



**UEPB**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I  
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS - CCJ  
CURSO DE DIREITO**

**GEARLANZA DE OLIVEIRA FERNANDES**

**PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL:  
UM ESTUDO DA LEI N° 9.263/1996 E SUA APLICABILIDADE**

**CAMPINA GRANDE - PB  
2022**

GEARLANZA DE OLIVEIRA FERNANDES

**PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL:  
UM ESTUDO DA LEI N° 9.263/1996 E SUA APLICABILIDADE**

Artigo Científico apresentado ao Centro de Ciências Jurídicas, Universidade Estadual da Paraíba – Campus I, em cumprimento às atividades requeridas, com requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Direito.

Área de concentração: Constituição, Exclusão Social e Eficácia dos Direitos Fundamentais.

Orientadora: Profa. Adriana Torres Alves de Jesus

**CAMPINA GRANDE-PB  
2022**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

F363p Fernandes, Gearlanza de Oliveira.  
Planejamento familiar no Brasil [manuscrito] : um estudo da Lei nº 9.263/1996 e sua aplicabilidade / Gearlanza de Oliveira Fernandes. - 2022.  
26 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Jurídicas, 2022.

"Orientação : Profa. Dra. Adriana Torres Alves de Jesus , Coordenação do Curso de Direito - CCJ."

1. Planejamento familiar. 2. Lei nº 9263/1996. 3. SUS - Sistema Único de Saúde. 4. Reprodução assistida. I. Título

21. ed. CDD 341.481

GEARLANZA DE OLIVEIRA FERNANDES

**PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL:  
UM ESTUDO DA LEI N° 9.263/1996 E SUA APLICABILIDADE**

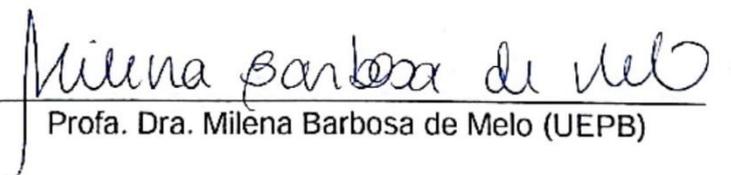
Aprovada em: 02 / 08 / 2022.

**BANCA EXAMINADORA**



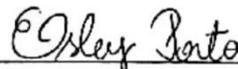
---

Profa. Adriana Torres Alves de Jesus (Orientadora)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



---

Profa. Dra. Milena Barbosa de Melo (UEPB)



---

Prof. Me. Esley Porto (UEPB)

A Deus, meu esposo e minha mãe, por  
todo amor e suporte, DEDICO.

“Que a família comece e termine sabendo onde vai.  
E que o homem carregue nos ombros a graça de um pai.  
Que a mulher seja um céu de ternura, aconchego e calor.  
E que os filhos conheçam a força de onde brota o amor.”

(Pe. Zezinho)

## SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	8
2.	DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS: ANALISANDO O CONTEXTO SÓCIO-JURÍDICO BRASILEIRO.....	9
3.	O PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL: REFLEXÕES A CERCA DA LEI N° 9263/1996 .....	12
4.	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	22
	REFERÊNCIAS .....	24

## PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL: UM ESTUDO DA LEI Nº9263/1996 E SUA APLICABILIDADE

FERNANDES<sup>1</sup>, Gearlanza de Oliveira

### RESUMO

A Lei Federal nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996 assevera que os métodos de planejamento familiar devem ser amplamente ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), contudo, há um déficit estrutural que gera insuficiência no acesso dos usuários aos diversos métodos contraceptivos, bem como aos métodos de reprodução assistida. O objetivo dessa pesquisa é de analisar a Lei nº 9.263/1996 e sua aplicabilidade no Brasil. Nessa investigação questiona-se, então: O Sistema Único de Saúde (SUS) oferece aos cidadãos, de acordo com suas escolhas e necessidades, o amplo acesso ao planejamento familiar conforme preconiza a já mencionada Lei? Para responder a tal questionamento e alcançar os objetivos propostos dessa pesquisa foram utilizados os métodos indutivo e observacional. Essa investigação foi exploratória e descritiva, realizada por meio de pesquisa documental (legislações) e bibliográfica, tendo como fontes de pesquisa conteúdos presentes em livros, revistas, artigos científicos e se utilizou dos procedimentos técnicos da observação, leitura, interpretação, análise de doutrinas, legislações e fichamento de textos. A pesquisa é importante em virtude de que o planejamento familiar é imprescindível para a estruturação adequada das famílias em consonância com a vontade e as possibilidades de seus membros. Considerou-se que persistem inconsistências importantes nas ações de planejamento familiar, bem como dificuldades quanto ao acesso e ao uso de métodos contraceptivos e sobremaneira no acesso aos métodos de reprodução assistida, o que pode estar relacionado com as fragilidades das ações em saúde reprodutiva para atingir as necessidades e preferências dos indivíduos em maior vulnerabilidade.

**Palavras-chave:** SUS; Lei nº 9.263/1996; Método; Planejamento familiar; Laqueadura tubária; Vasectomia; Reprodução assistida.

---

<sup>1</sup> Bacharelada do curso de Direito da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB.  
*E-mail:* gerlanza.fernandes@aluno.uepb.edu.br.

## THE FAMILY PLANNING IN BRAZIL: THE STUDY AND APPLICABILITY OF LAW N°9263/1996

FERNANDES<sup>2</sup>, Gearlanza de Oliveira

### ABSTRACT

Federal Law N°. 9,263, of January 12, 1996, asserts that family planning methods must be widely offered by the Unified Health System (SUS), however, there is a structural deficit that generates insufficient access by users to the various contraceptive methods and assisted reproduction techniques. The objective of this research is to analyze Law n° 9.263/1996 and its applicability in Brazil. In this investigation, the question is then: Does the Unified Health System (SUS) offer citizens, according to their choices and needs, broad access to family planning as recommended by the aforementioned Law? To answer this question and achieve the proposed objectives of this research, inductive and observational methods were used. This investigation was exploratory and descriptive, carried out through documental (legislation) and bibliographic research, having as research sources content present in books, magazines, scientific articles and using the technical procedures of observation, reading, interpretation, analysis of doctrines, legislation and writing of texts. The research is important because family planning is essential for the proper structuring of families in line with the will and possibilities of its members. It was considered that important inconsistencies persist in family planning actions, as well as difficulties in the use of contraceptive methods and to access assisted reproduction techniques, which may be related both to difficulties in access and to weaknesses in reproductive health actions to meet the needs and preferences of individuals in greater vulnerability.

**Keywords:** SUS; Law No. 9,263/1996; Method; Planning Familiar; Tubal ligation; Vasectomy; Assisted reproduction.

---

<sup>2</sup> Completing the Bachelor's Degree in Law from the State University of Paraíba (UEPB).  
*E-mail:* gerlanza.fernandes@aluno.uepb.edu.br.

## 1. INTRODUÇÃO

O presente Artigo Científico, intitulado “Planejamento Familiar no Brasil: um estudo sobre a Lei nº 9.263/1996 e sua aplicabilidade”, tem como objetivo central analisar referida lei que trata do planejamento familiar, bem como sua aplicabilidade no Brasil.

De acordo com a Lei Federal nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, os métodos de planejamento familiar devem ser amplamente ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), contudo, observa-se, na prática, um déficit estrutural que gera insuficiência no acesso dos usuários aos diversos métodos contraceptivos, definitivos ou não, em especial, quando se trata de métodos definitivos de limitação da prole (laqueadura tubária/vasectomia). Além deste fato, muitos usuários esbarram com entraves existentes na legislação e também com divergências de compreensão e condutas nos serviços de saúde especializados nessa área.

Concomitantemente, percebe-se que usuários de serviços públicos que necessitem de métodos avançados de tratamento de infertilidade e reprodução assistida dificilmente tem seu direito efetivado. Visto que, estes têm alto custo e necessitam de tecnologias modernas que não são oferecidas a contento tanto pelo SUS, quanto pelos convênios de saúde particulares, o que também viria de encontro com a referida lei pois, o acesso dos cidadãos a métodos e técnicas necessários à constituição da prole também faz parte dos direitos reprodutivos.

Estudos demonstram que o acesso a métodos de planejamento familiar se justifica social e humanitariamente, na tentativa de evitar uma gravidez imprevista. As pesquisas antropológicas se apoiam em vasto material empírico documental no sentido de analisar e compreender as lógicas sociais subjacentes, especialmente, em contextos de pobreza e de precariedade social. Observa-se que a ampliação da oferta de métodos contraceptivos nos sistemas públicos de saúde é sempre desejável, respeitando-se a autonomia reprodutiva dos indivíduos e sua liberdade para escolher e decidir o que melhor lhes convém em determinado momento de sua vida.

Questiona-se, então: O Sistema Único de Saúde (SUS) oferece aos cidadãos, de acordo com suas escolhas e necessidades, o amplo acesso ao planejamento familiar conforme preconiza a Lei Federal nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996?

Para responder a tal questionamento, alcançando o objetivo proposto, foram utilizados os métodos indutivo e observacional. O método observacional por ser o início de toda pesquisa científica, servindo de base para qualquer área das Ciências, e o método indutivo, que utiliza o raciocínio a partir da análise de dados particulares e em seguida é elaborada uma teoria, na qual serão apresentadas premissas com o intuito de chegar a conclusões após a observação do fenômeno a ser estudado. Sendo assim, parte-se da análise da Lei nº 9263, de 12 de janeiro de 1996, em associação com a perspectiva enfrentada no cotidiano profissional e pessoal da autora a fim de se chegar ao entendimento do planejamento familiar implementado efetivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Quanto aos fins, a pesquisa se caracteriza como exploratória e descritiva, pois será feita uma análise quanto a aplicação da Lei Federal nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996 em especial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Quanto aos meios de investigação, realizou-se pesquisa documental (legislações) e bibliográfica, tendo como fontes de pesquisa conteúdos presentes em livros, revistas, artigos científicos, legislações, entre outros; por ser estratégia necessária para a condução de qualquer

pesquisa científica, utilizando-se dos procedimentos técnicos da observação, leitura, interpretação, análise de doutrinas, legislações e fichamento de textos.

Justifica-se a escolha do tema como objeto de estudo, em virtude de a autora ser bacharela e licenciada em Enfermagem pela Universidade Estadual da Paraíba desde 2016, com especialização em Programa de Saúde da Família pela Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas (FACISA), exercendo a função de enfermeira intensivista em Hospital Estadual de Emergência e Trauma e, simultaneamente, como enfermeira da “Estratégia de Saúde da Família” do município de Campina Grande - PB, exercendo o cargo na “Atenção Primária à Saúde” em comunidades carentes da zona rural desde 2006, cujas famílias desejam ter acesso a métodos e serviços eficientes para planejamento de sua prole. A autora, além do cotidiano vivenciado em sua realidade profissional, também enfrenta em sua vida pessoal os desafios dos tratamentos de reprodução assistida.

Apesar da relevância científica e social do tema, percebe-se que não existe vasta produção científica, mesmo sabendo-se que o planejamento familiar é imprescindível para a estruturação adequada das famílias em consonância com a vontade e as possibilidades de seus membros, daí a relevância científica e social desta pesquisa. Ainda podemos salientar a que a compreensão das necessidades sociais ligadas a este tema é fundamental, pois principalmente nas famílias mais carentes, o acesso a métodos de concepção e contracepção é dificultado pelas falhas do SUS, sendo necessários investimentos e estruturação dos serviços de saúde, concomitantemente com a educação dos indivíduos para que a geração ou não de filhos se dê de modo consciente e responsável.

O artigo está estruturado da seguinte maneira: seguindo-se a esta Introdução, na seção 2 discorre-se acerca dos direitos sexuais e reprodutivos, considerando conceitos de vários doutrinadores e definições constantes da nos instrumentos jurídicos em diversos âmbitos; a seção 3 apresenta os aspectos relativos ao planejamento familiar no Brasil, analisando mais profundamente a Lei nº9.263/1996, bem como os questionamentos sobre a aplicabilidade da legislação no Sistema Único de Saúde, verificando sua implementação na prática ; e a seção 4 traz as considerações finais, resumindo a análise feita e os resultados obtidos pela pesquisa.

## **2. DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS: ANALISANDO O CONTEXTO SÓCIO-JURÍDICO BRASILEIRO**

O ideal familiar, é formado por uma lógica que inclui um conceito social, filosófico, doutrinário e jurídico, por isso, está em constante movimento, acompanhando as mudanças dos ideais e costumes sociais, novas descobertas científicas e procedimentos terapêuticos. Para Augusto (2015), a família é notadamente a instituição e o agrupamento humano mais antigo, haja vista que todo indivíduo nasce em razão da família e, via de regra, no âmbito desta, associando-se com seus demais membros, razão pela qual o conceito de família, aceito pela sociedade, vem se modificando, se adaptando às evoluções da sociedade.

Com o transcorrer dos anos a ideia de família modificou-se em nossa sociedade, pois o modelo familiar predominante era o patriarcal, patrimonial e matrimonial, cuja figura do “chefe de família”, era o líder, o centro do grupo familiar e responsável pela tomada das decisões, tido como o provedor e cujas decisões deveriam ser seguidas por todos. O casamento, era a base de construção da família, não considerando-se outro meio de constituição familiar, como a união estável; o

vínculo afetivo não era essencial e o poder familiar encontrava-se nas mãos do homem. Como consequência de tais fatos, a figura do divórcio era inimaginável, vez que a manutenção da instituição familiar era prioridade em detrimento da felicidade dos membros, inclusive, considerando a importância da questão patrimonial e econômica. (AUGUSTO, 2015).

Acompanhando as mudanças sociais adotou-se um conceito de família bem mais amplo, integrando outras formas de construção familiar e o modelo patriarcal de família atualmente não é hegemônico. Modelos diversos foram surgindo e necessitando também de amparo legal para sua constituição. O termo “família” tem uma dimensão que abrange todas as pessoas que tem um vínculo comum, sanguíneo, bem como as que mantêm um vínculo afetivo, sendo uma realidade sociológica que constitui parte importante para manutenção do Estado, tendo a Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, em seu artigo 226 e parágrafos subsequentes estabelecido suas definições legais.

À época da promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, o modelo de família aceito era bastante limitado, hierarquizado e patriarcal, a filiação era unicamente biológica e reconhecida somente se houve casamento legítimo entre os pais, sendo os filhos não provenientes do casamento, tidos como ilegítimos. Dogmas e preceitos religiosos vinculados ao Estado levavam à concepção de que o casamento era uma instituição sagrada, indissolúvel.

Foi expressa a amplitude do conceito de entidade familiar ao prever a família matrimonial, a união estável, a família monoparental e, permitiu ainda o reconhecimento de entidades familiares não expressas na norma, mas existentes no contexto social, como as famílias homoafetivas. Nela o legislador disciplinou o reconhecimento da família de maneira mais plural e ampla e ainda disciplinou as obrigações do Estado no que tange a proteção à entidade familiar, valorizando as modificações de valores sociais que fizeram surgir novos arranjos familiares, baseados também na afetividade e não apenas no vínculo biológico. Os elos afetivos englobam elementos essenciais como a coabitação e a assistência mútua, que passaram a ser tutelados pelo Direito, garantindo a essas famílias proteção jurídica, direitos e deveres, bem como a tentativa de impedir a discriminação e o preconceito.

O tema dos direitos sexuais e reprodutivos está intimamente ligado com a ideia de família e vem sendo discutido desde longas datas. Um dos documentos disciplinadores é a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) a qual possibilitou que diversas áreas de vital importância fossem incorporadas aos Direitos humanos, considerando as especificidades de indivíduos e grupos minoritários, como no caso dos direitos das mulheres, expressando o direito de homens e mulheres de contrair matrimônio e fundar uma família, especificando em seu artigo 16, inciso III que “a família é o elemento natural e fundamental da sociedade e tem direito à proteção desta e do Estado”, diz ainda em seu artigo 25, inciso II que a maternidade e a infância têm direito a cuidado e assistência especiais.

No âmbito da Organização das Nações Unidas (ONU) não existem tratados ou convenções específicas para tratar sobre os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Porém, há o entendimento, por parte da comunidade internacional, de que esses direitos são abraçados nos documentos internacionais, como por exemplo, a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), de 1979, doravante denominada Convenção da Mulher, em vigor desde 1981. Este é o primeiro tratado que dispõe amplamente sobre os direitos humanos da mulher, tendo duas frentes

propostas: promover os direitos da mulher na busca da igualdade de gênero e reprimir quaisquer discriminações contra a mulher nos Estados-parte.

Este tratado estabelece que as mulheres possuem o direito de ter sua saúde sexual e reprodutiva protegidas, sendo obrigação dos Estados signatários oferecer-lhes as condições econômicas e de saúde necessárias para a efetivação desses direitos, sem qualquer discriminação. Ainda prevê a igualdade entre homens e mulheres nas decisões sobre a reprodução, garantindo às mulheres a livre decisão sobre ter ou não filhos, devendo ter acesso a informação e educação que possibilite o exercício consciente desse direito, garantindo-lhes a integridade corporal, autonomia e igualdade.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) cunhou, em 1988, a denominação de saúde reprodutiva, que deveria conter como elementos básicos a autonomia de todos tanto para a reprodução como para regular a fecundidade; o fomento do Estado para que as mulheres tenham gestações e partos seguros e que o resultado da gestação seja bem-sucedido em termos do bem-estar da mãe e sobrevivência do recém-nascido. Além disso, os casais devem poder ter relacionamentos sexuais sem medo de gravidezes indesejadas e de contrair doenças sexualmente transmissíveis. Tornou-se claro que a sexualidade humana inclui diversas formas de comportamentos e expressões e que o reconhecimento da diversidade de comportamentos e expressões sexuais contribui para a sensação geral de bem-estar e saúde das pessoas. (ONU, 2020).

Outro importante momento de debates em âmbito internacional promovido pela Organização das Nações Unidas (ONU), foi a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, no ano de 1994, tendo como pontos principais a redução da mortalidade infantil, redução da mortalidade materna e o planejamento familiar. O Relatório enfatiza o valor de investir em mulheres e meninas, tanto como um fim em si e como uma chave para melhorar a qualidade de vida para todos. E afirma a importância da saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, como condição prévia para o empoderamento das mulheres, consagrando a saúde reprodutiva como um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todos os assuntos concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não a simples ausência de doença ou enfermidade. (ARILHA; BERQUÓ, 2020).

A saúde reprodutiva implica que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo autonomia para a reprodução e liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo, englobando a cidadania e a liberdade ao exercício de sua sexualidade. Na Conferência do Cairo criou-se um programa de ação destaca os vínculos cruciais entre a saúde sexual e reprodutiva e os direitos com quase todos os aspectos da população e do desenvolvimento, desde a urbanização, migração e envelhecimento até a mudança das estruturas familiares e a importância de abordar os direitos dos jovens, reforçando a importância do envolvimento efetivo de todas as nações envolvidas nas discussões em prol do desenvolvimento social.

O termo “direitos sexuais” foi utilizado em um documento internacional pela primeira vez na Declaração de Pequim, após a realização da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em 1995, evento que colocou em questão a qualidade das políticas públicas existentes no campo da vida sexual e reprodutiva de mulheres e homens, mostrando a importância de, para além da contracepção, considerar a necessidade de políticas sociais mais amplas e formuladas sob uma perspectiva de gênero, especialmente nos campos da saúde e educação, sendo este um marco inquestionável pelos avanços conceituais e programáticos que propiciou, e pela

influência que continua a ter na promoção da situação da mulher. Nesse documento foi declarado que os direitos humanos das mulheres incluem seus direitos a ter controle sobre as questões relativas à sua saúde sexual e reprodutiva, e a decidir livremente a respeito dessas questões, isentas de coerção, discriminação e violência, enfatizou ainda a inadequação e escassez dos serviços de saúde prestados a elas, em especial no âmbito da saúde sexual e reprodutiva. (ARILHA; BERQUÓ, 2020).

A Declaração de Pequim, tratou ainda da feminização da pobreza pois, embora esta afete os lares em geral, as mulheres, devido à divisão por gênero do trabalho e das responsabilidades relativas ao bem-estar do lar, suportam uma carga desproporcional, por terem de administrar o consumo e a produção do lar em condições de crescente escassez. A carência de recursos afeta de maneira especialmente acentuada as mulheres que vivem em lares rurais, em especial, as que têm muitos filhos sem as condições necessárias para prover-lhes o essencial. Os direitos reprodutivos são tidos como direitos básicos de todos os casais e indivíduos a decidir livre e responsabilmente o número, a frequência e o momento para terem seus filhos e de possuir as informações e os meios para isso, bem como do direito a alcançar o mais elevado nível de saúde sexual e reprodutiva, nesse contexto, as questões populacionais deveriam ser consideradas em sua associação com o desenvolvimento, os direitos humanos e a justiça social, conforme estabelecem os artigos 50 e 213 respectivamente.

A Organização das Nações Unidas (ONU) criou os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que são um apelo universal da à ação para acabar com a pobreza, proteger o planeta e assegurar que todas as pessoas tenham paz e prosperidade; esses objetivos nasceram na Conferência das Nações Unidas sobre desenvolvimento sustentável no Rio de Janeiro em 2012 e buscam avanços que devem ser alcançados até 2030, quando serão reavaliados. No objetivo N°3 da ODS existe o foco em assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades, assegurando o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais, obtendo a partir dessas ações indicadores que comprovem aumento na proporção de mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos) que utilizam métodos modernos de planejamento familiar e redução do número de nascidos vivos de mães adolescentes (grupos etários 10-14 e 15-19). (ONU, 2019).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, atingir o mais alto padrão de saúde sexual é uma meta intimamente relacionada ao respeito, proteção e cumprimento de direitos humanos como o direito à não discriminação, à privacidade e à confidencialidade, a não sofrer violência e coerção, assim como o direito pleno à educação, informação e ao acesso a serviços de saúde. O acesso à educação e a informações relacionadas à sexualidade e à saúde sexual é essencial para que as pessoas protejam sua saúde e tomem decisões informadas acerca de suas vidas sexuais e reprodutivas. (ONU, 2020).

### **3. PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL: REFLEXÕES ACERCA DA LEI N° 9.263/1996**

A saúde sexual é fundamental para o bem-estar e a saúde física e emocional de indivíduos, casais, famílias e, em última instância, ao desenvolvimento social e

econômico de comunidades e países. A Constituição Federal de 1988, em seus artigos 196 e 198, prevê que “[a] saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” e que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”.

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dá as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) estabelece em seu artigo 2º que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Por sua vez, a Lei Federal nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, em seus artigos 1º e 2º, determina *que* o planejamento familiar é direito de todo o cidadão e é compreendido como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal. Em outras palavras, planejamento familiar é dar à família o direito de ter quantos filhos quiser, no momento que lhe for mais conveniente, com toda a assistência necessária para garantir isso integralmente.

Leis são importantes porque definem as regras sociais e podem oferecer a estrutura de base para implementação de políticas, programas e serviços relacionados à saúde sexual. Entretanto, a simples enunciação formal dos direitos dos cidadãos não lhes confere automaticamente a efetivação de seu exercício na regulação da fecundidade, visto que, isso depende de ações dos três poderes. Poder

Legislativo, na adequação da legislação nacional aos parâmetros igualitários internacionais; Poder Executivo, na elaboração de políticas públicas voltadas para os direitos das mulheres; e, por fim, Poder Judiciário, na proteção dos direitos individuais e no uso de convenções internacionais de proteção aos direitos humanos para fundamentar suas decisões relativas ao planejamento familiar.

Planejar a quantidade de filhos, a época em que virão, a possibilidade de assistí-los afetiva e materialmente, tudo isso é matéria regrada pela Constituição com este emblemático nome de “paternidade responsável”. O planejamento familiar responsável é liberdade, direito fundamental do casal e do indivíduo, visto como uma unidade formada por individualidades que precisam ser respeitadas. No campo da liberdade individual, ele está consagrado como liberdade de se autodeterminar familiarmente quanto ao número de filhos. É um direito associado ao da liberdade sexual, exercendo-a sem o risco de uma procriação indesejada.

A Lei Federal nº 9.263/1996, estabelece que para o exercício do direito ao planejamento familiar, devem ser oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantindo a liberdade de opção. As áreas englobadas por ações preventivas e educativas, com garantia de acesso às informações, meios, métodos e técnicas disponíveis incluem o auxílio à concepção e contracepção, o atendimento pré-natal, a assistência ao parto, puerpério e ao neonato, o controle das doenças sexualmente transmissíveis e controle e prevenção do câncer de colo do útero, de mama e de pênis.

Os artigos 3 e 4 da referida lei determina que o planejamento familiar deve ser exercido sob uma perspectiva de atendimento global à saúde, que inclui ações de educação e prevenção, bem como a garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade, os quais deveriam ser suficientemente ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), não implicando em impedimento de acesso junto a serviços particulares, exaltando a autonomia da vontade individual.

O artigo 10 da referida lei estabelece as regras de esterilização cirúrgica, no caso das mulheres, denominada laqueadura tubária e nos homens, vasectomia, determinando que somente podem submeter-se estes procedimentos homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce; a laqueadura também pode ser realizada quando uma nova gravidez pode trazer risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto. Essa previsão legal gera a liberdade de entender como melhor caminho de vida um corpo voluntário, livre e conscientemente esterilizado.

Contudo, apesar da previsão legal, observa-se na prática diversos entraves que dificultam aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) a concretização desse direito pois, de modo geral, os serviços de planejamento familiar tem estrutura deficitária, não conseguindo abranger com eficiência a população que deles necessitam. Por questões culturais, as mulheres são as principais afetadas por essa deficiência nos serviços de saúde, visto que, recai sobre elas o maior peso com relação à limitação e cuidados com sua prole.

Embora existam hoje tecnologias contraceptivas diversas, nem todas estão amplamente disponíveis, muitas apresentam altos custos, a maioria delas é hormonal, o que impõe efeitos colaterais e riscos à saúde das mulheres, além de sua função contraceptiva. Na Atenção Básica à Saúde, de maneira geral, a oferta de métodos contraceptivos não definitivos (contraceptivos orais, injetáveis e preservativos) é limitada, existindo pouca variedade, o que não condiz com a necessidade do público atendido e suas particularidades; métodos de longa duração como o Dispositivo Intrauterino (DIU) também tem oferta insuficiente no serviço público e ainda existem mitos que geram resistência ao uso por uma parte das mulheres.

Mesmo que grande proporção de mulheres use algum tipo de contracepção, a maioria das gestações no Brasil não são planejadas e/ou indesejadas. Sendo possível justificativa para essa incoerência a prevalência do uso de métodos de curta duração, pois estes dependem do efetivo empenho do usuário para garantir sua efetividade, o que pode gerar falhas. Essa alta prevalência por métodos temporários com pouca durabilidade, como os contraceptivos hormonais orais, preservativos, tabela e contraceptivo de emergência se dá, em especial entre usuários de baixa renda, visto que, esses são os métodos de acesso mais fácil e de baixo custo, sendo encontrados com relativa facilidade nas farmácias e serviços públicos. (TRINDADE et al. 2021)

Os métodos contraceptivos de longa duração, como os implantes hormonais subdérmicos com vigência de três anos (não disponível pelo SUS) e o DIU, são vistos como a solução ideal para as dificuldades encontradas pelas mulheres para controlar sua fecundidade em contextos de baixa escolarização, extrema pobreza e relações de gênero mais hierárquicas. Até o momento, o único método contraceptivo reversível de longo prazo disponível no SUS é o DIU de cobre, com vigência de dez anos. Esses métodos vêm ocupando um espaço cada vez maior e sendo utilizados em larga escala nas últimas décadas como principal via de ampliação da cobertura de anticoncepção entre mulheres com dificuldades de acesso aos serviços de saúde ou com utilização descontinuada de métodos contraceptivos de uso regular, diário ou mensal. (BRANDÃO, 2022).

Durante a pandemia de COVID-19 as questões de logística para abastecimento, distribuição e oferta de insumos, a irregularidade dos estoques de

contraceptivos, as dificuldades de circulação do produto no mundo contribuíram também para que a alternativa dos métodos de longa duração seja vista como ideal por seu efeito contraceptivo de longo prazo, garantindo proteção à gravidez, independentemente de consultas frequentes a serviços de saúde, de disponibilidade ou não do método, de iniciativa das mulheres para usá-lo. Por apresentar baixo custo, facilidade de inserção e poucos efeitos colaterais, o acesso ao DIU na rede de saúde deveria ser facilitado para que fosse, de fato, uma alternativa para as mulheres ante o uso maciço de contraceptivos hormonais (orais ou injetáveis), que podem ser contraindicado em algumas situações. (BRANDÃO, 2022).

A Recomendação nº 039/2020, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), responsabiliza os governadores estaduais e prefeitos municipais quanto ao estabelecimento de medidas de proteção social e garantia dos direitos das mulheres, entre eles a manutenção de serviços essenciais de saúde para mulheres e meninas, incluindo serviços de saúde sexual e reprodutiva, sobretudo, acesso a contraceptivo e ao aborto seguro nas Unidades Básicas de Saúde e Centros de Referência em Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Contudo, nem sempre o que é legalmente previsto é acessível à população e ainda assim, existem leis que restringem o acesso de mulheres e adolescentes a serviços de saúde (por exemplo, exigindo uma autorização de um terceiro para acessar os serviços) e atuação de profissionais e serviços que podem excluir ou dissuadir pessoas na busca por informações e serviços necessários aos quais elas têm direito, necessitando-se de remoção de barreiras jurídicas e regulatórias de acesso aos serviços.

A busca por soluções definitivas, não reversíveis, encontra anteparos nas dificuldades de acesso à ligadura tubária e vasectomia pelo SUS, o qual ainda não conseguiu viabilizar um fluxo regular de atendimento que contemple de modo célere as necessidades das mulheres e homens que optam por essa via de encerramento da sua capacidade reprodutiva. Num campo político de acirradas disputas – no qual atuam interesses de corporações médicas, empresas farmacêuticas, agências multilaterais, bancos internacionais e gestores públicos locais – a integridade corporal, a autonomia e a saúde das mulheres não têm sido privilegiadas em primeira instância.

A esterilização feminina ocupou por décadas o debate sobre regulação da fecundidade no Brasil. Juntamente com a pílula anticoncepcional, a laqueadura tubária sempre apresentou nas Pesquisas Nacionais de Demografia e Saúde (PNDS) alta prevalência entre as mulheres, sendo, via de regra, sua escolha majoritária para controle da reprodução, sendo um procedimento “complementar” à via de parto mais procurada, a cesariana. Esse método era apontado como “solução” altamente eficaz para controle das trajetórias reprodutivas de mulheres pertencentes a segmentos sociais “vulneráveis” da população, ou seja, com baixa escolaridade, baixa renda, com número grande de filhos, geralmente fruto de diferentes parcerias e tidos “sem planejamento”, contudo, seu caráter de irreversibilidade sempre foi controverso. (CAVENAGHI; ALVES, 2020).

Disciplinada pela Lei nº 9.263/1996, em seu artigo 10, a implementação de regras para realização de laqueadura foi uma forma de enfrentar o excesso de cesarianas realizadas no país de modo desnecessário e sem critérios clínicos precisos para sua indicação, porém após isso seguiu-se um período de diversas controvérsias, pois os serviços de saúde não seguiram o disposto pelas portarias ministeriais e os profissionais de saúde criaram regras próprias a partir de distintas interpretações da lei em que, por exemplo, a partícula “ou” (25 anos ou dois filhos vivos) era frequentemente compreendida como “e” (dupla exigência de idade mínima e número

de filhos), sobretudo no caso de mulheres jovens; a legislação fala em “desencorajar”, o que já estigmatiza, principalmente, as mulheres, pois perpetua um modelo que dificulta o exercício de um direito fundamental consubstanciado tanto pela autonomia da vontade individual como pela liberdade, deturpando o conceito de planejamento familiar. A esterilização cirúrgica – vasectomia ou laqueadura – é uma decisão relevante na vida dos indivíduos e o Estado deve participar incrementando os elementos informativos para que a decisão seja cada vez mais livre e consciente.

Coloca-se o indivíduo num dilema degradante, sendo empecilho que muitas vezes impede os indivíduos de efetivar seus direitos o que culmina com muitas gravidezes não planejadas. Caso se trate de um adulto que ainda não completou 25 anos, a única forma que o Estado permite a esterilização é se a pessoa tiver dois filhos, quando o que a pessoa reclama perante o Estado é, exatamente, o direito de não procriar, sendo assim, um convite à procriação compulsória. Mesmo o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade pelo exercício do direito e o efetivo gozo de tal direito (o ato cirúrgico) é arbitrário. Se pelo Estatuto da Criança e do Adolescente o indivíduo tem uma opção formal por ser pai ou mãe a partir dos 18 anos, no mínimo ele também deveria poder optar por ser estéril, por não ser biologicamente pai ou mãe, nessa mesma idade. Quando a Constituição dispôs sobre planejamento familiar, foi para obrigar o Estado a ficar a serviço dos planejadores, não para restringir a autonomia da sua vontade privada. (LEAL; BRITO, 2020).

Segundo Brandão (2022), há também variações em torno do entendimento nos serviços sobre “registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia” enquanto uma das condições para realização da esterilização, bem como sobre a necessidade de consentimento expresso de ambos os cônjuges “na vigência de sociedade conjugal” para sua obtenção. Além de se constituir em uma forma explícita de subordinar as decisões reprodutivas femininas à dimensão da conjugalidade, havendo registros de não concessão do procedimento a quem não conta com parceiro estável, apesar dos critérios acerca da idade ou do número de filhos serem suficientes nesses casos. Porém, esse é um entendimento recentemente superado, conferindo mais autonomia às mulheres.

O declínio dos métodos cirúrgicos é um indicador importante, uma vez que nos mostra que hoje as mulheres estão tendo mais informações e opções de escolha de métodos também eficazes, porém reversíveis. Contudo, é imprescindível que os cidadãos que optem por métodos contraceptivos definitivos tenham seu direito efetivado no SUS, o qual deve reestruturar os serviços de planejamento familiar para garantir a efetivação da lei do planejamento familiar. Acrescenta-se, ainda, que as mulheres mais vulneráveis são as mais esterilizadas, pois as que mais utilizam métodos cirúrgicos são as da região Norte/Nordeste, as que moram em zona rural, pretas ou pardas, com menor escolaridade e que não possuem plano de saúde. Para essas mulheres, diante do seu delicado contexto socioeconômico, o método cirúrgico muitas vezes é o mais efetivo. (TRINDADE et al., 2021).

É comum observar-se na vivência cotidiana mulheres pouco abastadas, com prole numerosa e baixa escolaridade, desejando encerrar seu ciclo reprodutivo, mas deparando-se com a indisponibilidade de vagas nos serviços de referência especializados em planejamento familiar. A desinformação das mulheres, e inclusive de profissionais, aliada à má estruturação dos serviços faz com que muitas não consigam efetivar seu direito à contracepção, favorecendo a existência de novas gravidezes não planejadas, o que favorece a desestruturação familiar, em especial no âmbito socioeconômico, bem como a morbimortalidade do binômio mãe-filho.

As lacunas no planejamento reprodutivo, mesmo após 25 anos da Lei de Planejamento Familiar, no Brasil, têm promovido uma resignificação do controle reprodutivo, diante das expressivas dificuldades para realização de métodos definitivos, bem como de métodos de longa duração no SUS. Parte-se do pressuposto de que não existe um método contraceptivo ideal, devendo ser escolha do indivíduo de modo livre e esclarecido, por meio de encontro de aconselhamento contraceptivo, na capacidade de escuta ao usuário por parte do profissional de saúde, na relativização de seus valores e juízos morais sobre sua sexualidade, na abertura para compreensão de suas condições sociais de vida, aspirações, contexto conjugal ou relacional, condições de saúde, para que a escolha ou adesão ao método contraceptivo efetive-se por meio de livre-arbítrio, e não por pressão institucional. (BRANDÃO; CABRAL, 2021).

A paternidade responsável pressupõe o planejamento familiar, sendo esse um direito que precisa ser efetivado. Existe a necessidade do debate no âmbito dos movimentos feminista, negro e de defesa do SUS a questão do planejamento reprodutivo de modo amplo no Brasil, desde as imensas dificuldades de acesso às laqueaduras tubárias até a oferta dirigida de métodos de longa duração a determinados grupos de mulheres. A ampliação de alternativas contraceptivas é sempre desejável, em especial para as mulheres, sobretudo para as mais vulneráveis, garantindo a sua autonomia reprodutiva, ajudando a erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais.

Nas últimas décadas, o Brasil apresentou queda em sua taxa de fecundidade, assim como vários países da América Latina. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a taxa de fecundidade de que em 1960 era de 6,3 filhos, diminuiu para 1,7 filho por mulher em 2015. Porém, constatou-se que essa redução se deu de diferentes formas entre as classes sociais, sendo mais evidente entre as mulheres que tinham maior escolaridade e que habitavam as zonas urbanas. Observa-se a partir dos dados do Censo de 2010, que a taxa de fecundidade das regiões menos desenvolvidas do país, Norte e Nordeste, de respectivamente 2,4 e 2,0 filhos, enquanto nas regiões mais desenvolvidas, Sul e Sudeste, eram de 1,8 e 1,7 filho por mulher, o que nos leva a entender que o círculo vicioso que envolve baixa escolaridade, pobreza e alta taxa de natalidade se perpetua. Percebe-se que muitas das pessoas em idade fértil e que tem vida sexualmente ativa, não fazem planejamento familiar, não utilizam adequadamente os métodos contraceptivos e não tem relacionamento estável, o que aumenta a propensão para gestações não planejadas, abortos e índice de crianças sem suporte paterno/materno adequado. (TRINDADE, et al, 2021).

Segundo Trindade et al. (2021), a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 (PNS-2013) é a pesquisa de saúde mais atual e completa, realizada nos domicílios de todo território nacional, em parceria com o IBGE, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e o Ministério da Saúde (MS), tinha como principal objetivo a produção de dados sobre as questões de saúde dos brasileiros, como estilo de vida, estado de saúde, acesso aos serviços, promoção à saúde, continuidade do cuidado, entre outras. Nela se detectou que mais de 80% das mulheres entre 15 e 49 anos que menstruam e são sexualmente ativas relataram utilizar algum método contraceptivo. Por sua vez, 17,6% das entrevistadas afirmaram não utilizar nenhum método, o principal motivo apresentado para o não uso de contraceptivos foi vontade própria ou não se importar de engravidar (37,3%). Porém, das brasileiras entrevistadas, 3,7% alegaram que não evitam a gravidez, por não saber como evitar ou aonde ir ou a quem procurar para lhe dar

orientações; isso reforça a necessidade de investimentos em educação sexual e nos serviços de atenção básica em saúde.

Na contramão das famílias que pretendem limitar a prole já constituída, existem as famílias que desejam aumentar a prole e enfrentam limitações de fertilidade ou situações excepcionais para a geração de filhos. A história mostra mulheres estéreis sendo perseguidas, humilhadas e marginalizadas. Acreditava-se que, por não serem dotadas de dignidade, sua missão na existência era procriar. Portanto, se estéreis, não tinham qualquer valor social. O filho biológico se configura como elemento organizador da representação para atender às noções culturais de família e reprodução humana, ainda fortemente estruturadas em nossa sociedade. Contudo, a democracia constitucional brasileira não subscreve tal compreensão da existência. Com os avanços científicos a reprodução assistida possibilita a reprodução humana em casos naturalmente improváveis, como nos casos de infertilidade, idade avançada, casais homoafetivos, gestação independente e planejamento familiar para diminuição do risco de doenças genéticas. (QUEIROZ; MOHAMED; PARMEJANI, 2021).

O conjunto de técnicas, tecnologias, equipamentos, procedimentos médicos e biomédicos para a fertilização do embrião *in vitro* e outros procedimentos com intuito de obtenção de gravidez recebe denominações variadas, tais como Reprodução Humana Assistida (RHA), Técnicas de Reprodução Assistida (TRA), ou apenas Reprodução Assistida (RA), neste trabalho utilizaremos a sigla RHA. Essas técnicas se difundem mundialmente desde 1970, tendo sua origem na Europa, e vêm em constante aprimoramento, tratando-se de tecnologias muito complexas e que intervêm em processos vitais humanos, como a reprodução e a genética.

As técnicas que inicialmente eram destinadas a mulheres com patologias específicas, como a obstrução tubária, foram difundidas e tiveram desdobramentos sociais, éticos e biotecnológicos, como, por exemplo, a questão da elegibilidade, ou seja, quem pode demandar acesso à RHA pessoas sozinhas, homossexuais etc., existem também discussões sobre o destino de embriões excedentes, sendo mencionadas propostas como doação, uso em pesquisas e congelamento, entre outros, o que gera inúmeras polêmicas e questionamentos legais. (CORRÊA; LOYOLA, 2015).

A infertilidade humana tem se tornando cada vez mais comum, sendo um problema de saúde, com implicações médicas e psicológicas, e tendo legitimado o anseio de superá-la. Ela está associada a fatores de saúde (como as alterações hormonais, pacientes portadores de neoplasias ou condições que levem à infertilidade) e fatores sociais, como as gestações tardias, pois cada vez mais as mulheres estão postergando a maternidade e que existe uma diminuição da probabilidade de engravidar com o avanço da idade. Além dos casos supracitados, existem casais homoafetivos, indivíduos interessados em reprodução independente e famílias com doenças pré-existentes contribuem com a crescente demanda por procedimentos de RHA em busca do planejamento familiar, auxiliados pelas modernas técnicas científicas que auxiliam a procriação, isso inclui todo processo reprodutivo ajudado pela medicina e que envolva a manipulação *in vitro* de gametas (óvulo e espermatozoides) e embriões, com o propósito de estabelecer uma gravidez.

A difusão da RHA no Brasil é caracterizada por altíssima concentração desta tecnologia no setor privado da medicina. Este padrão gerou enormes dificuldades e barreiras ao acesso a essas técnicas, basicamente por razões econômicas, pois

esses tipos de procedimentos modernos demandam altos custos, gerando exclusão ao acesso por parte de cidadãos com limitações financeiras e usuários do sistema público de saúde, uma vez que o problema das infertilidades não foi priorizado, até o momento, no SUS.

Apesar da ampla divulgação e conhecimento das RHA por parte da população, a regulamentação desses procedimentos no Brasil não teve a mesma velocidade, sendo necessária especificação legal para impedir o avanço da tecnologia de forma indiscriminada corrompendo preceitos morais da sociedade, assegurar os profissionais de saúde que trabalham na área de que os procedimentos realizados têm um respaldo na lei e na ética profissional vigente e também para garantir efetividade e qualidade dos tratamentos oferecidos aos pacientes.

Atualmente, a RHA no território brasileiro é regulada pela Resolução nº2.294, de 15 de junho de 2021, editada pelo Conselho Federal de Medicina. Os tratamentos de reprodução humana são indicados tanto para casais com dificuldades de conseguir a gravidez (por causas de infertilidade feminina, masculina ou de ambas), assim como para mulheres ou homens sem parceiro sexual, uniões homoafetivas que desejam ter filhos e famílias com doenças preexistentes, além de criopreservação de gametas (congelamento de óvulos). Para contribuir com a realização do desejo/direito de constituir a prole, a ciência desenvolveu modernas tecnologias que podem favorecer indivíduos e famílias na geração de filhos, envolvendo procedimentos de baixa e alta complexidade.

Praticada exclusivamente em meio laboratorial, tem-se a Fertilização *In Vitro* (FIV) como uma das técnicas mais onerosas da reprodução assistida, ela consiste na exposição de óvulos (células reprodutivas femininas) fora do corpo da mulher com vistas à sua fertilização pelo sêmen (material reprodutivo masculino) em uma placa com intuito de obtenção de embriões saudáveis que, posteriormente, serão transferidos para o corpo da mulher visando a obtenção de gravidez, os embriões excedentes, serão congelados para gestação posterior, eventualmente doados para outras pessoas ou para pesquisas, ou mesmo destruídos.

No Brasil, em 1984, nasceu o primeiro bebê obtido por esta técnica. O suporte laboratorial para manipulação das células reprodutivas e do embrião conta com a participação de biólogos e biomédicos que se acoplaram às clínicas convencionais de ginecologia e obstetrícia. Com o auxílio desses meios a reprodução biológica, antes impedida pelas "infertilidades sem cura" agora é viabilizada pelas técnicas biomédicas, sendo uma revolução que merece reflexões e regulação dos efeitos sociais, legais, éticos e bioéticos do uso das inovações e dos arranjos reprodutivos colocados pelas técnicas. (CORRÊA; LOYOLA, 2015).

O arcabouço jurídico-normativo brasileiro, com destaque para a Lei do Planejamento Familiar Nº 9.263/1996, que prevê direitos reprodutivos amplos no âmbito do SUS, em seus artigos 1º e 3º estabelece que o planejamento familiar é direito de todo cidadão, sendo entendido como conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole, devendo, portanto, ser parte do conjunto de ações integrais de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde. Desse modo, estabelece uma concepção ampliada de saúde e bem-estar, que permite acolher o tema da RHA, pois por meio da RHA, a reprodução ganha um novo status: o do direito de ter um filho atrelado ao direito do planejamento familiar.

Essa lei determina que devem ser oferecidos por parte do SUS todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos, tendo o

Estado o dever de oferecer atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, como oficializou a Constituição de 1988, assegurado pelo artigo 198, inciso II. Concomitantemente a Lei Federal nº 8080, de 19 de setembro de 1990 – que regula as ações e serviços de saúde em todo território nacional – determina em seu artigo 7º, inciso II, que deve existir um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Desta forma, percebe-se que os cidadãos também não têm seu direito efetivado, quando se trata de necessidades especiais relativas à concepção.

No tocante ao direito à saúde, qualquer pessoa tem direito a obter os serviços do SUS, tenha ou não condições econômicas para arcar com os gastos da saúde de forma privada. Constitucionalmente previsto no artigo 196, a saúde é direito de todos e dever do Estado, não cabendo à lei restringir a extensão desse direito fundamental. Porém, há quem contrate planos privados de saúde, pagando-os com esforço por entendê-los prioritários e quem possua contrato de assistência médica adquirida com incentivo financeiro do empregador, não sendo razoável negar a essas pessoas a assistência necessária.

Contudo, quando se trata de reprodução assistida, principalmente em Estados mais carentes e com menos recursos tecnológicos disponíveis nos serviços públicos de saúde, torna-se uma barreira quase intransponível, evidenciando o baixíssimo alcance dos poucos serviços existentes, tanto em termos das técnicas disponíveis quanto das longas filas de espera que os poucos hospitais públicos ou universitários que oferecem esses serviços dificilmente conseguem custear todas as fases de tratamento de alta complexidade, como a FIV.

O valor social atribuído à reprodução (maternidade e paternidade), à família geneticamente relacionada, à vida doméstica de base familiar sob os mais diversos tipos de arranjo e vínculos biogenéticos, o valor atribuído ao desenvolvimento pessoal por meio da reprodução são fatores a reforçar o desejo de filhos como algo altamente bem-vindo e socialmente legítimo, a justificar o clamor pelo acesso às tecnologias de reprodução assistida. É comum na atualidade as pessoas adiarem o projeto parental em busca de uma realização profissional, de um melhor status socioeconômico ou mesmo aguardando o encontro do cônjuge ideal. Quando finalmente decidem ter filhos, não é raro que os casais se deparem com um declínio na capacidade reprodutiva da mulher ou do homem, capacidade em potencial somente confirmada com a gestação. Também cresceu o número de famílias compostas por casais homoafetivos, bem como pessoas que desejam procriar mesmo sem ter um parceiro (a), o que gera demanda de técnicas de RHA.

No Brasil, após longo vácuo no plano de políticas públicas sustentadas para RHA no SUS, o Ministério da Saúde formulou em 2005 uma portaria sobre a "Atenção integral à reprodução humana assistida no SUS", a qual não foi implantada, e até os dias atuais, apesar de toda a previsão legal, a oferta dessas técnicas à população usuária do SUS ainda é incipiente. Esperar-se-ia que o problema da ausência de filhos tivesse sido dirigido pelo SUS, considerando seus princípios fundamentais, como a definição ampliada de saúde e a visão de integralidade da atenção, exigidos nos conteúdos programáticos das políticas públicas em saúde no país. (CORRÊA; LOYOLA, 2015).

Em função disso, não são poucos os casos já levantados de judicialização, com processos judiciais demandando que o Estado pague pela FIV a cidadãos usuários do SUS. Mas inversamente a outros casos de medicamentos e doenças, os juízes vêm negando com elevada frequência o custeio da FIV, sendo um dos argumentos

mais utilizados que a ausência de filhos não é uma doença. De acordo com Hespanhol (2021), apesar de existir os serviços públicos gratuitos, na maioria das vezes, eles são demorados e com algumas burocracias. As filas de espera duram cerca de dois anos, podendo chegar a cinco, sendo que existem alguns requisitos para o tratamento ser realizado pelos Hospitais Públicos. No Brasil, existem atualmente nove hospitais públicos com os serviços de fertilização in vitro – FIV, e somente alguns oferecem a fertilização totalmente gratuita, os demais cobram valores relativos a medicamentos ou procedimentos.

O estabelecimento de dificuldades para a tomada de uma decisão que deveria ser livre e legalmente garantida é uma forma de degradar a autonomia da vontade individual, degradar a pulsão legítima pela liberdade e, especialmente, degradar o reconhecimento da dignidade da pessoa humana, compreendida, nesse particular, como um adulto consciente de suas próprias necessidades e intenções para a consecução do seu particular e indevassável projeto de vida.

Ademais, como evidencia o exame da jurisprudência, o entendimento do que seja planejamento familiar tem sido restritivo, ficando muito voltado aos direitos de acesso à contracepção, o que não se coaduna com a lei específica, nem com os princípios constitucionais e os do SUS, desse modo as pessoas já frustradas em seus projetos reprodutivos, por razões adicionais – basicamente a indisponibilidade de técnicas de alta complexidade no setor público (SUS) – têm sua situação de vulnerabilidade moral e social agravada, assim a perspectiva privatizante "pura", largamente dominante na reprodução assistida no país, persiste.

Mesmo com as dificuldades enfrentadas pelo SUS, a principal orientação das políticas de saúde pública é a de expandir os gastos com a cobertura de saúde, em todos os campos da medicina, e da assistência farmacêutica, da forma mais inclusiva possível, oferecendo serviços disponíveis, acessíveis, aceitáveis e de boa qualidade. Percebe-se que atrás de uma aparente universalidade na elegibilidade de acesso, a não priorização da RHA no âmbito do SUS cria e mantém uma barreira ao acesso de ordem econômica: estão excluídos aqueles que não podem pagar por medicamentos, procedimentos e serviços de reprodução assistida. Tendo em vista o valor social da reprodução humana, esta concentração da medicina reprodutiva no setor privado aprofunda desigualdades e agudiza vulnerabilidades de pessoas excluídas do acesso a essas tecnologias.

A infertilidade é considerada doença e a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece este como um problema de Saúde Pública que afeta de 8 a 12% dos casais em todo o mundo, sendo assim, o Estado não está liberado de sua responsabilidade de buscar soluções para questões suscitadas pela utilização e acesso a essas tecnologias. De fato, é o que indica a previsão constitucional e legal, com a Lei nº 9263/1996, que abarca não apenas a contracepção, mas também a concepção. Para isso, faz-se necessária a alocação de recursos orçamentários na área da saúde tendo em vista o entendimento da saúde em sua concepção ampliada e ainda como um direito individual fundamental no Brasil, que o Estado deixe prover soluções nessa área. (CORRÊA; LOYOLA, 2015).

Apesar de todos os aspectos legalmente preconizados, mulheres e homens portadores de infertilidade, muitas vezes não têm acesso sequer a métodos diagnósticos que detectem sua patologia, visto que a maioria destes também têm alto custo e pouca oferta pelo SUS. Quando alcançam o diagnóstico de infertilidade, os usuários do SUS não conseguem tratamento necessário, por falta de profissionais e serviços especializados, medicamentos de alto custo e insuficiência de tecnologias avançadas de RHA, o que gera a exclusão, em especial de mulheres de baixa renda

e pouca escolaridade, que não tem efetivado o seu direito à constituição da prole por meio da gravidez.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo buscou conhecer as peculiaridades da Lei nº 9.263, de 14 de janeiro de 1996, que regulamenta o planejamento familiar no Brasil e sua aplicabilidade na prática, em especial, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Na perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos, os indivíduos são capazes de ter uma vida sexual segura e satisfatória e devem ser livres para decidir se, quando e com que frequência desejam ter filhos. Compreende-se que o planejamento familiar se trata de ações voltadas tanto à contracepção, quanto à concepção, de modo que o indivíduo tenha possibilidade de planejar sua prole de acordo com suas vontades e possibilidades, sendo esse um direito previsto constitucionalmente e também na legislação específica relacionada ao tema.

Os achados do estudo revelaram que persistem inconsistências importantes nas ações de planejamento familiar, enquanto problema de saúde pública, bem como dificuldades quanto ao uso de métodos contraceptivos, especialmente os de longa duração e os métodos definitivos, o que pode estar relacionado tanto a dificuldades no acesso como a fragilidades das ações em saúde reprodutiva para atingir as necessidades e preferências dos indivíduos em maior vulnerabilidade, principalmente, as mulheres. Essa fragilidade afeta sobremaneira mulheres mais jovens de classes sociais mais baixas e menor escolaridade, caracterizando esse grupo como mais vulnerável a gestações indesejadas, elas enfrentam também a falta de informações sobre planejamento familiar e contraceptivos e, muitas vezes, uma maior dificuldade de acessar serviços de saúde. Por isso, embora a taxa de fecundidade tenha diminuído nas últimas décadas, essa redução atingiu de modo dispar diferentes estratos populacionais, com pouco impacto entre as mulheres com menor escolaridade, pretas e pardas, residentes principalmente em regiões menos desenvolvidas como Norte e Nordeste.

Deste modo, considera-se importante monitorar indicadores de desigualdades sociais ao avaliar o uso de métodos contraceptivos a partir de realidades regionais específicas, com intuito de fomentar o planejamento de ações e políticas públicas que garantam os direitos sexuais e reprodutivos na perspectiva da equidade e da diversidade, suavizando barreiras de acesso a diferentes métodos contraceptivos, conforme as preferências e necessidades individuais, em especial das mulheres. Isso perpassa pela reestruturação do SUS no âmbito do planejamento familiar, para garantir e efetivação da assistência integral, conforme preceitos do SUS. Seria uma combinação de assistência adequada e facilidade de acesso a diversos métodos contraceptivos, que propiciem aos indivíduos a ter meios para escolher como e quando ter filhos, evitando a ocorrência de gravidez não planejada. Os contraceptivos, portanto, estão de acordo com o princípio da autonomia, que defende o direito de escolher livremente uma opção sem interferência de pressões externas, nesse contexto, o papel da mulher no planejamento familiar não deve ser de mero objeto, mas sim de sujeito ativo e protagonista da própria história sexual e reprodutiva.

Quanto à concepção, podemos entender a infertilidade como doença, além de uma situação potencialmente traumática de vida, que inclui questões biológicas,

socioculturais, psicológicas e espirituais importantes. Desta feita, as técnicas de Reprodução Humana Assistida (RHA) surgem como alternativas de solução para o problema da infertilidade. As buscas por esses tratamentos são compreendidas como movimentos adaptativos dos sujeitos, no sentido de superar o problema. Esse tipo de tratamento é uma realidade que vem se ampliando na esfera dos serviços de saúde particulares, sendo ainda incipiente nos serviços públicos brasileiros, o que vai de encontro com a legislação vigente, a qual determina que também sejam ofertados métodos de ampliação da prole pelo SUS. Os altos custos dos tratamentos de RHA os tornam inacessíveis à maioria dos indivíduos que deles necessitam, quer sejam portadores de infertilidade, casais homoafetivos, sorodiscordantes para o vírus da imunodeficiência humana (HIV), solteiros, dentre outros. Essa inacessibilidade devido aos altos custos fere o princípio da justiça.

Os progressos das intervenções tecnológicas no processo de procriação humana exigem maior capacitação dos profissionais para competências nas diferentes áreas desse conhecimento, necessitando-se além da formação de profissionais a criação e ampliação de serviços capacitados para desenvolver assistência específica nas áreas da reprodução, gênero, sexualidade, saúde da mulher, dentre outras, que contemplem os direitos sexuais e direitos reprodutivos, principalmente, voltados para o serviço público, garantindo aos casais e indivíduos a efetivação do direito de planejar e efetivar a constituição de sua prole.

O SUS é gratuito, mas as filas de espera para iniciar os tratamentos de RHA são enormes e os pacientes podem levar meses e até anos para começarem a ser chamados. Em um contexto onde muitos casais possuem urgência para ter filhos – por problemas de saúde ou pela própria redução da fertilidade com o tempo – a realização da FIV pelo SUS acaba sendo uma opção difícil. Além disso, são poucos os hospitais e clínicas que disponibilizam o tratamento através do SUS, sendo necessário empenho dos governantes para uma melhor estruturação dos serviços de planejamento familiar que trabalham com RHA, garantindo acesso aos cidadãos que não dispõem de recursos financeiros para arcar com os tratamentos.

A maioria dos planos de saúde não cobre o tratamento de fertilização in vitro – FIV, este também não faz parte da tabela de procedimento cobertos pelo SUS (Sistema Único de Saúde), embora alguns hospitais públicos do país ofereçam o tratamento e recebam repasses do SUS. Por isso, faz-se necessária também a regulamentação clara acerca dos direitos dos usuários de planos de saúde privados quanto à cobertura dos tratamentos de RHA, o que evitaria a maciça judicialização de casos nessa esfera.

Nesse complexo cenário o planejamento familiar vem tentando se consolidar, necessitando para sua efetivação de educação e assistência de qualidade à saúde, voltada aos direitos sexuais e reprodutivos, sempre respeitando o contexto sociocultural de cada população, de modo a promover a autonomia e defender o livre-arbítrio de indivíduos e casais. Ele engloba também a construção da família como um todo, devendo abranger ações que busquem melhorar as condições para o nascimento de crianças, promover adoções responsáveis e prevenir a gravidez indesejada. É vital que o planejamento familiar colabore para uma construção mais responsável dessa instituição, proporcionando informações contextualizadas e fornecendo meios para que cada casal ou indivíduo faça suas escolhas, respeitando os princípios de autonomia, justiça, beneficência e não maleficência.

## REFERÊNCIAS

- ARILHA, Margareth; BERQUÓ, Elza. **Cairo+15: trajetórias globais e caminhos brasileiros em saúde reprodutiva e direitos reprodutivos**. 2015. Disponível em: <<http://www.abep.org.br/~abeporgb/publicacoes/index.php/livros/article/viewFile/112/110>>. Acesso em: 29 abr. 2022.
- AUGUSTO, Luis Fernando. **A evolução da ideia e do conceito de família**. 2015. Disponível em: <<https://advocaciapa.jusbrasil.com.br/artigos/176611879/a-evolucaoda-ideia-e-do-conceito-de-familia>>. Acesso em: 09 maio 2022.
- BRANDÃO, Eliane Reis. **Contraceção Reversível de Longa Duração (Larc): solução ideal para tempos pandêmicos?**. 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/w49dCTHVN6BgHKWj4hhMgKq/?lang=pt>>. Acesso em: 29 maio 2022.
- BRANDÃO, Eliane Reis; CABRAL, Cristiane da Silva. **Vidas precárias: tecnologias de governo e modos de gestão da fecundidade de mulheres “vulneráveis”**. Horiz. Antropol. 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ha/a/SHfFRFSTrzFz3mwhkvrKqbT/>> » <https://www.scielo.br/j/ha/a/SHfFRFSTrzFz3mwhkvrKqbT/>>. Acesso em: 29 maio 2022.
- BRASIL. **Lei Federal Nº 9263**, de 12 de Janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Disponível em: <[http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw\\_Identificacao/lei%209.263-1996?OpenDocument](http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%209.263-1996?OpenDocument)>. Acesso em: 02 maio 2022.
- \_\_\_\_\_. **Constituição**. 1988. Brasília, DF. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 15 maio 2022.
- CAVENAGHI, Suzana; ALVES, José Eustáquio Diniz. **O mix contraceptivo eternamente obsoleto no Brasil e seu legado**. 2020. Disponível em: <[http://old.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-30982019000100169&script=sci\\_arttext](http://old.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-30982019000100169&script=sci_arttext)>. Acesso em: 12 jun. 2022.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº 2.294**, de 15 de junho de 2021. Disponível em: <[https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2021/2294\\_2021.pdf](https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2021/2294_2021.pdf)>. Acesso em: 17 maio 2022.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Recomendação Nº 039, DE 12 DE MAIO DE 2020**. Brasília, DF. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1169-recomendacao-n-039-de-12-de-maio-de-2020#:~:text=Recomenda%20aos%20Governadores%20Estaduais%20e,garantia%20dos%20direitos%20das%20mulheres.>>. Acesso em: 20 jun. 2022.

CORRÊA, Marilena C. D. V.; LOYOLA, Maria Andrea. **Tecnologias de reprodução assistida no Brasil**: opções para ampliar o acesso. 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/physis/2015.v25n3/753-777/>>. Acesso em: 04 jun. 2022.

**DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS** - Adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (Resolução N° 217 A III), em 10 de dezembro 1948. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>>. Acesso em: 16 maio 2022.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA). **Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher - Pequim, 1995**. 1995. Disponível em: <[https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao\\_beijing.pdf](https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao_beijing.pdf)>. Acesso em: 15 maio 2022.

\_\_\_\_\_(UNFPA). **Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, 1984**. 2019. Disponível em: <<https://brasil.unfpa.org/pt-br/publications/programa-de-a%C3%A7%C3%A3o-da-confer%C3%Aancia-internacional-sobre-popula%C3%A7%C3%A3o-e-desenvolvimento>>. Acesso em: 16 maio 2022.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito civil brasileiro**: direito de família. 15 ed. volume 6. São Paulo: Saraiva Educação, 2018.

HESPANHOL, Thais. **É possível fazer FIV – Fertilização in vitro, pelo SUS, sem custos?** 2021. Disponível em: <<https://drathaiseshpanhol.com.br/e-possivel-fazer-fiv-fertilizacao-in-vitro-pelo-sus-sem-custos/>>. Acesso em 17 jul. 2022.

LEAL, Saul Tourinho; BRITTO, Nara Pires Ayres de. **A Lei de Planejamento Familiar do Brasil e a Perspectiva da Dignidade Feminina**. 2020. Disponível em: <[http://www.scielo.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2183-95222020000100277&lang=pt](http://www.scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2183-95222020000100277&lang=pt)>. Acesso em: 16 jul 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Saúde sexual, direitos humanos e a lei (tradução)**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, 2020. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/175556/9786586232363-por.pdf>>. Acesso em 12 jun. 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres – CEDAW 1979**. Disponível em: <[https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/convencao\\_cedaw1.pdf](https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/convencao_cedaw1.pdf)>. Acesso em: 28 abr. 2022.

\_\_\_\_\_(ONU). **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)**. 2019. Disponível em: <<https://www.ipea.gov.br/ods/ods3.html>>. Acesso em: 13 jun. 2022.

QUEIROZ, Ana Beatriz Azevedo; et. Al. **Representação social das biotecnologias reprodutivas entre enfermeiros que atuam na saúde sexual e reprodutiva**. 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/nCNsQMLDF6gTF8MKBSTrntL/?lang=pt>>. Acesso em 18 jul. 2022.

TRINDADE, Raquel Elias da; SIQUEIRA, Bárbara Barrozo; PAULA, Thayana Fraga de; FELISBINO-MENDES, Mariana Santos. **Uso de contracepção e desigualdades do planejamento reprodutivo das mulheres brasileiras**. 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/wYMBdngQjR9dRs48jbwjCVL/?lang=pt>>. Acesso em 19 jul. 2022.