

Direitos reprodutivos: a reprodução assistida sob o viés dos direitos humanos

CASTELO BRANCO, Clarice Corbella¹ 

SILVA, Vera Lucia Marques da² 

FERREIRA, Aldo Pacheco³ 

RESUMO

O presente artigo analisa as distintas tecnologias que possibilitam a reprodução assistida, como a fertilização *in vitro*, a inseminação artificial, a cessão temporária de útero, a injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), a transferência de embrião congelado e a reprodução assistida *post-mortem*, de forma a associá-las com os direitos reprodutivos e com os direitos humanos. Não há legislação específica que regulamente a reprodução assistida no Brasil. No plano internacional, também não há nenhum tratado com força vinculante que trate especificamente sobre os direitos sexuais e reprodutivos. Além disso, o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece poucos serviços referentes às técnicas de reprodução assistida. De forma semelhante, os planos e seguros de saúde privados não cobrem os procedimentos. Assim, a problemática do estudo advém das barreiras que permeiam as tecnologias reprodutivas na sociedade brasileira, o que vai de encontro à agenda de direito das mulheres e de casais homoafetivos. Para a concretização da análise, utilizou-se de dados obtidos em uma revisão bibliográfica e documental, explorando leis internas, conferências nacionais e internacionais, e ações oportunizadas por políticas públicas na gestão da saúde, sendo que foi utilizado o método dedutivo e dialético para sua elaboração. Ao final, são discutidos os diferentes olhares obtidos na pesquisa como sugestões que permitam diminuir os obstáculos que distanciam grande parte da sociedade brasileira da concepção medicamente assistida.

Palavras-chave: Direitos reprodutivos. Reprodução assistida. Infertilidade. Direitos humanos.

¹ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: claricecorbella@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2239178738354673>. Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-1011-5464>.

² Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: veramarques1000@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6840523837741103>. Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-2595-2679>.

³ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: aldo.ferreira@fiocruz.br. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0942554454570321>. <http://orcid.org/0000-0002-7122-5042>.

Reproductive rights: assisted reproduction from the perspective of human rights

ABSTRACT

This article analyses the different technologies that make assisted reproduction possible, such as in vitro fertilization, artificial insemination, temporary uterus transfer, intracytoplasmic sperm injection (ICSI), frozen embryo transfer and post-mortem assisted reproduction, in order to associate them with reproductive rights and human rights. There is no specific legislation regulating assisted reproduction in Brazil. At the international level, there is also no treaty with binding force that deals specifically with sexual and reproductive rights. In addition, the Unified Health System (SUS) offers few services related to assisted reproduction techniques. Similarly, private health plans and insurance do not cover procedures. Thus, the problem of the study comes from the barriers that permeate reproductive technologies in Brazilian society. To carry out the analysis, data obtained from a bibliographical and documental review was used, exploring internal laws, national and international conferences, and actions provided by public policies in health management, using the deductive and dialectical method for its analysis. elaboration. At the end, the different perspectives obtained in the research are discussed as suggestions that allow reducing the obstacles that keep a large part of Brazilian society away from medically assisted conception.

Keywords : Reproductive rights. Assisted reproduction. Infertility. Human rights.

Derechos reproductivos: La reproducción asistida desde la perspectiva de los derechos humanos

RESUMEN

Este artículo analiza las diferentes tecnologías que hacen posible la reproducción asistida, como la fecundación in vitro, la inseminación artificial, la transferencia temporal de útero, la inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), la transferencia de embriones congelados y la reproducción asistida post mortem, con el fin de asociarlas a la reproducción. derechos y derechos humanos. No existe una legislación específica que regule la reproducción asistida en Brasil. A nivel internacional, tampoco existe un tratado con fuerza vinculante que trate específicamente de los derechos sexuales y reproductivos. Además, el Sistema Único de Salud (SUS) ofrece pocos servicios relacionados con las técnicas de reproducción asistida. De igual forma, los planes y seguros privados de salud no cubren los trámites. Así, el problema del estudio proviene de las barreras que permean las tecnologías reproductivas en la sociedad brasileña. Para realizar el análisis se utilizaron

datos obtenidos de una revisión bibliográfica y documental, explorando leyes internas, congresos nacionales e internacionales, y acciones previstas por las políticas públicas en la gestión en salud, utilizando para su elaboración el método deductivo y dialéctico. Al final, se discuten las diferentes perspectivas obtenidas en la investigación como sugerencias que permitan reducir los obstáculos que alejan a gran parte de la sociedad brasileña de la concepción médicamente asistida.

Palabras clave: Derechos reproductivos. Reproducción asistida. Esterilidad. Violencia. Derechos humanos.

INTRODUÇÃO

Os direitos sexuais e reprodutivos da mulher no Brasil são direitos humanos que na Constituição da República encontram-se expressos como direitos fundamentais sendo, por conseguinte, direitos garantidos a todas as mulheres dentro de uma lógica hegemônica (BRASIL, 1988). Os direitos reprodutivos constituem uma incontestável conquista da humanidade. Um benefício legal de todas as pessoas, independente da raça, classe, origem, orientação sexual, identidade de gênero, localização geográfica, idade, ou outros, que reconhece o acesso à saúde reprodutiva na base da equidade de gênero. Nesse sentido, tem-se que, hoje, o conceito de direitos reprodutivos foi ampliado, englobando a reprodução e sexualidade humanas, alcançados no âmbito dos direitos humanos (PIOVESAN; PIROTTA, 2018).

A noção de violações estruturais dos direitos humanos está ganhando cada vez mais espaço nas arenas internacionais de direitos humanos. Há dois aspectos salientes e aparentemente insustentáveis de nosso mundo hoje aos quais essa ideia está respondendo: i) grave desigualdade global e uma enorme disparidade entre os direitos concedidos a todos os seres humanos por meio do regime internacional de direitos humanos e ii) a violação maciça e contínua desses direitos (HÜBNER *et al.*, 2023).

Para conceber as violações estruturais dos direitos humanos, é preciso primeiro tomar como ponto de partida uma visão estruturalista do mundo, onde as estruturas e instituições são centrais para a análise.

A perspectiva estruturalista propõe o abandono do exame particular dos objetos a que se consagra. Estuda as estruturas subjacentes ao organizar e ao administrar, formadas pelos elementos que os caracterizam enquanto traços inerentes ao espírito humano. Desconsidera as organizações e as formas de administrar, tomadas como manifestações de outras coisas - como segmento social, agente econômico, ator político etc. - que não elas mesmas. Seu propósito é a constituição de

modelos arquetípicos de todas as organizações e de todas as formas de organizar (THIRY-CHERQUES, 2006, p.138).

Os direitos reprodutivos são direitos humanos, devido ao caráter universal, indivisível e internacional que diz respeito à sua conceituação; compreendem o acesso aos serviços médicos e o direito à maternidade segura, que devem ser proporcionados pelo Estado, o qual exerce uma função dupla de propiciar o direito à saúde, e de impedir a discriminação baseada no gênero nas esferas sanitárias – cuja causa seria, entre outras, a omissão de cuidados médicos em virtude do gênero do paciente (PIOVESAN, 2002).

Com efeito, os direitos reprodutivos são, muitas vezes, conceituados conjuntamente com os direitos sexuais (GOMES, 2021). No entanto, estes não são sinônimos, e não se confundem. Os direitos reprodutivos dizem respeito à capacidade reprodutiva e às escolhas concernentes à própria reprodução, bem como o momento, as condições e a frequência dela. Os direitos atinentes à reprodução também devem ser utilizados para debates políticos, principalmente os que dizem respeito a concepção, métodos contraceptivos, aborto e mortalidade materna (BAILLARGEON, 2000). Os direitos sexuais, por outro lado, representam um conceito mais recente, originados de demandas de grupos homoafetivos⁴ que tinham por escopo combater as discriminações, além de defender o livre exercício da sexualidade e da escolha de parceiros. Visto isso, devido ao fato de a concepção ser o cerne das técnicas de reprodução assistida, estas são mais bem enquadradas no conceito de direitos reprodutivos (LEMOS, 2014).

O pleito relacionado à concretização dos direitos reprodutivos como direitos humanos é notadamente recente (NELSON, 2022). De acordo com Araújo e Araújo (2018), a inclusão desse direito na agenda nacional e internacional, teve como protagonista a luta do movimento feminista que a partir da década de 60 começou intensas discussões sobre autonomia, violência contra a mulher, dentre outras pautas importantes que garantiram a saída da mulher para o mercado de trabalho e a difusão dos métodos anticoncepcionais.

Segundo Ventura e Simas (2021), podem ser citados, como procedimentos que viabilizam a concepção medicamente assistida, a fertilização *in vitro*, a inseminação artificial, a cessão temporária de útero, a transferência de embrião congelado, entre outros. Ademais, de acordo com a Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida, o Brasil é o país latino-americano que mais utilizou as técnicas de reprodução assistida nos últimos vinte e cinco anos. No período de quase três décadas, oitenta e três mil

⁴ Relativo à relação afetiva e sentimental entre pessoas do mesmo sexo; homossexual.



nascimentos humanos ocorreram no país como consequência da reprodução assistida (MATOS, 2019).

A conceituação de direitos humanos é mais ampla do que a dos direitos reprodutivos, visto que estes estão nela contidos (GONÇALVES, 2013). Os direitos humanos são aqueles inerentes à condição humana, o que engloba as especificidades de determinados indivíduos ou grupos; podem estar expressos em leis, tratados, Constituições, ou mesmo implícitos em diplomas normativos (PIOVESAN, 2012). Os direitos humanos não precisam, necessariamente, corresponder aos direitos positivados, porque podem representar uma barreira contra as arbitrariedades estatais, mesmo que não integrem o ordenamento jurídico de forma expressa. Por estarem dispostas em normas internas e internacionais, pode ser que as normas em matéria de direitos humanos apresentem conflitos entre si, o que enseja a prevalência daquela que for mais favorável ao sujeito de direito. Assim, os direitos humanos representam o componente mais importante do ordenamento jurídico (COMPARATO, 2010).

A possibilidade de ter filhos está intrinsecamente relacionada com a saúde reprodutiva, o planejamento familiar e a proteção à maternidade, que são direitos assegurados constitucionalmente, no que nos aponta Moraes (2010):

Na legalidade constitucional a noção de autonomia privada sofre uma profunda e marcante transformação conforme a sua incidência ocorra no âmbito de uma relação patrimonial ou de uma relação pessoal, não patrimonial. Assim é justamente porque o legislador democrático, também no Brasil, tem perfeita noção de que a vida, para ser digna (CF, art. 1º, II), precisa, intrinsecamente, da mais ampla liberdade possível no que toca às relações não patrimoniais (MORAES, 2010, p. 190).

O presente artigo analisa as distintas tecnologias que possibilitam a reprodução assistida, como a fertilização *in vitro*, inseminação artificial, cessão temporária de útero, injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), transferência de embrião congelado e a reprodução assistida *post-mortem*, de forma a associá-las com os direitos reprodutivos e com os direitos humanos. Ao final, são propostas sugestões que permitam diminuir os obstáculos que distanciam grande parte da sociedade brasileira da concepção medicamente assistida.

METODOLOGIA

A pesquisa é de cunho teórico e foi desenvolvida por meio de duas abordagens: uma pesquisa bibliográfica e uma pesquisa documental sobre a reprodução assistida com a perspectiva analítica dos direitos humanos,

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, favorecendo a identificação do estado da arte do tema de estudo (VOSGERAU; ROMANOWSKI, 2014).

As pesquisas documental e bibliográfica possuem semelhanças, a principal delas é o fato de ambas se debruçarem sobre um material produzido. Contudo, 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 (instrumentos que já possuem crivo analítico), 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 (propósito de pesquisa 1), encontramos o posicionamento de Minayo (2008) que, ao discutir o conceito e o papel da metodologia nas pesquisas em ciências sociais, imprime um enfoque plural para a questão: “a metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e o potencial criativo do pesquisador” (MINAYO, 2008, p.22). Esse fundamento se aplica às pesquisas de um modo geral e no campo da utilização de documentos não é diferente. 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 e internacionais, além de legislações e ações oportunizadas por políticas públicas na gestão da saúde em âmbito brasileiro, foram desveladas perspectivas que associavam a reprodução assistida com os direitos reprodutivos, proporcionalizando a obtenção de documentos importantes afeitos a pesquisa.

Já no propósito de pesquisa 2, foi realizada uma revisão bibliográfica. Os artigos selecionados foram pesquisados nas plataformas: OASISbr, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), ERIC, Latindex; Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), com foco em dados do Brasil, em espaço temporal em aberto, isto é, todos os estudos disponibilizados em qualquer período, sendo localizados 90 trabalhos que seguiram para análise. E, tendo-se como base Tricco et al. (2018), foi empregado o método de síntese, sendo cumprida as seguintes fases: elaboração e planejamento da estratégia de busca e seleção dos artigos; definição e alinhamento do objetivo da pesquisa aos critérios de inclusão e de exclusão; identificação e seleção dos manuscritos relevantes; extração e mapeamento dos dados nos resultados. Por fim, conforme estabelecido por Arksey e O'Malley (2005) verificou-se a

possibilidade de obter-se adicionalmente outros artigos relevantes a pesquisa nas bibliografias dos estudos obtidos nas plataformas pesquisadas. 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 para análise do material coletado. 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). Trata-se de um método para análise de políticas públicas, atualmente concebido por cinco eixos que se articulam mutuamente: a) contexto de influência; b) contexto da produção do texto; c) contexto da prática; d) o contexto dos resultados; e) o contexto da estratégia política (MAINARDES, 2006).

O contexto de influência é o local onde normalmente as políticas públicas são empreendidas, os discursos políticos são arquitetados e as disputas sobre as finalidades sociais adquirem legitimidade. Já o contexto da produção do texto, refere-se aos textos políticos resultantes de disputas e acordos entre os grupos que elaboram as políticas. O contexto da prática diz respeito às condições de cada segmento de Estado na esfera estadual ou municipal de implementar determinadas políticas, que variam conforme as especificidades locais. O contexto dos resultados refere-se às mudanças que ocorrem na prática e na estrutura dos serviços de saúde, assim como, às condições de acesso, igualdade e justiça social. E, finalmente, o contexto da estratégia política, que compreende as atividades sociais e políticas que podem ser desenvolvidas para lidar com as desigualdades geradas pela política investigada (MAINARDES, 2006).

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

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O HISTÓRICO INTERNACIONAL DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

Segundo Araújo (2020), apesar de atualmente, o direito de ter filhos estar disposto em diversas normas internacionais sobre direitos humanos, esse direito não constava na Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão (1789). Ainda que esse direito já existisse na época da publicação da declaração, o autor explica duas razões pelas quais não possuía,



anteriormente, caráter expresso de direito humano: a primeira seria o medo de uma catástrofe gerada pela eventual superpopulação humana, e a segunda seria a suposição, presente no século XVIII, de que, para ser formada uma família, haveria o consentimento entre dois indivíduos, que seriam, necessariamente, um homem e uma mulher.

Na sociedade contemporânea, por outro lado, os casais homoafetivos possuem, em grande parte dos países – nestes incluso o Brasil –, os mesmos direitos dos pares heteroafetivos⁵ e, assim, carecem de condições iguais quanto à possibilidade de ter filhos, o que traz à tona a utilização da reprodução medicamente assistida, que constitui a única forma de gerarem filhos biológicos (COSTA, 2018). Estas são buscadas, portanto, não apenas por casais heterossexuais que possuem problemas de fertilidade, mas também por casais homoafetivos, que não são considerados reprodutivos do ponto de vista estritamente biológico (BEAUVOIR, 2005).

Atualmente, em outra perspectiva, a equiparação dos direitos reprodutivos aos direitos humanos é evidente. As conferências realizadas na Organização das Nações Unidas na década de 1990 – em especial a ocorrida no Cairo, em 1994, e em Pequim, em 1995 – foram pioneiras na utilização do conceito de direitos sexuais e reprodutivos, bem como no uso da expressão saúde sexual e reprodutiva (ONU, 1990, 1994, 1995).

A conferência realizada em Pequim, nomeada IV Conferência Mundial da Mulher (1995), reconheceu a saúde sexual e reprodutiva das mulheres como direitos humanos, sem sujeição a qualquer espécie de coerção, violência ou discriminação. Com efeito, o aborto não pode ser utilizado como forma de planejamento familiar, e que os governos e organizações não governamentais possuem como dever o compromisso com a saúde feminina e com a redução dos abortos realizados em condições que provoquem riscos para as mulheres. A Plataforma da Conferência destacou, além disso, que as mulheres que têm gravidez indesejada devem ter acesso a informações e assistência confiáveis, e, nos casos em que o aborto não seja contrário à lei, este deve ser realizado em condições adequadas.

Já o evento ocorrido no Cairo, chamado de Conferência de População e Desenvolvimento (2007), asseverou os direitos reprodutivos dos indivíduos, que podem optar pelo tamanho de família que desejarem, e demonstrou preocupação com a saúde reprodutiva deles, o que inclui de tratamentos de infertilidade a cuidados na gravidez. Apresentou uma definição para a saúde reprodutiva, conceituada como o estado de bem-estar pleno, nos âmbitos físico, social e mental, estes relacionados com todo o sistema reprodutivo, e

⁵ Relativo à relação afetiva e sentimental entre pessoas de sexo diferente; heterossexual.



que, desse modo, não se reduz apenas a uma ausência de enfermidade. O Plano de Ação do Cairo também diferenciou a saúde sexual da saúde reprodutiva: foi explicado que a atividade sexual não implica, necessariamente, em reprodução. Por outro lado, nem toda reprodução está relacionada ao intercurso sexual, como é o caso da fertilização *in vitro*. O Brasil assinou os Planos de Ação das Conferências de Pequim e do Cairo e, por isso, contraiu a responsabilidade de zelar pelos direitos sexuais e reprodutivos da população brasileira (BARSTED, 2008).

Barsted (2008) aduz que a Constituição de 1988 está inserida no sistema internacional de proteção aos direitos humanos, ao dispor princípios como a dignidade da pessoa humana e a prevalência dos direitos humanos, além de recepcionar os tratados internacionais de que a República Federativa do Brasil seja parte (BRASIL, 1988). Antes da promulgação da Constituição, havia sido implementado, no ano de 1986 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que impunha o dever do Estado de prestar ações voltadas à saúde da mulher.

Após o advento da ordem constitucional vigente (BRASIL, 1988), foi inserido o artigo 196, que impõe que a saúde é direito de todos e dever do Estado, além de estampar a necessidade de diminuir o risco de doenças e outros agravos. Além disso, o artigo 226, § 7º do texto constitucional aborda o direito ao planejamento familiar, cujo escopo é a decisão livre do genitor, haja vista que é vedada qualquer forma impositiva do exercício desse direito e, por interpretação analógica, do exercício dos direitos reprodutivos. A implementação do PAISM demonstra que os direitos reprodutivos passaram a ser discutidos no Brasil na década de 1980, ainda que de forma menos expressiva, devido ao contexto de redemocratização marcado pelo fim da ditadura militar.

Embora o texto da Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) não preveja, de forma expressa, os direitos reprodutivos, a Lei nº 13.146/2015, nomeada como Estatuto da Pessoa com Deficiência dispõe, no artigo 6º, inciso II, que as pessoas com deficiência possuem plena capacidade civil para exercer os direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2015).

A referida lei foi elaborada com base na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (BRASIL, 2015), que é um tratado internacional sobre direitos humanos, aprovado mediante o procedimento disposto no § 3º do artigo 5º da Constituição – de três quintos dos votos dos membros de cada Casa do Congresso Nacional, em dois turnos –, e promulgado pelo Decreto nº 6.949/2009, razão pela qual possui status de Emenda Constitucional. O artigo 23 da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, que versa sobre o respeito pelo lar e pela família, dispõe que as pessoas com deficiência

possuem os direitos de livre exercício da reprodução e do planejamento familiar, bem como acessar os meios para exercer esses direitos. Assim, desde 2009, a garantia dos direitos reprodutivos às pessoas com deficiência possui hierarquia de norma constitucional (BRASIL, 2009).

Na década de 1990, após a vigência da nova ordem constitucional, as discussões sobre a questão reprodutiva ganharam mais força, e o movimento feminista enfatizou temas como a contracepção, o aborto e a assistência à saúde. Já nos primeiros anos do século XXI, nomeados por Scavone (2000) como terceira década dos direitos reprodutivos, estes passaram a ganhar mais relevo no âmbito dos organismos internacionais e na sociedade em geral, visto que a temáticas direta e indiretamente ligadas à reprodução ganharam visibilidade social. Assim, a partir dos anos 2000, houve uma institucionalização da saúde reprodutiva, amparada em uma maior preocupação de autoridades nacionais e internacionais com a garantia dos direitos reprodutivos.

Para que possam ser discutidos os direitos sexuais e reprodutivos, é necessário reconhecer os obstáculos concernentes ao exercício desses direitos. Apesar dos avanços decorrentes da Constituição (BRASIL, 1988), Barsted (2008) afirma que a visão acerca da sexualidade, no ordenamento jurídico brasileiro, é condicionada e limitada à reprodução, devido ao fato da cultura do país ainda ser autoritária e sexista quanto aos corpos femininos. No entanto, as últimas décadas foram marcadas por demandas sociais de mulheres sobre a ampliação de direitos, notadamente aqueles relacionados à proteção contra a violência sexual, à descriminalização do aborto, e à adoção de novos valores relacionados à família. Essas demandas estão relacionadas aos princípios constitucionais que preconizam a proteção aos direitos fundamentais, tais como o direito à intimidade, que contorna os direitos sexuais e reprodutivos.

Ruibal (2014) aprofunda a temática das demandas sociais acerca dos direitos reprodutivos protagonizados pelas mulheres, ao elucidar que as igrejas, no território brasileiro, possuem um papel de intervenção política, além de seus membros ocuparem espaços de poder, o que gera uma grande influência na sociedade.

O Congresso Nacional é um desses espaços de poder, e, desde o ano de 2007, os parlamentares proferem votos contra os direitos sexuais e reprodutivos, mediante argumentos embasados pela moral religiosa. A dificuldade de aprovação de pautas que digam respeito a esses direitos por órgãos políticos faz com que uma estratégia atual adotada pelas mulheres seja o apelo para o Poder Judiciário, principalmente para o Supremo Tribunal Federal, que é o guardião da Constituição, e mais propenso a tomar decisões pautadas na laicidade do Estado (RUIBAL, 2014).



Um caso que reitera a importância de equiparar as técnicas de reprodução assistida aos direitos humanos é o *Artavia Murillo vs. Costa Rica*. No dia 15 de março de 2000, a Costa Rica declarou que a fertilização *in vitro* violava o direito à vida, pois a técnica ocasionava elevada perda de embriões. Assim, o procedimento foi proibido no país, e assim ficou por um longo tempo. Em 2011, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos solicitou a responsabilização internacional da Costa Rica, por violação a artigos da Convenção Americana de Direitos Humanos.

Em 2012, o Estado da Costa Rica foi condenado pela proibição da fertilização *in vitro* no território. Além disso, na sentença, a Costa Rica foi obrigada a adotar métodos adequados para tornar ineficaz a proibição da técnica reprodutiva, para que as pessoas pudessem utilizar a técnica sem representar um obstáculo para os direitos. Por fim, sobre os danos e violações de direitos, a Corte Interamericana de Direitos Humanos dispôs que o Estado deveria proporcionar, gratuita e imediatamente, por até quatro anos, tratamento psicológico para as pessoas que desejavam recorrer à fertilização *in vitro*, mas foram impedidas, e indenizar pelas despesas que foram efetuadas, até mesmo pois diversas pessoas e casais foram realizar o procedimento em outros países (CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS, 2012).

Os artigos da Convenção Americana de Direitos Humanos mencionados na sentença da Corte Interamericana de Direitos Humanos que condenou o Estado da Costa Rica garantem, a título de exemplo, o direito à vida, a proteção da honra e da dignidade, a proteção da família, e a igualdade perante a lei (PACTO DE SÃO JOSÉ DA COSTA RICA, 1969). O artigo 4.1 da Convenção dispõe que o direito à vida é assegurado pela lei desde o momento da concepção, e ninguém pode ser privado desse direito de forma arbitrária. O artigo 11.2, por seu turno, afirma que nenhum indivíduo pode ser alvo de abusos ou arbitrariedades na vida privada e na família, e nem pode sofrer ofensas ilegais à honra e à reputação. Já o artigo 24 assenta que todos são iguais perante a lei, sem haver quaisquer discriminações.

Por isso, é inteligível que a proibição da utilização da fertilização *in vitro* por parte da Costa Rica viola o sistema de proteção aos direitos humanos. Entretanto, pode ser visto que a convenção citada pela Corte Interamericana de Direitos Humanos não versa especificamente sobre os direitos reprodutivos, e sim sobre os direitos fundamentais da pessoa humana, de forma que foi realizada uma interpretação analógica na hora de prolatar a decisão.

Além da Convenção Americana de Direitos Humanos, outro documento internacional de suma importância é o *Princípios de Yogyakarta*⁶ (2007), que versa sobre as normas sobre direitos humanos quanto à identidade de gênero e orientação sexual. O documento foi fruto de longas pesquisas elaboradas por especialistas nas áreas do direito internacional dos direitos humanos, de identidade de gênero e de orientação sexual, que se reuniram na cidade de *Yogyakarta*, na Indonésia, para elaborar as normas, que posteriormente foram apresentadas, no ano de 2007, ao Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas, localizado em Genebra, na Suíça.

O objetivo principal do documento, segundo Alamino e Del Vecchio (2018) foi o de refletir acerca das normas internacionais sobre direitos humanos, e elucidar que os direitos também se aplicam à comunidade LGBTI+; isto é, os *Princípios de Yogyakarta*, divididos em vinte e nove princípios, não criaram novos direitos, e sim revisitaram os direitos existentes nos tratados internacionais, de modo a incluir o panorama dos direitos sobre gênero e sexualidade como viés interpretativo.

Apesar da relevância do documento, a natureza jurídica dele é não vinculante, ou seja, não possui força cogente para os Estados, muito embora muitos deles apliquem o seu conteúdo em casos que envolvam os direitos humanos, a identidade de gênero e a orientação sexual (RAGO, 1988). Dez anos depois da apresentação dos *Princípios de Yogyakarta* em Genebra, novos especialistas se reuniram para elaborar outro documento internacional sobre gênero e sexualidade: este foi nomeado como *Os Princípios de Yogyakarta mais 10* (YP+10) (2017).

Além disso, é importante destacar que a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, nomeada como Lei Maria da Penha, foi baseada, dentre outras fontes, na Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e na Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, importantes tratados internacionais que versam sobre a discriminação e a violência contra a mulher.

A Lei Maria da Penha, no artigo 6º, dispõe que os atos de violência doméstica e familiar contra a mulher atentam contra os direitos humanos. Ademais, o artigo 7º, inciso III, elenca como forma de violência sexual a limitação ou anulação dos direitos sexuais e reprodutivos. Assim, conforme a legislação brasileira, violar ou limitar os direitos sexuais reprodutivos é uma violação aos direitos humanos (BRASIL, 2006).

⁶ Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero.



Em suma, os documentos e convenções internacionais sobre a temática dos direitos reprodutivos desempenharam um essencial papel para a elevação deles ao patamar de direitos humanos, com inúmeros documentos e conferências internacionais que objetivaram garantir o exercício da saúde sexual e reprodutiva sem discriminações. No entanto, não há norma internacional que trate apenas sobre direitos sexuais e reprodutivos e esteja organizada em forma de tratado, isto é, que possua força vinculante na órbita internacional. De maneira semelhante, a expressão normativa dos direitos reprodutivos nas leis brasileiras ainda é tímida, com poucos dispositivos que evidenciam, de forma clara, o direito do livre exercício da reprodução humana.

Alguns dos exemplos no ordenamento jurídico brasileiro são a Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006), que equipara a limitação ou violação dos direitos sexuais e reprodutivos à violência sexual, e o Estatuto da Pessoa com Deficiência e a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (BRASIL, 2015), que, conforme evidenciado, contém dispositivos no sentido de garantir que as pessoas com deficiência possam exercer os direitos sexuais e reprodutivos com plenitude. Nesse sentido, há de se considerar que ainda resta um longo caminho, em terras brasileiras e mesmo em órbita internacional, para que haja maior evidência legislativa dos direitos reprodutivos.

A OFERTA DA REPRODUÇÃO ASSISTIDA NO BRASIL

A reprodução assistida constitui um conjunto de técnicas as quais possuem o objetivo primordial de possibilitar a gravidez, de forma a resolver problemas atinentes à reprodução humana e contemplar pessoas ou casais que, em condições naturais, não conseguiriam lograr a maternidade ou paternidade (CORRÊA, 2001). O primeiro nascimento humano decorrente das técnicas de reprodução assistida ocorreu em 1978, na Inglaterra; no Brasil, de outra banda, a primeira criança advinda das tecnologias reprodutivas veio ao mundo em 1984. Há uma equipe multiprofissional envolvida na reprodução assistida, o que inclui, apenas a título de exemplo, médicos, enfermeiros, psicólogos e biólogos. As técnicas podem ser utilizadas tanto na preservação social dos gametas – ou seja, por uma escolha pessoal de adiar a gravidez – quanto na preservação oncológica – isto é, por razões atinentes a doenças que possam causar a infertilidade (ARAÚJO; ARAÚJO, 2018). Algumas das diversas técnicas de reprodução assistida serão explicadas nos parágrafos seguintes e, após, como serão explicitadas questões sobre a oferta das referidas técnicas no SUS e nos planos e seguros privados de saúde.

A primeira técnica de reprodução assistida a ser elucidada é a inseminação artificial, também conhecida como inseminação intrauterina. Esta técnica consiste no depósito do sêmen colhido – seja ele de um cônjuge ou de um doador – dentro do útero de uma mulher, durante o período ovulatório,

mediante a utilização de cateter específico, sem a necessidade de anestesia ou de internação hospitalar. A inseminação artificial é indicada nos casos de disfunção ovulatória, endometriose e infertilidade de causas não aparentes, mas geralmente o procedimento não é mais realizado após 3 (três) tentativas sem sucesso, ocasião em que é indicada a fertilização *in vitro* como alternativa (SOUZA; ALVES, 2016).

A fertilização *in vitro*, por sua vez, é o procedimento que objetiva a obtenção de embriões de boa qualidade, por meio da manipulação e posterior fertilização dos gametas (espermatozoide e óvulo) em laboratório. A probabilidade de obter uma gravidez bem-sucedida pela fertilização *in vitro* depende de diversos fatores, tais como a idade da mulher, a qualidade dos embriões e o motivo da infertilidade (SOUZA; ALVES, 2016). Vê-se que, ao passo que o procedimento da inseminação artificial ocorre dentro do corpo da mulher, a fertilização *in vitro* fora do corpo humano.

Já a injeção ICSI remete à tecnologia reprodutiva que substitui a relação sexual na reprodução, com o auxílio de artifícios paliativos que visam à fecundação. A aludida técnica é indicada, exemplificativamente, para homens que possuam uma quantidade ínfima de espermatozoides e para pacientes que tenham realizado vasectomia, sem a possibilidade de reversão.

O procedimento da ICSI ocorre em laboratório, mas diferentemente da fertilização *in vitro*, não ocorre espontaneamente, e sim por intermédio de uma micromanipulação realizada por um embriologista que utiliza um microscópio e micro manipuladores (SOUZA; ALVES, 2016). A transferência de embrião congelado, por outro lado, é uma técnica de reprodução assistida que ganhou espaço no tratamento da infertilidade nos últimos anos, sendo indicada para casais inférteis, quer dizer, aqueles que não podem ter filhos biológicos. Os embriões são congelados mediante um mecanismo avançado de congelamento nomeado vitrificação, e o destino dado aos referidos embriões pode ser diverso, uma vez que pode ser implantado no útero após muitos anos, ou mesmo doado pela pessoa ou casal que decidir não reproduzir por essa via. Em regra, o procedimento é custeado pelo próprio paciente interessado no congelamento dos embriões (SOUZA; ALVES, 2016).

Também pode ser destacada a cessão temporária de útero, conhecida popularmente como “barriga solidária”. Esta modalidade de técnica reprodutiva ocorre quando uma mulher, nomeada como doadora temporária de útero, gera o embrião de uma pessoa ou casal, de origem homóloga (somente os embriões dos pais) ou heteróloga (doação de material biológico por terceiro anônimo). Como regra, a mulher que irá gerar o embrião deve pertencer à família da pessoa ou do casal. Excepcionalmente, caso não pertença à família, deve haver autorização do Conselho Regional de Medicina (CRM). O procedimento

não deve ter fim lucrativo, e a doadora temporária de útero deve passar por uma avaliação psicológica antes do procedimento, de forma a garantir que esteja preparada para entregar o bebê aos seus verdadeiros pais (ARAÚJO; ARAÚJO, 2018).

A cessão temporária de útero é indicada, por exemplo, em casos de gravidez homoafetiva, de ausência ou má formação de útero, ou de alterações anatômicas do órgão. Ademais, há a viabilidade de reprodução assistida após a morte (post-mortem), desde que tenha havido autorização prévia do falecido para a utilização do material congelado, em consonância com as normas legislativas vigentes. Caso haja autorização para a reprodução assistida após a morte, é plenamente possível que o embrião congelado seja utilizado mesmo após a morte de um dos cônjuges (ARAÚJO; ARAÚJO, 2018).

A Constituição (BRASIL, 1988) foi um importante marco para o relevo dos direitos sexuais no Brasil. No tempo da elaboração do texto constitucional, uma série de movimentos sociais se articulou para tornar pública uma discussão que antes ocorria apenas na esfera privada, como as questões atinentes ao gênero e à sexualidade. O advento da supracitada Constituição (BRASIL, 1988) trouxe uma série de mudanças, como a equiparação de gênero e o reconhecimento de diversos modelos de família, o que foi causado por pressões de grupos feministas e de mulheres. Entretanto, a Constituição deixou de fora os termos expressos sobre orientação sexual e identidade de gênero, o que demonstrou um momento político desfavorável para os grupos que defendiam os direitos do movimento LGBT⁷.

Mesmo com essa ausência de proteção direta, a Carta Constitucional demonstra um compromisso com os direitos humanos e com a defesa dos direitos dispostos em tratados internacionais, o que representa um importante avanço para o reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos. Nesse sentido, a Constituição significa um ponto de partida para a legitimação dos direitos que abarcam a sexualidade e a reprodução no Brasil (CARRARA, 2012).

Apesar da busca pela reprodução assistida no Brasil ter aumentado nas últimas décadas, o alto custo dos procedimentos pode afastar grande parte dos brasileiros da possibilidade de recorrer às tecnologias. O Sistema Único de Saúde (SUS) homologou, em 2005, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Assistida, mas só disponibilizou recursos financeiros para as tecnologias reprodutivas nas unidades de saúde em 2012, por meio da Portaria nº 3.149 do Ministério da Saúde.

⁷ Termo utilizado pelo autor, cuja sigla se refere a lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Atualmente, no entanto, há uma pluralidade de siglas que se refere ao grupo heterogêneo, como LGBT+, LGBTI, LGBTIQ+, entre outras.

Além disso, os procedimentos dispostos no SUS são insuficientes para englobar a sociedade como um todo, devido aos poucos serviços existentes, e longas filas de espera para acessar as tecnologias reprodutivas. Os planos e seguros privados de saúde, em regra, também não cobrem as técnicas de reprodução medicamente assistida. Por isso, devido à pouca oferta de serviços de reprodução medicamente assistida no SUS, e ausência de cobertura por planos e seguros de saúde, os procedimentos são predominantemente pagos, e acessíveis apenas pelos interessados que possuem alto poder aquisitivo (CORRÊA; LOYOLA, 2015).

As técnicas de reprodução citadas nos parágrafos anteriores, como a fertilização *in vitro* e a inseminação artificial, são consideradas de alta complexidade. Essas técnicas mais complexas, em regra, são indisponíveis no SUS. A cidade do Rio de Janeiro possui centros de referência para o tratamento da infertilidade, como é o exemplo do Hospital Universitário Antônio Pedro (Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense) e do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ).

No entanto, tais hospitais não oferecem serviços de tecnologias reprodutivas de alta complexidade. Na maioria dos casos, os serviços de infertilidade compreendem avaliações, pesquisas diagnósticas para avaliar condições de infertilidade, tentativas de indução da ovulação, dentre outros procedimentos menos complexos. De fato, apenas 5% da disponibilidade de técnicas de reprodução assistida é compreendida pelo SUS, e os hospitais contam com verba de pesquisas e mesmo com a participação financeira de usuários para conseguir custear todas as fases de tratamento de alta complexidade. Além disso, as filas de espera para os tratamentos são demasiadamente grandes (CORRÊA; LOYOLA, 2015).

Somado à escassez no âmbito do SUS, o nomeado setor de saúde suplementar, que engloba planos e seguros de saúde, também não oferece as técnicas de reprodução assistida de alta complexidade. Associada com a pouca oferta do SUS, a ausência de oferta das tecnologias reprodutivas por parte dos planos e seguros de saúde representa uma barreira econômica de acesso para as pessoas ou casais acometidos por infertilidade. Isso acaba por frustrar ainda mais a expectativa de inúmeras pessoas que já estavam descontentes com os próprios projetos reprodutivos e, portanto, têm as vulnerabilidades acentuadas nos âmbitos moral e social, além de reforçar as desigualdades sociais presentes no país.

Na grande maioria dos casos, a única forma de realizar a fertilização *in vitro*, por exemplo, é custear de forma integral o tratamento – o que inclui os medicamentos, os insumos, as consultas os serviços e os procedimentos cirúrgicos – em uma clínica privada de saúde (CORRÊA; LOYOLA, 2015).

Quanto à política estatal brasileira no que tange ao exercício dos direitos reprodutivos, o autor José Alves afirma que o país não adotou nenhuma política populacional – nem para estimular, nem para controlar os nascimentos humanos. No entanto, mesmo após a regulamentação constitucional do planejamento familiar, a oferta de métodos contraceptivos no SUS é pequena, de modo que os segmentos menos abastados da sociedade não podem exercer de forma plena os direitos reprodutivos. Assim, enquanto os que possuem melhores condições financeiras e maior acesso à informação conseguem comprar contraceptivos, as camadas sociais mais pobres ainda enfrentam obstáculos para controlar a fecundidade, o que pode ocasionar, muitas vezes, gravidezes indesejadas. Nesse ponto, é importante destacar que a escolha de não ter filhos também é uma variedade de direito reprodutivo (ALVES, 2004).

Além disso, a legislação específica sobre as técnicas de reprodução assistida no país é inexistente. Embora tenham sido elaborados cinco projetos de lei quanto à regulamentação das tecnologias reprodutivas, entre 1993 e 2015, nenhum foi aprovado, ainda que a Constituição disponha que o Estado deve proporcionar recursos educacionais e científicos para o exercício do planejamento familiar. A Lei nº 9.263/96, que versa sobre o Planejamento Familiar foi publicada no dia 12 de janeiro de 1996, mas nunca foi elaborada uma lei específica que seja relativa às tecnologias que propiciam a gravidez.

A principal fonte normativa que regula as técnicas de reprodução assistida no Brasil é a Resolução nº 2.168/2017 do Conselho Federal de Medicina (CFM). Como a resolução não adveio do Poder Legislativo, não possui força de lei, e o descumprimento ocasiona apenas sanções administrativas para os profissionais de saúde. Ademais, as resoluções do CFM são alvo de muitas críticas, seja por omissões, seja por incompatibilidades com outras normas (LEITE, 2019).

Devido ao panorama de escassez legislativa, os magistrados julgam casos concretos relativos às tecnologias reprodutivas, em regra, sem uma fundamentação legal específica para embasar os votos. Não é incomum o ingresso com demandas perante o Poder Judiciário para pedir que o Estado ou os planos e seguros de saúde arquem com os custos necessários para propiciar a concepção medicamente assistida.

Para exemplificar, o Superior Tribunal de Justiça decidiu, no dia 18/02/2020, que o procedimento de fertilização *in vitro* não deve ser coberto por operadora de plano de saúde. A ministra Nancy Andrighi, relatora do acórdão, sustentou que o artigo 10, inciso III da Lei 9.656/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de saúde, exclui a cobertura da inseminação artificial, e, por isso, a fertilização *in vitro* também deve estar fora do rol de

procedimentos, por interpretação análoga. A ministra entendeu que o conceito de inseminação artificial disposto na lei compreenderia as demais as técnicas de reprodução assistida, independentemente de ocorrerem dentro ou fora do corpo. Por isso, a fertilização *in vitro* também não teria cobertura por planos de saúde (BRASIL, 2020). Assim, é de se notar que o Poder Judiciário decidiu em sentido contrário aos interesses daqueles que buscam as técnicas de reprodução assistida para auxiliar em problemas reprodutivos dentro do contexto da saúde suplementar.

Araújo e Araújo (2018), por outro lado, afirmam que a negativa dos planos de saúde seria indevida, inclusive definida pelos autores como uma prática abusiva. Segundo o entendimento exposto, a Constituição garante aos cidadãos, no artigo 226, § 7º, o direito ao planejamento familiar, com todos os métodos e técnicas de concepção cientificamente aprovados. Nesse sentido, os planos e seguros de saúde deveriam, em tese, arcar com os procedimentos de reprodução assistida, como corolário do planejamento familiar.

O tratamento da reprodução assistida pode custar, em média, de 7 (sete) a 8 (oito) salários-mínimos no país, sem contar com os valores dos medicamentos que devem ser ministrados no período. Portanto, os indivíduos ou casais que optam por buscar as técnicas de reprodução assistida, ou necessitam buscá-las por ser o único meio de reproduzir, procuram auxílio de planos e de seguros de saúde para custear os procedimentos, mas recebem a negativa de que não há cobertura para a reprodução assistida (ARAÚJO; ARAÚJO, 2018).

Portanto, apesar de terem sido explicitadas diversas técnicas de reprodução assistida, nenhuma está coberta por plano ou seguro de saúde, e apesar de haver oferta no âmbito do SUS, esta é insuficiente para a quantidade de interessados nas tecnologias reprodutivas, além de haver uma grande fila de espera para cada procedimento. Assim, a maioria dos procedimentos somente pode ser realizada por aqueles que possuem recursos para arcar com o alto custo da reprodução medicamente assistida.

Para que os direitos reprodutivos sejam exercidos de forma plena, a perspectiva atual sobre a oferta de procedimentos de reprodução medicamente assistida, que se mostra bastante excludente, deve ser modificada de forma a abranger um maior número de indivíduos. Só assim a escolha e o exercício concernentes à reprodução assistida serão efetivamente democráticos.

A Influência da reprodução assistida nas famílias

A utilização das técnicas de reprodução assistida está vinculada ao conceito de direitos reprodutivos, os quais estão contidos nos direitos

humanos. As possibilidades advindas das práticas médicas hodiernas substituíram o elemento carnal pelo elemento psicológico na filiação, uma vez que a gravidez pode ser proporcionada devido ao uso da tecnologia, sem a necessidade de relações sexuais.

O planejamento familiar é de livre escolha do indivíduo ou do casal, e, portanto, o Estado não pode interferir na decisão reprodutiva, mas possui o dever de possibilitar as maneiras pelas quais o direito reprodutivo é exercido. Para as pessoas estéreis, inférteis, solteiras ou homossexuais, recorrer às técnicas de reprodução assistida pode representar a única forma de ter um filho biológico. Assim, a impossibilidade de reproduzir por formas naturais não se restringe aos que foram acometidos por doenças ou distúrbios que causam a infertilidade, pois abrange os casais homoafetivos, aqueles que não encontraram um parceiro, e os que escolheram formar uma família monoparental (COSTA, 2016).

Nos tempos contemporâneos, foram concebidas novas definições de família, as quais abarcam as famílias formadas com auxílio das técnicas de reprodução assistida. Um exemplo é a família eudemonista, definida por Dias (2020) como aquela que procura a consecução da felicidade, do amor e da felicidade, de forma a conceber o afeto como a única forma adequada para definir um núcleo familiar, ainda que não haja um vínculo biológico. Assim, as relações afetivas são cerne da família eudemonista, no sentido de buscar a felicidade individual dos membros, mediante as respectivas emancipações pessoais. Esse conceito está relacionado a eudemonia, de origem grega, que relacionaria a felicidade – seja individual, seja coletiva – com uma conduta moral. A família eudemonista, por isso, preza pela igualdade, liberdade, solidariedade e responsabilidade mútua, no tocante a cada um dos membros.

Outra família muito relacionada com a temática da reprodução assistida é a família multiparental (DIAS, 2020). Nesse modelo familiar, não há apenas a filiação biológica, mas também a socioafetiva, isto é, a marcada pelos vínculos de afetividade gerada pela convivência entre pai e filho socioafetivo. O Supremo Tribunal Federal, inclusive, reconheceu a possibilidade de haver concomitância entre a família biológica e a família socioafetiva no registro de nascimento do infante, o que provocou inúmeros reflexos nos vínculos parentais. O vínculo biológico não impede o vínculo socioafetivo e vice-versa, o que faz com que o infante possa ter mais de um pai ou mais de uma mãe de forma coexistente.

Outra possibilidade conferida pela família multiparental é a de acrescentar o sobrenome no genitor afetivo no registro civil do filho. Assim, a família distancia-se cada vez mais do modelo familiar visto como padrão nos séculos passados. Esta também pode ser associada com a família poliafetiva

ou poliamorosa, que é um relacionamento com mais de uma pessoa de forma simultânea. Há uma única entidade familiar, que pode ser assemelhada a um casamento ou a uma união estável, mas difere no número de membros, já que o poliamor abraça uniões múltiplas. Apesar do reconhecimento do poliamor como entidade familiar, há um silêncio legislativo quanto aos direitos dos respectivos membros, visto que esse modelo familiar foge da monogamia e dos ideais dominantes, o que gera uma repulsa social e, por consequência, uma verdadeira invisibilidade em matéria de direitos (DIAS, 2020).

Também há a família monoparental, em que a família é composta por qualquer dos pais e os respectivos filhos. Essa modalidade familiar, inclusive, está consagrada pela Constituição, mais especificamente no § 4º do artigo 226, dada a notável importância da família monoparental na sociedade brasileira. Uma observação relevante é a de que, embora haja separação dos pais e os filhos residam com apenas um dos pais, são formadas duas famílias monoparentais. Segundo Silva et al. (2021), as famílias monoparentais correspondem a um terço das famílias brasileiras. De forma dessemelhante, há a família anaparental, em que não há nenhum dos pais dentro da estrutura familiar. A título de exemplo, uma família composta por duas irmãs pode ser conceituada como uma família anaparental.

As famílias citadas nos parágrafos acima são construções familiares adotadas em tempos recentes, de forma a acompanhar a evolução e o reconhecimento dos modelos familiares que diferem dos tradicionalmente aceitos. Entre as famílias tradicionais, o principal exemplo é a família matrimonial, união que apenas poderia ser entre um homem e uma mulher, que anteriormente era visto como indissolúvel, cujo fim apenas seria propiciado pela morte. Tradicionalmente, a igreja e o Estado interferiam diretamente na família e nos direitos sexuais das pessoas, em nome de padrões de moralidade outrora aceitos. Com o passar dos anos, a família matrimonial teve significativas modificações, acompanhadas pelo evoluir da sociedade, e atualmente incorpora o matrimônio homoafetivo. Um dos marcos mais importantes, no Brasil, foi a Lei do Divórcio, datada de 1977, a partir da qual o matrimônio deixou de ser indissolúvel (FARIAS; ROSENVALD, 2011).

O divórcio, a viuvez e a dissolução de união estável, somados com a possibilidade de constituir novos vínculos familiares, dão ensejo a um novo modelo familiar: a família mosaica, também chamada de composta (DIAS, 2020). Essa família é gerada após o fim de relações pretéritas, e reconstruídas com novos membros familiares. Um exemplo é um casal composto por dois parceiros que possuem filhos de relações anteriores, e depois podem até mesmo gerar filhos em comum na nova união. A família mosaica, nesse sentido, é originada por uma multiplicidade de vínculos, além de denotar uma

pluralidade de relações parentais. Apesar de muito costumeira nos tempos atuais, especialmente em virtude de divórcios e recasamentos, as famílias mosaicas não possuem proteção legal.

Inobstante haja o reconhecimento de inúmeros modelos familiares, utilização das técnicas de reprodução assistida por casais homossexuais ainda é enxergada pela cultura procriativa contemporânea como um capricho, e não como uma necessidade, como acontece com casais heterossexuais. Moás e Correa (2010), apontam a importância de revisitação da compreensão social dominante quanto à reprodução, de forma a efetivamente incluir e igualar os casais do mesmo sexo no molde familiar, e compreender que o desejo por ter filhos é um direito reprodutivo que deve ser exercido, além de proporcionado pelo Estado, conforme preceitua a Constituição. O desejo de um casal homossexual de ter filhos é tão legítimo quanto o de um casal heterossexual, visto que a filiação, na contemporaneidade, é baseada em laços afetivos, em condições emocionais e materiais, e na disponibilidade para auxiliar no desenvolvimento da criança, e não mais somente em uma relação biológica.

Além disso, dentro de uma perspectiva feminista, Ávila (2003) afirma que o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos pelas mulheres estaria diretamente relacionado à construção da democracia. Isso porque o papel exercido pelas mulheres de construtoras dos próprios direitos sexuais e reprodutivos representa um rompimento com as regras e com os tabus a que estiveram submetidas ao longo da história, haja vista que o controle do corpo e a repressão da sexualidade são elementos característicos de uma cultura patriarcal. A desigualdade entre mulheres e homens, nesse viés, impossibilita a liberdade sexual e reprodutiva para aquelas, o que está associado, por exemplo, com a violência cotidiana contra a mulher, que representa um mecanismo de controle sexual das mulheres, e com decisões políticas de cunho conservador, as quais vão de encontro às pautas feministas quanto às transformações sociais e culturais no âmbito sexual e reprodutivo – um exemplo é a posição contrária à legalização do aborto.

Para Gonçalves (2013), a mudança de paradigma social e cultural quanto aos direitos sexuais e reprodutivos também é capaz de alterar substancialmente o papel dos homens na família e, de forma mais ampla, na sociedade. Segundo a perspectiva patriarcal, que ainda predomina na sociedade contemporânea, os homens estão distanciados dos cuidados paternais e dos meios de prevenção da gravidez indesejada e das doenças sexualmente transmissíveis, pois estas seriam tarefas exclusivamente femininas. Alterar essa perspectiva significa transformar radicalmente as noções de maternidade e de paternidade, o que resultaria na divisão de tarefas no que tange à contracepção, à prevenção de doenças e às demais



particularidades inerentes aos direitos sexuais e reprodutivos. Por conseguinte, os homens estariam efetivamente incluídos nos direitos sexuais e reprodutivos, razão pela qual muitos deles defendem, de forma ativa, a igualdade entre os gêneros, com a extensão dos direitos supracitados de forma equânime na sociedade.

Outro ponto a ser destacado acerca das famílias e a reprodução assistida é a necessidade de as escolhas que perpassam os direitos reprodutivos serem, de fato, livres, e sem pressões ou coações externas. Corrêa e Petchesky (1996) afirmam que as decisões de mulheres acerca da gravidez são costumeiramente incentivadas ou embaraçadas por cônjuges, demais familiares e terceiros. Assim, o direito reprodutivo não é exercido de forma plena, e opiniões alheias podem representar um obstáculo para uma escolha reprodutiva consciente. Dessa forma, para que o direito reprodutivo seja exercido sem obstáculos, é indispensável que haja condições para tanto. Estas condições podem ser materiais e de infraestrutura – as quais incluem, como exemplos, transporte, creches, recursos financeiros, e serviços médicos que tenham os equipamentos adequados, além de oferecerem um atendimento humanizado –, ou culturais e políticas – que englobam, entre outros, o acesso à educação e os meios de tomada de decisão. As condições que possibilitam a plenitude dos direitos sexuais e reprodutivos necessariamente envolvem a atuação do Estado e de outras entidades mediadoras, pois a garantia da liberdade reprodutiva carece de uma eficaz ação pública.

Nesse sentido, deve ser destacado que a reprodução assistida permite que diversos modelos familiares sejam planejados e concebidos, sem a necessidade de haver um elo com o modelo familiar que anteriormente era aceito, ou seja, aquele composto por um homem, uma mulher e seus descendentes. Com as técnicas de reprodução assistida, famílias que anteriormente não conseguiriam reproduzir são contempladas.

No entanto, há barreiras de cunho social, econômico, jurídico e político que impedem a plena efetividade do uso da reprodução medicamente assistida na vida de diversas famílias. Assim, inevitavelmente, a teoria está dissociada da prática quanto às possibilidades do exercício do planejamento familiar com o uso das técnicas de reprodução assistida. Para que a família seja efetivamente beneficiada com a reprodução assistida, não basta que poucas famílias possam recorrer às técnicas reprodutivas, mas sim que todos os modelos familiares, independentemente da orientação sexual, da condição socioeconômica, e da origem racial e étnica, tenham acesso aos meios necessários para exercer os direitos reprodutivos. Para tanto, como alicerce de uma sociedade democrática, é imprescindível que haja políticas de saúde voltadas para a defesa dos direitos sexuais e reprodutivos, com alocação de

recursos suficientes para o alcance social das técnicas de reprodução assistida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A temática da reprodução medicamente assistida, como visto nos capítulos antecessores, engloba as técnicas, instrumentos e meios para possibilitar a gestação. As técnicas abrangem pessoas ou casais que, em condições naturais, não poderiam ser pais ou mães, a exemplo de casais homoafetivos ou pessoas acometidas pela infertilidade e, nesse sentido, correspondem ao exercício do planejamento familiar assegurado constitucionalmente.

Como exemplo, foram explicadas a fertilização in vitro, a inseminação artificial, a cessão temporária de útero, a ICSI, a transferência de embrião congelado e a reprodução assistida post-mortem. Ocorre que, embora tenham relevância para o exercício dos direitos reprodutivos, as técnicas de reprodução assistida possuem escassa oferta pelo SUS, além de uma grande fila de espera para cada procedimento. Somado a isso, o chamado setor de saúde suplementar, que engloba planos e seguros de saúde, não cobre as técnicas de reprodução assistida. Por isso, a reprodução medicamente assistida ainda é muito excludente no Brasil, visto que, em regra, só é possibilitada por aqueles que possuem recursos para arcar com o procedimento na integralidade.

Conforme explicação anterior, os direitos sexuais e reprodutivos não são sinônimos. Os direitos sexuais correspondem ao exercício da sexualidade, enquanto os direitos reprodutivos versam sobre as escolhas reprodutivas dos indivíduos, nas quais se incluem as técnicas de reprodução assistida. Apesar de haver inúmeros documentos internacionais sobre os direitos sexuais e reprodutivos no âmbito dos direitos humanos, a exemplo dos *Princípios de Yogyakarta* e terem sido realizadas inúmeras conferências internacionais sobre tais direitos, como a Conferência de População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, e a IV Conferência Mundial da Mulher, ocorrida em Pequim, não há tratado específico que verse sobre a reprodução assistida e a liberdade sexual e reprodutiva no panorama internacional.

As técnicas de reprodução assistida abarcam inúmeros modelos familiares, como a família eudemonista, que busca a consecução da felicidade, a família monoparental, em que há apenas um genitor, a família multiparental, que envolve mais de dois pais e a prole, a família mosaica, que envolve a reconstituição familiar após o rompimento de vínculos anteriores, entre diversas outras classificações familiares. Os direitos sexuais e reprodutivos permitem que, dentro dessas famílias, o modelo hegemônico seja superado, e haja uma igualdade entre os gêneros quanto à reprodução, à prevenção das doenças

sexualmente transmissíveis e aos cuidados com os filhos. Para tanto, é essencial que o Poder Público proporcione as devidas condições, sejam estes materiais, sociais, de infraestrutura, políticas ou culturais, destinadas ao exercício dos direitos sexuais e reprodutivos com liberdade e plenitude, de modo a abranger todos os modelos familiares.

Por fim, o acesso às técnicas de reprodução assistida é um direito reprodutivo e, por consequência, um direito humano. No entanto, como citado, existem obstáculos de cunho socioeconômico, jurídico e político para o acesso aos procedimentos de reprodução assistida, devido ao alto custo dos procedimentos no Brasil, pouca oferta nas instituições públicas e privadas de saúde, além de escassa legislação, tanto no plano interno, quanto na órbita internacional.

Por isso, para que possa ser garantido o exercício dos direitos reprodutivos como direitos humanos, a possibilidade de utilização de técnicas de reprodução medicamente assistida deve passar por uma mudança estrutural no Brasil, que implica a participação do Poder Legislativo e do Poder Executivo – mais especificamente no que tange ao funcionamento das instituições públicas e privadas de saúde no Brasil. Dessa forma, a elaboração de normas específicas para as técnicas de reprodução assistida, a elaboração e a fiscalização de políticas públicas que possibilitem a isonomia na utilização dessas técnicas, com a disponibilização de recursos suficientes para essa finalidade, são substanciais para a democratização do livre exercício dos direitos reprodutivos no país.

REFERÊNCIAS

ALAMINO, Felipe Nicolau Pimentel; DEL VECCHIO, Victor Antonio. Os Princípios de Yogyakarta e a proteção de direitos fundamentais das minorias de orientação sexual e de identidade de gênero. **Revista da Faculdade de Direito**, 113, pp. 645-668, 2018.

ALVES, José Eustáquio Diniz. **As políticas populacionais e os Direitos Reprodutivos: “O Choque de Civilizações” versus Progressos Civilizatórios**. In: CAETANO, André Junqueira; ALVES, José Eustáquio Diniz; CORRÊA, Sônia. Dez anos do Cairo: tendências da fecundidade e direitos reprodutivos no Brasil. Campinas, São Paulo: Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP), 2004.

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.

ARAÚJO, Marcelo de. Human rights and assisted reproductive technologies (ART): A contractarian approach. **Canadian Journal of Bioethics**, 3(3), pp. 192-201, 2020.

ARKSEY, Hilary; O'MALLEY, Lisa. Scoping studies: towards a methodological

framework. **International Journal of Social Research Methodology**, 8(1), pp.19-32, 2005.

ÁVILA, Ana Paula Oliveira; MELLO, Karen Cristina Correa. A proteção dos direitos sexuais e reprodutivos na Corte Interamericana de Direitos Humanos e a teoria dos diálogos jurisdicionais. **Revista Quaestio Juris**, 12(2), pp. 266-292, 2020.

AVILA, Ana Paula Oliveira; SOUZA, Paula Machado Vilela de. Contexto da discriminação feminina no Brasil e legitimação das medidas afirmativas de gênero. **Revista Quaestio Juris**, 10(3), pp. 1610-1632, 2017.

ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. Cadernos de Saúde **Pública**, (Sup. 2), S465-S469, 2003.

BAILLARGEON, Denyse. No calor do debate: a maternidade em perspectiva. **Textos de História**, 8(1/2), pp. 139-155, 2000.

BARSTED, Leila Linhares. **Direitos sexuais e reprodutivos: o direito ao aborto legal e seguro**. Comunica Rede, 2008.

BEAUVOIR, Simone. **Por uma moral da ambiguidade**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 2005.

BRASIL. **Constituição Federal**, 1988.

BRASIL. Decreto n.º 6.949, de 25 de agosto de 2009. **Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo**, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007.

BRASIL. Decreto nº 678, de 06 de novembro de 1992. **Promulga a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica)**, de 22 de novembro de 1969.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. **Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência)**. Diário Oficial da União. Brasília, DF.

BRASIL. Lei nº. 11.340, de 7 de agosto de 2006 (**Lei Maria da Penha**). Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências.

BRASIL. Superior Tribunal De Justiça (STJ). **Fertilização in vitro e criptomoedas são temas da nova edição do Informativo de Jurisprudência**. Portal STJ, Comunicação, Brasília, 22 abr. 2021.



CARRARA, Sérgio. Políticas e Direitos Sexuais no Brasil Contemporâneo. **Bagoas-Estudos gays: gêneros e sexualidades**, 4(5), 2012.

COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos. 7ª edição, revista e atualizada**. São Paulo: Editora Saraiva, 2010.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO. **Conferência do Cairo**. 2007.
<https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/relat%C3%B3rio-da-confer%C3%A2ncia-internacional-sobre-popula%C3%A7%C3%A3o-e-desenvolvimento-confer%C3%A2ncia-do-cairo>

COOK, Rebecca J; DICKENS, Bernard M.; FATHALLA, Mahmoud F. **Saúde Reprodutiva e Direitos Humanos: integrando medicina, ética e direito**. Rio de Janeiro: Oxford University Press/Cepia, 2003.

CORREIA, 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.

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

CORREIA, Sonia; PETCHESKY, Rosalind. Direitos Sexuais e Reprodutivos: uma Perspectiva Feminista. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 6(1/2), pp. 147-177, 1996.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS (CIDH). **Caso Artavia Murillo y otros ("Fecundación in vitro") vs. Costa Rica**. Sentencia de 28 de noviembre de 2012 (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas): São José, Costa Rica, 2012.

COSTA, Ana Paula Correia de Albuquerque. Direitos reprodutivos, planejamento familiar e reprodução humana assistida no Brasil no atual estado da arte. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, 5(3), pp. 80-103, 2016.

COSTA, Michelly Aragão Guimarães. O feminismo é revolução no mundo: outras performances para transitar corpos não hegemônicos. **Interterritórios**, 4(6), pp. 187-193, 2018.

DECLARAÇÃO DOS DIREITOS DO HOMEM E DO CIDADÃO. **Define os direitos individuais e coletivos dos homens**. 1979.
<https://www.ufsm.br/app/uploads/sites/414/2018/10/1789.pdf>

DIAS, Maria Berenice. **Manual de Direito das Famílias**. 13. ed. Salvador: Editora JusPodivm, 2020.

FARIAS, Cristiano Chaves; ROSENVALD, Nelson. **Direito das Famílias**. 3. ed., rev., ampl. e atual. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2011.



- FUNARI, Pedro Paulo A. Romanas por elas mesmas. **Cadernos Pagu**, 5, pp. 179-200, 1995.
- GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2010.
- Gil, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2008.
- GOMES, Juliana Cesario Alvim. Direitos sexuais e reprodutivos ou direitos sexuais e direitos reprodutivos? Dilemas e contradições nos marcos normativos nacionais e internacionais. **Revista Direito GV [online]**, 17(3), e2136. 2021.
- GONÇALVES, Tamara Amoroso. **Direitos Humanos das Mulheres e a Comissão Interamericana de Direitos Humanos**. São Paulo: Saraiva, 2013.
- GONÇALVES, Tamara Amoroso. **Direitos Humanos das Mulheres e a Comissão Interamericana de Direitos Humanos**. São Paulo: Saraiva, 2013.
- HEXTER, Jack. Publish or Perish - A Defense. **The Public Interest**, 17, pp. 60-77, 1969.
- 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.
- HÜBNER, Gabriel Ortiz; FREITAS, Luciana Guterres Carvalho; RAMM, Elias Vargas; MACHADO, Tiago Ferreira; BERGMANN, Claudio Emir; GONÇALVES, Jeciel Westphal. O sistema prisional brasileiro: soluções alternativas para evitar a violação de direitos humanos. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, pp. 21-56, 2023.
- IV CONFERÊNCIA MUNDIAL DA MULHER. **Declaração de Pequim**. 1995.
<http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/doc/pequim95.htm>
- KOPNIN, P.V. **A dialética como lógica e teoria do conhecimento**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.
- LAKATOS Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2003.
- LEITE, Tatiana Henriques. Análise crítica sobre a evolução das normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, 24(3), pp. 917-928, 2019.
- LEMOS, Adriana. Direitos sexuais e reprodutivos: percepção dos profissionais da atenção primária em saúde. **Saúde debate**, 8(101), 9p. 244-253, 2014.
- MAINARDES, Jefferson. Abordagem do ciclo de políticas: uma contribuição para a análise de políticas educacionais. **Educação e Sociedade**, Campinas, 27(94), pp. 47-69, jan./abr. 2006.



MATOS, Fernanda. **Brasil lidera ranking da América Latina em reprodução assistida, aponta levantamento**. Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida, 2019.

MATOS, Marlise. Teorias de gênero ou teorias e gênero? Se e como os estudos de gênero e feministas se transformaram em um campo novo para as ciências. **Revista Estudos Feministas**, 16(2), pp 333-357, 2008.

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

MOÁS, Luciane da Costa; CORREA, Marilena Cordeiro D. Villela. Filiação e tecnologias de reprodução assistida: entre medicina e direito. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 20 (2), pp. 591-607, 2010.

MORAES, Maria Celina Bodin de. **Uma aplicação do princípio da liberdade**. In: Na medida da pessoa humana: estudos de direito civil-constitucional. Rio de Janeiro: Renovar, 2010.

NASH, Mary. **Desde la invisibilidad a la presencia de la mujer en la historia: corrientes historiográficas y marcos conceptuales en la nueva historia de la mujer en Nuevas perspectivas sobre la mujer**. Actas de las I Jornadas de Investigación Interdisciplinar. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid, pp. 18-37, 1982.

NELSON, Jennifer. Feminism, human rights, and abortion debates in Mexico. **Journal of Women's History**, 34(2), pp. 119-140, 2022.

NICHOLSON, Linda. Interpretando o gênero. **Revista Estudos Feministas**, 8(2), pp.9-42, 2000.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Direitos Reprodutivos**. <https://news.un.org/pt/tags/direitos-reprodutivos>

PACTO DE SÃO JOSÉ DA COSTA RICA. **A Convenção Americana sobre Direitos Humanos**. 1969.

PEREIRA, Aline Mikaela. **A representação da mulher no livro didático de História**. Monografia (Especialização em Educação: Métodos e Técnicas de ensino). Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Medianeira, 2013.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional**. 13. ed., rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2012.

PIOVESAN, Flávia. **Os Direitos Reprodutivos como Direitos Humanos**. In: Samantha Buglione. (Org.). Reprodução e Sexualidade: uma questão de justiça. Porto Alegre: S.A. Fabris, 2002.

PIOVESAN, Flávia; PIROTTA, Wilson Ricardo Buquetti. **A proteção dos direitos reprodutivos no direito internacional e no direito interno**. In: PIOVESAN, F. Temas

de direitos humanos. 11th edição, Editora Saraiva, 2018.

PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA MAIS 10. **Princípios e obrigações estatais adicionais sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual**. 2017.

<https://www.mpf.mp.br/pfdc/midiateca/outras-publicacoes-de-direitos-humanos/pdfs/principios-de-yogyakarta-mais-10-2017-1/view>

PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA. **Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero**. Tradução Jones de Freitas. 2007.

http://www.dhnet.org.br/direitos/sos/gays/principios_de_yogyakarta.pdf

RAGO, Margareth. Descobrimos historicamente o gênero. **Cadernos Pagu**, 11, pp.89-98, 1998.

RUIBAL, Alba M. Feminismo frente a fundamentalismos religiosos: mobilização e contramobilização em torno dos direitos reprodutivos na América Latina. **Rev. Bras. Ciênc. Polít.**, 14, pp. 111-138, 2014.

SCAVONE, Lucila. Direitos reprodutivos, políticas de saúde e gênero. **Estudos de Sociologia**, 5(9), 2000.

SCOTT, Joan W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, 20(2), pp. 71-99, 1995.

SILVA, Daniele Melo da Costa; BRITO, Maria Fernanda Gonçalves de; MORAIS, Ivonilda Brito de Almeida; CARVALHO, Genyvana Criscya Garcia. Multiparentalidade e os efeitos jurídicos do seu reconhecimento. **Research, Society and Development**, 10(9), e4610917629, 2021.

SILVA, Gilvan Ventura. Prisioneiras do esquecimento: a representação das mulheres nos livros didáticos de história. **Dimensões**, 23, pp. 45-66, 2009.

SOIHET, Rachel. **História das Mulheres**. In: Domínios da História. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

SOIHET, Rachel; PEDRO, Joana Maria. M. A emergência da pesquisa da História das Mulheres e das Relações de Gênero. **Revista Brasileira de História**, 27(54), pp. 281-300, 2007.

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.

TAIN, Laurence. **Direitos reprodutivos e reprodução assistida: aportes da sociologia do corpo**. In: VEIGA, Ana Maria; NICHNIG, Claudia Regina; WOLFF, Cristina; ZANDONÁ, Jair (Orgs.). *Mundos de mulheres no Brasil*. Curitiba: CRV, 2019. p. 39-49.



THIRY-CHERQUES, Hermano Roberto. O primeiro estruturalismo: Método de pesquisa para as Ciências da Gestão. **RAC**, 10(2), pp. 137-156, 2006.

TRICCO, Andrea C.; et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. **Annals of Internal Medicine**, 169(7), pp.467-473, 2018.

TRUJILLO FERRARI, Alfonso. **Metodologia da ciência**. 3. ed. Rio de Janeiro: Kennedy, 1974.

VENTURA, Miriam; SIMAS, Luciana. Uma experiência interinstitucional de resolução de litígios em saúde: percursos dos usuários no acesso ao direito e à justiça. **Revista Direito e Práxis**, 12(3), pp. 1989-2014, 2021.

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.

Submissão em 19 de janeiro de 2023.

Aceite em 11 de maio de 2023.



Esta obra está licenciada sob uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0

Internacional. Texto da Licença:
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>