XXVIII ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI GOIÂNIA – GO

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS I

ROGERIO LUIZ NERY DA SILVA

JULIA MAURMANN XIMENES

SAULO DE OLIVEIRA PINTO COELHO

Copyright © 2019 Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte destes anais poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria – CONPEDI
Presidente - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC – Santa Catarina
Vice-presidente Centro-Oeste - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG – Goiás
Vice-presidente Sudeste - Prof. Dr. César Augusto de Castro Fiuza - UFMG/PUCMG – Minas Gerais
Vice-presidente Nordeste - Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS – Sergipe
Vice-presidente Norte - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa – Pará
Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos – Rio Grande do Sul
Secretário Executivo - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini - Unimar/Uninove – São Paulo

Representante Discente – FEPODI
Yuri Nathan da Costa Lannes - Mackenzie – São Paulo

Conselho Fiscal:
Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UCAM – Rio de Janeiro Prof. Dr.
Aires José Rover - UFSC – Santa Catarina
Prof. Dr. Edinilson Donisete Machado - UNIVEM/UENP – São Paulo
Prof. Dr. Marcus Firmino Santiago da Silva - UDF – Distrito Federal (suplente)
Prof. Dr. Ilton Garcia da Costa - UENP – São Paulo (suplente)

Secretarias:
Relações Institucionais
Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues - IMED – Santa Catarina
Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UNIMAR – Ceará
Prof. Dr. José Barroso Filho - UPIS/ENAJUM– Distrito Federal
Relações Internacionais para o Continente Americano
Prof. Dr. Fernando Antônio de Carvalho Dantas - UFG – Goías
Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA – Bahia
Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA – Maranhão
Relações Internacionais para os demais Continentes
Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuritiba – Paraná
Prof. Dr. Rubens Beçak - USP – São Paulo
Profa. Dra. Maria Aurea Baroni Cecato - Unipê/UFPB – Paraíba

Eventos:
Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch (UFSM – Rio Grande do Sul) Prof. Dr.
José Filomeno de Moraes Filho (Unifor – Ceará)
Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta (Fumec – Minas Gerais)

Comunicação:
Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro (UNOESC – Santa Catarina
Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho (UPF/Univali – Rio Grande do Sul Prof. Dr. Caio
Augusto Souza Lara (ESDHC – Minas Gerais

Membro Nato – Presidência anterior Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UNICAP – Pernambuco

D597

Direitos sociais e políticas públicas I [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI/ UFG / PPGDP

Coordenadores: Rogerio Luiz Nery Da Silva

Julia Maurmann Ximenes

Saulo De Oliveira Pinto Coelho – Florianópolis: CONPEDI, 2019.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-85-5505-811-0

Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações

Tema: Constitucionalismo Crítico, Políticas Públicas e Desenvolvimento Inclusivo

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Assistência. 3. Isonomia. XXVIII Encontro Nacional do CONPEDI (28 : 2019 : Goiânia, Brasil).

CDU: 34



Conselho Nacional de Pesquisa
Univeridade Ferderal de Goiás e Programa
e Pós-Graduação em Direito Florianópolis

Santa Catarina – Brasil
www.conpedi.org.br





de Pós Graduação em Direito e Políticas Públicas
Goiânia - Goiás
https://www.ufg.br/

XXVIII ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI GOIÂNIA – GO

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS I

Apresentação

O XXVIII Encontro Nacional do CONPEDI (Conselho Nacional de Pós-Graduação em Direito) ocorreu em Goiânia nos dias 19-21 de junho de 2019 com a participação de vários pesquisadores. A temática do Encontro, "Constitucionalismo Crítico, Políticas Públicas e Desenvolvimento Inclusivo", está totalmente alinhada às discussões do Grupo de Trabalho "Direitos Sociais e Políticas Públicas".

Diante do número de trabalhos encaminhados, o GT Direitos Sociais e Políticas Públicas é dividido em três agrupamentos de pesquisas. A apresentação e o posterior debate sobre os 17 trabalhos submetidos à avaliação por pares do primeiro GT foi coordenada pelos professores doutores Julia Maurmann Ximenes, Saulo de Oliveira Pinto Coelho e Rogério Luiz Nery da Silva. A coordenação optou por não categorizar os trabalhos em temas, o que deixou o debate transversal durante toda a tarde, sempre retomando uma questão crucial na problemática do GT – a definição de políticas públicas e seus impactos na efetivação dos direitos.

Neste sentido, vários pesquisadores apontaram a necessidade da valorização da pesquisa empírica em Direito. Objetos de pesquisa como o papel do Estado na efetivação de direitos sociais, diálogos institucionais, pacto federativo e ciclo das políticas públicas não são abstratos mas conectados à realidade brasileira, demandando levantamento de dados que contribuam para uma análise crítica da problemática.

Esta apresentação tem como objetivo apenas suscitar a curiosidade e o convite ao leitor interessado no contexto de efetivação de direitos sociais no Brasil. O atual cenário da pesquisa jurídica sobre o papel do campo jurídico na efetivação de direitos sociais está presente nesta coletânea. O amplo leque de objetos de pesquisa poderá instigar outros pesquisadores no desafio de reflexão sobre a relação entre Direito e Políticas Públicas.

Boa leitura!

Profa. Dra. Julia Maurmann Ximenes - IDP

Prof. Dr. Saulo De Oliveira Pinto Coelho - UFG

Prof. Dr. Rogerio Luiz Nery Da Silva - UNOESC

Nota Técnica: Os artigos que não constam nestes Anais foram selecionados para publicação na Plataforma Index Law Journals, conforme previsto no artigo 8.1 do edital do evento. Equipe Editorial Index Law Journal - publicacao@conpedi.org.br.

PARA UMA POLÍTICA PÚBLICA SOBRE TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA: DESAFIOS E PERSPECTIVAS

TOWARDS A PUBLIC POLICY ON ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNIQUES: CHALLENGES AND PERSPECTIVES

Catarina Cruz Salles [1]

Resumo

A gradual inversão da pirâmide etária no Brasil, decorrente do aumento da expectativa de vida e da diminuição das taxas de fecundidade, trará, num futuro próximo, implicações socioeconômicas relevantes. O progressivo aumento de uma população com fatores de infertilidade vem contribuindo para tal cenário. Nesse contexto, o corrente estudo busca analisar, através de pesquisa bibliográfica, a necessidade de formação de política pública, com participação da sociedade, referente à assistência à concepção, inclusive mediante as técnicas de reprodução assistida, no combate à infertilidade, para a concretização de direitos e como medida para a realização da dignidade da pessoa.

Palavras-chave: Políticas públicas, Saúde, Planejamento familiar, Reprodução assistida

Abstract/Resumen/Résumé

The gradual inversion of the age pyramid in Brazil, due to the increase in life expectancy and the reduction of fertility rates, will bring relevant socioeconomic implications in the near future. The progressive increase of a population with factors of infertility has contributed to such scenario. In this context, the current study seeks to analyze, through bibliographical research, the need for a public policy formation regarding conception assistance, with the participation of society, including assisted reproduction techniques, in the fight against infertility, for the realization of rights and as measure for the realization of the dignity of the person.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Public policy, Health, Family planning, Assisted reproduction

[1] Mestranda em Direito pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Artigo indicado pelo Programa de Pós Graduação em Direitos da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

1 INTRODUÇÃO

“Pela 1ª vez, mundo tem mais avós do que netos” (INSTITUTO MILLENIUM, 2019). Segundo a Organização das Nações Unidas, existem mais idosos do que crianças pequenas no mundo, fato inédito na história da humanidade (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2016). O progressivo envelhecimento da população é fenômeno evidente e uma tendência mundial que tende a afetar o Brasil, de modo que é necessário uma reflexão urgente acerca das profundas consequências advindas do envelhecimento das populações.

Segundo dados do IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (MUDANÇA, 2018), verifica-se atualmente uma transição demográfica no Brasil, com a gradual inversão da pirâmide etária, decorrente do aumento da expectativa de vida e da diminuição das taxas de fecundidade. Esse quadro é fruto do avanço da medicina, das melhorias nas condições de saneamento básico, do maior desenvolvimento social, dentre outros fatores.

Tal panorama trará, em um futuro próximo, implicações socioeconômicas relevantes ao país, especialmente na previdência social, decorrentes da redução da população economicamente ativa e do aumento da população de idosos. Segundo a pesquisadora Ana Amélia Camarano, do IPEA, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, "Nos próximos 30, 40 anos, essa tendência de envelhecimento da população brasileira é praticamente irreversível, a menos que a fecundidade volte a aumentar e a aumentar muito" (CAMARANO, 2013, p. 22).

Os dois fatores responsáveis pelo crescente aumento de uma população idosa - redução da fecundidade e da mortalidade -, foram desejados, num passado não muito distante, pela sociedade e pelo Estado, pois resultaram de políticas públicas tanto de saúde como de controle da natalidade, impulsionados pelo progresso tecnológico e médico. Entretanto, as consequências começam a ensejar uma preocupação atual dos gestores públicos e da sociedade, havendo consenso no sentido de que é preciso agir para diminuir os efeitos sociais e econômicos advindos da inevitável inversão da pirâmide etária no Brasil (CAMARANO, 2013, p. 7)

Diante desse panorama, o presente estudo tem como foco a análise de um dos elementos ligados à redução da taxa de fecundidade, que é o progressivo aumento de uma população com fatores de infertilidade, mal que já acomete cerca de 10 a 20% dos brasileiros

(PINHEIRO NETO, 2012, p. 96), sendo considerada como doença (CID 10 N 46 e N97) pela Organização Mundial da Saúde.

Nesse contexto, o Estado deve iniciar reflexões acerca da necessidade de inclusão do tema na agenda governamental com vistas à formação de política pública eficiente voltada à assistência à concepção de pessoas inférteis, levando em conta que a tecnologia e a medicina, aliadas aos valores e princípios que norteiam um Estado Democrático de Direito, são capazes de mitigar os efeitos econômicos e sociais de uma sociedade envelhecida e, ao mesmo tempo, contribuir para a realização da dignidade das pessoas acometidas pela infertilidade.

Ora, considerando o primado da dignidade da pessoa, que permite ao indivíduo deliberar livremente sobre questões referentes à sua vida privada e que a família, nas suas mais diversas formas de constituição, e que se constitui como pilar da sociedade, nos termos do artigo 226 da Constituição Federal de 1988, é possível afirmar a existência de um direito fundamental ao planejamento familiar em todas as suas vertentes, inclusive na assistência à concepção. Nessa hipótese, como deve atuar o Estado diante de casos de infertilidade, tendo em vista que há determinação expressa na Carta Magna para que o Poder Público propicie recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito?

Nesse contexto, sem olvidar das implicações socioeconômicas advindas do crescente envelhecimento do país, antes mesmo do seu enriquecimento, e que podem ser agravadas com o progressivo aumento das taxas de infertilidade da população, o presente trabalho tem como tema a garantia dos direitos à saúde e ao planejamento familiar, necessários à realização da dignidade humana, como direito fundamental e humano, como se extrai do artigo 1º, III, 196 e 226, §7º de nossa Constituição Federal.

Considerando que a infertilidade constitui-se como questão de saúde pública que não deve ser ignorada pelo Estado brasileiro, sobretudo em razão da inevitável inversão da pirâmide etária, objetiva-se investigar de que forma está delineado o modelo brasileiro atual de assistência às pessoas inférteis, bem como demonstrar, a partir de pesquisa bibliográfico-documental nacional, por meio de uma abordagem qualitativa e descritiva, a necessidade de criação e implementação de política pública eficiente que possibilite o amplo acesso, por meio do Sistema Único de Saúde, de pessoas inférteis às técnicas de reprodução assistida, mecanismos estes que carecem atualmente de política pública e de regulamentação específica, não obstante a sua garantia pelas normas constitucionais.

Considerando que muitas pessoas que procuram o serviço público de saúde para a concretização de seus projetos reprodutivos são usuárias de planos e seguros de saúde, propõe-se que os tratamentos de reprodução assistida sejam absorvidos, primeiramente, por entidades privadas de saúde suplementar, com inclusão do tratamento no rol de procedimentos obrigatórios a serem cobertos por planos e seguros de saúde, em atenção ao disposto no artigo 35-C, *caput* e inciso III, da Lei federal n° 9.656/98.

Destaca-se, porém, a importância de se pensar também na criação e implementação de uma política pública efetiva sobre o tema, vez que parte considerável da população sequer possui acesso aos serviços de saúde suplementar, sendo necessária a utilização da rede pública de saúde para a garantia de seu direito fundamental ao planejamento familiar.

Desta forma, objetiva-se apresentar proposições que possam contribuir para a solução de um problema que se arrasta há décadas no Brasil, qual seja, a ausência de tratamento jurídico adequado acerca do acesso às das técnicas de reprodução assistida e, mais especificamente, de uma legislação e de uma política pública que deve ser construída a partir de um diálogo entre a sociedade e o Poder Público, e que possa contemplar o amplo acesso para quem não tem condições financeiras de arcar com os custos de um tratamento médico particular, como forma de minorar não só as desigualdades sociais existentes, mas também os impactos decorrentes da gradual inversão da pirâmide etária.

Nessa perspectiva, o corrente estudo, através de fontes bibliográficas, sobretudo diretas, visa analisar a equidade e efetividade dos atuais serviços prestados pelas unidades de saúde que recebem verba federal específica para a realização de tratamentos relacionados à reprodução assistida – através da Portaria do Ministério da Saúde nº 3.149/2012 -, e de que forma isso acentua a desigualdade social no país. Na prática, o que se verifica é que o modelo atual desenhado pela referida portaria ministerial de 2012 é falha e insuficiente e que, na prática, o acesso às técnicas de reprodução assistida está restrito a quem por elas pode pagar.

Pretende-se investigar, assim, a importância de formação e implementação de uma política pública que estabeleça os meios pelos quais os referidos serviços de saúde poderiam se tornar mais eficientes e abrangentes, analisando, também, o seu conflito com o direito fundamental do cidadão e com as demais necessidades de um país em desenvolvimento.

2 POLÍTICA PÚBLICA PARA A CONCRETIZAÇÃO DE DIREITOS SOCIAIS E PARA A REALIZAÇÃO DA DIGNIDADE DA PESSOA

O desenvolvimento de procedimentos médicos com a finalidade de permitir a reprodução assistida constituem um relevante avanço tecnológico para a humanidade. De igual modo, representa uma conquista para pessoas inférteis que concebem o ato de filiação e de procriação como um objetivo de vida a ser perseguido ou valor essencial à realização da sua dignidade. Os direitos reprodutivos, dentre eles a assistência à concepção, estão diretamente ligados a dimensões essenciais da pessoa, envolvendo considerações sobre a vida, liberdade e saúde. Ademais, considerando que essas dimensões geram repercussões sobre a sociedade, e não apenas sobre interesses individuais, os direitos reprodutivos passam a receber atenção do ordenamento jurídico.

Os direitos em análise – saúde reprodutiva e planejamento familiar – e seu reconhecimento como direitos humanos e fundamentais dentro do Estado Democrático de Direito estão diretamente relacionados a questões atuais como as diversas formas de construção da entidade familiar, de filiação e de métodos contraceptivos e de concepção, além dos costumes praticados numa sociedade. (PEGORER, 2016, p.13 e 14)

Diversos documentos internacionais contribuíram para que os direitos aqui estudados pudessem ser constituídos e reconhecidos como direitos humanos e, nas leis constitucionais, como fundamentais. A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) do Cairo, realizada em 1994 é considerada como marco histórico, trazendo, de forma inédita, importantes considerações sobre o planejamento familiar, bem como o conceito de direitos reprodutivos – constituídos por princípios e normas de direitos humanos -, que visam garantir o exercício individual, livre e responsável, da sexualidade e da reprodução humana. (VENTURA, 2009, p.19).

A IV Conferência Mundial da Mulher (1995) em Pequim também foi bastante significativa, vez que conferiu amplitude às discussões sobre o tema e ratificou as conquistas até então alcançadas, apontando os direitos em estudo como parte indissociável dos direitos humanos (PEGORER, 2016, p.25). São, portanto, direitos humanos e fundamentais, pois, além de previstos em documentos internacionais, estão pautados na dignidade da pessoa humana.

Nesta esteira, destaca-se que, dentre os vetores axiológicos que permeiam o ordenamento pátrio, o que apresenta maior relevância é o princípio da dignidade humana, que

representa o fundamento máximo da República e o valor central do sistema jurídico, impondo a proteção integral da pessoa. Um dos fatores essenciais que integram a noção de dignidade é a garantia do direito à saúde, caracterizado pela Constituição Federal como direito social, de caráter prestacional, exigindo-se do Estado um dever assistencial, um papel ativo para a promoção de condições fundamentais ao exercício desse direito (TEIXEIRA, 2010 p. 24).

Atualmente, no Estado Democrático de Direito, a Constituição de 1988 estabeleceu um catálogo aberto de direitos fundamentais, que podem ser livremente exercidos pelos sujeitos. São possibilidades atribuídas a cada indivíduo para que ele escolha a melhor forma de se realizar.

O direito à saúde reprodutiva está implicitamente abarcado no direito fundamental à saúde e, assim como este, deve ser observado e garantido pelo Estado. Registre-se que o direito que aqui se defende, isto é, o de assistência à concepção, por meio do acesso às técnicas de reprodução assistida, é uma das espécies do gênero "direitos reprodutivos", que engloba também, entre outros, o acompanhamento pré-natal, aborto e a contracepção (PINHEIRO NETO, 2012, p.13).

O direito fundamental ao planejamento familiar, por seu turno, é garantido tanto na Constituição Federal de 1988 quanto na Lei Federal nº 9.263/96. Foi reconhecido como direito humano, tendo como marco histórico a Conferência Internacional de Teerã, realizada em 1968 (ALMEIDA JUNIOR, 2015, p.109).

Registre-se que o Brasil, desde o século XIX, assumiu uma política de incentivo à natalidade com o objetivo de acelerar o crescimento da população e, por conseguinte da economia e desenvolvimento do país. Até meados de 1960, não existia polêmica com relação à adoção de uma política natalista. No entanto, nos anos seguintes, com o avanço da medicina, verificou-se que o aumento da população teria se iniciado naturalmente com a queda das taxas de mortalidade (CASTANHO, 2014, p. 46-48).

Desponta, assim, uma preocupação do Estado acerca das implicações sócio econômicas que poderiam surgir a partir daí, dos níveis de qualidade de vida da população e enfraquecimento da capacidade de organização e coesão do Estado. Passou-se a cogitar, dessa maneira, a necessidade de se discutir questões relacionadas ao planejamento familiar, em sua estrita vertente da contracepção.

Nesse sentido, pode-se afirmar que o planejamento familiar ganhou força e entrou na agenda governamental na década de 70 e, com o advento da Constituição Federal de 1988,

uma política populacional voltada ao planejamento familiar se delineou, dando-se primazia, na prática, ao controle de natalidade com o uso de métodos contraceptivos (CASTANHO, 2014, p. 53).

Entretanto, importante consignar que o planejamento familiar, sob uma nova perspectiva, envolve liberdade e dignidade humana e deve ser entendida não só como contracepção, mas também como concepção. Não é demais destacar que a assistência à concepção, como espécie do gênero direitos reprodutivos, é uma forma de realização da dignidade da pessoa, viabilizando a construção do projeto parental às pessoas inférteis, por meio do acesso às técnicas de reprodução assistida, sendo necessária a investigação do papel do Estado na garantia de acesso a tal prerrogativa.

Com efeito, no atual sistema constitucional brasileiro o direito ao planejamento familiar decorre do direito fundamental de liberdade, razão pela qual as pessoas são livres para decidir de que forma querem planejar a sua prole sem interferências estatais ou privadas, senda essa a dimensão negativa do planejamento familiar. (CASTANHO, 2014, p.69-71). Simultaneamente, tal direito possui uma dimensão positiva, na medida em que, segundo o artigo 226, §7º da Constituição Federal de 1988, compete ao Estado "*propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito*".

Com efeito, desde o final do século XX questões referentes à dignidade humana, como raça, etnia e gênero vêm se destacando dentre os assuntos que compõem a agenda governamental, vez que instam por reflexões e soluções que devem ser dadas pelo Estado. Podemos falar, portanto, em direitos existenciais emergentes, isto é, direitos que nascem a partir de uma necessidade individual e visam a proteção da dignidade humana, devendo o Estado ter um papel ativo para a concretização dos direitos (ADEODATO, 2016, p. XXV).

No corrente trabalho, parte-se da premissa de que a procriação se revela essencial para a sobrevivência da espécie humana e da sociedade, além de concretizar diversos direitos existenciais, como liberdade, dignidade humana, igualdade, respeito, autodeterminação pessoal e planejamento familiar (CASTANHO, 2014, p.77).

Considerando todas essas proposições, a indagação que se faz é: qual o papel do Estado na concretização de direitos fundamentais sociais de pessoas inférteis que não podem arcar com os custos de um tratamento médico adequado?

Medicina e Direito são duas grandes áreas do conhecimento que estão cada vez mais enlaçadas. A ciência médica evolui rápida e constantemente na expectativa de sanar questões cada vez mais complexas.

A infertilidade, que historicamente já foi considerada incurável e era vista como um mal ou maldição, acarretando a exclusão social da mulher (PINHEIRO NETO, 2012, p.19), na atualidade encontra possibilidades de superação na realização da assistência à concepção por meio de técnicas de reprodução assistida.

O Direito, por sua natureza, não consegue acompanhar, no mesmo ritmo, a evolução científica das técnicas de reprodução assistida, não existindo atualmente no Brasil política pública ou regulamentação específica do acesso a esses mecanismos no Sistema Único de Saúde (OLIVEIRA; BORGES JUNIOR, 2000, P.13).

De fato, as técnicas de reprodução assistida desempenham papel de grande importância na atualidade e têm o escopo de auxiliar a pessoa infértil, viabilizando o processo de reprodução quando outras possibilidades terapêuticas tenham sido ineficazes ou ineficientes para a solução da situação de infertilidade (FRANÇA, 2010, P. 318).

Necessário consignar que, antes de se submeter a uma das técnicas de reprodução assistida, a pessoa precisa ser diagnosticada e estar bem informada, devendo ser utilizada apenas em casos extremos (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2007, P. 297), desde que exista probabilidade de sucesso e não se incorra em risco grave para o paciente ou para o possível descendente.

No entanto, percebe-se que, para grande parte da população, o acesso às técnicas de reprodução assistida como forma de realizar a sua dignidade ainda é de difícil ou impossível acesso, seja porque os referidos tratamentos médicos são muito dispendiosos, seja por falta de política pública eficiente que possibilite o seu conhecimento e aquisição.

No contexto brasileiro atual, alguns avanços tímidos foram feitos no que se refere às políticas públicas que envolvem direitos reprodutivos e planejamento familiar. Em 2005, o Ministério da Saúde formulou a Portaria nº 426 na tentativa de estruturar uma política pública voltada aos tratamentos e técnicas médicas de reprodução assistida. No entanto, ela não chegou a ser implementada, sendo revogada em 2017 por falta de prioridade na alocação de recursos financeiros.

Atualmente o tema está amparado apenas pela Portaria do Ministério da Saúde nº 3.149/2012, que não regulamenta o tema, apenas determinando o repasse de verbas federais a nove unidades de saúde específicas[1]. Na prática, o que se verifica é que os atuais serviços prestados pelas unidades de saúde que recebem verba federal específica para a realização de tratamentos médicos gratuitos relacionados à reprodução assistida – através da Portaria acima referida - são restritos e insuficientes, constatando-se que são poucas as pessoas que conseguem se beneficiar, em tempo, desse relevante serviço de saúde.

Sendo assim, se considerarmos que a infertilidade pode ser entendida como doença e como uma questão de saúde pública, a ausência de uma política pública efetiva que viabilize o acesso às técnicas de reprodução assistida como forma de realizar a dignidade de pessoas inférteis é um fato que não deve ser ignorado pelo Estado.

Por certo, o que se verifica é que o acesso às técnicas de reprodução assistida está restrito a quem por elas pode pagar, de modo que a inclusão destas medidas em uma política pública destinada à concretização do direito fundamental social ao planejamento familiar, na sua vertente de assistência à concepção, tem o condão de conferir amplo acesso a todos e, assim, minorar os impactos das desigualdades sociais.

No entanto, enquanto não criada e implementada uma política pública específica sobre o tema, o presente artigo analisa o modelo atual implementado pela Portaria do Ministério da Saúde nº 3.149/2012, que se limita a destinar recursos financeiros para algumas unidades de saúde do país, observando que tal sistemática carece de efetividade e apresenta diversos entraves e limitações.

Com base em tais considerações e sem olvidar que é dever do Estado, através da criação e implementação de políticas públicas, garantir os meios necessários para a realização da dignidade da pessoa e para a concretização dos direitos fundamentais envolvidos, serão feitas proposições que possam contribuir para a solução do problema, tema a ser abordado na próxima seção.

[1] As unidades de saúde que recebem verbas federais para a realização de tratamentos referentes à reprodução assistida são as seguintes: Hospital Materno Infantil de Brasília (DF); Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (MG); Hospital Nossa Senhora da Conceição SA - Fêmina em Porto Alegre (RS); Hospital das Clínicas de Porto Alegre (RS); Hospital das Clínicas de São Paulo (SP); Centro de Referência da Saúde da Mulher São Paulo - Pérola Byington (SP); Hospital das Clínicas FAEPA de Ribeirão Preto (SP); Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira- IMIP em Recife (PE); e Maternidade Escola Januário Cicco em Natal (RN).

3 O MODELO ATUAL E PROPOSIÇÕES PARA UM MELHOR ACESSO ÀS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA NO ÂMBITO DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE

Com o advento da Constituição Federal de 1988, a saúde passa a ser definida como direito fundamental social de todos e dever do Estado. É criado o Sistema Único de Saúde (SUS) para a realização das ações e serviços de saúde, tendo como características a igualdade no acesso, a universalidade, a gratuidade e a integralidade (VENTURA, 2009, p.65).

Contudo, o que se verifica é que a implementação dessa nova política pública de saúde tem sido marcada, ao longo das décadas, por enormes dificuldades econômicas, políticas e administrativas. As obrigações estatais referentes aos serviços de saúde se mostram, na maioria das vezes, insuficientes e deficientes, ensejando um aumento da demanda judicial (fenômeno denominado de "judicialização da saúde").

Com efeito, considerando o acesso universal e igualitário do SUS, a infertilidade como doença e, portanto como problema relativo à saúde reprodutiva, a questão não pode ser ignorada pelo Estado, que deve disponibilizar, por meio do SUS, recursos financeiros e científicos para a concretização do projeto parental de pessoas inférteis, assegurando, assim, a realização da dignidade humana. Ademais, observa-se que esses recursos devem ser aplicados de modo organizado e eficiente, o que somente pode ser alcançado mediante objetivos e ações sistematizadas através de políticas públicas de assistência à reprodução assistida.

Atualmente, com os avanços da medicina, diversas técnicas de reprodução assistida foram desenvolvidas e podem envolver várias modalidades, sendo as mais usadas e conhecidas a inseminação artificial e a fertilização *in vitro*, esta última considerada como procedimento de alta complexidade. O acesso às técnicas de reprodução assistida é a única forma de superação da infertilidade para pessoas acometidas por ela. No entanto, o que se verifica, hoje, é a ausência de uma regulamentação e de uma política pública específica sobre o tema.

Em 2005, numa tentativa de implementar uma política pública de atenção integral à reprodução assistida no âmbito do SUS, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 426. Interessante destacar que tal política pública foi criada visando, principalmente, à diminuição da transmissão vertical e/ou horizontal de doenças infectocontagiosas e genéticas. No entanto, por falta de alocação de recursos financeiros suficientes, a referida portaria foi suspensa cinco meses após a sua publicação e revogada em 2017, sem nunca ter sido realmente

implementada, voltando a deixar um vácuo no que se refere ao tema e deixando desamparados os direitos fundamentais estabelecidos tanto na Constituição Federal como na Lei Federal nº 9.263/96, que rege o planejamento familiar e prevê direitos reprodutivos amplos, que inclui a assistência à concepção. (VENTURA, 2009, p.98).

Com efeito, a Portaria MS nº 3.149/2012, atualmente a única em vigor sobre o assunto, se limitou a destinar, no âmbito do SUS, dez milhões de reais para a implementação, em nove unidades de saúde espalhadas pelo país – a maioria no Sudeste - de serviços relacionados à reprodução assistida.

No entanto, ao se investigar o modelo atual, o que se nota na prática é que o acesso da população e o uso das técnicas de reprodução assistida pela via gratuita em quase todos os centros de saúde ainda carece de efetividade. A realização de técnicas de reprodução assistida encontra diversos entraves e limitações, verificando-se, por vezes, o não acesso (pessoas solteiras e que vivem em parcerias homoafetivas, *v.g.*), àqueles que necessitam do serviço público de saúde para a concretização de seu projeto parental.

Superada a limitação informacional acerca da existência de centros de saúde que oferecem gratuitamente os tratamentos de reprodução assistida, haja vista que não existe no Brasil conteúdo midiático que incentive ou oriente acerca do uso das referidas técnicas, a primeira das dificuldades apresentadas pelo modelo atual se refere à localização geográfica das unidades de saúde abarcadas pela Portaria MS nº 3.149/2012. Dos nove centros de saúde que recebem verba específica para os tratamentos de reprodução assistida, a maioria deles está localizada na região sudeste do país – mais especificamente em São Paulo -, não havendo qualquer unidade localizada, por exemplo, na região norte do país.

O Brasil é um país de dimensões continentais e, como se pode constatar, possui pouquíssimos centros de saúde que oferecem os tratamentos de saúde em questão. Assim, o local de residência das pessoas que necessitam dos respectivos serviços de saúde para a concretização de seus direitos fundamentais é, de fato, um fator que limita o acesso e agrava a desigualdade social já existente. A localização das unidades de saúde implica que essas pessoas devem arcar com os custos de passagens, hospedagem e alimentação, constituindo muitas vezes um obstáculo intransponível.

Além disso, em consulta aos sítios eletrônicos de cada centro de saúde contemplado pela portaria ministerial, verifica-se que nem todos oferecem gratuitamente o tratamento médico completo, sendo necessário, em muitos casos, que a pessoa suporte os custos, ainda,

dos medicamentos (representam cerca de 50% do valor do tratamento), o que, por certo, acaba por limitar ou impossibilitar o acesso de muitas pessoas ao tratamento médico oferecido.

Destaque-se, também, que cada centro de saúde abrangido pela Portaria MS nº 3.149/2012 possui regras e critérios próprios de admissão das pessoas que podem se submeter aos tratamentos médicos oferecidos, ou seja, não existe qualquer tipo de padronização no que se refere à oferta dos serviços de saúde e admissão de pacientes.

Sabe-se que a idade da mulher está diretamente relacionada ao sucesso dos procedimentos referentes à reprodução assistida. Soma-se a isso as longas fila de espera nos centros gratuitos, que podem chegar a até 06 (seis) anos em alguns locais. Diante disso, o que se verifica é que na maioria das unidades de saúde que oferecem os tratamentos de forma gratuita, a idade da mulher (ora até 35, ora até 40 anos) figura como principal critério de admissão nas listas.

Além disso, em todos os centros de saúde abrangidos pela portaria ministerial analisada, a ausência de doenças crônicas (como HIV, hepatite, diabetes e hipertensão) é critério determinante para a admissão das pessoas que procuram o serviço de saúde. Isso se explica em razão da ausência de técnicas especializadas para o atendimento de pacientes portadores de doenças crônicas, que estariam, assim, impossibilitadas de efetivar os seus projetos reprodutivos.

Verifica-se, ainda, que muitos dos centros de saúde não admitem pessoas solteiras, nem tampouco pessoas que convivem em uniões homoafetivas, que pretendem concretizar os seus projetos parentais, porque não dispõem da estrutura e técnicas necessárias para tanto, como programa de doação de gametas ou programa de utilização de útero de substituição, o que inviabiliza o acesso de tais pessoas que não possuem condições financeiras de arcar com os custos de um tratamento médico particular. Estariam elas impossibilitadas de concretizar o mesmo projeto parental?

Negar as pluralidades das entidades familiares e negar a tais pessoas o acesso às técnicas de reprodução assistida seria transmudar a infertilidade em uma condição familiar e familiar tradicional não mais em um problema individual de saúde, o que não se pode admitir dentro de uma sociedade plural e democrática. (PELLEGRINELLO, 2014, p.194).

Com efeito, as unidades de saúde em questão adotam critérios diferenciados de admissão de pessoas em suas listas de espera e da disponibilização de tratamentos e técnicas médicas, agravando um pouco mais as desigualdades sociais existentes, vez que as pessoas,

em alguns casos, não poderão sequer se inscrever para figurar nas listas de espera e acabam por ver suas esperanças de concretizar seu projeto reprodutivo se esvaírem de modo definitivo.

Neste contexto, contata-se que

> [...] para essas pessoas que não são o público das clínicas privadas de reprodução assistida, os constrangimentos financeiros são apresentados como sendo a maior dificuldade. Nesse sentido, a descoberta da existência de um serviço que seria financiado pelo SUS passa a ser visto por essas pessoas como uma "luz no fim do túnel". No entanto, vimos que essa luz dificilmente chega a se efetivar. Os obstáculos ao longo do caminho (preço dos remédios, recursos suplementares...) dificultam o êxito de um tratamento que possui, nas melhores das condições, uma probabilidade de dar certo estimada entre 15 e 20%. Além do mais, como foi narrado por profissionais do mesmo serviço, onde parte da pesquisa foi feita, não são "exatamente os pobres" que chegam até o serviço. Se chegam às primeiras etapas de investigação de possível infertilidade, são "peneirados" pelo próprio sistema em suas dificuldades de diversas ordens (NASCIMENTO, 2009, p.196).

Sendo assim, o que se pode observar é que ainda existe um grande vácuo entre o que está disposto na Constituição Federal de 1988 e a realidade, sendo certo que o acesso de pessoas inférteis às técnicas de reprodução assistida, por meio do SUS, ainda é limitado e insuficiente e apresenta diversos entraves, que devem ser corrigidos para que o acesso possa ser mais efetivo e mais abrangente, minorando as desigualdades sociais existentes e os impactos socioeconômicos advindos da inversão da pirâmide etária.

Como sabido, o artigo 199 da Constituição Federal autoriza a livre iniciativa privada na assistência à saúde, sendo certo que nas últimas décadas os serviços suplementares de saúde tiveram enorme expansão no Brasil, passando a cobrir milhões de brasileiros. Entretanto, a cobertura limitada dos mesmos, sobretudo no que se refere aos serviços de saúde reprodutiva e reprodução assistida, leva os usuários a procurarem os serviços de saúde do SUS, aumentando ainda mais a demanda. (VENTURA, 2009, p.67-69).

De fato, o que se constata hoje é que as entidades privadas de saúde suplementar negam aos seus usuários a cobertura de atendimento no que se refere aos tratamentos de reprodução assistida e o fazem com amparo na Resolução nº 428 de 2017 da Agência Nacional de Saúde (ANS). O mencionado ato normativo exclui a obrigatoriedade de cobertura de tais procedimentos médicos, contrariando o disposto no artigo 35-C, *caput* e inciso III, da Lei Federal nº 9.656/98, que obriga a cobertura pelos operadores de planos de saúde dos serviços e ações de planejamento familiar para a concretização desse direito fundamental.

Diante disso, constata-se uma distorção evidente no sistema de atenção à saúde, vez que a reprodução assistida é um dos poucos tratamentos de saúde (senão o único) coberto (mesmo que de forma insuficiente) pelo SUS, mas não pelos planos e seguros de saúde.

Propõe-se, como forma de solucionar, ao menos parcialmente, a questão do acesso da população infértil aos serviços médicos adequados, que os tratamentos de reprodução assistida sejam absorvidos, primeiramente, por entidades privadas de saúde suplementar, com a inclusão, por Resolução da ANS, dos tratamentos referidos no rol de procedimentos obrigatórios a serem cobertos por planos e seguros de saúde, em atenção ao disposto no artigo 35-C, *caput* e inciso III, da Lei n° 9.656/98.

Dessa forma, seria possível reduzir a demanda que recai sobre SUS e possibilitar um acesso mais efetivo e abrangente às pessoas inférteis que não possuem condições de arcar com os custos de tratamento médico particular, e que também não são usuárias dos planos e seguradoras de saúde suplementar.

Mas, não se pode olvidar, ainda, da importância de se pensar também na criação e implementação de uma política pública sobre o tema. Tal política, no entanto, deve buscar a delimitação de critérios justos e isonômicos para o acesso aos serviços públicos de saúde, evitando, assim, a reprodução de desigualdades ou de um padrão familiar pré-estabelecido e predominante, de modo que sejam atendidas todas as modalidades de entidades familiares.

Uma relevante contribuição para a formação de uma política pública no país pode ser extraída da experiência argentina, muito embora o modelo lá instituído ainda careça de ajustes para o seu melhor funcionamento.

A Constituição Nacional Argentina de 1995, ao contrário da brasileira, não traz de forma específica qualquer norma sobre o direito ao planejamento familiar, fazendo menção expressa somente ao direito à saúde e à proteção integral da família. Entretanto, há um reconhecimento público da relevância desse direito, em todas as suas vertentes.

Destarte, a principal possibilidade a ser investigada é a utilização de um impulso inicial para a criação de uma legislação nacional específica sobre o tema, a partir da influência de movimentos organizados pela sociedade civil, como ocorrido na Argentina, através de ações desenvolvidas pela Organização Não Governamental denominada “Sumate a dar vida”, que reuniram as assinaturas necessárias e ensejaram, em 2013, a formação da lei nacional argentina nº 26.862, específica sobre o tema.

A referida lei nacional nº 26.862 é um projeto avançado e bastante inclusivo. Ensejou, na Argentina, a criação de uma política pública e de um programa nacional de reprodução assistida, possibilitando que todos os cidadãos do país, independentemente de estado civil, sexo ou idade, possam ter acesso, de forma gratuita e universal, aos tratamentos e técnicas médicas que, por seu elevado custo, poucas pessoas podiam ter. A mencionada lei abrange, inclusive, novas técnicas e procedimentos que venham a ser desenvolvidos pela Medicina, desde que autorizados pelo Ministério da Saúde.

Neste contexto, é necessária a adoção de decisões politicamente relevantes, em que se incluem a criação e execução de leis que desenvolvem políticas públicas, com a devida participação social, como ocorrido no modelo argentino, com a realização de constantes diálogos entre a sociedade civil e as autoridades públicas para a formação de soluções para o problema da infertilidade e para a realização da dignidade da pessoa.

Nesse contexto, a concretização dos objetivos da República, com a promoção do bem de todos, depende não somente da atuação estatal, mas também da sociedade, numa comunhão de esforços entre os diversos segmentos sociais, garantindo maior eficiência aos comandos constitucionais e efetivação de direitos sociais (CASTANHO, 2014, p.166).

Dessa forma, revela-se a importância de se pensar num modelo de Constitucionalismo Democrático, indicado por Reva Siegel e Robert Post (2007, p.374). Tal perspectiva teórica parte da premissa de que a Constituição Federal e os direitos nela contidos dependem de uma legitimidade democrática, de que os cidadãos reconheçam as determinações constitucionais como produto de uma construção coletiva de sentidos, através da participação de todos.

4 CONCLUSÃO

O desenvolvimento de procedimentos médicos com a finalidade de permitir a reprodução assistida constitui um relevante avanço tecnológico para a humanidade. De igual modo, representa uma conquista para pessoas inférteis que concebem o ato de filiação e de procriação como um objetivo de vida e valor essencial da dignidade. Os direitos reprodutivos estão diretamente ligados a dimensões essenciais da pessoa, envolvendo considerações sobre a vida, liberdade e saúde. Ademais, considerando que essas dimensões geram repercussões sobre a sociedade, e não apenas sobre interesses individuais, os direitos reprodutivos passam a receber atenção do ordenamento jurídico.

Apesar das críticas e das tentativas de relativizar ou minimizar a questão, verifica-se que a infertilidade constitui uma questão de saúde pública e a insuficiência de acesso às novas tecnologias de reprodução assistida afeta os direitos fundamentais existenciais, especificamente o direito à saúde e ao planejamento familiar, constitucionalmente assegurados.

Um passo para apoiar o acesso da população às técnicas de reprodução assistida como forma de realização da dignidade humana foi dado com a liberação de recursos financeiros federais, através da Portaria MS 3.149/2012, no valor total de dez milhões de reais, destinados aos nove centros de saúde – quase todos na região sudeste do país - que hoje fazem o tratamento de forma gratuita, porém restrita e insuficientemente.

O que se verifica é que, pelo modelo atual, pessoas inférteis que necessitam dos serviços de saúde precisam superar diversos entraves para que seja possível a tentativa de concretização de seus planos parentais. Os nove centros de saúde abarcados pela Portaria MS 3.149/2012 não conseguem absorver toda a demanda existente, resultando em filas de espera de até seis anos para o início do tratamento médico adequado.

Ademais, muitos centros não arcam com os custos de medicamentos (que representam até metade do valor do tratamento), colocam a idade da mulher como um limitador para o acesso e não aceitam pessoas solteiras ou que vivam em parcerias homoafetivas, assim como não dispõem de estrutura física para a disponibilização de banco de gametas e programa de útero de substituição.

Com efeito, a ausência de uma política pública sobre o tema permite que as unidades de saúde beneficiadas com o repasse financeiro adotem critérios diferenciados de admissão de pessoas em suas listas de espera e de eleição dos tratamentos e técnicas médicas, agravando um pouco mais as desigualdades sociais existentes e os impactos socioeconômicos decorrentes da gradual inversão da pirâmide etária.

Para solução do problema verificado, o estudo propôs, inicialmente, que os procedimentos de reprodução assistida sejam definidos como item obrigatório de cobertura por planos e seguros de saúde. Quanto às pessoas que não possuem recursos para arcar com o custeio de plano privado de assistência à saúde, é necessária a formulação de política pública que delimite critérios justos e isonômicos para o acesso aos serviços de saúde, evitando, assim, a reprodução de desigualdades ou de um padrão familiar pré-estabelecido e predominante, de modo que sejam atendidas todas as modalidades de entidades familiares.

Em que pese a existência de obstáculos orçamentários para a criação e implementação de política pública eficiente e apta a concretizar o direito ao planejamento familiar e a realizar a dignidade da pessoa, não se pode olvidar que um Estado que adota o primado dos direitos humanos tem o dever de garantir o mínimo existencial aos seus cidadãos, que é composto, dentre outros, pelo direito à saúde e ao planejamento familiar. Assim, cabe ao Estado disponibilizar meios de assegurar gratuitamente aos cidadãos tais direitos e, em não havendo política pública específica, o Judiciário deve se incumbir de garanti-los.

Nesse contexto, o modelo argentino, em que a formação de lei e de política pública nacionais sobre o tema foram resultado de amplos debates e discussões entre as autoridades públicas e a sociedade civil, revela-se capaz de influenciar positivamente a realidade brasileira, no contexto do constitucionalismo democrático para a proteção de direitos fundamentais.

REFERÊNCIAS

ADEODATO, Benedito Fonseca e Souza, **Direitos existenciais emergentes**: uma análise sociológica de casos difíceis no Supremo Tribunal Federal. 1.ed. Rio de Janeiro: Gramma, 2016.

ALMEIDA JUNIOR, Jesualdo Eduardo de. **Descendência Genética**: Direitos Fundamentais e Princípios Sociais. Curitiba: Juruá, 2015.

BRANDÃO, Elaine Reis (Org.). **Saúde, direitos reprodutivos e cidadania**. Juiz de Fora: UFJF, 2000.

BUCCI, Maria Paula Dallari. **Fundamentos para uma teoria jurídica das políticas públicas**. 2.ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

CASTANHO, Maria Amélia Belomo Castanho. **Planejamento Familiar**: O Estado na construção de uma sociedade inclusiva e a participação social para o bem comum. Curitiba: Juruá, 2014.

CAMARANO, Ana Amélia. **Envelhecimento populacional, perda da capacidade laborativa e políticas públicas brasileiras entre 1992 e 2011**. Rio de Janeiro: IPEA, 2013.

COOK, Rebecca J.; DICKENS, Bernard M. e FATHALLA, Mahmoud F. **Saúde reprodutiva e direitos humanos**: integrando medicina, ética e direito. Tradução de Andrea Romani, Renata Perrone e equipe. Rio de Janeiro: CEPIA, 2004.

CORNWALL, Andrea; WELBOURN, Alice (Orgs.). **Direitos sexuais e reprodutivos**: Experiências com abordagens participativas. Porto Alegre: Tomo, 2006.

DWORKIN, Ronald. **Is Democracy possible here?** New Jersey: Princeton University Press, 2006.

FERRAZ, Ana Claudia Brandão de Barros Correia. **Reprodução humana assistida e suas consequências nas relações de família**. 2.ed. Curitiba: Juruá, 2016.

FRANÇA, Genival Veloso de. **Direito Médico**. Rio de Janeiro: Forense, 2010

GONÇALVES, Roberta Candeia. **Ética do cuidado e empatia: em defesa de uma metaética sentimentalista para os direitos humanos**. 2012. 114 f. Dissertação (Mestrado em ciências Jurídicas) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.

HOWLET, Michael; M. Ramesh; PERL, Anthony. **Política Pública**: Seus ciclos e subsistemas – Uma abordagem integral. 3.ed. Rio de Janeiro: Campus, 2013.

INSTITUTO MILLENIUM. **Pela 1ª vez, mundo tem mais avós do que netos**. 03 abr. 2019. Disponível em: <https://www.institutomillenium.org.br/blog/pela-1a-vez-mundo-tem-mais-avos-do-que-netos/>. Acesso em: 03 abr. 2019.

MUDANÇA Demográfica no Brasil no Início do Século XXI. **Subsídios para as projeções da população**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 156 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=293322>. Acesso em: out. 2018.

NASCIMENTO, Pedro Francisco Guedes do. **Reprodução, desigualdades e políticas públicas de saúde**: Uma etnografia da construção do "desejo de filhos". 2009. 213 f. (Tese – Doutorado). Programa de Pós-Graduação em antropologia social do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

OLIVEIRA, Deborah Ciocci Alvarez de; BORGES JUNIOR, Edson. **Reprodução Assistida**: até onde podemos chegar? Compreendendo a ética e a lei. São Paulo: Gaia, 2000.

OMBELET, Willem. **Global access to infertility care in developing countries**: a case of human rights, equity and social justice. Facts. Views Vis. ObGyn, Belgium, v. 3, n. 4, 2011.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. População idosa mais do que dobrará até 2050; especialista da ONU pede foco em direitos. 03 mai. 2016. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/populacao-idosa-mais-do-que-dobrara-ate-2050-especialista-da-onu-pede-foco-em-direitos/>. Acesso em 28 mar. 2019.

PEGORER, Mayara Alice Souza. **Os direitos sexuais e reprodutivos da mulher**: Das políticas públicas de gênero à diferença múltipla. Rio de Janeiro: Lumen Iuris, 2016.

PELLEGRINELLO, Ana Paula. **Reprodução humana assistida**: A tutela dos direitos fundamentais das mulheres. Curitiba: Juruá, 2014.

PESSINI, Leocir; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. **Problemas atuais de bioética**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2007.

PINHEIRO NETO, Othoniel. **O direito à reprodução humana assistida**: Da teoria à concretização judicial. Curitiba: Juruá, 2012.

POST, Robert C.; SIEGEL, Reva B. Roe Rage: Democratic Constitutionalism and Backlash. **Yale Law School Faculty Scholarship Repository**. v. 42, 2007, p. 370-433.

SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti (Org.). **Direitos Fundamentais**: orçamento e "reserva do possível". 2. ed.rev. e ampl. 2.Tir. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2013.

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. Saúde, corpo e autonomia privada. Rio de Janeiro: Renovar, 2010.

VENTURA, Miriam. **Direitos reprodutivos no Brasil**. Brasília: UNFPA, 2009.