

# A CONFORMIDADE DO ACESSO ÀS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA COM A PROTEÇÃO AOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DA MULHER

Renata Oliveira Almeida Menezes<sup>1</sup>

Itanaina Lemos Rechmann<sup>2</sup>

## RESUMO

Desde o seu surgimento, que remonta à década de 1970, as técnicas de reprodução humana assistida propiciaram a construção de inúmeros projetos de parentalidade. Inicialmente, as técnicas foram desenvolvidas para auxiliar apenas casais heterossexuais, com problemas de infertilidade e/ou esterilidade, sendo esta uma questão também de saúde pública. Progressivamente, além do aperfeiçoamento das técnicas de RHA, observou-se a sua utilização para fins de planejamento da fecundidade, em consonância com a perspectiva do livre planejamento familiar e da paternidade responsável. Outrossim, a mutabilidade dos contextos sociais fez surgir outros arranjos familiares, que não apenas aquele até então referenciado consistente em pai, mãe e filho(s). Com a pluralidade de famílias, sobretudo após o reconhecimento, pelo Supremo Tribunal Federal, da união estável homoafetiva como entidade familiar, e firme de que os avanços científicos hão de ser compartilhados com toda a população, logo as técnicas de RHA passaram a ser admitidas à população em geral. A real amplitude desse acesso, todavia, é questionada não apenas em função do alto custo a que estão associadas as técnicas, como, em função da ausência de obrigatoriedade de os planos de saúde custearem o tratamento de fertilização *in vitro*, conforme entendimento do Superior Tribunal de Justiça. Esses fatores dificultam o acesso à reprodução humana assistida por partes das populações economicamente vulneráveis, e contribuíram para a reflexão acerca da relevância dessas técnicas para a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos das pessoas, inclusive o exercício da liberdade reprodutiva da mulher, independente do seu estado civil ou orientação sexual. Franqueou-se, ainda, o acesso às técnicas às mulheres com idade superior a 50 (cinquenta) anos – situação na qual deverão ser observados critérios técnicos e científicos a

---

<sup>1</sup> Doutora em Direito Privado pela Universidade Federal de Pernambuco, com Período Sanduíche na Universidade de Lisboa. Doutora em Ciências Jurídicas e Sociais pela Universidade Federal de Campina Grande e Universidad del Museo Social Argentino. Mestre em Direito Privado pela Universidade Federal de Pernambuco. Especialista em Direito pela Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas. Bacharela em Direito pela Universidade Estadual da Paraíba. Professora Adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Advogada licenciada. Membro do grupo de pesquisa em rede CEBIDJUSBIOMED. E-mail: renata.biodireito@gmail.com.

<sup>2</sup> Mestra em Direitos Fundamentais e Justiça pela Universidade Federal da Bahia. Especialista em Direito Médico e Bioética pela Universidade Salvador. Especialista em Direito Público pela Universidade Salvador. Bacharela em Direito pela Universidade Salvador, com Diploma de Honra ao Mérito. Advogada. Membro do grupo de pesquisa em rede CEBIDJUSBIOMED. Autora do livro “Participação Social no SUS e Acesso Humanizado aos Procedimentos de Complexidade”. E-mail: itana.rechmann@hotmail.com.

respeito dos riscos envolvidos, sendo imprescindível o consentimento livre e esclarecido da demandante do aparato reprodutivo artificial. Longe de qualquer regulamentação legal específica, as técnicas de reprodução assistida gozam apenas de normatização ética adotada pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, que aqui serão invocadas para a abordagem da temática, sem prejuízo da confluência com normas constitucionais e infraconstitucionais, sobretudo aquelas emanadas do Código Civil.

**Palavras-chave:** Infertilidade, planejamento da fecundidade, direitos sexuais e reprodutivos, reprodução humana assistida.

## 1 INTRODUÇÃO

A utilização de técnicas de Reprodução Humana Assistida – RHA - remonta ao início da década de 1970, por ocasião do nascimento de Louise Brown, na Inglaterra, sendo o caso até hoje referenciado como o primeiro “bebê de proveta” que se tem notícia na história. No Brasil, e na América Latina como um todo, o primeiro nascimento é registrado na década de 1980, sendo também uma bebê, que veio a se chamar Anna Paula Caldeira.

Em ambas as situações, as técnicas de RHA foram utilizadas em prol de mulheres com dificuldade de engravidar, seja por força de bloqueio das tubas uterinas, no primeiro exemplo, seja por força de problemas uterinos decorrentes de gravidez anterior, no segundo exemplo. Portanto, inicialmente, a utilização das técnicas de RHA se deu por critérios médicos-biológicos, auxiliando mulheres que intencionavam a maternidade, mas possuíam algum grau de infertilidade/esterilidade primários ou decorrentes de procedimentos anteriores.

Desde então, a revolução tecnológica marcada pela RHA já oportunizou o nascimento de milhares de bebês, sem a necessidade biológica da conjunção carnal. Com o aperfeiçoamento das técnicas e o reconhecimento de novos arranjos familiares, bem assim a proteção a direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, passou-se a questionar o critério físico-biológico da infertilidade/esterilidade para acesso às técnicas reprodutivas artificiais.

Diante desse contexto, é que se pretende analisar no presente artigo se o critério da infertilidade e/ou esterilidade é exclusivo ou preponderante critério para acesso às técnicas de RHA pelas mulheres, haja vista a proteção constitucional à família, inclusive monoparental, formada por mulheres solteiras,

considerando, ainda, a possibilidade de construção de projetos de parentalidade por mulheres homoafetivas e transgêneros.

Ante a ausência de regulamentação legal específica acerca da RHA, a amplitude do acesso a essas técnicas às mulheres e à população em geral conduz à necessidade de invocar e analisar a Resolução n.º 2.320/2022 do CFM, que adota normas éticas para a utilização de técnicas da modalidade em enfoque de reprodução. Essa análise se dará em cotejo com dispositivos constitucionais e infraconstitucionais, em especial aqueles emanados do Código Civil.

## **2 BREVES NOTAS SOBRE OS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DAS MULHERES**

Historicamente, a defesa dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, incluindo a liberdade sexual, a possibilidade de utilização de métodos contraceptivos e o exercício do abortamento, passou a ser reivindicada por volta dos anos de 1960, inicialmente nos Estados Unidos. A doutrina convencionou chamar esse período de segunda onda do feminismo branco. Os anos seguintes revelam a propagação dessa onda por outros países. Apenas na década de 1990 é que se passou a perceber, dentro do próprio feminismo, que a reivindicação dos direitos sexuais e reprodutivos, na forma como vinha se espalhando pelos países, dizia respeito apenas às mulheres brancas, casadas e de classe média alta (SOUZA, 2023).

Particularmente no cenário brasileiro, Souza (2023) destaca que o período compreendido entre o golpe militar na década de 1970 até idos dos anos 1980 dificultou ou mesmo impossibilitou fossem defendidos os direitos sexuais e reprodutivos e a liberdade do planejamento familiar pela mulher. Do ponto de vista normativo, apenas em 1988, com a promulgação da “Constituição Cidadã” é que esses debates passaram a ser objeto de pautas do feminismo brasileiro, emergindo temas como contracepção, abortamento e sexualidade.

Embora a Constituição Federal de 1988 não apresente expressamente a nomenclatura direitos sexuais e reprodutivos, entende-se que tais direitos emanam do reconhecimento da dignidade da pessoa humana e da paternidade

responsável em que se funda o planejamento familiar, nos termos dos artigos 1º, III, e 226, §7º, ambos do texto constitucional.

Outrossim, a concepção do direito social à saúde (art. 6º, *caput*, da CF/88), que desagua na afirmação de que essa é direito de todos e que deverá ser garantida pelo Estado (art. 196 da CF/88), nos permite defender a existência dos direitos sexuais e reprodutivos, como espécie do direito à saúde, aqui na vertente saúde reprodutiva. Tal defesa converge com a definição de saúde trazida pela Organização Mundial da Saúde enquanto estado holístico de bem-estar, interpretação que se faz ainda com amparo na Lei n.º 9.263/1996 a qual, em seu art. 3º, prevê que uma visão de atendimento global e integral à saúde contemple o planejamento familiar, dentro de um conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal.

No cenário internacional, Menezes e Rechmann (2022) destacam que, em 1995, a Declaração de Pequim – oriunda da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher - apresentou expressamente o direito da mulher ter assegurada a sua saúde sexual e reprodutiva.

A saúde sexual e reprodutiva, enquanto direito humano, tem sido prioritariamente tratada pelo Governo Federal no campo da Saúde da Mulher, em todos os seus ciclos de vida, sem prejuízo de que haja ações estratégicas envolvendo homens (BRASIL, 2023).

Nesse sentido, a Portaria n.º 2.234, de 23 de julho de 2018, do Ministério da Saúde, ao instituir a “Agenda Mais Acesso, Cuidado, Informação e Respeito à Saúde das Mulheres”, visa “[...] assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais [...]” (BRASIL, 2018, on-line).

Com base na referida Portaria Ministerial pode-se inferir que o direito sexual e reprodutivo contempla, em verdade, uma gama de direitos, que vão desde o direito à livre manifestação da sexualidade, inclusive de não ter relação sexual, até o direito à informação e à educação sexual e reprodutiva (BRASIL, 2018).

Nesse feixe de direitos também faz parte o direito a (não) conceber, de forma planejada (quantos filhos, em qual momento, quais métodos etc.), porquanto os direitos sexuais e reprodutivos ainda se sustentam no direito à

liberdade, na perspectiva de as pessoas exercerem autonomamente suas liberdades sexual e reprodutiva, podendo ou não se relacionar sexualmente com outras pessoas, sem obrigatoriedade de exercer positivamente o direito à reprodução, o que contempla a autonomia na utilização de métodos contraceptivos (SOUZA, 2023).

Não à toa, a Lei n.º 9.263/1996, ao regular o art. 226, §7º, da CF/88, que trata sobre o planejamento familiar, chancela a autonomia sexual e reprodutiva.

Ao prescrever que o planejamento familiar, enquanto direito de todo cidadão, é compreendido como um conjunto de ações voltadas à regulação da fecundidade, a legislação em comento estabelece seja assegurado o acesso igualitário às informações, meios, métodos e técnicas disponíveis.

Assim, a legislação regulamentadora prevê, em seu art. 2º, que, no âmbito de planejamento familiar, sejam garantidos direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole, seja pela mulher, pelo homem ou pelo casal, inclusive devendo ser 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, garantindo a liberdade de opção (art. 9º).

Sem prejuízo de outras discussões inerentes à temática, como o aborto, restringir-se-á a análise, no presente, acerca do acesso às técnicas de RHA pelas mulheres, considerando os entraves socioeconômicos que circundam o efetivo exercício da liberdade sexual e reprodutiva das mulheres que desejam ou necessitam se utilizar de tais procedimentos.

### **3 A DISCIPLINA NORMATIVA ATUAL ACERCA DA REPRODUÇÃO HUMANA MEDICAMENTE ASSISTIDA**

A primeira “bebê de proveta”, Louise Brown, nasceu na Inglaterra, em 1978. A revolução científica ali constatada consistiu não apenas na possibilidade de concepção extracorpórea de um embrião humano, como também de intervenções, para fins terapêuticos, nesse embrião. Deixou, pois, de ser imprescindível o ato sexual, a cópula carnal heteróloga, para fins reprodutivos (SÁ; NAVES; MOUREIRA, 2021).

Posteriormente, em 1984, nasceu a paranaense Anna Paula Caldeira, a primeira bebê brasileira – e a primeira em toda a América Latina – concebida *in vitro* (RECHMANN, 2018). Não obstante a reprodução humana medicamente assistida no país remonte à década de 1980, conforme anteriormente explicitado, há mais de 40 (quarenta) anos o ordenamento jurídico pátrio convive com a omissão legislativa acerca da regulação dessas técnicas.

Apenas no ano de 2003, notadamente em 03 de junho, é que se teve a apresentação do Projeto de Lei n.º 1184/2003, de autoria do então Senador Federal, Lúcio Alcântara (PSDB/CE), dispondo sobre a reprodução assistida (BRASIL, 2003). Sem prejuízo de o Projeto permanecer aguardando designação de relator na Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania – CCJC, já se reconheceu a necessidade de realização de audiência pública para debater as normas para realização dos procedimentos de RHA, mormente diante das evoluções biotecnológicas e transformações socioeconômicas ocorridas desde a apresentação do Projeto (BRASIL, 2003).

Diversos aspectos do Projeto em comento são suscetíveis de críticas, ante o seu injustificado conservadorismo, como a vedação à gestação de substituição; a limitação do acesso apenas às mulheres receptoras ou casais; a utilização restrita aos casos de comprovada infertilidade; e a observância de prazo mínimo de espera (não definido) antes da utilização da RHA. Não há dúvidas, pois, de que o Projeto, desde a sua apresentação, já se revelou inadequado, ao desprestigiar a eficiência das biotecnologias voltadas à procriação, seja por secundarizar as técnicas de RHA, seja por colocar a mulher em situação desumana, ante a exigência de comprovação da infertilidade, levando-a à possível obstinação por inúmeras tentativas naturais que, infrutíferas, certamente, afetarão também a sua saúde psicológica (MENEZES; RECHMANN, 2022).

Em função dessa e de outras críticas feitas à luz dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, homossexuais e transgêneros, bem assim diante do objetivo estatal de promover o bem de todos, é que já se defendeu que propostas legislativas como a ora comentada não devem ser aprovadas (MENEZES; RECHMANN, 2022).

É dizer: máxime a ausência de regulamentação específica, não se pode preferir um regramento esdrúxulo em detrimento da omissão legislativa,

porquanto ambas as situações podem ser igualmente nocivas ao planejamento familiar e aos direitos envolvidos.

Assim é que tanto a doutrina quanto a jurisprudência vêm se socorrendo de resoluções emanadas do CFM para analisar e elucidar casos ou problemáticas envolvendo a utilização das técnicas de RHA, face a ausência de legislação ordinária, reforçando o poder normativo do CFM. Registre-se, contudo, que a Resolução n.º 2.320/2022 do CFM confere apenas regulamento deontológico do assunto (ARAÚJO, 2023; MENEZES; RECHMANN, 2021), não gozando dos atributos da coercibilidade, generalidade e abstração característicos das leis.

Conforme esclarece Menezes (2015), as resoluções emanadas do CFM possuem força de *soft law*, tratando-se de normas éticas voltadas apenas aos profissionais médicos brasileiros vinculados ao Conselho de Classe. Sequer outros profissionais, ainda que da área da saúde, ou pacientes poderão ser exigidos quanto ao cumprimento das normas contidas em referidos instrumentos.

A crítica que se faz à ausência de regulamentação legal específica da temática ou mesmo, por vezes, à inadequação e insuficiência das resoluções do CFM, está longe de sugerir a supressão das técnicas de RHA.

Ao revés, reconhece-se a relevância da aplicação de biotecnologias voltadas à procriação, devendo seu uso, todavia, ser legalmente regulamentado a fim de pacificar ou responder a determinados comportamentos sociais, bem como balizar a elucidação de dilemas éticos decorrentes da utilização dessas técnicas (MENEZES; RECHMANN, 2022).

#### **4 A AMPLITUDE DO EFETIVO ACESSO ÀS TÉCNICAS DE RHA SEGUNDO A JUSTIÇA REPRODUTIVA**

A efetivação dos direitos das mulheres no Brasil – incluídos direitos sexuais e reprodutivos, portanto – enfrentam entraves econômicos e políticos.

Os custos com a RHA costumam ser elevados. Mesmo entre fertilização *in vitro* e inseminação artificial há diferenciação de preços, sendo a primeira em regra mais onerosa que a segunda. Embora o procedimento de fertilização *in*

*vitro* – FIV seja oferecido também no âmbito da saúde pública – porquanto o Estado deve propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício do direito ao livre planejamento familiar (art. 226, §7º, da CF/88) –, a burocracia associada ao Sistema Único de Saúde revela a ineficiência da prestação da saúde, sobretudo quando se tratam de procedimentos de alta complexidade (MENEZES; RECHMANN, 2022).

Cumpra-se chamar a atenção que o Código Civil, em seu art. 1.565, §2º, reproduzindo quase a literalidade do art. 226, §7º, da CF/88, substitui recursos científicos por recursos financeiros, o que nos leva a compreender a necessária efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos das pessoas economicamente vulneráveis.

Do ponto de vista da saúde suplementar, também se descortina o aspecto econômico como um entrave, isso porque os planos de saúde não estão obrigados a custear procedimentos de FIV caso o contrato não tenha expressamente previsto. Essa foi a tese fixada pelo Superior Tribunal de Justiça – STJ no julgamento do Tema n.º 1.067 (MENEZES; RECHMANN, 2022).

A tese fixada pelo STJ, ao eximir os planos de saúde da contraprestação acerca de procedimentos de FIV, parece comprometer a eficácia à Lei n.º 9.263/1996, que prevê também o exercício das ações de planejamento familiar às instituições privadas, o que, como já demonstrado, inclui a ampla disponibilização das técnicas de RHA. Ora, de um lado a legislação assegura que todos os métodos e técnicas sejam assegurados para garantir o exercício ao livre planejamento familiar; de outro, o STJ limita a prestação dessas técnicas, caso não haja previsão contratual expressa. Na ponderação, preferir-se-á o equilíbrio econômico-financeiro do contrato pró fornecedor em detrimento dos direitos humanos à saúde reprodutiva e à constituição de família? De acordo com o STJ, seguindo a lógica mercadológica do lucro, parece que sim.

Outro possível entrave ao acesso às técnicas de RHA diz respeito ao critério da infertilidade e/ou esterilidade. Sobre esse critério, ao longo da história da medicina reprodutiva assistida, a infertilidade/esterilidade eram os únicos pressupostos para a utilização das técnicas de RHA. Assim, apenas em comprovada esterilidade/infertilidade é que se encontrava justificativa socorrer-se do aparato reprodutivo laboratorial para fins de concretização da vontade parental (MEIRELLES, 2023).

Não obstante tradicionalmente as técnicas de RHA estivessem associadas a indicadores biológicos, com as transformações sociais, sobretudo a pluralidade de arranjos familiares, passou-se a admitir a utilização dos procedimentos laboratoriais de RHA às pessoas em geral, incluindo mães e pais solteiros, viúvos e casais homoafetivos, considerando a finalidade precípua dessas técnicas de auxiliar a procriação.

Com esse escopo, a Resolução do CFM vigente sobre a matéria, sem prejuízo de considerar a infertilidade humana como um problema de saúde, também levou em consideração, para o alargamento do acesso, o reconhecimento e a qualificação, pelo Supremo Tribunal Federal, da união estável homoafetiva como entidade familiar (CFM, 2022).

A idade da mulher também pode ser um fator que dificulte o acesso às técnicas de RHA. Com a atual resolução, o CFM (2022) reconhece que a população tem postergado a possibilidade de gestação e que, com o avanço da idade, a probabilidade de engravidar naturalmente diminui. Sobre o adiamento da maternidade, Gozzo (2023) sinaliza possíveis causas, a saber: “congelamento social” de gametas, por incentivo de empresas privadas, inclusive; opção por estudo universitário e posterior inserção em mercado de trabalho, priorizando estabilidade financeira; e ausência do par ideal para concretizar sexualmente o desejo da maternidade.

Levando em consideração a crescente maternidade postergada, o CFM, embora preveja que as técnicas de RHA sejam utilizadas por candidatas com idade máxima de até 50 (cinquenta) anos, admite exceções a esse limite, desde que haja embasamento técnico e científico, devidamente apontados os critérios pelo médico responsável. Em situações como esta, de candidatas com idade superior ao limite máximo anteriormente apontado, deverá, ainda, o médico responsável esclarecer sobre os riscos envolvidos para a paciente e para a eventual prole, respeitadas as autonomias da paciente e do médico (CFM, 2022).

Importante destacar que, do ponto de vista biológico, a vida da gestante com mais de 35 (trinta e cinco) anos pode ser colocada em perigo em função do desenvolvimento de algumas condições clínicas, como hipertensão arterial, com risco de desenvolver quadro de pré-eclâmpsia; diabetes mellitus, inclusive gestacional; parto prematuro; e hemorragia pós-parto. Também o bebê poderá ser afetado por força da gestação tardia, ao relacionar a possibilidade de

nascimento prematuro; abaixo do peso; ou com distúrbio cromossômico (GOZZO, 2023).

A pretensão aqui não é desencorajar a maternidade postergada ou discorrer vagamente sobre possíveis causas e consequências dessa opção – que é assegurada à luz da maternidade responsável –, mas, tão-somente reforçar que a idade, por si só, não constitui óbice de acesso às técnicas de RHA, devendo ser observado o consentimento livre e esclarecido, avaliados os possíveis riscos para a gestante e para o bebê, juntamente ao médico responsável que acompanha a candidata.

## **5 CONCLUSÕES**

Por terem como finalidade precípua o auxílio no processo de procriação, o acesso às técnicas de RHA deixou de ser exclusivo às pessoas inférteis/estéreis, passando a ser amplamente franqueado à população, não obstante o alto custo associado.

Em que pese os métodos contraceptivos artificiais sejam gratuitamente disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, é sabida a dificuldade e a burocracia para acessá-los.

O exercício da liberdade reprodutiva da mulher encontra dificuldade também em função da ausência de obrigatoriedade dos planos de saúde em custearem o tratamento de fertilização *in vitro*, consoante Tema 1.067 do Superior Tribunal de Justiça.

Os obstáculos para acesso às técnicas podem, ainda, levar as mulheres a buscarem por inseminações caseiras, com riscos associados de infecção e transmissão de doenças, restando evidente que a saúde reprodutiva é um problema médico-sanitário e, em verdade, há um limitado acesso às técnicas de RHA, onerando ou mesmo privando o exercício da liberdade reprodutiva por mulheres economicamente desfavorecidas.

Ainda, a normativa ética atual do CFM reconhece que cada vez mais as mulheres têm postergado a construção de seus projetos familiares, dentro daquilo que se convencionou por liberdade de planejamento familiar.

Embora traga idade máxima de 50 (cinquenta) anos para a mulher se candidatar à gestação por técnicas de reprodução assistida, o CFM tem flexibilizado esse limite, desde que haja respaldo técnico-científico invocado pelo médico responsável, bem assim que a mulher esteja devidamente esclarecida acerca dos riscos envolvidos, respeitando a sua autonomia.

Por fim, ao reconhecer que o conhecimento científico deve ser utilizado em benefício de todos aqueles que necessitem de auxílio tecnológico em seus processos de reprodução humana, bem como a existência de entidades familiares homoafetivas, o CFM tem harmonizado a utilização das técnicas de RHA com as necessidades do mundo moderno, no sentido de possibilitar a consecução do vínculo familiar não apenas por pessoas estéreis e/ou inférteis, mas também por viúvos, divorciados, solteiros, homossexuais e transgêneros, em prestígio aos direitos sexuais e reprodutivos e, sobretudo, em respeito ao princípio da dignidade da pessoa humana.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Ana Thereza Meirelles. O estado regulatório da reprodução humana assistida no Brasil: da ausência de legislação ordinária ao regulamento deontológico atual. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**. Brasília, 12(1):10-23, jan./mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.234, de 23 de julho de 2018**. Publicado em: 14 set. 2018. Edição 178. Seção 1. Página 25. Disponível em: <[https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/40875501/do1-2018-09-14-portaria-n-2-234-de-23-de-julho-de-2018-40875278](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/40875501/do1-2018-09-14-portaria-n-2-234-de-23-de-julho-de-2018-40875278)>. Acesso em: 29 mai. 2023.

BRASIL. **Saúde reprodutiva da mulher**. Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/temas/saude-reprodutiva-da-mulher#:~:text=A%20sa%C3%BAde%20sexual%20e%20reprodutiva,direito%20para%20todas%20as%20brasileiras.>>. Acesso em: 29 mai. 2023.

BRASIL. Senado Federal. **Projeto de Lei n.º 1.184**, de 03 de junho de 2033. Dispõe sobre a Reprodução Assistida. Brasília: Senado Federal, 2003. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br>>. Acesso em: 23 mar. 2022.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução n. 2.320/2022**. Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida. Disponível em:

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2022/2320>. Acesso em: 17 nov. 2022.

GOZZO, Débora. Planejamento familiar e maternidade tardia no Brasil: gestação de alto risco a partir dos 35 anos. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**. Brasília, 12(1):69-80, jan./mar. 2023.

MENEZES, Renata Oliveira Almeida. **O Direito ao livre desenvolvimento da personalidade e a tutela da vontade do paciente terminal**. Orientador: Sílvio Romero Beltrão, 2015. Dissertação (Direito) – Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2015, p. 105.

MENEZES, Renata Oliveira Almeida; RECHMANN, Itanaina Lemos. Questões controvertidas sobre a reprodução humana assistida sob o prisma do Direito de Família. In: MAIA, Benigna A. Teixeira; USTÁRROZ, Daniel; SOARES, Dimitre. (Organizadores). **20 anos do Código Civil em Direito de Família**. Londrina, PR: Thoth, 2022. p. 203-228.

MENEZES, Renata Oliveira Almeida; RECHMANN, Itanaina Lemos. Responsabilidade civil em sede de diagnósticos genéticos pré-implantacionais em reprodução humana assistida. In: SÁ, Maria de Fátima Freire de. [et al.] [coordenadores]. **Direito e medicina: interseções científicas**. Genética e biotecnologia, v. 1. Belo Horizonte: Conhecimento Editora, 2021. 299-316p.

RECHMANN, Itanaina Lemos. Uma abordagem Bioética acerca da escolha do doador na reprodução humana artificial. **Revista Direito UNIFACS**. 2018, n. 218.

SÁ, Maria de Fátima Freire de; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira; MOUREIRA, Diogo Luna. Seleção e edição de embriões: a preservação normativa da autonomia futura. In: SÁ, Maria de Fátima Freire de. [et al.] [coordenadores]. **Direito e medicina: interseções científicas**. Genética e biotecnologia, v. 1. Belo Horizonte: Conhecimento Editora, 2021. 79-94p.

SOUZA, Iara Antunes de. Os direitos sexuais e reprodutivos da mulher no Brasil na perspectiva do feminismo decolonial. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**. Brasília, 12(1):81-91, jan./mar. 2023.