

A efetivação do planejamento familiar por meio da reprodução humana assistida e as políticas públicas de acesso

The implementation of family planning through assisted human reproduction and public access policies

Carla Froener   

Brenda Simoni Oliveira   

Resumo

O planejamento familiar ocupa posição central no ordenamento jurídico brasileiro, enquanto direito fundamental vinculado à dignidade da pessoa humana, à autonomia reprodutiva, à igualdade e à paternidade responsável. Os avanços científicos e tecnológicos no campo da reprodução humana assistida ampliaram o conteúdo dos direitos reprodutivos, integrando o direito à concepção. Nesse contexto, o estudo analisa a incorporação da reprodução humana assistida como instrumento de concretização do planejamento familiar e como política pública de saúde, bem como os limites da responsabilidade estatal. A pesquisa orienta-se pela seguinte pergunta: o atual modelo normativo e as políticas públicas existentes no Brasil são suficientes para garantir a efetivação do direito ao planejamento familiar por meio da reprodução humana assistida? Verificou-se que a incorporação dessas tecnologias ao sistema jurídico e às políticas públicas ocorre de forma fragmentada, marcada pela ausência de legislação específica e pela predominância de normas infralegais, especialmente Resoluções do Conselho Federal de Medicina. Além disso, as políticas públicas existentes mostram-se incapazes de assegurar acesso equitativo e territorialmente descentralizado, contribuindo para a mercantilização das técnicas reprodutivas. Assim, impõe-se a necessidade de fortalecimento da atuação estatal, a fim de garantir que a autonomia reprodutiva se traduza em efetiva possibilidade de escolha, em conformidade com os princípios constitucionais.

Palavras-chave: Planejamento Familiar; Reprodução Humana Assistida; Políticas Públicas de Saúde.

Abstract

Family planning occupies a central position within the Brazilian legal system as a fundamental right linked to human dignity, reproductive autonomy, equality, and responsible parenthood. Scientific and technological advances in the field of assisted human reproduction have expanded the scope of reproductive rights, incorporating the right to conception. In this context, the study analyzes the incorporation of assisted human reproduction as an instrument for the realization of family planning and as a public health policy, as well as the limits of state responsibility. The research is guided by the following question: are the current regulatory framework and existing public policies in Brazil sufficient to ensure the effective implementation of the right to family planning through assisted human reproduction? The findings indicate that the incorporation of these technologies into the legal system and public policies occurs in a fragmented manner, marked by the absence of specific legislation and the predominance of infra-legal norms, especially Resolutions of the Federal Council of Medicine. Furthermore, the existing public policies have proven incapable of ensuring equitable and territorially decentralized access, contributing to the commodification of reproductive techniques. Therefore, there is a pressing need to strengthen state action in order to ensure that reproductive autonomy translates into a genuine possibility of choice, in accordance with constitutional principles.

Keywords: Family Planning; Assisted Human Reproduction; Public Health Policies.

1 INTRODUÇÃO

O planejamento familiar ocupa posição central no ordenamento jurídico brasileiro, na medida em que se apresenta como direito fundamental diretamente vinculado aos princípios da dignidade da pessoa humana, da liberdade reprodutiva, da igualdade e da paternidade responsável. A Constituição Federal de 1988, ao consagrar o planejamento familiar como livre decisão do casal e ao atribuir ao Estado o dever de propiciar recursos educacionais e científicos para o seu exercício, inaugura uma concepção ampliada dos direitos reprodutivos, que ultrapassa a lógica estritamente privada e impõe deveres positivos de promoção, proteção e efetivação por parte do poder público.

Os avanços científicos e tecnológicos no campo da reprodução humana assistida, impuseram novos desafios à compreensão tradicional do planejamento familiar. A possibilidade de concepção por meios artificiais desloca o debate jurídico para além da contracepção, incorporando de forma definitiva o direito à concepção como dimensão relevante dos direitos reprodutivos.

A relevância do tema justifica-se, portanto, não apenas pela centralidade constitucional do planejamento familiar, mas também pela crescente demanda social por técnicas de reprodução assistida, associada à ampliação dos diagnósticos de infertilidade, às transformações nas estruturas familiares e à pluralização dos arranjos parentais.

O objetivo do estudo é analisar em que medida a reprodução humana assistida, enquanto instrumento contemporâneo de concretização do planejamento familiar, tem sido incorporada como política pública de saúde no Brasil, bem como identificar os limites da responsabilidade estatal. Assim, o artigo busca responder à seguinte pergunta de pesquisa: O atual modelo normativo e as políticas públicas existentes no Brasil são suficientes para garantir a efetivação do direito ao planejamento familiar por meio da reprodução humana assistida?

Do ponto de vista metodológico, realiza-se uma análise sistemática da Constituição Federal, da legislação infraconstitucional pertinente, da resolução do Conselho Federal de Medicina e do anteprojeto de reforma do Código Civil. Complementarmente, utiliza-se pesquisa bibliográfica, com apoio em doutrina nacional especializada, bem como análise documental e empírica, a partir de dados oficiais e relatórios institucionais.

Quanto à estrutura, o artigo está organizado em três partes. O primeiro capítulo dedica-se à definição e ao embasamento jurídico do planejamento familiar, destacando sua natureza de direito fundamental e política pública de saúde. O segundo capítulo examina a reprodução humana assistida no Brasil, abordando sua regulamentação jurídica, os marcos éticos e infralegais, as lacunas normativas existentes e o avanço legislativo possível. Por fim, o terceiro capítulo analisa a responsabilidade estatal e as políticas públicas diante das demandas reprodutivas, avaliando em que medida o Estado tem cumprido seu dever constitucional de assegurar o acesso efetivo às técnicas de reprodução humana assistida.

2 A PROTEÇÃO CONSTITUCIONAL DO PLANEJAMENTO FAMILIAR E SEUS DESDOBRAMENTOS

No ordenamento jurídico brasileiro, o planejamento familiar configura-se como um direito constitucional fundamental, diretamente vinculado aos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável. Trata-se de um instituto que assegura às famílias a liberdade de decidir acerca da geração de filhos, orientado pelas responsabilidades sociais, econômicas, jurídicas e morais inerentes à constituição da parentalidade (Reis, 2008; Gonçalves, 2025).

O planejamento familiar encontra sua base no artigo 226, § 7º da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988), reproduzido no artigo 1.565, §2º do Código Civil (Lei 10.406/2002). Insere-se no âmbito da tutela conferida à família e aos direitos reprodutivos, ao dispor que:

§ 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).

A leitura do dispositivo revela que o planejamento familiar não se limita a uma faculdade privada dos indivíduos, mas impõe ao Estado o dever positivo de criar condições materiais, científicas e informacionais para o seu exercício. Ao mesmo tempo, trata-se de um direito de liberdade, pois a Constituição Federal veda expressamente qualquer forma de coerção, seja por parte do poder público, seja por instituições privadas, reafirmando a autonomia reprodutiva como expressão da dignidade da pessoa humana.

A dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, da Constituição Federal) projeta-se diretamente sobre as escolhas reprodutivas, na medida em que envolve decisões existenciais profundas relacionadas ao corpo, à sexualidade, à constituição da família e ao projeto de vida individual e familiar. Nesse sentido, o planejamento familiar deve ser compreendido como instrumento de realização da autonomia pessoal e da igualdade material entre homens e mulheres, afastando práticas históricas de controle reprodutivo seletivo, discriminatório ou autoritário (Sarlet, Marinoni, Mitidiero, 2025).

A paternidade responsável, igualmente mencionada no texto constitucional, reforça a dimensão ética e social do planejamento familiar, vinculando a liberdade reprodutiva à responsabilidade no exercício da parentalidade. Não se trata de limitar o direito de ter filhos, mas de assegurar que a decisão de constituir, ampliar ou limitar a prole seja acompanhada de condições adequadas de cuidado, proteção e desenvolvimento da criança (Reis, 2008).

A regulamentação infraconstitucional do planejamento familiar ocorreu com a promulgação da Lei nº 9.263/1996, que estabelece diretrizes para a implementação do comando constitucional. Logo em seu artigo 1º, a lei reconhece expressamente o planejamento familiar como um direito de todo cidadão, a ser exercido com base nos princípios da dignidade da pessoa humana, da igualdade de direitos e da liberdade de decisão. O artigo 2º define o planejamento familiar como o conjunto de ações destinadas à regulação da fecundidade, assegurando direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole à mulher, ao homem ou ao casal (Brasil, 1996).

Essa definição legal amplia o alcance do planejamento familiar para além da lógica tradicional da contracepção, incluindo também medidas voltadas à concepção, o que revela sua pertinência direta com as técnicas de reprodução humana assistida. Ao reconhecer o direito tanto à limitação quanto ao aumento da prole, a lei incorpora uma visão abrangente dos direitos reprodutivos, compatível com os avanços científicos e com a pluralidade das formas de família contemporâneas (Dias, 2022).

A Lei nº 9.263/1996 (artigo 2º, parágrafo único) veda expressamente a utilização do planejamento familiar como instrumento de controle demográfico. Tal previsão é fundamental para afastar práticas estatais ou institucionais que, sob o pretexto de políticas públicas de saúde, possam violar a liberdade reprodutiva, especialmente de grupos vulneráveis. Essa vedação

reforça o caráter de política de promoção de direitos, e não de restrição populacional, alinhando-se às diretrizes internacionais de direitos humanos e saúde reprodutiva (UNFPA, 2024).

Além disso, a lei insere o planejamento familiar no contexto mais amplo do direito à saúde, ao estabelecer, em seu artigo 3º, que ele integra o conjunto de ações de atenção à saúde da mulher, do homem e do casal, dentro de uma perspectiva de atendimento global e integral. Essa previsão dialoga diretamente com o artigo 196 da Constituição Federal, que reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado, a ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (Brasil, 1988; Brasil, 1996).

O parágrafo único do artigo 3º atribui às instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os níveis, a responsabilidade pela garantia de programas de atenção integral à saúde reprodutiva ao longo de todos os ciclos vitais. Tal comando normativo evidencia que o planejamento familiar não pode ser tratado como política pública episódica ou residual, mas como componente estruturante das ações estatais em saúde (Brasil, 1996).

Entre as atividades básicas desses programas, a lei destaca a assistência à concepção e à contracepção (art. 3º, inciso I), o que reforça a obrigação estatal de disponibilizar meios seguros, eficazes e cientificamente reconhecidos para o exercício do planejamento familiar (Brasil, 1996). Essa previsão é especialmente relevante no contexto da reprodução humana assistida, pois evidencia que o direito à concepção assistida pode ser compreendido como desdobramento lógico do direito constitucional e legal ao planejamento familiar, sobretudo quando a infertilidade ou a esterilidade impedem a concepção natural (Gama, 2003).

Portanto, a partir da articulação entre o texto constitucional e a Lei nº 9.263/1996, o planejamento familiar deve ser compreendido como um direito fundamental complexo, que conjuga liberdade, igualdade, dignidade e responsabilidade, impondo ao Estado não apenas deveres negativos de abstenção, mas sobretudo deveres positivos de promoção, proteção e efetivação. Essa compreensão é essencial para a análise, nos capítulos seguintes, da reprodução humana assistida como instrumento legítimo de concretização do planejamento familiar e da responsabilidade estatal frente às demandas reprodutivas contemporâneas.

Diante desse arcabouço constitucional e legal, verifica-se que o planejamento familiar, enquanto direito fundamental e política pública de saúde, não se esgota na oferta de métodos

contraceptivos, mas abrange também o dever estatal de assegurar condições efetivas para o exercício do direito à concepção. Nesse contexto, os avanços científicos e tecnológicos no campo da reprodução humana impõem uma releitura contemporânea das obrigações do Estado, especialmente diante das situações de infertilidade, esterilidade ou impossibilidade biológica de gestação natural. A reprodução humana assistida emerge, assim, como instrumento legítimo de concretização do planejamento familiar, exigindo análise específica quanto à sua regulamentação, limites éticos e jurídicos e à forma como vem sendo disciplinada no ordenamento brasileiro.

3 A REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA NO BRASIL

Como desdobramento do direito fundamental ao planejamento familiar analisado no capítulo anterior, a reprodução humana assistida (RHA) pode ser analisada como instrumento de concretização da autonomia reprodutiva e da dignidade da pessoa humana. As técnicas de RHA representam um avanço significativo no campo da biotecnologia, na medida em que possibilitam o exercício da parentalidade por pessoas ou casais que, por razões médicas (como infertilidade ou esterilidade) ou por fatores sociais e familiares, encontram-se impedidos de conceber de forma natural (Froener, Catalan, 2020).

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), 278 mil casais enfrentam infertilidade no Brasil, o que equivale a 15% do total de casais em idade reprodutiva (Oliveira, Bussinguer, 2024). O crescente uso dessas técnicas, contudo, trouxe à tona relevantes debates jurídicos, especialmente diante da inexistência de legislação específica que discipline, de forma sistemática, a reprodução humana assistida no país. Nesse contexto, observa-se a necessidade de interpretação integrada entre a Constituição Federal, a Lei nº 9.263/1996 e as normas técnicas expedidas pelo Conselho Federal de Medicina, exigindo do intérprete soluções jurídicas compatíveis com os direitos fundamentais envolvidos (Costa, 2016).

No Brasil, o primeiro nascimento por meio de técnicas de reprodução humana assistida ocorreu em 1984, na cidade de Curitiba, o que evidencia que tais procedimentos são empregados há mais de três décadas. Ainda assim, o país não avançou na elaboração de uma legislação específica, permanecendo a regulamentação do tema predominantemente no âmbito

infralegal, por meio de resoluções do Conselho Federal de Medicina (Froener, Catalan, 2020), atualmente representadas pela Resolução nº 2.320/2022.

A concepção por meio da RHA ocorre quando a fecundação dos gametas não se concretiza de forma natural, demandando auxílio médico que pode variar desde métodos menos invasivos, como a indução da ovulação, até técnicas mais complexas, como a fertilização *in vitro*. Esses procedimentos podem ser realizados com material genético do próprio casal (homóloga) ou mediante a utilização de gametas doados (heteróloga), conforme critérios éticos e técnicos estabelecidos pelas normas médicas (Souza, Alves, 2016; Moore, Persaud, 2008). A escolha da técnica adequada pressupõe diagnóstico preciso e individualizado, considerando fatores clínicos, etários e reprodutivos.

A fertilização *in vitro*, em particular, é amplamente utilizada em situações de obstrução das trompas de falópio, endometriose, alterações na qualidade dos espermatozoides e infertilidade sem causa aparente. Apesar de a saúde constituir direito fundamental, a sua oferta pelo Sistema Único de Saúde (SUS) permanece tema sensível e controverso, especialmente em razão de limitações estruturais e orçamentárias (Oliveira, Bussinguer, 2024). A infertilidade, entendida como doenças que se traduzem na incapacidade de gerar filhos, é reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma condição de saúde. Está listada na Classificação Internacional de Doenças (CID), o que reforça seu enquadramento como demanda legítima por tratamento adequado (Souza; Alves, 2016).

No plano das políticas públicas, a atuação estatal na reprodução assistida ganhou contornos mais definidos a partir da Portaria nº 426/2005 do Ministério da Saúde, que instituiu a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida no âmbito do SUS. Tal política reconheceu a necessidade de estruturar serviços especializados e ampliar o acesso aos tratamentos. Embora a referida portaria tenha sido formalmente revogada, seu conteúdo foi incorporado à Portaria de Consolidação nº 2, de 2017, mantendo vigente a diretriz (Samrsla *et al.*, 2007; Brasil, 2017).

No âmbito ético-profissional, a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 2.320/2022 constitui o principal marco normativo da RHA no Brasil. Seu objetivo é estabelecer parâmetros éticos para a utilização das técnicas, promovendo segurança jurídica, eficácia terapêutica e respeito aos direitos dos pacientes. A norma disciplina aspectos como idade

máxima para realização dos procedimentos, critérios para doação de gametas, limites para transferência de embriões, preservação da privacidade e exigência de consentimento livre e esclarecido (CFM, 2022).

A ausência de legislação específica impõe que a Resolução do CFM seja interpretada em consonância com os direitos fundamentais à saúde, à liberdade e à dignidade da pessoa humana, assegurados pela Constituição Federal de 1988. Ainda que os serviços de RHA sejam ofertados pelo SUS, sua disponibilidade restringe-se a um número limitado de hospitais de referência, o que compromete o princípio da universalidade do acesso. Ademais, embora existam decisões judiciais brasileiras favoráveis, muitos pleitos são indeferidos sob o argumento de limitação orçamentária ou de inexistência de obrigação estatal explícita (Oliveira, Bussinguer, 2024).

Embora inexista uma lei específica sobre RHA, o ordenamento jurídico brasileiro contempla brevemente o tema no Código Civil de 2002 (Brasil, 2002), por meio do artigo 1.597. Nos incisos III à V, presume como concebidos na constância do casamento os filhos: “havidos por fecundação artificial homóloga, mesmo que falecido o marido”; “havidos, a qualquer tempo, quando se tratar de embriões excedentários, decorrentes de concepção artificial homóloga”; e “havidos por inseminação artificial heteróloga, desde que tenha prévia autorização do marido”.

Trata-se de presunção legal de paternidade, fundada na manifestação prévia e consciente da vontade parental no âmbito do tratamento reprodutivo, o que assegura o reconhecimento jurídico da filiação independentemente do vínculo biológico direto. Essa previsão confere segurança jurídica aos filhos concebidos por técnicas de RHA e reafirma que a parentalidade, no direito civil contemporâneo, ultrapassa a dimensão meramente genética, aproximando-se de uma concepção fundada na autonomia, na afetividade e na responsabilidade (Madaleno, 2024; Dias, 2022).

Todavia, a disciplina atualmente existente no Código Civil revela-se limitada, concentrando-se quase exclusivamente na presunção de paternidade e deixando descobertos diversos aspectos éticos, familiares e patrimoniais relacionados à reprodução assistida. Essa lacuna normativa está contemplada no anteprojeto de reforma do Código Civil, atualmente em tramitação, que propõe a introdução de um capítulo específico sobre RHA, por meio da inserção

dos artigos 1.629-A a 1.629-V. O texto busca definir conceitualmente a RHA e especificar o rol de beneficiários, permitindo seu acesso a qualquer pessoa maior de 18 anos, capaz e com vontade inequívoca de exercer a parentalidade, incluindo casais homoafetivos e pessoas em produção independente. Além disso, consagra expressamente o princípio da igualdade, assegurando aos nascidos por técnicas de reprodução assistida os mesmos direitos e deveres atribuídos aos concebidos por meios naturais, vedando qualquer forma de discriminação.

A proposta de reforma também detalha exigências relacionadas ao consentimento informado de todos os envolvidos, à gratuidade e ao anonimato da doação de gametas, com a ressalva do direito do filho ao conhecimento de sua origem biológica, e impõe restrições éticas relevantes, como a vedação à eugenia, à escolha do sexo do embrião (salvo para prevenção de doenças), à modificação genética para fins não terapêuticos e à criação de embriões para pesquisa. Ademais, o anteprojeto disciplina a destinação de embriões criopreservados e regulamenta a cessão temporária de útero, autorizando-a apenas em caráter altruístico, preferencialmente entre parentes, mediante instrumento escrito que atribua de forma inequívoca a filiação aos pais intencionais. Assim, o anteprojeto de reforma busca alinhar-se aos princípios da dignidade da pessoa humana, da igualdade e da autonomia reprodutiva, evidenciando a necessidade de maior atuação normativa e institucional do Estado, tema que será aprofundado no capítulo seguinte, dedicado à responsabilidade estatal e às políticas públicas reprodutivas.

4 A RESPONSABILIDADE DO ESTADO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DIANTE DAS DEMANDAS REPRODUTIVAS

A análise da RHA enquanto instrumento de concretização do planejamento familiar evidencia, de forma inequívoca, a centralidade da atuação estatal na garantia dos direitos reprodutivos. Conforme demonstrado nos capítulos anteriores, a Constituição Federal consagra o planejamento familiar como direito fundamental, impondo ao Estado deveres positivos de promoção e efetivação, especialmente por meio de políticas públicas de saúde. Nesse cenário, a RHA deixa de ser compreendida como mera tecnologia opcional para se afirmar como uma resposta institucional necessária às demandas reprodutivas.

Pesquisas empíricas recentes revelam que os custos envolvidos nos tratamentos RHA representam um dos principais obstáculos à universalização do acesso. Um estudo realizado em

hospital público no Rio de Janeiro, voltado à implantação de um centro de reprodução humana de alta complexidade no âmbito do SUS, analisou os custos a partir da perspectiva do oferecimento público do serviço, considerando três ciclos anuais de fertilização por mulher e incluindo despesas com consultas, exames, equipamentos, recursos humanos e insumos. Os resultados indicaram que o custo por procedimento de fertilização *in vitro* foi estimado em R\$ 18.829,00, enquanto a inseminação artificial apresentou custo médio de R\$ 5.649,00. O investimento inicial necessário para o funcionamento do centro, com capacidade para 480 ciclos anuais, foi de R\$ 15.903.361,00 no primeiro ano, incluindo a estruturação física do serviço (Entringer *et al.*, 2023).

A constatação dos elevados custos envolvidos na reprodução assistida reforça a necessidade de políticas públicas orientadas pelo princípio da equidade, de modo a evitar que o acesso às tecnologias reprodutivas permaneça restrito às camadas economicamente privilegiadas. A efetivação desse direito demanda a formulação de políticas públicas específicas que reconheçam a reprodução assistida como componente da atenção integral à saúde (Costa, 2016; Moraes, Amaro, 2019).

Dados recentes do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) revelam que a efetivação do direito ao planejamento familiar por meio da RHA no Brasil encontra-se fortemente marcada por assimetrias territoriais, socioeconômicas e institucionais. Segundo o estudo, o país possui um total de 192 clínicas e hospitais, divididos nas seguintes regiões: 94 no Sudeste; 55 no Sul; 21 no Nordeste; 17 no Centro-Oeste; e 5 no Norte (UNFPA, 2024).

Observa-se que a concentração de serviços especializados nas regiões Sul e Sudeste evidencia que o acesso às técnicas reprodutivas não se estrutura como uma política pública universalizada, mas como um serviço predominantemente submetido à lógica de mercado e à capacidade econômica dos usuários. A distribuição geográfica das clínicas de reprodução assistida constitui um indicador relevante da seletividade estrutural do acesso. O fato de 77% das clínicas estarem localizadas nas regiões Sul e Sudeste revela um padrão de concentração que reforça desigualdades regionais históricas na oferta de serviços de alta complexidade em saúde. Essa concentração não apenas limita o acesso físico ao serviço, como também impõe custos indiretos significativos, tais como deslocamento interestadual, hospedagem e afastamento do trabalho.

A situação torna-se ainda mais crítica quando se verifica que apenas 6% das clínicas existentes no país são públicas, ou seja, 11 do total de 192 (UNFPA, 2024). Esse dado evidencia a fragilidade da incorporação da reprodução assistida como componente efetivo do Sistema Único de Saúde (SUS). A predominância do setor privado desloca a reprodução assistida do campo dos direitos sociais para o campo do consumo em saúde, aprofundando a desigualdade entre aqueles que podem arcar com os elevados custos do tratamento e aqueles que, embora juridicamente titulares do direito ao planejamento familiar, permanecem excluídos de sua fruição concreta (Froener, Catalan, 2020; Ribeiro, 2020).

A concentração das clínicas dentro das regiões reforça o caráter territorialmente seletivo da política de acesso. O Centro-Oeste, com 17 clínicas, possui 6 concentradas no Distrito Federal. Da mesma forma, o Nordeste, com 21 clínicas, tem 7 em Pernambuco (UNFPA, 2024). Tal configuração evidencia uma centralização intrarregional, na qual mesmo dentro das regiões menos assistidas há concentração em poucos polos urbanos.

Além da desigualdade territorial, os dados apontam para a insuficiência qualitativa da oferta pela rede pública. Mesmo nos serviços públicos existentes, nem sempre o tratamento é integralmente gratuito, sendo comum a exigência de custeio de medicamentos, exames complementares ou etapas específicas do procedimento (UNFPA, 2024). Assim, ainda que haja oferta pública formal, a efetividade material do direito permanece limitada, sobretudo para pessoas de baixa renda.

A longa fila de espera nos serviços públicos constitui outro elemento que compromete a efetivação do planejamento familiar. No contexto da RHA, o tempo assume relevância biomédica decisiva, pois o avanço da idade, especialmente feminina, reduz progressivamente as chances de sucesso dos procedimentos (UNFPA, 2024). Dessa forma, a demora no acesso não representa apenas um inconveniente administrativo, mas um fator que impacta diretamente a probabilidade de concretização do projeto parental. A fila de espera, portanto, opera como um mecanismo indireto de exclusão, transformando a idade e o tempo em variáveis que aprofundam desigualdades já existentes.

Em 2019, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária Anvisa (Anvisa) publicou um relatório que indica o crescimento expressivo da RHA no Brasil. Em 2012, foram 32 mil embriões congelados e, sete anos depois, este número subiu para 100 mil embriões,

representando um aumento de 212%. O mesmo ocorreu com a quantidade de ciclos de fertilização *in vitro*, quando em 2012 foram iniciados 21 mil ciclos e, em 2019, 44 mil, representando um crescimento de 109% (UNFPA, 2024). Contudo, esse crescimento não foi acompanhado por uma expansão proporcional da oferta pública e territorialmente descentralizada. Tal assimetria sugere que o avanço tecnológico tem beneficiado majoritariamente segmentos populacionais com maior poder aquisitivo e residentes em grandes centros urbanos.

Essa dissociação entre crescimento tecnológico e universalização do acesso evidencia uma tensão estrutural entre o reconhecimento jurídico do planejamento familiar como direito fundamental e sua efetivação concreta por meio de políticas públicas. Embora a Constituição Federal consagre a liberdade reprodutiva e a responsabilidade do Estado em assegurar os meios para o exercício desse direito, os dados empíricos demonstram que, no campo da reprodução assistida, o Estado atua de forma subsidiária, delegando à iniciativa privada a maior parte da oferta.

Nesse sentido, as desigualdades regionais, econômicas e institucionais não configuram apenas falhas administrativas, mas revelam um padrão estrutural de seletividade na implementação das políticas públicas de saúde reprodutiva. A RHA, enquanto instrumento contemporâneo de concretização do planejamento familiar, acaba por reproduzir e aprofundar desigualdades sociais, contrariando os princípios da universalidade, da equidade e da integralidade que orientam o SUS.

Essa insuficiência de políticas públicas eficazes tem levado à crescente judicialização das demandas reprodutivas, com pedidos de custeio de tratamentos de infertilidade, fertilização *in vitro* e inseminação intrauterina. No entanto, a jurisprudência brasileira ainda se mostra oscilante quanto ao reconhecimento da obrigação estatal nesses casos. O Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, por exemplo, já decidiu que, embora o desejo de ter filhos encontre respaldo constitucional, ele não se equipara diretamente à preservação da vida ou da saúde da paciente, o que tem resultado no indeferimento de determinados pleitos (TJRS, Processo nº 52883126720238217000). Essa compreensão revela as dificuldades enfrentadas pelo Judiciário na análise das demandas envolvendo reprodução assistida, especialmente diante da ausência de parâmetros legais claros e da complexidade técnica dos tratamentos.

Dessa forma, constata-se que a responsabilidade do Estado na efetivação da reprodução humana assistida transcende a mera regulamentação técnica, exigindo compromisso institucional com a formulação e implementação de políticas públicas inclusivas, equitativas e financeiramente sustentáveis. A reprodução assistida, enquanto instrumento de concretização do planejamento familiar, impõe ao poder público o dever de superar desigualdades regionais, econômicas e sociais, sob pena de esvaziamento do conteúdo material dos direitos reprodutivos assegurados pela Constituição Federal.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O planejamento familiar configura-se como direito fundamental no ordenamento jurídico brasileiro, alicerçado nos princípios da dignidade da pessoa humana, da autonomia reprodutiva, da igualdade e da paternidade responsável. A Constituição Federal de 1988, ao atribuir ao Estado o dever de propiciar recursos educacionais, científicos e assistenciais para o exercício desse direito, não apenas assegurou uma esfera de liberdade negativa, mas instituiu um dever positivo de promoção e efetivação de políticas públicas voltadas à saúde reprodutiva.

A análise constitucional e da Lei nº 9.263/1996 evidenciou que o planejamento familiar não se restringe à oferta de métodos contraceptivos, mas abrange igualmente o direito à concepção, especialmente em contextos de infertilidade, esterilidade ou impossibilidade biológica de gestação natural. Nesse sentido, a reprodução humana assistida emerge como instrumento de concretização dos direitos reprodutivos, inserindo-se no âmbito do direito à saúde e da tutela integral da família.

Entretanto, constatou-se que a reprodução humana assistida no Brasil se encontra marcada por uma significativa lacuna legislativa, sendo regulada predominantemente por normas infralegais do Conselho Federal de Medicina e por disposições pontuais do Código Civil, centradas sobretudo na presunção de filiação. Tal cenário revela um déficit normativo incompatível com a centralidade dos direitos fundamentais envolvidos, especialmente diante da crescente complexidade ética, jurídica e social das técnicas reprodutivas. O anteprojeto de reforma do Código Civil, ao propor a sistematização da matéria, representa um avanço relevante, mas ainda pendente de efetiva incorporação ao ordenamento.

No plano das políticas públicas, os dados empíricos analisados evidenciaram que o acesso à reprodução humana assistida no Brasil é profundamente assimétrico, tanto do ponto de vista territorial quanto socioeconômico. A concentração de clínicas nas regiões Sul e Sudeste, a predominância do setor privado, a reduzida oferta pública no âmbito do Sistema Único de Saúde e as longas filas de espera revelam que o exercício concreto do direito ao planejamento familiar, no que se refere à reprodução humana assistida, permanece condicionado à capacidade econômica e à localização geográfica dos indivíduos. Tal realidade tensiona diretamente os princípios constitucionais da universalidade, da equidade e da integralidade que estruturam o Sistema Único de Saúde.

Verificou-se, ainda, que o crescimento expressivo da utilização das técnicas de reprodução assistida não foi acompanhado por uma expansão proporcional da oferta na rede pública, o que contribui para a sua transformação em um serviço predominantemente mercantilizado, deslocando-o do campo dos direitos sociais para o campo do consumo em saúde.

Diante desse cenário, conclui-se que a responsabilidade do Estado na efetivação da reprodução humana assistida não pode ser compreendida de forma subsidiária ou meramente residual. Ao contrário, impõe-se uma atuação estatal mais robusta, que envolva tanto a elaboração de uma legislação específica quanto a formulação e implementação de políticas públicas capazes de garantir acesso equitativo, territorialmente descentralizado e financeiramente sustentável às técnicas reprodutivas.

Assim, a reprodução assistida deve ser reconhecida, mas como dimensão legítima do direito fundamental ao planejamento familiar e à saúde reprodutiva. A superação das desigualdades atualmente existentes constitui condição indispensável para que a autonomia reprodutiva, proclamada no plano normativo, se traduza em efetiva possibilidade de escolha para todos, sob pena de manutenção de um modelo seletivo que compromete a própria força normativa da Constituição Federal e a realização concreta da dignidade da pessoa humana.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 2025. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 24 jan. 2026.

BRASIL. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Brasília, DF: Presidência da República, 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm. Acesso em: 24 jan. 2026.

BRASIL. **Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Brasília, DF: Presidência da República, 2002. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm. Acesso em: 11 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017: Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 10 fev. 2026.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº 2.320 de 2022**. Brasília, 2022. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2022/2320>. Acesso em: 10 fev. 2026.

COSTA, Ana Paula Correia de Albuquerque da. Direitos reprodutivos, planejamento familiar e reprodução humana assistida no Brasil no atual estado da arte. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**. Brasília, v. 5, n. 3, jul./set, p. 80-103, 2016.

DIAS, Maria Berenice. **Manual de Direito das Famílias**. 15. ed. Salvador: Juspodivm, 2022.

ENTRINGER, Aline Piovezan. et al. Análise de custo de um centro de reprodução humana assistida no Sistema Único de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 33, p. 1-20, 2023.

FROENER, Carla; CATALAN, Marcos. **A reprodução humana assistida na sociedade de consumo**. São Paulo: Editora Foco, 2020.

GAMA, Guilherme Calmon Nogueira da. **A nova filiação: o biodireito e as relações parentais**. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito Civil Brasileiro: Direito de Família**. 22. ed. São Paulo: Saraiva, 2025.

MADALENO, Rolf. **Curso de direito de família**. 14ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 2024.

MOORE, Keith, PERSAUD, T.V.N. **Embriologia Clínica**. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2008.

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

OLIVEIRA, Magali Gláucia Fávaro de; BUSSINGUER, Elda. Infertilidade: Sistema Único de Saúde e o direito fundamental ao planejamento familiar. **Revista Bioética**. v. 32, p. 1-11, 2024.

REIS, Clayton. O Planejamento Familiar - Um Direito de Personalidade do Casal. **Revista Jurídica Cesumar**, v. 8, n. 2, p. 415-435, jul./dez. 2008.

RIBEIRO, Raphael Rego Borges. Planejamento familiar e reprodução assistida. **Conpedi Law Review**, v. 6, n. 1, p. 138–157, jan./dez. 2020.

SAMRSLA, Mônica; NUNES, Juliana Cezar; KALUME, Carolina; CUNHA, Antônio Carlos Rodrigues da; GARRAFA, Volnei. Expectativa de mulheres à espera de reprodução assistida em hospital público do DF: estudo bioético. **Revista da Associação Médica Brasileira**, n. 53, v. 1, 2007.

SARLET, Ingo Wolfgang; MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel. **Curso de Direito Constitucional**. 14. ed. São Paulo: Saraiva, 2025.

SOUZA, Karla Keila Pereira Caetano; ALVES, Oslania de Fátima. As principais técnicas de reprodução humana assistida. **Revista Acadêmica do Instituto de Ciências da Saúde**, v. 2, n. 01, jan.-jul, p. 1-50, 2016.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. **Agravo de Instrumento nº 52883126720238217000**. Terceira Câmara Cível, Relatora Des. Matilde Chabar Maia. Julgado em 22-02-2024. Disponível em: <https://www.tjrs.jus.br/novo/buscas-solr/?aba=jurisprudencia&q=fertilizacao+governo+&conteudo_busca=ementa_completa>. Acesso em: 12 fev. 2026.

UNFPA. **Reprodução Assistida e direitos: panorama, desafios e recomendações para políticas públicas no Brasil**. Brasília: Fundo de População das Nações Unidas, 2024. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/news/estudo-identifica-barreiras-socioeconomicas-reproducao-assistida>. Acesso em: 30 jan. 2026.

Sobre a autoria

Carla Froener

Doutora em Políticas Públicas na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).
Professora de graduação e pós-graduação na área de Direito Privado. Advogada.
carlafroener@gmail.com

Brenda Simoni Oliveira

Bacharel em Direito. Cursando Pós-graduação em Direito Processual Civil na PUCRS.
brsimoni.ol@gmail.com

Contribuição de autoria

Carla Froener: concepção, coleta de dados, análise de dados, elaboração do manuscrito, redação, discussão dos resultados.

Brenda Simoni Oliveira: concepção, elaboração do manuscrito, redação, discussão dos resultados, revisão.

Financiamento

Não se aplica.

Consentimento de Uso de Imagem

Não se aplica.