



FACULDADE BAIANA DE DIREITO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

ISIELE BATISTA DE SOUZA

**DA (IM) POSSIBILIDADE DE COBERTURA UNIVERSAL
DAS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA
PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL: UMA
ANÁLISE CONSTITUCIONAL DOS DESAFIOS PARA
GARANTIR IGUALDADE DE ACESSO**

Salvador
2024

ISIELE BATISTA DE SOUZA

**DA (IM) POSSIBILIDADE DE COBERTURA UNIVERSAL
DAS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA
PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL: UMA
ANÁLISE CONSTITUCIONAL DOS DESAFIOS PARA
GARANTIR IGUALDADE DE ACESSO**

Monografia apresentada ao curso de graduação em
Direito, Faculdade Baiana de Direito, como requisito
parcial para obtenção do grau de bacharel em
Direito.

Orientador: Prof. Dr. Gabriel Marques

Salvador
2024

TERMO DE APROVAÇÃO

ISIELE BATISTA DE SOUZA

**DA (IM) POSSIBILIDADE DE COBERTURA UNIVERSAL
DAS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA
PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL: UMA
ANÁLISE CONSTITUCIONAL DOS DESAFIOS PARA
GARANTIR IGUALDADE DE ACESSO**

Monografia aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Direito,
Faculdade Baiana de Direito, pela seguinte banca examinadora:

Nome: _____

Titulação e instituição: _____

Nome: _____

Titulação e instituição: _____

Nome: _____

Titulação e instituição: _____

Salvador, ____ / ____ / 2024.

À
Minha família, por todo suporte e amor.

AGRADECIMENTOS

A minha querida mãe, cujo amor inabalável e apoio constante foram fundamentais em cada passo desta jornada acadêmica. Sua orientação e encorajamento foram a âncora que me sustentou nos momentos desafiadores.

Aos meus irmãos, cunhado(as) pelo suporte necessário no trilhar desta caminhada.

A Ricardo, pela compreensão nos momentos em que precisei me ausentar presencialmente das tarefas do gabinete. Seus ensinamentos foram cruciais para o meu desenvolvimento enquanto profissional.

A Manuella e Jade por deixarem meus dias no gabinete mais leves.

A Dra. Tannille Macêdo, magistrada a qual tenho estimo apreço, exemplo de dedicação, resiliência e cordialidade, inspiração e espelho profissional em minha vida.

Ao Prof. Gabriel Marques, suporte essencial para a realização desta monografia.

A Mailton, profissional ímpar e exímio administrador que me proporcionou visualizar a administração pública de maneira proba e eficiente.

Aos amigos que fiz no decorrer desta jornada: Mariana, Vitória Antonya, Anderson, Joice, Mércia, Débora, Andreza, Jade.

A Deus, que me concede bênçãos em todos os dias da minha vida.

“De tudo que fazemos de sincero e bem-intencionado, alguma coisa fica”.

Florbela Espanca

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo analisar os principais desafios para a efetivação da cobertura universal das técnicas de reprodução humana assistida no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Além disso, aborda os direitos fundamentais relacionados à reprodução humana assistida, explica as principais técnicas desenvolvidas na atualidade e por fim, examina a jurisprudência brasileira para compreender como os tribunais têm decidido sobre esta questão. A Constituição Federal de 1988 estabelece a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, delegando ao SUS a responsabilidade de garantir a universalidade, equidade e integralidade no atendimento. No entanto, a inclusão das técnicas de reprodução humana assistida no SUS enfrenta desafios significativos, considerando o alto índice de infertilidade no Brasil e as decisões judiciais recentes sobre o financiamento desses tratamentos. Dados da Associação Brasileira de Reprodução Assistida indicam que cerca de oito milhões de brasileiros podem ser afetados pela infertilidade, o que aumenta exponencialmente a demanda por técnicas de reprodução humana assistida. Ademais, o Superior Tribunal de Justiça, no julgamento do Tema 1067 acerca de Recursos Especiais Repetitivos, decidiu que os planos de saúde não são obrigados a custear esses tratamentos, salvo disposição expressa no contrato. Isso deixa muitos brasileiros dependentes do SUS e sem acesso a essas técnicas.

Palavras-chave: Reprodução Assistida; Cobertura Universal, Infertilidade; Direitos Fundamentais; Saúde.

ABSTRACT

The present study aims to analyze the main challenges for the implementation of universal coverage of assisted human reproduction techniques within the context of the Brazilian Unified Health System (SUS). Furthermore, it addresses the fundamental rights related to assisted human reproduction, explains the main techniques currently developed, and examines Brazilian jurisprudence to understand how the courts have decided on this matter. The 1988 Federal Constitution establishes health as a right for all and a duty of the State, delegating to SUS the responsibility of ensuring universality, equity, and comprehensiveness in healthcare. However, the inclusion of assisted human reproduction techniques in SUS faces significant challenges, considering the high rate of infertility in Brazil and recent judicial decisions on the funding of these treatments. Data from the Brazilian Society of Assisted Reproduction indicate that about eight million Brazilians may be affected by infertility, which exponentially increases the demand for assisted human reproduction techniques. Additionally, the Superior Court of Justice, in its ruling on Theme 1067 of Repetitive Special Appeals, decided that health insurance plans are not required to cover these treatments unless expressly stated in the contract. This leaves many Brazilians dependent on SUS and without access to these techniques.

Keywords: Assisted Reproduction; Universal Coverage; Infertility; Fundamental Rights; Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-------|---|
| art. | artigo |
| CC | Código Civil |
| CF/88 | Constituição Federal da República |
| CPC | Código de Processo Civil |
| FIV | Fertilização <i>in vitro</i> |
| GIFT | Transferência Intrafalopiana de Gametas |
| ICSI | Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoide |
| IUI | Inseminação artificial intrauterina |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| RHA | Reprodução Humana Assistida |
| STF | Supremo Tribunal Federal |
| STJ | Superior Tribunal de Justiça |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TJ | Tribunal de Justiça |
| TRA's | Técnicas de Reprodução Humana Assistida |
| TRF1 | Tribunal Regional Federal da 1ª (primeira) Região |
| TSE | Tribunal Superior Eleitoral |
| ZIFT | Transferência intratubária de zigoto |

LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS E TABELAS

| | | |
|-----------|--|----|
| Figura 01 | Inseminação artificial intrauterina (IIU) | 40 |
| Figura 02 | Fertilização <i>in vitro</i> clássica (FIV) | 42 |
| Figura 03 | Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoide (ICSI) | 45 |
| Figura 04 | Transferência Intrafalopiana de Gametas (GIFT) | 47 |
| Figura 05 | Transferência intratubária de zigoto (ZIFT) | 49 |

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 12 |
| 2 REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA À LUZ DA CRFB DE 1988 | 15 |
| 2.1 DIREITOS FUNDAMENTAIS VINCULADOS À REPRODUÇÃO ASSISTIDA | 15 |
| 2.1.1 Direito à igualdade, à liberdade e à dignidade da pessoa humana | 19 |
| 2.1.2 Direito a saúde como garantia constitucional fundamental | 20 |
| 2.1.2.1 Saúde sexual e reprodutiva | 23 |
| 2.1.2.2 Infertilidade (CID – 10: N97 e N46) | 26 |
| 2.1.3 Direito a constituição de família e planejamento familiar | 29 |
| 3 TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA (TRA's) | 33 |
| 3.1 BREVE HISTÓRICO E EVOLUÇÃO | 33 |
| 3.2 PRINCIPAIS TÉCNICAS DE RHA | 38 |
| 3.2.1 Inseminação Artificial (IA) | 38 |
| 3.2.2 Fertilização <i>In Vitro</i> Clássica (FIV OU FIVETE) | 41 |
| 3.2.2.1 Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoide (ICSI) | 44 |
| 3.2.3 Transferência Intrafalopiana de Gametas (GIFT) e Zigoto (ZIFT) | 47 |
| 3.2.4 Gestação por Substituição | 49 |
| 4 DESAFIOS PARA A UNIVERSALIZAÇÃO DE COBERTURA DAS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA NO SUS | 53 |
| 4.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: ORIGEM, OBJETIVOS E ESTRUTURA | 53 |
| 4.1.1 Princípios constitucionais finalísticos e diretrizes do SUS | 59 |
| 4.1.2 Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida | 63 |
| 4.2 DESAFIOS PARA UNIVERSALIZAÇÃO DA RHA NO SUS | 70 |
| 4.2.1 Ausência de regulação por lei federal específica | 70 |
| 4.2.1.1 Resoluções do Conselho Federal de Medicina | 73 |
| 4.2.1.2 Debate legislativo e principais Projetos de Lei | 75 |
| 4.2.2 Destinação de recursos financeiros | 79 |
| 4.2.3 Regionalização | 81 |

| | |
|---|-----|
| 5. JUDICIALIZAÇÃO DA REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA | 84 |
| 5.1 O FENÔMENO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL | 84 |
| 5.1.1 Reprodução Humana assistida como um direito à saúde reprodutiva | 89 |
| 5.2 ANÁLISE DA JURISPRUDÊNCIA | 93 |
| 5.3 TEMÁTICAS JURÍDICAS EM RHA | 98 |
| 5.3.1 Direito à Origem Genética vs. Privacidade dos Doadores | 98 |
| 5.3.2 Direito à Maternidade/Paternidade para Casais Homoafetivos | 101 |
| 5.3.3 Reprodução assistida post mortem | 105 |
| | |
| 6 CONCLUSÃO | 106 |
| | |
| REFERÊNCIAS | 109 |

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho busca analisar os principais desafios para garantir a universalização das técnicas de reprodução humana assistida no Brasil através do Sistema Único de Saúde.

Nesse limiar, indaga-se: A falta de cobertura universal das TRA's, afeta o direito à saúde reprodutiva e a dignidade humana? A exclusão desses tratamentos pode constituir uma violação de direitos fundamentais? Quais seriam os impactos econômicos para o SUS ao implementar a cobertura universal dessas técnicas?

A implementação dessa cobertura universal, envolve desafios constitucionais complexos, principalmente no que diz respeito às limitações financeiras e estruturais do sistema. A Constituição Federal de 1988 estabelece a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, atribuindo ao SUS a responsabilidade de garantir a universalidade do atendimento. No entanto, a inclusão das técnicas de RHA nesse contexto é dificultada por uma série de questões, entre as quais se destaca, a estrutura de atendimento disponível nas em poucas unidades de saúde no país.

O Brasil apresenta um índice elevado de infertilidade, com aproximadamente oito milhões de pessoas afetadas, conforme dados da Associação Brasileira de Reprodução Assistida. Esse cenário propicia um aumento considerável na demanda por tratamentos de RHA, colocando ainda mais pressão sobre o sistema público de saúde.

A infertilidade, como condição biológica e emocional, transcende as questões puramente físicas, afetando de maneira profunda o bem-estar psicológico do indivíduo ou do casal. A impossibilidade de conceber, desperta uma série de reações emocionais complexas, que podem gerar sérios impactos na saúde mental, com destaque para a depressão, um dos transtornos psicológicos mais prevalentes entre aqueles que enfrentam dificuldades para engravidar.

Do ponto de vista psicológico, a infertilidade não é apenas a ausência de gravidez, mas a vivência de um processo de perda e luto. O sonho de se tornar pai ou mãe é, para muitos, uma expectativa fundamental da vida, carregada de significados afetivos e culturais. A frustração de não conseguir atingir esse objetivo pode gerar

sentimentos intensos de inadequação, culpa e fracasso. A depressão surge muitas vezes como uma resposta a esses sentimentos, sendo caracterizada por uma tristeza profunda, perda de interesse por atividades cotidianas e sensação de impotência diante da situação.

A realidade é que muitos brasileiros acabam sem acesso a essas técnicas de reprodução humana assistida, uma vez que os planos de saúde não são obrigados a custear tais tratamentos, conforme decisão recente do Superior Tribunal de Justiça (STJ) no julgamento do Tema Repetitivo 1067. Nessa decisão, o STJ estabeleceu que a cobertura de tratamentos de reprodução assistida pelos planos de saúde só será obrigatória se houver previsão expressa no contrato, o que deixa os cidadãos dependentes exclusivamente do SUS.

A escassez das TRA's do rol de serviços cobertos pelo SUS pode ser vista como uma violação de direitos fundamentais, principalmente o direito à saúde reprodutiva e à igualdade. A falta de acesso universal à RHA compromete a dignidade humana das pessoas afetadas pela infertilidade, uma vez que limita a sua capacidade de exercer plenamente sua liberdade reprodutiva e de formar uma família conforme seu desejo. E com efeito, evidencia, uma falha no cumprimento dos princípios constitucionais da universalidade, igualdade, equidade e dignidade da pessoa humana.

Feita essa breve análise, acerca, da hipótese desse trabalho, é importante vislumbrar o que cada capítulo dialoga.

O primeiro capítulo aborda, a possibilidade do acesso a reprodução humana assistida ser considerado um direito fundamental, sob o prisma de outros direitos sedimentados na Carta Magna de 1988. Além disso, a infertilidade é debatida, tanto a feminina quanto a masculina e suas causas.

O segundo capítulo, traz ao bojo do discurso, as principais técnicas de reprodução humana assistida, as suas indicações, e aspectos particulares. Destaque para ICSI, que no cenário contemporâneo traduz os melhores resultado, em comparação com a Fertilização *In Vitro* clássica. Ademais, é debatido acerca da Gestação por substituição e o seu panorama regulatório em alguns países do mundo.

O terceiro capítulo, cerne desse trabalho, se fundamenta na análise dos desafios que dificultam a plenitude de disponibilização das TRA's a população, pela rede pública de saúde. Sobre isso, temos a ausência de regulamentação em Lei Federal específica, a ausência da destinação de recursos financeiros e o aspecto controvertido da diretriz de regionalização. Também se discorre sobre, as principais resoluções do plano deontológico, pautadas pelo Conselho Federal de Medicina e os projetos de lei sobre a matéria em tramitação.

Por derradeiro, o quarto, e último capítulo, se dispõe a analisar a judicialização da reprodução assistida no Brasil. Além de tratar de temáticas jurídicas importantes como, o direito de conhecimento da origem genética versus o anonimato do doador; o reconhecimento de dupla paternidade/maternidade para casais homoafetivos; e em última esteira a reprodução assistida *post mortem*.

2 REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA À LUZ DA CRFB DE 1988

2.1 DIREITOS FUNDAMENTAIS VINCULADOS À REPRODUÇÃO ASSISTIDA

A Revolução Francesa foi o palco da introdução da Era dos Direitos, convertendo súditos em cidadãos ao permear ideais reacionários contra o modelo absolutista de governo. Antes desse marco histórico, vigorava a Era dos Deveres.¹ A qual, indivíduos eram subordinados as obrigações e responsabilidades que tinham em relação ao Estado e à sociedade aristocrata.

Os Direitos humanos emergiram no século XVIII, particularmente com as Declarações dos Direitos do Homem e do Cidadão na França, inspirada no ideário iluminista. E a Declaração de Independência dos Estados Unidos, em decorrência da Revolução Americana, ao pautar que todos os homens são criados iguais e têm direitos inalienáveis, como a vida, a liberdade e a busca da felicidade.²

Tais direitos podem ser classificados em diferentes gerações, cada uma refletindo características e princípios próprios. Os direitos humanos de primeira geração, também denominados direitos civis e políticos, ou ainda, de liberdades públicas, são essenciais para assegurar o livre-arbítrio individual. Se fundamentam em limitações ao poder do Estado, garantindo liberdades fundamentais aos indivíduos. Como observa Celso Lafer, "são considerados direitos inerentes ao ser humano e classificados como direitos naturais, porquanto precedem o contrato social".³

Por isso, são direitos individuais: (I) quanto ao modo de exercício – é individualmente que se afirmam, por exemplo, a liberdade de opinião; (II) quanto ao sujeito passivo do direito – pois o titular do direito individual pode afirmá-lo em relação a todos os demais indivíduos, já que estes direitos têm como limite o reconhecimento do direito do outro, [...] e, (III) quanto ao titular do direito, que é o homem individual na sua individualidade.⁴

¹ BOBBIO, N. A era dos direitos. Rio de Janeiro: Campus, 1992. p. 62.

² DIREITO LEGAL. Direitos Humanos nos Estados Unidos: Declaração de Independência (1776), Declarações de Direitos e Constituição (1787). Disponível em: <<https://direito.legal/direitos-humanos-nos-estados-unidos-declaracao-de-independencia-1776-declaracoes-de-direitos-e-constituicao-1787/>>. Acesso em: 23 out. 2024.

³ LAFER, C. A reconstrução dos direitos humanos: um diálogo com o pensamento de Hannah Arendt. São Paulo: Companhia das Letras, 1988. p. 126.

⁴ *Idem*, p. 126, 127.

Silva pondera que, “os exemplos mais importantes dessas liberdades, também chamadas de direitos de defesa, são a liberdade de expressão, de imprensa, de religião, de associação, de reunião e o direito de propriedade”.⁵

A respeito da segunda geração de direitos humanos, esta surgiu como uma resposta às desigualdades sociais e econômicas geradas pela Revolução Industrial no século XIX. O rápido crescimento das cidades, a intensificação da pobreza e a exploração dos trabalhadores nas fábricas trouxeram à tona a necessidade de garantir direitos relacionados ao bem-estar social, como o direito ao trabalho, à educação, à saúde, à moradia e à previdência social.

Tais direitos começaram a ser incorporados nas constituições e nas legislações de diversos países, especialmente a partir do movimento operário e da criação dos primeiros sistemas de bem-estar social no século XX. Destaque para o *New Deal* nos Estados Unidos, na década de 1930 e o estabelecimento do Estado de Bem-Estar Social na Europa, especialmente após a Segunda Guerra Mundial (1945).

O reconhecimento e a promoção desses direitos receberam uma dimensão global com a adoção da Carta das Nações Unidas em 1945 e da Declaração Universal dos Direitos Humanos da ONU, em 1948. Nesse contexto, o titular desses direitos é o indivíduo, e o Estado é o responsável por propiciar tais direitos, assumindo o papel de provedor. Assim, Adriana Galvão destaca que “as normas constitucionais que asseguram esses direitos exigem uma ação positiva do Estado”.⁶ Em outras palavras, o governo deve tomar medidas concretas para beneficiar o cidadão, razão pela qual esses direitos também são chamados de direitos positivos ou direitos prestacionais.

Ao contrário dos direitos de primeira geração, que focam na seara da não-interferência estatal, a segunda geração, por seu turno, defende que o poder público deve atuar ativamente para garantir as condições de dignidade e bem-estar para todos os cidadãos.⁷

⁵ SILVA, Virgílio Afonso da. A evolução dos direitos fundamentais. *Revista Latino-Americana de Estudos Constitucionais*, v. 6, p. 541-558, 2005.

⁶ MOURA, A. G. A dignidade da pessoa humana como fundamento da cidadania. In: DINALLI, A.; FERREIRA, L. A. C.; TEOTÔNIO, P. J. F. (Org.). *Constituição e construção da cidadania*. Leme: JH Mizuno, 2005. p. 23.

⁷ OLIVEIRA, S. A. M. A teoria geracional dos direitos do homem na filosofia de Norberto Bobbio. In: SALATINI, R.; BARREIRA, C. M. *Democracia e direitos humanos no pensamento de Norberto Bobbio*. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2018. p. 247-262. DOI: <https://doi.org/10.36311/2018.978-85-7249-026-9.p247-262>. Acesso em: 23 de out. 2024.

A terceira geração dos direitos humanos, começou a ganhar contornos expressivos no final do século XX, esta por sua vez, abrange direitos coletivos e transnacionais, como o direito à paz, ao meio ambiente equilibrado, à comunicação, ao desenvolvimento e aos direitos dos consumidores. Também inclui direitos específicos para grupos vulneráveis, como crianças, idosos e pessoas com deficiência.

Coincide com ascensão do fenômeno da globalização, do crescimento de movimentos sociais, como os ambientalistas e os direitos das mulheres, e a crescente preocupação com problemas globais como mudanças climáticas, guerras e conflitos internacionais e a defesa de direitos coletivos. Segundo Celso Lafer são direitos que pertencem a coletividades e não apenas ao indivíduo, sendo titulados por grupos como a família, a nação, povos, coletividades regionais ou étnicas, e até pela humanidade como um todo.⁸

As três primeiras gerações de direitos humanos refletem a conquista progressiva dos valores fundamentais proclamados pelos ideais revolucionários franceses: liberdade, igualdade e fraternidade. Cada um desses princípios corresponde a uma geração distinta de direitos, que foram sendo progressivamente alcançados ao longo da história.⁹

Além da teoria tripartite de gerações de direitos atribuída a Karel Vasak, diversos autores atualmente expandem essa classificação, incluindo conceitos de quarta, quinta e até sexta geração. No entanto, após a terceira geração, há um dissenso entre os doutrinadores.¹⁰

A título exemplificativo, a teoria desenvolvida por Bobbio considera que os direitos humanos de quarta geração versam sobre bioética, enquanto o autor brasileiro, Paulo Bonavides, possui outra convicção, ao atribuir o direito à democracia, o direito à informação e o direito ao pluralismo nessa vertente.¹¹

⁸ LAFER, C. A reconstrução dos direitos humanos: um diálogo com o pensamento de Hannah Arendt. São Paulo: Companhia das Letras, 1988.

⁹ *Ibidem*.

¹⁰ ZOEIN, Luís Henrique Linhares. Em que consistem e quais são as “gerações” de direitos fundamentais? Meu Site Jurídico, 9 ago. 2019. Disponível em: <https://meusitejuridico.editorajuspodivm.com.br/2019/08/09/em-que-consistem-e-quais-sao-geracoes-de-direitos-fundamentais/>. Acesso em: 22 out. 2024.

¹¹ *Ibidem*.

A maioria dos estudiosos prefere usar "dimensões" em vez de "gerações" para evitar a ideia de substituição. Em vez disso, uma geração de direitos se soma às anteriores, ampliando o conjunto dos direitos fundamentais ao longo do tempo.¹²

A respeito dos direitos humanos de quarta geração sob a perspectiva de Bobbio, estes estão intrinsecamente associados à manipulação genética, à biotecnologia e à bioengenharia, explorando questões éticas relacionadas à vida e à morte. Enfatizam a reflexão prévia e cuidadosa sobre os aspectos éticos dessas áreas, com o objetivo de estabelecer uma base jurídica que regule tanto as inovações tecnológicas quanto os seus limites dentro dos parâmetros constitucionais.¹³

Importante vislumbrar que Direitos humanos são direitos inerentes a todos os seres humanos, independentemente de sua nacionalidade, local de residência, sexo, origem étnica ou cultural, língua, religião, ou qualquer outra condição. São universalmente reconhecidos e protegidos por tratados internacionais.

Enquanto os Direitos fundamentais, por outro lado, são consagrados em uma constituição ou em outras leis fundamentais de um país. Ambos são essenciais para a dignidade humana e para a convivência social, e incluem direitos como o direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança, à saúde e à educação.

Após essa explicação inicial, indaga-se: A reprodução humana assistida pode ser considerada como um direito fundamental no Brasil? De acordo com Olga Kreel, a resposta é positiva.¹⁴ A referida autora, aduz que existem direitos fundamentais fora do catálogo, que dependem da existência e análise de outros direitos para serem consubstanciados, ao perfazer uma interpretação extensiva, pautada numa abertura material.

Para analisar a reprodução assistida como um direito fundamental no Brasil, é necessário ir além dos direitos explicitamente mencionados na Constituição. Segundo o artigo 5º, § 2º da Constituição Federal de 1988, os direitos expressos não excluem outros que derivam dos princípios constitucionais e dos tratados

¹² *Ibidem*.

¹³ OLIVEIRA, S. A. M. A teoria geracional dos direitos do homem na filosofia de Norberto Bobbio. In: SALATINI, R.; BARREIRA, C. M. Democracia e direitos humanos no pensamento de Norberto Bobbio. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2018. p. 247-262. DOI: <https://doi.org/10.36311/2018.978-85-7249-026-9.p247-262>. Acesso em: 23 de out. 2024.

¹⁴ KRELL, Olga Jubert Gouveia. O direito fundamental à reprodução humana assistida no Brasil e suas repercussões na filiação civil: uma abordagem de lege ferenda. 2005. Tese (Doutorado em Direito Público) - Universidade Federal de Pernambuco, Faculdade de Direito do Recife, Recife, 2005.

internacionais. Isso permite uma interpretação ampla dos direitos fundamentais, incorporando novos direitos que emergem com a evolução da sociedade.

Jorge Miranda¹⁵ defende que a Constituição não fixa uma lista fechada de direitos, mas sim uma lista que pode ser expandida com direitos implícitos ou provenientes de tratados internacionais. Sarlet¹⁶, por seu turno, defende que o reconhecimento de direitos implícitos no sistema jurídico não cria uma norma, mas revela direitos já presentes, baseados nos princípios constitucionais.

Assim, em que pese não esteja explicitamente mencionada na Constituição, a reprodução humana assistida pode ser inferida a partir de princípios como a liberdade reprodutiva, o direito à saúde e a proteção à família. Esses direitos podem ser entendidos como uma extensão da proteção à dignidade humana, exigindo reconhecimento normativo devido à evolução social e médica.

Portanto, a resposta se a reprodução humana assistida se trata de um direito fundamental no Brasil não está em uma simples afirmação da inexistência de uma norma específica, mas na interpretação expansiva da Constituição, que leva em consideração os direitos e princípios fundamentais já consagrados.

2.1.1 Direito à igualdade, à liberdade e à dignidade da pessoa humana

A reprodução humana assistida, quando analisada sob o prisma dos direitos fundamentais à igualdade, à liberdade e à dignidade da pessoa humana, revela-se um direito essencial que deve ser garantido pelo Estado.

Em primeiro lugar, a igualdade é um princípio central que exige o acesso igualitário às técnicas de reprodução assistida para todos os indivíduos, independentemente de sua condição social, econômica, orientação sexual ou estado civil. A discriminação no acesso a esses serviços viola o princípio da isonomia e perpetua desigualdades. Garantir que todos tenham as mesmas oportunidades para realizar seu desejo de ter filhos é uma questão de justiça social e igualdade de direitos.

¹⁵ MIRANDA, Jorge. Manual de Direito Constitucional – Tomo IV: Direitos fundamentais. Coimbra: Coimbra Editora, 1988, p. 153s.

¹⁶ SARLET, Ingo W. A eficácia dos direitos fundamentais. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1998, p. 136.

A liberdade também desempenha um papel crucial nesse contexto. A autonomia reprodutiva permite que os indivíduos façam escolhas sobre o uso das tecnologias reprodutivas sem coerção ou interferência. Isso inclui o direito de decidir sobre o planejamento familiar e o uso das técnicas de reprodução assistida, respeitando suas convicções pessoais, morais e religiosas. A liberdade reprodutiva é essencial para a autodeterminação e a concretização dos projetos de vida pessoais.

Por fim, a dignidade da pessoa humana deve ser preservada em todas as etapas do processo de reprodução assistida. No que tange à privacidade, à integridade física e psicológica dos indivíduos envolvidos. As técnicas reprodutivas devem ser seguras, acessíveis e realizadas dentro de padrões éticos rigorosos, garantindo a proteção e o bem-estar dos envolvidos. A dignidade exige que os avanços tecnológicos na área da reprodução assistida sejam acessíveis a todos, sem discriminação, e que sejam regulados de maneira a respeitar os direitos e a dignidade das pessoas.

2.1.2 Direito a saúde como garantia constitucional fundamental

A saúde é reconhecida como um direito social fundamental em vários tratados internacionais. A Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1948, dispõe que todo ser humano tem direito a um padrão de vida adequado para a saúde e bem-estar próprio e da sua família.¹⁷

O Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, adotado em 1966, reforça esse conceito, reconhecendo o direito de toda pessoa ao mais alto nível de saúde física e mental. Além disso, a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979, garante o acesso a serviços de saúde, incluindo saúde reprodutiva, sem discriminação.

Paralelo a posituação internacional, tal proteção é reforçada pela Constituição Federal do Brasil de 1988 ao pautar a saúde como um direito de todos e dever do Estado. O referido diploma legal marcou um avanço significativo ao catalogar a

¹⁷ ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Declaração Universal dos Direitos Humanos. Assembleia Geral das Nações Unidas, 1948. Disponível em: <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>. Acesso em: 05 out. 2024.

saúde como um dos direitos sociais fundamentais. Anteriormente, a proteção à saúde no Brasil era firmada a normas esparsas ou indiretas, como a garantia de "socorros públicos", a inviolabilidade do direito à subsistência, e direitos relacionados ao trabalhador e à assistência social, sem, no entanto, configurar-se como um direito constitucional efetivo.¹⁸

Com a nova ordem jurídica inaugurada pela CF/88, a saúde foi explicitada como um direito fundamental, sendo associada, mas não limitada, à assistência social. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) refletiu as demandas do Movimento de Reforma Sanitária e consolidou a saúde como um direito universal e integral, caracterizando uma ruptura dos moldes anteriores.

Há de se mencionar que o direito à saúde no Brasil possui uma dupla fundamentalidade, tanto formal quanto material, dentro do regime jurídico garantido pela Carta Magna de 1988. A fundamentalidade material está relacionada à importância do bem jurídico protegido, no caso, a saúde, essencial para a manutenção da vida com dignidade e qualidade, além de ser condição para o pleno exercício de outros direitos.¹⁹

Notadamente a fundamentalidade formal do direito à saúde, esta implica análise de três premissas principais: (a) o direito à saúde ocupa uma posição de hierarquia superior, sendo uma das normas mais importantes do ordenamento jurídico; (b) está protegido por limites rigorosos para modificações, e (c) conforme o artigo 5º, §1º, da Constituição, os direitos fundamentais são diretamente aplicáveis, o que significa que o Estado e os cidadãos têm a obrigação imediata de garantir esse direito, sem necessidade de novas leis.²⁰ Todavia, a doutrina e a jurisprudência nem sempre contemplam plenamente a fundamentalidade do direito à saúde, com efeito, surgem contendas sobre sua aplicação e alcance.

Importa vislumbrar que saúde não se limita a ser um direito, mas também, implica um dever fundamental de proteção e promoção. Nesse sentido, o artigo 196 da Constituição Federal disciplina o direito-dever, no qual os deveres associados à saúde decorrem diretamente da norma constitucional.

¹⁸ SARLET, Ingo Wolfgang. O direito fundamental à proteção e promoção da saúde no Brasil: principais aspectos e problemas. Temas Aprofundados da Defensoria Pública, 2014.

¹⁹ SARLET, I. W. "Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988". In: Revista Interesse Público. Porto Alegre, v.12, p. 91-107, 2001.

²⁰ *Ibidem*.

Estes por sua vez se manifestam nas mais variadas formas, em virtude de normas penais que protegem bens jurídicos relacionados à saúde, como a vida e a integridade física, e de normas administrativas na vigilância sanitária, epidemiológica e na saúde do trabalhador. Outrossim, há ainda os chamados deveres prestacionais que são concretizados por meio de políticas públicas e normas de gerenciamento do Sistema Único de Saúde (SUS), propiciando acesso e participação ao sistema.²¹

A infertilidade é reconhecida, no plano jurídico e médico, como uma condição de saúde que compromete a capacidade biológica de concepção, configurando-se, portanto, como uma situação passível de intervenção terapêutica. Nesse sentido, a reprodução assistida surge como uma tecnologia de saúde legítima, permitindo que casais e indivíduos que enfrentam dificuldades para conceber possam exercer seu direito à procriação, que é um dos aspectos constitutivos da realização plena da sua personalidade.²²

O artigo 196 da Constituição Brasileira, ao garantir que a saúde seja um direito de todos e dever do Estado, implica que políticas públicas de saúde devem abranger o acesso a tratamentos médicos, como as técnicas de reprodução assistida, especialmente quando essas práticas são reconhecidas como necessárias para o tratamento de condições médicas específicas. Portanto, a reprodução assistida não só se insere como uma prática de saúde, mas é também uma manifestação da efetivação do direito à saúde, ao garantir aos indivíduos que enfrentam a infertilidade as condições para exercerem sua liberdade reprodutiva de forma digna.

O Estado, no exercício de sua função de garantir a saúde como direito fundamental, deve assegurar a acessibilidade e a inclusão de tais tecnologias dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo, assim, a igualdade no acesso a tratamentos de saúde que possam viabilizar o exercício pleno dos direitos reprodutivos.

Por fim, a intenção desse tópico não é exaurir as temáticas em saúde, tendo em vista, que no decorrer deste trabalho serão abordados aspectos mais incisivos sobre a construção da saúde no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), seus princípios, diretrizes, estrutura e finalidades.

²¹ SARLET, Ingo Wolfgang. O direito fundamental à proteção e promoção da saúde no Brasil: principais aspectos e problemas. Temas Aprofundados da Defensoria Pública, 2014.

²² LAGO, Áudrea Pedrollo. Os direitos da personalidade dos concebidos por meio das técnicas de reprodução assistida. Monografia, Universidade Federal de Santa Catarina, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/197653>. Acesso em: 09 out. 2024.

2.1.2.1 Saúde sexual e reprodutiva

A partir da década de 1960, com o início da promoção de políticas de planejamento familiar, os direitos sexuais e reprodutivos, bem como a saúde reprodutiva e sexual, passaram a receber crescente atenção no cenário internacional. A mudança de paradigma procedeu na consideração e conceituação formal desses direitos, despontando como uma evolução significativa na compreensão da autonomia individual e na necessidade de garantir acesso a serviços de saúde adequados.

A distinção entre saúde sexual e saúde reprodutiva é imprescindível para compreensão das necessidades de saúde das populações na garantia de direitos da coletividade. A saúde sexual é caracterizada como um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social em relação à sexualidade, indo além da mera ausência de doenças.

Envolve a possibilidade de ter experiências sexuais prazerosas e seguras, livres de coerção, discriminação e violência. Para assegurar a saúde sexual, é crucial que todos tenham acesso a serviços de aconselhamento sobre sexualidade, prevenção e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis, apoio psicossocial e serviços de prevenção e tratamento de cânceres reprodutivos.²³

Por outro lado, a saúde reprodutiva é definida como um estado de completo bem-estar físico e mental relacionado ao sistema reprodutivo e suas funções. Essa dimensão implica acesso a informações precisas sobre saúde reprodutiva, gerenciamento da menstruação com dignidade, serviços para prevenção e resposta à violência de gênero, métodos contraceptivos e serviços de saúde adequados para uma gravidez e parto protegido. Também abrange o acesso a abortos seguros e cuidados pós-aborto, além de serviços de prevenção e tratamento da infertilidade.²⁴

Entende-se por direitos reprodutivos, o conjunto de direitos humanos que garantem a liberdade e autonomia das pessoas em relação à sua saúde reprodutiva e sexual. Isso inclui o direito de decidir sobre a reprodução, o acesso a serviços de saúde

²³ FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA). Guia de Saúde Sexual e Reprodutiva. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/guia_ssr_web.pdf>. Acesso em: 10 out. 2024.

²⁴ *Ibidem*.

sexual e reprodutiva, e a proteção contra práticas coercitivas, como o aborto forçado e a esterilização forçada.²⁵

Na conferência mundial de Direitos Humanos, realizada no Teerã, em 1968, surgiu a primeira noção do que seria o direito reprodutivo, pois o capítulo 16 passou a prever que “Os pais têm o Direito Humano Fundamental de determinar livremente o número de seus filhos e o intervalo entre seus nascimentos” O termo "direitos reprodutivos" emergiu como uma expressão crucial durante o I Encontro Internacional de Saúde da Mulher, realizado em Amsterdã, em 1984.

Tal denominação foi adotada como um consenso global, pois encapsulava de maneira abrangente e precisa as questões de autodeterminação reprodutiva das mulheres, em contraste com a terminologia mais restrita de "saúde da mulher".²⁶ A alteração linguística refletiu uma transformação nas discussões sobre os direitos das mulheres, enfatizando a necessidade de reconhecer e propiciar a autonomia e os direitos reprodutivos como componentes essenciais da saúde e bem-estar feminino.

Contudo, a expressão "direitos reprodutivos" somente foi solidificada na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo em 1994, e posteriormente reafirmado na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em Pequim, em 1995.²⁷ Em 2013, durante a Conferência Regional sobre População e Desenvolvimento da América Latina e do Caribe, representantes de 38 países aprovaram o Consenso de Montevideu, que contém mais de 120 medidas para avançar no Programa de Ação da CIPD.²⁸

O contemporâneo entendimento de direitos reprodutivos transcende a mera proteção da procriação, incorporando a promoção dos direitos individuais e sociais. Essa abordagem enfatiza a necessidade de implementar leis e políticas públicas que

²⁵ CARLOTO, Cássia Maria; DAMIÃO, Nayara André. Direitos reprodutivos, aborto e Serviço Social. *Serviço Social & Sociedade*, n. 132, p. 306-325, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sssoc/a/vnGNyx7gwTS4QKvndBRPP3C/>>. Acesso em: 10 out. 2024.

²⁶ MATTAR, Laura Davis. Reconhecimento jurídico dos direitos sexuais: uma análise comparativa com os direitos reprodutivos. *Sur, Rev. int. direitos human.*, São Paulo, v. 5, n. 8, p. 60-83, June 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-64452008000100004>. Acesso em: 10 de out. 2024.

²⁷ SPALDING, Alessandra Mendes; Nascimento, Francis Pignatti do; Brega Filho, Vladimir. O direito à reprodução assistida como derivação do direito fundamental à saúde e do direito de formar família. *Revista Jurídica Luso-Brasileira (RJLB)*, 2022. Disponível em: <https://www.cidp.pt/revistas/rjlb/2022/3/2022_03_0001_0023.pdf>. Acesso em: 10 out. 2024.

²⁸ UNFPA Brasil. Consenso de Montevideu. Disponível em <https://brazil.unfpa.org/pt-br/consenso-de-montevideu>. Acesso em: 11 out. 2024.

assegurem equidade nas relações pessoais e sociais, reconhecendo que a saúde reprodutiva é um aspecto fundamental do indivíduo.²⁹

Nesse panorama, a natureza dos direitos reprodutivos abrange diversas dimensões, incluindo: o direito à vida e à sobrevivência; à saúde sexual e reprodutiva, com ênfase nos benefícios do progresso científico; à liberdade e segurança; à não discriminação e ao respeito pelas escolhas pessoais; à informação e educação que possibilitem a tomada de decisão informada; à autodeterminação na escolha da maternidade e paternidade; ao direito ao casamento, à filiação e à constituição de uma família; e à proteção social da maternidade, paternidade e da família, especialmente no ambiente de trabalho.³⁰

Historicamente, o debate sobre direitos reprodutivos no Brasil, somente ganhou novas proporções a partir da década de 80, com o processo de redemocratização do país e a crescente luta dos movimentos feministas. A Constituição Federal de 1988, juntamente com a Lei nº 9.263/1996, que regulamenta o planejamento familiar, são marcos jurídicos para a proteção dos direitos reprodutivos na seara nacional. Além disso, o Governo Federal, criou ações e políticas públicas com enfoque na promoção dessas prerrogativas.

Em síntese, dentre os principais programas de saúde voltados para garantir esses direitos, destaca-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), instituída em 2004 e inspirada no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), formulado em 1983. Cujo objetivo central é propiciar a saúde integral da mulher em todas as fases da vida, garantindo acesso a serviços de planejamento familiar, pré-natal, parto e pós-parto, além da prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). A PNAISM enfatiza a importância de um atendimento humanizado e de qualidade, reconhecendo a diversidade das necessidades das mulheres, para além do cuidado da constância da gravidez e maternidade, que a saúde da mulher não se resume a esses papéis.³¹

Em 2011, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, garantindo cuidados

²⁹ VENTURA, Miriam. Direitos Reprodutivos no Brasil. 3ª edição. Brasília-DF: UNFPA, 2009.

³⁰ *Ibidem*.

³¹ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-mulher/pnaism>>. Acesso em: 11 out. 2024.

adequados em saúde sexual e reprodutiva sem discriminação. No mesmo ano foi lançada a Rede Cegonha, que buscou assegurar acesso a uma assistência humanizada durante a gestação, parto e puerpério.

Os objetivos da Rede Cegonha incluíam assegurar o direito ao planejamento reprodutivo e promoção da formação de equipes multiprofissionais que ofereçam um atendimento integral às mulheres, visando melhorar a qualidade do cuidado obstétrico e neonatal. O programa foi descontinuado em 2022 e substituído pela Rede Materna Infantil (RAMI).

Paralelo a essas iniciativas, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem adotado políticas voltadas à incorporação de técnicas de reprodução assistida, como a fertilização in vitro (FIV) e a inseminação artificial, em sua rede de serviços sob o fundamento da antiga Política Nacional de Atenção Integral a Reprodução Humana Assistida (PNAIRHA). Todavia, o alcance aos métodos ainda está longe do ideal, presencia obstáculos como a falta de unidades especializadas em todos os estados e a elevada demanda, conforme será exposto adiante nesse trabalho.

2.1.1.2 Infertilidade (CID's – 10: N97 e N46)

A infertilidade e a esterilidade são condições históricas que permeiam as experiências humanas desde os tempos mais remotos, ambas atreladas a saúde reprodutiva. Sob a perspectiva cristã, a Bíblia descreve casos de mulheres como Sara, esposa de Abraão, e Isabel, prima de Maria, que lidavam com adversidades para engravidar.³²

Sara era estéril e não conseguia ter filhos, o que lhe causava grande tristeza e vergonha. Em um momento de desespero, ela ofereceu sua serva Hagar a Abraão para que ele pudesse ter um filho. Hagar deu à luz Ismael, mas Deus reafirmou sua promessa a Sara, que milagrosamente, aos 90 anos, concebeu Isaque, cumprindo assim a promessa divina.³³

³² GONÇALVES, Daniela. Reprodução humana assistida e seus impactos na família contemporânea. *Revista Direito & Consciência*, v. 1, n. 1, p. 177-190, 2022.

³³ TEORIA BRASILEIRA. O papel da esterilidade na história do patriarca Abraão e Sara. Disponível em: <https://teologiabrasileira.com.br/o-papel-da-esterilidade-na-historia-do-patriarca-abraao-e-sara/>. Acesso em: 11 out. 2024.

Na Antiguidade, tanto na Grécia quanto em Roma, a mulher era valorizada principalmente por seu papel de esposa e mãe, com sua função social intimamente ligada à capacidade de gerar filhos, especialmente varões, considerados essenciais para a continuidade da linhagem familiar, ressaltando a interdependência entre fertilidade e status social.³⁴

A fertilidade era vista como um favor divino, e os casais férteis eram invejados, especialmente se os filhos nascessem saudáveis. Por outro lado, os casais inférteis sofriam discriminação, sendo considerados esquecidos pelos deuses.³⁵ Na Grécia Antiga, a infertilidade feminina poderia levar à dissolução do matrimônio, enquanto, no caso da infertilidade masculina, permitia a mulher recorrer ao concubinato para propagar a descendência.³⁶ No Antigo Egito, a mulher infértil era chamada de "rio seco" e enfrentava preconceitos severos, podendo ser abandonada pelo marido. Sem opções viáveis, a saída era a prostituição como meio de sobrevivência.³⁷

Como exposto, a infertilidade por vezes foi associada a estigmas e ao sofrimento. O luto, e o vazio de não poder conceber e gerar descendentes permeia o seio familiar de muitos indivíduos, desde os primórdios. Feito essa breve contextualização histórica é crucial compreender do que se trata a infertilidade e suas causas.

Cátia Padeiro destaca que “o conceito de infertilidade é ambíguo e pouco consensual”.³⁸ Vieira por seu turno, a define como a inaptidão temporária ou permanente de conceber um filho e de levar a termo uma gravidez até ao parto.³⁹ Já a OMS a considera como “uma doença do sistema reprodutor masculino ou feminino, definida pela incapacidade de conceber uma gravidez após 12 meses ou mais de relações sexuais regulares desprotegidas”.⁴⁰

³⁴ CHAVES, Mariana; DANTAS, Eduardo. Aspectos jurídicos da reprodução humana assistida: comentários à resolução 2.121/ 2015 do conselho federal de medicina. Rio de Janeiro: LMJ Mundo Jurídico, 2017.

³⁵ GONÇALVES, Daniela. Reprodução humana assistida e seus impactos na família contemporânea. Revista Direito & Consciência, v. 1, n. 1, p. 177-190, 2022.

³⁶ JOPPERT JÚNIOR, Aimar et al. Reprodução assistida: aspectos históricos. Interatemos, v. 4, n. 4, 2002. ISSN 1677-1281.

³⁷ *Ibidem*.

³⁸ PADEIRO, Cátia Patrícia Soares. A influência da infertilidade na satisfação com a vida e nos estados emocionais dos casais inférteis. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia, Lisboa, 2009.

³⁹ VIEIRA, C. A relação entre a consciência de estigma e a auto-eficácia na infertilidade. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia - Universidade Católica Portuguesa, Braga, Portugal, 2009.

⁴⁰ ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). OMS alerta que 1 em cada 6 pessoas é afetada pela infertilidade em todo o mundo. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/4-4-2023->

Frequentemente confundida com a esterilidade, a infertilidade diz respeito à dificuldade relativa de conceber, existindo a possibilidade de solução. Enquanto a esterilidade é caracterizada pela impossibilidade total de ter um filho vivo, a partir de problemas reprodutivos insuperáveis.⁴¹

Acerca da sua classificação, pode ser primária ou secundária. A primária consiste na incapacidade de conceber ou levar uma gravidez a termo, sem nenhuma gravidez anterior bem-sucedida. A secundária é pautada na dificuldade de conceber após já ser mãe ou tido gravidez anterior.⁴²

Os casais inférteis são classificados em dois grupos: aqueles que não podem engravidar sem tratamento devido a condições como azoospermia (ausência de espermatozoides), obstrução tubária bilateral ou anovulação (ausência de óvulos), e aqueles que são subférteis ou hipoférteis, que podem conseguir engravidar com o tempo, mesmo sem tratamento.⁴³

Em termos de estatísticas conforme a OMS Aproximadamente 17,5% da população adulta mundial é afetada pela infertilidade, o que equivale a cerca de 1 em cada 6 pessoas.⁴⁴ Na Europa, a taxa de infertilidade é de 16,5%, enquanto nas Américas, a taxa é de aproximadamente 20%.⁴⁵ No Brasil, estima-se que cerca de 8 milhões de pessoas sejam acometidas pela infertilidade.⁴⁶

Dentre os fatores mais detectados de infertilidade cita-se, os origem masculina (31,3%) e tubária (20,2%). Outras ausas relevantes incluíram idade avançada (12,8%), síndrome dos ovários policísticos (11,8%), endometriose (11,1%),

oms-alerta-que-1-em-cada-6-pessoas-e-afetada-pela-infertilidade-em-todo-mundo. Acesso em: 04 out. 2024.

⁴¹ COUTO, F. A influência da infertilidade na satisfação conjugal e no ajustamento familiar. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia, Lisboa, 2011.

⁴² ESTEVES, M. Infertilidade a quanto obrigas!...: investigação da personalidade na infertilidade psicogénea e na fertilidade. Lisboa: Trilhos: Coisas de Ler. 2009.

⁴³ REMOALDO, P.; MACHADO, H.; REIS, I.; PEREIRA, L.; XAVIER, M. A infertilidade no concelho de Guimarães – Contributos para o bem-estar familiar. In: Actas do V Congresso da Geografia Portuguesa – Portugal: territórios e protagonistas, 2005, p. 1-14.

⁴⁴ ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). OMS alerta que 1 em cada 6 pessoas é afetada pela infertilidade em todo o mundo. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/4-4-2023-oms-alerta-que-1-em-cada-6-pessoas-e-afetada-pela-infertilidade-em-todo-mundo>. Acesso em: 04 out. 2024.

⁴⁵ Revista Crescer. Um em cada seis adultos no mundo é infértil, revela relatório da OMS. Disponível em: <https://revistacrescer.globo.com/tentantes/planejando-a-gravidez/noticia/2023/04/um-em-cada-seis-adultos-no-mundo-e-infertil-revela-relatorio-da-oms.ghtml>. Acesso em: 04 nov. 2024.

⁴⁶ MFFertilidadeMasculina. 25 Estatísticas de Infertilidade que Você Deveria Conhecer. Disponível em: <https://mfertilidademasculina.com.br/25-estatisticas-de-infertilidade-que-voce-deveria-conhecer/>. Acesso em: 04 out. 2024.

infertilidade de causa desconhecida (9,0%), oligo-ovulação (1,1%) e miomatose uterina (0,5%).⁴⁷

A Classificação Internacional de Doenças, em sua décima revisão (CID-10), desempenha um papel importante na padronização de doenças e problemas de saúde, destacando o código N97, ao se referir à infertilidade feminina. Nesse limiar, as principais causas dessa condição são variadas e incluem: A anovulação (N970), caracterizada pela falta de ovulação regular, devido a distúrbios hormonais; A infertilidade tubária (N971) que ocorre quando há obstruções nas trompas de falópio, geralmente resultantes de infecções pélvicas ou cirurgias anteriores.⁴⁸

Problemas no útero, como miomas ou pólipos, que dificultam a implantação do embrião, classificados como infertilidade uterina (N972); A condição cervical (N973) pautada nas alterações na mucosa cervical que impedem a passagem do espermatozoide, quase sempre, relacionadas a infecções sexualmente transmissíveis. Ademais, há fatores do parceiro (N974), como baixa contagem de espermatozoides ou anormalidades, e outras causas (N978) que podem incluir distúrbios genéticos ou imunológicos anormais.⁴⁹

Por outro lado, o CID – 10 N46, corresponde a infertilidade masculina e os seus motivos como no caso da: azoospermia, que é a ausência de espermatozoides no sêmen, resultando numa incapacidade completa de produzir espermatozoides viáveis;

a oligozoospermia, caracterizada por uma baixa contagem de espermatozoides; a asthenozoospermia, que se refere à baixa motilidade dos espermatozoides, os prejudicando na capacidade de alcançarem e fertilizarem o óvulo. E a teratozoospermia, que envolve anomalias na forma dos espermatozoides, podendo igualmente dificultar a fertilização.⁵⁰

2.1.3 Direito a constituição de família e Planejamento Familiar

⁴⁷ SILVA, G. M. et al. Número de folículos antrais e o sucesso da fertilização in vitro: uma análise multivariada. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. v. 36, n.10, pp.473-479, 2014.

⁴⁸ ICLINIC. CID 10 N97: Infertilidade feminina. Disponível em: <https://iclinic.com.br/cid/n97/>. Acesso em: 04 out. 2024.

⁴⁹ *Ibidem*.

⁵⁰ ICLINIC. CID 10 N46: Infertilidade masculina. Disponível em: <https://iclinic.com.br/cid/n46/>. Acesso em: 04 out. 2024.

O Brasil manteve, por muito tempo, uma cultura pronatalista, incentivando altas taxas de fecundidade devido à mortalidade elevada e à necessidade de expandir o mercado interno.⁵¹ A partir da década de 60, o planejamento familiar começou a ser visto como uma forma de prevenir abortos inseguros e promover o bem-estar social.

Com essa nova perspectiva e a falta de políticas públicas para oferecer métodos contraceptivos, surgiu a BEMFAM (Sociedade Bem-Estar da Família), que passou a fornecer serviços de planejamento familiar. Outras organizações, como a ABEPF (Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar) e o CPAIMC (Centro de Pesquisa de Assistência Integral à Mulher e à Criança), também foram criadas para promover a distribuição de contraceptivos e oferecer aconselhamento.⁵²

Em 1974, na Conferência Mundial de População de Bucareste, o governo brasileiro reconheceu o planejamento familiar como um direito, e, em 1977, lançou o Programa de Saúde Materno Infantil, focando na prevenção de gestações de alto risco.⁵³ Nos anos 80, o planejamento familiar passou a ser defendido como uma questão de saúde da mulher, garantindo maior autodeterminação nas decisões sobre reprodução.

Diante do exposto, afinal o que se entende por planejamento familiar? O direito ao planejamento familiar certifica às famílias a autonomia para decidir sobre a quantidade de filhos que desejam ter e o momento mais apropriado para isso, recebendo o suporte necessário para concretizar essa decisão. Com efeito, está intrinsecamente ligado aos direitos reprodutivos, que envolve o direito fundamental da liberdade na esfera do livre exercício da sexualidade e da reprodução humana, dentre os limites legais.

É pautado na mínima intervenção Estatal nas decisões particulares do núcleo familiar, porém, este se torna um ator fundamental na difusão de informações,

⁵¹ ALVES, José Eustáquio Diniz. As políticas populacionais e o planejamento familiar na América Latina e no Brasil. Rio de Janeiro: ENCE, 2006.

⁵² BASTOS, Camila Ferraro. Esterilização e Planejamento Familiar: uma análise à luz da possibilidade da disposição relativa sobre o corpo. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) – Faculdade Baiana de Direito, Salvador.

⁵³ ALVES, José Eustáquio Diniz. As políticas populacionais e o planejamento familiar na América Latina e no Brasil. Rio de Janeiro: ENCE, 2006.

instruções e tratamentos sobre contracepção e fecundidade.⁵⁴ A Lei Federal nº 9.263/1996, a saber, Lei do Planejamento Familiar, o caracteriza como "o conjunto de ações que regulam a fecundidade, garantindo direitos iguais para a constituição, limitação ou aumento da prole, seja pela mulher, pelo homem ou pelo casal".⁵⁵ Ainda o seu art. 9º estabelece que "para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção".

Paralelo a este diploma normativo, sua noção está sedimentada no tanto no Código Civil de 2002 no § 2º do art. 1.565, quanto na Carta Magna em seu art. 226, §7º, ao determinar a responsabilidade do Estado quanto à efetivação desse direito:

Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.⁵⁶

Acerca do princípio da "paternidade responsável" é válido apontar que os deveres parentais vão além da concepção e nascimento da criança, englobando a educação, o afeto, a proteção e o suporte total, tanto material quanto imaterial, à criança em desenvolvimento. Diante disso, Chaves e Rosenvald ponderam que "o planejamento familiar evita que famílias venham a ser constituídas de forma indesejada, sem quaisquer condições de sustento e conservação".⁵⁷

Kreel elucida que "apesar da CF de 1988 não falar expressamente em um direito de constituir família, pode-se afirmar que o direito ao planejamento familiar abrange a

⁵⁴ BASTOS, Camila Ferraro. Esterilização e Planejamento Familiar: uma análise à luz da possibilidade da disposição relativa sobre o corpo. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) – Faculdade Baiana de Direito, Salvador.

⁵⁵ BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 jan. 1996. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm>. Acesso em: 13 out. 2024.

⁵⁶ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 06 out. 2024.

⁵⁷ DE FARIAS, Cristiano Chaves; ROSENVALD; Nelson. Curso de Direito Civil: Parte Geral e LINDB. Vol. 1, 11 ed. Salvador, JusPODIVM, 2013.

idealização e constituição desse núcleo enquanto projeto parental”.⁵⁸ A proteção e o direito a sua constituição encontra-se positivado, em tratados internacionais, alguns dos quais foram incorporados ao ordenamento jurídico interno em nível de direito fundamental, por força do art. 5º § 2, CF, dentre eles a Convenção Americana dos Direitos Humanos (Pacto de São José de Costa Rica, art. 17.2).⁵⁹

Maria Helena Diniz, por seu turno, salienta que o direito ao planejamento familiar resta constituído como fundamento constitucional para a contracepção e esterilização, além de apoiar o direito à procriação artificial, especialmente para fins terapêuticos.⁶⁰

Assim, é imperativo que se ofereça atenção especial aos casais que aspiram à maternidade ou paternidade, mas que enfrentam desafios de infertilidade ou outras limitações. O tratamento deve ocorrer com a mesma dignidade e respeito que os casais férteis, assegurando que tenham acesso a recursos e suporte adequados para realizar seu desejo de formar uma família.⁶¹

No prisma da saúde suplementar, embora a Lei 11.935, sancionada em 11 de maio de 2009, determine que os planos de saúde devem atender casais que enfrentam a infertilidade, essa previsão permanece teórica. A ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) não inclui o tratamento da infertilidade e a cobertura de métodos de reprodução assistida no rol de procedimentos obrigatórios. O que dificulta a plenitude do planejamento familiar para essa parcela da população tendo em vista os altos custos dos métodos de reprodução humana assistida e as limitações enfrentadas no SUS.

⁵⁸ KRELL, Olga Jubert Gouveia. O direito fundamental à reprodução humana assistida no Brasil e suas repercussões na filiação civil: uma abordagem de lege ferenda. 2005. Tese (Doutorado em Direito Público) – Programa de Pós-Graduação em Direito, Faculdade de Direito do Recife, Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

⁵⁹ PIOVESAN, Flávia. Direitos humanos e o Direito Constitucional Internacional. 6. ed. São Paulo: Max Limonad, 2004, p. 67.

⁶⁰ DINIZ, Maria Helena. O estado atual do Biodireito. São Paulo: Saraiva, 2001, p. 135.

⁶¹ MOURA, Escolástica Rejane Ferreira; DA SILVA, Raimunda Magalhães; GALVÃO, Marli Teresinha Gimenez. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil Family planning services under the Family Health Program in Brazil. Cad. Saúde Pública, v. 23, n. 4, p. 961-970, 2007.

3 TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA (TRAs)

3.1 BREVE HISTÓRICO E EVOLUÇÃO

O conceito de reprodução ou procriação humana está associado ao processo de continuidade da espécie por meio das gerações, ao garantir a multiplicação e preservação da linhagem ao longo do tempo.⁶² Desse modo, a concepção por meio de reprodução humana assistida (RHA), consiste no conjunto de técnicas utilizadas principalmente no auxílio ao tratamento da infertilidade por meio de artifícios médico-tecnológicos no qual é realizado a manipulação de pelo menos um dos gametas.⁶³

É importante destacar a diferença entre as técnicas de reprodução assistida (TRAs) e a clonagem. As TRAs, por serem sexuadas, utilizam gametas masculinos e femininos com objetivo de gerar um ser com material genético de dois progenitores. A clonagem, por outro lado, não é sexuada, incide numa cópia genética idêntica ao original, por meio da replicação celular.⁶⁴ A RHA está intrinsecamente correlacionada ao progresso no campo da genética.⁶⁵ Apesar do seu processo de difusão ganhar contornos expressivos a partir do século da grande modernidade⁶⁶ (séc. XX), estudos iniciais acerca da matéria datam épocas distantes em diferentes partes do mundo.

As inaugurais contribuições referentes a reprodução assistida foram obtidas através de experimentos com animais na Idade Média por volta de 1300. Em um documento do ano de 1322, ficou evidenciado que povos árabes desempenhavam procedimento similar à inseminação artificial em cavalos para obter animais mais fortes e aptos

⁶² SARINHO, Felipe. Direito de procriar e procriação medicamente assistida no contexto da bioconstituição. In: *Jurisdição Constitucional e Liberdades Públicas*. Belo Horizonte, 2017. p. 283. pp. 281-298.

⁶³ RAMIREZ-GALVEZ, Martha. Reprodução assistida, consumo de tecnologia, deslocamentos e exclusões. *Cienc. Cult.*, v. 60, n.1, p. 1-39, 2008.

⁶⁴ SOUZA, Marise Cunha de. As Técnicas de Reprodução Assistida. *A Barriga de Aluguel. A Definição da Maternidade e da Paternidade. Bioética. Revista da EMERJ*, v. 13, n. 50, 2010.

⁶⁵ PAULA, Patrícia Joelma de. Et al. Técnicas de reprodução humana assistida: uma revisão bibliográfica. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*. Ano 04, Ed. 09, Vol. 02, pp. 90-104. Setembro de 2019. ISSN: 2448-0959.

⁶⁶ CASTRO, Paulo Victor. O século XX e suas implicações no presente e futuro. *Contraponto Digital. PUC-SP*, 2022. Disponível em: <https://contrapontodigital.pucsp.br/noticias/o-seculo-xx-e-suas-implicacoes-no-presente-e-futuro>. Acesso em: 12 out. 2024.

para deslocar-se nas areias do deserto.⁶⁷ Contudo, a pioneira descrição científica da inseminação artificial somente surgiria em 1779 com o padre italiano Lázaro Spallanzani, quando este coletou sêmen de um cão e o introduziu manualmente no trato reprodutor de uma cadela, resultando no nascimento de filhotes.⁶⁸

A primeira menção sobre a inseminação artificial na espécie humana é atribuída ao médico inglês John Hunter, em 1790, na apreciação de um caso de hipospádia grave. Porém, o sucesso na técnica só foi alcançado em 1838 pelo francês Girault.⁶⁹ Posteriormente, F. Dehaut, em 1865, publicou a primeira obra científica sobre a inseminação artificial, enquanto Jaime Marion Sims teve êxito em 1866 com uma inseminação documentada. Em 1884, Pancoast, médico inglês, realizou a primeira inseminação heteróloga, direcionada a casos de azoospermia pós-gonocócica, doença ligada a infertilidade masculina.⁷⁰

Com relação a Fertilização *In Vitro*, sua tentativa percussora foi realizada em 1878 pelo embriologista Leopold Samuel Schenk, que estudou coelhos, embora não tenha obtido sucesso na fertilização.⁷¹ No ano de 1891, o fisiologista inglês Walter Heape demonstrou que oócitos (gameta feminino) de coelha fertilizados poderiam ser recuperados e transferidos para uma mãe receptora.⁷²

Pesquisas em humanos foram realizadas em 1938, destaque para as descobertas do médico John Rock e seu colaborador Arthur Hertig na análise de histerectomias realizadas após a ovulação com intuito de observar gametas femininos fertilizados.⁷³ A primeira gravidez por Fertilização *In Vitro* (FIV) em seres humanos ocorreu em 1976 numa mulher de 35 anos com infertilidade tubária. Depois da estimulação

⁶⁷ ARRUDA, Jalsi Tacon; MAIA, Mônica Canêdo Silva; SILVA, Tatiana Moreira; APPROBATO, Mário Silva. Técnicas de reprodução assistida – revisão histórica. Artigo de revisão - Revista Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Goiás, 2012.

⁶⁸ GRACIANO LL. Reprodução humana assistida: determinação da paternidade e o anonimato do doador. In: X Seminário de Iniciação Científica e VI Mostra de Pesquisa da PUC-PR. Caderno de Resumos Pró Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da PUC- -PR, 2002. p. 64.

⁶⁹ KOTECKI JA. Desempenho de protocolos de estimulação ovariana para inseminação artificial. Dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. 2004.

⁷⁰ GRACIANO LL. Reprodução humana assistida: determinação da paternidade e o anonimato do doador. In: X Seminário de Iniciação Científica e VI Mostra de Pesquisa da PUC-PR. Caderno de Resumos Pró Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da PUC- -PR, 2002. p. 64.

⁷¹ Pincus G, Enzmann EV. The growth, maturation and atresia of ovarian eggs in the rabbit. J Morphol. 1937;61:351-383.

⁷² ARRUDA, Jalsi Tacon; MAIA, Mônica Canêdo Silva; SILVA, Tatiana Moreira; APPROBATO, Mário Silva. Técnicas de reprodução assistida – revisão histórica. Artigo de revisão - Revista Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Goiás, 2012.

⁷³ *Ibidem*.

ovariana, quatro óvulos foram colhidos e um deles foi fertilizado, contudo, a gestação se desenvolveu de forma ectópica e precisou ser interrompida após 13 semanas.⁷⁴

Após numerosas tentativas frustradas em mamíferos ao longo dos estudos sobre FIV, Edwards e Steptoe conduziram um marco na medicina reprodutiva, ao trabalharem com o casal infértil Lesley e John Brown. Nesta ocasião, numa tentativa bem-sucedida, resultou no nascimento de Louise Joy Brown, em 25 de julho de 1978, considerado o início de uma nova era na reprodução assistida.⁷⁵

A partir daí é possível citar vários precedentes com resultados positivos acerca da FIV em diversos países do mundo, como nos casos de: Candice Reed, primeiro sucesso da FIV na Austrália, nasceu no início da década de 80 após a transferência de um oócito de oito células, obtido por laparoscopia em ciclo natural.⁷⁶ Elizabeth Carr Comeau, nascida em 1981, foi gerada através da indução da ovulação com gonadotrofina menopausal humana (hMG) e hCG pelos pesquisadores Howard W. Jones e Georgeanna Jones.⁷⁷

Ana Paula Bettencourt Caldeira, nascida em 7 de outubro de 1984 em São Paulo, destacou-se como o primeiro bebê gerado por FIV no Brasil e na América Latina.⁷⁸ Zoe Leyland, também nascida em 1984 em Melbourne, Austrália, foi o primeiro bebê concebido a partir de um embrião descongelado, trabalho de Alan Trounson e Carl Wood.⁷⁹

Durante a década de 1980, emergiram metodologias mais avançadas de fertilização em laboratório. Outro marco relevante foi a contribuição de Fernandez et al., que, em 1984, ao relataram a primeira gestação alcançada através da transferência intratubária de gametas (GIFT) no Chile.⁸⁰

⁷⁴ Steptoe PC, Edwards RG. Reimplantation of a human embryo with subsequent tubal pregnancy. *Lancet*. 1976;1:880–882

⁷⁵ Steptoe PC, Edwards RG. Birth after reimplantation of human embryo. *Lancet*. 1978;312:366.

⁷⁶ Lopata A, Johnston IW, Hoult IJ, Speirs AL. Pregnancy following intrauterine implantation of an embryo obtained by in vitro fertilization of a preovulatory egg. *Fertil Steril*. 1980; 33:117-120.

⁷⁷ Jones HW Jr, Jones GS, Andrews MC, Acosta A, Bundren C, Garcia J, et al. The program for in vitro fertilization at Norfolk. *Fertil Steril*. 1982;38:14-21

⁷⁸ ARRUDA, Jalsi Tacon; MAIA, Mônica Canêdo Silva; SILVA, Tatiana Moreira; APPROBATO, Mário Silva. Técnicas de reprodução assistida – revisão histórica. Artigo de revisão - *Revista Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Goiás*, 2012.

⁷⁹ Trounson AO, Leeton JF, Wood C, Webb J, Wood J. Successful human pregnancies by in vitro fertilization and embryo transfer in the controlled ovulatory cycle. *Science*. 1981;212:681-682.

⁸⁰ Fernandez E, Zegers F, Hess R, Roblero L, Ortiz ME, Guadarrama A, et al. Transferencia intratubaria de gametos (TITG, GIFT): comunicación del primer embarazo. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 1985;50(5):356-62

A injeção intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI), por sua vez, surgiu de pesquisas sobre microinjeção de espermatozoides em óvulos, com a primeira avaliação pré-clínica realizada por Lanzendorf et al. em 1988.⁸¹ O sucesso clínico da técnica foi relatado por Palermo et al. em 1992, resultando em gestações em 47 óvulos maduros.⁸²

A ICSI é indicada para homens com dificuldades de fertilidade, como baixa contagem de espermatozoides e azoospermia, apresentando taxas de sucesso entre 30% e 35%, superiores aos da fertilização in vitro convencional.⁸³

Feito este panorama global acerca das principais descobertas e estudos a respeito das técnicas de reprodução humana assistida é importante vislumbrar como se deu a introdução e quais avanços significativos relativamente a matéria corroboraram para sua consolidação em território nacional.

No Brasil, acontecimentos notórios a respeito da reprodução humana assistida, incluem a fundação da Sociedade Brasileira de Esterilidade (SBE) no ano de 1947, voltada para questões sobre esterilidade e assistência à maternidade que posteriormente passou a ser denominada como Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH) em 1974, ao ampliar sua representatividade no território nacional.⁸⁴

No mesmo ano o Rio de Janeiro foi palco do evento científico de maior amplitude acerca da Reprodução Humana no Brasil, conhecido como Campos da Paz, que ocorreu no Hotel Copacabana Palace e contou com a presença de 50 renomados especialistas internacionais da área.⁸⁵

Entre as décadas de 1980 e 1990, houve um crescimento significativo de centros de reprodução assistida, com mais de 10 clínicas estabelecidas até o início da década de 1990 nas cidades de São Paulo, Curitiba, Salvador, Belo Horizonte, Rio de

⁸¹ Lanzendorf SE, Maloney MK, Veeck LL, Slusser J, Hodgen GD, Rosenwaks Z. A preclinical evaluation of pronuclear formation by microinjection of human spermatozoa into human oocytes. *Fertil Steril.* 1988;49:835-842.

⁸² Palermo G, Joris H, Devroey P, Van Steirteghem AC. Pregnancies after intracytoplasmic injection of single spermatozoon into an oocyte. *Lancet.* 1992;340:17-18.

⁸³ Passos EP. History of assisted reproduction: lessons learnt and future challenges. *Rev Gynaecol Pract.* 2004; 4:199-202

⁸⁴ PEREIRA, Dirceu Henrique Mendes. A história da reprodução humana no Brasil. **Femina**, v. 39, n. 2, p. 59-64, 2011.

⁸⁵ PEREIRA CAETANO, Karla Keila; ALVES, Oslânia de Fátima; SOUZA, Faculdade Alfredo Nasser. As Principais Técnicas de Reprodução Humana Assistida. *Revista Acadêmica do Instituto de Ciências da Saúde*, v. 2, n. 1, 2016.

Janeiro, Porto Alegre e Recife. Em 1995, foi criada a Rede Latino-Americana de Reprodução Assistida (REDLARA) para compilar resultados de clínicas da região.⁸⁶

Corroborando esse movimento, em 1996, surgiu a Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida (SBRA), que visa promover a prática da RHA através de eventos, congressos e pesquisas. Para assegurar a qualidade dos serviços prestados, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) implementou o SisEmbrio, que exige relatórios anuais dos laboratórios de embriões, o que fortaleceu a fiscalização e a transparência nos serviços de reprodução assistida.⁸⁷

No cenário contemporâneo, segundo estudos realizados pelo *Redirection International*, o setor de medicina reprodutiva no Brasil crescerá, em média, 23% ao ano até 2026. O mercado, que hoje movimenta R\$ 1,3 bilhão, deverá alcançar aproximadamente R\$ 3 bilhões de acordo com a estimativa.⁸⁸

Nesse sentido, os métodos mais procurados pelos brasileiros conforme dados da Rede Latino-Americana de Reprodução Assistida (REDLARA), são: Fertilização *in vitro*, inseminação artificial e transferência de embriões. Com 40% dos centros de reprodução assistida da América Latina, o país é apontado como líder em relação aos demais países pertencentes.⁸⁹

Em termos metodológicos as Técnicas de Reprodução Assistida (TRAs) se classificam em: i) intracorpóreas, como a inseminação artificial, na qual o sêmen é inserido no sistema reprodutor feminino para que a fecundação ocorra internamente, sem manipulação do óvulo ou embrião; ii) extracorpóreas, como a fertilização *in vitro* (FIV), em que a fecundação acontece fora do corpo, com posterior transferência do embrião para o útero; iii) homólogas, que utilizam gametas do casal; e iv) heterólogas, em que se usam gametas de doadores.⁹⁰

Devido à complexidade de alguns procedimentos, os pacientes devem ser informados antes de dar a anuência. Neste contexto, surge o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, documento indispensável e obrigatório. O qual

⁸⁶ *Ibidem*.

⁸⁷ *Ibidem*.

⁸⁸ SOCIEDADE BRASILEIRA DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA. Setor da reprodução assistida deverá crescer em média 23% ao ano até 2026. 2023. Disponível em: <https://sbra.com.br/noticias/setor-da-reproducao-assistida-devera-crescer-em-media-23-ao-ano-ate-2026>. Acesso em: 12 out. 2024.

⁸⁹ *Ibidem*.

⁹⁰ SOUZA, Marise Cunha de. As Técnicas de Reprodução Assistida. A Barriga de Aluguel. A Definição da Maternidade e da Paternidade. Bioética. Revista da EMERJ, v. 13, n. 50, 2010.

deve ser fornecido pelos profissionais de saúde antes de realizar os procedimentos com intuito de certificar que as partes envolvidas estão em comum acordo com o que será desempenhado.

Dentre as técnicas mais desenvolvidas merecem destaque: As de baixa complexidade (20% - 25% de eficácia)⁹¹, como a inseminação Artificial Intrauterina e Coito Programado; E as de alta complexidade (até 40% de eficácia)⁹², no caso da Fertilização In Vitro, Transferência Intrafalopiana de Gametas e Zigoto e a Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoide. Outrossim, há a Gestação de Substituição, técnica complementar que incide a necessidade de dois fatores, um útero humano e um método de reprodução assistida, para viabilizar a geração de descendentes.

3.2 PRINCIPAIS TÉCNICAS DE RHA

3.2.1 Inseminação Artificial (IA)

A inseminação artificial (IA) é um procedimento de reprodução assistida destinado a indivíduos que possuem dificuldades para conceber naturalmente, considerada como o artifício mais simples dentre as TRAs, pois, seu processo ocorre diretamente no corpo feminino. Tal método, abrange a introdução com auxílio de seringa de uma amostra de sêmen, previamente preparada na cavidade uterina da mulher, cujo objetivo é otimizar as condições para fecundação do óvulo.

Com esta intervenção, busca-se reduzir a distância que separa o espermatozoide do óvulo ao promover um encontro mais eficaz de ambos. Importante se faz vislumbrar que, em casos de comprometimento moderado a grave do sêmen, a inseminação não é considerada uma opção viável.⁹³

A presente técnica possibilita soluções para diferentes causas de infertilidade feminina, como malformações ou inflamações na vagina, colo do útero e útero, além de problemas de ovulação. Na esfera da infertilidade masculina, os desafios

⁹¹ FELICCITA. Reprodução assistida: um guia prático. Disponível em: <https://feliccita.com.br/site/wp-content/uploads/2020/02/ebook-feliccit%C3%A0-14-02-2020.pdf>. Acesso em: 17 out. 2024.

⁹² *Ibidem*.

⁹³ GOES, Adriana de. Inseminação artificial (IA). Disponível em: <https://adrianadegoes.med.br/inseminacao-artificial-ia/>. Acesso em: 17 out. 2024.

geralmente envolvem questões relacionadas ao esperma, como impotência sexual de origem psicogênica ou orgânica, oligospermia (baixa contagem ou motilidade dos espermatozoides) e retroejaculação, onde os espermatozoides, embora normais, ficam retidos na bexiga.⁹⁴ Ademais, o casal pode enfrentar dificuldades, como a produção de anticorpos pela mulher contra o sêmen do parceiro ou incompatibilidades entre o esperma e o muco cervical feminino.⁹⁵

É válido ressaltar que a inseminação artificial e a fecundação artificial são fenômenos distintos, embora frequentemente sejam confundidos. Apenas a inseminação pode ser considerada artificial, pois a fecundação ocorre de forma natural. O termo "fecundação artificial" refere-se a um processo que não resulta de uma relação sexual, mas sim de uma técnica de reprodução assistida.⁹⁶

Acerca da terminologia, há uma certa resistência da classe médica e jurídica no emprego da expressão "inseminação artificial" tendo em vista que a palavra "artificial" carrega um significado negativo que não reflete a natureza genuína dos gametas e embriões utilizados nos procedimentos.⁹⁷ Sob essa ótica, o termo sugere um método industrial de reprodução, o que tem levado a um movimento sutil em busca de uma nomenclatura mais adequada nas tecnologias reprodutivas.⁹⁸

A inseminação artificial pode ser classificada em duas modalidades: intracervical e intrauterina. Na inseminação intracervical (IC), o esperma é introduzido no cérvix, sob a premissa que os espermatozoides se desloquem até as trompas para fecundar o óvulo.⁹⁹ A IC vem perdendo relevância com os anos, em virtude, da evidência de que a inseminação intrauterina (IIU) oferece melhores resultados.¹⁰⁰ Esta última, trata-se do procedimento no qual o esperma é inserido com auxílio de um cateter que transpassa o colo do útero e deposita os espermatozoides na cavidade endometrial ao facilitar o encontro dos gametas na tuba uterina.

⁹⁴ RIZZARDO, Arnaldo. Direito de família. 4a edição. Rio de Janeiro: Forense, 2006. p. 510

⁹⁵ SGRECCIA, Elio. Manual de bioética: fundamentos e ética biomédica. 3. ed. rev. ampl. São Paulo: Loyola, 2009.

⁹⁶ MOTA, Octanny Silveira da. Sobre inseminação artificial humana. Revista da Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, v. 55, n. 1, p.468 1960.

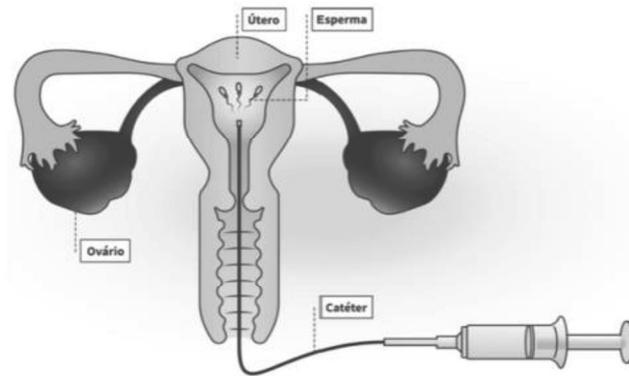
⁹⁷ MOTA, Andrea Scaff de Paula. Limites constitucionais à procriação medicamente assistida na era da tecnologia reprodutiva. Tese (Doutorado) – Universidade de Lisboa, Lisboa. 2022, p.102.

⁹⁸ *Ibidem*, p. 157

⁹⁹ MATER DEI. Inseminação Artificial Intracervical (IC) e Inseminação Artificial Intrauterina (IU): Qual a Diferença? Disponível em: <<https://reproducaohumanamaterdei.com.br/inseminacao-artificial-intracervical-ic-e-inseminacao-artificial-intrauterina-iu-qual-a-diferenca/>>. Acesso em: 17 out. 2024.

¹⁰⁰ *Ibidem*.

Figura 1 – Inseminação artificial intrauterina (IIU)



Fonte: Fertilidade.info¹⁰¹

Concernente a proveniência do material genético, esta técnica pode ser caracterizada como homóloga, caso o sêmen inoculado na mulher for do próprio marido ou companheiro, ou heteróloga se o material fecundante for de terceiro, centralizado na figura do doador.¹⁰² Geralmente selecionado a partir de um banco de sêmen com as mesmas características do casal: grupo sanguíneo, cor da pele e dos olhos e estatura.¹⁰³ Há ainda, a possibilidade de que a inseminação artificial seja bisseminal evidenciada quando os espermatozoides do marido ou do companheiro são insuficientes e dessa forma são misturados aos de um doador.¹⁰⁴

Octanny Mota esclarece que o processo de inseminação artificial é indolor e seguro, mas deve ser realizado sob rigorosas condições de assepsia e coincidir com a fase ovulatória, pois este é o período mais favorável para a fecundação.¹⁰⁵ A respeito desse fato, para a realização de qualquer técnica de reprodução humana assistida é

¹⁰¹ FERTILIDADE.INFO. Descrição geral dos tratamentos. Tratamentos de Fertilidade. Disponível em: <https://www.fertility.com/pt-pt/tratamento-fertilidade/opcoes-tratamento/descricao-tratamentos.html>. Acesso em: 17 out. 2024

¹⁰² DINIZ, Maria Helena. O estado atual do biodireito. 3a. edição, São Paulo: Saraiva, 2006 p. 556.

¹⁰³ BARROS, Eliane Oliveira. Aspectos jurídicos da inseminação artificial heteróloga. Dissertação (Mestrado em Direito Civil Comparado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 2007.

¹⁰⁴ FERRAZ, Ana Cláudia Brandão de Barros Correia. Reprodução humana assistida e suas consequências nas relações de família: a filiação e a origem genética sob a perspectiva da repersonalização. 2. ed. Curitiba: Juruá, 2016. p. 45.

¹⁰⁵ MOTA, Octanny Silveira da. Sobre inseminação artificial humana. Revista da Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, v. 55, n. 1, p.468 1960.

fundamental que haja uma estimulação ovariana para induzir a ovulação de forma controlada com hormônios, para prevenir a hiperestimulação e gestações múltiplas.

A estimulação ovariana envolve a administração do hormônio FSH por cerca de 10 dias para aumentar o número de folículos e óvulos viáveis. O médico realiza ultrassonografias em série para monitorar o crescimento desses folículos e, quando maduros, administra o hormônio hCG para liberar os óvulos. Esse processo leva cerca de 36 horas até a ovulação e possível fecundação.¹⁰⁶

As chances de sucesso da inseminação artificial são influenciadas por diversos fatores, como a idade da mulher, a qualidade do sêmen, a saúde geral da paciente e as condições das trompas. Ao focar apenas na idade da mulher, as taxas de sucesso na primeira tentativa podem ser estimadas em até 20% para mulheres com menos de 35 anos, entre 5% e 15% para aquelas entre 35 e 39 anos e entre 1% e 5% para mulheres a partir dos 40 anos.¹⁰⁷ A utilização dessas técnicas se intensificou a partir de 1932, quando se aprimorou a compreensão do período fértil feminino.¹⁰⁸

Portanto, a Inseminação Artificial (IA) é uma técnica importante de reprodução assistida. Envolve a introdução de espermatozoides diretamente no útero ou colo do útero, facilitando a fertilização. Menos invasiva e mais econômica que a FIV, a IA tem boas taxas de sucesso, especialmente em casos de infertilidade inexplicada ou problemas leves no sêmen.

3.2.2 Fertilização *In Vitro* Clássica (FIV)

A Fertilização *in Vitro* (FIV) é uma técnica avançada que envolve a hiperestimulação ovariana (realizada inicialmente com o uso de gonadotrofinas exógenas para

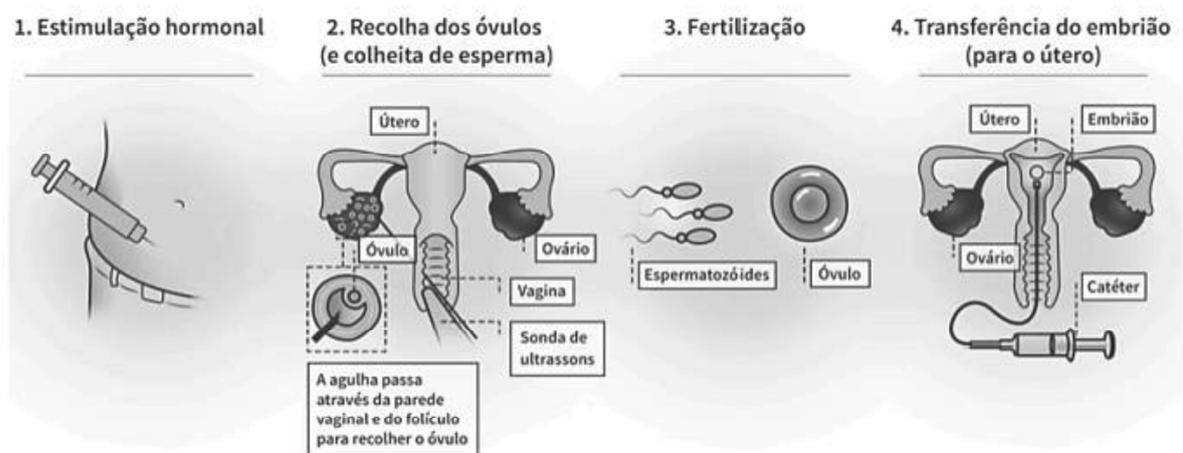
¹⁰⁶ UNIFERT. Inseminação artificial. Disponível em: <https://unifert.com.br/reproducao-humana/tratamentos/inseminacao-artificial/>. Acesso em: 17 out. 2024.

¹⁰⁷ FILHO, Rodrigo da Rosa. Inseminação artificial: qual a taxa de sucesso?. Mater Prime, 2023. Disponível em: <https://materprime.com.br/taxa-de-sucesso-da-inseminacao-artificial/>. Acesso em: 17 out. 2024.

¹⁰⁸ LEITE, Eduardo de Oliveira. Procriações artificiais e o Direito: aspectos médicos, religiosos, psicológicos, éticos e jurídicos. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1995. p. 31.

estimular os ovários), permitindo a coleta de oócitos (gametas femininos) por meio de punção aspirativa transvaginal, sendo posteriormente fertilizados com espermatozoides em um laboratório, em placas. Essas por sua vez são colocadas em incubadoras, onde a temperatura é mantida em 37° C por 2 a 4 horas. Resultando na formação de embriões, que são transferidos para o útero da mulher entre o segundo e o terceiro dia após a fecundação. Na qual se espera que ocorra a implantação e a gestação.

Figura 2 – Fertilização *in vitro* clássica com transferência intrauterina de embriões (FIV)



Fonte: Fertilidade.info¹⁰⁹

A implantação bem-sucedida do embrião na parede do endométrio representa um passo crítico para o êxito da FIV, nesse sentido, o sucesso dessa técnica é influenciado por diversas variáveis, incluindo a qualidade do embrião, a metodologia empregada e as condições do endométrio.¹¹⁰

Por fim, os embriões não utilizados podem ser congelados para uso futuro, com a finalidade de aumentar as chances de gravidez em ciclos posteriores.¹¹¹ A aludida estratégia corresponde a criopreservação de gametas e embriões, procedimento

¹⁰⁹ FERTILIDADE.INFO. Descrição geral dos tratamentos. Tratamentos de Fertilidade. Disponível em: <https://www.fertility.com/pt-pt/tratamento-fertilidade/opcoes-tratamento/descricao-tratamentos.html>. Acesso em: 17 out. 2024.

¹¹⁰ GOMES, Maria José Ferreira; DA ROCHA, Seabra. Prevenção do Insucesso da Fertilização *In Vitro*: Relevância do Repouso Pós-FIV. Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública, Universidade de Lisboa, junho 2021.

¹¹¹ *Ibidem*.

auxiliar que também tem objetivo de preservar a idade biológica da pessoa no momento da coleta e, por conseguinte, prolongar o seu período de fertilidade.¹¹²

Os procedimentos de FIV podem ser complexos e exaustivos para os casais, pois incluem a administração de hormônios para induzir a ovulação, testes laboratoriais, ultrassonografias, uso de medicamentos, anestesia e a coleta de sêmen, geralmente realizada por masturbação. A expectativa e a ansiedade em torno da transferência dos embriões também são experiências que variam de um casal para outro.¹¹³ Cada fase do processo cria em ambos, expectativas de êxito e satisfação ao progredir para a próxima etapa, ao passo que traz a incerteza do que está por vir.¹¹⁴

Sua indicação é cabível quando se está diante de quadros de esterilidade tubária bilateral feminina ou obstrução irreversível nas trompas, hipofertilidade masculina, oligozoospermia, falha de tratamento cirúrgico tubário, endometriose, esterilidade inexplicável sem causa aparente e quando ocorre fracasso pós inseminação intrauterina.¹¹⁵

Para aumentar as chances de gravidez, a prática médica tem realizado a transferência simultânea de pelo menos três embriões saudáveis durante o período fértil da mulher. Transferir um número menor de embriões pode resultar em maior risco de insucesso, enquanto transferências de número superior estão associadas a gestações múltiplas, o que eleva os riscos de abortamento e falhas no procedimento.¹¹⁶

Sob esta perspectiva a Resolução nº 2.320/2022 do Conselho Federal de Medicina (CFM) estabelece, de maneira clara, limites concernentes à quantidade de embriões a serem implantados, ao levar em consideração, primordialmente, a faixa etária da

¹¹² ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA (SBRA). Reprodução assistida: um guia fácil e descomplicado de Saúde e Direito. Disponível em: <https://sbra.com.br/wp-content/uploads/2018/09/Ebook-Reprodu%C3%A7%C3%A3o-Assistida.pdf>. Acesso em: 17 out. 2024.

¹¹³ Jacob, L. S. (2000). Stress e ansiedade em casais submetidos à reprodução assistida. Tese de Doutorado, Curso de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade de São Paulo, São Paulo.

¹¹⁴ MENSON, M.; MCMURRAY, A. Couples' experiences of infertility: a phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*, v. 24, n. 5, p. 1014-1022, 1996.

¹¹⁵ LEITE, Eduardo de Oliveira. Procriações artificiais e o Direito: aspectos médicos, religiosos, psicológicos, éticos e jurídicos. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1995. p. 41.

¹¹⁶ ARAÚJO, Ana Thereza Meirelles. Disciplina jurídica do embrião extracorpóreo. *Revista do curso de direito da unifacs*. Porto Alegre: Síntese, v. 7, 2007, p.114.

mulher.¹¹⁷ Nos termos da referida norma, as mulheres com idade igual ou inferior a 37 anos estão autorizadas a receber a implantação de até dois embriões.

Por outro lado, para aquelas que ultrapassam a idade de 37 anos, o número máximo permitido é de até três embriões.¹¹⁸ Inclusive, a normativa em comento prevê que, no caso de embriões diagnosticados como euploides (aqueles que possuem o número correto de cromossomos em suas células), é admitida a implantação de até dois embriões, independentemente da idade da paciente.¹¹⁹

Há inúmeras variáveis que influenciam nas taxas de sucesso ou insucesso da Fertilização In Vitro (FIV). Os resultados positivos possuem um valor médio de 25% a 40% por ciclo com transferência embrionária.¹²⁰ De modo geral, as mulheres que apresentam os melhores prognósticos para nascimentos vivos após a FIV são aquelas com idade inferior a 35 anos, que utilizam embriões frescos (não congelados previamente), obtidos a partir da inseminação de seus próprios óvulos, e que possuem embriões de alta qualidade para a transferência.

A Fertilização In Vitro (FIV) é uma realidade crucial na medicina reprodutiva, oferecendo esperança a casais que não podem conceber de modo orgânico. O sucesso da FIV depende de fatores como faixa etária da mulher e a qualidade embrionária. Com o desenvolvimento da tecnologia, as taxas de sucesso têm melhorado, tornando a FIV uma opção viável para muitas famílias. O acompanhamento médico e suporte emocional são essenciais para o bem-estar dos pacientes durante o processo.

3.2.2.1 Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoide (ICSI)

¹¹⁷ RODRIGUES, Edwirges Elaine. A reprodução humana assistida e a formação dos novos arranjos familiares: famílias ectogenéticas e suas implicações jurídicas. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2023.

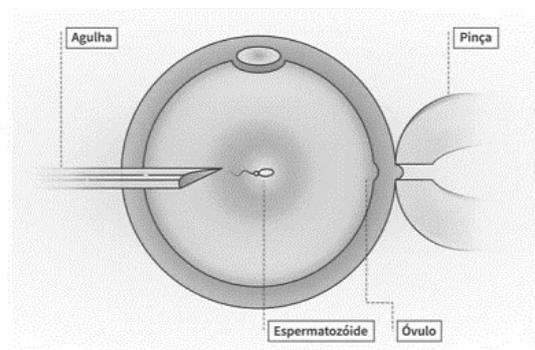
¹¹⁸ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.320/2022. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2022/2320_2022.pdf>. Acesso em: 18 out. 2024.

¹¹⁹ *Ibidem*.

¹²⁰ Drakopoulos P, Blockeel C, Stoop D, Camus M, de Vos M, Tournaye H, et al. Conventional ovarian stimulation and single embryo transfer for IVF/ICSI. How many oocytes do we need to maximize cumulative live birth rates after utilization of all fresh and frozen embryos? Hum Reprod. 2016;31(2):370–6.

A Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoide (ICSI) é um método de concepção extrauterino aprimorado da Fertilização In Vitro (FIV). Consiste na injeção de um único espermatozoide, previamente aspirado ou descongelado utilizando microagulhas sob um microscópio invertido e aplicado diretamente no citoplasma do ovócito.¹²¹ Através dessa técnica de micromanipulação são superados problemas que afligem a fisiologia natural reprodutiva, na qual o espermatozoide precisa atravessar a barreira do ovócito para fecundá-lo.

Figura 3 - Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoide (ICSI)



Fonte: **Fertilidade.info**¹²²

É recomendada sobretudo para pacientes com baixa reserva ovariana, bem como para aqueles que enfrentam infertilidade devido a fatores masculinos mais severos, como vasectomia, azoospermia, oligospermia, qualidade e motilidade dos espermatozoides. Além daqueles que já enfrentaram falhas em várias tentativas de fertilização in vitro.

A estimulação ovariana e a aspiração folicular na Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI) são semelhantes aos procedimentos da fertilização in vitro (FIV). A coleta seminal pode ser realizada por ejaculação ou por métodos cirúrgicos. Em casos de azoospermia, quando não há espermatozoides no sêmen, a coleta é

¹²¹ FELICCITA. Reprodução assistida: um guia prático. Disponível em: <https://feliccita.com.br/site/wp-content/uploads/2020/02/ebook-feliccit%C3%A0-14-02-2020.pdf>. Acesso em: 17 out. 2024.

¹²² FERTILIDADE.INFO. Descrição geral dos tratamentos. Tratamentos de Fertilidade. Disponível em: <https://www.fertility.com/pt-pt/tratamento-fertilidade/opcoes-tratamento/descricao-tratamentos.html>. Acesso em: 17 out. 2024.

feita por punção diretamente dos testículos.¹²³ Após a ICSI, o embrião é cultivado in vitro até sua transferência para o útero ou congelamento, que ocorre entre o 2º e o 7º dia de desenvolvimento embrionário.¹²⁴

A ICSI tem se tornado a abordagem mais utilizada em comparação com a fertilização in vitro convencional. Isto porque, o referido procedimento mostrou que as taxas de fecundação e clivagem embrionária superaram as de outras técnicas de micromanipulação, levando a um maior número de embriões com melhores taxas de implantação e, conseqüentemente, percentuais de gravidez evolutivas elevadas.¹²⁵

Para garantir resultados diretos e confiáveis na ICSI, é essencial realizar análises genéticas com intuito de prevenir a transmissão de distúrbios genéticos graves e identificar mutações específicas. Ao selecionar um único espermatozoide para o contato com o ovócito, também se reduz o risco de transmissão do vírus do HIV e hepatites B e C. A separação espermática por gradiente pode diminuir a presença de vírus no sêmen e nas células adjacentes, reduzindo assim a probabilidade de transmissão.¹²⁶

Entretanto, complicações podem surgir no uso da técnica, independente da origem dos espermatozoides, seja do ejaculado, do epidídimo ou do testículo. Acerca dos eventos adversos registrados, destacam-se a gravidez ectópica (1,9%), a gravidez heterotópica (0,2%), o aborto (20,6%), a gravidez múltipla (28%), a hipertensão induzida pela gravidez (10%), o trabalho de parto prematuro (21,5%), o baixo peso ao nascer (30,5%) e a morte intrauterina (9,95%).¹²⁷

Em síntese, em comparação com a FIV, a Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoide proporciona uma abordagem mais específica e eficiente para a fertilização, especialmente em casos de comprometimento da qualidade espermática. A decisão entre as duas técnicas deve considerar as causas individuais

¹²³ FONSECA, Flávia Caroline Rodrigues. *A judicialização da saúde: uma análise da cobertura dos procedimentos de reprodução humana assistida pelo Sistema Único de Saúde (SUS)*. 2017. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Direito) – Faculdade Baiana de Direito, Salvador, 2017.

¹²⁴ FELICCITA. Reprodução assistida: um guia prático. Disponível em: <https://feliccita.com.br/site/wp-content/uploads/2020/02/ebook-feliccit%C3%A0-14-02-2020.pdf>. Acesso em: 17 out. 2024.

¹²⁵ MERCHANT, R., GANDHI, G., ALLAHBADIA, G. N. In vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection for male infertility. *Indian journal of urology*, Bombaim, v. 27, n. 1, p. 121-132, jan. 2011

¹²⁶ PALERMO, G. D. et al. Treatment of male infertility. *Methods in molecular biology*. Totowa, v. 1154, p. 385-405, abr. 2014

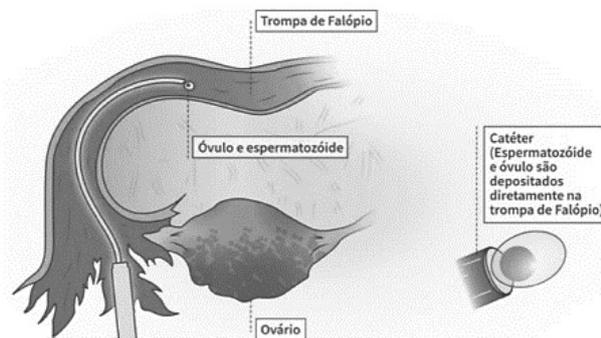
¹²⁷ MERCHANT, R., GANDHI, G., ALLAHBADIA, G. N. In vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection for male infertility. *Indian journal of urology*, Bombaim, v. 27, n. 1, p. 121-132, jan. 2011

da infertilidade de cada casal, bem como as orientações médicas, a fim de maximizar as chances de sucesso no tratamento.

3.2.3 Transferência Intrafalopiana de Gametas (GIFT) e Zigoto (ZIFT)

A transferência intratubária de gametas (GIFT) é um procedimento em que a fertilização ocorre diretamente nas trompas de Falópio. Para isso, é necessária uma intervenção laparoscópica, na qual os gametas são depositados na região ampolar da trompa com o auxílio de um cateter de transferência, para manter os oócitos separados dos espermatozoides por uma bolha de ar.¹²⁸

Figura 4 - Transferência Intrafalopiana de Gametas (GIFT)



Fonte: Fertilidade.info¹²⁹

As etapas iniciais da GIFT assemelham-se às da fertilização in vitro, envolvendo o estímulo à ovulação, a coleta e preparação do sêmen, e a punção dos óvulos maduros. No entanto, essa técnica se distingue por não realizar a transferência de um embrião; em vez disso, promove a introdução das células sexuais masculinas e femininas diretamente nas trompas de Falópio, onde a fecundação deve ocorrer.

¹²⁸ RED LATINOAMERICANA DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA. Manual de Procedimientos. Laboratorio de Reprodução Assistida. Cidade do México, 2006. Tradução: Marina Diaz.

¹²⁹ FERTILIDADE.INFO. Descrição geral dos tratamentos. Tratamentos de Fertilidade. Disponível em: <https://www.fertility.com/pt-pt/tratamento-fertilidade/opcoes-tratamento/descricao-tratamentos.html>. Acesso em: 17 out. 2024.

Dessa forma, a GIFT facilita a fusão dos gametas dentro do corpo feminino, contrastando com o procedimento da FIV.¹³⁰

Os médicos ginecologistas Nelson Cruz, Carlos Roberto Izzo e Alessandra de Araújo Silva enfatizam que normalmente, preconiza-se a transferência de dois oócitos durante o ciclo de GIFT, embora esse número possa ser aumentado em casos especiais, como em mulheres com mais de 35 anos, sem elevar a taxa de gestação múltipla. Os oócitos excedentes não utilizados podem ser fertilizados *in vitro*, congelados e transferidos para o útero em outra oportunidade.¹³¹

No contexto da transferência intratubária de zigoto (ZIFT) os espermatozoides e óvulos são combinados em laboratório, e o zigoto resultante é transferido para a trompa da mulher. Em contraste, a transferência intratubária de gametas (GIFT) envolve a introdução do sêmen no corpo da mulher, permitindo que a fecundação ocorra *in vivo*.¹³²

A ZIFT possibilita que um óvulo seja previamente fertilizado para as trompas de Falópio em um prazo de até 24 horas. Isso proporciona uma taxa de sucesso superior em comparação com a transferência intrafalopiana de gametas (GIFT), na qual o processo dura em torno de 3 a 5 dias.¹³³ Outrossim, admite a verificação prévia da fertilização pelo médico, elevando substancialmente as probabilidades de êxito do procedimento.¹³⁴

¹³⁰ Cf. SANTOS, Nelson da Cruz; IZZO, Carlos Roberto; SILVA, Alessandra de Araújo. Técnicas de Reprodução Assistida – GIFT in Tratado de Ginecologia – Conduas e Rotinas de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP. São Paulo: Editora Revinter, 2005, p. 397.

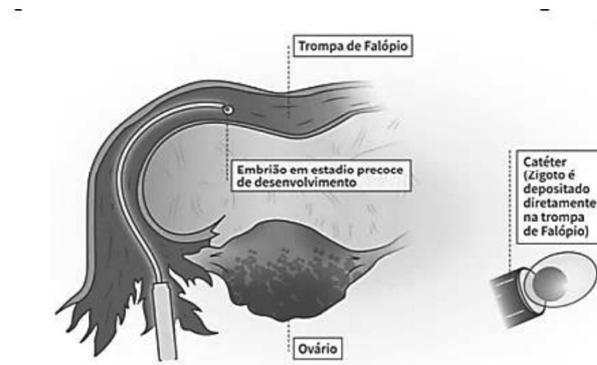
¹³¹ *Ibidem*.

¹³² SCALQUETTE, Ana Cláudia Silva. Estatuto da Reprodução Assistida. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2009

¹³³ AMERICAN PREGNANCY ASSOCIATION, Promoting Pregnancy Wellness. Zygote Intrafallopian Transfer: ZIFT. 2015

¹³⁴ *Ibidem*.

Figura 5 - Transferência intratubária de zigoto (ZIFT)



Fonte: Fertilidade.info¹³⁵

A presente técnica não é indicada para mulheres com obstrução tubária, lesões tubárias comprometedoras, problemas anatômicos uterinos, ou quando o espermatozóide não é capaz de penetrar o óvulo. É recomendável para casais que não conseguiram obter sucesso na fecundação espontânea após um ano de tentativas, bem como para aqueles que, mesmo após cinco anos ou seis ciclos de estimulação ovariana com inseminação intrauterina, não lograram êxito na gravidez.¹³⁶

3.2.4 Gestação por Substituição

A gestação por substituição, nos saberes populares conhecida como barriga de aluguel ou solidária, é considerada uma técnica complementar, tendo em vista, que requer previamente a utilização de uma abordagem de reprodução assistida para dar concretude ao projeto familiar.¹³⁷ Tal prática, é fundada na premissa de que uma mulher denominada de doadora/cedente temporária de útero, gestará o bebê de outrem, denominados como mães ou pais intencionais, terminologia inclusiva que

¹³⁵ FERTILIDADE.INFO. Descrição geral dos tratamentos. Tratamentos de Fertilidade. Disponível em: <https://www.fertility.com/pt-pt/tratamento-fertilidade/opcoes-tratamento/descricao-tratamentos.html>. Acesso em: 17 out. 2024.

¹³⁶ GERALDO, Jociane. A reprodução humana assistida, à luz da bioética e do biodireito: o direito à origem genética vs. o direito à intimidade do doador. 2012.

¹³⁷

contempla casais de diferentes orientações sexuais, além de indivíduos solteiros que idealizam um plano monoparental.¹³⁸

Os acordos de gestação por substituição podem ser divididos em duas categorias: comerciais (remunerados) e altruístas (voluntários), a depender da jurisdição. Outra distinção importante é entre a gestação tradicional e a gestacional. Na gestação tradicional, a mulher que gestará o bebê utiliza seus próprios óvulos, o que a torna biologicamente relacionada à criança.¹³⁹

Embora essa opção possa parecer objetiva e menos custosa por dispensar a busca por uma doadora de óvulos e procedimentos de fertilização *in vitro*, abarca questões éticas e emocionais desafiadoras. A referida modalidade é menos usual atualmente, em grande parte devido, a proibição em alguns países ao considerarem como uma prática ilegal, assim, a gestacional, tende a ser proeminente.¹⁴⁰

Esta por seu turno, se fundamenta no sentido de que a doadora temporária de útero não possui relação genética com o ser concebido. A fecundação ocorre por meio da fertilização *in vitro*, em que óvulos e espermatozoides são coletados de seus respectivos doadores ou fornecido pela própria mãe contratante. Além disso, existe a possibilidade de utilizar embriões congelados.¹⁴¹

A respeito do grau de permissibilidade, há jurisdições que admitem a modalidade gestacional e a tradicional, outras apenas a gestacional voluntária, existe aquelas que são inflexíveis no sentido de inviabilizar por completo, e as que não possuem nenhum regramento sobre.¹⁴²

Alguns, países como os Estados Unidos, permitem a prática sem restrições, com regulamentações diferentes em cada estado, outros como Canadá, Reino Unido, Israel, Grécia, Holanda e Ucrânia, têm legislações variadas. Brasil, Argentina e China, impõem limitações à prática. Por fim, há países que proíbem totalmente a

¹³⁸ GRAZIUSO, Bruna Kern; CARLOS, Paula Pinhal de. Regulamentação brasileira sobre gestação de substituição. Canoas: Editora Universidade de La Salle. 2021. Disponível em: <http://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/Dialogo>. DOI: <http://dx.doi.org/10.18316/dialogo.v0i47.7217>.

¹³⁹ EXTRA CONCEPTIONS. Gestational vs. Traditional Surrogacy. Disponível em: <https://www.extraconceptions.com/pt/gestational-vs-traditional-surrogacy/>. Acesso em: 17 out. 2024.

¹⁴⁰ *Ibidem*.

¹⁴¹ FRAZÃO, A. G. A fertilização *in vitro*: uma nova problemática jurídica. Jus Navigandi, Teresina, ano 4, n. 42, jun. 2000.

¹⁴² GRAZIUSO, Bruna Kern; CARLOS, Paula Pinhal de. Regulamentação brasileira sobre gestação de substituição. Canoas: Editora Universidade de La Salle. 2021. Disponível em: <http://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/Dialogo>. DOI: <http://dx.doi.org/10.18316/dialogo.v0i47.7217>.

gestação de substituição, como França, Alemanha e Espanha, onde a legislação define claramente que a mãe é a mulher que dá à luz.¹⁴³

Atinente ao ordenamento brasileiro, o método em comento não é amplamente difundido, isto porque, além de levantar aspectos morais e religiosos, é vedado a disposição do próprio corpo para fins onerosos. Como leciona o art. 199, § 4º da CRFB aliado ao art. 13 do Código Civil.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. [...] § 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização”.¹⁴⁴

Art. 13. Salvo por exigência médica, é defeso o ato de disposição do próprio corpo, quando importar diminuição permanente da integridade física, ou contrariar os bons costumes.¹⁴⁵

Araújo enfatiza que “o Código Civil nunca disciplinou a gestação por substituição como conduta normativamente reconhecida, ficando novamente a questão circunscrita à dimensão deontológica da medicina.”¹⁴⁶

Diante da lacuna legal é imperioso destacar a Resolução nº 2.320/2022 do Conselho Federal de Medicina (CFM) que em linhas gerais estabelece que a cedente temporária do útero deve atender a certos requisitos para assegurar a integridade do processo e a proteção dos direitos das partes envolvidas.

A priori, é imprescindível que ela possua pelo menos um filho vivo. Além disso, a cedente deve ser parente consanguínea de um dos parceiros até o quarto grau. Na eventualidade de não se conseguir atender a essa exigência, torna-se necessária a

¹⁴³ ARAUJO, Nadia de; VARGAS, Daniela; MARTEL, Letícia de Campos Velho. Gestação de substituição: regramento no direito brasileiro e seus aspectos de direito internacional privado. In: MENEZES, Joyceane Bezerra de; MATOS, Ana Carla Harmatiuk (org.). Direito das famílias: por juristas brasileiras. São Paulo: Saraiva, 2013. p. 507-533.

¹⁴⁴ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 21 out. 2024.

¹⁴⁵ BRASIL. Código Civil. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406.htm. Acesso em: 21 out. 2024.

¹⁴⁶ 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, v. 12, n. 1, 2023.

obtenção de autorização do Conselho Regional de Medicina (CRM). Desse modo, a gestação por substituição só é permitida na forma altruística, sem finalidade lucrativa, sendo vedada a clínica de reprodução assistida intermediar a escolha da cedente.¹⁴⁷

Sob o prisma principiológico, a técnica debatida reconfigurou a máxima “*mater semper certa est*” que significa “a mãe é sempre certa”, seguindo a lógica na qual a maternidade é determinada pela relação biológica, ou seja, a mulher que dá à luz a uma criança é considerada a mãe.¹⁴⁸

Conforme leciona Maria Berenice Dias, a gestação de substituição trouxe mudanças acentuadas nos vínculos de filiação e nas presunções acerca da maternidade.

[...] A possibilidade de uso de útero alheio elimina a presunção *mater semper certa est*, que é determinada pela gravidez e pelo parto. Em consequência, também cai por terra a presunção *pater est*, ou seja, que o pai é o marido da mãe. Assim, quem dá a luz não é a mãe biológica e, como o filho não tem a sua carga biológica, poderia ser considerada, na classificação legal (CC 1.593), como “mãe civil”.¹⁴⁹

Nesse aspecto, o método em questão ganha contornos multifacetados ao possibilitar a configuração de uma tripla maternidade, conforme a legislação nacional de cada ordenamento a respeito do parentesco: a mãe afetiva ou civil (contratante), a gestante (cedente do útero) e a mãe biológica (genética).¹⁵⁰

Por existir ordenamentos que vedam por completo ou possuem aspectos burocráticos incisivos no uso dessa técnica, é crescente o fenômeno do turismo procriativo, evidenciando a gestação por substituição transnacional, pautada no

¹⁴⁷ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução nº 2320, de 2022. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2022/2320>. Acesso em: 21 out. 2024.

¹⁴⁸SANTIAGO, Juliana Faria. Gestação por substituição: a ordem pública internacional e o melhor interesse do menor. 2020. Dissertação (Mestrado em Direito, Estado e Constituição) – Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, Brasília. Disponível em: http://icts.unb.br/jspui/bitstream/10482/39024/1/2020_JulianaFariaSantiago.pdf. Acesso em: 21 out. 2024.

¹⁴⁹ DIAS. Maria Berenice. Manual de Direito das Famílias. 4ªed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007.

¹⁵⁰SANTIAGO, Juliana Faria. Gestação por substituição: a ordem pública internacional e o melhor interesse do menor. 2020. Dissertação (Mestrado em Direito, Estado e Constituição) – Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, Brasília. Disponível em: http://icts.unb.br/jspui/bitstream/10482/39024/1/2020_JulianaFariaSantiago.pdf. Acesso em: 21 out. 2024.

deslocamento de indivíduos que buscam fora da localidade que vivem, tratamentos de reprodução assistida.

Destaque para Índia, que desde 2002, permite a barriga de aluguel gestacional, e a comercial, de modo legal, assim é considerada como a capital mundial dessa prática devido às suas leis flexíveis e custos acessíveis. Anualmente, casais de países ocidentais, como Reino Unido, EUA e Austrália, buscam serviços de barriga de aluguel na Índia. A decisão da Suprema Corte indiana de permitir a prática comercial reforçou a confiança internacional nesse modelo no país.¹⁵¹

Por todo exposto, sobre as principais técnicas de reprodução humana assistida nesse capítulo, a seguir será abordado, os percalços encontrados na busca da universalização desses métodos no Sistema Único de Saúde Brasileiro.

4 DESAFIOS PARA A UNIVERSALIZAÇÃO DE COBERTURA DAS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA NO SUS

4.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: ORIGEM, OBJETIVOS E ESTRUTURA

A Carta Magna é considerada um marco histórico democrático na construção de um ideário de saúde gratuita como um direito imprescindível de cada brasileiro. Tendo em vista que, por muito tempo a saúde coletiva no Brasil foi restrita e precária reduzida a ações do Ministério da Saúde com enfoque apenas ao combate de doenças evitáveis por meio de campanhas de vacinação e programas específicos.¹⁵² Sob esse prisma, durante o período militar, o Sistema Nacional de Saúde brasileiro

¹⁵¹ INTERNATIONAL FERTILITY CENTRE. Surrogacy laws by country. Disponível em: <https://internationalfertilitycentre.com/surrogacy-laws-by-country/>. Acesso em: 19 out. 2024. **Texto original:** Gestational, even commercial Surrogacy is legal in India since 2002. India is emerging as a leader and considered as Surrogacy capital of the world because of flexible laws and more cost effective than any other country. Every year foreign couples from western countries like UK, US and Australia come down to India to seek surrogacy services. The Indian Supreme Court decision to permit commercial surrogacy in the country has result a significant increase in international confidence in surrogacy in India.

¹⁵²SANAR. História do SUS: da colônia aos dias atuais. 2024. Disponível em: <https://sanarmed.com/historia-do-sus-da-colonia-aos-dias-atuais/>. Acesso em: 21 out. 2024.

foi dominado por instituições previdenciárias e uma burocracia que fomentava a mercantilização da saúde.¹⁵³

A centralização do poder e a falta de discussão sobre alternativas políticas possibilitaram reformas institucionais que impactaram significativamente a saúde pública e a medicina previdenciária. Esta última, atendia apenas contribuintes dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) e seus dependentes. A ideiação para modificar este paradigma somente ganhou novos contornos com a Reforma Sanitarista em meados a 1970.¹⁵⁴

O movimento de Reforma Sanitária no Brasil configurou-se como uma coalizão heterogênea, orientada por vertentes epistemológicas distintas. A primeira vertente, advinda da Saúde Pública com inclinações desenvolvimentistas, transcendeu o enfoque reducionista centrado na patologia e na administração científica, articulando-se em torno da interdependência entre saúde e desenvolvimento socioeconômico.¹⁵⁵

A lógica partia do planejamento estatal como eixo estruturante da intervenção em saúde e propunha uma sinergia entre Saúde Pública e assistência médica. A segunda vertente, a Medicina Preventiva, evoluiu criticamente no Brasil, distanciando-se do paradigma norte-americano e sendo objeto de análise densa, como exemplificado por Arouca em “O dilema preventivista” ao enfatizar que o modelo em foco perpetuava uma visão fragmentada da saúde, ao priorizar ações curativas e preventivas em nível individual, sem atacar as causas profundas das condições de saúde, reflexo de um contexto social amplo e desigual.¹⁵⁶

Já a terceira vertente, orientada pelo ideário da Medicina Social oitocentista, reivindicava o reconhecimento da saúde como responsabilidade estatal, explorando a intrínseca conexão entre condições socioeconômicas e saúde, e defendendo intervenções integradas de cunho médico e social.¹⁵⁷

¹⁵³ LIMA, NL., et al. orgs. Saúde e Democracia: História e perspectivas do SUS [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, p. 64 ISBN 978-85-7541-367-8.

¹⁵⁴ FIOCRUZ. Reforma sanitária. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria>. Acesso em: 21 out. 2024.

¹⁵⁵ MATTOS, Ruben Araujo de. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 13, p. 771-780, 2009.

¹⁵⁶ AROUCA, Sergio. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; São Paulo: Editora da Unesp, 2003. E-book.

¹⁵⁷ MATTOS, Ruben Araujo de. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 13, p. 771-780, 2009.

Em 1975, a V Conferência Nacional de Saúde apresentou uma proposta para a criação do Sistema Nacional de Saúde, formalizada pela Lei nº 6.229/75. Todavia, a resistência dos empresários do setor à regulamentação da lei fez com que o governo direcionasse suas ações somente para programas verticais.¹⁵⁸

Com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) pela Lei nº 6.439 no ano de 1977, buscou-se reorganizar a assistência, ficando a cargo do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), o fornecimento de serviços médicos voltados a perspectiva curativa de modo exclusivo para trabalhadores formais, isto é, com carteira assinada.

Tal sistema era excludente, tendo em vista que pessoas autônomas e desempregadas, não tinham acesso à saúde pública, e, por conseguinte, ficavam a mercê da iniciativa privada, caridade ou filantropia para obtenção de atendimento médico.

No ano 1982, foi instituído o Plano CONASP, que aboliu a remuneração por serviços prestados ao setor privado contratado pelo INAMPS, introduziu as autorizações para internação hospitalar (AIH) e possibilitou, por meio das Ações Integradas de Saúde (AIS), o ingresso da população não segurada, mesmo que de modo brando, aos serviços de saúde pública.¹⁵⁹

A VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em Brasília em 1986, permitiu a participação da sociedade civil na formulação de um novo modelo que atendesse os anseios da população por inclusão e cidadania, baseado na premissa de que a "saúde é um direito de todos e dever do Estado". Em contrapartida à perspectiva liberal e neoliberal, fundamentada na redução da intervenção estatal na provisão de condições de vida da coletividade.¹⁶⁰

O relatório elaborado nessa ocasião figurou como referência para os parlamentares durante o processo constituinte.¹⁶¹ No ano subsequente, o governo instituiu os

¹⁵⁸ SANAR. História do SUS: da colônia aos dias atuais. 2024. Disponível em: <https://sanarmed.com/historia-do-sus-da-colonia-aos-dias-atuais/>. Acesso em: 21 out. 2024

¹⁵⁹ *Ibidem*.

¹⁶⁰ TEIXEIRA, Carmen. Os princípios do sistema único de saúde. 2011. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf. Acesso em: 21 out. 2024.

¹⁶¹ ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha. SUS passo a passo: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Hucitec, 2007, p. 37.

Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS), pautado na universalização e participação comunitária.

Em seguida, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, também conhecida como Constituição cidadã, a saúde foi consagrada como um direito fundamental, ao instituir o Sistema Único de Saúde (SUS) nos artigos 194 a 200, e posteriormente discipliná-lo na Lei Orgânica da Saúde, composta pelas Leis nº 8.080/90 e 8.142/90 que versam acerca da estrutura e do funcionamento do sistema no Brasil. De acordo com Teixeira, “o SUS pode ser entendido, em primeiro lugar, como uma “Política de Estado”.¹⁶²

A respeito da Lei Orgânica da Saúde, temos que a Lei nº 8.142/90 é fundada na participação social e nas transferências intergovernamentais de recursos, e numa gestão descentralizada e participativa do financiamento da saúde pública. Enquanto a Lei nº 8.080/90, aborda temas como a organização e a gestão do SUS, ao detalhar as competências e atribuições das esferas federal, estadual e municipal.

Outrossim, define que o setor privado possui atuação de caráter complementar ao sistema público de saúde, aborda ao mesmo tempo políticas de recursos humanos e a aplicação de fundos financeiros, planejamento e orçamentos. O Artigo 4º do referido diploma normativo consagra a definição do Sistema Único de Saúde (SUS) como: “O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta, bem como por fundações mantidas pelo Poder Público.”¹⁶³

Ao passo que, o Artigo 5º delinea os objetivos precípuos do SUS, que incluem a identificação e a disseminação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde. Ademais, é incumbido de formular políticas de saúde que visem à promoção do bem-estar nos âmbitos econômico e social, oferecendo assistência à população por meio de ações integradas de promoção, proteção e recuperação da saúde,

¹⁶² TEIXEIRA, Carmen. Os princípios do sistema único de saúde. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia, 2011.

¹⁶³ BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm#:~:text=A%20Uni%C3%A3o%20poder%C3%A1%20executar%20a%C3%A7%C3%B5es,representem%20risco%20de%20dissemina%C3%A7%C3%A3o%20nacional. Acesso em: 21 out. 2024.

englobando tanto as atividades assistenciais quanto as preventivas, na gestão da saúde pública.¹⁶⁴

Apesar da criação do SUS em 1988, a extinção do INAMPS só ocorreu em 1993, em virtude da pressão dos movimentos sanitários e principalmente por caracterizar um modelo ultrapassado e deficitário, o qual a arrecadação proveniente não era capaz de custear os fundos despendidos.

Nesse período de transição e implementação dos novos moldes de acesso a saúde, o SUS atravessou uma grave crise, em razão da escassez de recursos destinados ao cumprimento das obrigações previstas na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde. Isto porque o assistencialismo médico promovido pelo INAMPS era destinado a uma certa parcela social contributiva, que como mencionado anteriormente não era capaz de suprir nem os seus próprios segurados, quiçá, arcar em termos universais.¹⁶⁵

Tal conjuntura começou a ser atenuada com a promulgação da Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores (CPMF), em 1997.¹⁶⁶ Destinada inicialmente ao financiamento da saúde pública, previdência social e erradicação da pobreza, o referido aporte incidia sobre todas as movimentações bancárias, exceto nas transações que envolviam negociações de ações na Bolsa, retiradas de aposentadorias, seguro-desemprego, salários e transferências entre contas correntes do mesmo titular.¹⁶⁷ A CPMF perdurou até o ano de 2007.¹⁶⁸

A Emenda Constitucional nº 29/2000, delineou a participação da União, estados e municípios no financiamento do SUS na distribuição de recursos a rigor da solidariedade federativa. Entretanto, ambos os entes, de início, não honraram com o compromisso estabelecido sobre a vinculação de receitas.¹⁶⁹

¹⁶⁴ *Ibidem*.

¹⁶⁵ SOUZA, Renilson Rehem de. Construindo o SUS: A lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. 2002. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração de Saúde) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

¹⁶⁶ *Ibidem*.

¹⁶⁷ BRASIL. Senado Federal. CPMF. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/entenda-o-assunto/cpmf>. Acesso em: 21 out. 2024.

¹⁶⁸ *Ibidem*.

¹⁶⁹ CISLAGHI, Juliana Fiúza; TEIXEIRA, Sandra Oliveira; SOUZA, Tainá. A saúde no Brasil: uma análise dos desafios e das políticas de saúde. 2011. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/code2011/chamada2011/pdf/area2/area2-artigo16.pdf>. Acesso em: 27 out. 2024.

Diante das inconsistências e a falta de previsibilidade do financiamento foi promulgada a Lei Complementar 141/2012 que estipulou valores mínimos anuais a serem aplicados na saúde. Na norma em comento, fica pactuado que a União deve destinar o valor aplicado no exercício anterior, acrescido da variação do PIB do ano, com intuito de garantir no mínimo 15% da arrecadação anual. Os estados e o Distrito Federal devem aplicar pelo menos 12% da arrecadação tributária, enquanto os municípios carecem destinar no mínimo 15% de sua renda fiscal.¹⁷⁰

Concernente a sua estrutura, o SUS é dividido em duas categorias, que se distinguem pela complexidade dos procedimentos envolvidos de modo hierárquico. Assim temos, a atenção primária, cujo enfoque é pautado na promoção e proteção da saúde, a porta de entrada e encaminhamento dos usuários;

E a atenção especializada que se subdivide em atenção secundária (atendimentos especializados ambulatoriais e hospitalares); E a atenção terciária, que envolve procedimentos altamente técnicos, incluindo os tratamentos relacionados à Reprodução Humana Assistida, objeto desse trabalho.

Nestes termos, coexistem as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) utilizadas na atenção primária; as unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e hospitais de médio porte, na secundária; e a terciária, representada pelos grandes hospitais de alto aparato tecnológico no combate a enfermidades mais severas e diagnósticos de ponta.

Solla enfatiza que diferente da atenção básica, a atenção especializada, em função de suas particularidades, não chega diretamente à população; ao contrário, são os usuários que se deslocam e são direcionados a esses centros de cuidado especializado.¹⁷¹

Ademais, o SUS é segmentado por estratégias e planos de ações diversificados conforme as diferentes frentes de ação do Ministério da Saúde. Tais frentes são

¹⁷⁰ SANAR. Resumo do financiamento do SUS: repasse de recursos, valores mínimos e mais. Disponível em: <https://sanarmed.com/resumo-do-financiamento-do-sus-repasse-de-recursos-valores-minimos-e-mais/>. Acesso em: 21 out. 2024.

¹⁷¹ SOLLA, Jorge; CHIORO, Arthur. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA, Lúgia (Orgs.) et al. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2. ed.rev. ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p.547-576.

destinadas a grupos específicos, como Mulheres, Homens, Idosos, Povos Indígenas e a População LGBTQIA+.¹⁷²

Por fim, é importante vislumbrar que a normatividade da saúde não se restringe a Constituição Federal de 1988 e a legislação específica, mas também, é regido por Normas Operacionais Básicas (NOB) e uma variedade de portarias e resoluções emitidas pelo Ministério da Saúde e pelo Conselho das Conferências Nacionais de Saúde, com intuito de aprimorar de modo contínuo o SUS.¹⁷³

4.1.1 Princípios constitucionais finalísticos e diretrizes do SUS

O Sistema Único de Saúde é regido por princípios constitucionais finalísticos como a universalidade, equidade e integralidade; e diretrizes como a descentralização político-administrativa, regionalização, hierarquização e a participação da comunidade, presentes na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8.142/90.

Conforme o pensamento de Japiassu e Marcondes, “universal é aquilo que se aplica a totalidade”, que “exprime a ideia de extensão completa de um conjunto”.¹⁷⁴ Nesse sentido, o conceito de "universal" refere-se ao que é comum a todos, refletindo-se no lema da Revolução Francesa e nas promessas dos socialistas utópicos. Na área da saúde, as propostas do Welfare State e a Conferência de Alma-Ata fortaleceram o princípio da universalidade ao defender o direito à saúde para toda a população.¹⁷⁵

Na conjuntura brasileira, influenciado pela trajetória histórica da assistência à saúde e pela cultura de consumo, observa-se uma interpretação equivocada que associa universalidade à gratuidade. Contudo, a universalidade se fundamenta na

¹⁷² CASALECHI, Maíra. A reprodução humana assistida no SUS: saúde reprodutiva é um direito constitucional. São Paulo: Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH), jan. 2018. Disponível em: <https://sbrh.org.br/comite/embriologia/a-reproducao-humana-assistida-no-sus-saude-reprodutiva-e-um-direito-constitucional/>. Acesso em: 21 out. 2024.

¹⁷³ FONSECA, Flávia Caroline Rodrigues. A judicialização da saúde: uma análise da cobertura dos procedimentos de reprodução humana assistida pelo Sistema Único de Saúde (SUS). 2017. Monografia (Graduação em Direito) – Faculdade Baiana de Direito, Salvador.

¹⁷⁴ JAPIASSU, H.; MARCONDES, D. Dicionário básico de Filosofia. Rio de Janeiro: Zahar, 1996

¹⁷⁵ SILVA, Jairnilson Paim; SILVA, Lígia Maria Vieira da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. Boletim do Instituto de Saúde, São Paulo, n. 76, 2023. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/index.php/bis/article/view/33772>. Acesso em: 21 out. 2024.

concepção de saúde como um direito social e coletivo, desvinculado de qualquer noção de pagamento.¹⁷⁶

A universalidade no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) constitui um princípio teleológico, que possui um objetivo normativo e norteador para a efetivação do sistema. Para que o SUS atinja a condição de um sistema universal, é necessário implementar um processo contínuo de universalização, isto é, uma expansão progressiva da cobertura dos serviços de saúde, visando torná-los integralmente acessíveis a toda a população. Essa expansão demanda a remoção de barreiras multidimensionais — jurídicas, econômicas, culturais e sociais — que historicamente limitam o acesso da população aos serviços de saúde.¹⁷⁷

A primeira dessas barreiras, a jurídica, foi suprimida com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a qual consolidou o direito universal à saúde, ao desconstituir a necessidade de que o usuário do sistema público fosse classificado como trabalhador formal ou "indigente".¹⁷⁸

Nesse limiar, há uma dicotomia: enquanto o direito é assegurado por lei, a realidade mostra entraves consideráveis, devido à falta de vagas, estrutura, recursos e profissionais disponíveis. Fatores que evidenciam as falhas da universalização realizada pelo Estado enquanto agente responsável da promoção desse direito. O que leva milhares de indivíduos recorrerem ao setor privado impulsionando seu crescimento.¹⁷⁹

Todos os cidadãos detêm a prerrogativa de acessar os serviços do SUS, independentemente da complexidade, custo ou natureza dos serviços. O acesso não está vinculado a nenhum modelo contributivo de seguro social, permitindo que qualquer indivíduo, incluindo estrangeiros em solo brasileiro, usufruam dos benefícios do sistema de saúde.¹⁸⁰

¹⁷⁶ MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2006.

¹⁷⁷ MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciência & saúde coletiva*, v. 12, p. 335-342, 2007.

¹⁷⁸ *Ibidem*.

¹⁷⁹ SOUSA, Aione Maria da Costa. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. *R. Katál.*, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 227-234, jul./dez. 2014. Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN).

¹⁸⁰ NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. O sistema único de saúde – sus. In: GIOVANELLA, Lígia (Orgs.) et al. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p.365-393.

Em síntese, Bravo elucida que a universalidade da saúde enfrenta resistência significativa devido à predominância de uma visão mercadológica que prioriza abordagens individualistas e fragmentadas, desvirtuando os princípios coletivos e universais que fundamentam o Sistema Único de Saúde (SUS).¹⁸¹

Para assegurar a universalidade na saúde, é fundamental transcender as barreiras econômicas e comunicativas. A diversidade cultural e educacional no Brasil pode resultar na exclusão de certos grupos do acesso à informação e aos serviços de saúde. Portanto, é imprescindível que o Estado implemente ações efetivas de educação e comunicação, visando garantir a inclusão e a plena realização da universalidade no sistema de saúde.¹⁸²

A equidade, na perspectiva dos direitos humanos e da justiça social, é um princípio fundamental relacionado a igualdade. Trata-se de um mecanismo regulador das diferenças, visando à redução de iniquidades e o reconhecimento da pluralidade das condições humanas. O conceito de equidade implica atender, de forma diferenciada, às variadas necessidades e potencialidades de cada indivíduo, adaptando as intervenções sociais às suas circunstâncias específicas.¹⁸³

A literatura aponta que o termo "equidade" pode ser interpretado de diversas maneiras, sendo frequentemente estabelecido na ideia de igualdade de oportunidades para o acesso a serviços essenciais, como os de saúde. Vasconcelos et.al, entende que: “a priorização da oferta de serviços para segmentos populacionais que enfrentam maiores riscos de adoecer e morrer, em razão da desigualdade na distribuição de renda e recursos, é uma justificativa clara para a aplicação do princípio da equidade”.¹⁸⁴

Ilustrações fáticas de igualdade sob o prisma da equidade são frequentemente observadas nas unidades de saúde que adotam a categorização de risco.¹⁸⁵ Nesses locais, a prioridade no atendimento é determinada por critérios como a ordem de

¹⁸¹ BRAVO, M. I. de S. Política de saúde no Brasil. In: Mota, A. E. et al. (Org.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS; OMS; Ministério da Saúde, p. 88-110, 2006.

¹⁸² TEIXEIRA, Carmen. Os princípios do sistema único de saúde. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf. Acesso em: 22 de out 2024.

¹⁸³ Ibidem.

¹⁸⁴ VASCONCELOS, C. M. & PASCHE, D. F. O Sistema único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.) Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Editora Fiocruz, 2006.

¹⁸⁵ FONSECA, Flávia Caroline Rodrigues. A judicialização da saúde: uma análise da cobertura dos procedimentos de reprodução humana assistida pelo Sistema Único de Saúde (SUS). 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) – Faculdade Baiana de Direito, Salvador.

chegada, a urgência e a gravidade da situação. Segundo Paim, essa prática se fundamenta na diretriz de utilizar a epidemiologia para estabelecer prioridades, alocar recursos e orientar as ações de forma eficaz.¹⁸⁶

A integralidade, por seu turno, é um princípio central que busca proporcionar um atendimento completo e abrangente aos usuários, levando em consideração todas as suas necessidades de saúde. De acordo com a doutrina, a integralidade abrange as dimensões de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação, para garantir que os serviços de saúde sejam oferecidos de maneira contínua e coordenada.¹⁸⁷

Além disso, a integralidade se relaciona à compreensão do ser humano em sua totalidade, o que implica que o sistema de saúde deve estar apto a ouvir o usuário, entender seu contexto social e atender às suas demandas específicas. A falta de uma definição clara sobre "integralidade" representa tanto uma fragilidade quanto uma potencialidade.¹⁸⁸ Assim, a integralidade transcende sua condição principiológica constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS), configurando-se como uma "bandeira de luta" e parte de uma "imagem objetiva" que delinea características desejáveis do sistema de saúde e suas práticas institucionais.¹⁸⁹

No tocante às diretrizes estratégicas de caráter organizativo e funcional, se pautam como verdadeiro norte acerca de como deve ser operacionalizado o modelo de saúde pretendido. Como destacado anteriormente, o SUS é pautado na descentralização, regionalização, hierarquização e participação social, com intuito de garantir a eficiência, equidade e qualidade no atendimento à saúde.

A descentralização no Sistema Único de Saúde (SUS) é uma diretriz fundamental que implica a distribuição de responsabilidades entre os diferentes níveis de governo, União, estados e municípios para a gestão e a implementação de políticas de saúde.¹⁹⁰ Estabelecida pela Constituição Federal de 1988 e regulamentada pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90, essa descentralização busca aumentar a eficiência e a

¹⁸⁶ PAIM, Jairnilson Silva. *Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI*. Salvador: EDUFBA, 2006. p.153.

¹⁸⁷ FIOCRUZ. Integralidade. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/integralidade>>. Acesso em: 16 out. 2024.

¹⁸⁸ *Ibidem*.

¹⁸⁹ MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciência & saúde coletiva*, v. 12, p. 335-342, 2007.

¹⁹⁰ FIOCRUZ. Descentralização. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/descentralizacao>>. Acesso em: 17 out. 2024.

qualidade dos serviços prestados, além de promover a fiscalização e o controle social.

Complementar a isso, a regionalização organiza os serviços de saúde em regiões específicas, garantindo a integralidade do atendimento e fomentando a cooperação entre os municípios que compõem cada área. Esse arranjo permite que cada região assegure a assiduidade no cuidado ao paciente, facilitando a integração e a coordenação dos serviços de saúde entre os diferentes níveis de governo.

A hierarquização dos serviços, que vai da atenção primária à alta complexidade, também é crucial para o SUS. Visa garantir que os usuários desfrutem serviços que atendam às suas necessidades, com uma progressão lógica e competente.

Por fim, a participação da comunidade, conforme estabelecido na Lei 8.142/90, é um elemento essencial do SUS. Esse princípio incentiva a inclusão da sociedade na gestão e no controle dos serviços de saúde, promovendo a transparência, a responsabilidade e a eficiência no atendimento.

Logo, somente através do comprometimento com os princípios e diretrizes será possível garantir que a saúde se torne um verdadeiro direito de cidadania, conforme preconizado na Constituição Federal de 1988.

4.1.2 Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida

Com a redemocratização do país, a busca por um Estado Social se tornou cada vez mais proeminente, e desse modo, para a sua concretude enquanto agente transformador na vida dos indivíduos, se faz necessário a propositura e execução de políticas públicas e programas de ação que venham beneficiar a coletividade de alguma forma.¹⁹¹

Referindo-se às políticas públicas, Ronald Dworkin, as define como “um padrão que estabelece um objetivo a ser alcançado, geralmente voltado para a melhoria de

¹⁹¹ FONSECA, Flávia Caroline Rodrigues. A judicialização da saúde: uma análise da cobertura dos procedimentos de reprodução humana assistida pelo Sistema Único de Saúde (SUS). 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) – Faculdade Baiana de Direito, Salvador, 2017.

aspectos econômicos ou sociais da comunidade”.¹⁹² Bucci, por seu turno, elucida que “trata-se de um programa ou quadro de ação governamental, cujo escopo é dar impulso, isto é, movimento à máquina do governo, no sentido de realizar algum objetivo de ordem pública ou na ótica dos juristas, concretizar o direito”.¹⁹³

Partindo dessa premissa, surge a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida (PNAIRHA), instituída no Brasil pela Portaria nº 426/2005 do Ministério da Saúde, representando um marco fundamental das políticas públicas de saúde reprodutiva. Muito embora, não tivesse status legal por ser uma norma administrativa, sua publicação contribuiu para viabilização mesmo que de modo singelo, ao acesso as TRA's na rede pública de saúde.

A presente norma se respaldava na necessidade de estruturar uma rede regionalizada e hierarquizada no Sistema Único de Saúde (SUS) para assegurar a atenção integral em reprodução humana assistida e por conseguinte, aperfeiçoar o atendimento. Outrossim, seu texto salientava a importância das técnicas de reprodução assistida na redução da transmissão de doenças Infectocontagiosas e genéticas, além de adotar critérios para a regulação e credenciamento dos serviços de Média e Alta Complexidade no SUS.

Para assegurar a viabilidade dos serviços de reprodução humana assistida, nessas duas últimas categorias, careceriam ser observados os critérios de cobertura assistencial no qual cada unidade da federação deveria ter um serviço para cada 6.000.000 (seis milhões) de habitantes.¹⁹⁴

A PNAIRHA, definia diretrizes para o acesso a tratamentos na atenção básica, considerada a porta de entrada na identificação de casais inférteis, realizando diagnósticos simples na detecção precoce da infertilidade, e sua prevenção.¹⁹⁵ Em linhas gerais, seu objetivo finalístico era a ampliação do atendimento reprodutivo no

¹⁹² SMANIO, Gianpaolo Poggio. Legitimidade jurídica das políticas públicas: a efetivação da cidadania. In: Bertolin, Patrícia Tuma Martins (Org.) O direito e as políticas públicas no Brasil. São Paulo: Atlas, 2013.

¹⁹³ BUCCI, Maria Paula Dallari. O conceito de política pública em direito. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4182322/mod_resource/content/1/BUCCI_Maria_Paula_Dallari_O_conceito_de_politica_publica_em_direito.pdf>. Acesso em: 17 out. 2024.

¹⁹⁴ OLIVEIRA, Kamília Costa da Silva. Análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida no Acre. 2018, p. 30. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

¹⁹⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 426, de 1 de novembro de 2024. Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1 nov. 2024.

Sistema Único de Saúde (SUS), ao promover uma abordagem integrada e preventiva alinhada ao princípio da atenção integral à saúde.¹⁹⁶

Quanto à articulação, a Política reiterava uma implementação coordenada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. No cuidado integral (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação) através de equipes multiprofissionais.

A Portaria nº 426/2005 não vigorou por muito tempo, sendo revogada, em virtude da falta de priorização na alocação de recursos. Contudo, o seu teor foi incorporado nos artigos 305 a 310 da Portaria MS nº 2.048 de 2009 que instituiu o Regulamento do SUS em esfera nacional. A saber:

Art. 305. A Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, será implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.¹⁹⁷

Com efeito, como o texto era basicamente o mesmo, ainda que com algumas supressões, persistia o mesmo problema, ausência de especificidade sobre os fundos para o seu custeio. Visando promover uma abordagem mais efetiva e humanizada, foi lançada a Portaria nº 1.459/2011, que criou a Rede Cegonha, focando no planejamento reprodutivo e na atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, além de garantir o direito das crianças a um nascimento seguro e ao desenvolvimento saudável.¹⁹⁸ Diante disso, em dezembro de 2012, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 3.149, com escopo de instituir a alocação de recursos financeiros para instituições de saúde que realizam procedimentos de Reprodução

¹⁹⁶ DIVINO, Sthéfano Bruno Santos; ALMEIDA, Isabela Gonçalves. Reprodução assistida como direito e elemento do planejamento familiar: fundamentos jurídicos do dever de o Estado em prestar assistência. *Revista Derecho y Cambio Social*, nº 76, abr.-jun. 2024.

¹⁹⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.149, de 28 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 28 dez. 2012.

¹⁹⁸ OLIVEIRA, Kamília Costa da Silva. Análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida no Acre. 2018, p. 30. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Humana Assistida dentro do SUS, incluindo métodos como fertilização *in vitro* e injeção intracitoplasmática de espermatozoides.¹⁹⁹

A *priori*, foi destinado o total de R\$ 10.000.000,00 (dez milhões de reais), para oito centros a fim de subsidiar tratamentos de reprodução humana assistida em cinco estados brasileiros, quais sejam: HMIB - Hospital Materno Infantil de Brasília, DF; Hospital das Clínicas da UFMG, MG; Hospital Nossa Senhora da Conceição SA - Fêmea, RS; Hospital das Clínicas de Porto Alegre, RS; HC da FMUSP - Hospital das Clínicas São Paulo, SP; Centro de Referência da Saúde da Mulher São Paulo - Pérola Byington, SP; Hospital das Clínicas FAEPAR - Ribeirão Preto, SP; Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP, PE.²⁰⁰

Em 2013, foi acrescentado mais uma unidade, a Maternidade Escola Januário Cicco, no Rio Grande do Norte, com um aporte de R\$ 1.500.000,00 (um milhão e meio de reais). Entretanto, como a própria Portaria nº 3.149 enfatiza, os recursos foram repassados em parcela única, nesse sentido, Casalechi, destaca que “graças a muito jogo de cintura e negociações por parte de seus gestores, centros públicos de reprodução assistida seguem atuando”.²⁰¹

Assim, resta demonstrado, que os procedimentos, em sua maioria, são realizados em hospitais universitários e em grandes centros de referência da prática médica, localizados quase sempre, nas capitais dos estados mencionados e em cidades mais desenvolvidas.

Atualmente, dos núcleos mencionados, somente quatro disponibilizam tratamento integralmente gratuito: a Maternidade Escola Januário Cicco, o Hospital Pérola Byington, o Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP) e o Hospital Materno Infantil de Brasília. Nos demais, os pacientes precisam cobrir os custos das medicações, que ficam em torno de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais).²⁰²

¹⁹⁹ *Ibidem*.

²⁰⁰ *Ibidem*.

²⁰¹ CASALECHI, Maíra. A REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA NO SUS: A saúde reprodutiva é um direito constitucional. Saúde reprodutiva é um direito constitucional. 2021. Disponível em: <<https://embriologia.sbrh.org.br/?p=1566>>. Acesso em: 29 set. 2024.

²⁰² . AGÊNCIA BRASIL. Sus pode ser esperança para mulheres que sonham ser mães: - Os centros de reprodução humana assistida. Agência Brasil, 2023. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2023_05/sus-pode-ser-esperanca-para-mulheres-que-sonham-ser-maes#:~:text=Centros%20de%20reprodu%C3%A7%C3%A3o%20humana%20assistida,Os%20centro>

Ademais, importa ressaltar a adesão do Hospital das Clínicas da UFG (Universidade Federal de Goiás), a partir de emendas parlamentares que custearam a reforma do centro de RHA e o Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, que interrompeu suas atividades com TRA's no ano de 2013 devido a problemas financeiros.²⁰³

No tocante ao processo de triagem para o acesso aos serviços de Reprodução Humana Assistida (RHA) por meio do SUS, de modo geral, o paciente deve inicialmente apresentar-se em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Unidade de Pronto Atendimento (UPA) para agendar uma consulta médica.

Após a avaliação clínica, o profissional poderá emitir um encaminhamento para um serviço de RHA, que será submetido à apreciação da Central de Regulação do SUS. Uma vez aprovado, o paciente será direcionado a um especialista em RHA em um hospital conveniado, onde o tratamento será estruturado e iniciado.

A título de exemplo, a seguir, passos para disponibilização da FIV no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto:

Esta Instituição possui este atendimento pelo SUS e a maneira de encaminhá-la é através das Unidades Básicas de Saúde (UBS), ou seja, o Posto de Saúde mais próximo da residência da(o) paciente; as quais serão encaminhadas aos Diretórios Regionais de Saúde (DRS). Nos DRS este agendamento é realizado segundo a disponibilidade de vagas de cada diretório; o HC atende a DRS XIII de Ribeirão Preto, que compreende 26 municípios e as DRS de Franca, Araraquara e Barretos. As filas de espera estão na dependência do número de vagas disponíveis em cada DRS e pela procura pelas(os) pacientes localizadas na respectiva DRS deste tipo de atendimento especializado.²⁰⁴

s%20de&text=Destes%20centros,%20somente%20em%20quatro,Hospital%20Materno%20Infantil%20de%20Bras%C3%ADlia>. Acesso em: 22 out. 2024.

²⁰³ SILVA, Amanda Costa e; FERNANDES, Leopoldo Nelson; CUNHA, Maria do Carmo Vieira da; ANDRETO, Luciana; LEÃO, Arali; CALDAS, Madalena. Motivos de descontinuidade ao tratamento em casais submetidos à Reprodução Assistida em um Hospital-Escola de Pernambuco: estudo transversal. 2015. Disponível em: <<http://higia.imip.org.br/handle/123456789/475>>. Acesso em: 21 out. 2024.

²⁰⁴ FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO. Como Agendar - Setor de Reprodução Humana HCFMRP. Disponível em: <

E no Centro de Ensino e Pesquisa em Reprodução Assistida do Hospital Materno Infantil de Brasília - HMIB:

1º Passo: Marcar uma consulta na Unidade Básica de Saúde com Médico(a) de Família e Comunidade.

2º Passo: A Unidade Básica de Saúde encaminha para o Hospital Regional.

3º Passo: Hospital Regional encaminha para o Ambulatório da Reprodução Humana do HMIB.²⁰⁵

Portanto, é evidenciado que as ações iniciais são realizadas na atenção básica e após o encaminhamento assumem particularidades do Plano Diretor de Regionalização – PDR de cada Estado e diretrizes locais dos Hospitais ofertantes, bem como critérios de admissibilidade.

Apesar de ser a única opção para contornar questões referentes a infertilidade no SUS, por possuir filas de esperas intensas, o sonho em dá concretude a um projeto familiar muitas vezes não é alcançado. Esse fato se deve, a demora na realização dos métodos, fator determinante nas condições gestacionais da mulher, que ao aguardar vê sua fertilidade em declínio, e por conseguinte, as chances de sucesso são relativamente baixas, em virtude do avanço da idade. assim, o tempo se torna o principal vilão nesse processo.

Concernente a PNAIRHA, as suas principais críticas estão pautadas nas dificuldades da universalização da RHA no âmbito federativo; equidade e integralidade em relação aos sujeitos finalísticos das TRA's no Sistema Único de Saúde. Regino elucida que tal política “se revelou insuficiente ao manter uma abordagem rígida e heteronormativa”.²⁰⁶

²⁰⁵ DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Reprodução Humana. Disponível em: <<https://www.saude.df.gov.br/reproducao-humana>>. Acesso em: 21 out. 2024.

²⁰⁶ Regino, F. A. (2016). O desejo de ter filhos e a construção de gênero nas políticas de saúde: análise da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida. [Tese de Doutorado em Saúde Pública]. Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife. Disponível em: <https://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2016reginofa.pdf>. Acesso em: 22 out. 2024

No sentido de limitar o acesso de indivíduos que desejam ter filhos, mas não se alinham ao perfil preconizado, comprometendo assim o princípio da integralidade no cuidado em saúde.²⁰⁷ Assim, o reconhecimento dos direitos sexuais e de saúde de mulheres, gays e lésbicas é crucial para a efetivação da democracia e a preservação da dignidade humana.²⁰⁸ Entretanto, mesmo em um Estado Democrático de Direito, as esferas públicas no Brasil enfrentam pressões constantes de grupos religiosos que tentam impor suas convicções.

Sob essa perspectiva, os direitos sexuais e reprodutivos são frequentemente alvo de ações de bancadas conservadoras que influenciam a elaboração e a implementação de leis e políticas públicas. Como resultado, as políticas de saúde voltadas para a reprodução humana podem reforçar normas de gênero tradicionais, perpetuando modelos familiares heteronormativos e limitando direitos individuais, o que contribui para a continuidade das desigualdades.²⁰⁹

Outro enfoque importante é com relação a falta de universalidade da política, pois não são contemplados todos os Estados, nem ao menos, todas as regiões da Federação, como no caso da região norte, que se encontra desassistida de tratamentos de RHA no Sistema Único de Saúde.

Ante o exposto, A política revelou-se significativa; no entanto, diante dos desafios apresentados, ainda há espaço para uma maior consonância com os princípios que orientam o sistema público de saúde. Diante desses paradigmas, é apropriado considerar a necessidade da implementação efetiva de uma política nacional de reprodução humana assistida que seja executada em todo o território nacional, abrangendo todos os indivíduos.

²⁰⁷ *Ibidem*.

²⁰⁸ SILVA, Jaylla Maruza Rodrigues de Souza e. Reprodução Humana Assistida entre mulheres homossexuais. (Mestrado em relações sociais e novos direitos). Faculdade de Direito. Universidade Federal da Bahia, 2011.

²⁰⁹ SEQUEIRA, Ana Lúcia Tiziano. Potencialidades e limites para o desenvolvimento de uma política de atenção em reprodução humana assistida no SUS. Tese de doutorado. Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher. Instituto Fernandes Figueira. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2011, p. 26-27.

4.2 DESAFIOS PARA UNIVERSALIZAÇÃO DA RHA NO SUS

Um dos grandes desafios neste século 21, em nossa ótica, é tornar estas técnicas acessíveis àqueles que delas possam se beneficiar, sem perder de vista as diversidades culturais e pessoais, assim como as questões éticas que tais avanços impõem.²¹⁰

A universalização da reprodução humana assistida (RHA) na esfera do Sistema Único de Saúde (SUS) constitui um imperativo normativo-ético, mas utópico. Que se fosse alcançado refletiria um avanço substancial na promoção da saúde reprodutiva e na efetivação de direitos, conforme delineado na Constituição Federal de 1988. Todavia, a materialização desse direito afronta uma série de desafios que afetam sua proficuidade e alcance.

Nesse viés, destacam-se as desigualdades regionais que permeiam a efetiva promoção aos serviços de RHA, evidenciando uma disparidade que marginaliza populações situadas em contextos socioeconômicos menos favorecidos e distantes dos grandes centros tecnológicos. Esta limitação de acesso à metodologia reprodutiva, exacerbada pela insuficiência de recursos financeiros, impõe um entrave significativo à implementação de políticas públicas que garantam a integralidade do cuidado, conforme preconizado pelas diretrizes do SUS.

Acresce que, a carência de capacitação especializada dos profissionais de saúde e a inadequação da infraestrutura disponível agravam o cenário, dificultando a sua operacionalização. Outro aspecto acentuado é a influência de fatores socioculturais e a resistência de frentes tradicionalistas, que podem travar a formulação de um diploma legal inclusivo em matéria de RHA.

4.2.1 Ausência de regulação por lei federal específica

Há quarenta anos nascia Ana Paula Caldeira, o primeiro bebê gerado por fertilização *in vitro* no Brasil e da América Latina. De lá para cá, nunca foi promulgado um

²¹⁰ SOUZA, MCB; DECAT DE MOURA, M; GRZYNSZPAN, D (orgs). Vivências em tempo de reprodução assistida: o dito e o não-dito. Rio de Janeiro: Revinter, 2008.

diploma legal no país que visasse disciplinar as técnicas reprodução humana assistida.

Desse modo, o Brasil se encontra em uma posição defasada, em comparação a outros países, como por exemplo, Portugal, que já possui legislação específica com status de lei ordinária desde 2006.²¹¹ Argentina (Lei nº 26.862/2013) e Uruguai (Lei nº 19.167/ 2013) dentre muitos outros.²¹²

Em que pese os avanços tecnológicos no campo da RHA se tornem cada vez atuais e desenvolvidos, no auxílio a casais com dificuldades ou obstruções de conceber espontaneamente e pessoas em projeto monoparental, essa realidade se debruça com a inação do legislativo Brasileiro.

Ressalta-se inação, pois, há inúmeros projetos de lei acerca da temática, então, não se trata de omissão, porque, o debate existe e várias propostas já foram reveladas no plenário. O que ocorre, no entanto, são entraves políticos, evidenciados na divergência de opiniões entres os parlamentares, ocasionando um efeito paralisante na elaboração de um dispositivo que ofereça clareza e segurança jurídica para as referidas técnicas e seus envolvidos.

De um lado, há os entusiastas do progresso técnico-científico que as TRA's podem proporcionar em benefício da população, e do outro, representantes apegados a moralidade, preceitos religiosos alçados na manifestação da “vontade divina” e ideais conservadores, a partir do modelo de família tradicional.

É válido vislumbrar o grau de complexidade dos procedimentos desenvolvidos e a carência por regulação, demandando uma unificação de entendimentos para dirimir controvérsias que porventura venham a surgir. Como no caso da responsabilização de médicos, clínicas ou centros por faltas graves, para além da seara da Responsabilidade Civil. Atualmente, os tribunais costumam se valer de Deliberações Médicas, Lei dos Planos de Saúde (Lei nº 9.656/ 1998) e ao Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/1990) no âmbito das relações privadas.

²¹¹ SANTOS, A. O.; PEREIRA, A. G. D.; DELDUQUE, M. C. Reprodução humana assistida: regulamentação no Brasil e em Portugal. Revista Jurídica da Escola Superior do Ministério Público de São Paulo, v. 16, n. 2, p. 18-45, 2019.

²¹² CARLOS, Paula Pinhal de. Gestação de substituição no contexto sócio-jurídico da América do Sul: o caso do Brasil, da Argentina e do Uruguai. In: Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2017. ISSN 2179-510X. Disponível em: https://www.en.www2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499436146_ARQUIVO_TextocompletoFazendoGenero2017.pdf. Acesso em: 21 out. 2024.

A lacuna de um marco normativo específico aprovado pelo Congresso Nacional, fomenta a necessidade contínua de atualizações de Resoluções extrajurídicas por parte do Conselho Federal de Medicina (CFM), norteadas a luz da Lei nº 11.105/2005 (Lei da Biossegurança) e da bioética. Esta última, sob o prisma dos direitos fundamentais, tem como preceitos basilares, a preservação da “aleatoriedade genética e a eliminação da prática de “eugenia”. Como destaca Guerra, “quando se busca a perfeição por meio de intervenções científicas no material genético humano, corre-se o risco de violar a individualidade do ser gerado”.²¹³

Paralelo as resoluções do CFM, o Código Civil de 2002 trata da reprodução humana assistida (RHA) de maneira restrita, ao fazer menção a esse tema nos incisos III, IV e V do artigo 1.597.²¹⁴ Tais referências versam sobre as presunções de filiação em casos de fecundação artificial homóloga *post mortem*, concepção artificial homóloga e inseminação artificial heteróloga.²¹⁵

A respeito desse fato, a Constituição Federal de 1988 assegura a igualdade entre os filhos, para que não haja nenhuma distinção tanto afetiva quanto na seara patrimonial, independente, se sejam biológicos, adotivos ou concebidos por meios de TRAs ao perfazer uma interpretação extensiva do sentido da norma.

A importância de uma legislação específica para regular determinado assunto é indiscutível, especialmente quando analisamos sob o prisma do princípio da legalidade. Tal máxima fundamenta o Estado de Direito, na qual, nenhuma ação pode ser realizada sem respaldo legal. Sem uma lei, não há parâmetros claros para orientar comportamentos, resolver conflitos ou promover avanços.

Em qualquer esfera, a ausência de regulamentação leva à insegurança jurídica, criando um ambiente propenso a abusos e arbitrariedades. Isso é especialmente evidente em áreas complexas, como a saúde, o meio ambiente e as relações de consumo, onde a falta de uma legislação específica pode comprometer direitos

²¹³ GUERRA, A. M. S. (Coord.). Biodireito e bioética: uma introdução crítica. Rio de Janeiro: América Jurídica, 2005, p.15.

²¹⁴ BRASIL. Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 11 jan. 2002.

²¹⁵ SILVA SALES, Layanna da. O direito sucessório dos filhos concebidos por inseminação homóloga post mortem. IBDFAM: O Direito, 25 mar. 2022. Disponível em: <https://ibdfam.org.br/artigos/1798/O+direito+sucess%C3%B3rio+dos+filhos+concebidos+por+insemin+a%C3%A7%C3%A3o+hom%C3%B3loga+post+mortem>. Acesso em: 22 out. 2024.

fundamentais. Assim a promulgação de uma lei Federal é imprescindível para padronização e progresso nacional no campo da reprodução humana assistida.

Adiante será aprofundado as deliberações deontológicas emitidas pelo Conselho Federal de Medicina e os principais projetos de Leis que abarcam a matéria.

4.2.1.1 Resoluções do Conselho Federal de Medicina

O panorama social da década de 1990, trouxe à tona a necessidade da publicação da Resolução CFM nº 1.358/1992, figurando como uma baliza regulatória para a reprodução assistida no Brasil, por ser a pioneira norma extrajurídica acerca da temática. Após o nascimento do primeiro bebê por FIV em 1984, a falta de legislação específica e a realização de procedimentos questionáveis dentro dos laboratórios brasileiros exigiam uma resposta do Conselho Federal de Medicina (CFM).

A cobertura midiática intensa sobre as questões éticas relacionadas à reprodução assistida, clonagem humana, descarte de embriões e seleção de sexo, pressionou o CFM a estabelecer normas éticas para a prática. A novela "Barriga de Aluguel" (1990-1991) contribuiu significativamente para popularizar o debate.²¹⁶

Em resposta, a Resolução CFM nº 1.358/1992 estabeleceu diretrizes para a RHA, proibindo procedimentos como a sexagem embrionária.²¹⁷ Influenciada pelo relatório Warnock (Reino Unido, 1984), a resolução impôs restrições, como a proibição de redução embrionária, transferência de mais de quatro embriões e comercialização de gametas, por outro lado, autorizou o congelamento de embriões e o diagnóstico genético pré-implantacional (PGD).

A principal crítica era sua abordagem conservadora e desatualizada, assim, foi revisada e substituída pela Resolução CFM nº 1.957 de 2010, que ampliou as práticas permitidas e alinhou a regulamentação brasileira aos avanços científicos e tendências internacionais da época.

²¹⁶ LEITE, Tatiana Henriques. Resoluções do Conselho Federal de Medicina sobre a utilização das técnicas de Reprodução Assistida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2021. Disponível em: <[https://www.scielo.br/j/csc/a/MFFT6sywhctKRqCp8c5fNWw/#:~:text=O%20Conselho%20Federal%20de%20Medicina,de%20Reprodu%C3%A7%C3%A3o%20Assistida%20\(TRA\)>](https://www.scielo.br/j/csc/a/MFFT6sywhctKRqCp8c5fNWw/#:~:text=O%20Conselho%20Federal%20de%20Medicina,de%20Reprodu%C3%A7%C3%A3o%20Assistida%20(TRA)>)>. Acesso em: 17 out. 2024.

²¹⁷ *Ibidem*.

A Resolução CFM nº 1.957 introduziu o consentimento informado como um requisito fundamental, trouxe diversas inovações, como a limitação da transferência embrionária conforme a faixa etária da mulher, permitindo até 2 embriões para mulheres de até 35 anos, 3 embriões entre 36 e 39 anos e até 4 embriões para mulheres acima de 40 anos. Também aboliu a exigência de estado civil e sexo para acesso às técnicas de reprodução assistida (TRA), autorizou o descarte de embriões, regulamentou a reprodução assistida *post mortem*.

No ano de 2013, a resolução CFM nº 2.013 pacificou os direitos de solteiros e homossexuais, e introduziu mudanças, como a doação de gametas, criopreservação de tecido gonádico e a flexibilidade nas exigências para a receptora de embrião. Foi criticada pela restrição de idade para gestação.²¹⁸

A Resolução CFM nº 2.121/2015 preencheu essas lacunas, destacando-se pela introdução da doação compartilhada de óvulos, permissão para gestação compartilhada entre casais homoafetivos femininos e uma maior flexibilização da idade limite para gestação.²¹⁹

Com o passar dos anos, novas mudanças foram introduzidas. Em 2017, a Resolução CFM nº 2.168 permitiu a gestação substitutiva para mulheres impossibilitadas de gerar filhos por motivos médicos. Além disso, permitiu a utilização do embrião congelado no caso do falecimento de um dos cônjuges desde que haja autorização prévia específica do(a) falecido(a) para o uso do material biológico criopreservado.²²⁰

Em 2020, a Resolução CFM nº 2.283 revisou as normas sobre gestação de substituição e estabeleceu que a autorização judicial seria necessária para o descarte de embriões criopreservados, buscando garantir a segurança jurídica e a proteção dos direitos dos envolvidos.²²¹

²¹⁸ *Ibidem*.

²¹⁹ *Ibidem*.

²²⁰ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 2.168/2017. Estabelece normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br>>. Acesso em: 19 out. 2024.

²²¹ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 2.283/2020. Introduz diretrizes para a utilização das técnicas de reprodução assistida em casos de gestação de substituição. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br>>. Acesso em: 19 out. 2024.

Posteriormente no ano de 2021, a Resolução CFM nº 2.294 pouco avançou no tratamento da reprodução assistida, em contraste com as normativas éticas anteriores, que frequentemente introduziram mudanças de maior relevância.²²²

Finalmente, em 2022, a Resolução CFM nº 2.320, vigente no presente momento, flexibilizou algumas das normas existentes, como a facilitação da autorização para gestação de substituição. A nova regra permite que, em situações excepcionais, seja possível solicitar uma autorização especial ao Conselho Regional de Medicina (CRM) caso não seja possível atender à relação de parentesco previamente estipulada.

Quanto ao número de embriões a serem transferidos, a Resolução em comento determina as seguintes diretrizes de acordo com a idade da mulher: para mulheres com até 37 anos, é permitido transferir até 2 embriões; para mulheres com mais de 37 anos, até 3 embriões; e, no caso de embriões euploides, conforme o diagnóstico genético, o limite é de até 2 embriões, independentemente da idade da mulher.²²³

Feitas estas considerações sobre a evolução dessas deliberações do plano deontológico, frisa-se a importância de analisar o debate legislativo e atual situação na busca por um arcabouço legal.

4.2.1.2 Debate legislativo e principais Projetos de Lei

Em um contexto democrático, o espaço legislativo deveria transformar-se no lócus privilegiado para a construção coletiva e o exercício de pressupostos fundamentais ao discurso argumentativo da Bioética, entre os quais o respeito às diferenças e a prática da tolerância.²²⁴

²²² TARTUCE, Flávio. A nova resolução 2.294/2021 do Conselho Federal de Medicina sobre a utilização das técnicas de reprodução assistida. IBDFAM, 2021. Disponível em: <<https://ibdfam.org.br/artigos/1725/A+nova+resolu%C3%A7%C3%A3o+2.294+2021+do+Conselho+Federal+de+Medicina+sobre+a+utiliza%C3%A7%C3%A3o+das+t%C3%A9cnicas+de+reprodu%C3%A7%C3%A3o+assistida>>. Acesso em: 19 out. 2024.

²²³ Conselho Federal de Medicina (CFM). Atualização das regras para reprodução assistida no Brasil. Portal CFM, 2022. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/noticias/cfm-publica-atualizacao-das-regras-para-reproducao-assistida-no-brasil>>. Acesso em: 19 out. 2024.

²²⁴ GUILHEM, Dirce; DO PRADO, Mauro Machado. Bioética, legislação e tecnologias reprodutivas. Revista Bioética, v. 9, n. 2, 2009.

O processo legislativo não se limita à mera criação de normas, mas se configura como um campo de reflexão crítica e plural, capaz de integrar diferentes visões e interesses, propiciando a construção de consensos éticos na transformação da vida dos cidadãos. Acerca da RHA, Diniz elucida que “o debate legislativo teve início tardio, sobretudo se comparado ao advento da utilização das técnicas no país”.²²⁵

Ao longo dos anos, foram apresentados diversos projetos de lei visando regulamentar as técnicas de reprodução assistida. O primeiro deles foi o Projeto de Lei nº 3638, de 1993. Desde essa data, inúmeros outros projetos foram submetidos, destacando-se o Projeto de Lei nº 1184, de 2003 (inicialmente registrado no Senado como nº 90/99), que obteve maior progresso em sua tramitação.²²⁶

Junto a ele estão apensados: PL 120/2003, PL 4686/2004, PL 1135/2003, PL 2061/2003 (2), e PL 2061/2003, PL 3996/2021 (1), PL 4224/2023, PL 4889/2005, PL 5624/2005, PL 3067/2008 (1), PL 299/2021, PL 7701/2010, PL 3977/2012, PL 4892/2012 (5), PL 115/2015, PL 7591/2017 (3), PL 9403/2017 (2), PL 1218/2020, PL 4178/2020, PL 5768/2019 e PL 3461/2021.²²⁷

Como pode ser evidenciado, há inúmeras iniciativas para o regramento específico, entretanto, indaga-se: O que ocorre para que nenhum desses projetos se transforme em uma lei inaugural sobre reprodução humana assistida em solo brasileiro? A resposta é simples, há uma pluralidade de entendimentos divergentes, tendo em vista, as mais variadas questões éticas que as TRA's possuem. Assim, muitos parlamentares tendem a propagar suas concepções pessoais ou ainda as afeições ideológicas de seus partidos.

Para exemplificar brevemente, por exemplo, temas como gestação de substituição e reprodução *post mortem* são concebidos pelos representantes com sentidos distintos. Alguns projetos, como os nº 1135/03, 2061/03, 4892/12, 115/15 e 9403/17, autorizam essas práticas, enquanto outros, como os nº 1184/03 e 6296/02, as proíbem, sendo que o projeto nº 1184/03, criminaliza a gestação de substituição. O

²²⁵ DINIZ, Debora. Tecnologias reprodutivas no debate legislativo. *Jornal Brasileiro de Reprodução Assistida*, v. 7, n. 3, p. 10-19, 2003.

²²⁶ SALARDI, Silvia; ZAGANELLI, Margareth Vetis; BINDA FILHO, Douglas Luis. Mater semper (in)certa est: os desafios ético-jurídicos da Reprodução Humana Assistida no Brasil. *Humanidades & Tecnologia (FINOM)*, ISSN: 1809-1628, vol. 47, abr./jun. 2024. Disponível em: <<https://revistajuridica.tjdft.jus.br/index.php/rdj/article/view/33>>. Acesso em: 21 out. 2024.

²²⁷ CÂMARA DOS DEPUTADOS. Projeto de Lei nº 1184, de 2003. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao/?idProposicao=118275>>. Acesso em: 5 nov. 2024.

PL nº 4892/12, por sua vez, destaca-se por regulamentar amplamente essas práticas, estabelecendo o pacto de gestação no caso da gestação de substituição e a sucessão provisória para a reprodução *post mortem*.²²⁸

Sob o prisma social, o PL nº 5624/05, examina as limitações econômicas enfrentadas pela população brasileira devido ao elevado preço dos tratamentos de reprodução assistida, exacerbadas pela oferta insuficiente de serviços públicos nessa área. O projeto propõe que esses tratamentos sejam cobertos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de parcerias e convênios, beneficiando indivíduos em situação de vulnerabilidade financeira. Similarmente, o PL nº 3977/2012 prevê a inclusão da criopreservação de gametas no SUS, especialmente para pacientes em idade reprodutiva que enfrentam risco de infertilidade devido a tratamentos oncológicos.²²⁹

Há de se mencionar ainda, o PL 115/15, que propõe a criação de um "Estatuto da Reprodução Assistida", com o objetivo de regulamentar o uso das técnicas de reprodução assistida (RA) e seus efeitos nas relações civis e sociais. O projeto estabelece princípios fundamentais para a aplicação dessas técnicas, como o respeito à vida humana, a dignidade da pessoa humana, a igualdade, a proteção integral da família, a autonomia da vontade, entre outros. O artigo 19 do projeto permite a identificação biológica do doador em casos de fertilização heteróloga, garantindo o direito de conhecimento da origem biológica, embora a quebra de sigilo dependa de autorização judicial.

A última ação legislativa referente ao Projeto de Lei nº 1184/2003 e seus apensos ocorreu em 20 de dezembro de 2023, quando a Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC) designou o deputado Diego Garcia (REPUBLIC-PR) como relator.²³⁰

No bojo mais atual se destacam, o PL nº 1287/21 que propõe a substituição dos termos "inseminação artificial" e "fecundação artificial" por "inseminação assistida" e

²²⁸ SIMPLÍCIO, Fernanda de Paula Cananosque. Os projetos de lei sobre reprodução humana assistida no Brasil: uma análise acerca dos principais aspectos jurídicos e normativos. In: CONGRESSO NACIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA (CONIC), 19., 2019, São Paulo. Anais [...]. São Paulo: SEMESP, 2019.

²²⁹ *Ibidem*.

²³⁰ CÂMARA DOS DEPUTADOS. Projeto de Lei nº 1184, de 2003. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao/?idProposicao=118275>>. Acesso em: 5 nov. 2024.

"fecundação assistida" no Código Civil, com o intuito de eliminar a conotação pejorativa associada ao termo "artificial", defendendo o respeito à dignidade humana.²³¹

O Projeto de Lei nº 2.209/24, proposto pelo deputado Marcos Tavares, visa incluir a fertilização in vitro (FIV) no rol de procedimentos oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para casais com dificuldades de fertilidade. Além disso, o projeto propõe alterações nas Leis nº 9.263/96 e 11.664/08, com o objetivo de garantir o acesso a serviços de reprodução assistida.²³²

Por fim, o Projeto de Lei nº 1.508-A/24, da deputada Iza Arruda, propõe alterações nas Leis nº 9.263/96 e 11.664/08, com o objetivo de aprimorar a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida. A proposta visa garantir que o Sistema Único de Saúde (SUS) ofereça acesso oportuno a serviços de reprodução assistida.²³³

Uma esperança nesse cenário controvertido, trata-se do anteprojeto de revisão do Código Civil de 2002, que propôs alterações significativas no tratamento legal da reprodução humana assistida (RHA). Entre as mudanças, destaca-se a reformulação do artigo 1.597, que trata das presunções de filiação, e a inclusão do artigo 1.598-A, abordando a filiação decorrente da RHA.²³⁴

Além disso, foi criado um capítulo no Direito de Família, intitulado "Da filiação decorrente da reprodução humana assistida", abrangendo os artigos 1.629-A a 1.629. Com disposições sobre doação de gametas, cessão temporária de útero, reprodução assistida *post mortem* e consentimento informado, oferecendo uma

²³¹ BRASIL. Projeto de Lei nº 1287/21, de 2021. Altera o Código Civil Brasileiro para substituir as expressões "inseminação artificial", "fecundação artificial" e "concepção artificial" por "inseminação assistida", "fecundação assistida" e "concepção assistida". Câmara dos Deputados, 2021. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/propostas-legislativas/128721>. Acesso em: 21 out. 2024.

²³² BRASIL. Projeto de Lei nº 2.209/24, de 2024. Institui a oferta do procedimento de fertilização in vitro (FIV) no Sistema Único de Saúde (SUS) para casais com dificuldades de fertilidade. Câmara dos Deputados, 2024. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/propostas-legislativas/220924>. Acesso em: 21 out. 2024.

²³³ BRASIL. Projeto de Lei nº 1.508-A/24, de 2024. Altera as Leis nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, e nº 11.664, de 29 de abril de 2008, para aprimorar a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida. Câmara dos Deputados, 2024. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/propostas-legislativas/1508A24>. Acesso em: 21 out. 2024.

²³⁴ Editora FÓRUM. Reprodução humana assistida: o que há de novo no anteprojeto de atualização do Código Civil? Parte 2. Editora FÓRUM, 23 de julho de 2024. Disponível em: <https://editoraforum.com.br/noticias/reproducao-humana-assistida-o-que-ha-de-novo-no-anteprojeto-de-atualizacao-do-codigo-civil-parte-2/>. Acesso em: 21 out. 2024.

estrutura legal mais detalhada e específica sobre o tema.²³⁵ Mesmo, com essa possível posituação no Código Civil, questões fora das relações familiares, ainda estariam descobertas e por essa razão, a necessidade de regulação específica é fundamental.

Em síntese, o atraso na aprovação de legislações sobre reprodução assistida pode ser atribuído, em grande parte, à dificuldade em estabelecer um consenso sobre questões que envolvem dilemas éticos e sociais profundos. Corolário a isso, esse impasse legislativo pode ser interpretado como uma estratégia política implícita, na medida em que a manutenção da falta de consenso proporciona aos profissionais da área de reprodução humana assistida maior margem de liberdade na condução de suas práticas, ao evitar uma regulamentação mais rígida.²³⁶

4.2.2 Destinação de recursos financeiros

As técnicas de reprodução humana assistida, se enquadram na atenção secundária de saúde, também denominado de setor especializado, ou ainda, MAC (Média e alta complexidade). A ausência de uma política pública vigente, sobre o tema acaba por gerar dificuldades no que tange ao acesso as TRA's. Isto porque, como já abordado anteriormente, a Política Nacional de Atenção Integral a Reprodução Humana Assistida (PNAIRHA), teve seu texto original revogado sob a justificativa de escassez de recursos.

E a única Portaria do Ministério da Saúde que tratou do financiamento, a saber, Portaria nº 3.149/2012, estipulou que a destinação dos fundos fosse em parcela única, ainda em uma quantia consideravelmente irrisória. Nesse limiar, se até o setor consolidado da atenção especializada à saúde, enfrenta desafios substanciais, como enormes filas de espera para transplante, marcação de cirurgias, até mesmo realização de consultas com especialidades, no âmbito das TRA's, que se encontram à margem da regulamentação, não seria diferente. Drasticamente, as

²³⁵ *Ibidem*.

²³⁶ MACHIN, Rosana; AUGUSTO, Maria Helena Oliva; MENDOSA, Douglas. Biotecnologias, tecnologias reprodutivas e mercado. In: XXXI Congresso ALAS. Uruguay. 2017. Disponível em: [alas2017.easyplanners.info/opc/tl/0445_rosana_machin.pdf](https://www.alas2017.easyplanners.info/opc/tl/0445_rosana_machin.pdf). Acesso em: 21 de out. 2024

negativas, são pautadas a luz da reserva do possível, numa lógica que os direitos sociais assegurados na Constituição devem ser efetivados, mas na medida em que isso seja financeiramente possível para o poder público.

Sem uma estrutura financeira apropriada, a realização de procedimentos como fertilização in vitro (FIV) e inseminação artificial torna-se um privilégio restrito a uma pequena parcela da população que tem condições de arcar com os elevados custos desses serviços, limitando o acesso de grande parte da população.

Estudos recentes, como o realizado no Rio de Janeiro, indicam que o custo de um procedimento de RHA no SUS é razoavelmente elevado. O custo unitário de procedimentos em centros de alta complexidade, como a fertilização in vitro com injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), gira em torno de R\$ 18.828,00 (dezoito mil, oitocentos e vinte e oito reais) e a inseminação artificial custa cerca de R\$ 5.649,00 (Cinco mil, seiscentos e quarenta e nove reais).

Além disso, o custo total para a implementação e manutenção de um centro de RHA pode chegar a R\$ 16 (dezesseis) milhões no primeiro ano, com a previsão de um aumento anual de até R\$ 18 (dezoito) milhões, considerando as variações econômicas.²³⁷

O descompasso entre a alocação de recursos para a saúde e outras searas é flagrante. A título de comparação, o Tribunal Superior Eleitoral (TSE) anunciou que o Congresso Nacional destinou R\$ 4.961.519.777,00 (Quatro bilhões, novecentos e sessenta e um milhões, quinhentos e dezenove mil, setecentos e setenta e sete reais)²³⁸ para o Fundo Eleitoral deste ano, valor expressivo que foi direcionado para a corrida eleitoral, contrastando com a falta de prioridade em investimentos no setor especializado de saúde.

Tendo como base o orçamento anterior, para construção de um centro de reprodução assistida, se fossem instalados nas 27 unidades federativas, sob o valor de 18 (dezoito) milhões cada, daria um montante de R\$ 486 milhões (quatrocentos e

²³⁷ PORTAL DE BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. SINOPSE Reprod Humana 2Pg 3001. Fiocruz, 2021. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2021/10/SINOPSE_Reprod_Humana_2Pg_3001.pdf. Acesso em: 17 out. 2024.

²³⁸ TRIBUNAL SUPERIOR ELEITORAL (TSE). Saiba quanto cada partido vai receber do total do Fundo Especial de Campanha. Disponível em: <https://www.tse.jus.br/comunicacao/noticias/2024/Junho/saiba-quanto-cada-partido-vai-receber-do-total-do-fundo-especial-de-campanha>>. Acesso em: 23 out. 2024.

oitenta e seis milhões de reais) no total. Ainda sobriam, R\$ 4.475.519.777,00 (quatro bilhões, quatrocentos e setenta e cinco milhões, quinhentos e dezenove mil, setecentos e setenta e sete reais).

Nesse sentido, o conceito de reserva do possível, no Brasil, é na verdade a reserva dos cofres cheios. Assim, esse desajuste revela uma falha crítica no planejamento orçamentário, que não reconhece a saúde reprodutiva como uma prioridade essencial.

4.2.3 Regionalização

De acordo com Fundo de População da ONU, os percalços encontrados para quem sonha em gerar um filho por métodos de reprodução assistida no Brasil, são pautados, sobretudo na baixa renda e na distância de grandes centros. O país tem 77% das clínicas nas regiões sudeste e sul e apenas 6% delas são públicas.²³⁹

A regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) tem como um dos seus principais objetivos a distribuição mais eficiente dos recursos e a melhoria do acesso aos serviços de saúde especializados, como as tecnologias de reprodução assistida.²⁴⁰

No entanto, quando se fala em atenção especializada dentro do SUS, é necessário abordar não apenas a distribuição geográfica dos serviços, mas também a qualidade da assistência oferecida. Ao passo que a criação de regiões específicas dentro do SUS visa otimizar a alocação de recursos nos procedimentos de alta complexidade em determinados centros especializados, ao mesmo tempo, ela pode resultar na exclusão de uma parcela significativa da população, especialmente aquelas localizadas em áreas mais distantes ou menos desenvolvidas.

Ao perfazer uma leitura de Haesbaert, a regionalização, ao organizar o espaço em áreas funcionais, permite que determinadas regiões ou municípios se especializem

²³⁹ NAÇÕES UNIDAS. Novo estudo ilustra desafios da reprodução assistida no Brasil. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2024/03/1828902>. Acesso em: 21 out. 2024.

²⁴⁰ SILVA, Eneida de Oliveira; GERSCHMAN, Sílvia. Regionalização e Redes de Atenção à Saúde no Brasil: Desafios da Implementação de um Modelo Integrado. Ciência & Saúde Coletiva, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/jj/csc/a/Vk9nKfBvDtrQyQJzpGyxNz9>>. Acesso em: 24 de out. 2024

em serviços específicos, garantindo a centralização de tecnologias caras e complexas em locais estratégicos, como grandes centros urbanos ou hospitais universitários.²⁴¹ Nesse sentido, a ideia é que, em vez de cada município tentar implantar toda uma gama de serviços, a especialização permite que os recursos sejam mais bem utilizados, reduzindo custos e aumentando a eficiência.²⁴²

Todavia, essa regionalização pode acentuar disparidades no acesso, como no caso da reprodução assistida, onde a maioria dos centros de atendimento está concentrada nas regiões Sudeste e Sul do Brasil, deixando a região Norte desassistida e Centro-Oeste com um número reduzido de serviços especializados. Dos 11 centros públicos disponíveis, 5 estão situados na região Sudeste, sendo 4 no estado de São Paulo, com 3 na capital paulista. Outros dois estão localizados em Porto Alegre. Os serviços restantes estão distribuídos entre Brasília, Goiânia, Natal e Pernambuco, sendo que 7 deles estão instalados em Hospitais Universitários.²⁴³

A falta de uma rede mais distribuída e a concentração de centros e hospitais especializados em grandes centros urbanos resultam em enormes desafios logísticos para a população de outras regiões. Muitos pacientes se veem obrigados a viajar longas distâncias para acessar tratamentos especializados, o que implica custos adicionais, além da dificuldade de acesso em termos de tempo e disponibilidade.

Diante do exposto, surge o TFD que significa Tratamento Fora de Domicílio, um aparato público que visa promover o tratamento de média e alta complexidade a pacientes acometidas de enfermidades não tratáveis no município ou Estado de origem. Para a sua viabilidade é preciso observar critérios presentes na Portaria nº 55/1999, do Ministério da Saúde, quais sejam, a) esgotamento dos meios de tratamento disponíveis no Município; b) paciente atendido exclusivamente na rede pública ou conveniada ao SUS; c) garantia de atendimento na unidade de referência,

²⁴¹ HAESBAERT, R. Morte e vida da região: antigos paradigmas e novas perspectivas da geografia regional. In: SPÓSITO, E. S. (Org.). Produção do espaço e redefinições regionais: a construção de uma temática. Presidente Prudente: UNESP: GASPERR, 2005. p. 9-33.

²⁴² *Ibidem*.

²⁴³ SBT News. BRASIL TEM SOMENTE 11 CLÍNICAS PÚBLICAS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA, DIZ ESTUDO DA ONU. Disponível em: <<https://sbtnews.sbt.com.br/noticia/saude/brasil-tem-so-11-clinicas-publicas-de-reproducao-assistida-diz-estudo-da-onu>>. Acesso em: 23 out. 2024.

com dia e horário previamente agendado.²⁴⁴ A seguir, será abordado dois casos em que restou configurado o tratamento pelas técnicas de reprodução humana assistida fora do âmbito domiciliar.

Renata Wenceslau Monteiro, após sofrer dois abortos espontâneos e necessitar da remoção das trompas de falópio, se viu na necessidade de buscar um serviço de fertilização in vitro (FIV) oferecido pelo SUS. Para isso, enfrentou uma série de obstáculos burocráticos e precisou se deslocar até o Hospital Pérola Byington, em São Paulo, que é referência na área. Graças ao tratamento, ela conseguiu engravidar e, hoje, é mãe de Alice Catarina.²⁴⁵

Paula da Costa, diagnosticada com infertilidade de origem tubária, lutou por anos para obter o direito à fertilização in vitro (FIV) pelo SUS. Em setembro de 2019, ela conseguiu uma decisão judicial favorável, mas foi informada de que teria que realizar o procedimento no Rio Grande do Norte, pois o Ceará não oferece o serviço pelo SUS.²⁴⁶

Pacientes, como o caso de Renata e Paula, ilustram como a concentração de centros especializados pode transformar o direito à saúde em um privilégio de quem reside nas regiões com maior oferta de serviços, e assim, comprometer a equidade no atendimento.

Portanto, embora a especialização com o fenômeno da regionalização permita que os profissionais se concentrem em técnicas mais avançadas, como a criopreservação de óvulos ou fertilização in vitro, ela também pode resultar em uma sobrecarga dessas unidades, dificultando o acesso oportuno aos tratamentos para a população local. Essa sobrecarga, aliada à escassez de recursos humanos impacta na qualidade da assistência prestada, comprometendo os resultados e gerando longas filas de espera.

²⁴⁴ CENTRO DE FERTILIDADE. A reprodução assistida e o SUS (Sistema Único de Saúde). Disponível em: <<https://centrodefertilidade.com.br/a-reproducao-assistida-e-o-sus-sistema-unico-de-saude/>>. Acesso em: 23 out. 2024.

²⁴⁵ AGÊNCIA BRASIL. Sus pode ser esperança para mulheres que sonham ser mães: - Os centros de reprodução humana assistida. Agência Brasil, 2023. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2023-05/sus-pode-ser-esperanca-para-mulheres-que-sonham-ser-maes>>. Acesso em: 22 out. 2024.

²⁴⁶ DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO CEARÁ. Mulher obtém na Justiça direito à fertilização pelo SUS, mas terá que fazer o procedimento em outro estado. Disponível em: <<https://www.defensoria.ce.def.br/noticia/mulher-obtem-na-justica-direito-a-fertilizacao-pelo-sus-mas-tera-que-fazer-o-procedimento-em-outro-estado/>>. Acesso em: 24 out. 2024.

5 JUDICIALIZAÇÃO DA REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA

5.1 O FENÔMENO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

As Revoluções Gloriosa, Americana e Francesa desempenharam um papel crucial ao consagrar os Direitos Humanos como liberdades públicas.²⁴⁷ No decorrer do século XIX, impulsionados pelos movimentos sociais, observou-se a inclusão dos direitos prestacionais nas Constituições do Estado Social, os quais foram posteriormente ampliados no âmbito do Estado Democrático.²⁴⁸

Com as transformações vivenciadas pós Segunda Guerra Mundial e a derrocada do totalitarismo, o ideal de um Estado Democrático de Direito fundado na justiça social e na equidade voltado a reconhecer as necessidades dos governados, não mais a dos governantes ganhou contornos expressivos. O marco da era dos direitos fundamentais foi estabelecido a partir da promulgação da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH)²⁴⁹ em 1948 quando os direitos individuais e coletivos despontaram como uma verdadeira bússola para a criação das democracias, ao fundamentar um compromisso com a proteção da dignidade humana em um contexto de reconstrução e esperança.

No Brasil, a única constituição que estabeleceu a saúde como um dever do Estado foi a nossa Carta Magna de 1988.²⁵⁰ Antes o acesso à saúde era limitado e desigual. O sistema de saúde pública era principalmente voltado para aqueles que

²⁴⁷ HORN, Norbert. Introdução à Ciência do Direito e à Filosofia Jurídica. Tradução de Elisete Antoniuk. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, p. 13, 2005.

²⁴⁸ SARLET, Ingo Wolfgang; MARINONI, Luis Guilherme; MITIDIERO, Daniel. Curso de Direito Constitucional. 6ª ed. São Paulo: Saraiva, p. 343, 2017.

²⁴⁹ CADEMARTORI, L. H. U.; GRUBBA, L. S. O embasamento dos direitos humanos e sua relação com os direitos fundamentais a partir do diálogo garantista com a teoria da reinvenção dos direitos humanos. **Revista Direito GV**, v. 8, n. 2, p. 703–724, dez. 2012.

²⁵⁰ DELDUQUE, Maria Célia. **Saúde: um direito e um dever de todos**. Bol. *Saúde*, Porto Alegre, v. 24, n. 2, p. 93-97, jul./dez. 2010.

contribuíam para a Previdência Social, ou seja, trabalhadores formais com carteira assinada.²⁵¹

Esse sistema era gerido pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), criado em 1977.²⁵² Tal inclusão foi significativa, pois substituiu um modelo de sistema de saúde que se baseava principalmente no princípio contributivo, característico de um regime mais restritivo e elitista, por um modelo de acesso universal e gratuito.

A nova perspectiva enfatiza a saúde como um direito fundamental, que deve ser garantido pelo Estado a todos os indivíduos, independentemente de sua condição socioeconômica. Apesar do avanço na matéria e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), melhor do que garantir por meio de uma norma constitucional e legislação federal seria ideal promover a sua aplicabilidade no cotidiano.

Para Renato Luís Dresch²⁵³ o Estado brasileiro ainda não logra êxito na plenitude do acesso ao tratamento integral à saúde, resultando em um crescimento acentuado das demandas judiciais. Desta forma, a população recorre ao Judiciário na tentativa de obter tratamentos, internações, exames e medicamentos que lhe são frequentemente negados por vias administrativas.

Neste contexto, surge o fenômeno da Judicialização que é evidenciado quando há uma falha prestacional por entes do poder público no desempenho de determinadas atividades que são de suas competências originárias. Principalmente por envolver direitos ou garantias fundamentais que de alguma forma foram negligenciados e assim, demandados perante o judiciário na tentativa de se reestabelecer esses direitos ou fazer cumprir o texto legal.

Em síntese, decorre da transferência de decisões dos Poderes Executivo e Legislativo para magistrados, para que possam efetivar políticas públicas e revisar normas democráticas.²⁵⁴

²⁵¹ MACHADO, Rafael. Antes Do SUS. Portal Drauzio Varella. 2018. Disponível em: <<https://drauziovarella.uol.com.br/saude-publica/antes-do-sus/>>.

²⁵² *Ibidem*

²⁵³ DRESCH, Renato Luís. **O acesso à saúde pública e a eficácia das normas de regulação do SUS**. In: CONASS. *Para entender a gestão do SUS*. 2015. Direito à saúde

²⁵⁴ VIEIRA, J. R.; CAMARGO, M. M. L.; SILVA, A. G. da. O Supremo Tribunal Federal como arquiteto institucional: a judicialização da política e o ativismo judicial. *Versus: Revista de Ciências Sociais aplicadas do CCJE*, v. 1, n. 2, p. 76–84, 2009.

A judicialização, segundo Barroso²⁵⁵, ocorre quando:

(...) algumas questões de larga repercussão política ou social estão sendo decididas por órgãos do Poder Judiciário, e não pelas instâncias políticas tradicionais: o Congresso nacional e o Poder Executivo.(...), a judicialização envolve uma transferência de poder para juízes e tribunais, com alterações significativas na linguagem, na argumentação e no modo de participação da sociedade (...) a judicialização é um fato, uma circunstância que decorre do modelo constitucional que se adotou,(...) o Judiciário decidiu porque era o que lhe cabia fazer, sem alternativa.

A priori é válido destacar a distinção entre judicialização de determinados direitos e o ativismo judicial. Nesse sentido, enquanto a primeira é uma consequência da expansão de competência constitucional do judiciário na busca de assegurar direitos prestacionais previstos, o ativismo é entendido como o exercício inconstitucional da jurisdição, no qual o poder judiciário invade a competência dos demais poderes, em abuso de função, substituindo a seara pública²⁵⁶.

Não se pode negar o fato de que em determinados casos a justiça é a única forma de garantir uma resposta mais célere e eficaz a precarização da saúde coletiva. Este fato pode ser evidenciado com a constante concessão de liminares fundamentadas na urgência/emergência de caso a caso, na tentativa de mitigar que o usuário do SUS sofra com algum dano irreversível pela demora da prestação.²⁵⁷

A judicialização da saúde levanta preocupações sobre a qualidade dos serviços prestados pelo SUS. Fleury²⁵⁸ ressalta que o uso do Judiciário para garantir o direito à saúde expõe falhas na prestação de serviços, especialmente diante da imprevisibilidade orçamentária. Bittencourt²⁵⁹ destaca que, ao favorecer o

²⁵⁵ BARROSO, L. R. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros. Revista da Procuradoria Geral do Estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, v. 31, n. 66, p. 89-114, 2007.

²⁵⁶ DOS ANJOS, Pedro Germano; TORRES, Beatriz Mota; LARCHET, Luiza Vieira. JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL. *Diké-Revista Jurídica*, v. 22, n. 23, p. 160-189, 2023.

²⁵⁷ TRAVASSOS, Denise Vieira. et al. Judicialização da Saúde: um estudo de caso de três tribunais brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 11, p. 3419–3429, nov. 2013

²⁵⁸ FLEURY, Sônia. Judicialização pode salvar o SUS. *Saúde em debate*, v. 36, n. 93, p. 159-162, 2012.

²⁵⁹ BITTENCOURT, Guaraci Bragança. O “Estado da Arte” da produção acadêmica sobre o fenômeno da judicialização da saúde no Brasil. *CADERNOS IBERO-AMERICANOS DE DIREITO SANITÁRIO*, v. 5, n. 1, p. 102-121, 2016.

demandante, o Judiciário impõe aos gestores do executivo a responsabilidade de resolver essas lacunas com objetividade.

Conforme relatório do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) a judicialização da saúde no Brasil tem crescido significativamente nos últimos anos. Entre 2015 e 2020, foram registrados mais de 2,5 milhões de processos relacionados à saúde.²⁶⁰ Em 2023, verificou-se um acréscimo de 20% em comparação ao ano anterior, totalizando 565 mil novas ações judiciais pertinentes à matéria.²⁶¹

Os principais fatores que fomentam a judicialização incluem o desabastecimento de medicamentos, a escassez de especialistas e questões inerentes ao fornecimento de tratamentos médicos e hospitalares. Embora o processo de judicialização tenha começado de forma coletiva no país, o que se observa atualmente é que o cidadão tem buscado de forma individual garantir seu direito à saúde²⁶². De acordo com bases de dados do CNJ a preponderância das ações é de natureza individual, com mais de 95% das decisões judiciais versando sobre processos desse gênero.²⁶³

Em contrapartida, o argumento mais corriqueiro para justificar essas lacunas é pautado pelos princípios da razoabilidade e reserva do possível, este último, por sua vez, consiste na máxima alemã - “*Vorbehalt des Möglichen*” - de que a efetivação dos direitos sociais depende da capacidade financeira do Estado. Em outras palavras, o Estado deve garantir esses direitos na medida em que isso seja financeiramente viável.

Ricardo Lobo Torres²⁶⁴, por sua vez, argumenta que houve uma distorção do sentido original desse conceito ao ser trazido para o Brasil, afirmando que a aplicação da reserva do possível na realidade brasileira é inviável ao aduzir que:

²⁶⁰ CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Judicialização e saúde: ações para acesso à saúde pública de qualidade. Brasília: CNJ, 2021. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.

²⁶¹ AMADO, Guilherme. Judicialização na saúde aumentou em 20% em um ano, diz CNJ. Metrôpoles. Data de publicação: 12/08/2024. Disponível em: <https://www.metropoles.com/colunas/guilherme-amado/judicializacao-na-saude-aumentou-em-20-em-um-ano-diz-cnj> Acesso em: 11 de setembro de 2024

²⁶² TRAVASSOS, Denise Vieira. et al. Judicialização da Saúde: um estudo de caso de três tribunais brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 11, p. 3419–3429, nov. 2013

²⁶³ CAMIMURA, Lenir. Dados processuais de saúde podem ser monitorados em painel do CNJ. Agência CNJ de notícias. Data de publicação: 26/08/2022. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/dados-processuais-de-saude-podem-ser-monitorados-em-painel-do-cnj/> Acesso em: 11 de setembro de 2024.

²⁶⁴ TORRES, Ricardo Lobo. O direito ao mínimo existencial. Rio de Janeiro: Renovar. p. 110, 2009.

“[...] passou a ser fática, ou seja, possibilidade de adjudicação de direitos prestacionais se houver disponibilidade financeira, que pode compreender a existência de dinheiro somente na caixa do Tesouro, ainda que destinado a outras dotações orçamentárias! Como o dinheiro público é inesgotável, pois o Estado sempre pode extrair mais recursos da sociedade, segue-se que há permanentemente a possibilidade fática de garantia de direitos, inclusive na via do sequestro da renda pública! Em outras palavras faticamente é impossível a tal reserva do possível fática!

Na mesma linha de raciocínio, José Joaquim Gomes Canotilho²⁶⁵ também tece críticas ao conceito de reserva do possível, asseverando que:

Rapidamente se aderiu à construção dogmática da reserva do possível (*Vorbehalt des Möglichen*) para traduzir a ideia de que os direitos sociais só existem quando e enquanto existir dinheiro nos cofres públicos. Um direito social sob 'reserva dos cofres cheios' equivale, na prática, a nenhuma vinculação jurídica.

Isso significa que, no Brasil, a concretização dos direitos sociais fundamentais depende da real disponibilidade orçamentária do Estado. Em outras palavras, mesmo que um direito seja garantido constitucionalmente, este só poderia ser efetivamente implementado se houver recursos financeiros suficientes para isso. Interpretação equivocada, pois pode limitar a efetivação de direitos fundamentais, especialmente em tempos de restrições orçamentárias.

Com efeito, além de abarrotar o sistema judiciário, expõe problemas para lá de estruturais, a exemplo do desvio de verbas públicas, a mal alocação desses recursos e a ingerência administrativa.

Por fim, Valle²⁶⁶ sustenta que a prestação jurisdicional, em vez de ser apenas um indicador do mau funcionamento das instituições democráticas, pode se configurar como uma oportunidade para impactar a agenda política. Nesse contexto, as decisões do Judiciário podem catalisar mudanças sociais, especialmente na defesa de direitos que ainda carecem de voz na comunidade.

²⁶⁵ CANOTILHO, José Joaquim Gomes. *Direito constitucional e teoria da Constituição*. 7. ed. Coimbra: Almedina, p. 481, 2004.

²⁶⁶ VALLE, V.R. *Políticas Públicas, Direitos Fundamentais e Controle Social*. Belo Horizonte: Fórum, 2009.

5.1.1 Reprodução Humana assistida como um direito à saúde reprodutiva

Consideradas essas observações iniciais a despeito da judicialização da saúde, ressalta-se o aumento considerável de demandas por intervenções judiciais a fim de dirimir questões relacionadas à reprodução humana assistida, uma vez que a ausência de uma regulamentação específica por meio de Lei Federal propicia discussões de relevância jurídica.

Sob a perspectiva de Maués²⁶⁷ muito se deve ao fato de compreender o conceito de saúde além da sua percepção originária de estar bem ou acometido de alguma enfermidade. Nesse viés, seria perfazer uma interpretação extensiva para abranger todos os campos da vida do indivíduo, este por sua vez assevera que:

A amplitude com que as demandas por saúde são judicializadas deve-se, em parte, à própria conceituação de saúde, que, segundo a Organização Mundial da Saúde, constitui “um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”. A partir dessa definição, destacam-se dois aspectos do direito à saúde: em primeiro lugar, ele abrange potencialmente todas as situações da vida humana em que o bem-estar do indivíduo deva ser garantido; em segundo lugar, o direito à saúde tem um componente maximalista, pois quanto maiores forem os patamares sociais de bem-estar, mais exigências poderão ser feitas aos poderes públicos em seu nome. Essa visão também inspira o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, que dispõe, em seu art. 12.1, que: “Os Estados Partes do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa desfrutar do mais elevado nível possível de saúde física e mental”.

A saúde reprodutiva, consagrada como um direito de todos na Constituição Brasileira, impõe ao Estado a responsabilidade de propiciar a promoção às técnicas de reprodução assistida, conforme preceitua a Lei nº 9.263/96 e o artigo 226, § 7º da

²⁶⁷ MAUÉS, Antonio Moreira. Problemas da Judicialização do Direito à Saúde no Brasil. In: SCAFF, F. F.; ROMBOLI, R.; REVENGA, M. (Org.). Problemi e prospettive in tema di tutela costituzionale dei diritti sociali. Prima giornata internazionale di diritto costituzionale Brasile-Spagna-Italia. 1ed.Milano: Giuffrè, 2009, v., p. 257-273.

Constituição Federal de 1988, que reconhece o planejamento familiar como um direito universal dos cidadãos.²⁶⁸

A garantia aos serviços de reprodução assistida se configura como uma extensão dos direitos reprodutivos e sexuais, garantindo que os brasileiros possam exercer a autonomia sobre decisões pertinentes à maternidade e à paternidade, incluindo a escolha do momento e do número de filhos que desejam ter.²⁶⁹

Para que o direito ao planejamento familiar seja plenamente exercido, é imprescindível a disponibilização do mais variados métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente reconhecidos, desde que não comprometam a saúde e a vida dos indivíduos, é o teor do art. 9º da Lei nº 9.263/96.²⁷⁰ Anna Beraldo²⁷¹ esclarece que:

Apesar das mudanças comportamentais, o sonho de reforçar a união, aumentando a nova família, transmitindo os próprios genes e vivendo a experiência da gestação sempre esteve presente de maneira bastante intensa na sociedade. De modo geral, o desejo de ter filhos é inato ao homem.

No entanto, estudos comprovam que nem sempre o sonho de formar uma família é concretizado, como já relatado anteriormente, o recente relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) revela que cerca de 17,5% da população adulta ou 1 em cada 6 pessoas no mundo lida com a infertilidade, o que ressalta a necessidade urgente de melhorar o acesso a serviços de saúde de qualidade e a preços acessíveis.²⁷² A infertilidade é uma doença do sistema reprodutor masculino ou

²⁶⁸ PIOVESAN, Flávia. Direitos reprodutivos e a Constituição Brasileira de 1988. *Revista de Direito Constitucional e Internacional*, v. 26, n. 102, 2018, p. 45-60.

²⁶⁹ ARAÚJO, J. P. M. de; ARAÚJO, C. H. M. de. Biodireito e legislação na reprodução assistida. *Medicina (Ribeirão Preto)*, v. 51, n. 3, p. 217-235, 2018. Disponível em: Revistas USP. Acesso em: 21 set. 2024

²⁷⁰ BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 jan. 1996. Seção 1, p. 12.

²⁷¹ BERALDO, Anna De Moraes Salles. Reprodução Humana assistida e sua aplicação post mortem. [S.l.]. Editora LumenJuris, p. 24, 2012.

²⁷² ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. OMS alerta que 1 em cada 6 pessoas é afetada pela infertilidade em todo o mundo. 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/4-4-2023-oms-alerta-que-1-em-cada-6-pessoas-e-afetada-pela-infertilidade-em-todo-mundo>. Acesso em: 25 set. 2024.

feminino, definida pela incapacidade de conceber uma gravidez após 12 meses ou mais de relações sexuais regulares desprotegidas.²⁷³

Tedros Adhanom Ghebreyesus²⁷⁴, diretor-geral da OMS, destaca a urgência de ampliar o acesso aos serviços de fertilidade, enfatizando que a questão não deve ser negligenciada nas políticas de saúde, para que todos que desejam ter filhos possam contar com opções seguras e acessíveis.

Pascale Allotey²⁷⁵, diretora do Departamento de Pesquisa e Saúde Sexual e Reprodutiva da OMS enfatiza que:

"Milhões de pessoas enfrentam despesas catastróficas para tratar a infertilidade, tornando esta questão uma importante questão de equidade e, muitas vezes, uma armadilha da pobreza. Melhores políticas e financiamento público facilitariam muito o acesso ao tratamento e poderiam proteger as famílias mais desfavorecidas de cair na pobreza".

Beltrão²⁷⁶ destaca que a infertilidade se refere à dificuldade de concepção, caracterizando-se como um obstáculo reversível à procriação, incluindo métodos não tradicionais, como a reprodução assistida. Diferentemente da esterilidade, que é a incapacidade irreversível de gerar filhos, a infertilidade pode afetar tanto homens quanto mulheres.

Importa salientar que além da infertilidade, há outras causas que ensejam a procura de tais artifícios para a plenitude do desejo de sedimentar laços familiares tais como: pessoas solteiras, casais homoafetivos, dentre outros. Ademais, com os avanços tecnológicos no ramo da medicina fora constatado um salto na procura de procedimentos que visem a preservação da fertilidade, isso se deve a nova conjectura vivenciada, na qual as mulheres tendem a estruturar a carreira profissional antes da maternidade.²⁷⁷

²⁷³ *Ibidem.*

²⁷⁴ *Ibidem.*

²⁷⁵ *Ibidem.*

²⁷⁶ BELTRÃO, Silvio Romero. Reprodução Humana assistida. Disponível em: http://repositorio.ufpe.br/bitstream/handle/123456789/3775/arquivo402_1.pdf?sequence=1. Recife, p. 28, 2002 Acesso em: 22 de set. 2024.

²⁷⁷ LOPES, A. Parentalidade e carreira científica: o impacto não é o mesmo para todos. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 31, n. 2, 2022.

A busca por técnicas de reprodução assistida em consideráveis casos é a única forma de realização do planejamento familiar. Segundo Maria Helena Diniz²⁷⁸ a RHA:

(...) tem o papel de auxiliar na resolução dos problemas de infertilidade humana, facilitando o processo de procriação, quando outras terapêuticas tenham sido ineficazes para a solução da situação atual da infertilidade (...), devolvendo ao homem e à mulher o direito à descendência (...) essa nova técnica para criação do ser humano em laboratório, mediante a manipulação dos componentes genéticos da fecundação, com o escopo de satisfazer o direito à descendência, o desejo de procriar de terminados casais estéreis e a vontade de fazer nascer homens no momento em que quiser (...)

Contudo, a onerosidade dessas intervenções impede o acesso de uma parcela significativa da população, o que revela disparidades. Embora o Sistema Único de Saúde (SUS) aspire à universalização do acesso à saúde, com uma tímida Política Nacional de Atenção Integral a Reprodução Humana Assistida, a oferta desses tratamentos é insuficiente e desigualmente distribuída, sem disponibilidade em todas as suas unidades.

A título de exemplo, apenas os Estados de Minas Gerais, São Paulo, Rio Grande do Sul, Pernambuco e Distrito Federal oferecem o tratamento de fertilização in vitro pelo Sistema Único de Saúde.²⁷⁹ Quando disponíveis, a limitação nos recursos resulta em filas de espera que perduram por anos, o que evidencia uma deficiência na execução das políticas públicas. Assim, é evidente que existem desafios expressivos para garantir que todos os cidadãos tenham acesso igualitário a esses procedimentos.

É necessário considerar as desigualdades regionais, as limitações orçamentárias e a interpretação dos direitos à saúde e à dignidade humana. Indaga-se: Como as normas constitucionais e as políticas de saúde pública podem ser aprimoradas para assegurar que a reprodução assistida esteja disponível a todos, independentemente de suas condições socioeconômicas ou localização geográfica? A resposta para

²⁷⁸ DINIZ, Maria Helena. O Estudo Atual do Biodireito. São Paulo: Saraiva, p. 498, 2017

²⁷⁹ GUIMARÃES, Luis Gustavo. A reprodução assistida e o SUS – Sistema Único de Saúde. Disponível em: <https://centrodefertilidade.com.br/questoes-juridicas/a-reproducao-assistida-e-o-sus-sistema-unico-de-saude/>. Acesso em: 22 set. 2024.

esse questionamento envolve a mobilização de vários atores sociais, a começar pelo legislativo.

5.2 ANÁLISE DA JURISPRUDÊNCIA

Nos últimos anos, a reprodução assistida no Brasil emergiu como uma esfera relevante na área da saúde, refletindo as mudanças sociais e a crescente demanda por direitos reprodutivos. Diante desse panorama, mulheres e casais tem recorrido ao judiciário para assegurar o acesso à fertilização *in vitro*, seja por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), seja através de planos de saúde.

O acionamento judicial, revela a premente necessidade da disponibilização a tratamentos de fertilidade, a investigação desse fenômeno é imprescindível para a compreensão das intersecções entre saúde, direito e cidadania. Embora certos tribunais estaduais tenham emitido deliberações positivas em relação ao acesso, a jurisprudência tende a ser negativa²⁸⁰.

Hoje, a principal fonte de gozo dos procedimentos de RHA está centralizada no setor privado, estudos do SisEmbrío/ANVISA e da Rede Latino-Americana de Reprodução Assistida (REDLARA), o Brasil conta com 192 clínicas especializadas em reprodução assistida, das quais 181 (94%) são de natureza privada e 11 (6%) de caráter público.²⁸¹

Os pedidos de tutela jurisdicional relacionados ao tratamento de reprodução assistida na rede privada junto aos planos de saúde, para a obtenção de cobertura da técnica de fertilização *in vitro*, em sua maioria são fundamentados no conceito de planejamento familiar, que inclui essa técnica conforme disposto no artigo 35-C, inciso III, da Lei nº 9.656 (Lei dos Planos de Saúde).²⁸² Como sinalizado no julgado abaixo do TJDFT:

²⁸⁰ UNFPA Brasil. Reprodução assistida e direitos: panorama, desafios e recomendações para políticas públicas no Brasil. Brasília: UNFPA, 2024. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/reproducao-assistida-e-direitos-panorama-desafios-e-recomendacoes-para-politicas>. Acesso em: 22 set. 2024.

²⁸¹ *Ibidem*.

²⁸² MOÁS, Luciane da Costa et al.. LIMITES NORMATIVOS E DECISÕES JUDICIAIS SOBRE O ACESSO À REPRODUÇÃO ASSISTIDA NO BRASIL. In: Anais da VIII Reunião Anual de Iniciação Científica (RAIC 2020) e II Reunião Anual de Iniciação em Inovação e Desenvolvimento Tecnológico

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO COMINATÓRIA. FERTILIZAÇÃO IN VITRO. MÉTODO DE CONCEPÇÃO INSERIDO NO CONCEITO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR. PLANO DE SAÚDE. COBERTURA OBRIGATÓRIA. SAÚDE SUPLEMENTAR. PREVISÃO LEGAL. REGULAMENTAÇÃO DA ANS. NORMATIVA DE HIERARQUIA INFERIOR. CLÁUSULA CONTRATUAL DE EXCLUSÃO DE COBERTURA. ABUSIVIDADE. SENTENÇA MANTIDA. 1. Todos os métodos e técnicas de concepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida estão incluídos no conceito de planejamento familiar (Lei n. 9.263/96, art. 9º). 2. A fertilização in vitro, sendo método de concepção cientificamente aceito, inclui-se no conceito de planejamento familiar. 3. **As instituições de saúde suplementar são regidas pela Lei n. 9.656/98, que estabelece como obrigatória a cobertura do atendimento nos casos de planejamento familiar (art. 35-C)**; 4. A regulamentação da Agência Nacional de Saúde não pode suprimir direitos garantidos por lei, por ser ato normativo de hierarquia inferior. 5. É abusiva a cláusula contratual para seguro ou plano de saúde que prevê a exclusão de cobertura para tratamento de infertilidade. 6. Recurso desprovido. **(grifo nosso).**²⁸³

Para um levantamento metodológico a fim de embasar esta análise, selecionei três plataformas de acesso a julgados brasileiros, quais sejam: Pesquisa de Jurisprudência do STJ²⁸⁴, Jurisprudência Unificada do Conselho da Justiça Federal (CJF)²⁸⁵ e Jusbrasil²⁸⁶. Neste último, ao empregar palavras-chaves como “plano de saúde” e “fertilização *in vitro*” sem utilizar nenhum filtro temporal, foram obtidos cerca de 6.452 (seis mil quatrocentos e cinquenta e dois) resultados presentes em ações judiciais. Entre 2021 e 2023 constatou-se 669 (seiscentos e sessenta e nove) litígios relacionados aos termos destacados.

A queda do número no período assinalado, pode ser justificada com a publicação do Tema Repetitivo de nº 1067 pelo STJ no dia 13 de outubro de 2021 que firmou o

(RAIDTEC 2020). Anais...(RJ) UFRRJ, 2020. Disponível em: <https://www.even3.com.br/anais/VIIIraic2020/382483-LIMITES-NORMATIVOS-E-DECIISOES-JUDICIAIS-SOBRE-O-ACESSO-A-REPRODUCAO-ASSISTIDA-NO-BRASIL>. Acesso em: 26/09/2024

²⁸³ BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. Apelação Cível n. 0708403-55.2018.8.07.0020. Relator: Josapha Francisco dos Santos. Julgado em: 19 jun. 2019. 5ª Turma Cível. Publicado no DJE: 28 jun. 2019.

²⁸⁴ SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Sistema de Consulta de Processos. Disponível em: <https://processo.stj.jus.br/SCON/>. Acesso em: 24 set. 2024.

²⁸⁵ CONSELHO DA JUSTIÇA FEDERAL. Jurisprudência Unificada. Disponível em: <https://www2.cjf.jus.br/jurisprudencia/unificada/>. Acesso em: 24 set. 2024.

²⁸⁶ JUSBRASIL. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br>. Acesso em: 24 set. 2024.

entendimento que: “Salvo disposição contratual expressa, os planos de saúde não são obrigados a custear o tratamento médico de fertilização in vitro.”²⁸⁷

Na ocasião, o Ministro Moura Ribeiro²⁸⁸ destacou que, independentemente da causa da infertilidade, os planos de saúde devem cobrir o tratamento. Afirmou que operadoras não podem excluir doenças previstas na classificação internacional, incluindo as relacionadas à infertilidade. Apenas Paulo de Tarso Sanseverino apoiou o voto divergente, que foi vencido.

Antes da publicação do Tema Repetitivo, os pedidos eram negados com base no rol de procedimentos cobertos pelos planos, estipulados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que deixa de fora tanto a FIV como a Inseminação Artificial. Em boa parte das ações os planos de saúde saíram vitoriosos no sentido de não arcar com esses métodos. A respeito da reprodução assistida e sua cobertura pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a jurisprudência também não é nada animadora. Numa pesquisa realizada por Natália Patrício²⁸⁹ foi evidenciado que dos três Agravos em Recurso Especial (objeto teórico do estudo) apreciados pelo STJ, relacionados à fertilização in vitro custeada pelo Estado do Rio de Janeiro, todos tiveram o pleito de concessão denegado.

No Agravo em Recurso Especial nº 668336 (2016)²⁹⁰, relatado pela Ministra Assusete Magalhães, a parte autora solicitou que o Estado do Rio de Janeiro custeasse a fertilização in vitro em unidades do SUS ou em hospitais particulares.

A decisão inicial foi reformada, reconhecendo a hipossuficiência da autora e a recomendação do procedimento pelo setor de reprodução humana da Universidade Federal do Rio de Janeiro, argumentando que a procriação é essencial para a dignidade humana e o planejamento familiar. Contudo, a relatora não aceitou o

²⁸⁷ SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Temas Repetitivos. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/repetitivos/temas_repetitivos/pesquisa.jsp?novaConsulta=true&tipo_pesquisa=T&cod_tema_inicial=1067&cod_tema_final=1067. Acesso em: 24 set. 2024.

²⁸⁸ INSTITUTO BRASILEIRO DE DIREITO DE FAMÍLIA (IBDFAM). Planos de saúde não são obrigados a custear fertilização in vitro, decide STJ. Disponível em: <https://ibdfam.org.br/noticias/9011/Planos+de+saúde+não+são+obrigados+a+custear+fertilização+in+vitro%2C+decide+STJ>. Acesso em: 24 set. 2024.

²⁸⁹ PATRÍCIO, Natália Rita Martins. Judicialização da reprodução assistida. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Direito) — Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Direito, Juiz de Fora, 2018.

²⁹⁰ Superior Tribunal de Justiça. Agravo em recurso especial AREsp nº 668336. Agravante: Estado do Rio de Janeiro. Agravada: Jociane Alves, Cleiton José Correia de Paula. Relatora Ministra Assusete Magalhães, Brasília, 14, jun. 2016

agravo, afirmando que a questão do planejamento familiar é constitucional e sua análise pelo Superior Tribunal de Justiça seria uma usurpação de competência.

Em outro caso, o Agravo em Recurso Especial nº 409498 (2013)²⁹¹, a Ministra Eliana Calmon admitiu o recurso, mas negou o pedido de fertilização in vitro custeada pelo Estado, argumentando que, embora o desejo de constituir uma família seja legítimo, seria elastecer em demasia o conceito jurídico-constitucional de saúde, tendo em vista que o procedimento almejado não é essencial para a manutenção desta.

Por fim, no Agravo nº 263380 (2012)²⁹², o Ministro Mauro Campbell Marques reconheceu o agravo interposto pelo Estado do Rio de Janeiro, ao destacar a obrigação do Estado em garantir a dignidade humana e os direitos à vida, felicidade e planejamento familiar, mesmo denegando seguimento ao recurso especial.

No âmbito dos tribunais o entendimento não é diferente, em que pese seja encontrada uma ou outra decisão favorável, majoritariamente julga-se em favor da inviabilidade. O que pode ser evidenciado com o seguinte julgado do TRF-1 de Relatoria da Desembargadora Federal Daniele Maranhão:

CONSTITUCIONAL E ADMINISTRATIVO. DIREITO À SAÚDE. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO DE ALTO CUSTO. MEDICAMENTO NÃO CONSTANTE DAS LISTAS DO SUS. INFERTILIDADE. CUSTEIO DE TRATAMENTO DE FERTILIZAÇÃO IN VITRO. SENTENÇA MANTIDA. 1. Incumbe ao Estado a garantia do direito à saúde, assegurado constitucionalmente, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção e proteção desse direito (art. 196 da Constituição Federal de 1988). **2. Ainda que o Estado tenha o dever de fornecer meios que assegurem o direito ao planejamento familiar, este não é tido como um direito fundamental. Trata-se de norma de conteúdo programático, podendo, inclusive ser observado o princípio da reserva do possível.** 3. O direito ao planejamento familiar não está inserto no mínimo existencial, pelo que não se pode afastar do caso a aplicação do princípio da reserva do possível, implícito na Constituição, segundo o qual os direitos assegurados pela Carta dependem de dotação orçamentária para serem

²⁹¹ Superior Tribunal de Justiça. Agravo em recurso especial AREsp nº 409498. Agravante: Rosineide Bezerra Chaves. Agravado: Estado do Rio de Janeiro. Relatora Ministra Eliana Calmon, Brasília, 03, out.2013.

²⁹² Superior Tribunal de Justiça. Agravo em recurso especial AREsp nº 263380. Agravante: Estado do Rio de Janeiro. Agravado: Renata Oliveira Rodrigues. Relator Ministro Mauro Campbell Marques. Brasília, 06, dez.2012

implementados pelo Estado. 3. O tratamento de fertilização in vitro não é procedimento médico indispensável para assegurar ou resguardar a saúde. 4. Apelação a que se nega provimento. (AC 0021769-21.2013.4.01.3500, DESEMBARGADORA FEDERAL DANIELE MARANHÃO COSTA, TRF1 - QUINTA TURMA, PJe 24/02/2022) (**grifo nosso**).²⁹³

A análise do julgado demonstra que, no contexto do acesso aos tratamentos de reprodução assistida, no Sistema Único de Saúde (SUS), as interpretações do direito positivo associado ao planejamento familiar revelam-se controversas, principalmente pelo fato de muitos magistrados não o considerarem como um direito fundamental.

Ranzoni²⁹⁴ elucida que os tribunais reconhecem que o Estado possui a obrigação de garantir o mínimo existencial às pessoas em situação de vulnerabilidade econômica, embora sua atuação se encontre restrita à chamada reserva do possível. Isso se deve ao fato de que a concretização do direito social à saúde envolve uma prestação positiva que deve se alinhar às limitações orçamentárias. Por essa lógica, as técnicas de inseminação artificial são vistas como uma extrapolação do direito à saúde, impondo um ônus excessivo ao SUS e distanciando-se da esfera mínima de responsabilidade estatal.

Contrariando todas as expectativas, no ano de 2021, duas mulheres obtiveram êxito em suas ações judiciais as quais acionavam o estado para custear o tratamento de fertilização por meio do Sistema Único de Saúde, uma de 29 anos residente do Ceará²⁹⁵ e outra de 38 anos moradora do Rio Grande do Sul. Ambas, tiveram auxílio da defensoria pública de seus estados.

A Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul obteve, em segunda instância, a autorização para o acesso ao tratamento de reprodução assistida financiado pelo Estado. A ação foi proposta em razão da infertilidade tubária da mulher, enfatizando a urgência do tratamento para prevenir a diminuição da reserva ovariana. Apesar de o pedido de tutela de urgência ter sido negado inicialmente, a

²⁹³ BRASIL. Tribunal Regional Federal da 1ª Região. Quinta Turma. AC 0021769-21.2013.4.01.3500, Relatora: Desembargadora Federal Daniele Maranhão Costa, julgado em 24 fev. 2022.

²⁹⁴ RANZONI, Raisa Mandja. **Direito Reprodutivo e os Beneficiários da Procriação Assistida: Uma Análise Legislativa e Jurisprudencial**. 2017. Dissertação (Mestrado em Direito Fundamentais) – Ciências Jurídico-Políticas, Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, Lisboa, 2017.

²⁹⁵ DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO CEARÁ. Mulher obtém na Justiça direito à fertilização pelo SUS, mas terá que fazer o procedimento em outro estado. Disponível em: <https://www.defensoria.ce.def.br/noticia/mulher-obtem-na-justica-direito-a-fertilizacao-pelo-sus-mas-tera-que-fazer-o-procedimento-em-outro-estado/>. Acesso em: 24 set. 2024.

Defensoria apelou, sob fundamento que a infertilidade constitui um problema de saúde e que a Constituição assegura o direito ao planejamento familiar e proteção a maternidade²⁹⁶.

Na ocasião, a relatora da Segunda Turma Recursal, Quelen Van Caneghan, acolheu os argumentos apresentados e determinou que a usuária fosse encaminhada ao programa de reprodução assistida, para garantir o tratamento de fertilização in vitro em um hospital de referência no prazo de 15 dias, sob pena de bloqueio de recursos destinados à rede privada.²⁹⁷

A análise da jurisprudência sobre o acesso à reprodução assistida no Brasil evidencia um cenário complexo e multifacetado. Não obstante o progresso na discussão sobre direitos reprodutivos, a realidade enfrentada por mulheres e casais que buscam tratamentos de fertilidade ainda é marcada por desafios significativos. As decisões judiciais, embora algumas poucas sejam favoráveis, há uma tendência predominante a negativas. Dados indicam que a maioria dos procedimentos de reprodução assistida ocorre no setor privado, o que coaduna com a necessidade de ações mais inclusivas e abrangente.

O papel da Defensoria Pública se torna fundamental nesse contexto, não apenas para garantir o acesso aos tratamentos, mas também para afirmar a dignidade e os direitos das pessoas em situação de vulnerabilidade econômica. Somente através de uma abordagem mais equitativa e sensível será possível superar as barreiras atuais e garantir que todos tenham acesso aos cuidados de saúde reprodutiva adequados.

5.3 TEMÁTICAS JURÍDICAS EM RHA

5.3.1 Direito à Origem Genética vs. Privacidade dos Doadores

²⁹⁶ DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Ação da DPE/RS garante que mulher realize tratamento de reprodução assistida pelo SUS. Disponível em: <https://www.defensoria.rs.def.br/acao-da-dpe-rs-garante-que-mulher-realize-tratamento-de-reproducao-assistida-pelo-sus>. Acesso em: 24 de set. 2024

²⁹⁷ *Ibidem*.

No cenário contemporâneo, quando falamos em reprodução humana assistida, uma das primordiais controvérsias entre a doutrina diz respeito ao direito ao conhecimento a origem genética dos filhos concebidos por estas técnicas, frente ao direito do anonimato do doador ou partícipe do processo de concepção.

Consoante afirmam Dias e Groeninga²⁹⁸, o direito à identidade genética é considerado um direito humano fundamental, essencial para garantir ao indivíduo o acesso ao conhecimento de suas origens e promover sua integração psicológica e emocional. A inobservância desse direito pode acarretar consequências profundas e irreversíveis para a formação da identidade e da personalidade do sujeito, comprometendo sua plena realização como pessoa.

Perlingieri²⁹⁹ por sua vez argumenta que a identidade genética representa a continuidade orgânica atribuída a cada ser humano, expressa por meio de características distintivas, como o nome e a aparência, as quais decorrem de sua história de vida. Assim, pode-se concluir que a identidade genética está profundamente interligada ao direito da personalidade, uma vez que envolve elementos como o “nome” e a “aparência”, que são diretamente influenciados pela herança genética do indivíduo.

Ainda sobre o tema, Maria Berenice Dias³⁰⁰ destaca que o direito à filiação não se confunde com direito à identidade genética:

Essas realidades não se confundem nem conflitam. O direito de conhecer a origem genética, a própria ascendência familiar, é um preceito fundamental, um direito da personalidade: direito individual, personalíssimo, que é necessariamente o direito à filiação. Seu exercício não significa inserção em relação de família. Uma coisa é reivindicar a origem genética, outra é investigar a paternidade. A paternidade deriva do estado de filiação, independentemente da origem biológica. Essa distinção começou a ser feita principalmente a partir da descoberta dos indicadores genéticos e do acesso ao exame que permite identificar, de forma segura e nada invasiva, a verdade biológica.

²⁹⁸ DIAS, Maria Berenice; GROENINGA, Giselle. Direito à identidade genética. São Paulo: Revista dos Tribunais, p. 20, 2014.

²⁹⁹ PERLINGIERI, Pietro. Perfis de direito civil: introdução ao direito civil constitucional. Tradução de Maria Regina de Cicco. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

³⁰⁰ DIAS, Maria Berenice. Manual de Direito das Famílias. 9. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, p. 370, 2013.

Alguns estudiosos sustentam que o anonimato dos doadores de gametas apresenta uma questão complexa, ligada ao direito à intimidade.³⁰¹ o sigilo dos doadores está calcado no direito constitucionalmente assegurado à intimidade, disposto do Art.5, inciso X, da Constituição Federal da República de 1988³⁰². Esse direito protege aspectos cruciais da vida pessoal, estabelecendo a proibição de divulgação de informações sem autorização.

Cada indivíduo tem a liberdade de decidir o que compartilhar publicamente e em que condições, considerando que esse direito é inerente à sua existência, não necessitando de conquista e não se perdendo pelo simples fato de não ser conhecido.³⁰³ Trata-se, portanto, de uma característica intrínseca do ser. Nas palavras de Dirley da Cunha Júnior³⁰⁴, a intimidade é definida como “o direito de proteção dos segredos mais recônditos do indivíduo, como a sua vida amorosa, a sua opção sexual, o seu diário íntimo, o segredo sob juramento, as suas próprias convicções”. Ainda a respeito da intimidade José Roberto Moreira Filho³⁰⁵ aduz que:

No âmbito privado, referente ao lar, à família, à correspondência, o sigilo guarda razões personalíssima, caracterizando ato de intromissão, a divulgação ou o uso indevido de confidências. Todos têm direito à reserva sobre o conhecimento de fatos pessoais íntimos.

Orselli³⁰⁶ argumenta que as normas sobre o sigilo das doações de material genético visam prevenir problemas que porventura venham a surgir, como tentativas de estabelecer vínculos jurídicos entre o doador e a criança, com o intuito de obter benefícios econômicos. Por conseguinte, a manutenção do anonimato do doador

³⁰¹ AIVA, Alcymar Rosa. O direito ao conhecimento da origem genética nos casos de reprodução medicamente assistida heteróloga. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Coimbra, Portugal, 2016.

³⁰² BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado, 1998

³⁰³ SÁNCHEZ CARAZO, Carmen. La Intimidad y el Secreto Médico, Madrid: Díaz de Santos, 2000, p.233.

³⁰⁴ JÚNIOR, Dirley da Cunha. Curso de Direito Constitucional. Salvador: Editora Juspodium, 2011. p. 701.

³⁰⁵ MOREIRA FILHO, José Roberto. Direito à identidade genética. 2002.

³⁰⁶ ORSELLI, Helena de Azeredo. O sigilo do Doador de Material Genético nas Técnicas de Reprodução Assistida e os Interesses da Criança gerada. Revista IOB de Direito Civil e Processo Civil, Porto Alegre, n. 48, p. 144, jul. 2007.

garante que não se constitua qualquer vínculo de filiação entre este e a criança resultante da inseminação ou quaisquer métodos similares.³⁰⁷

Ao não revelar os progenitores biológicos, tanto em adoções quanto na reprodução assistida heteróloga, se firma a plena integração da criança em sua família jurídica. Os princípios de sigilo dos procedimentos e anonimato dos doadores visam, portanto, proteger o melhor interesse da criança, evitando discriminação ou estigmatização de indivíduos adotados ou gerados por técnicas de reprodução assistida.³⁰⁸

Marco Segre³⁰⁹ argumenta que a identificação dos doadores de gametas traz mais desvantagens do que vantagens, pois pode resultar em repercussões jurídicas, como ações de pensão e herança. Ele critica a valorização excessiva do laço biológico em detrimento do vínculo emocional, questionando se o verdadeiro pai é aquele que cria com amor ou o doador anônimo. Essa abordagem sugere que a exigência de identificação pode desestimular potenciais doadores.

Em última análise, Alcymar Rosa³¹⁰, afirma que há uma corrente moderada sobre o anonimato dos doadores, que defende que a regra de sigilo não deve ser tão rígida, permitindo a divulgação de informações em casos específicos, especialmente sobre dados genéticos do doador, que são importantes para contextos clínicos futuros. No Brasil, a Resolução CFM 1.358/92 garante o sigilo, permitindo a revelação da identidade do doador apenas em circunstâncias excepcionais e para médicos.

5.3.2 Direito à Maternidade/Paternidade para Casais Homoafetivos

Em 5 de maio de 2011, o Supremo Tribunal Federal (STF) proferiu a sentença final da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 132/RJ, a qual

³⁰⁷ QUEIROZ, Juliane Fernandes, 2001, p. 138. apud. MOURA, Carolina, O Anonimato do Doador de Sêmen e o Direito à Origem Genética. Revista do Curso de Direito da UNIFACS, N.º 47, 2006, p. 184.

³⁰⁸ GAMA, Guilherme Calmon Nogueira. O biodireito e as relações parentais. Rio de Janeiro: Renovar, p. 903, 2003.

³⁰⁹ SEGRE, Marcos. Doadores de sêmen devem ser identificados? direitos em conflitos. 2004. Disponível em: < <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Revista&id=133>> Acesso em: 18 de setembro de 2024.

³¹⁰ AIVA, Alcymar Rosa. O direito ao conhecimento da origem genética nos casos de reprodução medicamente assistida heteróloga. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Coimbra, Portugal, 2016.

foi correlacionada à Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 4.277/DF. Na ocasião, o STF, em uma decisão unânime, reconheceu a união estável entre pessoas do mesmo sexo, ao perfazer a aplicação analógica do artigo 1.723 do Código Civil, que se refere à união estável heterossexual, às relações homoafetivas.³¹¹ Merece destaque as considerações feitas pelo Ministro Luiz Fux³¹² em seu voto no julgamento da ADI nº 4.277/DF:

[...] O que faz uma família é, sobretudo, o amor – não a mera afeição entre os indivíduos, mas o verdadeiro amor familiar, que estabelece relações de afeto, assistência e suporte recíprocos entre os integrantes do grupo. O que faz uma família é a comunhão, a existência de um projeto coletivo, permanente e duradouro de vida em comum. O que faz uma família é a identidade, a certeza de seus integrantes quanto à existência de um vínculo inquebrantável que os une e que os identifica uns perante os outros e cada um deles perante a sociedade. Presentes esses três requisitos, tem-se uma família, incidindo, com isso, a respectiva proteção constitucional [...].

Em 2013, a Resolução nº 175 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) oficializou o reconhecimento do casamento civil entre pessoas do mesmo sexo. Em resposta, o Partido Social Cristão (PSC) ajuizou a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 4.966 no STF, sob o fundamento que tal resolução usurpava a competência legislativa. Apesar de a legislação formal ser o meio ideal para garantir direitos homoafetivos, a omissão legislativa não pode servir como justificativa para a subtração de direitos fundamentais, como igualdade, liberdade e dignidade, sob pena de comprometer a estrutura do Estado Democrático de Direito.

Corolário a esse significativo avanço no campo dos direitos LGBTQIA+, a realização de construir uma família se tornou proeminente para a completude das relações. Contudo ainda pairam estigmas, principalmente estruturais na aceitação social tanto da união homoafetiva apesar de amplamente discutida como do uso por estes casais de técnicas de reprodução humana assistida para dá concretude ao seu projeto familiar.

³¹¹ VARÃO, Mariana Fernandes Oliveira. **A parentalidade homoafetiva e as técnicas de reprodução humana no brasil e na itália**. Editora CRV, 2024.

³¹² BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 4.277 e Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n. 132. Relator: Ministro Ayres Britto. Brasília, DF, p. 659, 2011. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/ADI4277RL.pdf>. Acesso em: 26 set. 2024.

Maria Berenice Dias³¹³ destaca que os casais do mesmo sexo têm buscado cada vez mais as técnicas de reprodução assistida para formar suas famílias, especialmente em contextos em que a adoção enfrenta barreiras legais. No caso das mulheres lésbicas, o uso de óvulos de uma parceira fertilizados in vitro e implantados no útero da outra resulta em um cenário em que a mãe biológica não é a mesma que a mãe registral. Isso faz com que, apesar de a criança viver em um lar com duas mães, a estrutura familiar seja considerada monoparental, uma vez que o vínculo jurídico se estabelece apenas com a mãe que registrou a criança.

Entretanto, os tribunais brasileiros se mostram favoráveis a inclusão de dupla maternidade ou dupla paternidade para casais que se valem das técnicas de RHA. A evolução do conceito de família e o reconhecimento dos vínculos afetivos estabelecidos por casais do mesmo sexo, pautado em princípios constitucionais, como a dignidade da pessoa humana e o direito ao desenvolvimento familiar tem prevalecido como argumentos para autorização. Essa abordagem reflete um entendimento progressista que busca garantir a proteção dos direitos das crianças e assegurar a legitimidade das diferentes configurações familiares, promovendo a igualdade e o respeito à diversidade nas relações afetivas. É o teor dos seguintes julgados:

São Paulo (SP) - Registro Civil. Averbação de dupla maternidade de filha de mãe biológica que mantém união estável com a outra autora e que planejaram juntas a gravidez por inseminação artificial de doador anônimo. Considerações sobre decisões do STJ e do STF que recomendam não mais criar óbice quanto ao reconhecimento das uniões estáveis homoafetivas, nem ao reconhecimento por autorização judicial sem natureza contenciosa de dupla maternidade no registro de nascimento. Desnecessidade de ação judicial em alguma Vara da Família. Recurso do Ministério Público improvido. **(TJSP, AC 0022096-83.2012.8.26.0100, 4ª C. Dir. Priv., Rel. Maia da Cunha, j. 27/03/2014).**³¹⁴

Rio de Janeiro (RJ) - Apelação cível. Direito civil e processual civil. Jurisdição voluntária. Pedido de declaração de dupla maternidade. Parceiras do mesmo sexo que objetivam a declaração de serem

³¹³ DIAS, Maria Berenice. Filiação homoparental e a reprodução assistida. Disponível em: <https://berenicedias.com.br/filiacao-homoparental-e-a-reproducao-assistida/>. Acesso em: 25 set. 2024.

³¹⁴ TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Apelação no 0022096-83.2012.8.26.0100. Disponível em: <https://www.tjsp.jus.br/Download/Portal/Neddif/Jurisprudencia/TJSP-Ap-0022096-83.2012.8.26.0100.pdf>. Acesso em: 25 set. 2024.

genitoras de filho concebido por meio de reprodução assistida heteróloga, com utilização de gameta de doador anônimo. Ausência de disposição legal expressa que não é obstáculo ao direito das autoras. Direito que decorre de interpretação sistemática de dispositivos e princípios que informam a constituição da república nos seus artigos 1º, inciso III, 3º, inciso IV, 5º, caput, e 226, §7º, bem como decisões do STF e STJ. Evolução do conceito de família. Superior interesse da criança que impõe o registro para conferir-lhe o status de filho do casal. 1. o elemento social e afetivo da parentalidade sobressai-se em casos como o dos autos, em que o nascimento do menor decorreu de um projeto parental amplo, que teve início com uma motivação emocional do casal postulante e foi concretizado por meio de técnicas de reprodução assistida heteróloga. 2. Nesse contexto, à luz do interesse superior da menor, princípio consagrado no artigo 100, inciso IV, da Lei nº. 8.069/90, impõe-se o registro de nascimento para conferir-lhe o reconhecimento jurídico do status que já desfruta de filho das apelantes, podendo ostentar o nome da família que a concebeu. 2. Sentença a que se reforma. 3. Recurso a que se dá provimento. **(TJRJ, AC 0017795 52.2012.8.19.0209, 20ª C. Cív., Rel. Des. Luciano Barreto, j. 07/08/2013).**³¹⁵

A análise das decisões proferidas pelo Supremo Tribunal Federal (STF) e pelos tribunais estaduais revela um avanço significativo no reconhecimento das uniões homoafetivas e na proteção dos direitos dos casais LGBTQIA+. O acolhimento da união estável entre pessoas do mesmo sexo, bem como a oficialização do casamento civil homossexual, representa marcos essenciais na busca pela igualdade e dignidade, evidenciando uma evolução nas concepções jurídicas referentes às relações familiares.

Essas deliberações não apenas ampliam os direitos dos indivíduos, mas também refletem uma mudança cultural em direção à aceitação e ao respeito pela diversidade. A inclusão de dupla maternidade e paternidade nas decisões judiciais reforça a noção de que a família é constituída por vínculos afetivos e projetos comuns, indo além da tradicional definição legal.

³¹⁵ TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Apelação Cível nº 0017795-52.2012.8.19.0209, 20ª Câmara Cível, Relator: Desembargador Luciano Barreto, julgado em 07 de agosto de 2013

5.3.3 Reprodução assistida *post mortem*

A reprodução assistida *post mortem* é um assunto delicado, especialmente no âmbito jurídico. No Brasil, o Superior Tribunal de Justiça (STJ)³¹⁶ abordou essa questão no Recurso Especial (REsp) 1.918.421-SP, ao fixar a tese que a utilização de embriões excedentários após o falecimento de um dos cônjuges só é permitida com autorização expressa e formal do falecido, a qual deve ser formalizada através de um testamento ou documento equivalente. Essa exigência visa assegurar que a vontade do falecido seja respeitada, considerando as repercussões existenciais e patrimoniais que a reprodução assistida *post mortem* pode acarretar.

A fertilização *post mortem* consiste na utilização de gametas ou embriões congelados de um parceiro que já faleceu, podendo incluir tanto a fertilização homóloga (com gametas do falecido) quanto a heteróloga (com gametas de terceiros, com consentimento do cônjuge).³¹⁷ Essa prática é prevista no Código Civil de 2002, especificamente no Artigo 1.597, que trata da fecundação artificial homóloga e dos embriões excedentários.³¹⁸

Críticos como Barboza³¹⁹ apresentam argumentos significativos contra a reprodução assistida *post mortem*, ao focar sobretudo no bem-estar da criança. Barboza destaca que a ausência do pai pode impactar a formação psíquica do indivíduo, e questiona se a concepção após a morte do pai realmente atende aos interesses da criança ou da mãe. Ele também levanta a questão sobre a relevância do tempo entre a morte e a concepção.

³¹⁶ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial n. 1.918.421-SP. Relator: Min. Paulo de Tarso Sanseverino. Brasília, DF, 26 ago. 2021. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=202100242516&dt_publicacao=26/08/2021. Acesso em: 26 set. 2024.

³¹⁷ RIBEIRO, J. de O. X.; HORVATH JÚNIOR, M.; MARCHETTI FILHO, G. F. REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA POST MORTEM: : UMA BREVE DISCUSSÃO SOBRE SEUS ASPECTOS BIOÉTICOS, JURÍDICOS E PREVIDENCIÁRIOS. Revista Direitos Fundamentais & Democracia, [S. l.], v. 27, n. 3, p. 170–196, 2022. DOI: 10.25192/issn.1982-0496.rdfd.v27i32189. Disponível em: <https://revistaeletronicardfd.unibrasil.com.br/index.php/rdfd/article/view/2189>. Acesso em: 26 set. 2024.

³¹⁸ BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 139, n. 8, p. 1-74, 11 jan. 2002.

³¹⁹ BARBOZA, H. H. Bioética e discurso científico: que lugar para a lei? Já podemos dispensar o pai? Rio de Janeiro: DIAG/TJERJ, 2004.

Gama³²⁰ por sua vez, argumenta que a reprodução *post mortem* viola princípios fundamentais como a paternidade responsável, a dignidade humana e o melhor interesse da criança. Ele acredita que o projeto parental não deve ser decidido unilateralmente pela mãe, pois isso comprometeria a paternidade responsável e os direitos do filho concebido.

A discussão sobre a reprodução assistida *post mortem* levanta questões éticas e jurídicas ao levar em conta não apenas os direitos dos envolvidos, mas também as implicações para a criança, assegurando que suas necessidades emocionais e psicológicas sejam priorizadas. A evolução desse debate continuará a moldar a legislação e a prática, principalmente pelos avanços no campo da ciência e dos novos métodos que envolvem a reprodução humana assistida.

6 CONCLUSÃO

Em conclusão, a reprodução humana assistida pode ser considerada um direito fundamental no Brasil, apesar de não estar explicitamente prevista na Constituição de 1988. Perfazendo-se em uma interpretação expansiva, a partir do artigo 5º, § 2º, que permite a inclusão de direitos implícitos e derivados de tratados internacionais, pode-se argumentar que a reprodução assistida está ligada a princípios constitucionais como liberdade reprodutiva, direito à saúde e proteção à família.

Autores como Jorge Miranda e Sarlet defendem que a Constituição não estabelece uma lista fechada de direitos, mas uma lista aberta, permitindo que novos direitos sejam reconhecidos conforme a evolução social e jurídica. Assim, a reprodução assistida reflete a dignidade humana e a proteção aos direitos fundamentais, consolidando-se como um direito que emerge da interpretação ampliada da Constituição.

A efetivação da cobertura universal das técnicas de reprodução humana assistida no Brasil enfrenta diversos desafios. Apesar da relevância da Política Nacional de Atenção Integral a Reprodução Humana Assistida, há um descompasso entre a

³²⁰ GAMA, G. C. N. da. A nova filiação: o biodireito e as relações parentais: o estabelecimento da parentalidade-filiação e os efeitos jurídicos da reprodução assistida heteróloga. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

necessidade de regulamentação e a alocação de recursos adequados para garantir esse direito. A falta de uma legislação específica sobre reprodução assistida gera insegurança jurídica e impede o progresso nesse campo, dificultando o acesso equitativo e integral às técnicas disponíveis.

Somado a esse fator, a regionalização, contribui para uma distribuição desigual, fomentando um cenário, no qual, para ter acesso as TRA's,, as pessoas interessadas precisam se deslocar muitas vezes para outros estados, o que inviabiliza as condições de tratamento.

Tendo em vista, os altos custos e a escassez de centros capacitados. Sob esse prisma, esse estudo demonstrou que a região norte, por exemplo, não conta com nenhuma unidade custeada pelo SUS. A maioria dos centros especializados estão concentrados no Sudeste e Sul do país, causando dificuldades logísticas para pacientes de outras regiões.

A reserva do possível é frequentemente utilizada como justificativa para a falta de investimentos, contrastando com outros setores que recebem maior atenção orçamentária. Portanto, é essencial que o planejamento orçamentário reconheça a saúde reprodutiva como uma prioridade e que sejam tomadas medidas para a implementação de uma política nacional abrangente de reprodução humana assistida.

Apesar dos desafios enfrentados, ainda há espaço para uma melhor integração da reprodução humana assistida aos princípios do sistema público de saúde, garantindo acesso universal e igualitário. A restrição desse serviço a unidades específicas e a alguns estados e municípios gera exclusão e discriminação. Portanto, é essencial que a política nacional de reprodução humana assistida seja implementada de forma ampla e acessível em todo o território nacional, beneficiando todos os cidadãos de maneira equitativa.

A judicialização da reprodução assistida evidencia a necessidade urgente de regulamentação e de políticas públicas eficazes que garantam o acesso a tratamentos de fertilidade, promovendo a igualdade, a liberdade e a dignidade da pessoa humana. Somente com a criação de uma legislação específica e a alocação adequada de recursos será possível assegurar esses direitos fundamentais a toda a população brasileira.

Por derradeiro, entre as temáticas jurídicas mais relevante em torno dessas técnicas, destacam-se o direito ao conhecimento a origem genética versus a privacidade dos doadores, o direito à maternidade e paternidade para casais homoafetivos e a reprodução assistida *post mortem*.

O direito à identidade genética é considerado um direito essencial para a construção da identidade e do bem-estar psicológico do indivíduo. No entanto, ele entra em conflito com o direito à privacidade dos doadores, que é protegido constitucionalmente, especialmente no que diz respeito ao anonimato, para evitar a criação de vínculos jurídicos inesperados e preservar a intimidade. No Brasil, o sigilo dos doadores é a regra, com exceções limitadas a casos específicos, como questões de saúde.

A maternidade e paternidade para casais homoafetivos também é um ponto crucial. Com o reconhecimento da união estável entre pessoas do mesmo sexo pelo STF e a legalização do casamento homoafetivo, muitos casais LGBTQIA+ têm recorrido à reprodução assistida para formar suas famílias. O reconhecimento da dupla maternidade ou dupla paternidade tem sido cada vez mais aceito pelos tribunais, baseando-se no princípio da igualdade e do melhor interesse da criança, o que garante a proteção jurídica das diversas configurações familiares.

Por fim, a questão da reprodução assistida *post mortem* trata da utilização de gametas ou embriões congelados após a morte de um dos cônjuges. O STJ exige o consentimento expresso do falecido para autorizar o processo, assegurando que a decisão respeite o direito do falecido e do nascituro. No entanto, há controvérsias éticas sobre os impactos emocionais e psicológicos para a criança nascida nessa condição.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASIL. Sus pode ser esperança para mulheres que sonham ser mães: - Os centros de reprodução humana assistida. Agência Brasil, 2023. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2023-05/sus-pode-ser-esperanca-para-mulheres-que-sonham-ser-maes#:~:text=Centros%20de%20reprodu%C3%A7%C3%A3o%20humana%20assistida,Os%20centros%20de&text=Destes%20centros,%20somente%20em%20quatro,Hospital%20Materno%20Infantil%20de%20Bras%C3%ADlia>>. Acesso em: 22 out. 2024. _machin.pdf. Acesso em: 21 de out. 2024

AGÊNCIA BRASIL. Sus pode ser esperança para mulheres que sonham ser mães: - Os centros de reprodução humana assistida. Agência Brasil, 2023. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2023-05/sus-pode-ser-esperanca-para-mulheres-que-sonham-ser-maes>>. Acesso em: 22 out. 2024.

AIVA, Alcymar Rosa. O direito ao conhecimento da origem genética nos casos de reprodução medicamente assistida heteróloga. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Coimbra, Portugal, 2016.

ALVES, José Eustáquio Diniz. As políticas populacionais e o planejamento familiar na América Latina e no Brasil. Rio de Janeiro: ENCE, 2006.

AMADO, Guilherme. Judicialização na saúde aumentou em 20% em um ano, diz CNJ. Metrôpoles. Data de publicação: 12/08/2024. Disponível em: <https://www.metropoles.com/colunas/guilherme-amado/judicializacao-na-saude-aumentou-em-20-em-um-ano-diz-cnj> Acesso em: 11 de setembro de 2024

AMERICAN PREGNANCY ASSOCIATION, Promoting Pregnancy Wellness. Zygote Intrafallopian Transfer: ZIFT. 2015

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha. SUS passo a passo: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Hucitec, 2007, p. 37.

ARAÚJO, Ana Thereza Meirelles. Disciplina jurídica do embrião extracorpóreo. Revista do curso de direito da unifacs. Porto Alegre: Síntese, v. 7, 2007, p.114.

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, v. 12, n. 1, 2023.

ARAÚJO, J. P. M. de; ARAÚJO, C. H. M. de. Biodireito e legislação na reprodução assistida. Medicina (Ribeirão Preto), v. 51, n. 3, p. 217-235, 2018. Disponível em: Revistas USP. Acesso em: 21 set. 2024

ARAUJO, Nadia de; VARGAS, Daniela; MARTEL, Letícia de Campos Velho. Gestação de substituição: regramento no direito brasileiro e seus aspectos de direito internacional privado. In: MENEZES, Joyceane Bezerra de; MATOS, Ana Carla

Harmatiuk (org.). Direito das famílias: por juristas brasileiras. São Paulo: Saraiva, 2013. p. 507-533.

AROUCA, Sergio. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; São Paulo: Editora da Unesp, 2003. E-book.

ARRUDA, Jalsi Tacon; MAIA, Mônica Canêdo Silva; SILVA, Tatiana Moreira; APPROBATO, Mário Silva. Técnicas de reprodução assistida – revisão histórica. Artigo de revisão - Revista Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Goiás, 2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA (SBRA). Reprodução assistida: um guia fácil e descomplicado de Saúde e Direito. Disponível em: <https://sbra.com.br/wp-content/uploads/2018/09/Ebook-Reprodu%C3%A7%C3%A3o-Assistida.pdf>. Acesso em: 17 out. 2024.

BARROS, Eliane Oliveira. Aspectos jurídicos da inseminação artificial heteróloga. Dissertação (Mestrado em Direito Civil Comparado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 2007.

BARROSO, L. R. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros. Revista da Procuradoria Geral do Estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, v. 31, n. 66, p. 89-114, 2007.

BASTOS, Camila Ferraro. Esterilização e Planejamento Familiar: uma análise à luz da possibilidade da disposição relativa sobre o corpo. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) – Faculdade Baiana de Direito, Salvador.

BELTRÃO, Silvio Romero. Reprodução Humana assistida. Disponível em: http://repositorio.ufpe.br/bitstream/handle/123456789/3775/arquivo402_1.pdf?sequence=1. Recife, p. 28, 2002 Acesso em: 22 de set. 2024.

BERALDO, Anna De Moraes Salles. Reprodução Humana assistida e sua aplicação post mortem. [S.l.]. Editora LumenJuris, p. 24, 2012.

BITTENCOURT, Guaraci Bragança. O “Estado da Arte” da produção acadêmica sobre o fenômeno da judicialização da saúde no Brasil. CADERNOS IBERO-AMERICANOS DE DIREITO SANITÁRIO, v. 5, n. 1, p. 102-121, 2016.

BOBBIO, N. A era dos direitos. Rio de Janeiro: Campus, 1992. p. 62.

BRASIL. Código Civil. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406.htm. Acesso em: 21 out. 2024.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 06 out. 2024.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado, 1998

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 21 out. 2024.

BRASIL. Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 11 jan. 2002.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm#:~:text=A%20Uni%C3%A3o%20poder%C3%A1%20executar%20a%C3%A7%C3%B5es,representem%20risco%20de%20dissemina%C3%A7%C3%A3o%20nacional. Acesso em: 21 out. 2024.

BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 jan. 1996. Disponível em:
<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm>. Acesso em: 13 out. 2024.

BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 jan. 1996. Seção 1, p. 12.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.149, de 28 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 426, de 1 de novembro de 2024. Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1 nov. 2024.

BRASIL. Projeto de Lei nº 1.508-A/24, de 2024. Altera as Leis nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, e nº 11.664, de 29 de abril de 2008, para aprimorar a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida. Câmara dos Deputados, 2024. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/propostas-legislativas/1508A24>. Acesso em: 21 out. 2024.

BRASIL. Projeto de Lei nº 1287/21, de 2021. Altera o Código Civil Brasileiro para substituir as expressões "inseminação artificial", "fecundação artificial" e "concepção artificial" por "inseminação assistida", "fecundação assistida" e "concepção assistida". Câmara dos Deputados, 2021. Disponível em:
<https://www.camara.leg.br/propostas-legislativas/128721>. Acesso em: 21 out. 2024.

BRASIL. Projeto de Lei nº 2.209/24, de 2024. Institui a oferta do procedimento de fertilização in vitro (FIV) no Sistema Único de Saúde (SUS) para casais com dificuldades de fertilidade. Câmara dos Deputados, 2024. Disponível em:
<https://www.camara.leg.br/propostas-legislativas/220924>. Acesso em: 21 out. 2024.

BRASIL. Senado Federal. CPMF. Disponível em:
<https://www12.senado.leg.br/noticias/entenda-o-assunto/cpmf>. Acesso em: 21 out. 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 4.277 e Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n. 132. Relator: Ministro Ayres Britto. Brasília, DF, p. 659, 2011. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/ADI4277RL.pdf>. Acesso em: 26 set. 2024.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. Apelação Cível n. 0708403-55.2018.8.07.0020. Relator: Josapha Francisco dos Santos. Julgado em: 19 jun. 2019. 5ª Turma Cível. Publicado no DJE: 28 jun. 2019.

BRASIL. Tribunal Regional Federal da 1ª Região. Quinta Turma. AC 0021769-21.2013.4.01.3500, Relatora: Desembargadora Federal Daniele Maranhão Costa, julgado em 24 fev. 2022.

BRAVO, M. I. de S. Política de saúde no Brasil. In: Mota, A. E. et al. (Org.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS; OMS; Ministério da Saúde, p. 88-110, 2006.

BUCCI, Maria Paula Dallari. O conceito de política pública em direito. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4182322/mod_resource/content/1/BUCCI_Maria_Paula_Dallari._O_conceito_de_politica_publica_em_direito.pdf>. Acesso em: 17 out. 2024.

CADEMARTORI, L. H. U.; GRUBBA, L. S. O embasamento dos direitos humanos e sua relação com os direitos fundamentais a partir do diálogo garantista com a teoria da reinvenção dos direitos humanos. Revista Direito GV, v. 8, n. 2, p. 703–724, dez. 2012.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Projeto de Lei nº 1184, de 2003. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao/?idProposicao=118275>>. Acesso em: 5 nov. 2024.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Projeto de Lei nº 1184, de 2003. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao/?idProposicao=118275>>. Acesso em: 5 nov. 2024.

CAMIMURA, Lenir. Dados processuais de saúde podem ser monitorados em painel do CNJ. Agência CNJ de notícias. Data de publicação: 26/08/2022. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/dados-processuais-de-saude-podem-ser-monitorados-em-painel-do-cnj/> Acesso em: 11 de setembro de 2024.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. Direito constitucional e teoria da Constituição. 7. ed. Coimbra: Almedina, p. 481, 2004.

CARLOS, Paula Pinhal de. Gestação de substituição no contexto sócio-jurídico da América do Sul: o caso do Brasil, da Argentina e do Uruguai. In: Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2017. ISSN 2179-510X. Disponível em: https://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499436146_ARQUIVO_TextocompletoFazendoGenero2017.pdf. Acesso em: 21 out. 2024.

CARLOTO, Cássia Maria; DAMIÃO, Nayara André. Direitos reprodutivos, aborto e Serviço Social. *Serviço Social & Sociedade*, n. 132, p. 306-325, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sssoc/a/vnGNyx7gwTS4QKvdnBRPP3C/>>. Acesso em: 10 out. 2024.

CASALECHI, Maíra. A reprodução humana assistida no SUS: saúde reprodutiva é um direito constitucional. São Paulo: Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH), jan. 2018. Disponível em: <https://sbrh.org.br/comite/embriologia/a-reproducao-humana-assistida-no-sus-saude-reprodutiva-e-um-direito-constitucional/>. Acesso em: 21 out. 2024.

CASTRO, Paulo Victor. O século XX e suas implicações no presente e futuro. *Contraponto Digital*. PUC-SP, 2022. Disponível em: <https://contrapontodigital.pucsp.br/noticias/o-seculo-xx-e-suas-implicacoes-no-presente-e-futuro>. Acesso em: 12 out. 2024.

CENTRO DE FERTILIDADE. A reprodução assistida e o SUS (Sistema Único de Saúde). Disponível em: <<https://centrodefertilidade.com.br/a-reproducao-assistida-e-o-sus-sistema-unico-de-saude/>>. Acesso em: 23 out. 2024.

Cf. SANTOS, Nelson da Cruz; IZZO, Carlos Roberto; SILVA, Alessandra de Araújo. Técnicas de Reprodução Assistida – GIFT in Tratado de Ginecologia – Condutas e Rotinas de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP. São Paulo: Editora Revinter, 2005, p. 397.

CHAVES, Mariana; DANTAS, Eduardo. Aspectos jurídicos da reprodução humana assistida: comentários à resolução 2.121/ 2015 do conselho federal de medicina. Rio de Janeiro: LMJ Mundo Jurídico, 2017.

CISLAGHI, Juliana Fiúza; TEIXEIRA, Sandra Oliveira; SOUZA, Tainá. A saúde no Brasil: uma análise dos desafios e das políticas de saúde. 2011. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/code2011/chamada2011/pdf/area2/area2-artigo16.pdf>. Acesso em: 27 out. 2024.

CONSELHO DA JUSTIÇA FEDERAL. Jurisprudência Unificada. Disponível em: <https://www2.cjf.jus.br/jurisprudencia/unificada/>. Acesso em: 24 set. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Atualização das regras para reprodução assistida no Brasil. Portal CFM, 2022. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/noticias/cfm-publica-atualizacao-das-regras-para-reproducao-assistida-no-brasil>>. Acesso em: 19 out. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 2.168/2017. Estabelece normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br>>. Acesso em: 19 out. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 2.283/2020. Introduce diretrizes para a utilização das técnicas de reprodução assistida em casos de gestação de substituição. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br>>. Acesso em: 19 out. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução nº 2320, de 2022.

Disponível em:

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2022/2320>. Acesso em: 21 out. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.320/2022. Disponível em:

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2022/2320_2022.pdf>. Acesso em: 18 out. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Judicialização e saúde: ações para acesso à saúde pública de qualidade. Brasília: CNJ, 2021. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.

COUTO, F. A influência da infertilidade na satisfação conjugal e no ajustamento familiar. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia, Lisboa, 2011.

DE FARIAS, Cristiano Chaves; ROSENVALD; Nelson. Curso de Direito Civil: Parte Geral e LINDB. Vol. 1, 11 ed. Salvador, JusPODIVM, 2013.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO CEARÁ. Mulher obtém na Justiça direito à fertilização pelo SUS, mas terá que fazer o procedimento em outro estado.

Disponível em: <<https://www.defensoria.ce.def.br/noticia/mulher-obtem-na-justica-direito-a-fertilizacao-pelo-sus-mas-tera-que-fazer-o-procedimento-em-outro-estado/>>. Acesso em: 24 out. 2024.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Ação da

DPE/RS garante que mulher realize tratamento de reprodução assistida pelo SUS.

Disponível em: <https://www.defensoria.rs.def.br/acao-da-dpe-rs-garante-que-mulher-realize-tratamento-de-reproducao-assistida-pelo-sus>. Acesso em: 24 de set. 2024

DELDUQUE, Maria Célia. Saúde: um direito e um dever de todos. Bol. Saúde, Porto Alegre, v. 24, n. 2, p. 93-97, jul./dez. 2010.

DIAS, Maria Berenice. Filiação homoparental e a reprodução assistida. Disponível

em: <https://berenedias.com.br/filiacao-homoparental-e-a-reproducao-assistida/>.

Acesso em: 25 set. 2024.

DIAS, Maria Berenice. Manual de Direito das Famílias. 9. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, p. 370, 2013.

DIAS, Maria Berenice; GROENINGA, Giselle. Direito à identidade genética. São

Paulo: Revista dos Tribunais, p. 20, 2014.

DIAS. Maria Berenice. Manual de Direito das Famílias. 4ªed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007.

DINIZ, Debora. Tecnologias reprodutivas no debate legislativo. Jornal Brasileiro de

DINIZ, Maria Helena. O estado atual do biodireito. 3a. edição, São Paulo: Saraiva, 2006 p. 556.

DINIZ, Maria Helena. O Estudo Atual do Biodireito. São Paulo: Saraiva, p. 498, 2017

DIREITO LEGAL. Direitos Humanos nos Estados Unidos: Declaração de Independência (1776), Declarações de Direitos e Constituição (1787). Disponível em: <<https://direito.legal/direitos-humanos-nos-estados-unidos-declaracao-de-independencia-1776-declaracoes-de-direitos-e-constituicao-1787/>>. Acesso em: 23 out. 2024.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Reprodução Humana. Disponível em: <<https://www.saude.df.gov.br/reproducao-humana>>. Acesso em: 21 out. 2024.

DIVINO, Sthéfano Bruno Santos; ALMEIDA, Isabela Gonçalves. Reprodução assistida como direito e elemento do planejamento familiar: fundamentos jurídicos do dever de o Estado em prestar assistência. Revista Derecho y Cambio Social, n° 76, abr.-jun. 2024.

DOS ANJOS, Pedro Germano; TORRES, Beatriz Mota; LARCHET, Luiza Vieira. JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL. Diké-Revista Jurídica, v. 22, n. 23, p. 160-189, 2023.

DRAKOPOULOS P, Blockeel C, Stoop D, Camus M, de Vos M, Tournaye H, et al. Conventional ovarian stimulation and single embryo transfer for IVF/ICSI. How many oocytes do we need to maximize cumulative live birth rates after utilization of all fresh and frozen embryos? Hum Reprod. 2016;31(2):370–6.

DRESCH, Renato Luís. O acesso à saúde pública e a eficácia das normas de regulação do SUS. In: CONASS. Para entender a gestão do SUS. 2015. Direito à saúde

Editora FÓRUM. Reprodução humana assistida: o que há de novo no anteprojeto de atualização do Código Civil? Parte 2. Editora FÓRUM, 23 de julho de 2024. Disponível em: <https://editoraforum.com.br/noticias/reproducao-humana-assistida-o-que-ha-de-novo-no-anteprojeto-de-atualizacao-do-codigo-civil-parte-2/>. Acesso em: 21 out. 2024.

ESTEVEES, M. Infertilidade a quanto obrigas!...: investigação da personalidade na infertilidade psicogênea e na fertilidade. Lisboa: Trilhos: Coisas de Ler. 2009.

EXTRA CONCEPTIONS. Gestational vs. Traditional Surrogacy. Disponível em: <https://www.extraconceptions.com/pt/gestational-vs-traditional-surrogacy/>. Acesso em: 17 out. 2024.

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO. Como Agendar - Setor de Reprodução Humana HCFMRP. Disponível em: <[https://reproducao.fmrp.usp.br/como-agendar/#:~:text=Triagem%20de%20pacientes&text=Esta%20Instituição%20possui%20este%20atendimento,%20Regionais%20de%20Saúde%20\(DRS\).](https://reproducao.fmrp.usp.br/como-agendar/#:~:text=Triagem%20de%20pacientes&text=Esta%20Instituição%20possui%20este%20atendimento,%20Regionais%20de%20Saúde%20(DRS).>)> Acesso em: 21 out. 2024.

FELICCITA. Reprodução assistida: um guia prático. Disponível em: <https://feliccita.com.br/site/wp-content/uploads/2020/02/ebook-felicit%C3%A0-14-02-2020.pdf>. Acesso em: 17 out. 2024.

FERNANDEZ E, Zegers F, Hess R, Roblero L, Ortiz ME, Guadarrama A, et al. Transferencia intratubaria de gametos (TITG, GIFT): comunicaci3n del primer embarazo. Rev Chil Obstet Ginecol. 1985;50(5):356-62

FERRAZ, Ana Cláudia Brandão de Barros Correia. Reprodução humana assistida e suas consequências nas relações de família: a filiação e a origem genética sob a perspectiva da repersonalização. 2. ed. Curitiba: Juruá, 2016. p. 45.

FERTILIDADE.INFO. Descrição geral dos tratamentos. Tratamentos de Fertilidade. Disponível em: <https://www.fertility.com/pt-pt/tratamento-fertilidade/opcoes-tratamento/descricao-tratamentos.html>. Acesso em: 17 out. 2024

FILHO, Rodrigo da Rosa. Inseminação artificial: qual a taxa de sucesso?. Mater Prime, 2023. Disponível em: <https://materprime.com.br/taxa-de-sucesso-da-inseminacao-artificial/>. Acesso em: 17 out. 2024.

FIOCRUZ. Descentralização. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/descentralizacao>. Acesso em: 17 out. 2024.

FIOCRUZ. Integralidade. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/integralidade>. Acesso em: 16 out. 2024.

FIOCRUZ. Reforma sanitária. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria>. Acesso em: 21 out. 2024.

FLEURY, Sônia. Judicialização pode salvar o SUS. Saúde em debate, v. 36, n. 93, p. 159-162, 2012.

FONSECA, Flávia Caroline Rodrigues. A judicialização da saúde: uma análise da cobertura dos procedimentos de reprodução humana assistida pelo Sistema Único de Saúde (SUS). 2017. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Direito) – Faculdade Baiana de Direito, Salvador, 2017. FONSECA, Flávia Caroline Rodrigues. A judicialização da saúde: uma análise da cobertura dos procedimentos de reprodução humana assistida pelo Sistema Único de Saúde (SUS). 2017. Monografia (Graduação em Direito) – Faculdade Baiana de Direito, Salvador.

FONSECA, Flávia Caroline Rodrigues. A judicialização da saúde: uma análise da cobertura dos procedimentos de reprodução humana assistida pelo Sistema Único de Saúde (SUS). 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) – Faculdade Baiana de Direito, Salvador, 2017.

FRAZÃO, A. G. A fertilização in vitro: uma nova problemática jurídica. Jus Navigandi,. Teresina, ano 4, n. 42, jun. 2000.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA). Guia de Saúde Sexual e Reprodutiva. Disponível em: https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/guia_ssr_web.pdf. Acesso em: 10 out. 2024.

GAMA, Guilherme Calmon Nogueira. O biodireito e as relações parentais. Rio de Janeiro: Renovar, p. 903, 2003.

GERALDO, Jociane. A reprodução humana assistida, à luz da bioética e do biodireito: o direito à origem genética vs. o direito à intimidade do doador. 2012.

GOES, Adriana de. Inseminação artificial (IA). Disponível em: <https://adrianadego.es.med.br/inseminacao-artificial-ia/>. Acesso em: 17 out. 2024

GOMES, Maria José Ferreira; DA ROCHA, Seabra. Prevenção do Insucesso da Fertilização In Vitro: Relevância do Repouso Pós-FIV. Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública, Universidade de Lisboa, junho 2021.

GONÇALVES, Daniela. Reprodução humana assistida e seus impactos na família contemporânea. Revista Direito & Consciência, v. 1, n. 1, p. 177-190, 2022.

GRACIANO LL. Reprodução humana assistida: determinação da paternidade e o anonimato do doador. In: X Seminário de Iniciação Científica e VI Mostra de Pesquisa da PUC-PR. Caderno de Resumos Pró Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da PUC- -PR, 2002. p. 64.

GRAZIUSO, Bruna Kern; CARLOS, Paula Pinhal de. Regulamentação brasileira sobre gestação de substituição. Canoas: Editora Universidade de La Salle. 2021. Disponível em: <http://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/Dialogo>. DOI: <http://dx.doi.org/10.18316/dialogo.v0i47.7217>.

GUERRA, A. M. S. (Coord.). Biodireito e bioética: uma introdução crítica. Rio de Janeiro: América Jurídica, 2005, p.15.

GUILHEM, Dirce; DO PRADO, Mauro Machado. Bioética, legislação e tecnologias reprodutivas. Revista Bioética, v. 9, n. 2, 2009.

GUIMARÃES, Luis Gustavo. A reprodução assistida e o SUS – Sistema Único de Saúde. Disponível em: <https://centrodefertilidade.com.br/questoes-juridicas/a-reproducao-assistida-e-o-sus-sistema-unico-de-saude/>. Acesso em: 22 set. 2024.

HAESBAERT, R. Morte e vida da região: antigos paradigmas e novas perspectivas da geografia regional. In: SPÓSITO, E. S. (Org.). Produção do espaço e redefinições regionais: a construção de uma temática. Presidente Prudente: UNESP: GASPERR, 2005. p. 9-33.

HORN, Norbert. Introdução à Ciência do Direito e à Filosofia Jurídica. Tradução de Elisete Antoniuk. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, p. 13, 2005.

ICLINIC. CID 10 N46: Infertilidade masculina. Disponível em: <https://iclinic.com.br/cid/n46/>. Acesso em: 04 out. 2024.

ICLINIC. CID 10 N97: Infertilidade feminina. Disponível em: <https://iclinic.com.br/cid/n97/>. Acesso em: 04 out. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE DIREITO DE FAMÍLIA (IBDFAM). Planos de saúde não são obrigados a custear fertilização in vitro, decide STJ. Disponível

<https://ibdfam.org.br/noticias/9011/Planos+de+saúde+não+são+obrigados+a+custear+fertilização+in+vitro%2C+decide+STJ>. Acesso em: 24 set. 2024.

INTERNATIONAL FERTILITY CENTRE. Surrogacy laws by country. Disponível em: <https://internationalfertilitycentre.com/surrogacy-laws-by-country/>. Acesso em: 19 out. 2024.

JACOB, L. S. (2000). Stress e ansiedade em casais submetidos à reprodução assistida. Tese de Doutorado, Curso de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade de São Paulo, São Paulo. Editora FIOCRUZ, 2005, p. 64 ISBN 978-85-7541-367-8.

JAPIASSU, H.; MARCONDES, D. Dicionário básico de Filosofia. Rio de Janeiro: Zahar, 1996

JONES HW Jr, Jones GS, Andrews MC, Acosta A, Bundren C, Garcia J, et al. The program for in vitro fertilization at Norfolk. Fertil Steril. 1982;38:14-21

JOPPERT JÚNIOR, Aimar et al. Reprodução assistida: aspectos históricos. Interatemos, v. 4, n. 4, 2002. ISSN 1677-1281.

JÚNIOR, Dirley da Cunha. Curso de Direito Constitucional. Salvador: Editora Juspodium, 2011. p. 701.

JUSBRAZIL. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br>. Acesso em: 24 set. 2024.

KOTECKI JA. Desempenho de protocolos de estimulação ovariana para inseminação artificial. Dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. 2004.

KRELL, Olga Jubert Gouveia. O direito fundamental à reprodução humana assistida no Brasil e suas repercussões na filiação civil: uma abordagem de lege ferenda. 2005. Tese (Doutorado em Direito Público) - Universidade Federal de Pernambuco, Faculdade de Direito do Recife, Recife, 2005.

LAFER, C. A reconstrução dos direitos humanos: um diálogo com o pensamento de Hannah Arendt. São Paulo: Companhia das Letras, 1988. p. 126.

LAGO, Áudrea Pedrollo. Os direitos da personalidade dos concebidos por meio das técnicas de reprodução assistida. Monografia, Universidade Federal de Santa Catarina, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/197653>. Acesso em: 09 out. 2024.

LANZENDORF SE, Maloney MK, Veeck LL, Slusser J, Hodgen GD, Rosenwaks Z. A preclinical evaluation of pronuclear formation by microinjection of human spermatozoa into human oocytes. Fertil Steril. 1988;49:835-842.

LEITE, Eduardo de Oliveira. Procriações artificiais e o Direito: aspectos médicos, religiosos, psicológicos, éticos e jurídicos. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1995. p. 31.

LEITE, Tatiana Henriques. Resoluções do Conselho Federal de Medicina sobre a utilização das técnicas de Reprodução Assistida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2021. Disponível em:

<[https://www.scielo.br/j/csc/a/MFFT6sywhctcKRqCp8c5fNWw/#:~:text=O%20Conselho%20Federal%20de%20Medicina,de%20Reprodu%C3%A7%C3%A3o%20Assistida%20\(TRA\)](https://www.scielo.br/j/csc/a/MFFT6sywhctcKRqCp8c5fNWw/#:~:text=O%20Conselho%20Federal%20de%20Medicina,de%20Reprodu%C3%A7%C3%A3o%20Assistida%20(TRA)>)>. Acesso em: 17 out. 2024.

LOPATA A, Johnston IW, Houlst IJ, Speirs AL. Pregnancy following intrauterine implantation of an embryo obtained by in vitro fertilization of a preovulatory egg. *Fertil Steril*. 1980; 33:117-120.

LOPES, A. Parentalidade e carreira científica: o impacto não é o mesmo para todos. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 31, n. 2, 2022.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciência & saúde coletiva*, v. 12, p. 335-342, 2007.

MACHADO, Rafael. Antes Do SUS. Portal Drauzio Varella. 2018. Disponível em: <<https://drauziovarella.uol.com.br/saude-publica/antes-do-sus/>>.

MACHIN, Rosana; AUGUSTO, Maria Helena Oliva; MENDOSA, Douglas. Biotecnologias, tecnologias reprodutivas e mercado. In: XXXI Congresso ALAS. Uruguay. 2017. Disponível em: alas2017.easyplanners.info/opc/tl/0445_rosana

MATER DEI. Inseminação Artificial Intracervical (IC) e Inseminação Artificial Intrauterina (IU): Qual a Diferença? Disponível em: <<https://reproducaohumanamaterdei.com.br/inseminacao-artificial-intracervical-ic-e-inseminacao-artificial-intrauterina-iu-qual-a-diferenca/>>. Acesso em: 17 out. 2024.

MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2006.

MATTAR, Laura Davis. Reconhecimento jurídico dos direitos sexuais: uma análise comparativa com os direitos reprodutivos. *Sur, Rev. int. direitos human.*, São Paulo, v. 5, n. 8, p. 60-83, June 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-64452008000100004>. Acesso em: 10 de out. 2024.

MATTOS, Ruben Araujo de. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 13, p. 771-780, 2009.

MAUÉS, Antonio Moreira. Problemas da Judicialização do Direito à Saúde no Brasil. In: SCAFF, F. F.; ROMBOLI, R.; REVENGA, M. (Org.). *Problemi e prospettive in tema di tutela costituzionale dei diritti sociali. Prima giornata internazionale di diritto costituzionale Brasile-Spagna-Italia*. 1ed. Milano: Giuffrè, 2009, v., p. 257-273.

MENSON, M.; MCMURRAY, A. Couples' experiences of infertility: a phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*, v. 24, n. 5, p. 1014-1022, 1996.

MERCHANT, R., GANDHI, G., ALLAHBADIA, G. N. In vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection for male infertility. Indian journal of urology, Bombaim, v. 27, n. 1, p. 121-132, jan. 2011

MFFertilidadeMasculina. 25 Estatísticas de Infertilidade que Você Deveria Conhecer. Disponível em: <https://mffertilidademasculina.com.br/25-estatisticas-de-infertilidade-que-voce-deveria-conhecer/>. Acesso em: 04 out. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-mulher/pnaism>>. Acesso em: 11 out. 2024.

MIRANDA, Jorge. Manual de Direito Constitucional – Tomo IV: Direitos fundamentais. Coimbra: Coimbra Editora, 1988, p. 153s.

MOÁS, Luciane da Costa et al.. LIMITES NORMATIVOS E DECISÕES JUDICIAIS SOBRE O ACESSO À REPRODUÇÃO ASSISTIDA NO BRASIL. In: Anais da VIII Reunião Anual de Iniciação Científica (RAIC 2020) e II Reunião Anual de Iniciação em Inovação e Desenvolvimento Tecnológico (RAIDTEC 2020). Anais...(RJ) UFRRJ, 2020. Disponível em: <https://www.even3.com.br/anais/VIIIraic2020/382483-LIMITES-NORMATIVOS-E-DECSOES-JUDICIAIS-SOBRE-O-ACESSO-A-REPRODUCAO-ASSISTIDA-NO-BRASIL>. Acesso em: 26/09/2024

MOREIRA FILHO, José Roberto. Direito à identidade genética. 2002.

MOTA, Andrea Scaff de Paula. Limites constitucionais à procriação medicamente assistida na era da tecnologia reprodutiva. Tese (Doutorado) – Universidade de Lisboa, Lisboa. 2022, p.102.

MOTA, Octanny Silveira da. Sobre inseminação artificial humana. Revista da Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, v. 55, n. 1, p.468 1960.

nia. In: DINALLI, A.; FERREIRA, L. A. C.; TEOTÔNIO, P. J. F. (Org.). Constituição e construção da cidadania. Leme: JH Mizuno, 2005. p. 23.

MOURA, Escolástica Rejane Ferreira; DA SILVA, Raimunda Magalhães; GALVÃO, Marli Teresinha Gimenez. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil Family planning services under the Family Health Program in Brazil. Cad. Saúde Pública, v. 23, n. 4, p. 961-970, 2007.

NAÇÕES UNIDAS. Novo estudo ilustra desafios da reprodução assistida no Brasil. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2024/03/1828902>. Acesso em: 21 out. 2024.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. O sistema único de saúde – sus. In: GIOVANELLA, Lúgia (Orgs.) et al. Políticas e sistema de saúde no brasil. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p.365-393.

OLIVEIRA, Kamília Costa da Silva. Análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida no Acre. 2018, p. 30. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

OLIVEIRA, S. A. M. A teoria geracional dos direitos do homem na filosofia de Norberto Bobbio. In: SALATINI, R.; BARREIRA, C. M. Democracia e direitos humanos no pensamento de Norberto Bobbio. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2018. p. 247-262. DOI: <https://doi.org/10.36311/2018.978-85-7249-026-9.p247-262>. Acesso em: 23 de out. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Declaração Universal dos Direitos Humanos. Assembleia Geral das Nações Unidas, 1948. Disponível em: <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>. Acesso em: 05 out. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). OMS alerta que 1 em cada 6 pessoas é afetada pela infertilidade em todo o mundo. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/4-4-2023-oms-alerta-que-1-em-cada-6-pessoas-e-afetada-pela-infertilidade-em-todo-mundo>. Acesso em: 04 out. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. OMS alerta que 1 em cada 6 pessoas é afetada pela infertilidade em todo o mundo. 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/4-4-2023-oms-alerta-que-1-em-cada-6-pessoas-e-afetada-pela-infertilidade-em-todo-mundo>. Acesso em: 25 set. 2024.

ORSELLI, Helena de Azeredo. O sigilo do Doador de Material Genético nas Técnicas de Reprodução Assistida e os Interesses da Criança gerada. Revista IOB de Direito Civil e Processo Civil, Porto Alegre, n. 48, p. 144, jul. 2007.

PADEIRO, Cátia Patrícia Soares. A influência da infertilidade na satisfação com a vida e nos estados emocionais dos casais inférteis. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia, Lisboa, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI. Salvador: EDUFBA, 2006. p.153.

PALERMO G, Joris H, Devroey P, Van Steirteghem AC. Pregnancies after intracytoplasmic injection of single spermatozoon into an oocyte. Lancet. 1992;340:17-18.

PALERMO, G. D. et al. Treatment of male infertility. Methods in molecular biology. Totowa, v. 1154, p. 385-405, abr. 2014

PASSOS EP. History of assisted reproduction: lessons learnt and future challenges. Rev Gynaecol Pract. 2004; 4:199-202

PATRÍCIO, Natália Rita Martins. Judicialização da reprodução assistida. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Direito) — Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Direito, Juiz de Fora, 2018.

PAULA, Patrícia Joelma de. Et al. Técnicas de reprodução humana assistida: uma revisão bibliográfica. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 04, Ed. 09, Vol. 02, pp. 90-104. Setembro de 2019. ISSN: 2448-0959.

PEREIRA CAETANO, Karla Keila; ALVES, Oslânia de Fátima; SOUZA, Faculdade Alfredo Nasser. As Principais Técnicas de Reprodução Humana Assistida. Revista Acadêmica do Instituto de Ciências da Saúde, v. 2, n. 1, 2016.

PEREIRA, Dirceu Henrique Mendes. A história da reprodução humana no Brasil. *Femina*, v. 39, n. 2, p. 59-64, 2011.

PERLINGIERI, Pietro. Perfis de direito civil: introdução ao direito civil constitucional. Tradução de Maria Regina de Cicco. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

PINCUS G, Enzmann EV. The growth, maturation and atresia of ovarian eggs in the rabbit. *J Morphol.* 1937;61:351-383.

PIOVESAN, Flávia. Direitos humanos e o Direito Constitucional Internacional. 6. ed. São Paulo: Max Limonad, 2004, p. 67.

PIOVESAN, Flávia. Direitos reprodutivos e a Constituição Brasileira de 1988. *Revista de Direito Constitucional e Internacional*, v. 26, n. 102, 2018, p. 45-60.

PORTAL DE BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. SINOPSE Reprod Humana 2Pg 3001. Fiocruz, 2021. Disponível em:
https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2021/10/SINOPSE_Reprod_Humana_2Pg_3001.pdf. Acesso em: 17 out. 2024.

QUEIROZ, Juliane Fernandes, 2001, p. 138. apud. MOURA, Carolina, O Anonimato do Doador de Sêmen e o Direito à Origem Genética. *Revista do Curso de Direito da UNIFACS*, N.º 47, 2006, p. 184.

RAMIREZ-GALVEZ, Martha. Reprodução assistida, consumo de tecnologia, deslocamentos e exclusões. *Cienc. Cult.*, v. 60, n.1, p. 1-39, 2008.

RANZONI, Raisa Mandja. Direito Reprodutivo e os Beneficiários da Procriação Assistida: Uma Análise Legislativa e Jurisprudencial. 2017. Dissertação (Mestrado em Direito Fundamentais) – Ciências Jurídico-Políticas, Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, Lisboa, 2017.

RED LATINOAMERICANA DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA. Manual de Procedimentos. Laboratório de Reprodução Assistida. Cidade do México, 2006. Tradução: Marina Diaz.

REGINO, F. A. (2016). O desejo de ter filhos e a construção de gênero nas políticas de saúde: análise da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida. [Tese de Doutorado em Saúde Pública]. Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife. Disponível em:
<https://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2016reginofa.pdf>. Acesso em: 22 out. 2024

REMOALDO, P.; MACHADO, H.; REIS, I.; PEREIRA, L.; XAVIER, M. A infertilidade no conelho de Guimarães – Contributos para o bem-estar familiar. In: *Actas do V Congresso da Geografia Portuguesa – Portugal: territórios e protagonistas*, 2005, p. 1-14. *Reprodução Assistida*, v. 7, n. 3, p. 10-19, 2003.

Revista Crescer. Um em cada seis adultos no mundo é infértil, revela relatório da OMS. Disponível em: <https://revistacrescer.globo.com/tentantes/planejando-a-gravidez/noticia/2023/04/um-em-cada-seis-adultos-no-mundo-e-infertil-revela-relatorio-da-oms.ghtml>. Acesso em: 04 nov. 2024.

RIZZARDO, Arnaldo. Direito de família. 4a edição. Rio de Janeiro: Forense, 2006. p. 510

RODRIGUES, Edwirges Elaine. A reprodução humana assistida e a formação dos novos arranjos familiares: famílias ectogenéticas e suas implicações jurídicas. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2023.

SALARDI, Silvia; ZAGANELLI, Margareth Vetis; BINDA FILHO, Douglas Luis. Mater semper (in)certa est: os desafios ético-jurídicos da Reprodução Humana Assistida no Brasil. Humanidades & Tecnologia (FINOM), ISSN: 1809-1628, vol. 47, abr./jun. 2024. Disponível em: <<https://revistajuridica.tjdft.jus.br/index.php/rdj/article/view/33>>. Acesso em: 21 out. 2024.

SANAR. História do SUS: da colônia aos dias atuais. 2024. Disponível em: <https://sanarmed.com/historia-do-sus-da-colonia-aos-dias-atuais/>. Acesso em: 21 out. 2024.

SANAR. Resumo do financiamento do SUS: repasse de recursos, valores mínimos e mais. Disponível em: <https://sanarmed.com/resumo-do-financiamento-do-sus-repasse-de-recursos-valores-minimos-e-mais/>. Acesso em: 21 out. 2024.

SÁNCHEZ CARAZO, Carmen. La Intimidad y el Secreto Médico, Madrid: Díaz de Santos, 2000, p.233.

SANTIAGO, Juliana Faria. Gestação por substituição: a ordem pública internacional e o melhor interesse do menor. 2020. Dissertação (Mestrado em Direito, Estado e Constituição) – Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, Brasília. Disponível em: http://icts.unb.br/jspui/bitstream/10482/39024/1/2020_JulianaFariaSantiago.pdf. Acesso em: 21 out. 2024.

SANTOS, A. O.; PEREIRA, A. G. D.; DELDUQUE, M. C. Reprodução humana assistida: regulamentação no Brasil e em Portugal. Revista Jurídica da Escola Superior do Ministério Público de São Paulo, v. 16, n. 2, p. 18-45, 2019.

SARINHO, Felipe. Direito de procriar e procriação medicamente assistida no contexto da bioconstituiç o. In: Jurisdic o Constitucional e Liberdades Públicas. Belo Horizonte, 2017. p. 283. pp. 281-298.

SARLET, I. W. “Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito   saúde na Constituição de 1988”. In: Revista Interesse Público. Porto Alegre, v.12, p. 91-107, 2001.

SARLET, Ingo W. A eficácia dos direitos fundamentais. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1998, p. 136.

SARLET, Ingo Wolfgang. O direito fundamental à proteção e promoção da saúde no Brasil: principais aspectos e problemas. Temas Aprofundados da Defensoria Pública, 2014.

SARLET, Ingo Wolfgang; MARINONI, Luis Guilherme; MITIDIERO, Daniel. Curso de Direito Constitucional. 6ª ed. São Paulo: Saraiva, p. 343, 2017.

SBT News. BRASIL TEM SOMENTE 11 CLÍNICAS PÚBLICAS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA, DIZ ESTUDO DA ONU. Disponível em: <<https://sbtnews.sbt.com.br/noticia/saude/brasil-tem-so-11-clinicas-publicas-de-reproducao-assistida-diz-estudo-da-onu>>. Acesso em: 23 out. 2024.

SCALQUETTE, Ana Cláudia Silva. Estatuto da Reprodução Assistida. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2009

SEGRE, Marcos. Doadores de sêmen devem ser identificados? direitos em conflitos. 2004. Disponível em: < <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Revista&id=133>> Acesso em: 18 de setembro de 2024.

SEQUEIRA, Ana Lúcia Tiziano. Potencialidades e limites para o desenvolvimento de uma política de atenção em reprodução humana assistida no SUS. Tese de doutorado. Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher. Instituto Fernandes Figueira. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2011, p. 26-27.

SGRECCIA, Elio. Manual de bioética: fundamentos e ética biomédica. 3. ed. rev. ampl. São Paulo: Loyola, 2009.

SILVA SALES, Layanna da. O direito sucessório dos filhos concebidos por inseminação homóloga post mortem. IBDFAM: O Direito, 25 mar. 2022. Disponível em: <https://ibdfam.org.br/artigos/1798/O+direito+sucess%C3%B3rio+dos+filhos+concebidos+por+insemina%C3%A7%C3%A3o+hom%C3%B3loga+post+mortem>. Acesso em: 22 out. 2024.

SILVA, Amanda Costa e; FERNANDES, Leopoldo Nelson; CUNHA, Maria do Carmo Vieira da; ANDRETO, Luciana; LEÃO, Arali; CALDAS, Madalena. Motivos de descontinuidade ao tratamento em casais submetidos à Reprodução Assistida em um Hospital-Escola de Pernambuco: estudo transversal. 2015. Disponível em: <<http://higia.imip.org.br/handle/123456789/475>>. Acesso em: 21 out. 2024.

SILVA, Eneida de Oliveira; GERSCHMAN, Silvia. Regionalização e Redes de Atenção à Saúde no Brasil: Desafios da Implementação de um Modelo Integrado. Ciência & Saúde Coletiva, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/Vk9nKfBvDtrQyQJzpGyxNz9>>. Acesso em: 24 de out. 2024

SILVA, G. M. et al. Número de folículos antrais e o sucesso da fertilização in vitro: uma análise multivariada. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. v. 36, n.10, pp.473-479, 2014.

SILVA, Jairnilson Paim; SILVA, Lúgia Maria Vieira da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. Boletim do Instituto de Saúde, São Paulo, n. 76, 2023. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/index.php/bis/article/view/33772>. Acesso em: 21 out. 2024.

SILVA, Virgílio Afonso da. A evolução dos direitos fundamentais. Revista Latino-Americana de Estudos Constitucionais, v. 6, p. 541-558, 2005.

SILVA, Jaylla Maruza Rodrigues de Souza e. Reprodução Humana Assistida entre mulheres homossexuais. (Mestrado em relações sociais e novos direitos). Faculdade de Direito. Universidade Federal da Bahia, 2011.

SIMPLÍCIO, Fernanda de Paula Cananosque. Os projetos de lei sobre reprodução humana assistida no Brasil: uma análise acerca dos principais aspectos jurídicos e normativos. In: CONGRESSO NACIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA (CONIC), 19., 2019, São Paulo. Anais [...]. São Paulo: SEMESP, 2019.

SMANIO, Gianpaolo Poggio. Legitimidade jurídica das políticas públicas: a efetivação da cidadania. In: Bertolin, Patrícia Tuma Martins (Org.) O direito e as políticas públicas no Brasil. São Paulo: Atlas, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA. Setor da reprodução assistida deverá crescer em média 23% ao ano até 2026. 2023. Disponível em: <https://sbra.com.br/noticias/setor-da-reproducao-assistida-devera-crescer-em-media-23-ao-ano-ate-2026>. Acesso em: 12 out. 2024.

SOLLA, Jorge; CHIORO, Arthur. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA, Lúgia (Orgs.) et al. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2. ed.rev. ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p.547-576.

SOUSA, Aione Maria da Costa. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. R. Katál., Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 227-234, jul./dez. 2014. Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN).

SOUZA, Marise Cunha de. As Técnicas de Reprodução Assistida. A Barriga de Aluguel. A Definição da Maternidade e da Paternidade. Bioética. Revista da EMERJ, v. 13, n. 50, 2010.

SOUZA, MCB; DECAT DE MOURA, M; GRYNSZPAN, D (orgs). Vivências em tempo de reprodução assistida: o dito e o não-dito. Rio de Janeiro: Revinter, 2008.

SOUZA, Renilson Rehem de. Construindo o SUS: A lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. 2002. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração de Saúde) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

SPALDING, Alessandra Mendes; Nascimento, Francis Pignatti do; Brega Filho, Vladimir. O direito à reprodução assistida como derivação do direito fundamental à saúde e do direito de formar família. Revista Jurídica Luso-Brasileira (RJLB), 2022. Disponível em: <https://www.cidp.pt/revistas/rjlb/2022/3/2022_03_0001_0023.pdf>. Acesso em: 10 out. 2024.

STEPTOE PC, Edwards RG. Reimplantation of a human embryo with subsequent tubal pregnancy. *Lancet*. 1976;1:880–882

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Agravo em recurso especial AREsp nº 668336. Agravante: Estado do Rio de Janeiro. Agravada: Jociane Alves, Cleiton José Correia de Paula. Relatora Ministra Assusete Magalhães, Brasília, 14, jun. 2016

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Agravo em recurso especial AREsp nº 409498. Agravante: Rosineide Bezerra Chaves. Agravado: Estado do Rio de Janeiro. Relatora Ministra Eliana Calmon, Brasília, 03, out. 2013.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Agravo em recurso especial AREsp nº 263380. Agravante: Estado do Rio de Janeiro. Agravado: Renata Oliveira Rodrigues. Relator Ministro Mauro Campbell Marques. Brasília, 06, dez. 2012

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Sistema de Consulta de Processos. Disponível em: <https://processo.stj.jus.br/SCON/>. Acesso em: 24 set. 2024.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Temas Repetitivos. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/repetitivos/temas_repetitivos/pesquisa.jsp?novaConsulta=true&tipo_pesquisa=T&cod_tema_inicial=1067&cod_tema_final=1067. Acesso em: 24 set. 2024.

TARTUCE, Flávio. A nova resolução 2.294/2021 do Conselho Federal de Medicina sobre a utilização das técnicas de reprodução assistida. IBDFAM, 2021. Disponível em: <https://ibdfam.org.br/artigos/1725/A+nova+resolu%C3%A7%C3%A3o+2.294+2021+do+Conselho+Federal+de+Medicina+sobre+a+utiliza%C3%A7%C3%A3o+das+t%C3%A9cnicas+de+reprodu%C3%A7%C3%A3o+assistida>. Acesso em: 19 out. 2024.

TEIXEIRA, Carmen. Os princípios do sistema único de saúde. 2011. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf. Acesso em: 21 out. 2024.

TEORIA BRASILEIRA. O papel da esterilidade na história do patriarca Abraão e Sara. Disponível em: <https://teologiabrasileira.com.br/o-papel-da-esterilidade-na-historia-do-patriarca-abraao-e-sara/>. Acesso em: 11 out. 2024.

TORRES, Ricardo Lobo. O direito ao mínimo existencial. Rio de Janeiro: Renovar. p. 110, 2009.

TRAVASSOS, Denise Vieira. et al. Judicialização da Saúde: um estudo de caso de três tribunais brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 11, p. 3419–3429, nov. 2013

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Apelação no 0022096-83.2012.8.26.0100. Disponível em: <https://www.tjsp.jus.br/Download/Portal/Neddif/Jurisprudencia/TJSP-Ap-0022096-83.2012.8.26.0100.pdf>. Acesso em: 25 set. 2024.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Apelação Cível nº 0017795-52.2012.8.19.0209, 20ª Câmara Cível, Relator: Desembargador Luciano Barreto, julgado em 07 de agosto de 2013

TRIBUNAL SUPERIOR ELEITORAL (TSE). Saiba quanto cada partido vai receber do total do Fundo Especial de Campanha. Disponível em: <<https://www.tse.jus.br/comunicacao/noticias/2024/Junho/saiba-quanto-cada-partido-vai-receber-do-total-do-fundo-especial-de-campanha>>. Acesso em: 23 out. 2024.

TROUNSON AO, Leeton JF, Wood C, Webb J, Wood J. Successful human pregnancies by in vitro fertilization and embryo transfer in the controlled ovulatory cycle. *Science*. 1981;212:681-682.

UNFPA Brasil. Consenso de Montevideu. Disponível em <https://brazil.unfpa.org/pt-br/consenso-de-montevideu>. Acesso em: 11 out. 2024.

UNFPA Brasil. Reprodução assistida e direitos: panorama, desafios e recomendações para políticas públicas no Brasil. Brasília: UNFPA, 2024. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/reproducao-assistida-e-direitos-panorama-desafios-e-recomendacoes-para-politicas>. Acesso em: 22 set. 2024.

UNIFERT. Inseminação artificial. Disponível em: <https://unifert.com.br/reproducao-humana/tratamentos/inseminacao-artificial/>. Acesso em: 17 out. 2024.

VALLE, V.R. Políticas Públicas, Direitos Fundamentais e Controle Social. Belo Horizonte: Fórum, 2009.

VARÃO, Mariana Fernandes Oliveira. A parentalidade homoafetiva e as técnicas de reprodução humana no brasil e na itália. Editora CRV, 2024.

VASCONCELOS, C. M. & PASCHE, D. F. O Sistema único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.) Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Editora Fiocruz, 2006.

VENTURA, Miriam. Direitos Reprodutivos no Brasil. 3ª edição. Brasília-DF: UNFPA, 2009.

VIEIRA, C. A relação entre a consciência de estigma e a auto-eficácia na infertilidade. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia - Universidade Católica Portuguesa, Braga, Portugal, 2009.

VIEIRA, J. R.; CAMARGO, M. M. L.; SILVA, A. G. da. O Supremo Tribunal Federal como arquiteto institucional: a judicialização da política e o ativismo judicial. *Versus: Revista de Ciências Sociais aplicadas do CCJE*, v. 1, n. 2, p. 76–84, 2009.

ZOEIN, Luís Henrique Linhares. Em que consistem e quais são as “gerações” de direitos fundamentais? *Meu Site Jurídico*, 9 ago. 2019. Disponível em: <https://meusitejuridico.editorajuspodivm.com.br/2019/08/09/em-que-consistem-e-quais-sao-geracoes-de-direitos-fundamentais/>. Acesso em: 22 out. 2024.