

**REPRODUÇÃO ASSISTIDA COMO DIREITO E ELEMENTO DO
PLANEJAMENTO FAMILIAR: FUNDAMENTOS JURÍDICOS DO DEVER DE O
ESTADO EM PRESTAR ASSISTÊNCIA**

**ASSISTED REPRODUCTION AS A RIGHT AND AN ELEMENT OF FAMILY
PLANNING: LEGAL GROUNDS FOR THE STATE'S DUTY TO PROVIDE
ASSISTANCE**

**LA REPRODUCCIÓN ASISTIDA COMO DERECHO Y ELEMENTO DE
PLANIFICACIÓN FAMILIAR: FUNDAMENTOS JURÍDICOS DEL DEBER DE
ASISTENCIA DEL ESTADO**

**Sthéfano Bruno Santos Divino¹
Isabela Gonçalves Almeida²**

RESUMO

Este artigo tem como problema de pesquisa o seguinte questionamento: a assistência à Reprodução Assistida (RA) pode ser considerada um Direito enquanto componente do planejamento familiar? Objetiva-se analisar criticamente o direito ao planejamento familiar contido no art. 226, §7º da CRFB para definir seus respectivos prolongamentos normativos e bioéticos. A partir da hermenêutica do referido dispositivo e com fundamento em um sistema social constitucional, conclui-se que a RA é mecanismo de concretização do planejamento familiar, sendo que compete ao Ente federado a assistência ao interessado quando devidamente fundamentada em critérios socioeconômicos. Para tanto, utiliza-se o método de pesquisa integrada e a técnica de pesquisa bibliográfica.

Palavras-chave: Direito. Planejamento familiar. Reprodução Assistida.

ABSTRACT

The research problem of this article is the following: can assisted reproduction (ART) be considered a right as a component of family planning? The aim is to critically analyze the right to family planning contained in art. 226, §7 of the CRFB in order to define its respective normative and bioethical extensions. Based on the hermeneutics of this provision and on the basis of a constitutional social system, it is concluded that ART is a mechanism for making family planning a reality, and that it is up to the federated entity to provide assistance to the interested party when duly based on socio-economic criteria. To this end, the integrated research method and the bibliographical research technique are used.

Keywords: Law. Family planning. Assisted Reproduction.

¹ (*)Recibido: 31/05/2024 | Aceptado: 01/06/2024 | Publicación en línea: 28/06/2024.



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

¹Doutor e Mestre em Direito Privado pela PUC-MG. Professor Adjunto de Direito Civil da Universidade Federal de Lavras. ORCID: 0000-0002-9037-0405. E-mail: sthefanoadv@hotmail.com

²Graduanda em Direito pelo Centro Universitário de Lavras. Centro Universitário de Lavras, Lavras, Minas Gerais, Brasil. ORCID: 0000-0003-3195-0976. E-mail: isabelaalmeida@souunilavras.com

RESUMEN

El problema de investigación de este artículo es la siguiente pregunta: ¿se puede considerar la asistencia a la Reproducción Asistida (RA) como un Derecho como componente de la planificación familiar? El objetivo es analizar críticamente el derecho a la planificación familiar contenido en el art. 226, §7° de la CRFB para definir sus respectivas extensiones normativas y bioéticas. Con base en la hermenéutica del citado dispositivo y con fundamento en un sistema social constitucional, se concluye que la RA es un mecanismo para implementar la planificación familiar, siendo responsabilidad de la entidad federativa brindar asistencia al interesado cuando esté debidamente fundamentado en criterios socioeconómicos. . Para ello se utiliza el método de investigación integrada y la técnica de investigación bibliográfica.

Palabras clave: Derecho. Planificación familiar. Reproducción asistida.

1. INTRODUÇÃO

Conforme dados da Organização Mundial da Saúde, uma em cada seis pessoas no mundo sofre de infertilidade (Rocha, 2023). Em estimativa, tal número representa cerca de 17,5% da população adulta, o que mostra a premente necessidade de solucionar uma questão de saúde pública. Alguns problemas e desafios justificam o índice, tais como: maternidade avançada (acima dos 35 anos); infertilidade conjugal; hábitos de vida (sedentarismo, tabagismo, uso de álcool e drogas, obesidade etc.); e falta de recursos para tratamento da infertilidade. Conforme a diretora de Saúde e Pesquisa Sexual e Reprodutiva da OMS, as pessoas que buscam por tratamentos para solucionar a infertilidade lidam com custos de centenas de milhares “tornando isso um grande problema de equidade e, muitas vezes, uma armadilha de pobreza médica para as pessoas afetadas” (Rocha, 2023, online).

A partir deste contexto, exsurge o problema de pesquisa: a assistência à Reprodução Assistida (RA) pode ser considerada um Direito enquanto componente do planejamento familiar? Como hipóteses da pesquisa, tem-se: H1: O art. 226, §7° da CRFB deve ser interpretado no sentido de estabelecer a RA como componente e direito indispensável ao planejamento familiar; H1.1: Partindo dessa hipótese, o Estado é constitucionalmente obrigado a garantir acesso igualitário aos procedimentos de Reprodução Assistida; H1.2: A concretização deste Direito deve ser dar a partir do estabelecimento e aplicação de políticas públicas; H2: O planejamento familiar previsto no art. 226, §7° da CRFB não abarca a RA, mas apenas os métodos de concepção natural; H2.1: Como consequência, o Estado não tem o dever de prestar assistência aos procedimentos que envolvem RA; H.2.2: Sendo o Estado isento de prestar assistência a RA, autoriza-se o indivíduo a proceder com a inseminação caseira sem qualquer tipo de consequência jurídica.

Para responder ao problema proposto, o objetivo geral deste trabalho é analisar criticamente o direito ao planejamento familiar contido no art. 226, §7º da CRFB e definir seus respectivos prolongamentos sob a ótica da bioética e das políticas públicas. Em outros termos, pretende-se interpretar o dispositivo constitucional e correlacioná-lo ao sistema de tutela e proteção da família para assinalar a existência de um possível dever de o Estado em subsidiar a reprodução assistida por meio de políticas públicas. Na primeira seção, aborda-se sobre o tratamento médico-jurídico da infertilidade. A segunda seção versa sobre a elitização das Técnicas de Reprodução Assistida, que inviabiliza o acesso igualitário para pessoas com insuficiência de recursos e que precisam de valer da RA para realizar o projeto parental. Por fim, a terceira seção analisa-se o dever de o Estado em prestar assistência aos métodos de RA no país, à luz do art. 226, §7º da Constituição Federal. Constata-se que a saúde reprodutiva está intimamente vinculada aos preceitos de saúde e possuem o dever de serem tratadas como um direito fundamental e efetivada com base no princípio da igualdade matéria. Assim, conclui-se pelas H1 e suas ramificações. Para tanto, utiliza-se o método de pesquisa integrada e a técnica de pesquisa bibliográfica.

2. O TRATAMENTO MÉDICO-JURÍDICO DA INFERTILIDADE

A Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva considera a infertilidade como a dificuldade do casal ou da associação de fatores femininos e masculinos, em conceber filhos após um ano de relações sexuais regulares sem o uso de métodos contraceptivos (Pompeu; Verzeletti, 2015, p. 84)².

No sistema brasileiro, conforme o 13º Relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões, o número de fertilizações in vitro para realização da Reprodução Humana Assistida (RHA) saltou de 21074 em 2012 para 44705 em 2019 (Brasil, 2023). Em relação ao ano subsequente, “os dados de 2020 mostram que o número de ciclos de fertilizações in vitro realizados no Brasil, quando comparado ao de 2019, diminuiu de 43.956 para 34.623, o que se acredita ser impacto da pandemia de Covid-19” (Brasil, 2002). Porém, conforme mencionado, todo o processo de fertilização é dispendioso e se torna economicamente inviável para a maior parte dos necessitados. Objetivando superar esse obstáculo, o Sistema Único de Saúde (SUS)

²No Brasil, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida adotou o mesmo critério ao dispor que “a infertilidade se define como a ausência de gravidez após 12 (doze) meses de relações sexuais regulares, sem uso de contracepção”.

estabeleceu por meio da Portaria n. 3.149, de 28 de dezembro de 2012 (Brasil, 2012) a necessidade de destinação de recursos financeiros para aqueles que desejam realizar procedimentos de atenção à Reprodução Humana Assistida, incluindo fertilização in vitro e/ou injeção intracitoplasmática de espermatozoides. Porém, a falta de recursos e de políticas públicas têm sido componentes de um desafio considerável para implementação deste normativo.

As causas da infertilidade podem ter influência em diversos fatores. Elencam-se algumas:

Tabela 1 – Algumas causas de infertilidade

Sistema reprodutivo feminino	Sistema reprodutivo masculino
Distúrbios tubários, como trompas de falópio bloqueadas, que por sua vez são causadas por infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) não tratadas ou complicações de aborto inseguro, sepse pós-parto ou cirurgia abdominal/pélvica	Obstrução do trato reprodutivo causando disfuncionalidades na ejeção do sêmen. Esse bloqueio pode ocorrer nos tubos que transportam o sêmen (como os ductos ejaculatórios e as vesículas seminais).
Distúrbios uterinos que podem ser de natureza inflamatória (como a endometriose), de natureza congênita (como o útero septado) ou de natureza benigna (como os miomas);	Distúrbios hormonais que levam a anormalidades nos hormônios produzidos pela glândula pituitária, hipotálamo e testículos. Hormônios como a testosterona regulam a produção de esperma
distúrbios dos ovários, como síndrome do ovário policístico e outros distúrbios foliculares;	Falha testicular em produzir esperma, por exemplo devido a varicoceles ou tratamentos médicos que prejudicam as células produtoras de esperma (como a quimioterapia).
Distúrbios do sistema endócrino causando desequilíbrios dos hormônios reprodutivos. O sistema endócrino inclui o hipotálamo e as glândulas pituitárias	Função e qualidade anormais do esperma. Condições ou situações que causam forma anormal (morfologia) e movimento (motilidade) do esperma afetam negativamente a fertilidade.
TOTAL	Informação X

Fonte: Elaborada pelos autores com fundamento em Word Health Organization (2023).

Essas causas podem sofrer mudanças de acordo com os países, devido aos antecedentes de IST's e idade populacional. Fatores de estilo de vida, tais como tabagismo, ingestão excessiva de álcool e obesidade, também podem afetar a fertilidade. Além disso, a exposição a poluentes ambientais e toxinas podem ser diretamente tóxicas para os gametas, resultando em sua diminuição em número e qualidade. (Word Health Organization, 2023).

A constatação da infertilidade pode ser feita em até três graus, divididos em leve, moderado e grave, enquadrada de acordo com o caso clínico de cada paciente. Se diagnosticada de maneira precoce, mitiga a probabilidade de perpetuação da doença - classificada pela Biblioteca Nacional de Saúde com os CID's 10-N46 e 10-N97 - e a necessidade de tratamentos caros e pouco acessíveis. Contudo, a detecção inicial dessa enfermidade não é fomentada pelos governos e raramente os tratamentos são financiados, devido aos altos custos dos

medicamentos³, infraestrutura e procedimentos, que se apresentam como barreiras até mesmo para países que se encontram engajados no tema. Essa omissão contribui para uma maior configuração de pessoas inférteis que necessitam se valer de tecnologias para a reprodução.

Em uma tentativa de evolução das políticas acerca do tema, instituiu-se no Brasil a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida (PNAIRHA) promovida pela Portaria nº 426/2005 do Ministério da Saúde, que previa tratamentos em níveis básicos de saúde para a detecção da infertilidade antecipadamente ou sua prevenção. Porém, a portaria vigeu somente por quatro meses.

Mesmo com o compromisso de orientar ações voltadas para o acesso universal e integral à saúde reprodutiva, a Portaria do Ministério da Saúde se demonstrou engessada e heteronormativa em determinados aspectos, restringindo o acesso de pessoas que desejam ter filhos e não se enquadram no perfil de público-alvo da Política, ferindo o princípio da integralidade do cuidado em saúde ao adotar heteronormas em seu conteúdo e prática (Regino, 2016, p. 09).

Assim, a falta da universalidade (não contemplando regiões da federação, como é o caso da região norte), integralidade na atenção e equidade no tratamento para infertilidade culminou com a suspensão da Portaria que instituiu a PNAIRHA, já que durante a sua implementação apresentou-se ineficiente, o que conforma um quadro preocupante para os casais inférteis e principalmente para mulheres em condição de infertilidade (Oliveira, 2018, p. 14).

Apesar dessas lacunas que culminaram em sua impraticabilidade, o fracionamento dos setores básicos de saúde em níveis de gravidade para os atendimentos, cumulado como uma maior divulgação, igualdade de acesso e investimentos, traduz-se em interessante alternativa de mitigação da infertilidade.

Conforme Regino (2016, p. 84), os dados da OMS, da Rede Latina Americana de Reprodução Assistida e da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana mostram que embora não existam índices exatos acerca da incidência da infertilidade no Brasil, tendo em vista sua variação geográfica, estima-se que aproximadamente 8% a 15% dos casais têm algum problema de infertilidade. Dessa porcentagem, 70% dos casos podem ser solucionados por ações previstas na atenção básica e de média complexidade, com encaminhamento de

³Como uma das estratégias para combater a infertilidade é o uso de hormônios, o mercado de medicamentos para esse fim deve crescer 5,9% anualmente até 2032, segundo previsão da Global Market Insights: o tamanho do segmento deve sair de US\$ 3,6 bilhões, em 2022, para US\$ 6,4 bilhões em 2032 (Estado De Minas, 2023).

aproximadamente apenas 30% para ações de alta complexidade (inseminação artificial e fertilização in vitro) (Regino, 2016, p. 84). Ou seja, a maioria dos casos clínicos podem encontrar solução em cuidados primários de saúde.

Reforçando essa perspectiva, pesquisas demonstram que a maioria das mulheres que recorrem a serviços de RA na cidade de São Paulo é em virtude de problemas de saúde para os quais não tiveram acesso a tratamento apropriado ao longo de suas vidas (Nascimento, 2009, p. 39). Perceba-se que a prestação de serviços de planejamento familiar de alta qualidade, incluindo serviços primários de cuidados com a fertilidade, é um dos elementos centrais da saúde reprodutiva (World Health Organization, 2023) que atua de forma dúplice, prevenindo e remediando.

No entanto, diante da descontinuidade da política e do descaso do Estado com o tema, o Brasil se encontra atualmente sem fomentos significativos nesse âmbito, resultando na penalização dos casais e pessoas inférteis seja por: 1) conviverem com a infertilidade; 2) não terem garantidos seus direitos sexuais e reprodutivos pelo SUS no que se refere à reprodução humana assistida; 3) fazer da adoção a única alternativa para se ter um filho - não por escolha do casal, mas por uma ‘imposição’ das condições que lhe são dadas – devido à falta de recursos financeiros para realizar um tratamento na rede privada ou falta de acesso ao serviço público de saúde que deveria garantir o direito ao planejamento familiar (Regino, 2016, p. 90).

Desse modo, ao mesmo tempo em que são demandadas e desenvolvidas tecnologias altamente sofisticadas para a procriação humana, convive-se com o enfrentamento de questões como acesso à saúde básica e com isso os cuidados que evitariam problemas de saúde que poderiam levar à dificuldade de ter filhos (Nascimento, 2009, p. 39).

O Estado também é precário na conscientização de temas interligados às causas da infertilidade. São quase inexistentes os estímulos sobre educação sexual, prevenção das complicações do aborto inseguro, promoção de estilos de vida saudável e em coibir o uso de toxinas associadas à infertilidade, por exemplo. Assim, a negligência do Estado em relação a normas programáticas de teor preventivo intensifica a susceptibilidade no desenvolvimento de problemas relacionados à reprodução, refletindo diretamente no planejamento familiar da população.

A impossibilidade de procriação involuntária é um obstáculo grave ao projeto de vida do sujeito de direito e surte efeitos ativos na vida de casais/pessoas inférteis, opondo-se aos ideais de liberdade, livre-arbítrio e controle individual na formação das famílias. Portanto, urge a necessidade de se mediar as causas geradoras promovendo políticas governamentais de

igualdade, acessibilidade e qualidade de tratamento no setor básico de saúde, bem como com a criação intervenções precautelares, evitando assim que a pessoa infértil possa obter ou evoluir o grau da doença, a fim que não recaia em outra controvérsia: a ausência de acessibilidades às técnicas de RHA.

3. CAPITALIZAÇÃO DA INFERTILIDADE E POLÍTICAS PÚBLICAS: QUANDO TER FILHOS É SINÔNIMO DE TER RECURSOS

Apesar de a PNAIRHA garantir o acesso integral e gratuito a técnicas como inseminação artificial e a fertilização in vitro no âmbito do SUS desde 2005, somente em 2012 sobrevieram os primeiros repasses de recursos públicos do Governo Federal para essa finalidade. No mais, a maioria dos Estados brasileiros sequer possuem políticas para efetivar a PNAIRHA.

Tabela 2 – Normativos ou propostas de políticas públicas dos Estados brasileiros para concretização da PNAIRHA

Estado	Legislação Estadual	Projeto de Lei
São Paulo	Lei nº 16.885	PL 4224/2023 PL 1135/2003 PL 3996/2021 PL 4224/2023 PL 4889/2005 PL 3067/2008 PL 4892/2012 PL 1218/2020 PL 2448/2023 PL 1443/2023 PL 5266/2009 PL 1184/2003
Minas Gerais	Lei nº 20.627/2013	PL nº 3977/2012
Rio Grande do Sul	Não encontrado	PL nº 5768/2019 PL 4555/2004
Distrito Federal	Não encontrado	PL 1.911/2001 PL 2061/2003
Mato Grosso	Não encontrado	PL 7591/2017 PL 7880/2017
Mato Grosso do Sul	Não encontrado	Não encontrado
Bahia	Não encontrado	PL 4686/2004
Bahia	Não encontrado	PL 4686/2004
Piauí	Não encontrado	Não encontrado
Maranhão	Não encontrado	PL 115/2015
Ceará	Não encontrado	PL 1.184/2003 PL 120/2003 PL 9403/2017 PL 4178/2020
Paraíba	Lei nº 10319/2014	Não encontrado

Pernambuco	Não encontrado	PL 1508/2024
Alagoas	Não encontrado	Não encontrado
Paraná	Não encontrado	PL 3461/2021 PL 1184/2003
Santa Catarina	Lei Promulgada nº 14.374/2008	Não encontrado
Rio de Janeiro	Lei nº 7904/2018	PL 2015/2019 PL 1287/2021 PL 2454/2023 PL 2277/2016
Espírito Santo	Não encontrado	PL 5624/2005
Rio Grande do Norte	Não encontrado	Não encontrado
Roraima	Não encontrado	Não encontrado
Amazonas	Não encontrado	Não encontrado
Acre	Não encontrado	Não encontrado
Goiás	Não encontrado	Não encontrado
Tocantins	Não encontrado	Não encontrado
Rondônia	Não encontrado	Não encontrado
Sergipe	Não encontrado	Não encontrado
Amapá	Não encontrado	PL 7701/2010

Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

Diante das informações apresentadas, é evidente que a região Sudeste se destaca pela maior concentração de matérias legislativas, o que sugere uma demanda mais significativa por regularização, dado o expressivo papel desse território na RHA. Com 104 Centros de RA, o Sudeste é a maior zona com número de Banco de Células e Tecidos Germinativos (BCTG's) no país. Em termos de produção, os Estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais se destacaram em 2019, sendo responsáveis por gerar a maior parte dos ciclos de fertilização in vitro, com São Paulo liderando em 47% da produção total em todo o território nacional (Brasil, 2022).

A concentração dos procedimentos e clínicas em determinada região reflete na ausência de acessibilidade geográfica das TRA's, ficando regiões praticamente desassistidas pelo escasso número de centros disponíveis para tratamento da infertilidade. A exemplo, a região Norte, que possui apenas 5 BCTG's instalados em apenas três cidades, Belém, Manaus e Palmas, em cujos estados não foram encontradas nenhuma proposição legislativa ou lei estadual.

Dos Centros de Reprodução Assistida no país, apenas 11 integram o SUS⁴ com critérios diferentes de seleção e somente dois oferecem o tratamento totalmente gratuito. Nesse

⁴Centro de Reprodução Assistida do Hospital Regional da Asa Sul, Maternidade Escola Januário Cicco – pertence à UFRN (Universidade Federal do Rio Grande do Norte), Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, Hospital Pérola Byington, Hospital das Clínicas da UFG (Universidade Federal de Goiás), Hospital das Clínicas da UFMG (Universidade Federal de Minas Gerais), Hospital Fêmeina, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, Hospital das Clínicas de Porto Alegre, Hospital São Paulo da Unifesp e Instituto de Ginecologia da UFRJ.

conjunto, nem todas as modalidades de reprodução assistida estão disponíveis aos pacientes, seja por questões de financiamento dos bancos de congelamento ou ausência de regulamentação adequada sobre doações de óvulos, gravidez por substituição ou bancos de sêmen (Menezes, 2024).

Em termos de legislação federal vige a Lei nº 9.263/96 que trata do planejamento familiar como direito de todo cidadão, determinando a incumbência do SUS para promover atendimentos relacionados à saúde reprodutiva. No âmbito dos atos administrativos, a Portaria GM/MS 426/2005 que atualmente se encontra suspensa e o Plano Estadual de Políticas para as Mulheres do Espírito Santo, que também abordam questões sobre a regularização da Reprodução Assistida.

Em comparação com a legislação internacional, o Brasil se demonstra atrasado em comparação com alguns países⁵. Portugal já possui legislação específica com status de lei ordinária regulamentando a reprodução assistida desde 2006 (Santos; Pereira; Delduque, 2019, p. 32-33). Já a Austrália foi o primeiro país a propor uma legislação para o funcionamento de TRA desde 1984 (Leite; Henriques, 2014, p.03).

A abordagem legislativa é demasiadamente importante, pois os entes federados agem conforme o princípio da legalidade. Portanto, o cenário de precariedade de regulamentos específicos merece ser combatido. Deve-se dar uma atenção maior para elaboração de legislações federais com intuito de nivelar a reprodução assistida em todo território nacional, com parâmetros isonômicos. Esse é o primeiro cenário: a falta ou a insuficiência de políticas públicas destinadas a efetivar a RA. Contudo, este não é o único percalço.

O Brasil conta com 12 serviços de saúde vinculados ao SUS que oferecem a reprodução humana assistida, inserindo nesse quantitativo o Centro de Reprodução Humana Assistida do IMIP, que encerrou suas atividades devido à falta de recursos financeiros. Alguns desses hospitais públicos oferecem cuidados, técnicas e procedimentos de reprodução humana assistida e possuem critérios institucionais próprios para admissão ao protocolo. Em relação aos exames da atenção básica, esses são feitos pelo SUS, mas à medida que o grau de complexidade dos procedimentos aumenta e dependendo dos critérios e protocolos de cada serviço, a responsabilidade financeira fica a cargo do gestor estadual ou municipal, ou do próprio casal ou pessoa (Regino, 2016, p. 84-85).

⁵ Tais como Dinamarca, Israel, Itália, África do Sul e Espanha (Leite; Henriques, 2014, p. 31).

Para usufruir das técnicas de reprodução assistida pelo SUS ou pelos hospitais das clínicas, os interessados devem enfrentar filas que podem levar até 4 anos. Contexto esse problemático a depender da idade em que essas pessoas descobrem a inviabilidade biológica/infertilidade ou decidem colocar em prática o projeto parental. Essa espera imposta pelo Estado potencializa ainda mais a expectativa das pacientes em relação à RA. Não há sequer um padrão para informá-las sobre o tempo da espera, uma vez que a imprevisibilidade no repasse de medicamentos coloca até mesmo o oferecimento do serviço em dúvida (Samrsla, et.al, 2007, p.50). Portanto, a maior parte dos procedimentos poderá e será realizada na rede privada, custeada pelos interessados (Bivar Neto, 2021, p. 199).

No mais, o Estado brasileiro tem o dever constitucional de oferecer e o cidadão tem o direito do acesso aos bens e serviços oferecidos, sem considerar as diferenças individuais. Neste sentido, à luz da Bioética, é preciso considerar o desejo de mulheres realizarem o sonho da maternidade e a demora do sistema público em corresponder a esse anseio de alto custo social (Samrsla, et.al, 2007, p.50).

Todavia, mesmo que ultrapassado o percalço da morosidade da oferta pública de TRA's, nem sempre os usuários da tecnologia terão condições financeiras de custear todos os medicamentos e exames necessários para o prosseguimento do tratamento. O custo esperado para a mulher e o homem que iniciam o tratamento no centro de reprodução de alta complexidade para FIV ou inseminação artificial é de R\$ 33.485,48 e R\$ 29.343,60, respectivamente, e com a realização de, no máximo três ciclos ao ano (Estringer, et.al, 2023, p. 12). Valores vultosos e fora da realidade da maioria dos brasileiros, considerando que a média nacional de rendimento domiciliar per capita é de R\$1.625,00⁶.

A extrema capitalização das TRA's gera uma profunda inacessibilidade para casais ou pessoas com menos poderio econômico. Discrimina-se ainda mais aqueles que se veem biologicamente impossibilitados de concretizar seu plano parental. A disparidade também é refletida na comparação do desenvolvimento das clínicas privadas com os serviços dispostos pelo SUS. Há um descompasso considerável na dominação das tecnologias, no qual as clínicas privadas dispõem de recursos melhores e mais avançados do que no sistema público de saúde, que progride de forma demasiadamente lenta. A ovodoação, prática corriqueira nas clínicas privadas, somente foi inaugurada no SUS em 2008. Ou seja, quem dispõe de

⁶Dados do IBGE relativo ao ano de 2022 obtido por meio da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).

tratamentos privados possui mais qualidade e prontidão na prestação dos serviços se comparado com os usuários do sistema público de saúde.

Cumpra lembrar que, em um Estado onde há liberdade de escolha, mas os recursos são escassos para atender às necessidades e expectativas da população, uma atenção adequada à saúde deve levar em conta as dificuldades de acesso aos bens oferecidos no planejamento da alocação de recursos (Samrsla, et.al, 2007, p.51).

Sendo assim, se o Estado disponibiliza ao cidadão o acesso à RA, mas esta tecnologia está longe de seu alcance pela escassez da oferta desses procedimentos no âmbito público, pode-se dizer que o princípio da equidade na saúde pública brasileira, neste caso, não está atingindo aqueles que precisam ser vistos na sua individualidade. A responsabilidade do Estado em fomentar a expectativa dos interessados em efetivar seu planejamento familiar estabelece uma relação de descaso quanto à sua vulnerabilidade, pois, a esperança existe e persiste. Porém, o serviço previsto, mas não oferecido, não é capaz de suprir o desejo ou necessidade de engravidar, tornando os casais pobres ainda mais distanciados de benefícios supostamente garantidos constitucionalmente (Samrsla, et.al., 2007, p.51). Desse modo, premente a necessidade do reconhecimento do planejamento familiar enquanto dever assistencial do Estado.

4. O PLANEJAMENTO FAMILIAR PREVISTO NO ART. 226, §7º DA CRFB E A REPRODUÇÃO ASSISTIDA: FUNDAMENTOS JURÍDICOS DO DEVER DE O ESTADO EM PRESTAR ASSISTÊNCIA

A Constituição Federal (CRFB) de 1988 consagrou em seu art. 226, §7º, o direito ao livre planejamento familiar, fundado no princípio constitucional da dignidade da pessoa humana e no princípio familiar da paternidade responsável. A previsão constitucional que expressa de direito ao planejamento familiar tem relação estreita com o reconhecimento da necessidade de proteção jurídica à sexualidade e à reprodução (Ribeiro, 2020, p. 141).

Nesse sentido, as técnicas de reprodução assistida, por propiciar que os diversos arranjos familiares efetivem o direito à reprodução em situações de infertilidade, relacionam-se diretamente com o planejamento familiar garantido pelo art. 226, §7º da CRFB. De acordo com Ferraz (2008, p. 83), “se se garante o direito de formar uma família, através da concepção natural, há de se reconhecer o direito daqueles que, por razões médicas, não podem procriar

naturalmente, a também formarem uma família”. Para a referida autora, “o direito a constituir família inclui o direito de procriar, inclusive artificialmente” (Ferraz, 2008, p.83).

Seguindo esse raciocínio, o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (São Paulo, 2018), ao julgar um pedido de oferecimento do tratamento de reprodução assistida no sistema público dispôs que se trata de um “dever constitucional do Estado de garantir a todos o direito à vida digna, à família e a ser feliz, sendo irrefutável que a sobrevivência digna e feliz dos autores se dará com a concepção de um filho, não podendo o Estado ser presente num aspecto do planejamento familiar (contracepção) e omissos noutro (concepção)”.

Em 2020, o Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul (Rio Grande Do Sul, 2020) condenou o Estado ao custeio dos medicamentos para tratamento da enfermidade reconhecida pelo CID 10: 97.1 (infertilidade feminina de origem tubária). O pleito foi formulado pela parte autora que se enquadrava em situação de hipossuficiência, sendo reconhecida a solidariedade do Estado e da União para o oferecimento dos fármacos.

Em 2021, o Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro (Rio De Janeiro, 2021) condenou o Município ao custeio do tratamento da apelante com esterilidade primária, sob fundamento do art. 226, §7º da CRFB.

A participação ativa do Estado na RA possui previsão Constitucional no art. 227, §7º, o qual assegura que devem ser propiciados recursos científicos para assegurar o exercício do planejamento familiar. Em se tratando de técnicas que demandam constante monitoramento, pesquisa, inovações e por se traduzirem em um tratamento com intervenções laboratoriais, enquadram-se perfeitamente como elemento científico, essencialmente por se tratar da exteriorização das ciências médicas e biológicas.

Como inexitem legislações que regulam a responsabilidade de os entes federados assistirem no planejamento familiar mediante técnicas de RA, o Judiciário profere decisões não padronizadas ou dissonantes que podem causar insegurança jurídica e a não concretização de um direito constitucionalmente previsto.

Os repasses para recursos em saúde dos Municípios são menores que os fundos da União e Estados, assim, a condenação para o financiamento para o tratamento da fertilização é muito mais onerosa para o ente municipal que para os demais. Direcionar os poucos recursos desse ente para as TRA's sem nenhuma previsão de reembolso poderia gerar uma desproporção que ocasionaria a escassez dos Fundos de Saúde municipais de maneira abrupta, impedindo que o Município atenda outras demandas. Desse modo, a criação de um precedente ou uma normativa que regularize esse âmbito é de extrema relevância, a fim de centralizar o encargo

para a União e para os Estados, ou seja, os entes federados que possuem maior alocação e captação de recursos para esse setor.

Contudo, assim como existem decisões favoráveis, verifica-se o oposto. Há pareceres judiciais que utilizam como argumento a negativa da tutela jurisdicional para obrigar os entes estatais a custearem as TRA's sob o argumento de não se tratar de um direito essencial à saúde. O TJGO (Goias, 2021) negou o direito afirmando que embora a saúde reprodutiva da mulher esteja inserida no âmbito do direito fundamental à saúde, seria certo que os problemas que comprometem a fertilidade da mulher não geram risco de morte ou limitações físicas que possam comprometer a sua qualidade de vida, ao ponto de justificar a judicialização da matéria para compelir o Estado de Goiás a dispensar os medicamentos que não visariam a recuperação da saúde, mas sim a adoção e técnica de reprodução assistida.

Sob argumento semelhante, o TJSP (São Paulo, 2019) negou o tratamento de fertilização in vitro com a fundamentação de que a demandante não era portadora de doença que cause risco à vida ou que obrigue os entes federados ao custeio do tratamento. Nesse mesmo sentido, o Superior Tribunal de Justiça (Brasil, 2013) negou a pretensão do custeio da fertilização in vitro pelo Estado, fundamentando que a realização do procedimento não é indispensável à manutenção da saúde e que conceder o pleito inviabilizar o direito à saúde a uma parcela maior da população

No entanto, essas fundamentações não condizem com o avanço nos direitos reprodutivos e sexuais, sequer analisam de forma pormenorizada o histórico legislativo existente. A procriação está intimamente interligada com a saúde reprodutiva englobando todo o aspecto de proteção à saúde, sendo a infertilidade um problema de ordem pública e reconhecido como uma patologia. Independente de causar ou não um risco à vida, toda enfermidade deve ser tratada com o devido cuidado, ainda mais em um país que disponibiliza um sistema público de saúde.

Frustrar a possibilidade de o indivíduo ter acesso à RA e constituir sua prole tolhe sua autonomia e obstrui sua dignidade. O que se observa das decisões é que ao denegar o direito à reprodução, o Judiciário condena a pessoa a ser prisioneira de suas próprias circunstâncias, manipulando-a e a instrumentalizando.

Entende-se que a ausência de norma ativa e exauriente sobre a reprodução assistida poderá surtir influências no ativismo judicial, presumindo que as pessoas que não possuem condições de arcar com os custos do tratamento provavelmente buscarão a tutela jurisdicional.

Esse cenário ocorre porque o projeto parental por meio das técnicas de RA é uma realidade totalmente distante para pessoas em situação financeira precária, o que acaba por elitizar a técnica, acentuando ainda mais os estigmas sociais que recaem sobre os casais/pessoas que não conseguem conceber um filho. Para tanto, só resta para os hipossuficientes a opção de seguir sem a efetivação do planejamento familiar ou adotar.

No entanto, encurralar as famílias no dilema Reprodução Assistida vs. Adoção é uma verdadeira afronta à liberdade de escolha e à autonomia privada, pois cabe a cada arranjo familiar optar por seu meio de planejamento. Nesse ponto, verifica-se uma dualidade: ao mesmo tempo que é vedado ao Estado interferir no projeto parental, cabe a ele por determinação constitucional do art. 226, §7º proporcionar meios para suas diferentes realizações. Por conseguinte, incumbe ao Estado se valer de um equilíbrio, sem invasão das esferas privadas, mas que seja ativo disponibilizando oportunidades de efetivação de direitos.

Portanto, para que o direito ao planejamento familiar seja de fato efetivado à população brasileira por meio de técnicas de RA, é necessária a criação e a efetivação de políticas públicas com viés na acessibilidade dessa técnica, desconstruindo a natureza heteronormativa que a própria PNAIRHA traz em seu corpo textual.

Não se trata de soluções pobres para pobres, vez que propostas do tipo ensejam a precarização da universalidade da saúde pública. Para que o Direito seja exercido e concretizado deve haver uma cessão de recursos pelo Estado, fomentando locais em que os tratamentos possam ser realizados nas mesmas condições que em uma clínica particular. A economicidade da reprodução assistida deve ser pensada de modo a não reduzir a qualidade do tratamento, mas reservar parte dos custos para o Estado em uma demanda conjunta (Nascimento, 2009, p. 44).

Para aplicar uma medida semelhante nas técnicas de reprodução assistida, haveria a necessidade de criar clínicas sob a forma de sociedade de economia mista, de modo que Estado participe no oferecimento e financiamento de recursos e que essa participação seja repassada à população carente em valores substancialmente menores e acessíveis. A aplicação desse modelo evitaria o descompasso com o setor privado e público, ao mesmo tempo propiciando que os avanços se intensifiquem (Nascimento, 2009, p. 44).

Para que a alternativa de criação das clínicas de economia mista seja uma medida viável, é imprescindível definir qual ente federado seria o competente por esses investimentos, de modo a evitar confusão orçamentária e dúvidas quanto à responsabilização.

Portanto, entende-se cabível a aplicação da jurisprudência do Supremo Tribunal Federal no julgamento do Tema 793 (Brasil, 2020) que fixou entendimento no sentido de que a obrigação dos entes da federação referente ao dever fundamental de prestação de saúde em procedimentos não regulados por políticas públicas, é solidária entre o Estado e a União.

De acordo com o ministro e relator Alexandre de Moraes (2020) se a pretensão veicular do pedido de tratamento, procedimento, material ou medicamento não incluído nas políticas públicas (em todas as suas hipóteses), a União necessariamente comporá o polo passivo, considerando que o Ministério da Saúde detém competência para a incorporação, exclusão ou alteração de novos medicamentos, produtos, procedimentos, bem como constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, de modo que recai sobre ela o dever de indicar o motivo da não padronização e eventualmente iniciar o procedimento de análise de inclusão, nos termos da fundamentação.

Assim, entende-se que a Tese 793 é cabível nas TRA's por se tratar de procedimentos terapêuticos não regulados que impedem o acesso à saúde reprodutiva por meio do sistema público de saúde. O caso paradigma possui um estreito vínculo com a RA por também abordar acerca de tratamento que se insere no rol de deveres do Estado. Portanto, ao prever constitucionalmente o planejamento familiar, resta inequívoca a responsabilidade estatal em promover meios para a concretização desse direito, conectando com o precedente mencionado.

Para operacionalizar essa técnica os recursos com orçamentos mais baixos devem ser distribuídos de maneira proporcional respeitando a hierarquia e os repasses de cada ente federativo pelo Fundo Nacional da Saúde. A judicialização deve ser restrita a casos de recusas administrativas indevidas que não respeitem os requisitos estabelecidos, de modo a tornar acessível ao público-alvo o tratamento.

É inegável que a instituição de um sistema desse porte surtiria em impactos nas diretrizes orçamentárias do Estado, que mesmo com a execução de praxe fechou o ano de 2023 com um déficit de R\$19.801.483 (Brasil, 2024). Contudo, a reprodução é um problema de saúde pública que deve ser sanado e reconhecido como tal, não é possível olvidar a restrição de direitos às famílias acometidas por essa enfermidade.

Para atender essas demandas, cabe ao Estado assumir o ônus orçamentário, expandindo o Projeto de Lei Orçamentária Anual como já ocorreu em 2024⁷. Tendo em vista que se trata de um investimento público, entende-se e propõe-se que haja a comprovação de requisitos para

⁷No ano referido ano, houve um aumento de 46% no Projeto de Lei Orçamentária Anual (IEPS, 2023).

usufruto da prestação de serviços, como comprovação de renda e relatório médico. Tais parâmetros direcionariam o público-alvo e poderiam evitar desvios de finalidade.

O cumprimento dos requisitos dispostos pelo CFM gera determinadas discussões, mas quando se fala em onerosidade de entes públicos, a delimitação é pertinente para evitar gastos de recursos com procedimentos fadados ao fracasso. Se o intuito é direcionar a concretização do direito fundamental ao planejamento familiar aos poderes executivos e legislativos, é necessário estabelecer limites até mesmo pela reserva do possível. A limitação sugerida pelo CFM quanto ao critério etário possui respaldos científicos que devem ser levados em consideração para evitar eventuais quebras dos limites orçamentários com uma vultuosidade de procedimentos infrutíferos.

Nascimento et. al (2023, p. 1-5) constataram que a taxa de sucesso com óvulo próprio tende a diminuir ao longo dos anos, sendo até os 35 anos o sucesso de 32,2% e acima dos 43 de 5%. Avaliando que a efetivação da FIV em pacientes acima de 40 anos foi de 9,6%, havendo uma redução significativa de 14,1%, quando se trata da FIV comparando com mulheres entre 35 e 37 anos.

Esses dados científicos somados aos dados iniciais sobre infertilidade são aqueles que podem e devem servir como respaldo para regulamentar de maneira coerente a reprodução assistida. A implementação das TRA's poderá surtir efeitos econômicos consideráveis nos cofres públicos, haja vista os investimentos em profissionais capacitados e materiais para a realização dos procedimentos, mas se trata de ação destinada à efetivação da premissa constitucionalmente estabelecida no art. 226, §7º da CRFB. Dar azo para discursos que ignoram a realidade biológica e respaldos científicos já existentes a respeito do tema poderia inviabilizar que esse projeto de vida se concretizasse pela aparente sobrecarga financeira pautada na ausência de contenção clínica dos destinatários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa obteve como problema o seguinte questionamento: da assistência à reprodução assistida pode ser considerada um Direito enquanto componente do planejamento familiar?

Como objetivos gerais, buscou analisar criticamente o direito ao planejamento familiar contido no art. 226, §7º da CRFB e definir seus respectivos prolongamentos sob a ótica da bioética e das políticas públicas. A partir desse contexto, o presente trabalho contribui no

sentido de identificar os fundamentos jurídicos e normativos da reprodução assistida como mecanismo componente do planejamento familiar. Demonstrou-se as insuficiências políticas e sociais para implementação deste direito, bem como os fundamentos constitucionais de sua configuração enquanto direito inerente à condição humana. Assim, constatam-se as seguintes hipóteses: H1; H1.1; e H1.2.

No mais verifica-se a necessária criação de políticas e destinação de recursos suficientes para a RA. Dessa forma, a elitização da técnica seria combatida, efetivando o direito à saúde reprodutiva e planejamento familiar sem distinções socioeconômicas.

Para assegurar que o acesso por meio do Sistema Público de Saúde se dará por pessoas que se enquadram em situação de hipossuficiência financeira e que se adequam ao tratamento de fertilização, propõe-se um processo de triagem com a apresentação de documentos, tais como relatório médico e comprovante de renda. No que tange aos limites de idade que cerceiam a adoção das técnicas de RA, afere-se a viabilidade da contenção como forma de preservar o Estado do investimento em procedimentos que estão cientificamente fadados ao fracasso ou a uma pequena porcentagem de sucesso. Como fundamento, utilizou-se o princípio da reserva do possível. Essas são apenas algumas propostas que podem permitir o avanço da temática e a concretização de Direitos constitucionalmente assegurados.

REFERÊNCIAS

- Bivar Neto, F. C. (2021). *Dedução de Despesas Médicas com Reprodução Assistida da base de cálculo do imposto sobre a renda das Pessoas Físicas: Breve Análise da (In) suficiência do art. 94, § 15, da Instrução Normativa RFB n. 1.500, de 29 de outubro de 2014*. Revista Direito Tributário Atual, (47), 197-222.
- Brasil. (2023). *Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Divulgado relatório sobre fertilização in vitro no país nos anos de 2020 e 2021*. <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2022/divulgado-relatorio-sobre-fertilizacao-in-vitro-no-pais-nos-anos-de-2020-e-2021>.
- Brasil. (2023). *Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Relatórios de produção de embriões – SisEmbrio*. <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/sangue-tecidos-celulas-e-orgaos/relatorios-de-producao-de-embrioes-sisembrio>.
- Brasil. (2022). *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios Contínua*. <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html>.

- Brasil. (2012). Ministério da Saúde. Portaria nº 3.149, de 28 de dezembro de 2012. *Sistema Único de Saúde*. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3149_28_12_2012.html#:~:text=Fica%20destinados%20recursos%20financeiros%20aos,ou%20inje%C3%A7%C3%A3o%20intracitoplasm%C3%A1tica%20de%20espermatozoides.
- Brasil. (2022). Ministério da Saúde. Relatórios de produção de embriões – SisEmbrio. *13º Relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões – SisEmbrio*. <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/sangue-tecidos-celulas-e-orgaos/relatorios-de-producao-de-embrioes-sisembrio>.
- Brasil. (2013). Superior Tribunal de Justiça. *Acórdão de decisão que decidiu sobre a aplicação de R.A. Agravo Regimental em Recurso Especial n. 409498*. Relatora: Ministra Eliana Calmon. 05 de novembro.
- Brasil. (2020). *Supremo Tribunal Federal. Acórdão que decidiu sobre a responsabilidade solidária dos entes federados pelo dever de prestar assistência à saúde. Recurso Extraordinário n. 855178*. Relator: Ministro Luiz Fux. 16 de abril. <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4678356&numeroProcesso=855178&classeProcesso=RE&numeroTema=793>.
- Brasil. (2024). Tesouro Nacional. *Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO)*. <https://www.tesourotransparente.gov.br/publicacoes/relatorio-resumido-da-execucao-orcamentaria-rreo/2023/12>.
- Estado De Minas. (2023). *Mercado mundial de medicamentos para infertilidade atinge US\$ 3,6 bilhões*. Estado de Minas, 18 junho 2023. Seção: Saúde. https://www.em.com.br/app/noticia/saude-e-bem-viver/2023/07/18/interna_bem_viver,1521420/mercado-mundial-de-medicamentos-para-infertilidade-atinge-us-3-6-bilhoes.shtml.
- Entringer, A. P., Sequeira, A. L. T., Russomano, F., Sydrônio, K., Nogueira, C. D. O., Gomes, M. A. D. S. M., & Pinto, M. (2023). *Análise de custo de um centro de reprodução humana assistida no Sistema Único de Saúde*. Physis: Revista de Saúde Coletiva, 33, e33080.
- Goiás. (2021). *Tribunal de Justiça do Estado de Goiás. Decisão que negou o direito afirmando que embora a saúde reprodutiva da mulher esteja inserida no âmbito do direito fundamental à saúde*. Mandado de Segurança nº 5428660-05.2021.8.09.0093.
- IEPS. (2023). *Saúde: orçamento planejado para 2024 cresceu 46% em relação ao deste ano, revela boletim do IEPS e Umame*. IEPS. <https://ieps.org.br/saude-ploa-2024-cresceu-46-em-relacao-ao-ploa-2023/>.
- Leite, T. H., & Henriques, R. A. D. H. (2014). *Bioética em reprodução humana assistida: influência dos fatores sócio-econômico-culturais sobre a formulação das legislações e guias de referência no Brasil e em outras nações*. Physis: Revista de Saúde Coletiva, 24, 31-47.

- Nascimento, J. L., de Oliveira Lúcio, R. F., Silva, A. G. F., Menezes, B. Q. F., da Silva Santos, G. V., Lira, L. B. M. L., & do Nascimento Araújo, M. H. (2023). *Influência da idade na efetivação da reprodução assistida por fertilização in vitro em mulheres acima de 35 anos*. E-Acadêmica, 4(1), e2141433-e2141433.
- Nascimento, P. F. G. D. (2009). *Reprodução, desigualdade e políticas públicas de saúde: uma etnografia da construção do "desejo de filhos"*. [Tese de Doutorado]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/17216?locale-attribute=es>.
- Pompeu, T. N., & Verzeletti, F. B. (2015). *Diagnóstico genético pré-implantacional e sua aplicação na reprodução humana assistida*. Reprodução & Climatério, 30(2), 83-89.
- Regino, F. A. (2016). *O desejo de ter filhos e a construção de gênero nas políticas de saúde: análise da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida*. [Tese de Doutorado em Saúde Pública]. Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife. <https://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2016regino-fa.pdf>.
- Ribeiro, R. R. B. (2020). *Planejamento familiar e reprodução assistida*. Conpedi Law Review, 6(1), 138-157.
- Rio De Janeiro. (2021). *Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro. Acórdão que condenou o Município ao custeio do tratamento da apelante com esterilidade primária*. Apelação n. 00049017020148190016 202000198700. Relator: Des(a). Camilo Ribeiro Ruliere, 11 de novembro.
- Rio Grande Do Sul. (2020). *Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. Acórdão que condenou o Estado ao custeio dos medicamentos para tratamento da enfermidade reconhecida pelo CID 10: 97.1*. Apelação Cível n. 70083776161. Relator: Leonel Pires Ohlweiler, 06 de outubro.
- Rocha, L. (2023). *Uma em cada seis pessoas no mundo sofre de infertilidade, diz OMS; entenda as causas*. CNN. <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/uma-em-cada-seis-pessoas-no-mundo-sofre-de-infertilidade-diz-oms-entenda-as-causas>.
- São Paulo. (2019). *Tribunal de Justiça de São Paulo. Acórdão que negou o tratamento de fertilização in vitro com a fundamentação de que a demandante não era portadora de doença que cause risco à vida ou que obrigue os entes federados ao custeio do tratamento*. Apelação nº 1006259-68.2019.8.26.0053. 2019.
- São Paulo. (2018). *Tribunal de Justiça de São Paulo. Acórdão que julgou procedente um pedido de oferecimento do tratamento de reprodução assistida no sistema público*. R.I. n. 0001929-06.2017.8.26.0218. Relator: João Alexandre Sanches Batagelo, 23 de março.

Samrsla, M., Nunes, J. C., Kalume, C., Cunha, A. C. R. D., & Garrafa, V. (2007). *Expectativa de mulheres à espera de reprodução assistida em hospital público do DF-estudo bioético*. Revista da Associação Médica Brasileira, 53, 47-52.

Santos, A. O., Pereira, A. G. D., & Delduque, M. C. (2019). *Reprodução humana assistida: regulamentação no Brasil e em Portugal*. Revista Jurídica da Escola Superior do Ministério Público de São Paulo, 16(2), 18-45.

World Health Organization. (2023). *Infertility*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>.