatozoides dos parceiros, inviabilizando o conhecimento da origem genética.				
CFM nº 2.320/2022	igual	<p>A doadora de óvulos ou embriões não pode ser a cedente temporária do útero.</p> <p>A doação de gametas pode ser realizada a partir da maioridade civil.</p> <p>Exceções ao limite da idade feminina podem ser aceitas nos casos de doação de oócitos ou embriões previamente congelados e doação familiar, desde que os receptores sejam devidamente esclarecidos sobre os riscos para a prole.</p>	Não há limite para a quantidade de embriões gerados no laboratório.	igual	igual

Fonte: Elaborado pela própria autora

3.1 AS GESTAÇÕES GEMELARES E AS REGULAMENTAÇÕES SOBRE A TRANSFERÊNCIA DE EMBRIÕES AO LONGO DOS ANOS

Nos primeiros anos de aplicação das técnicas de RHA, era prática comum que os embriões permanecessem em cultivo até o terceiro dia de desenvolvimento, sendo então transferidos ao útero da paciente. Devido ao tempo reduzido de avaliação embrionária, a conduta adotada consistia na transferência de um maior

número de embriões, buscando aumentar as taxas de sucesso gestacional. Como consequência, durante a década de 1990 e início dos anos 2000, observou-se um número expressivo de gestações múltiplas — muitas resultando em gêmeos ou trigêmeos — consideradas de maior risco obstétrico. Dados da REDLARA indicam que, no início da década de 1990 (ZEGERS-HOCHSCHILD; PRADO ARAVENA, 1990), a taxa média de gestações gemelares era de aproximadamente 27%, elevando-se para cerca de 34% no início dos anos 2000 (REDLARA, 2001). Essas taxas elevadas refletiam, simultaneamente, a busca por resultados positivos e as melhorias progressivas no cultivo e seleção embrionária que se desenvolviam naquele período.

A primeira regulamentação brasileira sobre RHA, publicada em 1992, não estabelecia limite de idade para a transferência embrionária, embora determinasse a quantidade máxima de embriões a serem transferidos, fixada em até quatro por procedimento. Com o avanço tecnológico e o refinamento das técnicas laboratoriais, o CFM revisou essas normas, e, na Resolução de 2010, passou a definir o número de embriões transferidos de acordo com a idade da paciente: até dois embriões para mulheres com até 35 anos, e até quatro embriões para mulheres com 40 anos ou mais. As resoluções subsequentes, publicadas entre 2013 e 2017, mantiveram esses parâmetros.

Entretanto, em 2021, a Resolução CFM nº 2.294 introduziu nova modificação, permitindo a transferência de até dois embriões em mulheres com até 37 anos e até três embriões em mulheres acima dessa faixa etária, orientação mantida pela Resolução de 2022. Essa alteração alinhou-se aos objetivos de reduzir a incidência de gestações múltiplas associadas aos procedimentos de RHA, especialmente em um contexto no qual os laboratórios passaram a estender o cultivo embrionário até o quinto dia de desenvolvimento (fase de blastocisto), possibilitando uma seleção mais precisa dos embriões com maior potencial de implantação e desenvolvimento saudável.

A redução no número de embriões transferidos não resultou em menores taxas de sucesso e conseguiu reduzir as taxas de gemelaridade. Em 2015, a taxa de nascimentos por embrião transferido na América Latina era de 25,62%, sendo que destes nascimentos, 20,53% eram frutos de gestações gemelares (ZEGERS-HOCHSCHILD *et al.*, 2018). Já em 2020 (último ano do registro da REDLARA), a taxa de nascimentos por embrião transferido foi em média de 25,2%,

sendo que a taxa de gestações gemelares caiu para em média 11,17% (ZEGERS-HOCHSCHILD *et al.*, 2023).

3.2 O ACESSO DA POPULAÇÃO LGBTQIAPN+ AOS PROCEDIMENTOS DE RHA

A década de 2010 foi marcada por intensos debates éticos, jurídicos e sociais acerca dos direitos das pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Queer, Intersexuais, Assexuais, Pansexuais e Não binários (LGBTQIAPN+). Em 2011, o Supremo Tribunal Federal (STF) reconheceu a união estável entre pessoas do mesmo sexo como entidade familiar, garantindo-lhes os mesmos direitos civis atribuídos aos casais heterossexuais. Posteriormente, em 2013, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), por meio da Resolução nº 175, autorizou o casamento civil entre casais homoafetivos. Esse reconhecimento institucional possibilitou que muitos desses casais passassem a planejar a constituição de famílias, o que refletiu diretamente nas atualizações normativas das técnicas de RHA no Brasil.

A Resolução CFM nº 1.957/2010 já havia removido a exigência de declaração de estado civil ou orientação sexual para o acesso às técnicas, abrindo espaço para o debate sobre a utilização da RHA por casais homoafetivos, que, na prática, já buscavam esses serviços. Entretanto, foi apenas a partir da Resolução CFM nº 2.013/2013 que o acesso dessas famílias foi efetivamente assegurado de forma explícita, descrevendo que foi autorizada a aplicação das técnicas de reprodução assistida em pessoas solteiras e em casais homoafetivos, desde que fosse respeitado o direito do médico à objeção de consciência.

Em 2015, com a publicação da Resolução CFM nº 2.121, importantes avanços foram incorporados, acompanhando as transformações sociais e os progressos da medicina reprodutiva. Entre eles destacou-se a autorização da gestação compartilhada para casais homoafetivos femininos, independentemente da presença de diagnóstico de infertilidade. Essa mudança representou um marco no reconhecimento da legitimidade e diversidade das formas de parentalidade, ao permitir a participação biológica ou gestacional de ambas as mulheres no processo reprodutivo.

Em 2017, a Resolução CFM nº 2.168 ampliou o acesso às técnicas para pessoas homoafetivas e pessoas transgênero. Pesquisas indicavam que o desejo de parentalidade era significativo nesse grupo. Wierckx *et al.* (2012, apud Cabar,

Oliveira e Machado, 2022) apontam que 54% dos homens trans desejavam ter filhos, e 37% considerariam preservar seus gametas caso essa orientação lhes tivesse sido oferecida. A resolução também eliminou a possibilidade de objeção por convicção pessoal por parte do médico, garantindo maior autonomia reprodutiva e igualdade de acesso aos serviços.

Por fim, a Resolução CFM nº 2.294/2021 estabeleceu que, em casais homoafetivos masculinos, apenas um sêmen deve ser utilizado para a fecundação, a fim de assegurar a rastreabilidade do material biológico. A mesma diretriz aplica-se a casais homoafetivos femininos, que não podem misturar oócitos provenientes de ambas as parceiras em um mesmo ciclo de fertilização. Essas orientações visam preservar a segurança clínica, a rastreabilidade genética e a definição transparente de parentalidade.

3.3 AS CONDUTAS PARA A DOAÇÃO DE ESPERMATOZOIDES NO BRASIL AO LONGO DOS ANOS

A doação de espermatozoides é uma prática bastante utilizada em RHA, iniciando-se nos anos 90 com a utilização de bancos de sêmen de outros países. Ao longo das últimas décadas, alguns bancos foram sendo criados no Brasil e atualmente as clínicas de RHA podem obter o material tanto de bancos do exterior quanto de bancos nacionais.

A Resolução CFM nº 1.358/1992 autorizou a doação de gametas no Brasil, estabelecendo desde então o caráter exclusivamente voluntário e não lucrativo da prática, princípio que permanece vigente. Essa primeira normatização determinava o anonimato entre doadores e receptores, assegurando o sigilo de identidade.

Além das normas do CFM, a ANVISA tem um papel de complementaridade institucional, a agência disciplina o funcionamento, triagem e rastreabilidade dos materiais biológicos utilizados na RHA, enquanto o CFM regula a conduta médica. As Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC) da ANVISA, publicaram as seguintes regulamentações: RDC nº 23/2011 e a RDC nº 72/2016, que tratam sobre o regulamento técnico para o funcionamento dos Bancos de Células e Tecidos Germinativos (BCTG) e estabelecem critérios técnicos e sanitários para bancos de células e tecidos germinativos, incluindo o armazenamento, controle microbiológico e transporte de sêmen.

No que se refere ao controle de gametas doados, a resolução de 1992 determinou que o material de um único doador não poderia resultar em mais de duas gestações de sexos diferentes dentro de uma mesma área de um milhão de habitantes. Tal medida buscava reduzir o risco de relacionamentos afetivos ou conjugais entre irmãos consanguíneos desconhecidos, garantindo a confidencialidade da doação sem comprometer a segurança genética da população. Para isso, o registro rigoroso das amostras pelas clínicas tornou-se uma exigência ética e de saúde pública.

Na Resolução CFM nº 2.013/2013, foram definidos limites etários para a doação: até 35 anos para mulheres e até 50 anos para homens. Esses parâmetros fundamentam-se em evidências biomédicas, já que estudos têm demonstrado declínio gradual na qualidade seminal ao longo do tempo, com impactos na motilidade, morfologia, concentração e integridade do DNA espermático (CAVALCANTE et al., 2008; PINO et al., 2020). No contexto Brasileiro, um estudo conduzido por Siqueira *et al.* (2020) analisou 9.267 amostras de sêmen de homens investigados por infertilidade na UNICAMP entre 1995 e 2018 e verificou-se uma redução média anual de aproximadamente 2,84 milhões de espermatozoides móveis totais, reforçando a importância da definição de limites etários.

Com a publicação da Resolução CFM nº 2.294/2021, novos ajustes foram incorporados: o limite para a doação de espermatozoides foi reduzido de 50 para 45 anos, considerando evidências sobre o aumento da taxa de mutações genéticas, alterações cromossômicas e declínio da qualidade seminal associados ao envelhecimento masculino (PASQUALOTTO et al., 2006). A Resolução CFM nº 2.294/2021 trouxe outro ponto importante sobre a conduta na doação de espermatozoides: a partir da sua publicação, além dos bancos de sêmen com doadores anônimos também passou a ser permitida a doação de espermatozoides entre parentes consanguíneos até o quarto grau, preservando-se, no entanto, o anonimato nos casos de doação entre indivíduos sem vínculo familiar prévio.

Por fim, a Resolução CFM nº 2.320/2022 estabeleceu que a doação de gametas pode ocorrer a partir da maioridade civil, fixada em 18 anos, reforçando o princípio do consentimento informado e da autonomia reprodutiva.

3.4 USO DE ESPERMATOZOIDES *POST MORTEM*:

Casos de reprodução utilizando gametas de um cônjuge falecido são bastante raros, mas podem acontecer. Sendo assim, a partir da Resolução CFM nº 1.957/2010 passou a ser regulamentada a possibilidade de realização da reprodução *post mortem*, desde que houvesse autorização prévia e expressa da pessoa falecida. Essa diretriz, que garante o respeito à autonomia e ao consentimento reprodutivo, foi mantida nas resoluções posteriores e permanece vigente na Resolução CFM nº 2.320/2022, sem alterações substanciais no que se refere a esse procedimento.

3.5 ÚTERO DE SUBSTITUIÇÃO:

O método de útero de substituição, amplamente conhecido como “barriga de aluguel”, consiste na cessão temporária do útero por uma pessoa para que um casal com infertilidade ou um casal homoafetivo possa concretizar a gestação por meio dessa técnica de RHA. Para sua realização, o CFM definiu critérios específicos que regulamentam e orientam esse procedimento.

A Resolução CFM nº 2.013/2013 estabeleceu que a doadora temporária de útero deveria pertencer à família de um dos parceiros, em parentesco consanguíneo de até segundo grau, que são as avós ou irmãs. Para a autorização do procedimento, exigia-se a apresentação de diversos documentos, incluindo: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelos pacientes (pais genéticos) e pela doadora; relatório médico contendo avaliação psicológica e atestado de adequação clínica e emocional da doadora; descrição técnica do procedimento, com análise dos aspectos biológicos, jurídicos, éticos e econômicos envolvidos; contrato formal entre os pacientes e a doadora definindo de maneira inequívoca a filiação da criança; garantia de respaldo médico integral durante gestação e puerpério; comprovação de que o registro civil seria realizado pelos pais genéticos; e, quando aplicável, anuência expressa do cônjuge ou companheiro da doadora.

Com a publicação da Resolução CFM nº 2.121/2015, houve simplificação documental, mantendo-se, contudo, a essência dos requisitos éticos e de segurança. Passaram a ser exigidos: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por ambas as partes, contemplando riscos e aspectos biopsicossociais da gestação; relatório médico com avaliação psicológica de todos os envolvidos; Termo de Compromisso sobre filiação; garantia de acompanhamento médico durante todo o

período gestacional e puerperal; comprovação de que o registro civil da criança seria realizado pelos pais genéticos; e, quando necessário, autorização do cônjuge ou companheiro da doadora.

Além do CFM, o CNJ através do Provimento 63/2017 regula o registro de nascimento de crianças concebidas por RHA, definindo que não é necessário identificar o doador do material genético para registrar a criança, permite o reconhecimento voluntário de paternidade ou maternidade socioafetiva, mediante averbação no registro civil, sem necessidade de processo judicial (isso facilita o registro para famílias homoafetivas, por exemplo), estabelece que não será registrado o nome da cedente temporária do útero no registro de nascimento da criança. Em vez disso, deve ser apresentado o termo de compromisso assinado pela a gestante de substituição, esclarecendo a questão da filiação.

A Resolução CFM nº 2.168/2017 ampliou o rol de parentes aptas à cessão temporária do útero, permitindo a participação de familiares consanguíneos em linha descendente, como filhas e sobrinhas. Essa alteração representou um avanço significativo ao reconhecer novas configurações familiares e favorecer a efetivação do tratamento para aqueles que recorrem às técnicas de reprodução assistida.

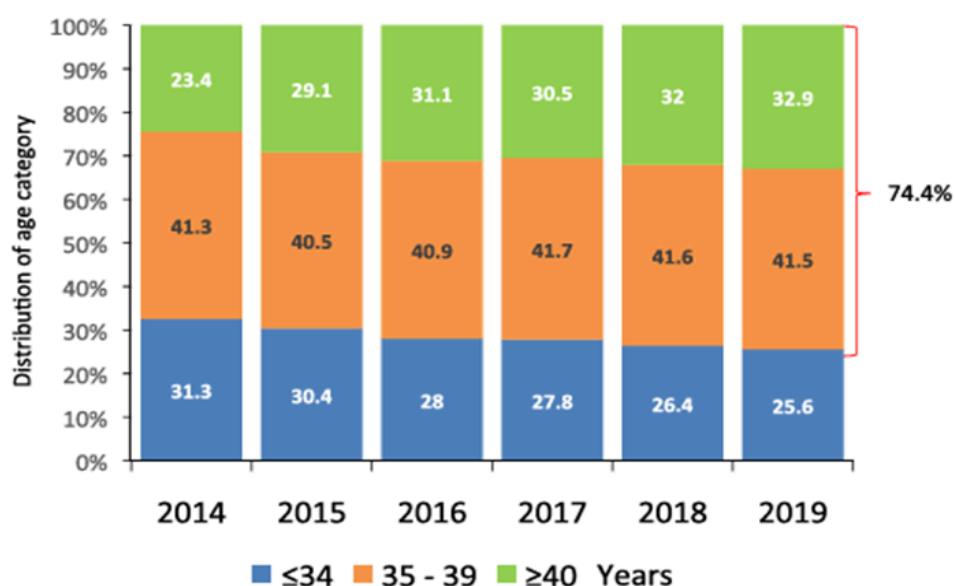
Posteriormente, a Resolução CFM nº 2.294/2021 flexibilizou ainda mais o grau de parentesco, autorizando a doação temporária do útero por familiares consanguíneos até o quarto grau, incluindo tias e primas, ampliando, assim, as possibilidades de viabilização da gestação por substituição.

Para ampliar a garantia ao direito de utilizar o útero de substituição, por fim, a Resolução CFM nº 2.320/2022 introduziu uma normativa e passou a formalizar que, nos casos em que não seja possível atender ao requisito de parentesco estabelecido, a realização da gestação por substituição poderá ocorrer mediante solicitação de autorização excepcional ao CFM, mantendo, contudo, os princípios éticos que norteiam a proteção da autonomia e da segurança de todos os envolvidos. Dessa forma, pessoas conhecidas do casal e que tenham a intenção de ser útero solidário, poderão ser liberadas pelo CFM, mediante a análise do caso. Essa medida foi inserida na resolução de 2022 após muitos casos de casais sem familiares disponíveis terem sido autorizados a utilizar o útero de substituição de pessoas amigas, através de liberações na justiça.

3.6 CRIOPRESERVAÇÃO, DOAÇÃO E DESCARTE DE OÓCITOS E IDADE MATERNA AVANÇADA:

O planejamento familiar tem se tornado um dos principais fatores que impulsionam a busca por tratamentos de reprodução assistida. Um número crescente de mulheres tem optado por adiar a maternidade em razão de prioridades profissionais, financeiras ou pessoais. Entretanto, a literatura médica demonstra que a postergação da gestação está associada ao aumento de riscos maternos e fetais, incluindo maior incidência de aneuploidias, complicações gestacionais e redução da probabilidade de gravidez espontânea. Por essa razão, técnicas como o congelamento de oócitos e a FIV têm sido cada vez mais procuradas, seja para preservar a fertilidade futura, seja para viabilizar a gestação em idade mais avançada. O registro da REDLARA no gráfico 2, mostra que em 2019 74,4% das pacientes que utilizaram serviços de RHA na América Latina eram mulheres em idade materna avançada. Para essas pacientes, os casos de congelamento e doação de oócitos são especialmente importantes.

Gráfico 2. Distribuição etária das mulheres em tratamentos novos de fertilização in vitro e injeção intracitoplasmática de espermatozoides (FIV/ICSI) na América Latina, 2014-2019



Fonte: Zegers-Hochschild et al., 2022.

Com o passar dos anos e o advento da vitrificação na década de 2010, o congelamento de oócitos foi se tornando mais acessível e eficiente. De lá pra cá o congelamento de oócitos tem aumentado bastante, tanto para a preservação da fertilidade feminina quanto como uma estratégia nos ciclos de FIV. Como consequência, a doação de oócitos também se tornou uma realidade nas clínicas brasileiras. No registro da REDLARA de 2019 (último registro publicado antes da pandemia), foram reportados 3.525 casos de doação de oócitos no Brasil somente naquele ano e na América Latina foram reportados um total de 19.277 casos de doação de oócitos, configurando 18% de todos os casos de FIV.

As resoluções que versam sobre a criopreservação e doação de oócitos são as mesmas que as de espermatozoides, sendo a autorização e controle de registro estabelecidas na Resolução CFM nº 1.358/1992. Tratando-se de criopreservação, a ANVISA através da RDC nº 23/2011 e nº 72/2016 regula as normas de armazenamento, transporte e descarte adequados.

Na Resolução CFM nº 2.013/2013, foram definidos limites etários para a doação: até 35 anos para mulheres. A idade limite estabelecida baseia-se no conhecimento da diminuição progressiva na qualidade dos oócitos, aumentando o risco de aneuploidias e reduzindo a viabilidade embrionária, conforme apontado por Silva e Surita (2009), a incidência de abortamento espontâneo é mais elevada entre mulheres em idade materna avançada, em razão do aumento de trissomias e outras aneuploidias, decorrentes da redução na qualidade oocitária e, possivelmente, de alterações hormonais características dessa fase da vida, reforçando a necessidade de avaliação individualizada e acompanhamento rigoroso.

A Resolução de 2013 também regulamentou a chamada doação compartilhada de oócitos, modalidade na qual a receptora custeia o tratamento da doadora, que, em contrapartida, cede parte de seus oócitos. Nessa forma de doação, o anonimato entre as partes é mantido. Essa regulamentação formalizou uma prática que já vinha sendo conduzida no âmbito clínico, ampliando o acesso à RHA para mulheres e casais com menor disponibilidade financeira. A Resolução de 2013 ainda estabeleceu a idade limite de 50 anos para mulheres que desejam se submeter a tratamento para gestação, devido aos riscos clínicos envolvidos. Essas pacientes costumam utilizar oócitos doados, porém, mesmo assim podem apresentar complicações na gestação. Acima de 50 anos permite-se a realização de

procedimentos de RHA desde que haja avaliação médica detalhada e comprovação de condições clínicas favoráveis, que se mantém até a resolução atual, de 2022.

Com a publicação da Resolução CFM nº 2.294/2021, novos ajustes foram incorporados: a idade máxima para doação de oócitos foi ampliada de 35 para 37 anos, em razão dos avanços nas técnicas de seleção e avaliação de qualidade gamética, que permitem maior segurança na utilização de oócitos de mulheres nessa faixa etária.

A partir da resolução de 2021, tornou-se possível a doação de gametas entre parentes de até quarto grau (1º- pais/filhos; 2º- avós/irmãos; 3º- tios/sobrinhos; 4º- primos) de um dos receptores. Essa norma ampliou as alternativas para casais com dificuldades reprodutivas alcançarem a gestação por meio de mais uma das técnicas de RHA.

3.7 CRIOPRESERVAÇÃO DE TECIDOS GONÁDICOS:

A criopreservação de tecidos gonádicos pode ser uma alternativa para a preservação da fertilidade em casos de pacientes oncológicos que não possam fazer indução hormonal da ovulação ou para pacientes que não conseguem coletar os espermatozoides a partir do ejaculado. Nestes casos, a Resolução de 2015 autorizou a preservação de tecidos gonádicos (ovariano e/ou testicular), ampliando significativamente as possibilidades de preservação da fertilidade. Essa medida mostrou-se especialmente relevante para pacientes oncológicos submetidos a terapias potencialmente esterilizantes, como quimioterapia e radioterapia. Conforme descrevem Carvalho, Rodrigues *et al.* (2014), a preservação de tecido ovariano tem despertado amplo interesse científico, e diversas pesquisas indicaram que o transplante autólogo de fragmentos ovarianos previamente congelados e posteriormente descongelados possibilitou a restauração plena da função gonadal em diferentes modelos experimentais, incluindo roedores, ovinos, primatas e até mesmo seres humanos.

3.8 CRIOPRESERVAÇÃO, DOAÇÃO E DESCARTE DE EMBRIÕES:

Ao longo dos anos em que a RHA tem sido aplicada no Brasil, as técnicas de criopreservação de embriões mudaram bastante, tornando-se mais eficientes,

seguras e acessíveis. Isso fez com que ocorresse um aumento exponencial do número de embriões criopreservados em procedimentos de FIV nas últimas décadas. Os dados do registro de embriões criopreservados da América Latina mostram que esse aumento é uma tendência não apenas no Brasil, como pode ser visto no registro da REDLARA de 2017 (gráfico 3).

Gráfico 3. Número de ciclos de transferência de embriões congelados/descongelados (FET) e número médio de embriões transferidos (ET). América Latina, 1996–2017.

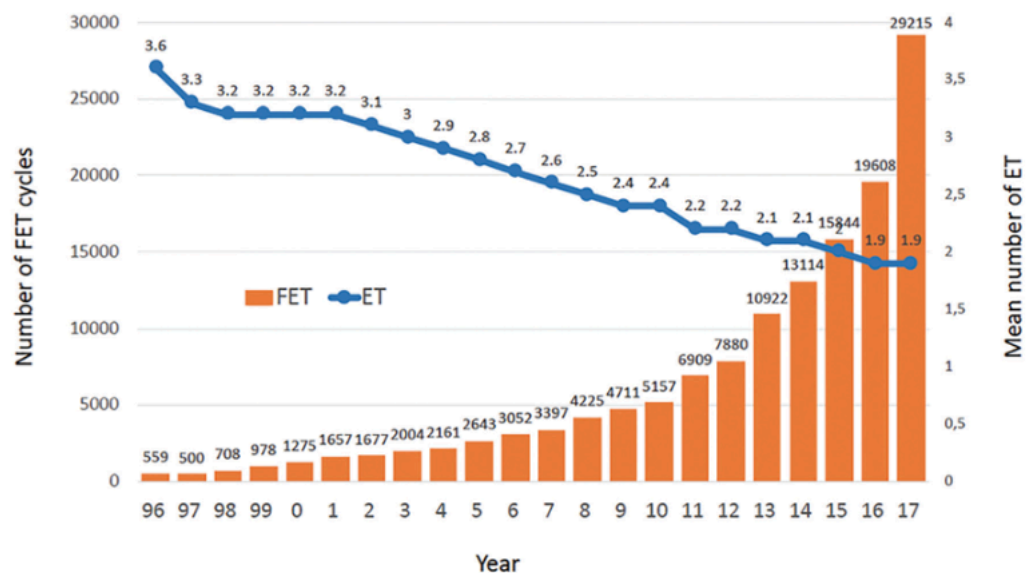


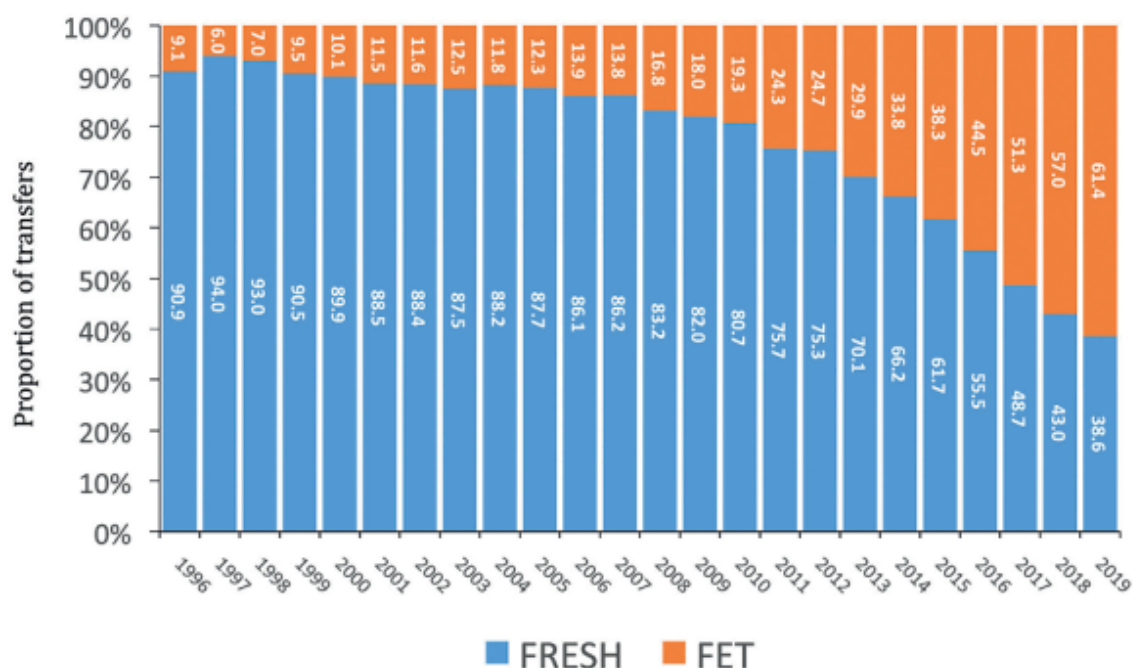
Figure 5. Trends in the number of frozen/thawed embryo transfer (FET) cycles and mean number of embryos transferred (ET). Latin America, 1996–2017.

Fonte: Zegers-Hochschild et al., 2020

Os dados do gráfico 3 revelam um aspecto relevante: à medida que ocorre um maior número de casos de congelamentos de embriões, reduz-se a quantidade de embriões transferidos em cada ciclo de FIV. Essa prática aumenta as possibilidades de novas tentativas em ciclos subsequentes e reduz as taxas de gestação gemelar, contribuindo para maior segurança reprodutiva.

O aumento do número de casos de congelamento de embriões, visto em números brutos no gráfico 3, também pode ser visto em termos de proporção, quando analisamos os dados do gráfico 4.

Gráfico 4. Proporção de ciclos de transferência de embriões frescos (FRESH) e congelados (FET) na América Latina, 1996–2019.



Fonte: Zegers-Hochschild, F. et al., 2022.

Na década de 1990, observa-se que a maior parte das transferências ocorria com embriões a fresco. A partir de 2013, é possível perceber um aumento das transferências com embriões previamente criopreservados, o que alterou o cenário apresentado. A partir de 2017, a maioria das transferências embrionárias ocorrem com embriões congelados, ultrapassando as transferências a fresco. Essa mudança resultou tanto do aprimoramento das técnicas de RHA, quanto de transformações sociais que influenciaram as escolhas reprodutivas.

No contexto brasileiro, a primeira resolução do CFM, publicada em 1992, regulamentou procedimentos iniciais da reprodução assistida, incluindo a proibição da fecundação de oócitos humanos sem finalidade reprodutiva, impedindo seu uso para testes ou pesquisas. Ainda nessa primeira regulamentação, o CFM autorizou a criopreservação de gametas e embriões, prática já consolidada em outros países. Contudo, determinava-se que os embriões excedentes não poderiam ser descartados.

A ANVISA por meio da RDC nº 23/2011 e nº 72/2016 disciplina os aspectos laboratoriais, sanitários e logísticos do armazenamento e descarte dos embriões,

sendo responsabilidade do CFM, regular quem pode fazer as doações e as condições corretas.

A orientação de que os embriões excedentes não poderiam ser descartados foi mantida até a Resolução CFM nº 2.013/2013, que respondeu a uma demanda crescente das clínicas de fertilização, as quais relatavam a existência de embriões congelados e abandonados há mais de 20 anos, dificultando o manejo laboratorial. Diante deste cenário, essa restrição ao descarte foi revisada e modificada, baseada na promulgação da Lei de Biossegurança nº 11.105, de março de 2005 (BRASIL, 2005), que passou a permitir o uso de células-tronco embrionárias provenientes de embriões excedentes de procedimentos de FIV, desde que estes não fossem mais utilizados para fins reprodutivos.

Assim, a partir da resolução de 2013, tornou-se possível o descarte de embriões criopreservados há mais de cinco anos, com respaldo na Lei de Biossegurança nº 11.105/2005. Além do descarte, também passaram a ser autorizadas a doação de embriões para pesquisa científica ou para outros casais, ampliando alternativas terapêuticas e reprodutivas.

Quatro anos após, a Resolução CFM nº 2.168/2017 estabeleceu que embriões criopreservados e/ou abandonados por três anos ou mais, diante da ausência de manifestação dos genitores após tentativas comprovadas de contato, poderiam ser descartados, diminuindo o tempo mínimo de criopreservação antes do descarte.

De acordo com a Resolução CFM nº 2.320/2022, embriões criopreservados por três anos ou identificados com alterações genéticas em testes podem ser destinados à pesquisa ou ao descarte, desde que haja consentimento dos responsáveis, sem a obrigatoriedade de permanecerem armazenados por três anos. Essa diretriz mantém os princípios já estabelecidos pela resolução de 2015, que igualmente permitia o descarte ou a doação para pesquisa de embriões portadores de doenças genéticas, preservando sempre a decisão dos pacientes.

3.9 DIAGNÓSTICO GENÉTICO DE EMBRIÕES E SEXAGEM EMBRIONÁRIA:

O diagnóstico é realizado somente se o médico ou a família solicitar. Além da detecção de aneuploidias (PGT-A), o exame pode ser empregado em casos de doenças monogênicas de histórico familiar (PGT-M), permitindo a seleção de

embriões não afetados. Outro uso possível é a seleção de embriões compatíveis com um irmão já nascido que necessite de transplante de células-tronco ou tecidos, técnica conhecida popularmente como “irmão salvador”. Nessa modalidade, a seleção se baseia na compatibilidade do Sistema HLA (Antígenos Leucocitários Humanos), possibilitando o tratamento e até a cura de doenças graves por meio de transplante de células entre irmãos.

Na Resolução do CFM de 2021, estabeleceu-se que a divulgação do sexo do embrião só é permitida quando houver indicação clínica, como nos casos de doenças ligadas ao sexo ou aneuploidias dos cromossomos sexuais. Dessa forma, a normativa reforça que a seleção embrionária deve ter finalidade exclusivamente terapêutica, evitando a prática de escolha de sexo por motivos não médicos. Embora o CFM discipline as indicações éticas para o uso do PGT, a execução laboratorial dos testes depende de normas sanitárias da ANVISA, esse tema dialoga com discussões bioéticas mais amplas, como os limites entre prevenção de doenças e práticas seletivas.

3.10 ADEQUAÇÕES DAS RESOLUÇÕES

Nas últimas décadas, o avanço das técnicas de RHA e as demandas éticas associadas ao seu uso motivaram sucessivas atualizações normativas pelo CFM. Porém, nem todas as atualizações foram adequadas à rotina das clínicas e algumas precisaram ser revisadas ou revogadas. Dentre elas, a Resolução CFM nº 2.294/2021 estabeleceu um limite máximo de oito embriões a serem gerados em laboratório por ciclo de tratamento. Tal determinação gerou ampla contestação por parte de clínicas e profissionais de reprodução assistida, que solicitaram sua revogação. Argumentou-se que essa restrição prejudicaria especialmente mulheres com baixa reserva ovariana ou em idade reprodutiva avançada, uma vez que, devido à redução progressiva da qualidade oocitária, é necessária a fecundação de um número maior de oócitos para aumentar a probabilidade de obtenção de embriões viáveis. Como destacam Cabar, Oliveira e Machado (2022), quando o número de embriões fertilizados é limitado, o tratamento de mulheres acima de 40 anos tem os resultados afetados, comparados com os de mulheres mais jovens. A mudança trazida na resolução impacta a vida financeira do casal, além de violar os direitos de

planejamento. Direito esse, resguardado pela Constituição Federal de 1988, que assegura ao casal a autonomia em relação ao planejamento familiar.

Em resposta às solicitações e judicialização de revisão, o CFM publicou um novo conjunto de normas em setembro de 2022, substituindo a resolução anterior. Nessa atualização, o limite para a geração de embriões deixou de existir. A decisão sobre quantos embriões serão formados passou a ser definida pelos pacientes em conjunto com a equipe médica, sendo estabelecido que os embriões excedentes viáveis devem ser criopreservados.

4 CONCLUSÃO

As resoluções que norteiam a RHA no Brasil progrediram à medida que ocorreram os avanços científicos e as transformações sociais nas últimas décadas. Desde a primeira regulamentação em 1992 até a vigente de 2022, observa-se um empenho contínuo do CFM em adaptar as normas às novas possibilidades técnicas e aos valores éticos emergentes. Além do CFM existem outros atores das normas de RHA, como a ANVISA, o CNJ, a Lei de Biossegurança, que também regulam as práticas. A trajetória das resoluções e textos normativos demonstram o equilíbrio buscado entre o desenvolvimento dos métodos, o respeito à dignidade humana, a autonomia reprodutiva e a segurança dos pacientes.

No campo das técnicas, as atualizações das normas acompanharam os progressos científicos que permitiram maior controle e segurança sobre os procedimentos. Com as publicações dos registros da REDLARA, foi possível observar que o aperfeiçoamento das técnicas de cultivo embrionário e o PGT contribuíram para reduzir as gestações múltiplas, aumentar as taxas de sucesso e prevenir doenças hereditárias. As mudanças nas regras de criopreservação e descarte de embriões também demonstram o amadurecimento ético a partir das diversas discussões.

As análises também revelaram que, ao longo dos anos, as resoluções do CFM tornaram-se mais inclusivas e sensíveis à diversidade das formações familiares contemporâneas. A ampliação dos direitos de casais homoafetivos, pessoas solteiras e indivíduos transgêneros, bem como a flexibilização gradual das regras de gestação por substituição, doação de gametas e doação compartilhada de oócitos representam avanços significativos em termos de equidade e justiça social.

Por fim, é possível concluir que a evolução das regulamentações de RHA no Brasil revelam um cenário de constante aperfeiçoamento de acordo com os impactos sociais, as transformações técnicas, e a bioética. Apesar dos importantes processos, persistem alguns empasses, como o acesso desigual e as limitações econômicas, assuntos que precisam continuar sendo debatidos entre a sociedade, os profissionais da saúde e os conselhos responsáveis pela RHA.

REFERÊNCIAS

ABREU, Carlos Wilson Dala Paula; ABREU, Maria Lucia Andrade; ABREU, Maria Mariana Andrade; *et al.* Final destination of surplus cryopreserved embryos. **JBRA Assisted Reproduction**, v. 25, n. 2, 2021. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8083851/>. Acesso em: 5 nov. 2025.

AMARAL, Adelino (Dir.). **2017 marcou a história da reprodução assistida no Brasil**. Portal Médico, 2018. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/artigos/2017-marcou-a-historia-da-reproducao-assistida-no-brasil>. Acesso em: 5 nov. 2025.

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 23, de 27 de maio de 2011**. Brasília, DF: Anvisa, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0023_27_05_2011_rep.html. Acesso em: 5 dez. 2025.

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 72, de 30 de março de 2016**. Brasília, DF: Anvisa, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2016/rdc0072_30_03_2016.pdf. Acesso em: 5 dez. 2025.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA. **Como é feita a Fertilização In Vitro (FIV)?** 2025. Disponível em: <https://sbra.com.br/como-e-feita-a-fertilizacao-in-vitro-fiv/>. Acesso em: 5 nov. 2025.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 5 nov. 2025.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 1.358, de 26 de setembro de 1992**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 set. 1992. Seção 1, p. 17.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 1.957, de 28 de maio de 2010**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1 jun. 2010. Seção 1, p. 47.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 2.013, de 22 de agosto de 2013**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 ago. 2013. Seção 1, p. 107.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 2.121, de 17 de junho de 2015**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 jun. 2015. Seção 1, p. 77.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 2.168, de 1º de agosto de 2017**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 ago. 2017. Seção 1, p. 92.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 2.294, de 22 de junho de 2021**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 jun. 2021. Seção 1, p. 45.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 2.320, de 12 de setembro de 2022**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 set. 2022. Seção 1, p. 165.

BRASIL. **Lei nº 11.105, de 24 de março de 2005**. Diário Oficial da União, Seção 1, 28 mar. 2005. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l111105.htm. Acesso em: 5 nov. 2025.

CABAR, Fábio Roberto; OLIVEIRA, Matheus Abelo de; MACHADO, André Newman Cordeiro. **Critical analysis of the changes in CFM Resolution 2294/21 and its impacts on assisted human reproduction**. JBRA Assisted Reproduction, v. 26, n. 4, p. 659–665, 2022. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9635607/>. Acesso em: 5 nov. 2025.

CAVALCANTE, M. B. et al. Interferência da idade sobre a qualidade seminal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 30, n. 11, p. 561–565, 1 nov. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/qmQ7bZY8h6zjQm6hW87VHKP/?lang=pt#back>. Acesso em: 13 nov. 2025.

CARVALHO, Bruno Ramalho de; RODRIGUES, Jhenifer Kliemchen; CAMPOS, Jacira Ribeiro; *et al.* Visão geral sobre preservação da fertilidade feminina depois do câncer. **Reprodução & Climatério**, v. 29, n. 3, p. 123–129, 2014. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1413208715000060>. Acesso em: 5 nov. 2025.

CHIWARE, Tendai M.; VERMEULEN, Nathalie; BLONDEEL, Karel; *et al.* IVF and other ART in low- and middle-income countries: a systematic landscape analysis. **Human Reproduction Update**, v. 27, n. 2, p. 213–228, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33238297/>. Acesso em: 5 nov. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Provimento CNJ nº 63, de 14 de novembro de 2017**. Disponível em: https://atos.cnj.jus.br/files/provimento/provimento_63_14112017_19032018150944.pdf. Acesso em: 5 dez. 2025.

CORREA, Marilena. As novas tecnologias reprodutivas: uma revolução a ser assimilada. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 69–98, 1997. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/v7n1/04.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2025.

CORRÊA, M. C. D. V.; LOYOLA, M. A. Tecnologias de reprodução assistida no Brasil: opções para ampliar o acesso. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 753–777, set. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/kBK3nzhbSQHF9Zp6H9RVnRD/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 5 nov. 2025.

FERNANDES, Sofia L. E; CARVALHO, Filipa A. G. de. Preimplantation genetic testing: a narrative review. **Porto Biomedical Journal**, v. 9, n. 4, 2024. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11236403/>. Acesso em: 5 nov. 2025.

LEITE, Tatiana Henriques. Análise crítica sobre a evolução das normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 917–928, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/MFFT6sywhtcKRqCp8c5fNWw/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 5 nov. 2025.

LEITE, Tatiana Henriques ; HENRIQUES, Rodrigo Arruda de Holanda. Bioética em reprodução humana assistida: influência dos fatores socio-econômico-culturais sobre a formulação das legislações e guias de referência no Brasil e em outras nações. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 31–47, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/f3ZJv55XCDg9H9DLKptr3Cp/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 5 nov. 2025.

LUIZ, João; PINTO, Carvalho; SURITA, Fernanda Garanhani de Castro; *et al.* Idade materna: resultados perinatais e via de parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria**, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/59XLB3TzFQs8wpjpvMxgCff/>. Acesso em: 5 nov. 2025.

MEDICAL ADVISORY SECRETARIAT. *In vitro* fertilization and multiple pregnancies: an evidence-based analysis. **Ontario Health Technology Assessment Series**, Toronto, v. 6, n. 18, p. 1–63, 2006. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3379537/>. Acesso em: 5 nov. 2025.

PASQUALOTTO, E. B. et al. A análise seminal deve ser requisitada para homens com histórico de fertilidade prévia? **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria**, v. 28, n. 11, p. 652–657, nov. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/5PhmrT3Fs4kcvqpWTbv9bXG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 nov. 2025.

PETCH, Sarah; CROSBY, David. Updates in preimplantation genetic testing (PGT). **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v. 96, p. 102526, 2024. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693424000725>. Acesso em: 5 nov. 2025.

PINELA, Barbara; HAFIZ, Mariana; ZANFOLIN, Thainá. Entenda a reprodução assistida: processos, história e desdobramentos. **Direto ao Assunto**, 9 jun. 2017. Disponível em: <https://diretoaoassunto.faac.unesp.br/entenda-a-reproducao-assistida-processos-historia-e-desdobramentos/>. Acesso em: 5 nov. 2025.

PINO, V. et al. The effects of aging on semen parameters and sperm DNA fragmentation. **JBRA Assisted Reproduction**, 2020. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6993171/>. Acesso em: 13 nov. 2025.

RAMIREZ GALVEZ, Martha. Reprodução assistida, consumo de tecnologia, deslocamentos e exclusões. **Ciência e Cultura**, São Paulo, v. 60, n. 1, p. 39–43, 2008. Disponível em: http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252008000100016. Acesso em: 5 nov. 2025.

RED LATINOAMERICANA DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA. **Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida, 2000**. Santiago de Chile: RedLARA, 2001. Disponível em: <https://www.redlara.com/images/arq/REGISTRO2000.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2025.

SICCHIERI, Fernanda; SILVA, Aline Bomfim; *et al.* Prognostic factors in intrauterine insemination cycles. **JBRA Assisted Reproduction**, v. 22, n. 1, p. 2–7, jan./mar. 2018. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5844652/>. Acesso em: 5 nov. 2025.

SIQUEIRA, Samyra; ROPELLE, Anne Caroline; NASCIMENTO, Josiane A. A.; FAZANO, Francisco. Changes in seminal parameters among Brazilian men between 1995 and 2018. **Scientific Reports**, v. 10, art. 6430, p. 1–10, 14 abr. 2020. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7156660/>. Acesso em: 5 nov. 2025.

SOUSA, Marise Cunha de. As Técnicas de Reprodução Assistida. A Barriga de Aluguel. A Definição da Maternidade e da Paternidade. **Revista da EMERJ**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 50, p. 348–357, 2010. Disponível em: https://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj_online/edicoes/revista50/Revista50_348.pdf. Acesso em: 5 nov. 2025.

STRAEHL, Juliana; LARA, Silva; FELIPE, Marcos; *et al.* What do infertile women think about oocyte reception, oocyte donation, and child adoption? **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 39, n. 6, p. 282–287, 2017. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10309358/>. Acesso em: 5 nov. 2025.

WANSSA, Maria. Inseminação artificial e anonimato do doador. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 10, supl. 2, p. s337–s345, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/XTRxSgCTFC8QP86Fxm5VfPw/?lang=pt>. Acesso em: 5 nov. 2025.

ZEGERS-HOCHSCHILD, F. *et al.* ART in Latin America: the Latin American Registry, 2020. **JBRA Assisted Reproduction**, v. 27, 2023. Disponível em: <https://redlara.com.br/images/arquivo/2743-RLA.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2025.

ZEGERS-HOCHSCHILD, F. *et al.* Assisted reproductive technologies in Latin America: the Latin American Registry, 2019. **JBRA Assisted Reproduction**, 2022. Disponível em: https://redlara.com/images/arquivo/2019-JBRA_822.pdf. Acesso em: 14 nov. 2025.

ZEGERS-HOCHSCHILD, F. et al. Assisted reproductive techniques in Latin America: The Latin American Registry, 2017. **JBRA**, 1 jan. 2020. Disponível em: <https://redlara.com/images/arquivo/RLA-JBRA-2017-2020.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2025.

ZEGERS-HOCHSCHILD, Fernando; *et al.* Assisted reproductive techniques in Latin America: the Latin American Registry, 2015. **Red Latinoamericana de Reproducción Asistida (REDLARA)**, 2018. Disponível em: <https://www.redlara.com/images/arquivo/Paper-RLA-2015.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2025.

ZEGERS-HOCHSCHILD, Fernando; CROSBY, Javier. Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida, 1992. **Red Latinoamericana de Reproducción Asistida (REDLARA)**, 1992. Disponível em: <https://redlara.com/images/arq/RLA-registro-anual-1992.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2025.

ZEGERS-HOCHSCHILD, Fernando; PRADO ARAVENA, J. Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida, 1990. **Red Latinoamericana de Reproducción Asistida (REDLARA)**, 1990. Disponível em: <https://www.redlara.com/images/arquivo/RLA-1990.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2025.

ZEGERS-HOCHSCHILD, Fernando; *et al.* The International Glossary on Infertility and Fertility Care. **Human Reproduction**, v. 32, n. 9, p. 1786–1801, 2017. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5850297/>. Acesso em: 5 nov. 2025.