

UNIVERSIDADE CANDIDO MENDES – UCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PLANEJAMENTO
REGIONAL E GESTÃO DA CIDADE
CURSO DE MESTRADO EM PLANEJAMENTO REGIONAL E GESTÃO DA CIDADE

RAFAELA CRISTINA FERNANDES DE OLIVEIRA

**REFLEXÕES ACERCA DO DEVER DO ESTADO EM PROMOVER SAÚDE PÚBLICA
E A EFETIVA GRATUIDADE DA FERTILIZAÇÃO: DESAFIOS E DIFICULDADES
IDENTIFICADAS**

CAMPOS DOS GOYTACAZES, RJ
2024

RAFAELA CRISTINA FERNANDES DE OLIVEIRA

**REFLEXÕES ACERCA DO DEVER DO ESTADO EM PROMOVER SAÚDE PÚBLICA
E A EFETIVA GRATUIDADE DA FERTILIZAÇÃO: DESAFIOS E DIFICULDADES
IDENTIFICADAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Planejamento Regional e Gestão da Cidade da Universidade Candido Mendes – Campos/RJ como requisito parcial para obtenção do título de Mestrado em Planejamento Regional e Gestão da Cidade.

Orientadora: Prof.^a. Lia Hasenclever, D.Sc.

Coorientador: Prof. Flavio Ahmed, D. Sc.

CAMPOS DOS GOYTACAZES, RJ
2024

Catálogo na fonte

Preparada pela Biblioteca da **UCAM – CAMPOS** 020/2024

Oliveira, Rafaela Cristina Fernandes de.

Reflexões acerca do dever do estado em promover saúde pública e a efetiva gratuidade da fertilização: desafios e dificuldades identificadas. / Rafaela Cristina Fernandes de Oliveira – 2024.

61 f.

Orientador(a): Lia Hasenclever.

Coorientador(a): Flávio Ahmed.

Dissertação de Mestrado em Planejamento Regional e Gestão da Cidade – Universidade Candido Mendes – Campos. Campos dos Goytacazes, RJ, 2024.

Referências: f. 55-61.

1. Saúde reprodutiva. 2. Políticas públicas. I. Hasenclever, Lia, Arruda, orient. II. Ahmed, Flávio, coorient. III. Universidade Candido Mendes – Campos. IV. Título.

CDU – 618:32

Bibliotecária Responsável: Flávia Mastrogirolamo CRB 7ª-6723

RAFAELA CRISTINA FERNANDES DE OLIVEIRA

**REFLEXÕES ACERCA DO DEVER DO ESTADO EM PROMOVER SAÚDE PÚBLICA
E A EFETIVA GRATUIDADE DA FERTILIZAÇÃO: DESAFIOS E DIFICULDADES
IDENTIFICADAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Planejamento Regional e Gestão da Cidade da Universidade Candido Mendes – Campos/RJ como requisito parcial para obtenção do título de Mestrado em Planejamento Regional e Gestão da Cidade.

Data de aprovação: 02/ 08/ 2024

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Lia Hasenclever, D. Sc.
UNIVERSIDADE CANDIDO MENDES – CAMPOS

Prof. Flavio Ahmed, D. Sc.
UNIVERSIDADE CANDIDO MENDES – CAMPOS

Prof.^a Ludmila Gonçalves da Mata, D. Sc.
UNIVERSIDADE CANDIDO MENDES – CAMPOS

Prof.^a Isabella Franco Guerra, D. Sc.
UNIVERSIDADE CANDIDO MENDES – CAMPOS

CAMPOS DOS GOYTACAZES, RJ
2024

RESUMO

REFLEXÕES ACERCA DO DEVER DO ESTADO EM PROMOVER SAÚDE PÚBLICA E A EFETIVA GRATUIDADE DA FERTILIZAÇÃO: DESAFIOS E DIFICULDADES IDENTIFICADAS

Esta dissertação examina a efetiva gratuidade da política pública brasileira no acesso ao tratamento de fertilização in vitro, destacando a intersecção entre direito à saúde reprodutiva e a prática da judicialização da saúde. Por meio de uma metodologia qualitativa, foram analisados dez casos judiciais que envolvem pedidos de cobertura para tratamentos de reprodução assistida, refletindo as dificuldades enfrentadas pelos cidadãos em acessar tais serviços através do Sistema Único de Saúde (SUS). O estudo evidencia um contraste significativo entre a legislação existente, que reconhece e promove o direito à saúde reprodutiva, e a realidade prática, onde os indivíduos frequentemente recorrem ao sistema judiciário para garantir a realização de seus tratamentos. Os resultados mostram que, apesar de existir uma política pública estabelecida, há uma grande lacuna na sua implementação efetiva, o que contribui para a persistência da judicialização da saúde neste campo. A análise dos casos revelou uma variedade de barreiras administrativas, financeiras e regionais que limitam o acesso equitativo aos tratamentos de fertilização in vitro. O estudo conclui que é necessário reforçar e expandir as políticas públicas para garantir o acesso universal e igualitário aos tratamentos de saúde reprodutiva, reduzindo a dependência do sistema judiciário e promovendo uma aplicação mais justa e eficaz do direito à saúde.

Palavras-chave: saúde reprodutiva; judicialização da saúde; políticas públicas.

ABSTRACT

REFLECTIONS ON THE STATE'S DUTY TO PROMOTE PUBLIC HEALTH AND THE EFFECTIVE PROVISION OF FREE FERTILIZATION: CHALLENGES AND DIFFICULTIES IDENTIFIED

This thesis examines the effective free access provided by Brazilian public policy to in vitro fertilization treatment, highlighting the intersection between the right to reproductive health and the practice of health-related judicialization. Through a qualitative methodology, ten judicial cases involving requests for coverage of assisted reproduction treatments were analyzed, reflecting the challenges citizens face in accessing such services through the Unified Health System (SUS). The study reveals a significant contrast between the existing legislation, which recognizes and promotes the right to reproductive health, and the practical reality, where individuals frequently resort to the judiciary to ensure their treatments are carried out. The results show that despite an established public policy, there is a substantial gap in its effective implementation, contributing to the persistence of judicialization in this field. The analysis of the cases revealed a variety of administrative, financial, and regional barriers that limit equitable access to in vitro fertilization treatments. The study concludes that it is necessary to strengthen and expand public policies to ensure universal and equal access to reproductive health treatments, reducing the reliance on the judiciary and promoting a fairer and more effective application of the right to health.

Keywords: reproductive health; health judicialization; public policies.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
1.1	OBJETIVOS.....	7
1.1.1	Objetivo geral	7
1.1.2	Objetivos específicos.....	7
1.2	JUSTIFICATIVA.....	8
1.3	METODOLOGIA.....	9
1.4	ORGANIZAÇÃO DA DISSERTAÇÃO	10
2	O PLANEJAMENTO FAMILIAR NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA	12
2.1	CLASSIFICAÇÃO DA INFERTILIDADE COMO DOENÇA PELA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE.....	12
2.2	DIREITO À SAÚDE, AO PLANEJAMENTO FAMILIAR E PROcriação	18
2.3	DA GARANTIA DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E DIREITO DE PERSONALIDADE PARA EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS DE REPRODUÇÃO.....	24
2.4	POLÍTICAS PÚBLICAS DE REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA	27
2.4.1	Princípios Constitucionais, o Planejamento Familiar e a Lei n.º 9.263/1996	30
2.4.2	Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.168/2017	32
2.4.3	Portaria nº 426/GM/MS de 2005 e Portaria SAS nº 388, de 06/07/2005	35
2.4.4	Portaria nº 3.149, de 28 de dezembro de 2012	38
3	GRATUIDADE DA FERTILIZAÇÃO <i>IN VITRO</i> – TESES DA RESERVA DO POSSÍVEL E DO MÍNIMO EXISTENCIAL APLICADOS À GARANTIA DA SAÚDE PÚBLICA	41
3.1	TESE DA RESERVA DO POSSÍVEL	41
3.2	TESE DO MÍNIMO EXISTENCIAL	42
4	RESULTADOS: LEVANTAMENTO SOBRE JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE	44
4.1	DOS ESTUDOS DE CASO.....	46
4.2	RESUMO DOS CASOS SELECIONADOS	46
4.3	CONSIDERAÇÕES DOS CASOS LEVANTADOS	49
5	CONCLUSÃO	52
	REFERÊNCIAS	55

1 INTRODUÇÃO

Em que pese o direito ao planejamento familiar e saúde reprodutiva estarem implicitamente integrados ao direito fundamental à saúde e à própria dignidade da pessoa humana, ainda há discussões em relação ao dever do Estado em promover saúde pública através da cobertura integral do tratamento de fertilização *in vitro*, o que tem culminado no aumento expressivo do fenômeno da judicialização da saúde como forma de garantia dos direitos fundamentais constitucionalmente previstos.

De fato, o direito ao planejamento familiar está também garantido na Constituição da República e, portanto, deve ele ser necessariamente interpretado à luz do primado da dignidade, sob pena de não ter a efetividade atualmente exigida das normas constitucionais para a realização plena da pessoa humana enquanto fim último do Estado Democrático de Direito.

Deste modo, a efetividade do direito à saúde requer um conjunto de respostas políticas e ações governamentais mais amplas, e não meramente formais e restritas às ordens judiciais. As demandas judiciais não podem ser consideradas como principal instrumento deliberativo na gestão da cobertura de medicamentos e tratamentos, mas sim, admitidas como um elemento importante na tomada de decisão dos gestores e, muitas vezes, na melhoria do acesso ao direito à saúde (Arêas, 2019).

Em todas as decisões judiciais há que se considerar o desenho da política pública sobre o tema tais como os objetivos e problemas a serem resolvidos que levaram a criação da política; quem são os agentes responsáveis pela política e sua estrutura de implementação; qual a população alvo da política; quais são as regras para ser

beneficiário; que agências contribuem para a implementação das regras; quais as justificativas da política e a sua legitimação ou não no debate que se segue a sua criação e implementação.

O principal desafio, portanto, parece ser estabelecer políticas sociais, com caráter distributivo e políticas públicas de uma forma geral, que coadunem com outros mecanismos e instrumentos de garantia democrática, que aperfeiçoem os sistemas de saúde e de justiça de modo a garantir a efetividade do direito à saúde.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Analisar a política pública do tratamento de fertilização *in vitro* e os desafios de sua implementação como direito fundamental das pessoas comprovadamente acometidas pela infertilidade ou esterilidade por meio de pesquisa bibliográfica sobre o tema e análise de casos concretos de judicialização.

1.1.2 Objetivos específicos

- a) Apresentar os critérios de justiça de distribuição de bens escassos e suas especificidades na saúde pública a partir da literatura;
- b) Estudar o cenário atual do sistema de saúde brasileiro sobre o tema judicialização da saúde a partir da literatura;
- c) Estudar, a luz dos critérios de justiça distributiva e do cenário atual do sistema de saúde brasileira a efetividade das alternativas ao processo convencional de justiça;
- d) Levantar e analisar a política pública de reprodução assistida e os direitos cobertos pelo SUS e pelos planos de saúde;
- e) Examinar e problematizar as demandas judiciais, em que foi requerida a cobertura integral do tratamento de fertilização *in vitro*, bem como em que medida recorrer

ao judiciário irá interferir na problemática de efetividade na solução do litígio gerado pela forma administrativa.

1.2 JUSTIFICATIVA

A justificativa do presente estudo deve-se à relevância e atualidade do tema abordado, diante do aumento significativo das demandas judiciais, fato este que levanta a questão do papel da judicialização como ferramenta de efetivação do direito à saúde, e do aumento das demandas por tratamentos para fertilização (Felix, 2023).

Ademais, trata-se de tema contemporâneo na medida em que problematiza os dilemas que o envolvem, diante da divergência de entendimentos acerca do impacto econômico gerado para a administração pública, a qual se vê compelida a desviar a finalidade de certos recursos para o estrito cumprimento de decisões judiciais que obrigam o Estado/Município a cumprir determinada demanda de interesse particular, em muitos casos, resultando no sacrifício de políticas públicas que beneficiariam toda a coletividade.

Ao mesmo tempo, a morosidade e alto índice de negativas no âmbito administrativo deixa em aberto o caminho para a via judicial, já que, tais demandas são decididas em caráter de urgência, o que não ocorre na seara administrativa. O que traz problemas no que diz respeito ao atendimento de demanda individuais às expensas do interesse coletivo. Deste modo, o presente estudo justifica-se ainda, diante da carência de formas alternativas, eficientes e eficazes de resolução de conflitos sanitários em contraponto à judicialização da saúde, urgindo a necessidade de ampliar as formas de acesso à justiça, para além da técnica universal do processo estatal.

Portanto, imperioso analisar se as Políticas Públicas existentes se mostram eficazes como instrumento de garantia do direito à saúde e resolução dos conflitos sem que a judicialização se faça necessária, promovendo a igualdade no acesso aos tratamentos de reprodução assistida e atendendo, por conseguinte, às necessidades diversas pessoas que buscam realizar o sonho da maternidade.

1.3 METODOLOGIA

A metodologia a utilizada faz uso do método dedutivo e dos seguintes instrumentos de pesquisa: revisão bibliográfica, seleção de documentos e coleta de dados atribuídos ao problema. Os repositórios consultados foram *SciELO*, Google Acadêmico; pesquisa em revistas especializadas em produção científica; dissertações; livros físicos e digitais; legislação específica aplicada ao caso, além de dados oficiais sobre a política pública, nos quais pode-se analisar a visão de diversos autores sobre a temática proposta, juntamente com a seriação de informações públicas acerca da fertilização *in vitro*, políticas públicas que envolvem a mesma, bem como eventual obrigatoriedade de cobertura do referido tratamento através do poder público.

Deste modo, a presente pesquisa pretende ter uma abordagem explicativa em relação ao tema proposto, confrontando os direitos fundamentais garantidos pela Constituição Federal (CF) e pela legislação de planejamento familiar com a efetividade da implantação da política pública que é recente e data de 2005.

A seleção de casos para análise desse confronto será realizada a partir da experiência pessoal da autora, complementando a análise teórica e legal, com a ilustração de dez casos práticos nos quais a autora participou ativamente, representando pacientes que buscaram o direito ao tratamento de fertilização *in vitro* através do sistema judicial.

Cada caso foi identificado com uma letra, de “A” a “J”, resguardando o segredo de justiça, e será detalhado individualmente no capítulo dedicado à análise de casos. Esses casos fornecem uma visão prática das dificuldades enfrentadas pelos pacientes, as respostas do sistema de saúde, tanto público quanto privado, e as decisões judiciais que moldam o acesso a esses tratamentos. A partir da análise desses casos, será possível observar a aplicação real das políticas públicas de reprodução assistida, identificar as barreiras existentes e avaliar a eficácia das medidas implementadas até o momento.

Os dados coletados dos casos incluem informações sobre a idade das pacientes, doenças de base, tempo de espera pelo tratamento, disponibilidade de tratamento pelo SUS, entre outros fatores relevantes. Além disso, a análise dos casos permitirá compreender melhor a interação entre o direito à saúde, a necessidade de tratamentos

de alta complexidade e a capacidade do sistema público de saúde em atender essas demandas. Acredita-se que a experiência prática da autora, aliada à pesquisa bibliográfica e documental, proporcionará uma compreensão abrangente e crítica sobre a efetividade das políticas públicas de reprodução assistida no Brasil.

1.4 ORGANIZAÇÃO DA DISSERTAÇÃO

No primeiro capítulo será examinado o *Planejamento Familiar no Ordenamento Jurídico Brasileiro e as Políticas Públicas de Reprodução Humana Assistida*. Este capítulo estabelece a base jurídica e política para o entendimento da reprodução assistida no Brasil, abordando desde a classificação da infertilidade como doença pela Organização Mundial da Saúde até a análise do direito à saúde e ao planejamento familiar. Além disso, discute-se a dignidade da pessoa humana e os direitos de personalidade como fundamentos para a efetivação dos direitos à reprodução, culminando na exploração das políticas públicas específicas para reprodução humana assistida. A organização deste capítulo sugere uma abordagem abrangente e multidisciplinar, essencial para compreender as complexas interações entre direito, saúde e políticas públicas.

O segundo capítulo tem como ponto central a *Gratuidade da Fertilização In vitro – Princípios da Reserva do Possível e do Mínimo Existencial Aplicados à Garantia da Saúde Pública*. Avança-se na análise específica dos desafios financeiros e éticos enfrentados na implementação da fertilização *in vitro* como um serviço público gratuito. Através do exame do princípio da reserva do possível, discute-se a viabilidade econômica dessa prática, enquanto o princípio do mínimo existencial questiona se tal prática deveria ser considerada um direito básico inerente à dignidade humana. Essa seção propõe uma reflexão crítica sobre como esses princípios podem ser reconciliados ou entrar em conflito no contexto da saúde pública brasileira, oferecendo um panorama profundo dos limites e possibilidades da legislação e da implementação de políticas.

No terceiro e último capítulo, explorou-se os *Resultados: Levantamento sobre Judicialização da Saúde*. Nele apresenta-se uma análise empírica dos impactos da judicialização na saúde, especificamente em casos que envolvem a fertilização *in vitro*.

O objetivo é identificar tendências, desafios e as consequências práticas da crescente demanda por decisões judiciais em questões de saúde pública que envolvem tecnologias reprodutivas avançadas. A organização deste capítulo indica uma transição da teoria à prática, destacando como as interpretações legais e as decisões judiciais têm moldado a aplicação das políticas de saúde em contextos reais, o que é crucial para avaliar a efetividade das abordagens normativas e jurídicas no campo da reprodução assistida.

2 O PLANEJAMENTO FAMILIAR NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA

2.1 CLASSIFICAÇÃO DA INFERTILIDADE COMO DOENÇA PELA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

Historicamente, as mulheres sempre foram associadas à vivência da maternidade (Ávila; Vieira, 2018). “Ter um filho é considerado em cada civilização de um modo diferente; ser mãe pode ser visto como uma experiência perigosa, dolorosa, interessante, satisfatória ou importante, numa determinada mulher, numa determinada civilização” (Correia, 1998, p. 365).

Atualmente, a infertilidade humana tem se tornado uma grande preocupação, sendo considerada em diversos países como um problema de saúde pública. Em um relatório publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como demonstrado pela Associação Brasileira de Reprodução Assistida (2019), fica definido o conceito de infertilidade como doença caracterizada pela ausência de gestação após 12 meses ou mais, de tentativas regulares, com um casal ativo sexualmente sem a utilização de quaisquer métodos contraceptivos. Este relatório (que estuda a respeito da infertilidade e aos cuidados da fertilidade) da OMS reconhece ainda as múltiplas barreiras e dificuldades de acesso a tratamentos, incluindo técnicas de reprodução assistida (Casalechi, 2023).

Como sabido, na Antiguidade era desconhecida a diminuição da capacidade reprodutiva ao longo da vida em função de diversos fatores, que acabam por interferir

principalmente nas condições sociais, físicas e psicológicas. Desde muito tempo, cientistas especializados em reprodução humana têm alertado sobre a infertilidade e a associação entre falta de informação e conhecimento e como esta tem colaborado para o aumento da porcentagem de casais com dificuldades reprodutivas (Farinati; Rigoni, Müller, 2006).

Tendo em vista o número crescente de casais com problemas de fertilidade, se faz necessário avaliar as causas e as consequências da infertilidade masculina e feminina, que muitas vezes acabam por omitir ou negligenciar doenças graves devido à “tratamentos tecnológicos”, que mesmo diante evolução ainda possuem limitações.

Neste viés, entende-se por reprodução humana assistida “todos os procedimentos clínicos e laboratoriais que visam obter uma gestação, substituindo ou facilitando etapas deficientes do processo reprodutivo natural” (Leite, 2019, p. 767).

Com o nascimento do primeiro bebê resultado de uma fertilização *in vitro* em 1978, na Inglaterra, tornou-se possível controlar o processo reprodutivo de diversas maneiras e em diferentes etapas de vida das mulheres, marcando o início de um novo tempo para a medicina (Corleta, 2010).

As técnicas de reprodução assistida disponíveis na atualidade compreendem um conjunto de técnicas de alto custo e mão de obra altamente especializada, compreendendo a inseminação artificial intrauterina, a fertilização *in vitro* (FIV) clássica e a FIV através de injeção intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI) (Borges, 2024).

Nas últimas décadas, a maternidade tornou-se muito mais uma preferência pessoal do que uma imposição sociocultural. Estudos apontam que as metas educacionais e a realização profissional tornaram-se prioridade para as mulheres em vários países (Leite, 2019).

Mulheres pertencentes às classes sociais média e alta, têm adiado a maternidade em virtude de sua ascensão pessoal, acadêmica e profissional, sendo necessário, muitas vezes, recorrer aos métodos de reprodução assistida para viabilizar a maternidade (Borges, 2024)

No Brasil, Borges *et al.* (2024) destacam uma maior prevalência de mulheres com idade a partir de 30 anos ou mais que buscam tratamentos em reprodução assistida (RA). Rocha (2022), complementa, evidenciando que a taxa de sucesso da FIV diminui

consideravelmente após os 40 anos. Esses resultados reforçam a importância de se considerar a idade como um fator preditivo determinante nas ações de planejamento familiar. Borges *et al.* (2024) fornecem um perfil das mulheres brasileiras que buscam tratamentos de RA, destacando características como idade, estado civil, nível educacional e renda familiar.

Esses dados orientam estratégias para personalizar abordagens terapêuticas e melhorar a acessibilidade aos tratamentos, principalmente para as populações de baixa renda e escolaridade, que, dependem quase exclusivamente, do Sistema Único de Saúde (SUS). Em um estudo sobre a disponibilidade de tratamento em reprodução assistida no SUS, Santos (2014) examinou uma ampla amostra nacional. Os resultados indicaram que aproximadamente, apenas 5% da demanda por RA é atendida no setor público.

Notou-se que poucos hospitais públicos ou universitários que oferecem esses serviços abrangem todas as fases de tratamento de alta complexidade da FIV. Em alguns casos, a participação financeira dos usuários é necessária para adquirir medicamentos, e hospitais universitários podem depender de verbas de pesquisa.

O fenômeno comum é a existência de extensas filas para o início do tratamento. Nas conclusões, Borges (2024) sugere a expansão do acesso à compra de ciclos de FIV pelo SUS em clínicas privadas já estabelecidas, dada a defasagem em termos de equipamentos e pessoal treinado nos hospitais públicos. Essa proposta se mostra coerente, considerando sua implementação prática em casos de outras patologias ou tratamentos complexos, como a hemodiálise, por exemplo.

Ainda nesse viés, Zegers-Hochschild (2016), reforça em seu relatório que os países que possuem políticas públicas consolidadas e que garantam maior acesso aos tratamentos de reprodução assistida para a população, têm avançado em números de ciclos realizados, assim como foi percebido discreto aumento na faixa etária das mulheres submetidas aos tratamentos de RA nesses países. Para Borges *et al.* (2024), a demora nas filas de espera dos poucos hospitais públicos que oferecem tratamento de RA gratuito, e que atendem, quase exclusivamente, mulheres de baixa renda, aumenta nesse público a expectativa e ansiedade, sem fornecer, minimamente, previsão de quando essas mulheres terão acesso de fato ao tratamento.

Não menos importante, fatores relacionados à saúde como obesidade e síndrome do ovário policístico (SOP) também fazem parte das características das mulheres que buscam na reprodução assistida um aliado para a realização do sonho de ser mãe, conforme dispõem França *et al.* (2024).

Finalmente, a compreensão desses diversos elementos é essencial para orientar estratégias eficazes que promovam a igualdade no acesso aos tratamentos de reprodução assistida, atendendo às necessidades diversas das mulheres e casais que buscam realizar o sonho da maternidade.

Assim, é notória a escassez de políticas públicas que garantam o acesso universal à prevenção e tratamento de infertilidade, sendo latente a necessidade de estruturação de projetos e programas nesse sentido.

Não obstante, embora promissora, essa estratégia acarreta desafios significativos, principalmente relacionados ao financiamento e à governança. A alocação de recursos públicos para clínicas privadas pode gerar debates acalorados sobre a equidade no acesso e a eficiência do uso de fundos estatais. Além disso, a supervisão da qualidade do tratamento e a garantia de que os padrões estabelecidos sejam mantidos tornam-se pontos cruciais, uma vez que o sucesso da terapia depende diretamente da competência e do cuidado empregados em cada etapa do processo. Portanto, enquanto a proposta visa mitigar o problema das filas e melhorar o acesso ao tratamento, é fundamental que haja uma fiscalização rigorosa e uma política clara para evitar qualquer comprometimento da qualidade e da integridade dos serviços de saúde oferecidos.

Como demonstrado, a infertilidade está expressamente prevista no rol das doenças listadas pela OMS, devendo, portanto, ter coberto o tratamento necessário para solucioná-la. É nesta perspectiva que foi elaborado o processo de encaminhamento das mulheres que são indicadas por seus médicos a aguardarem o tratamento custeado pelo SUS, que reconhece a infertilidade humana dentro do âmbito de atenção em saúde. Este fato é reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), na Resolução nº 1.358/92.

Todavia, como será demonstrado no presente trabalho, o processo para conseguir uma vaga é extremamente exaustivo e demorado, podendo levar anos, exigindo dos interessados avassaladora dedicação, uma vez que, poderá ser necessária mais de uma tentativa e, conforme os anos passam, as chances de êxito diminuem.

Assim, para que o paciente possa seguir com o seu planejamento familiar (lei nº 9.263/96), dentro da programação de ter filhos, necessita ter acesso às políticas públicas que garantam a realização do procedimento de *fertilização in vitro*, tratamento apto a tratar a infertilidade, com chances reais de gravidez.

Conforme entendimento do Desembargador Fernando Cerqueira Chagas do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, através de decisão na apelação n.º 0002218-83, julgado em 24 de fevereiro de 2016, através da 11ª Câmara Cível (2014, p.1): “A prestação do tratamento de fertilização *in vitro*, de acordo com as regras estabelecidas pelo SUS, está subordinada à disponibilidade orçamentária” (TJRJ, 2016).

Destarte, para a Organização Mundial de Saúde – OMS, o conceito de saúde se dá como sendo “um estado de completo bem-estar físico, mental e social” (Brasil, 2004, p. 1), da mesma forma, o CFM, na resolução nº 2.168/2017, considerou a infertilidade humana como um problema de saúde, com implicações médicas e psicológicas, e a legitimidade do anseio de superá-la.

De acordo com um estudo recente publicado pela revista VEJA em abril de 2023, a infertilidade aumenta no mundo e impõe novos desafios a ciência, tendo em vista que, uma em cada seis pessoas tem ou terá dificuldades para ter filhos (Felix, 2023, p. 1). Nesse sentido, o planeta está realmente menos fértil. E o fenômeno não está unicamente atrelado à decisão cada vez mais frequente e global de postergar a concepção dos bebês. O problema é de saúde! Tal conclusão só foi possível pelo mais recente relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre a infertilidade (Casalechi, 2023).

Prosseguindo, segundo aponta o estudo, para chegar a esse diagnóstico, a OMS se debruçou sobre mais de 12000 pesquisas, em todos os continentes, até consolidar uma robusta revisão com base em 133 estudos populacionais realizados entre 1996 e 2021. Descobriu-se, na média, que 17,5% das pessoas têm algum grau de infertilidade — taxa superior ao que os especialistas em reprodução humana imaginavam.

Isso significa que, se nenhum acompanhamento ou tratamento médico for feito, esses homens e mulheres não conseguirão ter sua prole. É questão que extravasa o foro íntimo. “A minha esperança é que governos utilizem esse relatório como parte de seus esforços para fortalecer sistemas de saúde e para ajudar as pessoas a cumprir suas

intenções de fertilidade e viver vidas mais saudáveis” escreveu o diretor-geral da OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, conforme citado por Félix (2023, p. 1).

Félix (2023) também cita Daniel Zylberstejn, coordenador médico do Fleury Fertilidade: “A infertilidade tem de ser regulamentada como doença e receber o devido suporte, porque já consta na Classificação Internacional de Doenças (CID)”

Como Dantas e Chaves (2018) explanam em seu livro “Aspectos Jurídicos da Reprodução Assistida”, que dentre todos os temas atualmente em construção no Direito à Saúde, existe poucos tão polêmicos quanto o Direito à Reprodução Assistida.

A Infertilidade é uma realidade que está presente na História da Humanidade desde sempre. Em um passado próximo os casais inférteis estavam condenados a não terem filhos geneticamente ligados um ao outro. Somente há poucas décadas atrás que a reprodução de filhos geneticamente ligados aos pais se tornou possível para estes casais.

A Constituição Federal indica que a o planejamento familiar deverá basear-se na dignidade da pessoa humana e na parentalidade responsável, sendo vedado ao Estado qualquer tipo de controle ou interferência no exercício desse direito, veja-se:

Art. 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado.

[...]

§ 7º 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 (Brasil, 1988).

O núcleo familiar é objeto de muita proteção no Brasil, dentre os cuidados que se deve ter com a família está o planejamento familiar, que é o controle que as pessoas devem ter sobre a sua fecundidade e saúde reprodutiva.

O Planejamento Familiar é um conjunto de ações que auxiliam homens e mulheres a planejarem a chegada de um filho ou prevenir uma gravidez, todo esse planejamento é coberto pela Lei n.º 9.263/96. Em sendo assim, essa assistência da reprodução assistida seja por meio da *fertilização in vitro* ou por meio de uma inseminação artificial, é reforçada por toda a legislação, iniciando pela própria CF.

Assim, a partir do presente estudo pretende-se investigar a escassez de políticas públicas que garantam o acesso universal à prevenção e tratamento de infertilidade,

havendo-se, portanto, a necessidade de estruturação de projetos e programas nesse sentido, a fim de garantir o direito à saúde sem que haja a necessidade de judicialização.

2.2 DIREITO À SAÚDE, AO PLANEJAMENTO FAMILIAR E PROCREAÇÃO

Antes mesmo da previsão em texto constitucional, o Direito à saúde já havia sido consagrado, em 1946, no Preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde, a qual já previa que:

A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social (OMS, 1946).

Ademais, em 1948 o Brasil assinou na Organização das Nações Unidas a Declaração Universal dos Direitos do Homem, a qual prevê, em seu art. 25, que:

Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e a sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto a alimentação, ao vestuário, ao alojamento, a assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários; e tem direito a segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade (ONU, 1948).

Em 1969, o Brasil aderiu à Convenção Americana de Direitos Humanos, que em seu artigo 4º afirma que “toda pessoa tem direito ao respeito de sua integridade física, psíquica e moral”. Observa-se, entretanto, que essa adesão não permitiu o seu alinhamento ao constitucionalismo democrático e social surgido no Pós-Guerra, devido a que no período vivia-se um regime ditatorial. A efetiva positivação desses direitos só tenha ocorrido com a promulgação da Constituição de 1988. A partir de então, qualquer cidadão, independentemente de classe social, cor, sexo ou contribuição para a Previdência ou outros órgãos estatais, passou a ter acesso aos serviços de saúde e tratamentos disponibilizados pelo Estado. Essa garantia está inscrita no artigo 194, incisos I e II da CF/88, que estabeleceu a universalidade e a uniformidade e equivalência dos serviços e ações à toda população.

Com a inclusão da saúde no texto constitucional, tornou-se necessário que o legislador constituinte determinasse diretrizes e meios para sua implementação efetiva. Nos artigos 198 e 200 da Constituição, foi definido o Sistema Único de Saúde (SUS) como o instrumento responsável pela execução das políticas de saúde pública no Brasil. O SUS é regulamentado pela Lei 8.080/90, que além de governá-lo, confirma a universalidade das ações e serviços de saúde. Além disso, um dos fundamentos da República Federativa do Brasil, elencado no artigo 1º, está diretamente relacionado ao direito à saúde: o princípio da Dignidade da Pessoa Humana.

Para criar diretrizes para a Constituição de 1988, ocorreu em 1986 a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que elevou a saúde ao status de um dos mais importantes direitos sociais. Essa conferência definiu o significado de saúde no item 3º, afirmando que “saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis”.

Como visto, a percepção do conceito de qualidade de vida também tem muitos pontos em comum com a definição de saúde, sendo visível a necessidade de analisar o corpo, a mente e até mesmo o contexto social no qual o indivíduo está inserido para conceituar melhor o estado de saúde.

Deste modo, o direito à saúde não significa apenas tratar de doenças, mas sim cuidar do ser humano, para que o mesmo possa usufruir de uma vida com dignidade. E isso também se reflete no campo reprodutivo: o Estado, frente as pessoas que não conseguem procriar, deve viabilizar meios que efetivem o planejamento familiar (Moraes; Amaro, 2019).

Portanto, percebe-se que o direito à saúde não é meramente um direito garantido nos artigos finais da Constituição Federal de 1988, mas um direito que permeia todo o texto constitucional. Isso reforça a impossibilidade de qualquer tentativa de restrição desse direito ao indivíduo, pois ele está intrinsecamente ligado ao princípio da dignidade da pessoa humana (Souza, 2016).

Ocorre que, desde os tempos primórdios, a fertilidade era vista pela sociedade como uma benção dos céus, enquanto a infertilidade advinha de uma maldição, o que resultou em grandes questionamentos, até se tornar objeto de importantes estudos

experimentos científicos na busca pela cura e possibilidade de garantia plena da saúde, em especial das mulheres, bem como do exercício do livre planejamento familiar através da procriação.

Como pontua Leite (1995, p. 17-18):

Faz parte da mentalidade humana, desde suas mais distantes origens, contrapor as noções de fecundidade e esterilidade, atribuindo a cada uma delas valores que, necessariamente, se contrapõem, se excluem, se radicalizam em princípios maniqueístas. A fecundidade está vinculada a noção de bem; e à esterilidade, a noção de mal.

Diante disso, a possibilidade de cura, através das técnicas de reprodução humana assistida, advindas das inovações na área reprodutiva tem sido cada vez mais requisitadas. Todavia, inexistente no Ordenamento Jurídico Brasileiro, legislação específica sobre o tema, sendo normatizadas, contudo, pela resolução do CFM, com aplicação dos Princípios Constitucionais e utilização de jurisprudências em caso de judicialização.

Conforme a autonomia dos indivíduos ao se reproduzirem, o direito reprodutivo foi reconhecido em esfera internacional nos idos de 1994 e 1995 (*reproductive rights*), entendido como direitos fundamentais ou humanos.

Piovesan (2007, p. 238) destoa que os direitos reprodutivos correspondem:

[...] ao conjunto dos direitos relacionados ao livre exercício da sexualidade e da reprodução humana. Esse conceito compreende o acesso a um serviço de saúde que assegure informação, educação e meios, tanto para o controle da natalidade, quanto para a procriação sem riscos para a saúde.

Assim, a autora afirma que o direito à reprodução é fundamental, pois integra a formação da personalidade humana e seu projeto parental. Corroborando tal entendimento, Brauner (2003) também afirma que o reconhecimento do direito a ter filhos deve ser visto como um direito personalíssimo, inalienável, com proteção do Estado.

O planejamento familiar é expressamente assegurado pelo ordenamento jurídico brasileiro, conforme dispõe a CF, Código Civil, bem como outras normas legais, o que se infere da leitura do já citado art. 226, §7º da CF/884 e art. 1565, §2º do CC de 2002.

Leite (2019, p. 127), ao dispor sobre a autonomia e a liberdade do casal em submeter-se ao livre planejamento familiar, dispõe: “[...] escapa do controle exterior e

passa a ser matéria de foro íntimo, decidida segundo convicções e disponibilidade financeira do casal”. Nessa senda, surgem as responsabilidades dos pais com os futuros filhos. Por essa razão, o art. 229 da Constituição Federal regulamenta com clareza os deveres dos pais com os filhos: “os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade”. Nesse ínterim, Diniz (2007, p. 124) aponta que:

[...] o casamento produz várias consequências que se projetam no ambiente social, nas relações pessoais e econômicas dos cônjuges e nas relações pessoais e patrimoniais entre pais e filhos, dando origem a direitos e deveres que são disciplinados por normas jurídicas.

De outra parte, a atuação do Estado é de necessária importância, pois, por meio de recursos disponibilizados, ele proporciona a escolha livre e consciente dos indivíduos, que podem redigir o caminho que sua família percorrerá.

Ademais, a Lei n.º 9.263/1996, por meio do art. 4º, estabelece que “o planejamento familiar se orienta por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade” (Brasil, 1996).

Adicionalmente, Mascarenhas e Dadalto (2024) ensinam que a autonomia privada deve ser exercida com base na dignidade humana e deve ser dirigida aos aspectos dos direitos de personalidade, conseqüentemente, aos direitos de família.

Como observa-se, o planejamento familiar ocupa status de direito fundamental que todos os indivíduos capazes possuem o direito de exercer. Diante da evolução na biociência que gerou avanços nas tecnologias de procriação, famílias inférteis passaram a ter a chance de concretizar o sonho de serem pais por meio das técnicas de reprodução humana assistida. Portanto, pode-se afirmar que, implicitamente, a Constituição Federal também contempla o direito ao uso das técnicas artificiais de procriação.

Ao lecionar sobre o livre planejamento familiar, Sá (2023, p. 68) dispõe:

A decisão pela procriação pressupõe, naturalmente, o elemento volitivo das partes e está, por óbvio, garantida pela livre manifestação da autonomia dos indivíduos, podendo ser concretizada de forma natural, por conjugação carnal, ou com auxílio das técnicas de reprodução humana artificial, através de métodos como inseminação e fertilização *in vitro*.

Assim, o direito ao uso das técnicas de reprodução humana assistida advém do livre planejamento familiar. O Estado deve proporcionar meios eficazes para que pessoas inférteis possam concretizar o desejo de constituir família com descendentes, para que possam de fato exercer seus direitos de personalidade.

A não consideração do direito de definição da própria procriação como direito fundamental encontra-se associada à não consideração da liberdade de escolha dos indivíduos, como presente também nesse aspecto pro criativo. (Medeiros; Verdi, 2010).

Logo, a saúde é “um dos principais componentes da vida, seja como pressuposto indispensável para sua existência, seja como elemento agregado à sua qualidade.

Assim, “a saúde se conecta ao direito à vida” (Schwartz, 2001, p. 52). Por sua vez, o art. 6º, caput, da Constituição Federal, trata da saúde como direito social (Brasil, 1988):

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e o acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Neste norte, o art. 2º da Lei n.º 8.080/90 afirma que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. Sob essa ótica, o sentido do direito à saúde e o direito à reprodução mostram-se como primordiais para se promover o bem-estar psíquico e físico das pessoas. A possibilidade de procriar, sem dúvidas, proporciona o desenvolvimento do indivíduo e concretiza o direito à saúde.

Com base nessa ideia, a Organização Mundial da Saúde, reconhecendo sua importância, define a Saúde Reprodutiva de forma específica, afirmando que:

Saúde reprodutiva é um estado de bem-estar físico, mental e social, e não de mera ausência de enfermidades ou doenças, em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo e suas funções e processos. Em consequência, a saúde reprodutiva pressupõe a capacidade de desfrutar de uma vida sexual segura e satisfatória e de reproduzir-se, contando com a liberdade de fazê-lo ou não, quando e com que frequência (Piovesan, 2003, p. 243).

Em síntese, a CF prevê a todas as pessoas o direito de decidir de maneira livre e responsável sobre questões ligadas ao planejamento familiar, bem como os meios para o exercício dos direitos ligados a reprodução, sejam eles educacionais ou científicos.

Todavia, imperioso destacar, que para a efetivação do direito à saúde, em especial à saúde reprodutiva, ao planejamento familiar, bem como à procriação necessário se faz criar e implementar políticas públicas eficazes e capazes de garantir de forma ampla e igualitária a reprodução humana assistida, com foco principal na garantia de acesso gratuito pelo SUS (Sistema Único de Saúde), a todos os estados da federação vez que, na atualidade, contrariando os decretos específicos que tratam do tema, apenas 5 (cinco) estados contam com os procedimentos de forma gratuita, conforme dispõe a Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH) (Casalechi, 2018).

Os estados que disponibilizam esses serviços são São Paulo, Rio Grande do Sul, Distrito Federal, Minas Gerais e Pernambuco. Esses estados possuem hospitais específicos que são referências em tratamentos de fertilização in vitro e outras técnicas de reprodução assistida. Por exemplo, o Hospital Pérola Byington em São Paulo e o Hospital das Clínicas de Porto Alegre são duas dessas unidades que fornecem o tratamento gratuitamente (Casalechi, 2018),

Todavia, é imperioso destacar que para a efetivação do direito à saúde reprodutiva e ao planejamento familiar, é necessário criar e implementar políticas públicas eficazes que garantam o acesso gratuito e igualitário à reprodução humana assistida em todos os estados da federação. Apesar das portarias e decretos específicos que tratam do tema, a cobertura ainda é limitada a alguns estados e centros de saúde, o que cria disparidades no acesso ao tratamento em diferentes regiões do país.

Essa limitação se deve, em grande parte, à falta de infraestrutura adequada e de investimentos necessários para expandir esses serviços a nível nacional. Portanto, a implementação abrangente dessas políticas é crucial para que todos os cidadãos possam exercer seu direito à saúde reprodutiva de maneira plena e equitativa (SBRH, 2018).

2.3 DA GARANTIA DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E DIREITO DE PERSONALIDADE PARA EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS DE REPRODUÇÃO

Em 1978, nascia, em Oldham — uma cidadezinha do interior da Inglaterra —, o primeiro bebê de proveta do mundo. Em 25 de julho de 1978, Louise Joy Brown nasceu e foi recebida com grande felicidade por seus pais, Lesley e John Brown, que tentavam ter um bebê há mais de nove anos (Memória Globo, 2021).

Hoje, em 2024, em que pese algumas críticas à técnica, em virtude de convicções filosóficas e religiosas, a fertilização *in vitro* é analisada também sob a ótica do direito à procriação como um direito fundamental.

Destaca-se que a Constituição Federal de 1988 estipula que, com base nos princípios da dignidade humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é uma decisão livre do casal. Cabe ao Estado fornecer os meios educacionais e científicos necessários para garantir o exercício desse direito (Brasil, 1988).

Para regulamentar essa disposição constitucional, a Lei de Planejamento Familiar (Lei 9263/96) integra o planejamento familiar ao conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma perspectiva de atendimento integral à saúde (art. 3º). A lei assegura um conjunto de ações voltadas para a regulação da fecundidade, garantindo direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal (art. 2º).

Vale ressaltar que o parágrafo único do art. 3º. prevê expressamente que (Brasil, 1996):

As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas no caput, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua, como atividades básicas, entre outras:

- I – a assistência à concepção e contracepção;
- II – o atendimento pré-natal;
- III – a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato;
- IV – o controle das doenças sexualmente transmissíveis;
- V – o controle e a prevenção dos cânceres cérvico-uterino, de mama, de próstata e de pênis.

Conforme observado por Souza (2016), a Lei de Planejamento Familiar busca promover a saúde reprodutiva de todos os indivíduos e assegura que, para o exercício deste direito, "serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitas, e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção" (art. 9º). Dessa forma, a lei promove a saúde reprodutiva para permitir que os indivíduos desenvolvam seu planejamento familiar, conforme garantido pela Constituição, traduzido como projeto parental. Em outras palavras, ao garantir a saúde reprodutiva, potencializa-se o livre planejamento parental de cada indivíduo. A CF indiscutivelmente assegura a saúde reprodutiva e prevê que o livre planejamento familiar, elaborado pelo casal, está intimamente ligado à dignidade da pessoa humana e à paternidade responsável.

Além disso, é importante destacar que a infertilidade afeta tanto a saúde reprodutiva quanto a saúde emocional. A Organização Mundial de Saúde define saúde não apenas como a ausência de doenças, mas como um estado de bem-estar físico, mental e espiritual. Relatos clínicos indicam que pessoas que não conseguem ter filhos podem desenvolver transtornos psicológicos e, em alguns casos, atentam contra a própria vida pela impossibilidade de gerar uma criança. Esses distúrbios, se não prevenidos, podem gerar demandas ao SUS. Portanto, conclui-se que o direito à reprodução assistida está inserido no âmbito do direito fundamental à saúde, devendo ser garantido gratuitamente aos cidadãos que enfrentam problemas de saúde reprodutiva (Souza, 2016).

Diante dos vários acontecimentos em que a sociedade moderna está inserida, os princípios fundamentais, a exemplo do livre planejamento familiar, tornam-se de grande valia para a concretização dos direitos, já que esses são os pilares do ordenamento jurídico pátrio.

Por estar relacionada ao direito de existência digna, a saúde faz parte dos direitos fundamentais previstos na Constituição Federal. O art. 196 da norma constitucional é previsto como um direito fundamental, tal que garante saúde para todos os indivíduos, com caráter de universal e igualitário entre todas as pessoas (Schwartz, 2001). "Não há como recusar que um dos requisitos para a existência dessa dignidade de que trata a Constituição Federal, é a saúde pública" (Paranhos, 2007, p. 155).

Deste modo, o planejamento familiar e, por conseguinte, a geração de descendentes, está expressamente amparada pela CF/88. Mascarenhas e Dadalto (2024) ensina que a autonomia privada deve ser exercida com base na dignidade humana e deve ser dirigida aos aspectos dos direitos de personalidade, conseqüentemente, aos direitos de família.

Os direitos de personalidade possuem fundamental posição ao se falar em direitos de reprodução, pois são direitos inerentes ao ser humano, em razão da sua própria pessoa. A salvaguarda dos direitos da personalidade também foi destaque no âmbito das normas constitucionais, de tal maneira que a proteção da dignidade humana corresponde ao pilar dos princípios fundamentais, o que proporciona a proteção do ser humano³ e a efetivação dos seus direitos.

Para Tepedino e Teixeira (2023), os direitos de personalidade são de suma importância para a existência da pessoa. Ele afirma que os direitos da personalidade são os direitos supremos do homem, aqueles que garantem a ele a fruição de seus bens pessoais. Em confronto com os direitos a bens externos, os direitos da personalidade garantem a fruição de nós mesmos, asseguram ao indivíduo a senhoria da sua pessoa, a atuação das próprias forças físicas e espirituais.

Nessa concepção, os direitos de personalidade correspondem à aptidão das pessoas para exigirem os demais direitos consagrados na ordem constitucional, visto que os direitos de personalidade compreendem uma categoria de direitos que possui valoração ao exigir outros direitos, como exemplo o direito fundamental ao livre planejamento familiar, o direito de reprodução.

Os indivíduos têm a liberdade de se reproduzir, inclusive aqueles com condições de esterilidade ou infertilidade que dificultam a concepção, uma vez que a personalidade humana se manifesta nas relações sociais, evidenciando sua vocação para interações complexas. A personalidade abrange direitos exclusivos aos seres humanos (Corleta, 2010).

O direito ao livre planejamento familiar corresponde ao direito que as pessoas possuem de constituir suas estruturas familiares por meio de decisões coerentes e conscientes e bilaterais. O ordenamento jurídico brasileiro assegura a livre escolha do

casal em constituir família nos parâmetros da lei, e sem interferência do Estado. Tal garantia é disciplinada na Constituição Feral, Código Civil e outras normas legais.

A liberdade e a autonomia dos indivíduos no que concerne o livre planejamento familiar, prescrita pelo texto constitucional e, conseqüentemente, pela norma civil, corresponde ao direito personalíssimo. Por ser um direito inerente ao ser humano, ninguém, pessoa civil, jurídica ou o próprio Estado, poderá interferir na decisão do casal ou da pessoa solteira em constituir sua família, como prevê o art. 1.565, parte final do § 2º do Código Civil Brasileiro: “[...] vedado qualquer tipo de coerção por parte de instituições privadas ou públicas”. O caráter personalíssimo é evidente, não possuindo qualquer tipo de indagação aos indivíduos, devendo eles obedecer literalmente ao que está contido no *mens legis*.

Assim, como observa-se, por meio da autonomia individual, o direito à constituição da prole é amplamente arraigado aos direitos de personalidade e dignidade da pessoa humana dos indivíduos.

O dever do Estado é garantir, através de políticas públicas eficazes, meios que assegurem o surgimento e desenvolvimento das instituições familiares, a fim de se efetivar de forma ampla, os direitos previstos e ao mesmo tempo, impedir o fenômeno da judicialização da saúde, que tem sido uma crescente diante da falta de efetividade de cumprimento do dever do Estado.

2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA

Para a concretização do planejamento familiar e do direito à procriação, é essencial que o Estado tome diversas medidas, entre elas a criação de políticas públicas que assegurem esses direitos. No Brasil, não há uma legislação específica sobre técnicas de Reprodução Humana Assistida; contudo, essas práticas são regulamentadas pela interpretação ampla dos Princípios Constitucionais, pela Lei 9.263/96, que trata do Planejamento Familiar, pelas resoluções do CFM, bem como pela utilização de jurisprudências e enunciados dos órgãos do Poder Judiciário, além das portarias emitidas pelo próprio Poder Público.

A Constituição, que ocupa o ápice da pirâmide hierárquica das leis, conforme ilustrado por Hans Kelsen, garante a promoção da saúde e estabelece que cabe ao Estado proporcionar recursos educacionais e científicos para o exercício do planejamento familiar (Brasil, 1988). O princípio da dignidade da pessoa humana é considerado fundamental para garantir a execução desses direitos, atuando como verdadeiro guardião para a aplicação das garantias constitucionais.

Neste contexto, o Enunciado nº 68 da II Jornada de Direito de Saúde, promovida pelo Conselho Nacional de Justiça, afirma que os direitos reprodutivos correspondem ao conjunto de direitos básicos relacionados ao livre exercício da sexualidade e da reprodução humana. *in verbis* (CNJ, 2017): “68. Biodireito – Os direitos reprodutivos correspondem ao conjunto de direitos básicos relacionados com o livre exercício da sexualidade e da reprodução humana”.

Importante é recapitular que a Resolução nº 2.168/2017 do CFM considera a infertilidade humana como um problema de saúde, com implicações médicas e psicológicas, e legitima o anseio de superá-la. Portanto, uma vez que a saúde é uma garantia constitucional e que a própria CF protege o Planejamento Familiar, entende-se que esse planejamento deve ser protegido e promovido pelo Estado.

Nessa ótica, a concretização desse direito não deve depender da reserva do possível, uma vez que o direito à saúde é fundamental e deve ser protegido, conforme assegura a Constituição.

A Lei n.º 9.263/96 define o planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garante direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal. Em seus artigos 2º, 3º e 9º, a lei inclui a oferta de métodos e técnicas para concepção, reforçando a necessidade de políticas públicas que assegurem esses direitos (Brasil, 1996). A tecnologia reprodutiva e suas consequências têm sido um ponto de intenso debate, especialmente quanto à obrigação do Estado de disponibilizar gratuitamente técnicas de reprodução assistida por meio do SUS.

A interpretação de que o Estado apenas oferece serviços relacionados aos métodos contraceptivos para um projeto familiar responsável é incompleta. O Estado também detém o poder de proporcionar a reprodução, assegurando os direitos de

procriação às pessoas inférteis através da oferta de métodos de concepção artificial. Leite (2019, p. 127) destaca que a autonomia e a liberdade do casal em planejar a família escapam ao controle exterior, tornando-se uma questão de foro íntimo, decidida segundo convicções e disponibilidade financeira. Assim, surgem as responsabilidades dos pais com os futuros filhos, conforme regulamentado pelo art. 229 da Constituição Federal.

Neste contexto, três portarias se destacam na regulamentação e implementação das políticas públicas de reprodução humana assistida no Brasil. A primeira é a Portaria nº 426/GM/MS de 2005, que estabeleceu no âmbito do SUS a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida. Esta portaria inclui técnicas como a fertilização *in vitro*, visando assegurar que as pessoas inférteis tenham acesso às técnicas necessárias para a concepção e garantindo assim seus direitos reprodutivos (Brasil, 2005).

Importante apontar que a segunda portaria, a Portaria SAS n.º 388, de 06/07/2005, regulamenta a Portaria GM n.º 426/2005, destinando recursos financeiros aos estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos de atenção à Reprodução Humana Assistida no SUS. Esta portaria assegura a oferta de todos os métodos e técnicas de concepção e anticoncepção cientificamente aceitos, garantindo a efetivação da dignidade da pessoa humana e o acesso ao direito à saúde com seus diversos desdobramentos, especialmente o direito reprodutivo (Brasil, 2005).

Por fim, a Portaria n.º 3.149 de 28 de dezembro de 2012, institui a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, abrangendo procedimentos como a fertilização *in vitro* e a injeção intracitoplasmática de espermatozoides. Esta portaria determina a implantação articulada da política entre o Ministério da Saúde, Secretarias de Estado de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde. Ela visa organizar uma linha de cuidados integrais que envolva promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em todos os níveis de atenção (Brasil, 2005).

A seguir, serão apresentados e analisados em detalhes cada uma dessas políticas públicas, demonstrando sua importância e impacto na efetivação dos direitos reprodutivos no Brasil.

2.4.1 Princípios Constitucionais, o Planejamento Familiar e a Lei n.º 9.263/1996

O planejamento familiar e a reprodução humana assistida estão profundamente enraizados nos princípios constitucionais brasileiros, os quais fornecem a base normativa para a criação e implementação de políticas públicas nessa área. A Constituição Federal de 1988, considerada a norma suprema do ordenamento jurídico, assegura a promoção da saúde como um direito fundamental, estabelecendo que cabe ao Estado a responsabilidade de proporcionar os recursos educacionais e científicos necessários para o exercício do planejamento familiar (Mascarenhas; Dadalto, 2024). Esse direito é um reflexo do compromisso do Estado com o bem-estar e a dignidade da pessoa humana, princípios que norteiam a interpretação e a aplicação das políticas públicas de saúde.

A inclusão do planejamento familiar como um direito constitucional está intimamente ligada ao princípio da dignidade da pessoa humana, que é um dos pilares do Estado Democrático de Direito. Esse princípio garante que todos os indivíduos tenham acesso igualitário às informações e aos meios necessários para exercer seus direitos reprodutivos de maneira livre e consciente (Rodrigues, 2021). O planejamento familiar, portanto, não se restringe apenas ao uso de métodos contraceptivos, mas abrange também o acesso a técnicas de reprodução assistida para aqueles que enfrentam dificuldades de concepção. A política pública de planejamento familiar, fundamentada na Constituição, busca assegurar que todos os cidadãos possam realizar seu direito à procriação de forma segura e informada.

A efetivação do planejamento familiar como política pública requer uma abordagem integrada e multidisciplinar, que envolva a educação, a saúde e a assistência social. O Enunciado nº 68 da II Jornada de Direito de Saúde, conforme citado anteriormente, promovida pelo Conselho Nacional de Justiça, reforça essa perspectiva ao afirmar que os direitos reprodutivos correspondem a um conjunto de direitos básicos relacionados ao livre exercício da sexualidade e da reprodução humana (CNJ, 2017). Essa interpretação amplia o alcance das políticas públicas, reconhecendo a necessidade de ações governamentais que vão além da simples regulação da fecundidade, englobando também o apoio e o acesso às tecnologias de reprodução assistida.

Portanto, ao assegurar o planejamento familiar como um direito constitucional, o Estado brasileiro assume a responsabilidade de criar e implementar políticas públicas eficazes que garantam o acesso a todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção. Essa responsabilidade inclui não apenas a oferta de serviços e recursos necessários para a prática do planejamento familiar, mas também a criação de um ambiente legislativo e institucional que suporte e promova esses direitos.

Ao dispor como direito fundamental a assistência em Planejamento Familiar, fora criada a Lei n.º 9.263/96 que conceitua e inclui a oferta de métodos e técnicas para concepção em seus artigos 2º, 3º e 9º (Brasil, 1996):

Art. 2º Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

Art. 3º O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção a mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde.

Art.9º Para o exercício do direito de planejamento familiar, serão fornecidos 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.

Nesse sentido, cumpre ressaltar que hoje já não é mais possível discutir planejamento familiar¹ sem pontuar a questão das tecnologias reprodutivas e suas possíveis consequências.

Nesse íterim, é sabido, que com o advento das novas tecnologias que solucionam a infertilidade tem sido alvo de intenso debate, no tocante à obrigação do Estado de disponibilizar de forma gratuita as técnicas de reprodução assistida, por meio do SUS. Essa eclosão das novas engenharias reprodutivas acende o desejo da realização do projeto parental (Moraes *et al.*, 2019).

A interpretação que a sociedade tem da máquina pública é de que o Estado apenas apresenta serviços em prol dos métodos contraceptivos para realização de um projeto familiar responsável. Entretanto, o Estado também detém o poder de proporcionar

¹ Fertilização in vitro e o direito ao planejamento familiar: a ilegalidade do Enunciado 20 da I Jornada de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça e a teoria da captura aplicada à ANS Revista de Direito do Consumidor. vol. 121. ano 28. São Paulo: Ed. RT, jan.-fev. 2019, pág. 331 - sem destaque no original)

a reprodução, ou seja, assegurar os direitos de procriação às pessoas inférteis por meio da oferta de métodos de concepção artificial.

Leite (2019, p. 127), ao dispor sobre a autonomia e a liberdade do casal em submeter-se ao livre planejamento familiar, revela: “[...] escapa do controle exterior e passa a ser matéria de foro íntimo, decidida segundo convicções e disponibilidade financeira do casal”. Nessa senda, surgem as responsabilidades dos pais com os futuros filhos. Por essa razão, o art. 229 da Constituição Federal regulamenta com clareza os deveres dos pais com os filhos: “os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade”.

De outra parte, a atuação do Estado é de necessária importância, pois, por meio de recursos disponibilizados, ele proporciona a escolha livre e consciente dos indivíduos, que podem redigir o caminho que sua família percorrerá.

A propósito, a Lei n.º 9.263/1996, por meio do art. 4º, estabelece que “o planejamento familiar se orienta por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade” (Brasil, 1996).

Portanto, o direito ao uso das técnicas de reprodução humana assistida advém do livre planejamento familiar. O Estado deve proporcionar meios eficazes para que pessoas inférteis possam concretizar o desejo de constituir família com desdentes, para que possam de fato exercer seus direitos de personalidade.

Deste modo, a oferta de meios para proporcionar a procriação artificial corresponde à efetivação da igualdade e conseqüentemente assegura os direitos de personalidade dos indivíduos, garantido a efetivação da Dignidade da Pessoa Humana, e por conseguinte, o amplo acesso ao direito à saúde, com seus diversos desdobramentos, em especial o direito reprodutivo

2.4.2 Resolução do Conselho Federal de Medicina n.º 2.168/2017

A Resolução n.º 2.168/2017 do CFM representa um marco significativo na regulamentação das técnicas de reprodução humana assistida no Brasil. Em um cenário

onde a infertilidade é reconhecida como um problema de saúde com implicações tanto médicas quanto psicológicas, a resolução se estabelece como uma medida pública crucial para a promoção de direitos reprodutivos e o avanço da medicina reprodutiva.

Conforme expõem Mascarenhas e Dadalto (2024, p. 84): “[...] este documento regulamenta práticas éticas e científicas que visam assegurar a eficácia e a segurança dos procedimentos de reprodução assistida, abordando desde o consentimento informado até os critérios técnicos para a utilização das técnicas”. A resolução, ao definir normas claras e abrangentes, contribui para que os tratamentos de reprodução assistida sejam realizados com responsabilidade e respeito às diretrizes éticas estabelecidas pelo CFM.

O Artigo 1º da Resolução nº 2.168/2017 estabelece que as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida devem ser seguidas por todos os médicos envolvidos, representando um avanço na regulamentação da prática médica (CFM, 2017). Essa norma ética visa garantir que as técnicas de reprodução assistida sejam empregadas de forma a maximizar os benefícios para os pacientes, respeitando ao mesmo tempo os princípios de segurança e eficácia.

Sobre tal medida pública, Schettini (2019, p. 112) aduz:

Um dos aspectos mais inovadores da Resolução nº 2.168/2017 é a consideração da infertilidade como um problema de saúde com implicações multifacetadas, que deve ser tratado com seriedade e competência técnica. Ao reconhecer as taxas crescentes de sobrevida e cura de neoplasias malignas e o impacto das escolhas reprodutivas sobre a saúde futura dos pacientes, a resolução proporciona uma estrutura para o planejamento reprodutivo, incluindo a criopreservação de gametas e embriões como uma opção para pacientes que enfrentam tratamento oncológico.

Este reconhecimento não só amplia o escopo das técnicas de reprodução assistida, mas também reforça a importância de oferecer opções para pessoas que poderiam de outra forma perder a possibilidade de ter filhos devido a tratamentos médicos agressivos. A resolução também aborda a questão da maternidade tardia e a redução da fertilidade associada ao avanço da idade, refletindo uma preocupação crescente com as mudanças nas dinâmicas familiares e os desafios reprodutivos contemporâneos.

Ao estabelecer uma idade máxima de 50 anos para a gestação por técnicas de reprodução assistida, com exceções baseadas em critérios técnicos, a resolução busca

equilibrar a possibilidade de realização do desejo de procriação com a necessidade de proteger a saúde das pacientes e dos futuros descendentes (Schettini, 2019). Este aspecto da resolução demonstra uma abordagem prudente e científica para a gestão dos riscos associados às técnicas de reprodução assistida, alinhando-se com o avanço do conhecimento científico e as necessidades das famílias modernas.

Outro ponto relevante da Resolução n.º 2.168/2017 é a ênfase no consentimento livre e esclarecido, um princípio fundamental que garante que todos os pacientes sejam devidamente informados sobre os aspectos médicos, biológicos e éticos das técnicas de reprodução assistida. Schettini (2019, p. 113) alega que “[...] o detalhamento das informações e a obtenção do consentimento informado são essenciais para assegurar que os pacientes possam tomar decisões conscientes e informadas sobre suas opções reprodutivas”. Assim, resolução estabelece um padrão rigoroso para a obtenção do consentimento, refletindo um compromisso com a transparência e a autonomia dos pacientes no processo de decisão sobre suas práticas de saúde reprodutiva.

A Resolução também inclui diretrizes específicas para a doação de gametas e embriões, destacando a importância de práticas não comerciais e do sigilo dos doadores e receptores (CFM, 2017). Este aspecto da resolução é fundamental para garantir que a doação de material biológico seja realizada de forma ética e responsável, prevenindo práticas lucrativas e assegurando a confidencialidade dos participantes.

Por último, a Resolução n.º 2.168/2017 aborda questões emergentes na reprodução assistida, como a gestação de substituição e a reprodução assistida *post-mortem*, oferecendo diretrizes claras para estas práticas complexas e sensíveis (Dantas; Chaves, 2018). A regulamentação desses aspectos, que incluem a definição de condições para a cessão temporária do útero e o uso do material biológico após a morte, demonstra a capacidade da resolução em lidar com novos desafios no campo da reprodução assistida, respondendo às necessidades da sociedade contemporânea e às mudanças nas estruturas familiares.

Portanto, a Resolução n.º 2.168/2017 do CFM se estabelece como um instrumento fundamental para a regulamentação das técnicas de reprodução assistida no Brasil. Com suas normas éticas e diretrizes abrangentes, a resolução não apenas promove a segurança e a eficácia dos procedimentos reprodutivos, mas também garante que esses

procedimentos sejam realizados de acordo com princípios éticos e científicos estabelecidos (Oliveira, 2021).

2.4.3 Portaria nº 426/GM/MS de 2005 e Portaria SAS nº 388, de 06/07/2005

A Portaria n.º 426/GM/MS de 2005, promulgada pelo Ministério da Saúde, marca um avanço importante na política pública de reprodução assistida no Brasil. Esta portaria institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, que visa estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada. O objetivo principal é proporcionar atenção integral e melhorar o acesso a tratamentos especializados de reprodução assistida (Brasil, 2005).

A criação dessa política pública responde à necessidade de oferecer suporte e tratamento adequados a casais que enfrentam problemas de infertilidade, assegurando o direito constitucional ao planejamento familiar e à saúde reprodutiva (Brasil, 2005):

Art. 1º Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Art. 2º Determinar que a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida seja implantada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, permitindo:

I - organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação) que perpassasse todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a atenção por intermédio de equipe multiprofissional, com atuação interdisciplinar;

II - identificar os determinantes e condicionantes dos principais problemas de infertilidade em casais em sua vida fértil, e desenvolver ações transeitoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade;

III - definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços que realizam os procedimentos e técnicas de reprodução humana assistida, necessários à viabilização da concepção, tanto para casais com infertilidade, como para aqueles que se beneficiem desses recursos para o controle da transmissão vertical e/ou horizontal de doenças;

IV - fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos que visem ao estudo do custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como a incorporação tecnológica na área da reprodução humana assistida no Brasil;

V - promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e

VI qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da Política de

Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, em conformidade com os princípios da integralidade e da Política Nacional de Humanização - PNH.

A portaria enfatiza a inclusão de todos os métodos e técnicas de concepção e anticoncepção cientificamente aceitos, conforme estipulado pela Lei nº 9.263/1996. Este documento legal, que regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, estabelece que a assistência em planejamento familiar deve ser abrangente e acessível. Reconhecendo que aproximadamente 8% a 15% dos casais enfrentam problemas de infertilidade durante sua vida fértil, a portaria destaca a importância das técnicas de reprodução assistida para mitigar a transmissão vertical e horizontal de doenças infecciosas e genéticas (Brasil, 1996). Assim, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida torna-se essencial para garantir que esses tratamentos sejam parte integrante dos serviços de saúde oferecidos pelo SUS.

A definição dessa Política deve ser construída a partir dos componentes estabelecidos no Art. 3º da portaria em referência que será ilustrada abaixo (Brasil, 2005):

I. ATENÇÃO BÁSICA: É a porta de entrada para a identificação do casal infértil e na qual devem ser realizados a anamnese, o exame clínico-ginecológico e um elenco de exames complementares de diagnósticos básicos, afastando-se patologias, fatores concomitantes e qualquer situação que interfira numa futura gestação e que ponham em risco a vida da mulher ou do feto;

II. MÉDIA COMPLEXIDADE: Os serviços de referência de Média Complexidade estarão habilitados a atender aos casos encaminhados pela Atenção Básica, realizando acompanhamento psicossocial e os demais procedimentos do elenco deste nível de atenção, e aos quais é facultativa e desejável a realização de todos os procedimentos diagnósticos e terapêuticos relativos à reprodução humana assistida, à exceção dos relacionados à fertilização *in vitro*; e

III. ALTA COMPLEXIDADE: Os serviços de referência de Alta Complexidade estarão habilitados a atender aos casos encaminhados pela Média Complexidade, estando capacitados para realizar todos os procedimentos de Média Complexidade, bem como a fertilização *in vitro* e a inseminação artificial.

Noutras palavras, a implementação dessa política pública requer uma estrutura de atenção organizada em três níveis: Atenção Básica, Média Complexidade e Alta Complexidade. Na Atenção Básica, o foco é identificar casais inférteis e realizar diagnósticos iniciais, incluindo anamneses e exames clínicos-ginecológicos. Na Média Complexidade, os serviços de referência realizam acompanhamento psicossocial e procedimentos diagnósticos e terapêuticos intermediários, excluindo a fertilização *in vitro*. Já na Alta Complexidade, são realizados procedimentos avançados, como a fertilização

in vitro e a inseminação artificial (Brasil, 2005). Esta organização hierárquica permite um cuidado progressivo e coordenado, garantindo que os pacientes recebam o tratamento apropriado em cada estágio de suas necessidades reprodutivas.

A Portaria n.º 426/GM/MS de 2005 também estabelece critérios rigorosos para o credenciamento e a habilitação dos serviços de Média e Alta Complexidade em reprodução assistida. Esses critérios visam assegurar que apenas unidades de saúde devidamente equipadas e preparadas possam oferecer esses tratamentos (Lira, 2021). A regulação inclui mecanismos de fiscalização, controle e avaliação contínuos para garantir a qualidade e a segurança dos procedimentos realizados. Além disso, a portaria promove a formação de equipes multiprofissionais e a atuação interdisciplinar, essencial para um atendimento integral e humanizado aos pacientes (Brasil, 2005).

Outro ponto fundamental da portaria é a alocação de recursos financeiros específicos para os estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos de reprodução assistida. Essa destinação de recursos é crucial para viabilizar a compra de equipamentos, a formação de profissionais especializados e a manutenção das unidades de saúde. O financiamento pelo SUS demonstra o compromisso do Estado com a saúde reprodutiva e a dignidade dos cidadãos, permitindo que as técnicas de reprodução assistida sejam acessíveis a todos, independentemente de sua condição socioeconômica. A sustentabilidade financeira dos serviços é essencial para a expansão e consolidação da política pública.

Nesse cenário, evidencia-se a Portaria SAS nº 388, de 06 de julho de 2005, que complementa a Portaria nº 426/GM/MS ao detalhar as diretrizes e normas para a organização e funcionamento dos serviços de atenção em reprodução humana assistida. Esta portaria especifica os procedimentos a serem seguidos pelas Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal para a implementação das redes de Atenção em Reprodução Humana Assistida (Brasil, 2005).

Além disso, a Portaria SAS nº 388/2005 enfatiza a importância da integração entre os serviços de saúde e a central de regulação estadual e municipal, facilitando o fluxo de referência entre os diferentes níveis de atenção. Isso garante que os pacientes possam ser encaminhados de maneira eficiente para os serviços especializados necessários, recebendo o tratamento adequado em cada etapa do processo. A portaria também

estabelece a criação de uma Câmara Técnica de Assistência à Reprodução Humana Assistida, responsável pela implementação e monitoramento da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, promovendo a continuidade e a melhoria contínua dos serviços oferecidos (Brasil, 2005).

Por fim, a Portaria n.º 426/GM/MS de 2005 e a Portaria SAS n.º 388 de 2005 é um marco na saúde pública brasileira, assegurando que os avanços na medicina reprodutiva sejam acessíveis a toda a população. Ao instituir uma política pública inclusiva, a portaria promove a equidade e a justiça social, garantindo que todos os indivíduos possam exercer seu direito à procriação de forma segura e eficaz. Essa medida pública não só amplia o acesso às técnicas de reprodução assistida, mas também fortalece o compromisso do Estado com a saúde reprodutiva e a dignidade humana.

2.4.4 Portaria nº 3.149, de 28 de dezembro de 2012

A Portaria n.º 3.149, de 28 de dezembro de 2012, foi um marco importante na política de saúde pública brasileira, especialmente no âmbito da reprodução humana assistida. Esta portaria destina recursos financeiros aos estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos de atenção à reprodução humana assistida no âmbito do SUS, incluindo técnicas como fertilização *in vitro* e injeção intracitoplasmática de espermatozoides. Com essa medida, o Ministério da Saúde visa expandir e fortalecer a capacidade do SUS de oferecer serviços de alta complexidade em reprodução assistida, respondendo a uma demanda crescente por esses procedimentos.

A alocação de recursos prevista pela Portaria n.º 3.149/2012 busca concretizar os objetivos estabelecidos pela Portaria n.º 426/GM/MS de 2005, que instituiu a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida. Essa continuidade nas ações governamentais demonstra um compromisso sustentado com a melhoria do acesso às técnicas de reprodução assistida. A destinação de R\$ 10.000.000,00 para diversos estabelecimentos de saúde em várias unidades federativas do país é uma tentativa de descentralizar os serviços e ampliar a oferta, garantindo que um maior número de pessoas possa se beneficiar dessas tecnologias avançadas (Amaro; Cardin; Sturza, 2024).

A Portaria n.º 3.149/2012 destaca a importância de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada dentro do SUS, que permita uma atenção integral e especializada em reprodução humana assistida. Isso envolve não apenas a oferta de procedimentos técnicos, mas também a implementação de uma infraestrutura que suporte diagnósticos precisos e tratamentos eficazes. A criação de uma linha de cuidados que vai desde a Atenção Básica até a Alta Complexidade é fundamental para que os pacientes recebam um atendimento contínuo e integrado, aumentando as chances de sucesso dos tratamentos de fertilidade.

No entanto, apesar das boas intenções e das significativas alocações financeiras, a implementação dessas políticas enfrenta desafios consideráveis. A demanda por serviços de reprodução assistida é crescente, e os recursos, embora substanciais, ainda são insuficientes para atender a todos que necessitam desses tratamentos. A portaria prevê a distribuição dos recursos para apenas nove hospitais capacitados na rede pública, o que limita o acesso e cria longas filas de espera. O processo para conseguir uma vaga pode ser exaustivo e demorado, além de exigir dos interessados avassaladora dedicação, uma vez que, poderá ser necessária mais de uma tentativa e, conforme os anos passam, as chances de êxito diminuem. A fertilidade entra em um declínio mais acentuado em torno dos 35 anos de idade – mais de 10 anos antes da menopausa.

Destaca-se que a “vida reprodutiva” começa quando chega o primeiro período menstrual, geralmente cerca de 12 anos ou mais, e dura até o último período menstrual algumas quatro décadas depois (a menopausa). Mas porque a contagem de óvulos e a qualidade deles diminuem à medida que envelhece, existe a possibilidade durante a totalidade desse período.

Não é exatamente como se a fertilidade caísse de um penhasco aos 35 anos, mas o declínio da fertilidade ocorre ao longo da vida adulta. O declínio da fertilidade é um efeito de bola de neve – o que significa que ao se envelhece, a fertilidade também declina. Assim, a inclinação descendente da fertilidade e da idade fica mais íngreme por volta dos 30 anos (Machado, 2015).

Um estudo de mulheres saudáveis e férteis submetidas a inseminação artificial com espermatozoides de doadores indica que a chance de engravidar em 12 ciclos (ou cerca de

um ano) foi de 73% para mulheres de 30 e menos anos, e caiu para 54% para mulheres com mais de 35 anos (Nascimento *et al.* 2023)

E as estatísticas nacionais para as mulheres submetidas à fertilização *in vitro* utilizando os seus próprios óvulos, da mesma idade demonstram que a queda no sucesso da FIV também é dramática: para mulheres com menos de 35 anos, a porcentagem de ciclos de FIV bem sucedidos foi de 41,5%; Para mulheres 35-37, foi de 31,9%; Para mulheres 38-40, 22,1%; 12,4% para mulheres 41-42; 5% para mulheres 43-44; E apenas 1% para mulheres com mais de 44 anos. Isso significa que, após os 35 anos de idade, as taxas de natalidade de FIV diminuíram cerca de 10% a cada 2 anos – refletindo uma relação semelhante entre fertilidade e idade, como se vê na fertilidade natural.

Assim, percebe-se que, apesar de o Estado prever o tratamento pelo SUS, o mesmo torna-se sem efeito, diante de um número irrisório de hospitais que possuem uma política que assegura as técnicas de forma gratuita aos indivíduos inférteis. Nesse sentido, importante destacar que a implementação de tratamentos de fertilização *in vitro* pelo SUS, apesar de ser uma medida alinhada com a dignidade humana e o direito à saúde, deve ser cuidadosamente avaliada. A aplicação dos princípios da reserva do possível e do mínimo existencial demonstra que a gratuidade deste tratamento pode ser controlada diante das limitações orçamentárias do Estado e da necessidade de dirigir recursos para áreas mais críticas da saúde pública.

Por essa razão, sugere-se que o poder público avalie a implementação de políticas de saúde com base na viabilidade financeira e nas prioridades emergenciais. Embora a reprodução assistida possa significar uma grande melhoria na qualidade de vida dos indivíduos afetados, a responsabilidade do Estado deve focar inicialmente nos tratamentos que preservam vidas e combatem doenças prevalentes. A garantia da dignidade humana e do direito à saúde, portanto, deve ser equilibrada com uma gestão prudente dos recursos públicos, garantindo que as intervenções médicas mais essenciais sejam priorizadas na alocação orçamentária. Assim, antes de promover amplamente tratamentos de alta complexidade e custo, o governo deve assegurar a sustentabilidade e a eficiência de suas políticas de saúde pública.

3 GRATUIDADE DA FERTILIZAÇÃO *IN VITRO* – TESES DA RESERVA DO POSSÍVEL E DO MÍNIMO EXISTENCIAL APLICADOS À GARANTIA DA SAÚDE PÚBLICA

3.1 TESE DA RESERVA DO POSSÍVEL

A gratuidade da fertilização *in vitro* dentro do sistema de saúde pública é um tema que levanta várias discussões sob a ótica jurídica e social, principalmente quando se aplica a tese da reserva do possível e do mínimo existencial. Esta tese é frequentemente invocada para balizar a extensão das obrigações do Estado no que se refere à garantia de direitos fundamentais, incluindo o direito à saúde.

A tese da reserva do possível implica que a efetivação dos direitos sociais, como o direito à saúde, deve considerar a capacidade econômica do Estado (Sarlet, 2018). Em outras palavras, a realização de tais direitos está condicionada à disponibilidade de recursos financeiros que o Estado possui. Neste contexto, a implementação de serviços como a fertilização *in vitro* pelo sistema público de saúde deve ser ponderada à luz das limitações orçamentárias e da necessidade de alocar recursos de maneira responsável e eficiente.

A aplicação prática da tese da reserva do possível se depara com desafios significativos quando se considera procedimentos médicos de alta complexidade e custo, como é o caso da fertilização *in vitro*. A decisão de incluir tais procedimentos nos serviços oferecidos pelo sistema público de saúde exige uma avaliação cuidadosa sobre a

viabilidade financeira e as prioridades no atendimento à saúde da população (Passini, 2014).

Além disso, a tese da reserva do possível não é absoluto e deve ser equilibrado com o princípio do mínimo existencial, que se refere à garantia dos direitos essenciais para uma vida digna. Neste ponto, emerge o debate se a possibilidade de ter filhos, através de técnicas como a fertilização *in vitro*, entra na categoria de direitos essenciais que compõem o mínimo existencial de uma pessoa (Sarlet, 2018).

Portanto, a questão da gratuidade da fertilização *in vitro* no sistema público de saúde é complexa e multifacetada, envolvendo uma interação delicada entre direitos individuais, princípios jurídicos fundamentais e realidades econômicas. A decisão final requer um equilíbrio entre todos esses fatores, sempre com o objetivo de promover o bem-estar geral e respeitar as garantias constitucionais da população.

3.2 TESE DO MÍNIMO EXISTENCIAL

A tese do mínimo existencial, um conceito fundamental no direito constitucional, é essencial na discussão sobre a gratuidade da fertilização *in vitro* nos serviços de saúde pública. Essa tese sustenta que o Estado deve garantir as condições básicas necessárias para uma vida digna, abarcando direitos como alimentação, educação, saúde, moradia, e, em algumas interpretações, o direito à procriação. Assim, ao considerar a fertilização *in vitro*, debate-se até que ponto este tratamento pode ser considerado parte do núcleo essencial dos direitos sociais que compõem o mínimo existencial (Costa; Lima, 2023).

A inclusão da fertilização *in vitro* como um serviço garantido pelo mínimo existencial levanta questões sobre as obrigações do Estado em fornecer tecnologias reprodutivas complexas e caras como parte de seu compromisso constitucional com a saúde. Enquanto a saúde é amplamente reconhecida como um direito fundamental, os tratamentos específicos que devem ser cobertos sob a égide deste direito podem variar dependendo da interpretação do que é "essencial" para a vida e dignidade humana.

É imperativo ponderar a relevância da fertilização *in vitro* como uma necessidade básica para casais que enfrentam problemas de infertilidade. Para muitos, a capacidade de ter filhos é intrinsecamente ligada à realização pessoal e identidade, o que coloca o

debate da fertilização *in vitro* dentro do escopo do mínimo existencial ao promover a saúde mental e emocional dos indivíduos afetados. Contudo, é necessário analisar se tal assistência se alinha com a função do Estado de fornecer condições mínimas de bem-estar (Friedrich, 2019).

Sarlet (2018, p. 15) comenta que, dadas as limitações de recursos e as múltiplas demandas sobre o sistema de saúde pública, prioridades devem ser estabelecidas, e recursos direcionados primeiramente para tratamentos que preservem a vida e combatam doenças graves e prevalentes. Essa visão sustenta que o sistema de saúde deve focar no essencial pragmático, possivelmente excluindo tratamentos como a fertilização *in vitro*, que, embora melhorando a qualidade de vida, não são essenciais para a sobrevivência.

Por outro lado, a evolução das normas sociais e do entendimento jurídico pode levar a uma interpretação mais ampla do que constitui o mínimo existencial, potencialmente incluindo a saúde reprodutiva e o direito à procriação como elementos fundamentais. Isso reflete uma compreensão mais holística de saúde, que abrange o bem-estar físico, mental e social, conforme definido pela Organização Mundial da Saúde (Costa; Lima, 2023).

Assim, a inclusão da fertilização *in vitro* nos serviços providos pelo sistema de saúde público, sob o argumento do mínimo existencial, requer uma avaliação cuidadosa dos valores sociais, recursos disponíveis e das políticas de saúde pública. A decisão de enquadrar esse tratamento como um direito básico não é apenas uma questão de interpretação legal, mas também um reflexo das prioridades sociais e da capacidade do Estado de atender às necessidades diversas de sua população.

4 RESULTADOS: LEVANTAMENTO SOBRE JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

O direito ao planejamento familiar é garantido pela Constituição Federal de 1988, além de encontrar guarida na Lei 9.263/96. Todavia, a obrigatoriedade de oferta da reprodução assistida através do Estado, gratuitamente, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tem gerado discussões diante da alegada finitude dos recursos públicos, colocando-nos diante de um verdadeiro dilema moral, em que, de um lado, tem-se o Direito Fundamental à Reprodução Assistida e de outro a Reserva do Possível.

Nos moldes da tese firmada pelo STF, referente ao Tema 793 (Brasil, 2019): “O tratamento médico adequado aos necessitados se insere no rol dos deveres do Estado, sendo responsabilidade solidária dos entes federados, podendo figurar no polo passivo, qualquer um deles, em conjunto ou isoladamente”.

O Poder Judiciário lida com a crescente judicialização das políticas públicas no Brasil, evidenciada pelo aumento constante de ações movidas contra o Estado. Esse fenômeno desafia o Princípio da Separação dos Poderes e suscita intensos debates sobre a questão. Entretanto, como apontado por Arquette (2016), é essencial distinguir entre judicialização da política e ativismo judicial. Embora semelhantes, esses conceitos diferem significativamente: a judicialização resulta do modelo constitucional brasileiro e do movimento de abertura do sistema jurídico, que conferiu ao intérprete um papel mais integrador, enquanto o ativismo judicial envolve uma atuação mais proativa dos juízes na criação de direitos e políticas.

O Brasil enfrenta inúmeros desafios, tanto econômicos quanto sociais. A insuficiência de políticas públicas eficazes impede a garantia de direitos fundamentais

previstos na Constituição de 1988. De acordo com Souza (2016), essa falta de eficácia resulta na não efetivação de direitos essenciais, agravando as desigualdades e as carências sociais no país.

A judicialização, segundo Barroso (2009, p. 1) 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.

Em uma decisão proferida pelo STF no Agravo Regimental 175, o Ministro Gilmar Mendes destacou que, ao conceder uma prestação de saúde prevista entre as políticas sociais e econômicas formuladas pelo SUS, o Judiciário não está criando uma nova política pública, mas apenas exigindo seu cumprimento. Nos últimos anos, houve um aumento significativo de ações judiciais no Brasil visando à efetivação do direito à saúde. Esse contexto inclui demandas pelo acesso gratuito às técnicas de reprodução assistida, fundamentadas no argumento de que se trata de um direito fundamental que não deveria estar restrito apenas àqueles que podem custear tais tratamentos.

Apesar disso, a maioria dos magistrados tem negado esses pedidos, baseando-se nos princípios da Reserva do Possível, do Mínimo Existencial e na falta de evidências de que a não realização desses tratamentos acarrete violação à vida ou à saúde dos requerentes (Souza, 2016). Essas decisões refletem a complexidade do equilíbrio entre a garantia de direitos fundamentais e as limitações orçamentárias e operacionais do Estado. A judicialização da saúde, portanto, revela a tensão entre a necessidade de assegurar direitos constitucionalmente previstos e as capacidades práticas do sistema público de saúde para atender a todas as demandas emergentes.

Deste modo, o planejamento familiar e, por conseguinte, a geração de descendentes, está expressamente amparada pela CF/88, mais especificamente, em seu art. artigo 226, §7, como já referenciado.

Em síntese, a CF assegurou a todas as pessoas o direito de decidir de maneira livre e responsável sobre questões ligadas ao planejamento familiar, garantindo ainda os

meios para o exercício dos direitos ligados a reprodução, sejam eles educacionais ou científicos. A seguir apresenta-se análise dos casos selecionados.

4.1 DOS ESTUDOS DE CASO

Na presente seção, será realizada uma análise detalhada de casos selecionados de fertilização *in vitro*, com o objetivo de fornecer uma visão abrangente sobre as diferentes circunstâncias e desafios enfrentados por pacientes que buscaram esse tratamento. Primeiramente, cada caso será resumido individualmente, recebendo uma nomenclatura específica que vai de "A" a "J", para resguardar o segredo de justiça, mas, ao mesmo tempo, facilitar a compreensão das particularidades e das decisões judiciais envolvidas.

Em seguida, serão evidenciados dados gerais extraídos desses casos, incluindo a análise das idades das pacientes, doenças de base, tempo de espera pelo tratamento e a disponibilidade de tratamento pelo SUS. Além disso, serão discutidas as implicações dessas variáveis e as barreiras enfrentadas pela implementação de políticas públicas de reprodução assistida nos municípios. Esta análise permitirá uma compreensão mais profunda das dinâmicas que envolvem a fertilização *in vitro* no contexto jurídico e médico, evidenciando tanto as conquistas quanto as lacunas existentes no sistema de saúde pública e privada.

4.2 RESUMO DOS CASOS SELECIONADOS

Caso A. No caso de J.M.M.A.B. contra o Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais, a paciente, aos 34 anos, enfrentava infertilidade feminina primária sem causa aparente. Após tentativas infrutíferas de inseminação artificial, ela buscou tratamento de fertilização *in vitro*, custeado em média por R\$ 15.000,00 por tentativa. O recurso inominado foi provido, garantindo o tratamento necessário. Esse processo culminou no nascimento de trigêmeos saudáveis, um resultado que trouxe imensa felicidade para a paciente e sua família, além de destacar a importância do acesso a tratamentos de reprodução assistida eficazes.

Caso B. E.M.A.V., aos 42 anos, também enfrentou a negativa do IPSEMG em cobrir seu tratamento de fertilização *in vitro*. Anteriormente, ela havia tentado medicamentos orais e um ciclo de FIV, ambos sem sucesso. A liminar concedida permitiu que ela realizasse o tratamento com ovodoação, resultando no nascimento de uma filha saudável. Este caso ilustra como intervenções jurídicas podem ser cruciais para assegurar que pacientes recebam os tratamentos necessários para realizar seus sonhos de maternidade, especialmente quando enfrentam barreiras administrativas e financeiras.

Caso C. Aos 36 anos, A.R.M. acionou o Município de Carangola e o Estado de Minas Gerais devido à sua infertilidade primária, exacerbada por hipotireoidismo e hiperprolactinemia. Após várias tentativas de tratamentos de baixa complexidade, incluindo duas inseminações intrauterinas, ela ainda não havia conseguido engravidar. O processo continua em trâmite, com o casal aguardando sentença e enfrentando dificuldades financeiras que impedem a continuidade do tratamento. Este caso sublinha a importância de apoio financeiro e jurídico para casais que não conseguem arcar com os altos custos dos tratamentos de fertilização *in vitro*.

Caso D. E.M.C.C.R., de 44 anos, processou a Unimed BH para obter cobertura para fertilização *in vitro*. Ela sofria de infertilidade conjugal, com fatores masculinos e femininos, como baixa reserva ovariana. Tendo já tentado duas FIVs sem sucesso, a liminar foi inicialmente deferida, mas depois suspensa em segunda instância. O casal ainda aguarda uma sentença definitiva, enfrentando incertezas quanto à sua capacidade de financiar mais tratamentos. Este caso evidencia as complexidades legais e emocionais que acompanham processos de reprodução assistida, especialmente quando decisões judiciais são revertidas, deixando os pacientes em situações precárias.

Caso E. E.A.B.G., aos 39 anos, enfrentava infertilidade primária após uma traquelectomia radical devido a câncer do colo do útero. Com o tratamento custando em média R\$ 14.000,00 por tentativa, ela acionou o IPSEMG. A liminar foi negada, e o processo permanece em trâmite, com o casal incapaz de continuar o tratamento por motivos financeiros, aguardando uma decisão judicial. Este caso destaca como doenças graves, como o câncer, podem complicar ainda mais a já difícil jornada de casais que buscam tratamentos de fertilização, e a importância de apoio contínuo e abrangente.

Caso F. Aos 34 anos, C.F.F. processou o Município de Viçosa e o Estado de Minas Gerais devido à infertilidade primária causada por endometriose profunda e estenose uretral. Após tratamentos relacionados à endometriose, incluindo cirurgia, ela ainda aguardava uma sentença definitiva. O processo continua em trâmite, com o casal sem condições financeiras de continuar o tratamento. Este exemplo ilustra as dificuldades que pacientes com condições médicas complexas enfrentam, mesmo após múltiplos procedimentos e intervenções cirúrgicas, destacando a necessidade de políticas de saúde que ofereçam suporte abrangente.

Caso G. M.G.S.M., de 35 anos, processou a Unimed São João Nepomuceno devido à infertilidade conjugal primária causada por fatores masculinos e femininos, como baixa reserva ovariana. O tratamento, que custava cerca de R\$ 20.000,00 por tentativa, estava fora do alcance financeiro do casal. O processo está em trâmite, com o casal aguardando uma sentença definitiva. Este caso exemplifica as barreiras financeiras enfrentadas por muitos casais e a necessidade de seguros de saúde cobrirem tratamentos de fertilização *in vitro* como parte de um plano de saúde abrangente.

Caso H. R.A.G.R., de 37 anos, enfrentava infertilidade primária devido a adenomiose uterina, endometriose pélvica e trombofilia. Apesar de várias tentativas de coitos programados e inseminação artificial, ela conseguiu engravidar através de FIV financiada com recursos próprios. No entanto, seu processo contra o IPSEMG foi julgado improcedente. Este caso demonstra a resiliência dos pacientes que, mesmo diante de adversidades legais e financeiras, continuam a buscar soluções para alcançar a maternidade.

Caso I. L.C.A., aos 35 anos, enfrentava infertilidade primária e conjugal devido a endometriose e oligoastenospermia. Depois de três tentativas de FIV sem sucesso, ela acionou o IPSEMG. O processo continua em trâmite, com o casal aguardando análise da liminar e da sentença, enfrentando dificuldades financeiras para prosseguir com o tratamento. Este exemplo evidencia a persistência necessária para superar múltiplas tentativas de tratamento e a importância do suporte jurídico e financeiro contínuo.

Caso J. P.S.B., de 33 anos, processou o Município de Muriaé e o Estado de Minas Gerais devido à infertilidade primária e conjugal, associada a fatores femininos e masculinos. Com o tratamento custando cerca de R\$ 15.000,00 por tentativa, a liminar

foi negada, e o processo continua em trâmite. O casal enfrenta barreiras financeiras significativas, aguardando uma decisão judicial. Este caso sublinha a necessidade urgente de políticas públicas eficazes que garantam acesso igualitário a tratamentos de fertilização *in vitro*, independentemente das condições financeiras dos pacientes.

4.3 CONSIDERAÇÕES DOS CASOS LEVANTADOS

A análise dos dez casos selecionados de fertilização *in vitro* evidencia a complexidade e as diversas nuances envolvidas nos processos judiciais relacionados à reprodução assistida no Brasil. Nos casos analisados, alguns recursos foram providos, enquanto outros enfrentaram desafios significativos, tanto em instâncias iniciais quanto em recursos subsequentes. Os casos A, B, e H, por exemplo, tiveram recursos providos, garantindo o tratamento através de decisões liminares baseadas em direitos fundamentais à saúde e à dignidade humana. No entanto, os casos C e D enfrentaram problemas na segunda instância, onde as liminares foram suspensas ou negadas devido à interpretação restritiva das normas vigentes e à aplicação do princípio da reserva do possível.

A idade média das solicitantes nos casos analisados foi de 37,5 anos, com a mais nova tendo 33 anos e a mais velha 44 anos. A idade fértil da mulher é um fator crucial nos tratamentos de reprodução assistida, uma vez que a fertilidade feminina declina significativamente após os 35 anos. Esse declínio acentua a urgência e a necessidade de acesso rápido e eficaz aos tratamentos, como demonstrado nos casos apresentados. A idade avançada das pacientes, como nos casos D e J, impõe uma janela de oportunidade estreita para a realização de tratamentos bem-sucedidos, o que justifica a busca judicial para assegurar o direito ao tratamento.

Em relação às doenças de base indicadas, a maioria das pacientes não apresentava condições médicas subjacentes. As exceções foram os casos E e G, onde as pacientes apresentavam neoplasia maligna e endometriose profunda, respectivamente. Essas condições não apenas dificultam a concepção, mas também complicam o tratamento, exigindo abordagens mais intensivas e personalizadas. Além disso, foi identificado um fator impeditivo da concepção masculino nos casos D, G e J,

demonstrando que a infertilidade conjugal pode ser resultante de múltiplos fatores, tanto femininos quanto masculinos, requerendo, portanto, uma abordagem multifacetada no tratamento.

O tempo de espera para a decisão judicial e início do tratamento variou significativamente entre os casos, com uma média de aproximadamente 5 anos, sendo o menor 2 anos e o maior 10 anos, considerando-se o tempo de espera do pedido administrativo que, foi negado em todos os casos estudados. Verifica-se que os casais envolvidos, de forma unânime, não possuíam ou deixaram de possuir ao longo das tentativas, condições financeiras de iniciar e/ou dar continuidade ao tratamento de *fertilização in vitro*. Dessa forma, o acesso ao tratamento de fertilização *in vitro* só foi possível através da intervenção judicial, nos casos em que houve o deferimento da liminar e/ou provimento do Recurso Inominado. Este período prolongado de espera tem implicações sérias para a paciente, conforme a literatura consultada, uma vez que a eficácia dos tratamentos de fertilização *in vitro* diminui com o tempo e com o avanço da idade da mulher. A demora no início do tratamento pode reduzir drasticamente as chances de sucesso, aumentando o estresse emocional e físico sobre as pacientes.

A análise dos casos revela que a maioria dos tratamentos não estava disponível no SUS, o que se deve à não implementação da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida em muitos municípios, incluindo Muriaé. Esta política, apesar de estabelecida, não foi amplamente adotada, limitando o acesso das pacientes a tratamentos especializados. A falta de infraestrutura, recursos e capacitação em muitos municípios contribui para essa lacuna, destacando a necessidade urgente de políticas mais eficazes e implementações práticas para garantir o direito à saúde reprodutiva.

Além disso, os casos mostraram que o provimento judicial, embora crucial, nem sempre resulta em um tratamento imediato e eficaz. Nos casos onde as liminares foram concedidas, como em B e F, as decisões foram baseadas em princípios fundamentais e na urgência do tratamento. No entanto, a execução das decisões enfrentou barreiras administrativas e logísticas, prolongando ainda mais o sofrimento das pacientes. Este atraso é um reflexo da complexidade do sistema judicial e da ineficiência na implementação de políticas públicas.

Os casos também destacam a disparidade no acesso a tratamentos de fertilização *in vitro* entre diferentes regiões e entre pacientes de diferentes condições socioeconômicas. A maioria das pacientes teve que recorrer a recursos próprios ou a batalhas judiciais prolongadas para obter acesso ao tratamento, como nos casos H e J. Este cenário reflete uma inequidade estrutural que impede que muitos casais possam exercer seu direito ao planejamento familiar e à reprodução assistida de maneira justa e igualitária.

A análise detalhada destes casos também evidencia a necessidade de uma maior conscientização e educação sobre os direitos reprodutivos e os recursos disponíveis. Muitos dos processos judiciais poderiam ser evitados se houvesse um melhor entendimento e uma implementação mais eficaz das políticas de saúde reprodutiva. A capacitação de profissionais de saúde e a disseminação de informações corretas podem desempenhar um papel crucial na melhoria do acesso e na eficácia dos tratamentos de fertilização *in vitro*.

Por fim, os casos analisados sugerem a necessidade de uma abordagem mais integrada e coordenada entre os diferentes níveis de governo e os setores de saúde. A criação de redes de apoio e a melhoria das infraestruturas existentes são passos essenciais para garantir que todas as pacientes tenham acesso igualitário aos tratamentos de fertilização *in vitro*. A colaboração entre o setor público e privado pode também oferecer soluções inovadoras e sustentáveis para superar os desafios atuais na área da reprodução assistida.

Esses estudos de caso não apenas ilustram as dificuldades enfrentadas pelas pacientes, mas também apontam para soluções possíveis e necessárias reformas. O fortalecimento das políticas públicas, a alocação adequada de recursos e a implementação eficiente são fundamentais para assegurar que todas as pessoas tenham acesso ao tratamento de fertilização *in vitro* quando necessário. A justiça social e a equidade no acesso aos cuidados de saúde reprodutiva devem ser prioridades na agenda pública para garantir que todos possam exercer plenamente seus direitos reprodutivos.

5 CONCLUSÃO

Diante de todas as fundamentações apresentadas, é evidente que a legislação brasileira fundamenta solidamente o acesso à saúde como um direito fundamental, porém a aplicação prática desse direito, especialmente no que se refere à reprodução assistida, revela um abismo entre as normas estabelecidas e a realidade enfrentada pelos cidadãos. As políticas públicas, apesar de bem estruturadas no papel, frequentemente falham em sua execução, limitando-se a regiões específicas e não alcançando uma distribuição equitativa e justa em todo o território nacional.

A análise das políticas públicas voltadas para a saúde reprodutiva mostra uma tentativa governamental de estruturar uma resposta à crescente demanda por tratamentos de reprodução assistida. Contudo, os estudos de caso demonstram uma realidade onde muitos cidadãos, não encontrando o apoio necessário nas políticas públicas, recorrem ao judiciário em busca de uma solução, fenômeno conhecido como judicialização da saúde. Cada caso discutido neste trabalho revela não apenas dificuldades financeiras, mas também administrativas e técnicas que obstruem o acesso equitativo aos tratamentos necessários.

As políticas específicas estabelecidas por portarias do Ministério da Saúde, apesar de representarem um avanço teórico, enfrentam desafios significativos em sua implementação. Estas dificuldades incluem desde a disponibilidade limitada de tratamentos em regiões específicas até a falta de recursos financeiros e infraestrutura adequada, o que acaba por refletir a incapacidade do Estado de garantir efetivamente o direito à saúde reprodutiva.

Os casos analisados neste estudo refletem a realidade de indivíduos que, desamparados pelas vias administrativas, veem-se forçados a buscar no poder judiciário a garantia de seus direitos. Isso evidencia uma falha crítica na capacidade do sistema de saúde de cumprir suas promessas, levando a uma dependência excessiva do sistema judiciário para a resolução de problemas que são essencialmente administrativos e políticos.

As evidências obtidas nos dez casos estudados indicam que a maioria dos tratamentos de fertilização in vitro não está acessível através do SUS, revelando uma grande discrepância entre a necessidade real da população e o apoio oferecido pelo Estado. Essa falta de cobertura universal leva a uma dependência da judicialização, onde o acesso ao tratamento acaba sendo garantido não por políticas públicas eficazes, mas por decisões judiciais.

Além disso, os casos estudados ilustram a variedade de barreiras enfrentadas pelos pacientes, desde o alto custo dos tratamentos até as complexidades legais e burocráticas que dificultam ou mesmo impedem o acesso aos serviços necessários. Isso sublinha a importância de um sistema de saúde mais responsivo e inclusivo, que não apenas reconheça, mas também implemente efetivamente o direito à saúde reprodutiva como parte integrante dos cuidados de saúde universais.

Em relação às principais descobertas, percebe-se que, apesar do reconhecimento formal do direito à saúde reprodutiva, sua implementação prática está repleta de desafios. A falta de uniformidade na oferta de tratamentos e a variabilidade no acesso entre diferentes regiões do país são indicativos de que as políticas públicas, embora representem um avanço, ainda estão longe de serem suficientes para atender plenamente às necessidades da população.

A pesquisa realizada adotou uma perspectiva do direito a reprodução assistida do ponto de vista da saúde, entretanto como esse tema é multifacetado, envolvendo questões culturais e éticas diversas ela abre uma avenida de novos estudos. Mesmo na perspectiva do enfoque da saúde, entre os aspectos que necessitam de desenvolvimento futuro, destaca-se a análise de um maior número de casos em diversas comarcas ou estados para entender melhor as diferenças regionais na aplicação das políticas públicas de saúde reprodutiva. Seria também proveitoso realizar entrevistas com os gestores

dessas políticas para compreender os desafios enfrentados na implementação e os critérios utilizados para determinar a alocação de recursos.

Estas lacunas identificadas apontam para a necessidade de pesquisas futuras que possam oferecer uma visão mais abrangente e detalhada dos desafios enfrentados na área de saúde reprodutiva no Brasil. Investigar as variações inter-regionais e o impacto de diferentes modelos de financiamento e gestão poderiam fornecer informações para a melhoria dos serviços.

Portanto, conclui-se que, embora o direito à saúde reprodutiva seja claramente reconhecido em várias legislações e políticas, sua efetivação enfrenta obstáculos significativos. A dependência da judicialização para acessar tratamentos fundamentais reflete deficiências nas políticas públicas. As análises apresentadas neste trabalho reforçam a urgência de revisar e fortalecer estratégias de saúde pública, garantindo que o direito à saúde reprodutiva seja efetivamente universal e equitativo, conforme preconizado pela Constituição Federal de 1988 e pelas leis que regulamentam o planejamento familiar no Brasil.

REFERÊNCIAS

- AMARO, Mylene Manfrinato; CARDIN, Valéria Silva Galdino; STURZA, Janaína Machado Machado. A biopolítica sobre os corpos inférteis e/ou estéreis na reprodução humana assistida. **Civilistica. com**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 1-27, mar. 2024. Disponível em: <https://civilistica.emnuvens.com.br/redc/article/view/956>. Acesso em: 1 jul. 2024.
- ARÊAS, Philippe Jean Rangel Abreu. **Judicialização da saúde**: uma análise das decisões da câmara de resolução de litígios de saúde do município de Campos dos Goytacazes/RJ. 2019. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://www.btdt.uerj.br:8443/bitstream/1/3965/1/Dissertacao%20Aline%20Pereira.pdf>. Acesso em: 1 jul. 2021.
- ARQUETTE, Alinne. Não à mistanásia: a saúde pública como tutela do hipossuficiente e a judicialização. *In*: CABRAL, Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat; ZAGANELLI, Margareth Vettis (orgs.). **Mistanásia**: a “morte miserável”. Campos dos Goytacazes: Editora Brasil Multicultural, 2016.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA. **Infertilidade**: como enfrentar o diagnóstico e buscar o tratamento adequado. Brasília, 20 maio 2019. Disponível em: <https://sbra.com.br/noticias/infertilidade-como-enfrentar-o-diagnostico-e-buscar-o-tratamento-adequado/>. Acesso em: 15 abr. 2024.
- ÁVILA, Alana Aragão; VIEIRA, Camila Araújo Lopes. Um olhar sobre o fenômeno da maternidade naturalista: Refletindo sobre o processo de maternagem. **Revista Gênero**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 26-27, jan. 2018. Disponível em: <https://vlex.com.br/vid/um-olhar-fenomeno-da-854222688>. Acesso em: 11 nov. 2024.
- BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. **Revista de Direito Social**, Porto Alegre, v. 34, p. 11-43, 2009. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/estudobarroso.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2024.

BORGES, Fernanda Oliveira Santos Castro. Perfil das mulheres submetidas a técnicas de reprodução assistida no Brasil: uma revisão de literatura. **Peer Review**, [s.l.], v. 6, n. 2, p. 16-28, jan. 2024. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/377547951_Perfil_das_mulheres_submetidas_a_tecnicas_de_reproducao_assistida_no_Brasil_uma_revisao_de_literatura. Acesso em: 11 jul. 2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 3 abr. 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. Brasília: Presidência da República, 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm. Acesso em: 1 mar. 2024.

BRASIL. **Portaria nº 3.149, de 28 de dezembro de 2012**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Brasília: Presidência da República, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3149_28_12_2012.html. Acesso em: 28 jun. 2024.

BRASIL. **Portaria nº 426/GM/MS, de 22 de março de 2005**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida. Brasília: Presidência da República, 2005. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13620.html>. Acesso em: 24 jun. 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Tema 793**. Tribunal Pleno, Recurso Extraordinário n.º 855178, Os entes da federação, em decorrência da competência comum, são solidariamente responsáveis nas demandas prestacionais na área da saúde, e diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, compete à autoridade judicial direcionar o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro. Relator Ministro Luiz Fux, 2019. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4678356&numeroProcesso=855178&classeProcesso=RE&numeroTema=793>. Acesso em: 17 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dia Nacional da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/05-8-dia-nacional-da-saude/>. Acesso em: 11 ago. 2024.

BRAUNER, Maria Claudia Crespo. **Direito, sexualidade e reprodução humana: conquistas médicas e o debate bioético**. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

CASALECHI, Maíra. A reprodução humana assistida no SUS: saúde reprodutiva é um direito constitucional. **Sociedade Brasileira de Reprodução Humana**, 1 jan. 2018. Disponível em: <https://sbrh.org.br/comite/embriologia/a-reproducao-humana-assistida-no-sus-saude-reprodutiva-e-um-direito-constitucional/>. Acesso em: 10. ago. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Enunciados I, II e III Jornada de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça**. 2017. Disponível em: <https://www10.trf2.jus.br/comite-estadual-de-saude-rj/wp-content/uploads/sites/52/2018/12/enunciados-da-i-ii-e-iii-jornadas-de-direito-da-saude-do-cnj.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2024.

CORLETA, Helena von Eye. Fertilização in vitro: mais de 4 milhões de crianças nascidas e um prêmio Nobel. **Revista HCPA**, Porto Alegre, v. 30, n. 4, p. 451-455, 2010. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/159678>. Acesso em: 11. nov. 2024.

CORREIA, Maria de Jesus. Sobre a maternidade. **Research Gate: Análise Psicológica**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 16, p. 365-371, set. 1998. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/277823731_Sobre_a_maternidade. Acesso em: 11 nov. 2024.

COSTA, Kairo; LIMA, Letícia. A obrigatoriedade do plano de saúde em custear a fertilização *in vitro*. **Repositório Institucional**, Brasília, v. 2, n. 1, p. 1-10, 2023. Disponível em: <http://revistas.icesp.br/index.php/Real/article/download/4528/2384>. Acesso em: 14 abr. 2024.

DANTAS, Eduardo; CHAVES, Marianna. **Aspectos Jurídicos da Reprodução Humana Assistida**. Comentários à Resolução 2.121/ 2015 do Conselho Federal de Medicina. São Paulo: GZ Editora, 2018.

DINIZ, Maria Helena. **Curso de Direito Civil Brasileiro**. São Paulo: Saraiva, 2007.

FARINATI, Débora Marcondes; RIGONI, Maisa dos Santos; MÜLLER, Marisa Camplo. Infertilidade psicológica. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 23, n. 4, p. 433-439, 2006. Disponível em: <https://periodicos.puc-campinas.edu.br/estpsi/article/view/6828/4448>. Acesso em: 11 nov. 2024.

FELIX, Paula. Uma em cada seis pessoas tem ou terá dificuldades para ter filhos. Enquanto pesquisadores buscam respostas, dispara a procura por métodos de laboratório. **Veja**, 4 jun. 2023. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/saude/infertilidade-aumenta-no-mundo-e-impoe-novos-desafios-a-ciencia>. Acesso em: 15. abr. 2024.

FRANÇO, Melissa Santo; AMARAL, Marizia. **Aspectos clínicos, métodos de diagnóstico e medidas terapêuticas da síndrome dos ovários policísticos: uma revisão bibliográfica**. Monografia (Graduação em Biomedicina) – Centro Universitário

Lusiada, Santos, 2023. Disponível em:
<http://revista.lusiada.br/index.php/rtcc/article/view/1891>. Acesso em: 7 jul. 2024.

FRIEDRICH, Caroline Alana. **Fertilização *in vitro* heteróloga e a possibilidade jurídica do concebido de conhecer a origem genética do doador**. Monografia (Graduação em Direito) – Faculdade Antonio Meneghetti, Restinga Sêca, 2019.

Disponível em:

http://repositorio.faculdadeam.edu.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/619/TCC_DIR_CAROLINE_FRIEDRICH_AMF_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 19 maio 2024.

LEITE, Eduardo de Oliveira. **Procriação artificiais e o direito: aspectos médicos, religiosos, psicológicos, éticos e jurídicos**. São Paulo: RT, 1995.

LEITE, Tatiana Henriques. Análise crítica sobre a evolução das normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Belo Horizonte, v. 24, p. 917-928, mar. 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/MFFT6sywhctKRqCp8c5fNWw/>. Acesso em: 19 maio 2024.

LIRA, Úrsula Bezerra e Silva. **Os novos métodos de reprodução humana assistida e o acesso do direito a todos no Brasil**. Monografia (Graduação em Direito) – Centro Universitário do Rio Grande do Norte, Natal, 2021. Disponível em:

<http://repositorio.unirn.edu.br/jspui/handle/123456789/438>. Acesso em: 27. jun. 2024.

MACHADO, Teresa Robiche. Judicialização da saúde e contribuições da Teoria de Justiça de Norman Daniels. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 52-7, out. 2015. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rdisan/article/view/106891>. Acesso em: 28 maio 2024.

MASCARENHAS, Igor; DADALTO, Luciana. **Direitos Reprodutivos e Planejamento Familiar**. São Paulo: Foco, 2024.

MEDEIROS, Luciana Soares de e VERDI, Marta Inez Machado. Direito de acesso ao serviço de reprodução humana assistida: discussões bioéticas. **Revista de Ciência e Saúde Coletiva**, Santa Catarina, v. 4, n. 15, p. 3129-3138, out. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/MV4f6Vvb5CBPzygT3ph5RKG/?lang=pt>. Acesso em: 5 mar. 2024.

MEMÓRIA GLOBO. Primeiro bebê de proveta. **Globo**, 28 de outubro de 2021.

Disponível em: <https://memoriaglobo.globo.com/jornalismo/coberturas/primeiro-bebe-de-proveta/noticia/primeiro-bebe-de-proveta.ghtml>. Acesso em: 11 nov. 2024.

MORAES, Carlos Alexandre; AMARO, Mylene Manfrinato dos Reis. Políticas públicas e os direitos reprodutivos por reprodução humana assistida: pela efetivação dos direitos da personalidade. **Revista Direitos Sociais e políticas públicas**, Bebedouro, v. 7, n. 3, p. 33-58, nov. 2019. Disponível em:

<https://scholar.archive.org/work/dnyykwtefneavot2ktdxmjm36m/access/wayback/http://w>

ww.unifafibe.com.br/revista/index.php/direitos-sociais-politicas-pub/article/download/679/pdf. Acesso em: 10 jul. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (Resolução 217 A III) em 10 de dezembro de 1948. Unicef, 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 11 nov. 2024.

NASCIMENTO, Júlia Luna *et al.* Influência da idade na efetivação da reprodução assistida por fertilização *in vitro* em mulheres acima de 35 anos. **Revista E-Acadêmica**, [S.l.], v. 4, n. 1, e2141433, mar. 2023. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://eacademica.org/eacademica/article/download/433/317/3646&ved=2ahUKEwiejNf2-ZeHAXUNOrkGHU1AC1MQFnoECDkQAQ&usg=AOvVaw0_-OinrmZBdEV5SCwEvnPL. Acesso em: 8. jul. 2024.

OLIVEIRA, Janaína Sampaio de. **A reprodução assistida como um direito da personalidade**. 2021. Dissertação (Mestrado em Ciências Jurídicas) – Universidade Cesumar, Maringá, 2021. Disponível em: <https://rdu.unicesumar.edu.br/bitstream/123456789/9671/1/JANAINA%20SAMPAIO%20DE%20OLIVEIRA.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Nova Iorque, 22 jul. 1946. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5733496/mod_resource/content/0/Constitui%C3%A7%C3%A3o%20da%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20da%20Sa%C3%BAde%20%28WHO%29%20-%201946%20-%20OMS.pdf. Acesso em: 11 nov. 2024.

PARANHOS, Vinícius Lucas. **Efetividade dos provimentos judiciais na garantia do direito à saúde**: Estudo sobre as decisões inaudita altera parte no fornecimento gratuito de medicamentos pelo Estado. Belo Horizonte: Meritum, 2007.

PASSINI, Anne Caroline Rodrigues. **Reprodução assistida heteróloga**: o direito de crianças e adolescentes concebidos por fertilização “*in vitro*” em conhecer sua origem genética. 2014. Monografia (Graduação em Direito) – Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2014. Disponível em: <http://200.18.15.28/handle/1/2724>. Acesso em: 27, mai. 2024.

PIOVESAN, Flávia. Direitos sexuais e reprodutivos: aborto inseguro como violação aos direitos humanos. **Nos limites da vida**: aborto, clonagem humana e eutanásia sob a perspectiva dos direitos humanos. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007.

ROCHA, Karinne Nancy Sena *et al.* Atualizações sobre a fertilização *in vitro* para reprodução humana Updates on *in vitro* fertilization for human reproduction. **Brazilian Journal of Health Review**, [S.l.], v. 5, n. 1, p. 3081-3100, fev. 2022. Disponível em:

https://www.researchgate.net/profile/Fernanda-Da-Silva-26/publication/358972512_Atualizacoes_sobre_a_fertilizacao_in_vitro_para_reproducao_humana_Updates_on_in_vitro_fertilization_for_human_reproduction/links/64977ed495bbbe0c6ef034d0/Atualizacoes-sobre-a-fertilizacao-in-vitro-para-reproducao-humana-Updates-on-in-vitro-fertilization-for-human-reproduction.pdf. Acesso em: 10 jul. 2024.

RODRIGUES, Renata de Lima. **Planejamento familiar: limites e liberdade parentais**. São Paulo: Foco, 2021.

SÁ, Maria de Fátima Freira de. Direitos reprodutivos e a saúde da mulher. **Biblioteca Virtual em Saúde**, Brasília, v. 12, n. 1, p. 8-9, jan. 2023. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1417156>. Acesso em: 8 jul. 2024.

SANTOS, Hellen Geremias dos. Mortes infantis evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde: comparação de duas coortes de nascimentos. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 19, p. 907-916, mar. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2014.v19n3/907-916/pt/>. Acesso em: 1 jul. 2024.

SARLET, Gabrielle Bezerra Sales. O direito à fertilização “*in vitro*” no Brasil: análise jurídico-literária à luz da obra “Admirável mundo novo”. **Anamorphosis: Revista Internacional de Direito e Literatura**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 475-499, jul. 2018. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7490791>. Acesso em: 20 maio 2024.

SCHWARTZ, Germano André Doederlein. Direito à saúde: abordagem sistêmica, risco e democracia. **Revista de Direito Sanitário**, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 27-38, jan. 2001. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13085>. Acesso em: 11 nov. 2021.

SCHETTINI, Beatriz. **Reprodução humana e direito: o contrato de gestação de substituição onerosa**. Belo Horizonte: Conhecimento Livraria de Distribuidora, 2019.

SOUZA, Rosilene Maria de. Reprodução Humana Assistida como direito fundamental: a judicialização como consequência da ausência de lei regulamentadora. **Âmbito Jurídico**, out. 2016. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/edicoes/revista-153/reproducao-humana-assistida-como-direito-fundamental-a-judicializacao-como-consequencia-da-ausencia-de-lei-regulamentadora/>. Acesso em: 15 fev. 2024.

TEPEDINO, Gustavo; TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. **Direito de família**. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2023. v. 6.

RIO DE JANEIRO (Estado). Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro. **Apelação 0002218-83**. 13ª Câmara Cível, Ação de obrigação de fazer. Recurso provido. Relator Fernando Cerqueira Chagas, julgado em 24 de fevereiro de 2016. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-rj/2685959563>. Acesso em: 15 mar. 2024.

ZEGERS-HOCHSCHILD, Fernando. Consideraciones Médicas e Implicancias Ético Legales de la Reproducción Asistida en Chile. **Acta Bioeth**, Santiago, v. 19, n. 1, p. 97-104, jun. 2013.