

**ELITIZAÇÃO DO DIREITO À REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA:  
BARREIRAS SOCIOECONÔMICAS E ASPECTOS JURÍDICOS  
CONTEXTO BRASILEIRO**

**ELITIZATION OF THE RIGHT TO ASSISTED HUMAN REPRODUCTION:  
SOCIOECONOMIC BARRIERS AND LEGAL ASPECTS  
IN THE BRAZILIAN CONTEXT**

Alana Ely Alves França<sup>1</sup>  
Emilly Braga de Jesus<sup>2</sup>  
Leila Brandão Souza<sup>3</sup>

**RESUMO**

A Reprodução Humana Assistida (RHA) refere-se a um conjunto de técnicas e procedimentos médicos que auxiliam casais e indivíduos com dificuldades para conceber. Com o avanço da tecnologia e da medicina, a RHA emergiu como uma solução importante para problemas de infertilidade, oferecendo esperança a muitas famílias. Entretanto, no Brasil, o acesso a essas técnicas é limitado, especialmente para a população de baixa renda, devido a barreiras financeiras e à cobertura insuficiente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Este estudo discute o acesso à RHA por essa parcela da população, investigando os desafios enfrentados e analisando alternativas para a democratização desse direito, bem como discute o tema à luz da Constituição Federal, realizando uma análise detalhada do relatório do SisEmbrío, que apresenta dados relevantes sobre os Centros de Reprodução Humana Assistida (CRHAs) no Brasil. A pesquisa adota uma abordagem qualitativa e explicativa, utilizando revisão bibliográfica e análise documental para identificar os obstáculos econômicos e estruturais que perpetuam a desigualdade no acesso à RHA. Entre os principais desafios, destacam-se o alto custo dos tratamentos, a escassez de centros especializados gratuitos e as longas filas de espera no SUS. Ao promover uma reflexão sobre as barreiras socioeconômicas e jurídicas, o estudo busca contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas inclusivas, visando garantir maior equidade no acesso à RHA, fortalecendo, assim, o exercício dos direitos fundamentais à saúde e ao planejamento familiar.

**PALAVRAS CHAVE**

Reprodução Humana Assistida. Direitos fundamentais. Planejamento familiar.  
Acesso à saúde. Desigualdade socioeconômica.

<sup>1</sup> Discente do curso de Direito da Faculdade de Excelência Unex de Jequié (UNEX/JEQUIÉ), e-mail: [alanaelyf@gmail.com](mailto:alanaelyf@gmail.com)

<sup>2</sup> Discente do curso de Direito da Faculdade de Excelência Unex de Jequié (UNEX/JEQUIÉ), e-mail: [emillybragaj@gmail.com](mailto:emillybragaj@gmail.com)

<sup>3</sup> Professora Orientadora do curso de Direito da Faculdade de Excelência Unex de Jequié (UNEX/JEQUIÉ), Advogada, especialista em Direito Público e Trabalhista, e-mail: [brandao.souza2@ftc.edu.br](mailto:brandao.souza2@ftc.edu.br)

## ABSTRACT

Assisted Human Reproduction (AHR) refers to a set of medical techniques and procedures that assist couples and individuals facing difficulties in conceiving. With advancements in technology and medicine, AHR has emerged as an important solution for infertility issues, offering hope to many families. However, in Brazil, access to these techniques is limited, especially for low-income populations, due to financial barriers and insufficient coverage by the Unified Health System (SUS). This study discusses access to AHR for this segment of the population, investigating the challenges faced and analyzing alternatives for the democratization of this right. It also discusses the topic in light of the Federal Constitution and provides a detailed analysis of the SisEmbryo report, which presents relevant data on Assisted Human Reproduction Centers (CRHAs) in Brazil. The research adopts a qualitative and explanatory approach, utilizing literature review and document analysis to identify the economic and structural obstacles that perpetuate inequality in access to AHR. Among the main challenges are the high cost of treatments, the scarcity of free specialized centers, and the long waiting lists in the SUS. By promoting reflection on socioeconomic and legal barriers, the study aims to contribute to the development of inclusive public policies, seeking to ensure greater equity in access to AHR, thereby strengthening the exercise of fundamental rights to health and family planning.

**Keywords:** Assisted Human Reproduction; Fundamental rights; Family planning; Access to health; Socioeconomic inequality

## 1 INTRODUÇÃO

A Reprodução Humana Assistida é um conjunto de técnicas médicas que auxilia indivíduos que têm dificuldade em gerar um filho de forma “natural”, oferecendo diversas técnicas, como Inseminação Intra-Uterina (IIU), Fertilização In Vitro (FIV), Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI) e Transferência de Embrião Congelado (TEC). Com o aumento das taxas de infertilidade em todo o mundo, somando-se ao avanço tecnológico e amadurecimento do pensamento da sociedade, a reprodução humana de forma assistida tem se tornado cada vez mais vista e conhecida (Souza; Alves, 2016).

Entretanto, existem diversas problemáticas relacionadas a essa prática, dentre as quais se destacam o elevado custo e a oferta limitada. Tais fatores impedem que boa parte da sociedade tenha acesso a esse tratamento, tornando-se um obstáculo ainda maior para a população de baixa renda. Apesar da magnitude do problema, as iniciativas voltadas à prevenção, diagnóstico e tratamento da infertilidade – incluindo tecnologias avançadas, como a fertilização in vitro (FIV) – ainda enfrentam subfinanciamento e permanecem inacessíveis para parcela significativa da população, especialmente àquelas que dependem do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse contexto, a reprodução humana assistida tem sido vista como um procedimento elitizado, uma vez que, na maioria dos países, são as próprias pessoas

afetadas pela infertilidade que custeiam o tratamento, o que, diante do custo elevado, restringe o acesso à camada da sociedade com maior poder aquisitivo. Ademais, a cobertura limitada do SUS associada a ausência de centros de fertilidade em boa parte do país evidenciam a questão da acessibilidade restrita, bem como tratar-se de um problema de saúde pública. Fato incontestável é que, o poder aquisitivo é crucial para definir quem poderá ter acesso à reprodução humana assistida. (Corrêa; Loyola, 2015).

Cumpra registrar que existem alguns Centros de Reprodução Humana Assistida (CRHAs) no Brasil que são credenciados pelo SUS, porém não abrange a totalidade dos estados do país. Registre-se, ainda, que em apenas alguns deles o tratamento é ofertado de modo amplo e gratuito, mas, ainda assim, conta, com gigantescas filas de espera (Corrêa; Loyola, 2015).

Como se nota, embora o serviço seja ofertado pelo Sistema Único de Saúde, o tratamento não é disponibilizado em todas as unidades de atendimento do país, e, quando disponibilizado, não é feito de forma satisfatória, resultando em longas filas de espera, fatores estes que, além de ampliar o desinteresse pelo tratamento gratuito, provocam um sofrimento significativo aos que necessitam vencer a barreira da infertilidade. De acordo com o último relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões (SisEmbrio), de 2023, existem 192 (cento e noventa e dois) CRHAs, sendo que apenas 10 deles oferecem tratamento pelo SUS, com a localização majoritária no estado de São Paulo.

Com efeito, a RHA oferece esperança a muitas pessoas com dificuldades para conceber, mas o acesso a essas tecnologias é desigual. As despesas exorbitantes dos tratamentos de RHA, como a fertilização in vitro (FIV) e a inseminação artificial, tornam esses procedimentos inacessíveis para muitas pessoas de baixa renda. A falta de cobertura por seguros de saúde ou sistemas públicos de saúde agravam essa situação, deixando ainda mais distante a esperança dos indivíduos que gostariam de realizar o procedimento.

Ao tratar o direito à Reprodução Humana Assistida no âmbito jurídico, a discussão abrange, basicamente, duas vertentes. A primeira, perpassa pelo direito à saúde, um direito fundamental previsto na Constituição Federal do Brasil, no artigo 195, que estabelece que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, ofertado especialmente pelo SUS. Como é cediço, as técnicas de RHA possibilitam a concepção de forma artificial às pessoas que sofrem com a infertilidade. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a infertilidade é compreendida como uma doença do sistema reprodutor masculino ou feminino, que se caracteriza pela

incapacidade de engravidar após 12 meses ou mais de relações sexuais regulares sem proteção. Desse modo, tendo em vista que as técnicas de reprodução assistida promovem a possibilidade científica de reverter uma doença denominada “infertilidade”, de acordo com a OMS, a RHA é enquadrada como um direito social à saúde. (World Health Organization (Who). Infertility.)

No mesmo sentido, a jurista Sartori (2021) afirma que o direito à RHA é um direito de saúde coletiva, pois não representa apenas o “desejo de ter filhos” e o acesso à saúde reprodutiva, mas sim, o direito à vida e à saúde dos indivíduos que serão frutos das técnicas. Por outro lado, Patrício (2018) sustenta que o direito à RHA não é caracterizado como direito à saúde, alegando que a sua finalidade é a gestação, e não pôr fim à infertilidade, a qual permanecerá, de forma que a ausência de uma gestação não significa ausência de saúde. Nesse sentido, a RHA, método contraceptivo, seria um direito ao planejamento familiar, conforme os arts. 196 e 226, §7º, da Constituição da República Federativa do Brasil.

Sem ter a pretensão de esgotar o tema, há quem aponte o processo de adoção como alternativa à dificuldade de gestação, proveniente da infertilidade. Em que pese ser uma saída, é preciso considerar que também é repleto de dificuldades e complexidades, e, assim como a RHA, sujeita os adotantes a anos de espera. Nesse sentido, Matias (2018) afirma que a semelhança no quesito espera é quase que idêntica. No que diz respeito à adoção, os principais entraves são os recursos escassos e limitados do sistema de adoção, bem como a idade e a cor das crianças.

Fato inconteste é que, ter acesso aos métodos, informações e técnicas disponíveis à fecundidade humana é garantia assegurada pela Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB), de forma que os programas relacionados ao planejamento familiar são de competência do Ministério da Saúde, que, por meio do SUS, devem atuar na prevenção, educação e garantia do acesso igualitário aos métodos, às informações e técnicas disponíveis à fecundidade humana, englobando tantas ações voltadas à fecundidade natural quanto à infertilidade.

Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo discutir o acesso da população de baixa renda à Reprodução Humana Assistida, e, para isso, será necessário realizar um aprofundamento do tema, discutindo-o à luz dos direitos assegurados pela CRFB e da doutrina sobre o tema.

## **2. METODOLOGIA**

A pesquisa utilizou a metodologia qualitativa quanto à abordagem do tema e explicativa, quanto aos objetivos. Foi desenvolvida por meio da triangulação dos

procedimentos metodológicos de pesquisa documental e revisão de literatura sobre as barreiras socioeconômicas e aspectos jurídicos do acesso à reprodução humana assistida no Brasil, elaboradas em período aberto, ou seja, sem definição de marco temporal. Esse delineamento da pesquisa buscou comparar documentos e artigos produzidos no objetivo da pesquisa (Vosgerau; Romanowski, 2014).

As pesquisas documental e bibliográfica possuem semelhanças, a principal delas é o fato de se debruçar sobre um material produzido. Entretanto, a diferença essencial entre elas está na origem de suas fontes, pois, enquanto a pesquisa bibliográfica se utiliza das contribuições de diversos autores sobre um tema, a pesquisa documental utiliza materiais sem tratamento analítico, permitindo a reelaboração desses de acordo com o objeto da pesquisa (Gil, 2008).

Relacionando os conceitos da temática ao campo da pesquisa documental, encontra-se o posicionamento de Minayo (2008, p.22): “a metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e o potencial criativo do pesquisador”.

Essa base é válida para pesquisas de forma geral, e no âmbito da utilização de documentos, não há exceção. Portanto, a pesquisa documental é um procedimento que se utiliza de métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos. Com isso, a partir da imersão em relatórios finais de conferências nacionais, além de legislações e ações oportunizadas por políticas públicas na gestão da saúde em âmbito brasileiro, foram esclarecidas perspectivas que associavam a reprodução assistida com o direito ao planejamento familiar, proporcionalizando a obtenção de documentos importantes afeitos a pesquisa.

Também foi analisado o relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões (SisEmbrio), que oferece informações detalhadas sobre o panorama da RHA no Brasil. A análise do relatório permitiu ampliar a compreensão sobre as estatísticas e práticas relacionadas ao tema, contribuindo significativamente para a triangulação metodológica adotada neste estudo.

Ademais, foi realizada uma revisão bibliográfica. Os artigos selecionados foram pesquisados nas plataformas: OASISbr, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Google Acadêmico, com foco em dados do Brasil, em espaço temporal em aberto, isto é, todos os estudos disponibilizados em qualquer período, sendo localizados 57 trabalhos que seguiram para análise. Por fim, após a extração de dados, os estudos foram avaliados quanto a qualidade metodológica (Hong; Gonzalez-Reyes; Pluye, 2018) sendo descartados aqueles que não atendessem ao objetivo da pesquisa.

Os dados coletados foram analisados à luz do método dedutivo e dialético a utilização conjunta desses métodos, enriqueceu nossa análise, proporcionando uma visão mais holística e crítica do material estudado. Assim, fundamentamos nossas análises no materialismo histórico-dialético. O método dialético se configura, nessa perspectiva, como um caminho que busca o conhecimento da realidade, de forma crítica, tendo como objetivo contribuir para a sua transformação (Kopnin, 1978).

Por não envolver pesquisa com seres humanos diretamente, o protocolo do estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

#### **3.1 O que é a Reprodução Humana Assistida?**

A Reprodução Humana Assistida (RHA) é um conjunto de técnicas médicas especializadas que tem por objetivo possibilitar a gravidez de casais e indivíduos diagnosticados com infertilidade, que não obtiveram sucesso no processo reprodutivo natural, mas que ainda têm a possibilidade de gerar um filho. De acordo com Ramirez-Galvez (2008, p. 39) a RHA é uma gama de técnicas e métodos médicos que ajudam na concepção de uma gravidez que, de outra forma, não ocorreria naturalmente.

Para que esse processo aconteça, é fundamental a participação de uma equipe multiprofissional da área da saúde, incluindo médicos, enfermeiros, biólogos, psicólogos e embriologistas (Araújo; Araújo, 2018).

O primeiro registro de nascimento humano através da RHA ocorreu em 1978, na Inglaterra, com a utilização de espermatozoide congelado. No Brasil, por sua vez, ocorreu no ano de 1984 o nascimento do “bebê de proveta”, através da fertilização in vitro (FIV) (Araújo; Araújo, 2018). Chama-se de “bebê de proveta” porque na FIV é utilizada uma técnica em que se fertiliza um ovócito com um espermatozoide numa proveta, sendo o embrião resultante posteriormente implantado no útero de uma mulher (Álvares, 2015), como será explicado no presente tópico. Apesar de serem métodos relativamente novos, a tecnologia associada à RHA continua a avançar rapidamente.

Quanto às técnicas de reprodução assistida, é importante explicá-las, apesar de não ser o objetivo do presente trabalho. Os principais procedimentos são: Inseminação Intra-Uterina (IIU), Fertilização In Vitro (FIV), Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI) e Transferência de Embrião Congelado (TEC).

A Inseminação Intrauterina (IIU), também conhecida como “inseminação artificial”, é utilizada no tratamento de pacientes com disfunção ovulatória, fator masculino leve a moderado, fator cervical, infertilidade de causas não aparentes e endometriose. O procedimento ocorre durante o período ovulatório da paciente, de

forma que é coletado sêmen do marido/companheiro, para que seja preparado em laboratório para posteriormente ser introduzido no interior do útero. Desse modo, o método consiste em depositar os espermatozoides capacitados em laboratório no útero, sendo considerado um tratamento simples e com poucas complicações, além de apresentar uma taxa de gestação satisfatória. Entretanto, apenas são realizadas 3 tentativas, e, caso não haja sucesso, é recomendada a fertilização in vitro. (Souza; Alves, 2016).

A Fertilização In Vitro (FIV), por sua vez, ocorre quando há obstrução tubária e outras causas que não responderam a outros tipos de tratamento, de forma que visa obter embriões de boa qualidade, coletando o material do casal e manipulando os gametas (espermatozoides e óvulos) em laboratório. Logo, entende-se que é praticado de forma natural, porém, no ambiente de laboratório. Após a fecundação do óvulo pelo espermatozoide, o embrião é transferido ao útero da mãe. Estudos mostram que a FIV pode oferecer taxas de sucesso significativas, proporcionando uma alternativa viável para casais que desejam conceber. (Souza; Alves, 2016).

Já a Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI) diz respeito notadamente quanto às dificuldades do homem: quantidade pequena de espermatozoides, vasectomia irreversível, problemas de ereção e ejaculação, entre outros. O procedimento ocorre em laboratório, através de micro manipuladores. (Souza; Alves, 2016).

Por fim, Souza; Alves, (2016) ainda descreve a Transferência de Embrião Congelado (TEC), que ocorre quando há embriões excedentes nos outros tipos de procedimentos, que são congelados através da técnica “vitrificação”, evitando o descarte dos embriões. Desse modo, é uma doação para casais que não podem ter filhos biológicos.

Ressalta-se que quando se fala em RHA, as pessoas tendem a imaginar a Inseminação Artificial e a Fertilização In Vitro, por serem as técnicas ainda mais conhecidas (Souza, 2010).

Diante do exposto, pode-se observar que as técnicas da RHA possibilitam pessoas inférteis a conceber filhos, através de procedimentos especializados da medicina.

### **3.2 Direito à saúde ou ao planejamento familiar?**

Neste tópico, haverá uma abordagem do direito à Reprodução Humana Assistida sob a perspectiva jurídica, à luz da Constituição da República Federativa do Brasil, a fim de examinar sua natureza legal: se representaria um direito relacionado



à saúde ou ao planejamento familiar, conforme os artigos 196 e 226, §7º, da Carta Magna, respectivamente, tendo em vista que a RHA não consta como um direito explicitamente consagrado na Constituição da República, reconhecendo outras terminologias como o direito à expressão e à fruição da ciência, a teor dos arts. 5º, IX; 216, III; 218, caput, todos da CRFB/88.

De pòrtico, resta notório que a RHA representa uma via alternativa para pôr fim ao desconforto gerado pela não consecução do projeto familiar. O impasse em destaque é que, existe um liame entre a reprodução humana assistida, a saúde, o bem-estar e o planejamento familiar – direitos afetos à dignidade da pessoa humana. Dessa forma, pode-se observar que abrange de maneira adequada o direito à RHA, especialmente em relação à parte que menciona “métodos e técnicas de concepção”, pois se refere aos direitos reprodutivos.

De acordo com Santos (2022), o direito à reprodução humana assistida pode ser compreendido como um direito fundamental, pois decorre do princípio da dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, da CRFB/88), do princípio da proteção da família (art. 226, caput, da CRFB/88) e do melhor interesse da criança (art. 227 da CRFB/88), e se relaciona com os direitos à saúde e ao planejamento familiar. Portanto, o direito à RHA deve ser elevado à categoria de direito fundamental pela sua equiparação a outros direitos fundamentais.

Segundo Ingo Wolfgang Sarlet (2010), os direitos fundamentais são aqueles que têm, por meio da constitucionalização, o reconhecimento por parte de determinado Estado. Nesse sentido, a Constituição Federal traz um rol de direitos fundamentais, bem como aduz que existem direitos fundamentais que não estão formalmente consagrados no texto constitucional, porém, são reconhecidos por serem decorrentes dos princípios e do regime adotados pela Carta Magna, nos termos do §2º de seu art. 5º, e, portanto, podem ser materialmente integrados à ordem constitucional. Em síntese, são direitos materiais porque não estão expressos de maneira formal, no texto constitucional.

Ademais, Sarlet (2010) afirma que os direitos sociais, como é o caso do direito à saúde, com fulcro no art. 6º da CRFB, estão enquadrados na cláusula de abertura material dos direitos fundamentais, de forma que a posição topográfica de determinados direitos, em título diverso do destinado aos direitos fundamentais na Constituição, não impede o reconhecimento da fundamentalidade desses direitos, portanto, são materialmente fundamentais.

Assim sendo, reconhece-se o direito à reprodução humana assistida como um direito fundamental.



### 3.2.1. Direito à saúde?

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS):

a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de uma doença ou de uma enfermidade.

O artigo 196 da Constituição Federal do Brasil estabelece que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Esses direitos são fundamentais para a dignidade humana e o bem-estar social. Além disso, é fundamental garantir que as ações e serviços de saúde sejam acessíveis a todos, independentemente de sua condição econômica, raça ou localização geográfica. Isso implica a necessidade de investimentos adequados no sistema de saúde, formação de profissionais qualificados e a criação de uma infraestrutura que suporte a atenção integral à saúde.

Segundo Santos (2022), a aplicação original da RHA é o tratamento da infertilidade, que, de acordo com a OMS, é uma doença que afeta o sistema reprodutivo masculino ou feminino, sendo definida pelo fracasso em se atingir a gravidez, após doze meses ou mais de relações sexuais regulares desprotegidas. Assim, considerando-se que a infertilidade seria uma doença, estaria enquadrada como a direito social à saúde, que abrange o bem-estar social, mental e físico, além da ausência de doenças ou enfermidade, definida pela OMS. (World Health Organization (Who). Infertility)

Nesse sentido, a afirmação da jurista Sartori (2021) sobre a Reprodução Humana Assistida (RHA) como um direito de saúde coletiva destaca a necessidade de reconhecer a saúde reprodutiva como parte integrante dos direitos humanos. Isso implica que a RHA deve ser compreendida não apenas como um recurso médico, mas como um conjunto abrangente de direitos que inclui o direito ao acesso a serviços de saúde de qualidade, informações adequadas e o respeito à autonomia reprodutiva dos indivíduos. Em suma, ao caracterizar a RHA como um direito de saúde coletiva, Sartori reforça a ideia de que o acesso a esses serviços deve ser garantido pelo Estado e que isso é parte fundamental de uma sociedade que respeita a dignidade e os direitos de todos os seus cidadãos. A defensora pública e supervisora do Núcleo de Defesa da Saúde (Nudesa), Yamara Lavour, apoia o pensamento do direito à saúde plena como constitucional.

Santos (2022) afirma que o direito à RHA pode ser enquadrado no direito à saúde, pois, nos termos do caput do art. 196 da CRFB/88, é dever do Estado a garantia da promoção, proteção e recuperação da saúde, por meio de políticas sociais

e econômicas. Desse modo, torna-se necessário o acesso à RHA através do Sistema Único de Saúde, pois representa o Estado no desempenho das atribuições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde.

Em contrapartida, segundo Patrício (2018), enquanto os tratamentos visam curar ou resolver problemas de saúde que causam a infertilidade, a RHA tem como objetivo principal ajudar na concepção de um bebê, independentemente de haver uma doença a ser tratada. Em resumo, a RHA é uma abordagem focada na criação de uma família, não necessariamente na cura de uma condição médica. Portanto, o objetivo da RHA é a gestação, e não a cura da infertilidade, motivo pelo qual o direito à reprodução humana assistida não seria considerado direito à saúde pelo autor, apesar da OMS adotar um conceito amplo de “saúde”.

### **3.2.2. Direito ao planejamento familiar?**

Segundo Santos (2022), a reprodução humana assistida também é um direito ao planejamento familiar, uma vez que é uma forma de concretização do desejo de ter filhos, do projeto parental e da família.

O planejamento familiar está inserido no art. 226, §7º, da CRFB/88:

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)

Ademais, há a Lei do Planejamento Familiar (Lei nº. 9.263/1996), a qual não especificou quais seriam os métodos contraceptivos aceitos, deixando margem para os avanços científicos, desde que estes não prejudiquem a vida e a saúde dos indivíduos envolvidos, em seu artigo 9º:

Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção.( )

A Lei nº 9.263 estabelece o planejamento familiar como um direito de todos os cidadãos brasileiros. Essa legislação regulamenta as ações relacionadas à fecundidade, assegurando direitos iguais para que mulheres, homens ou casais possam decidir sobre as limitações ou o aumento do número de filhos, respeitando as necessidades individuais. Além disso, determina que “a assistência em planejamento

familiar deve incluir a oferta de todos os métodos e técnicas para a concepção [...] cientificamente aceitas”.

Observa-se que, no âmbito do SUS, a saúde reprodutiva se relaciona diretamente ao planejamento familiar, conforme disposto no artigo supramencionado.

Apesar das técnicas de RHA não estarem previstas de forma expressa, são métodos para o exercício do planejamento familiar, tendo em vista que tornam possível a procriação humana. Na visão de Patrício (2018), a RHA é um método contraceptivo, de forma que o planejamento familiar é um conjunto de ações que possibilitam ao homem e a mulher terem acesso às informações, bem como à métodos contraceptivos e conceptivos com o propósito de que eles possam decidir quando querem ter filhos, assim como quantos filhos desejam ter e em qual intervalo de tempo.

Assim, ao possibilitar aos indivíduos a autonomia em decidir quando querem ter filhos, assim como, quantos filhos desejam ter e em qual intervalo de tempo, a RHA representaria um método contraceptivo, portanto, um direito reprodutivo, o qual está inserido na concepção do planejamento familiar.

### **3.2.3.Direito à saúde e ao planejamento familiar?**

Santos (2022) afirma que é impossível dissociar o direito à saúde do direito ao planejamento familiar, notadamente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo em vista que um é o meio para a realização do outro, pois a saúde reprodutiva está diretamente relacionada à liberdade de decidir sobre o planejamento familiar, permitindo que casais e indivíduos alcancem seus objetivos pessoais quanto à formação de uma família, seja com filhos ou sem eles.

Nesse contexto, o acesso às tecnologias de reprodução humana assistida frequentemente representa o meio para concretizar esses planos, além de contribuir para o bem-estar psicológico e social dos envolvidos. Assim, o direito à saúde deve ser considerado de forma ampla, devendo ser garantido a todos de forma equitativa, e deve ser relacionado com a saúde reprodutiva (Aldrovandi, 2006).

Independentemente das críticas ou tentativas de minimizar a questão, a infertilidade é, sem dúvida, um problema de saúde pública. Nesse sentido, negar o acesso às novas tecnologias, especialmente às de alta complexidade, como as técnicas de RHA, compromete os direitos reprodutivos e o direito fundamental ao planejamento familiar.

Assim, é dever do Estado brasileiro fornecer os recursos necessários para prevenir a infertilidade e promover a gestação, garantindo o acesso às técnicas de Reprodução Humana.

Diante do que foi apresentado, é possível concluir que a Reprodução Humana Assistida é um direito à saúde e ao planejamento familiar, previsto na Constituição, embora não esteja expresso formalmente, motivo pelo qual considera-se como direito fundamental, uma vez que é equiparado a outro direito fundamental, e que o acesso efetivo a esse serviço pelo Sistema Único de Saúde é restrito, um ponto que será analisado a seguir.

### **3.3. Barreiras ao acesso à RHA**

#### **3.3.1 Acesso limitado**

As técnicas de Reprodução Humana Assistida possuem um elevado custo no Brasil, de forma que as condições financeiras dos indivíduos interessados constituem uma barreira, de ordem econômica para o acesso gratuito aos procedimentos, tornando-se restrito às pessoas com alto poder aquisitivo. Dessa forma, a RHA está disponível quase que exclusivamente no setor privado da medicina, afastando, portanto, parte da população brasileira de recorrer a essas tecnologias reprodutivas, que dizem respeito a um direito fundamental, o que acaba gerando um acesso desigual às técnicas da RHA. (Corrêa; Loyola, 2015)

Assim, reforça-se a desigualdade social no país, enquanto prega-se uma “aparente” universalidade ao acesso. Uma vez que as técnicas não são disponibilizadas de forma gratuita pelo Estado, os pacientes não conseguem atendimento privado, pois não possuem recursos necessários, e, como os planos de saúde não disponibilizam o custeio do tratamento, conseqüente, frustram o sonho de diversas famílias.

Segundo Corrêa; Loyola, 2015, há uma barreira econômica de acesso às pessoas acometidas pela infertilidade, uma vez que há escassez do SUS e não há oferta por parte dos planos de saúde, além das grandes filas de espera (Castelo Branco, Silva e Ferreira, 2023). Nesse sentido, a disponibilidade pelo Sistema único de Saúde (SUS) é muitíssimo escasso: corresponde a apenas 5% das técnicas, sendo que grande parte dos hospitais que realizam esse procedimento contam com verbas de pesquisas ou com participação financeira dos usuários, a fim de conseguir custear o complexo tratamento em sua integralidade. Assim, os procedimentos são, em sua

grande maioria, pagos, e, assim, acessíveis apenas àqueles que possuem alto poder aquisitivo (Corrêa; Loyola, 2015).

Ainda sobre o cunho econômico, Corrêa relata, desde 2001, que:

No caso brasileiro (...) as atitudes que cercam em geral o processo reprodutivo - os constrangimentos relativos à infertilidade, o desejo de filhos e de constituição de uma família - levam a crer que a procura pela reprodução assistida deve aumentar. Notadamente se esses serviços tornarem-se acessíveis, principalmente do ponto de vista econômico, a uma parcela menos limitada da população, contrariamente ao que ocorre na atualidade [visto que] a liberdade individual, motor da demanda por reprodução assistida, é limitada, antes de mais nada, por fatores econômicos" (Corrêa, 2001).

Portanto, observa-se que as restrições advindas de barreiras econômicas existem há mais de 20 (vinte) anos e ainda não foram superadas.

Corrêa (2001) ainda relata que os serviços universitários e públicos introduziram as tecnologias reprodutivas no Brasil, em razão dos altíssimos custos e da concentração de profissional qualificado em seus quadros. Entretanto, a situação não permanece de forma plena, pois esses serviços não estão recebendo investimentos. Dessa forma, segundo Aldrovandi (2006), existem poucas instituições no Brasil que oferecem serviços públicos de Reprodução Humana Assistida. Essas iniciativas são promovidas por secretarias estaduais e hospitais universitários, entre as quais podemos mencionar: o Centro de Reprodução Assistida do Hospital Regional da Asa Sul, vinculado à Secretaria de Saúde do Distrito Federal; o Centro de Referência de Saúde da Mulher, ligado à Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo; e do Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), Instituição filantrópica de caráter público.

No que diz respeito às filas de espera, que mantêm-se longas, prejudicam parte dos pacientes, pois eles estão submetidos ao risco de não conseguirem ser atendidos antes de tornarem-se inelegíveis ao tratamento, seja pela idade ou pela falência ovariana, por exemplo (Casalechi, 2018). Segundo Matias (2018), os tratamentos de RHA podem chegar a ter fila de espera de aproximadamente cinco anos para o seu início, quando oferecidos pela rede de saúde pública do Brasil, e não têm a garantia de efetividade e o resultado da gravidez desejada.

A infertilidade conjugal é uma questão de saúde pública que afeta uma parcela significativa da população brasileira, com cerca de 15% dos casais em idade reprodutiva enfrentando dificuldades para conceber. Isso equivale a aproximadamente 20 milhões de pessoas ou 10 milhões de casais. Essa condição pode ser causada por diversos fatores, que incluem questões de saúde reprodutiva, idade, problemas hormonais, entre outros.

Analisando-se o art. 5º, § 2º, da Constituição Federal, observa-se que a reprodução humana assistida é um direito fundamental, pois decorre dos direitos fundamentais à saúde reprodutiva e ao planejamento familiar, conforme já discutido neste trabalho, o que gera o direito ao acesso à RHA. Nesse sentido, o Estado tem o dever, por imposição constitucional e legal, de disponibilizar, através do Sistema Único de Saúde (SUS), os meios necessários para o tratamento da infertilidade, incluindo o acesso às técnicas de reprodução humana assistida, a fim de dar efetividade ao direito fundamental supramencionado.

O SUS é dividido em estruturas e categorias. No contexto do presente trabalho, será considerado o grau de complexidade dos seus procedimentos, que são divididos em: atenção primária (promoção e proteção à saúde); atenção secundária (atendimentos especializados ambulatoriais ou hospitalares); e atenção terciária (procedimentos altamente especializados). As técnicas de RHA estão incluídas na atenção terciária.

Ademais, a Lei nº 9.263/1996 prevê o planejamento familiar como um direito de todo cidadão brasileiro e estabelece que “a assistência em planejamento familiar deve incluir a oferta de todos os métodos e técnicas para a concepção [...] cientificamente aceito”. Portanto, o Estado tem o dever de propiciar os recursos para garantir a promoção da gestação e da prevenção da infertilidade, logo, deve garantir também o acesso às técnicas de RHA.

Registre-se que, em 2012 foi instituída a Portaria nº 3.149 pelo Ministério da Saúde, que reconheceu a necessidade do atendimento especializado para tratar casos de infertilidade, destinando, então, recursos aos estabelecimentos de saúde que realizavam procedimentos de atenção à Reprodução Humana Assistida, no âmbito do SUS, o que aparentava ser um avanço. Ocorre que os recursos financeiros correspondiam a apenas uma parcela de 10 milhões de reais, que ainda foi dividido entre oito centros especializados da época, verba insuficiente para financiar os tratamentos por período prolongado, a exemplo do centro público de Reprodução Assistida localizado em Belo Horizonte/MG, que recebeu R\$1.500.000,00, o suficiente para manter o serviço por apenas 13 meses, segundo informações do Laboratório de Reprodução Humana Assistida do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (LRH-HC/UFGM) (Casalechi, 2018).

Segundo Alfano (2014), a RHA não é prioridade nas políticas públicas em reprodução no Brasil, tendo em vista que não há lei específica reguladora das práticas de saúde na área, tornando, assim, o acesso restrito. Nesse sentido, ressalta o estudo de Makuch e Bahamondes (2012) apud Alfano (2014, p. 37):

*estudo que incluiu entrevistas com 64 autoridades de saúde do país (25 estaduais e 39 municipais), que 76% e 66,7% destas autoridades, respectivamente, reportaram não oferecer serviços de infertilidade pelo SUS e, ainda, que as secretarias de saúde não têm compromisso político futuro com a implantação destes serviços. No total, 75% das autoridades entrevistadas reportaram “não ter planos de implementar estes serviços nos próximos 12 meses”, enquanto 83% revelaram não haver nenhum serviço de reprodução assistida pelo SUS em suas regiões administrativas (p.66). Esta falta de acesso se agrava frente ao fato de 72,5% da população (cerca de 140 milhões dos 193 milhões de brasileiros) dependerem do sistema público de saúde, e de haver cerca de 48 milhões de mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) no país, com a estimativa de 5 milhões de casais inférteis. Segundo Makuch e Bahamondes (2012), seria razoável assumir que cerca de 3.6 milhões de mulheres inférteis dependem diretamente do SUS para buscar tratamento.*

Além dos valores dos medicamentos utilizados em conjunto com as técnicas de reprodução assistida, cada tentativa custa entre R\$ 5 mil e R\$ 30 mil, de acordo com o presidente da Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida (SBRH), Paulo Gallo de Sá, ginecologista e especialista em reprodução humana, que também indica a tentativa de procura por meio da saúde em um dos centros de atendimento credenciados pelo SUS para aqueles que não tem condições financeiras para arcar com o tratamento. Contudo, são pouquíssimos os centros de reprodução que são totalmente gratuitos (embriologista Vanessa Rodrigues Alves), conforme será abordado no próximo tópico.

Fato é que, ao buscar as técnicas de RHA, os indivíduos recebem a informação de que não há cobertura pelos planos de saúde - o que não é objetivo deste trabalho-, e que, apesar de haver oferta pelo SUS, é insuficiente e escasso, com carência de recursos, razão pela qual grande parte dos tratamentos apenas são realizados por aqueles que possuem condições financeiras para arcar com o alto custo. Desse modo, ao passo que o SUS não disponibiliza o tratamento em todas as suas unidades, embora seja tratado como “universal”, limita o acesso e o sonho de diversos casais devido a ausência de recursos financeiros.

Assim, os direitos à saúde e ao planejamento familiar, direitos fundamentais, não têm sido exercidos de forma plena, em relação ao direito à reprodução humana assistida, pois o acesso às técnicas de RHA são restritos por uma barreira econômica que atinge aqueles que não conseguem arcar com o custeio, frustrando, assim, o sonho de construir uma família, de forma livre. O Estado, além de garantir esse direito, vem criando obstáculos, infelizmente.

### **3.3.2 Análise do relatório do SisEmbrio**

O SisEmbrio é o Sistema Nacional de Produção de Embriões, um banco de dados criado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), em 2008, que



monitora e analisa a reprodução humana assistida no Brasil, bem como coleta e divulga seus dados, fornecendo uma visão abrangente das tendências e dos resultados desses tratamentos, além de realizar a avaliação de indicadores de qualidade dos Centros de Reprodução Humana Assistida.

De acordo com os dados mais recentes no SisEmbrio, atualmente, em 2023, o Brasil já alcançou o número de 192 Centros de Reprodução Humana Assistida (CRHAs), sendo que a sua maioria está localizada no estado de São Paulo, conforme demonstrado no Apêndice I.

Todavia, não há a descrição pelo SisEmbrio de quantos desses centros oferecem tratamento pelo Sistema Único de Saúde, o que acaba comprometendo o desenvolvimento e resultado dessa pesquisa. De acordo com o sítio eletrônico Agência Brasil, em 2023 apenas 10 CRHAs oferecem tratamento pelo SUS, sendo que em somente 4 centros as técnicas de reprodução assistida são completamente gratuitas: a Maternidade Escola Januário Cicco, o Hospital Pérola Byington, o Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo - USP e o Hospital Materno Infantil de Brasília, enquanto que, nos demais, os pacientes precisam arcar com pelo menos as medicações, as quais possuem um custo médio de R\$ 5 mil.

Desse modo, não é possível mensurar, de forma oficial, quantos CRHAs oferecem, atualmente, as técnicas por intermédio do Sistema Único de Saúde, pois o envio de dados oficiais também é falho, impedindo quantificar o problema. Segundo Aldrovandi (2006), a ausência de dados e registros sobre a atividade no país dificulta tanto a avaliação quanto a divulgação dos resultados, pois cada técnica possui procedimentos específicos e indicações variadas, que devem levar em conta também as características individuais dos beneficiários. Assim, verifica-se que a disponibilização de dados de forma genérica, sem especificações, é um empecilho para o presente trabalho.

### **3.3.3 Por que não a adoção?**

Desde o nascimento, o ser humano integra uma entidade natural composta por um grupo de indivíduos que estabelece um conjunto de relações pessoais e patrimoniais: a família. Geralmente, permanece inserido nesse núcleo até o momento em que constitui a sua própria unidade familiar, unindo-se a outra pessoa, muitas vezes com o propósito de gerar descendentes (Costa Júnior, 2016).

Segundo Costa Júnior, (2016) o direito de gerar um filho é uma escolha pessoal que deve ser respeitada, baseada em desejos biológicos, emocionais e culturais profundos. Algumas pessoas desejam passar pela experiência de gerar uma

vida dentro do seu ventre, enquanto outras não possuem esse desejo e pensam em proporcionar uma melhor qualidade de vida para as crianças e adolescentes que estão mais vulneráveis, por muitas vezes estar em fila para adoção. No entanto, vale ressaltar que essa escolha pela adoção deve vir acompanhada de informações que estabeleçam esse processo de adoção, levando em consideração as questões éticas e sociais mais amplas.

Os especialistas em Reprodução Assistida, especificamente, dos serviços privados afirmam que os casais sempre decidem tentar, utilizando todos os recursos possíveis, ter o filho naturalizado, o que os faz recorrer à RA por várias vezes, antes de decidirem pela adoção (Ramirez-Galvez, 2008).

Costa Júnior (2006) ainda afirma que a decisão entre gerar um filho e adotar é altamente individual e complexa, e ambas as opções devem ser respeitadas e apoiadas pela sociedade, garantindo o direito individual de cada um. Como reforço à concepção do planejamento familiar enquanto um direito fundamental, a sua plena concretização atua como um elemento essencial para a efetivação do princípio da dignidade humana e para o desenvolvimento da personalidade.

Nesse sentido, deve ser respeitada a autodeterminação dos indivíduos, pois as pessoas têm o direito de gozar da autonomia e liberdade para escolhas, notadamente quanto à infertilidade e ao direito ao planejamento familiar (Santos; Lutzky, 2022).

Ademais, as técnicas de RHA proporcionam a capacidade de gerar o filho imaginado, biologicamente, enquanto que na adoção não existe o período da gestação e o parto, o que faz com que a mulher, e o casal, tenha dificuldade, muitas vezes, em aceitar um filho que não tenha gerado em seu ventre. (Brauner, Kuhn, 2014).

O que se pretende deixar claro é que, embora o Brasil enfrente a dura realidade de milhares de crianças abandonadas em abrigos e orfanatos, essa situação não deve ser vista como um obstáculo para aqueles que desejam ter um filho, nem como uma imposição para que optem, obrigatoriamente, pela adoção. A adoção é uma alternativa válida, reconhecida constitucionalmente e fundamentada no amor, fruto do desejo e da escolha consciente de acolher uma criança, algo que, por vezes, não está presente na reprodução por meios naturais. Contudo, isso não deve ser utilizado como argumento para restringir o acesso às novas tecnologias reprodutivas. A ideia de que "não há razão para tentar uma FIV, já que existem tantas crianças à espera de um lar" não traz conforto para quem almeja garantir a continuidade do seu patrimônio genético (Costa Júnior, 2006).

A declaração do biólogo francês Jacques Testard (1998) é extremamente relevante, ao destacar a importância que os pais atribuem à transmissão de seus próprios genes aos descendentes — um processo que ele descreve como a "transmissão de si mesmo". Isso levanta questões interessantes sobre a natureza do vínculo parental, que vai além da genética, envolvendo fatores emocionais, sociais e experiências compartilhadas.

Diante do exposto, não é consistentemente crítico e plausível afirmar que as modernas técnicas de Reprodução Humana Assistida (RHA), reduziram o número de adoções no país. Entretanto, faz-se necessário o respeito ao planejamento familiar, diante da autonomia da vontade dos indivíduos. O desejo, seja consciente ou inconsciente, de gerar filhos biológicos, que representem a continuidade da descendência genética ("sangue do meu sangue"), sempre estará presente, sendo dever do Estado proporcionar os meios para que, com as informações necessárias e acompanhamento especializado, todos possam escolher a melhor solução para constituir sua família (Krell, 2011).

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A pesquisa realizada acerca da elitização do direito à reprodução humana assistida, e suas barreiras socioeconômicas no contexto brasileiro, é de extrema relevância, tanto para o curso de direito quanto para a sociedade como todo.

A partir do presente trabalho, pode-se analisar as barreiras socioeconômicas que limitam o acesso às técnicas de Reprodução Humana Assistida (RHA) no Brasil, destacando os desafios enfrentados pelas classes sociais mais vulneráveis, que enfrentam o alto custo dos procedimentos e a cobertura escassa pelo Sistema Único de Saúde (SUS), resultando, portanto, na restrição do acesso de um direito fundamental.

Assim, apesar da Constituição Federal reconhecer o direito à reprodução humana assistida como um direito fundamental, ele não é garantido de forma plena, uma vez que seu acesso é altamente elitizado. Nesse contexto, a falta de políticas públicas sobre o tema e a pequena parcela de centros de RHA credenciados pelo SUS reforçam a desigualdade no acesso a essas tecnologias, corroborados pela limitação de recursos financeiros destinados ao setor e pela ausência de regulamentação específica.

Diante de todo o exposto, conclui-se que é necessário a superação de barreiras econômicas e o investimento financeiro em: políticas públicas inclusivas, ampliação de centros especializados pelo SUS e redução de custos das técnicas de

RHA, a fim de garantir o pleno exercício desse direito, gerando, assim, equidade em seu acesso.

Por fim, espera-se que este trabalho para conclusão de curso seja relevante em diversos âmbitos, principalmente para as pessoas que lutam diariamente com o sonho de construir uma família através das técnicas da reprodução humana assistida, direito fundamental que deve ser garantido a todos, sem desigualdade, notadamente a socioeconômica. Assim, espera-se que esse trabalho seja um motivador para que a situação aqui debatida seja revertida, de forma positiva, a fim de promover o acesso eficaz à RHA.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASIL. **SUS pode ser esperança para mulheres que sonham ser mães**. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2023-05/sus-pode-ser-esperanca-para-mulheres-que-sonham-ser-maes>. Acesso em: 9 mai. 2024.

ALDROVANDI, Andréa. **O acesso às tecnologias reprodutivas: garantias e limites jurídicos**. Caxias do Sul (RS), 2006.

ALFANO, B. **Reprodução assistida: a organização da atenção às infertilidades e o acesso às técnicas reprodutivas em dois serviços público-universitários no Estado do Rio de Janeiro**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

ÁLVARES, Cláudia. **Entre o social e biológico: repensando a maternidade à luz das novas técnicas de reprodução assistida**. Revista Lusófona de Estudos Culturais, v. 3, n. 1, p. 99-110, 2015.

ARAÚJO, Julia Picinato Medeiros de; ARAÚJO, Carlos Henrique Medeiros de. **Biodireito e legislação na reprodução assistida**. Medicina (Ribeirão Preto), 51(3), pp. 217-235, 2018.

BRAUNER, Maria Claudia Crespo. **Direito, sexualidade e reprodução humana: conquistas médicas e o debate bioético**. Rio de Janeiro: Renovar, 2003. 230p.

BRAUNER, Maria Claudia Crespo; KUHN, Carla. **Reprodução humana assistida e adoção: desejo de maternidade e realização do projeto parental**. JURIS, Rio Grande, v. 22, p. 193-206, 2014.

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 14º Relatório do SisEmbrio**. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2022/divulgado-relatorio-sobre-fertilizacao-in-vitro-no-pais-em-2020-e-2021>. Acesso em: 30 mai. 2024.

BRASIL. **Constituição Federativa do Brasil. Brasília, 1988.** Disponível em: <[www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)>.

BRASIL. **Lei Federal nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996.** Regula o §7º do artigo 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1996.

CASALECHI, Maíra. Sociedade Brasileira de Reprodução Humana. **A reprodução humana assistida no SUS: saúde reprodutiva é um direito constitucional.** Disponível em: <https://sbrh.org.br/comite/embriologia/a-reproducao-humana-assistida-no-sus-saude-reprodutiva-e-um-direito-constitucional/>. Acesso em: 9 mai. 2024

CORRÊA, Marilena C. D. V; LOYOLA, Maria Andrea. **Tecnologias de reprodução assistida no Brasil: opções para ampliar o acesso.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, 25(3), pp. 753-777, 2015.

CORRÊA, Marilena Villela. **Novas tecnologias reprodutivas - limites da biologia ou biologia sem limites?** Rio de Janeiro: Editora UERJ, 2001.

CASTELO BRANCO, Clarice Corbella; SILVA, Vera Lucia Marques da; FERREIRA, Aldo Pacheco. **Direitos reprodutivos: a reprodução assistida sob o viés dos direitos humanos.** 2023.

COSTA JÚNIOR, Ivo Basílio da. **Reprodução humana assistida: o acesso universal e igualitário à fertilização in vitro no Sistema Público de Saúde como garantia do direito fundamental ao planejamento familiar.** Rio de Janeiro, 2016.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO CEARÁ. **Mulher obtém na Justiça direito à fertilização pelo SUS, mas terá que fazer o procedimento em outro estado.** Disponível em: <https://www.defensoria.ce.def.br/noticia/mulher-obtem-na-justica-direito-a-fertilizacao-pelo-sus-mas-tera-que-fazer-o-procedimento-em-outro-estado/#:~:text=Mulher%20obt%C3%A9m%20na%20Justi%C3%A7a%20direito,P%C3%ABlica%20do%20Estado%20do%20Cear%C3%A1>. Acesso em: 9 mai. 2024.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Atlas, 2008.

HONG, Quan Nha; GONZALEZ-REYES, Araceli; PLUYE, Pierre. **Improving the usefulness of a tool for appraising the quality of qualitative, quantitative and mixed methods studies, the Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT).** Journal of Evaluation in Clinical Practice, 24(3), pp. 459-467, 2018.

KOPNIN, P.V. **A dialética como lógica e teoria do conhecimento.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.

KRELL, Olga Jubert Gouveia. **Reprodução Humana Assistida e Filiação Civil. Princípios Éticos e Jurídicos.** 1. ed. 4. reimpr. Curitiba: Juruá, 2011, p. 159.

MAKUCH, Maria Y; BAHAMONDES, Luis. **Barriers to access to infertility care and assisted reproductive technology within the public health sector in Brazil.** FVV inObGyn, 2012.

MATIAS, Edinalda de Araújo. **Reprodução humana assistida e adoção infantil no Brasil: uma análise das ações do Estado na perspectiva da bioética crítica.** Brasília – DF, 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 11ª ed. São Paulo, HUCITEC, 2008.

**ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS).** Constituição da Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1940-1949/decreto-26042-17-dezembro-1948-455751-publicacaooriginal-1-pe.html>.

PATRÍCIO, Natália Rita Martins. **Judicialização da reprodução assistida.** 2018.

RAMIREZ-GALVEZ, Martha. **Reprodução assistida, consumo de tecnologia, deslocamentos e exclusões.** Cienc. Cult., São Paulo, v. 60, n. 1, p. 39-41, 2008. ISSN 2317-6660.

**Reprodução assistida: a esperança dada pelo SUS para quem quer engravidar.** Estado de Minas, Belo Horizonte, 15 maio 2023. Disponível em: [https://www.em.com.br/app/noticia/saude-e-bem-viver/2023/05/15/interna\\_bem\\_viver,1493837/reproducao-assistida-a-esperanca-dada-pelo-sus-para-quem-quer-engravidar.shtml](https://www.em.com.br/app/noticia/saude-e-bem-viver/2023/05/15/interna_bem_viver,1493837/reproducao-assistida-a-esperanca-dada-pelo-sus-para-quem-quer-engravidar.shtml). Embriologista Vanessa Rodrigues Alves. Acesso em: 9 mai. 2024.

SANTOS, Evita Maria de Miranda dos. **Direito à reprodução humana assistida: direito à saúde ou direito ao planejamento familiar?** 2022.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional.** 10ª ed. rev. atual. e ampl. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2010.

SARTORI, Giana Lisa Zanardo. **Reprodução humana assistida: um direito fundamental?** 2ª ed. Curitiba: Appris, 2021.

SOUZA, Karla Keila Pereira Caetano; ALVES, Oslania de Fátima. **As Principais Técnicas de Reprodução Humana Assistida.** Saúde & Ciência Em Ação – Revista Acadêmica do Instituto de Ciências da Saúde, 2(1), 2016.

SOUZA, Marise Cunha de. **As técnicas de reprodução assistida. A barriga de aluguel. A definição da maternidade e da paternidade.** Bioética. Revista da EMERJ, v. 13, n. 50, 2010.

TESTART, Jacques. **A fertilização artificial. Tradução de Sonia Goldfeder.** São Paulo: Atica, 1998, p. 80.

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE. **SisEmbrio: Sistema Nacional de Produção de Embriões.** Disponível em: <https://embrionhands.uff.br/2024/10/01/sisembrio-sistema-nacional-de-producao-de-embrioes/>. Acesso em: 17 nov. 2024.

VOSGERAU, Dilmeire Sant'Anna Ramos; ROMANOWSKI, Joana Paulin. **Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas.** Revista de Diálogo Educacional, 41(14), pp. 165-189, 2014.

**WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).** Infertility. Disponível em:  
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>.