



UNIVERSIDADE TIRADENTES - UNIT

CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO – ARTIGO CIENTÍFICO

**A LIBERDADE DE PLANEJAMENTO FAMILIAR DOS PORTADORES DE
AIDS/HIV NO BRASIL**

Jéssica Larissa Souza Nolasco
Professor Orientador : Carlos Costa

Aracaju
2015

JÉSSICA LARISSA SOUZA NOLASCO

**A LIBERDADE DE PLANEJAMENTO FAMILIAR DOS PORTADORES DE
AIDS/HIV NO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso – Artigo –
apresentado ao Curso de Direito da
Universidade Tiradentes – UNIT, como requisito
parcial para obtenção do grau de bacharel em
Direito.

Aprovado em 03/12/2015

Banca Examinadora

CARLOS COSTA
Professor Orientador
Universidade Tiradentes

LUCIANA RODRIGUES PASSOS NASCIMENTO
Professora Examinadora
Universidade Tiradentes

HÉLDER LEONARDO DE SOUZA GOES
Professor Examinador
Universidade Tiradentes

A LIBERDADE DE PLANEJAMENTO FAMILIAR DOS PORTADORES DE AIDS/HIV NO BRASIL

Jéssica Larissa Souza Nolasco¹

RESUMO

O propósito deste trabalho é averiguar se o planejamento familiar tem natureza jurídica de direito fundamental e quais as formas de concretização deste direito para os portadores de Aids/HIV. Desenvolver-se-á a pesquisa através da sucessão de três etapas. Na primeira, foi traçado um breve histórico a respeito do planejamento familiar, explicitando seus pontos significativos e apresentando a legislação pátria sobre o tema. Na segunda, analisou-se o direito a saúde na Constituição Federal Brasileira e as políticas públicas existentes para tratamento dos soropositivos. Na terceira, examinou-se as técnicas de reprodução humana assistida como forma de efetivar o planejamento familiar dos portadores de Aids/HIV e foi feita uma análise a respeito da resolução 2.121/2015 do Conselho Federal de Medicina.

Palavras-Chave: Planejamento familiar; Direito Fundamental; Portador de Aids/HIV; Saúde

1 INTRODUÇÃO

Segundo dados do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre Aids/HIV - UNAIDS, no Brasil, no ano de 2014, haviam 734.000 (setecentos e trinta e quatro mil) pessoas vivendo com HIV, estimando-se, ainda, que ocorreram 44.000 (quarenta e quatro mil) novas infecções. Neste contexto, torna-se imperioso verificar se estas pessoas que formam grande parte da população brasileira possuem o seu direito ao planejamento familiar garantido.

O propósito deste trabalho é averiguar se o planejamento familiar poderá ser enquadrado como um direito humano fundamental e as formas de concretização deste direito para os portadores de Aids/HIV.

A pesquisa buscará orientação teórica no Curso de Direito Constitucional de Gilmar Ferreira Mendes e Paulo Gustavo Gonet Branco (2015), no Estado Atual do

¹ Graduanda em Direito pela Universidade Tiradentes – Unit. Email: jessiicanolasco@hotmail.com.

Biodireito de Maria Helena Diniz (2014), na Teoria dos Direitos Humanos de Flávia Piovesan (2012), nos Direitos Reprodutivos no Brasil de Mirian Ventura (2009), dentre outros. Para tanto, foi realizada uma pesquisa de caráter bibliográfico e exploratório, através do método dedutivo, tópico-argumentativo, com revisão da literatura existente sobre o tema.

Desta forma, explorar-se-á o tema proposto através da sucessão de três etapas. Na primeira, foi traçado um breve histórico a respeito do planejamento familiar, explicitando seus pontos significativos e apresentando a legislação pátria sobre o tema. Na segunda, analisou-se o direito a saúde na Constituição Federal Brasileira e as políticas públicas existentes para tratamento dos soropositivos. Na terceira, examinou-se as técnicas de reprodução humana assistida como forma de efetivar o planejamento familiar dos portadores de Aids/HIV e foi feita uma análise a respeito da resolução 2.121/2015 do Conselho Federal de Medicina.

2 O PLANEJAMENTO FAMILIAR COMO UM DIREITO FUNDAMENTAL HUMANO

São diversos os conceitos a respeito do que vem ser o planejamento familiar, mas antes de realizar um estudo acerca de tais definições e das características do presente direito, é imperioso que seja traçado um breve histórico a respeito dos direitos humanos.

Não se pode olvidar que a liberdade de planejamento familiar é um direito fundamental e humano, uma vez que a legislação pátria e internacional, assim o reconhece. Segundo preleciona Ventura (2004), no ano de 1968, ocorreu a primeira Conferência Mundial dos Direitos Humanos, que trouxe mudanças no paradigma das famílias através da proclamação de que os pais têm o direito de escolher a quantidade de filhos e o intervalo entre seus nascimentos, reconhecendo, então, o planejamento familiar como sendo um direito humano fundamental que deve ser exercido livremente.

Na antiguidade, os direitos humanos eram conhecidos como direitos do homem, entretanto, na atualidade, a denominação correta são direitos humanos fundamentais, sendo que os direitos fundamentais são considerados espécies do gênero direitos humanos (LOUREIRO,2009). Nos dizeres de Mazuolli (2010), os direitos humanos e os direitos fundamentais possuem âmbitos diferentes de incidência, enquanto os primeiros estão positivados em tratados e costumes

internacionais, os segundos encontram-se positivados nas Constituições de cada um dos Estados.

Os direitos humanos decorrem de evoluções sociais, históricas e econômicas, na medida em que estão sempre em processo de construção e reconstrução. Estes direitos foram consolidados em meados do século XX, em decorrência do pós-guerra, que ocasionou o repúdio internacional diante das atrocidades cometidas na Era Hitler (PIOVESAN,2012).

No ano de 1948 foi proclamada a Declaração Universal dos Direitos Humanos, uma resolução adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas e considerada um marco histórico, que tinha por objetivo instruir os indivíduos de seus direitos fundamentais já existentes, apresentando, portanto, natureza declaratória, não instituindo ou criando direitos, mas tão somente recordando a existência destes (LOUREIRO,2009). A Declaração traçou uma ordem pública global com base na dignidade humana, trazendo em seu texto um conjunto de direitos imprescindíveis para que o ser humano pudesse desenvolver sua personalidade física, moral e intelectual (PIOVESAN, 2012).

A Declaração Universal apresentou, ainda, como características dos direitos humanos a universalidade, tendo em vista que tais direitos se destinam a todos, independentemente das diferenças existentes, bastando ser pessoa para que tenha dignidade e titularidade dos direitos e a indivisibilidade, uma vez que os direitos humanos são interligados e se ocorrer a violação de qualquer um deles, os demais também serão violados (PIOVESAN, 2012).

Na segunda metade do século XX, principalmente nas décadas de 50 e 60, o mundo apresentou o maior crescimento populacional da história da humanidade e foi este ambiente que impulsionou a ocorrência das primeiras conferências internacionais de População e Desenvolvimento organizadas pela Organização das Nações Unidas (ONU), merecendo destaque a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) realizada em Cairo, no ano de 1994 e a Conferência Mundial das Nações Unidas sobre a Mulher, realizada em Pequim, no ano de 1995 (CORRÊA, ALVES E JANNUZZI, 2003).

A Conferência de Cairo trouxe inovações, na medida em que passou a analisar a questão populacional não como exclusivamente demográfica, mas também como uma questão de direitos humanos (PAGLIARINI E SALLES, 2014). O programa de

ação do CIPD trouxe recomendações para que os serviços de saúde reprodutiva fossem vinculados a atenção básica de saúde, incluindo tratamento das doenças sexualmente transmissíveis, serviços de aconselhamento de homens e jovens sobre responsabilidade sexual, bem como definiu metas para que recursos financeiros fossem voltados para serviços de saúde reprodutiva, inclusive para portadores de Aids/HIV (CORRÊA, ALVES E JANNUZZI, 2003).

É inegável que a mencionada conferência apresentou uma ótica diferenciada quanto aos direitos das mulheres, uma vez que conforme já salientado, foram feitas recomendações para homens e jovens, deixando claro que os direitos reprodutivos não estão adstritos somente às mulheres. O plano de ação da Conferência de Cairo também trouxe inovações quanto aos seus destinatários, apresentando como público-alvo os adolescentes, as mulheres solteiras, homens e idosos, pessoas estas que sofriam restrições para exercer os seus direitos sexuais e reprodutivos (VENTURA,2004).

No ano de 1995, em Pequim (Beijing), ocorreu a quarta Conferência Mundial das Nações Unidas sobre a mulher, que reiterou a definição do direito ao planejamento familiar e as questões sobre os direitos sexuais e reprodutivos tratados na Conferência de Cairo. Durante o evento, as lideranças dos movimentos feministas espalhados pelo mundo, reivindicaram que os direitos reprodutivos e sexuais fossem conhecidos como direitos humanos básicos (LINDNER, COELHO E CARRARO, 2006).

Em seu programa de ação, a Conferência de Beijing consagrou que fazem parte dos direitos humanos das mulheres o controle da sua saúde sexual e reprodutiva, bem como a decisão livre a respeito destes temas, sem estarem sujeitas a qualquer tipo de coerção ou violência (VIANNA E LACERDA, 2004). Foi a partir das Conferências de Cairo e Beijing, que ocorreu a mudança significativa no planejamento familiar, a questão demográfica passou a ser tratada como uma questão de direitos humanos e foi estabelecida a necessidade de políticas públicas voltadas à saúde reprodutiva e sexual (PAGLIARINI E SALLES,2014).

Conforme preleciona Ventura (2004), foi a partir de tais conferências que a sexualidade e reprodução passaram a ser considerados bens jurídicos merecedores de proteção específica, com base na dignidade e livre desenvolvimento dos seres humanos.

Observa-se que o conceito de direitos sexuais geralmente está incluído na definição de direitos reprodutivos, entretanto, é possível a atividade sexual sem fins reprodutivos, bem como é possível o exercício da função reprodutiva sem relações sexuais, como por exemplo, através das técnicas de reprodução humana assistida, sendo importante a diferenciação de tais direitos para que sejam formuladas adequadamente as políticas públicas e ações de saúde (VENTURA, 2009). Deste modo, segundo Ventura (2004), o conceito de direitos reprodutivos encontra-se legitimado, enquanto que a definição de direitos sexuais se torna mais complexa, uma vez que a sociedade possui dificuldades em compartilhar moralidades diferentes no exercício da sexualidade.

No Brasil, a questão do planejamento familiar liga-se intimamente a história dos movimentos feministas que trouxeram para o cenário político a incorporação da igualdade entre os gêneros como tema das políticas públicas (MIRANDA, 2009). A partir da década de 60, as mulheres brasileiras processavam a ruptura com o discurso da reprodução humana que predominava no país desde a colonização, em virtude da cultura religiosa cristã trazida pelos portugueses, qual seja a ideia de que a mulher deveria exercer o clássico e exclusivo papel de mãe e rainha do lar (COSTA, 1996).

A partir de 1960, a valorização da saúde e do bem-estar dos familiares passou a ser muito mais importante do que a quantidade de filhos, bem como a questão da fecundidade começou a ser analisada sob o aspecto da autonomia da mulher em relação ao seu próprio corpo (CHAGAS E LEMOS, 2013).

Na década de 70, a atuação de clínicas privadas de planejamento familiar passou a ser alvo de críticas por parte dos movimentos feministas que atuavam fortemente em defesa da saúde e do planejamento familiar como direito de escolha das mulheres (VENTURA, 2004). Já no ano de 1975, é criado o Programa Nacional de Saúde Materno Infantil – PSMI, que prestava orientações acerca do planejamento familiar de uma forma restritiva, tendo como foco o atendimento para mulheres gestantes e crianças (VIANNA E LACERDA, 2004).

Todos estes movimentos e reivindicações tiveram como respaldo o processo avançado da Reforma Sanitária Brasileira, que definiu a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado (COSTA, 1996). Neste contexto, o Ministério da Saúde criou o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher – PAISM, que trouxe uma visão mais integrada de saúde, enfatizando a necessidade de atender as mulheres

em todas as fases de sua vida, não somente na gestação, e destacando a importância do acesso a informação no exercício do planejamento familiar (VIANNA E LACERDA, 2004). Este programa estabeleceu, ainda, que cada pessoa deveria ser atendida de acordo com as suas necessidades em saúde reprodutiva, e além dos programas de contracepção, incluiu tratamentos para casos de infertilidade (CHAGAS E LEMOS, 2013).

Em que pese todas as mudanças importantes ocasionadas pelos movimentos feministas, as mulheres não dispunham de um órgão institucionalizado para que as suas demandas específicas fossem atendidas, contudo, no ano de 1985, a situação mudou, tendo em vista que o movimento das mulheres brasileiras se uniu com o candidato à presidência Tancredo Neves e foi criado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher – CNMD (PITANGUY,1999). O Conselho tinha como objetivo a promoção, em nível federal, da plena participação das mulheres nas atividades políticas, econômicas e culturais do país, bem como garantir à mulher todas as condições de igualdade e liberdade de direitos (MIRANDA,2009 *apud* PINTO, 2003).

Segundo Pitanguy (1999), o PAISM corria o risco de “ficar no papel” e para evitar que isto ocorresse, o CNMD em conjunto com os movimentos de mulheres elaborou a Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes, no ano de 1986. Neste documento foram rerepresentadas preposições expostas em movimentos anteriores, quais sejam: a de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, e de que a mulher tem direito a saúde, independentemente da maternidade (PITANGUY,1999)

Neste trilhar, tem-se que os movimentos feministas brasileiros estão profundamente ligados aos debates sobre o controle populacional e o planejamento familiar, sendo que tais movimentos influenciaram diretamente a legislação pátria atual. Em 1988, com o advento de uma nova Constituição Federal Brasileira, o planejamento familiar foi consagrado como um direito fundamental no ordenamento jurídico, sendo inserido no título da Ordem Social, mais especificamente no artigo 226 § 7º, *in verbis* :

Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é de livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos científicos e educacionais para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.

Os princípios da paternidade responsável e da dignidade da pessoa humana, previstos no artigo mencionado, demonstram que apesar da sua consagração como um direito fundamental, e não apenas uma derivação de demais direitos, a liberdade de planejamento familiar não é absoluta, uma vez que seu exercício encontra limites em tais princípios (CHAGAS E LEMOS, 2013).

A paternidade ou “parentalidade” responsável significa que os pais devem assumir suas importantes funções dentro da família, cumprindo com as suas obrigações, para que desta forma os filhos cresçam em um ambiente sadio e equilibrado (DINIZ,2014).Em relação ao princípio da dignidade da pessoa humana, segundo Chagas e Lemos (2013), tal princípio é a base de todos os demais, sendo considerado o “princípio dos princípios” e visa o respeito ao homem considerado universalmente, não o expondo a situações humilhantes e degradantes.

No intuito de regulamentar o direito ao planejamento familiar, no ano de 1996, surgiu a Lei 9.263, que definiu o planejamento familiar, mais especificamente no seu artigo 2º, como um conjunto de ações de regulação da fecundidade que garante direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal. A legislação infraconstitucional enfatizou a igualdade de direitos e deveres entre o homem e a mulher, e garantiu o acesso aos serviços de saúde de forma individual, estendendo o âmbito do exercício da sexualidade e da reprodução para quaisquer modelos de família e não somente para aquelas famílias tidas como tradicionais (VENTURA, 2009).

A lei enumerou o conjunto de ações em seu artigo 3º, incluindo o direito de assistência a concepção, contracepção, bem como ao pré-natal, parto, puerpério, nascimento e neonato. Além disso, incluiu o dever do Estado no controle e prevenção de câncer cérvico-uterino, de mama e de pênis, bem como a assistência médica necessária para o tratamento dessas doenças.

Já no artigo 5º da referida lei, atribuiu ao Estado, a obrigação de estabelecer condições e recursos informativos para efetivação dos direitos reprodutivos e sexuais, através do Sistema Único de Saúde (SUS) e das instâncias que compõe o sistema educacional. Segundo Chagas e Lemos (2013), a lei 9.263 de 1996, determinou a competência do SUS para definir as normais gerais de planejamento familiar, possibilitando, ainda, a parceria com instituições públicas, privadas ou filantrópicas para o desenvolvimento das ações de planejamento familiar.

A participação de empresas e capitais estrangeiros, de forma direta ou indireta, também é permitida, desde que haja autorização, fiscalização e controle pelo órgão de direção nacional do SUS. No tocante a esterilização voluntária, a lei estabeleceu casos específicos para a sua realização e proibiu a exigência de atestado de realização desse procedimento, considerando tal prática como crime cuja punição é de 1 (um) a 2 (anos) de reclusão e multa.

Pela exposição de alguns pontos específicos da lei, é notório que o objetivo do instituto não é tão somente o controle de fecundidade, mas também o seu incentivo para homens e mulheres, separadamente, e aos casais, sendo que a lei também não faz distinções entre as pessoas detentoras do direito ao planejamento familiar (CHAGAS E LEMOS,2013).

Além da Carta Magna vigente e da Lei 9.263 de 1996, a liberdade de planejamento familiar também foi disciplinada pelo Código Civil de 2002, de uma maneira geral, no seu artigo 1565 § 2º. De acordo com o Estatuto Civil, o planejamento familiar é de livre decisão do casal, competindo ao Estado garantir todos os meios necessários para o exercício deste direito, sendo vedado qualquer forma de coerção por parte de instituições públicas ou privadas.

Neste sentido, preleciona Chagas e Lemos (2013), que o planejamento familiar está longe de ser apenas um direito reprodutivo, mas sim um direito humano fundamental assegurado a todo cidadão de maneira livre, sendo proibido ao Estado, a qualquer entidade privada ou qualquer pessoa, decretar limitações ao exercício deste direito, devendo ser respeitada a autonomia privada do indivíduo.

3 O DIREITO A SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL BRASILEIRA E O TRATAMENTO DOS PORTADORES DE AIDS/HIV

A Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS), de 22 de julho de 1946, define a saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças e enfermidades (DINIZ, 2014). No Brasil, a saúde foi consagrada como um direito fundamental a partir da Constituição Federal de 1988, no artigo 196, *in verbis* :

A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a 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.

A definição constitucional rompeu com o modelo anterior que vinculava a saúde com a previdência social e limitava o acesso aos cuidados da saúde para aqueles que fossem contribuintes do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – INAMPS (AMADO, 2014). A partir de 1988, independentemente de pagamentos ou contribuições, os brasileiros, passaram a ter direito a todas ações e serviços de saúde pública e de cuidado individual (VENTURA,2009).

O conceito de saúde foi inovado para incorporar, além de aspectos curativos e preventivos, questões relacionadas à promoção, sendo entendida tanto como a ausência de doenças como estando associada as condições e modos de vida da população (MIRANDA,2008).

Dando prosseguimento ao estudo, é mister ressaltar que o texto constitucional apresentou características específicas do direito à saúde, as quais precisam ser analisadas de forma detalhada. Primeiramente, o constituinte definiu a saúde como um direito de todos, sendo possível identificar na redação do artigo tanto uma tutela jurídica do direito individual quanto um direito coletivo de proteção à saúde (MENDES E BRANCO, 2015).

A Carta Magna é nítida ao obrigar o Estado² a exercer o dever fundamental de prestação de saúde através do desenvolvimento de políticas públicas que visem a redução de doenças, a promoção, a proteção e a recuperação da saúde (MENDES E BRANCO,2015). Foi estabelecido, ainda, o caráter universal do acesso aos serviços públicos de saúde, reforçando a responsabilidade solidária dos entes estatais e garantindo, inclusive, a igualdade de assistência à saúde, independentemente das condições financeiras e da nacionalidade dos indivíduos (MENDES E BRANCO,2015).

Conforme Ventura (2009), o Estado Brasileiro apresenta duas funções no tocante ao direito à saúde. A função de provedor, que envolve a prestação de serviços gratuitos e universais de assistência à saúde, inclusive, sexual e reprodutiva, no âmbito do SUS, bem como a função reguladora, estabelecendo leis e regulamentações para acesso aos serviços de saúde.

Neste sentido, segundo Diniz (2014) *apud* Montgomery, o conteúdo normativo da saúde apresenta o nível do direito programático que é destinado a orientar a política

² No sentido *latu sensu* engloba a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios.

estatal para melhoria do setor da saúde e o da obrigação jurídica que é dirigida a assegurar condições para que o cidadão obtenha um nível máximo de saúde.

No intuito de garantir a promoção e concretização do direito à saúde foi criado o Sistema Único de Saúde – SUS, conforme artigo 198 da Constituição Federal, *in verbis* :

Art.198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I– Descentralização, com direção única em cada esfera do governo;
- II – Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízos de serviços assistenciais;
- III – Participação da comunidade.

A descentralização, uma das diretrizes do SUS, tem sua aplicação por meio do financiamento através das três esferas do governo e a execução de serviços por conta dos Municípios, objetivando uma atuação conjunta para que sejam promovidas melhorias na saúde da população, contudo, por diversas vezes o repasse financeiro para os Estados e Municípios não é administrado com responsabilidade, o que impede a concretização da universalidade do direito à saúde (SOUZA E COSTA,2010).A segunda diretriz apresentada pelo constituinte foi o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, tal diretriz diz respeito a continuidade do atendimento e ao fato de que cada pessoa deve ser tratada como um ser indivisível e integrante de uma comunidade (SOUZA E COSTA,2010).

A última diretriz apresentada pela Carta Magna vigente é a participação comunitária, que conforme Ventura (2009), é viabilizada por meio dos Conselhos de Saúde permanentes que atuam na formulação de estratégias e controle de políticas públicas, ampliando os espaços de participação da comunidade na administração pública.

Neste interim, nota-se que a Constituição Federal definiu de forma ampla as atribuições do SUS, sendo, então, promulgadas as Leis Federais nº 8.142/90 e nº 8.080/90, objetivando concretizar os preceitos constitucionais e efetivar o SUS. A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, denominada de Lei Orgânica da Saúde, é responsável por tratar da promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento do SUS, enquanto que a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as

transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (SOUZA E COSTA,2010).

Ainda que constituído como um sistema público, a rede privada de saúde pode integrar o SUS, através de contrato administrativo nos casos em que o objeto da integração for a mera compra de serviços ou por meio de convênio firmado com o poder público, quando houver interesse comum em firmar parceria na prestação de serviços e promoção de saúde (MENDES E BRANCO,2015). Também é possível a livre iniciativa privada nos serviços de assistência à saúde de forma suplementar, ou seja, os serviços de saúde são concretizados pelas entidades privadas fora do âmbito SUS, sendo contratados diretamente pelo cidadão (VENTURA,2009).

Em que pese a Constituição Federal ter garantido a saúde como um direito de todos, inclusive com a criação do Sistema Único de Saúde e com a permissão da livre iniciativa privada, tais medidas não foram suficientes para concretizar os direitos dos portadores de Aids/HIV. Embora os termos sejam utilizados como sinônimos, ter HIV não significa ter Aids, tendo em vista que muitas pessoas infectadas pelo vírus, denominadas de soropositivos, vivem anos sem apresentar sintomas e sem desenvolver a Aids.

Aids é a síndrome da imunodeficiência adquirida, pela qual o sistema imunológico do portador não consegue proteger o corpo, facilitando o desenvolvimento de inúmeras moléstias, sendo causada pelo vírus da imunodeficiência humana que é conhecido popularmente como HIV , sendo que tal vírus pode ser transmitido por transfusão de sangue contaminado, prática de sexo inseguro com pessoa infectada, uso de drogas endovenosas com agulhas comunitárias, via perinatal, transplante de órgãos, a partir da mãe soropositiva para seu filho durante a gravidez, o parto ou amamentação e também por inseminação artificial com sêmen de doador infectado (DINIZ,2014).

De acordo com o Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais, o HIV ataca o sistema imunológico penetrando no interior da membrana do linfócito CD4 para se multiplicar, com isso o sistema de defesa vai perdendo a capacidade de responder adequadamente, tornando o corpo mais vulnerável. A partir do momento que o organismo não tem mais forças para combater esses agentes externos e a pessoa começa a ficar doente mais facilmente é que se diz que tem Aids.

No Brasil, a epidemia de Aids/HIV surgiu no começo da década de 1980, em um momento de intenso questionamento político e de transição democrática. O cenário político nacional da época, as constantes violações dos direitos dos infectados e a inércia do Estado em apresentar respostas para a epidemia, impulsionou o surgimento das primeiras organizações voltadas para a defesa dos direitos dos portadores de Aids/HIV (MIRANDA,2008).

A atuação do movimento gay é outro fator que marcou o início das articulações no combate a Aids/HIV. Os participantes de tal movimento foram os primeiros a serem afetados pela doença e os mais atingidos pelo preconceito e discriminação, situação que fez com que este grupo fosse o primeiro a se posicionar publicamente e exigir das autoridades competentes medidas de combate à epidemia (MIRANDA,2008). Vianna e Lacerda (2004), destacam dentre as organizações de combate à epidemia: o grupo de apoio e prevenção a AIDS – GAPA, a associação interdisciplinar de Aids – ABIA e o Pela Vida, estes grupos apresentavam como ponto comum de atuação a preocupação em intervir de modo mais significativo na elaboração de políticas públicas, bem como a prestação de assistência jurídica aos portadores de Aids/HIV.

Foram propostas diversas ações-civil públicas, pleiteando, especialmente, acesso ao tratamento da Aids e a distribuição dos medicamentos para a doença (MIRANDA,2008). As decisões favoráveis formaram, então, uma jurisprudência sobre o tema e tais ganhos acabaram se convertendo em lei ou políticas públicas, como no caso do acesso aos medicamentos e da regulamentação dos planos de saúde (MIRANDA,2008).

No ano de 1988, foi promulgada uma nova Constituição Federal, entretanto, conforme já mencionado, a Carta Magna não foi suficiente para concretizar os direitos das pessoas soropositivas, sendo necessário a criação de portarias e de leis específicas sobre o assunto. Em 1996, foi aprovada a Lei Federal nº 9.313, que obrigou a distribuição universal e gratuita dos medicamentos necessários para o tratamento da Aids através do SUS, e estabeleceu a obrigatoriedade da revisão periódica dos medicamentos distribuídos (VENTURA,2009).

Já no ano de 1998, o governo brasileiro por meio da Portaria Federal nº 488, dispôs sobre os procedimentos para testagem sorológica, e o amplo acesso aos testes voluntários e serviços de aconselhamento. Neste mesmo ano, foi promulgada a Lei nº

9656, determinando que o tratamento dos soropositivos seriam abrangidos pelos planos e seguros privados de saúde (VENTURA,2009).

Ao se falar sobre a história da Aids/HIV no Brasil, torna-se imprescindível uma análise acerca do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (PN DST/Aids), este programa foi criado no ano de 1986, sendo marcado por um forte movimento organizado em defesa da saúde como um direito de todos e dever do Estado (VENTURA,2009). Segundo Ventura (2009), atualmente, o PN DST/Aids é um departamento da Secretária de Vigilância da Saúde, que foi integrado ao programa de Hepatites Virais, e desenvolve uma política integrada de prevenção, diagnóstico e tratamento da doença, oferecendo os serviços de forma descentralizada por meio de centros de referência e casas de apoio, objetivando conter a transmissão do HIV e promover a saúde das pessoas que convivem com a Aids.

Segundo Vargas, Maksud, Moás e Britto (2010), a partir da aprovação da Lei 9.313 de 1996, com a disponibilização gratuita e universal dos medicamentos antirretrovirais, a Aids passou a ser considerada uma doença tratável, ocasionando mudanças no processo reprodutivo, que antes era considerado incompatível com a presença do vírus HIV, sendo necessárias políticas públicas para garantir a efetivação destes direitos. No âmbito do Ministério da Saúde, foram realizadas iniciativas para atender à demanda de reprodução dos casais soropositivos, como foi o caso do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, lançado em 2004, que estabeleceu como obrigação do Estado, promover a qualidade de vida das mulheres vivendo com Aids no que diz respeito aos direitos sexuais e reprodutivos (MOÁS; VARGAS; MAKSUD; BRITTO,2013).

Já ano de 2005, como uma das atividades previstas no Plano Nacional de Política das Mulheres, foi criado um grupo de trabalho para estruturar uma agenda integrada de efetivação do planejamento familiar em casais que convivem com o vírus do HIV, dentre as propostas do grupo destacou-se a criação de 6 centros de reprodução assistida destinados a essa parcela da população (VARGAS et.Al,2010).Nos anos seguintes, mais precisamente no ano de 2007 e 2008, foram lançados, respectivamente, o Plano Integrado de Enfretamento da Feminilidade da Epidemia da Aids e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis e o Projeto Mais Saúde, contudo, não foram feitas menções específicas à reprodução dos portadores de HIV.

Foi no ano de 2010, com a publicação do documento “Recomendações para a Terapia Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV”, do Ministério da Saúde, que foram apresentadas, pela primeira vez, estratégias para redução do risco de transmissão sexual do HIV no processo reprodutivo das pessoas convivem com o vírus, sendo mencionadas as técnicas de reprodução humana assistida (MOÁS et.Al,2013).

4 AS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA COMO FORMA DE EFETIVAR O PLANEJAMENTO FAMILIAR DOS PORTADORES DE HIV/AIDS

A reprodução assistida é aquela em que o casal recebe orientação para programar a maneira de suas relações, sendo que a orientação pode ocorrer por duas formas, quais sejam: aconselhamento e acompanhamento da atividade sexual do casal ou pelo emprego de técnicas médicas avançadas de reprodução humana, de modo a interferir diretamente no ato reprodutivo, objetivando viabilizar a fecundação (SCALQUETTE,2010). Conforme Salles (2014), as técnicas mais utilizadas são a inseminação artificial (IA); a fertilização in vitro (FIV); a injeção intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI); a reprodução humana assistida com gametas (GIFT) e a reprodução humana assistida com os zigotos (ZIFT).

Segundo Scalquette (2010), a inseminação artificial (IA) consiste na introdução de uma quantidade de espermatozoides no interior do canal genital feminino com o auxílio de um cateter, sem a ocorrência de relação sexual. A fertilização in vitro (FIV) reproduz a fecundação, artificialmente, através do uso de hormônios para induzir a mulher a produzir óvulos em multiplicidade. Em seguida, os óvulos são retirados mediante procedimento de laparoscopia ecográfica ou punção transvaginal, para manipular em laboratório e fazer uma classificação, sendo que posteriormente tais óvulos são fecundados ocorrendo a fusão do gameta feminino e masculino resultando na concepção humana (SALLES,2014).

A injeção intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI), consiste na injeção de um único espermatozoide no citoplasma do ovulo, por meio de um microscópio especial (Scalquette,2010). Esta técnica é indicada para casos de infertilidade masculina ocasionada por baixa produção de espermatozoides e também, em caso, de dificuldade de ejaculação (SALLES,2014).

Na reprodução humana com gametas (GITF), o sêmen é introduzido diretamente no corpo da mulher facilitando o encontro com o óvulo, sem que haja qualquer manipulação externa do óvulo ou do embrião (DINIZ,2014). Na reprodução assistida com zigotos (ZIFT), o óvulo da mulher é retirado para fecunda-lo na proveta, com sêmen do marido ou de outro homem, para depois introduzir o embrião no útero (DINIZ,2014).

No Brasil, a lei de planejamento familiar ampliou o âmbito de proteção à saúde reprodutiva da mulher, consolidando o uso das técnicas de reprodução humana assistida e estabelecendo a obrigação de custeio pelo Sistema Único de Saúde, conforme artigo 9º da Lei 9.263/1996, *in verbis*:

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

Em que pese a referida lei consolidar o uso das técnicas de reprodução humana assistida, ainda não existe no ordenamento jurídico uma legislação específica sobre o tema, sendo o assunto disciplinado, apenas, pela Resolução 2.121/2015 do Conselho Federal de Medicina, que revogou a resolução 2.013/13. A realidade é que tal resolução não tem natureza jurídica de norma, pois se trata apenas de uma regulamentação.

A resolução 2.121/2015 traçou as mesmas diretrizes apontadas nas resoluções anteriores, quais sejam: o uso das técnicas de reprodução humana assistida desde que não incorra risco grave de saúde para os pacientes ou descendentes e com o consentimento livre e esclarecido das pessoas envolvidas no procedimento, bem como a vedação da escolha do sexo ou qualquer outra característica dos futuros filhos, salvo para evitar doenças. Além disso, proibiu o uso das técnicas com outra finalidade que não seja a procriação e limita em 04 (quatro) o número de oócitos e embriões a serem transferidos para a receptora.

A citada resolução inovou ao permitir que mulheres com mais de 50 anos possam realizar procedimentos de reprodução humana assistida, desde que o médico e a paciente assumam os riscos de uma gravidez tardia e também ficou esclarecido que em casos de união homoafetiva entre mulheres, é possível que uma dela implante o embrião gerado do óvulo da parceira.

No tocante aos portadores de Aids/HIV, no ano de 2005, foi aprovada pelo Ministério da Saúde a portaria de nº 426, que incluía como sujeito alvo das políticas de reprodução assistida, o portador de HIV, no entanto, antes mesmo de sua implementação, a política foi revogada pela Portaria Ministerial de nº 2.048/2009, sob a justificativa da necessidade de avaliação de impacto e de recursos financeiros (VENTURA,2009). Em que pese a resolução 2.121/2015 não citar de forma expressa, não se pode negar o acesso das técnicas de reprodução humana assistida aos portadores de Aids/HIV, uma vez o direito ao planejamento familiar está previsto constitucionalmente ao lado do direito à saúde, portanto, nada mais adequado do que permitir o uso de tais procedimentos nas pessoas que desejam ter filhos, mas que os buscando, correm o risco de contaminar o nascituro ou o próprio parceiro (SCALQUETTE,2010).

A relação entre o exercício dos reprodutivos e a Aids/HIV apresenta algumas peculiaridades que devem ser observadas para a tutela efetiva da autonomia reprodutiva. O acesso de casais soropositivos e sorodiscordantes³ as novas tecnologias reprodutivas é atravessado pelo estigma e pelo julgamento moral (MOÁS et.Al,2013).

Segundo Ventura (2004), a gravidez de uma mulher soropositiva é revestida de discriminação social e legal. Na primeira, a mulher é considerada irresponsável pela sociedade por gerar uma criança que poderá nascer infectada ou ficar órfã, já a discriminação legal se dá pelo fato da legislação pátria não permitir que essa mulher tida como irresponsável opte pela interrupção da gravidez.

Outro aspecto importante e que merece ser analisado é o valor atribuído a paternidade e a maternidade, que por muitas vezes, são considerados determinantes da identidade social, de tal forma que as decisões a respeito de ter ou não filhos relacionam-se diretamente à grande importância dada à família nessas sociedades, deste modo, o exercício dos direitos reprodutivos pelos portadores de HIV são um meio de resgatar a dignidade e a identidade social destas pessoas, posta em questão pela sua condição sorológica (VENTURA,2009). Neste contexto, as técnicas de reprodução humana assistida surgem como as alternativas mais seguras para que as mulheres e homens portadores de HIV/Aids efetivem o seu direito ao exercício do

³ Apenas um dos parceiros possui o vírus HIV.

planejamento familiar, evitando, dessa forma, os riscos de transmissão do vírus para o parceiro e para a criança (VENTURA,2009).

Segundo Rodrigues (s.d), sendo o homem o único portador do vírus, o procedimento adequado é a Dupla Lavagem de Semên para utilização na fertilização *in vitro* (FIV) com injeção citoplasmática do espermatozoide (ICSI). Nesta técnica, os espermatozoides são colocados em uma centrífuga para que sejam separados do sêmen, uma vez que o HIV fica concentrado, principalmente no sêmen e não no espermatozoide. Depois é feita uma análise minuciosa para selecionar o espermatozoide que vai ser injetado dentro do óvulo previamente extraído da mulher, e então, após a fertilização o embrião é implantado no útero da mulher.

Já nos casos em que somente a mulher é portadora do vírus ou quando o casal é soropositivo, o procedimento mais indicado é a inseminação artificial, sendo a avaliação multidisciplinar e o acompanhamento pré-natal, indispensáveis para evitar a transmissão do vírus ao nascituro. É recomendável, ainda, o parto cesáreo, a aplicação do AZT (antiviral) no bebê durante os três primeiros meses e que a mãe soropositiva não amamente (RODRIGUES, s.d).

Apesar da existência dos tratamentos que permitem que pessoas infectadas pelo HIV tenham filhos saudáveis, ainda, se discute sobre a disponibilização desse tipo de serviço pelo Sistema Único de Saúde, tendo em vista que tais tratamentos ensejariam a alocação de uma soma considerável de recursos públicos que faria falta para o tratamento de outras doenças (SCALQUETTE,2010). Neste trilhar, Scalquette (2010), preleciona que a situação, no entanto, seria inversa, uma vez que ao viabilizar o uso das técnicas para os portadores de Aids/HIV seria reduzido o número de pessoas contaminadas, e conseqüentemente o gasto público para o tratamento da Aids diminuiria.

Outra situação que dificulta o acesso dos portadores de Aids/HIV ao exercício livre e efetivo do planejamento familiar é o fato de que a oferta destes serviços em hospitais públicos ainda é muito pequena, principalmente, pelos altos custos que envolvem as técnicas de reprodução humana assistida (SCALQUETTE,2010). O perfil epidemiológico brasileiro do Aids/HIV, atinge, na maioria das vezes, uma parcela da população com precárias condições materiais, situação inversamente proporcional aos altos custos das novas tecnologias reprodutivas, que geralmente podem ser arcados pelas classes médias e altas (VARGAS et.Al,2010).

5 CONCLUSÃO

Por todo exposto, aufere-se que o planejamento familiar se constitui numa importante conquista no âmbito dos direitos humanos, sendo positivado como um direito fundamental na Constituição Federal Brasileira. Desta forma, torna-se obrigação do Estado garantir de forma efetiva o direito de todos os indivíduos, inclusive dos portadores de Aids/HIV, de constituir sua família e para tanto, deverão ser implementadas políticas públicas para a concretização do referido direito.

No tocante aos portadores de Aids/HIV, devem ser respeitadas certas peculiaridades para efetivação de tal direito, tendo em vista o risco de contaminação do nascituro, sendo que o uso das técnicas de reprodução humana assistida é considerado a forma mais segura de concretização da liberdade de planejamento familiar dos soropositivos. O ordenamento jurídico brasileiro permite o uso de tais técnicas, entretanto, não existe uma legislação específica sobre o tema, sendo regulamentado, apenas, pela Resolução 2.121/2015 do Conselho Federal de Medicina.

O Sistema Único de Saúde – SUS disponibiliza o acesso as técnicas de reprodução humana assistida, contudo, em razão dos altos custos financeiros, a oferta nos hospitais públicos ainda é muito restrita, o que limita o exercício livre e efetivo do planejamento familiar aos portadores de Aids/HIV, tendo em vista que o perfil epidemiológico dos soropositivos no Brasil, atinge, em sua maioria, uma parcela da população que não possui condições para arcar com tais custos.

REFERÊNCIAS

AMADO, Frederico. **Curso de direito e processo previdenciário**. Salvador: Juspodivum, 2014.

BRASIL. **Código Civil e Constituição Federal**. 64 ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

BRASIL. **Lei 9.263, 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://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9263.htm>. Acesso em: 22 de outubro de 2015.

BRASIL. **Lei 9.313, de 13 de novembro de 1996**. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de Aids. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9313.htm>. Acesso em: 23 de outubro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 426, de 22 de março de 2005**. Institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_426_ac.htm>. Acesso em: 27 de outubro de 2015.

CHAGAS, Márcia Correia; LEMOS, Mariana Oliveira. **O Direito ao planejamento familiar como direito humano fundamental autônomo e absoluto?** 2013. Disponível em: <<http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=39a1dafc5f8576b4>>. Acesso em: 12 de outubro de 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução Nº 2.121/2015**. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2015/2121_2015.pdf>. Acesso em: 24 de outubro de 2015.

CORRÊA, Sônia; ALVES, José Eustáquio Diniz; JANNUZZI, Paulo de Martinho. **Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores**. 2003. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/outraspub/ind_mun_saude_sex_rep/ind_mun_saude_sex_rep_capitulo1_p27a62.pdf> Acesso em: 05 de outubro de 2015 >.

COSTA, Ana Maria. **Planejamento Familiar no Brasil**. Revista Bioética, Brasília, n.4, v,2, 1996. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/416/379>. Acesso em: 10 de outubro de 2015.

DINIZ, Maria Helena. **O Estado Atual do Biodireito**. 9.ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

Estáticas. Disponível em: <<http://unaid.org.br/estatisticas/>>. Acesso em: 20 de outubro de 2015.

LINDNER, Sheila Rubia; COELHO, Elza Berger Salema; CARRARO, Telma Eliza. **Direitos Reprodutivos: entre o discurso e a prática na atenção à saúde da mulher com foco no planejamento familiar**. 2006. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/gestores/saladeleitura/artigos/artigodissertacaoSheila.do.c.>> Acesso em: 05 de outubro de 2015.

LOUREIRO, Cláudia Regina Magalhães. **Introdução ao Biodireito**. São Paulo: Saraiva, 2009.

MAZZUOLI, Valério de Oliveira. **Curso de direito internacional público**. 4ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010.

MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Bonet. **Curso de Direito Constitucional**. 10.ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2015.

MIRANDA, Adriana Andrade. "Aids e cidadania: avanços e desafios na efetivação do direito a saúde dos soropositivos". In: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância

em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids, **Direitos Humanos e HIV/Aids: avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil**. Brasília: 2008. p. 11-22.

MIRANDA, Cynthia Mara. **Os movimentos feministas e a construção de espaços institucionais para a garantia dos direitos das mulheres no Brasil**. NIEM/UFRGS, 2009. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/nucleomulher/arquivos/os%20movimentos%20feministas_cyntia.pdf>. Acesso em: 15 de outubro de 2015.

MOÁS, Luciane da Costa; VARGAS, Eliane Portes; MAKSUD, Ivia; BRITTO, Ruth. **HIV/AIDS e reprodução: a perspectiva jurídica em análise**. Caderno de Pesquisa, v.43, n.150. Fundação Carlos Chagas: 2013. Disponível em: <<http://arca.icict.fiocruz.br/handle/icict/11816>>. Acesso em: 26 de outubro de 2015.

O que é AIDS? Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/o-que-e-aids>>. Acesso em: 17 de outubro de 2015.

O que é HIV? Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/o-que-e-hiv>>. Acesso em: 17 de outubro de 2015.

PAGLIARINI, Alexandre Coutinho; SALLES, Lucivânia Guimarães. “O planejamento familiar como nova feição do controle de natalidade e como fator de desenvolvimento sustentável”. In: Souza, José Whashington Nascimento, **Direito Econômico e Socioambiental**. 1.ed. Rio de Janeiro: LMJ Mundo Jurídico, 2014.

PINTAGUY, Jacqueline. **Parte I – História, Política, conceitos: O Movimento Nacional e Internacional da Saúde e Direitos Reprodutivos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/t4s9t/pdf/giffin-9788575412916-02.pdf>>. Acesso em: 03 de outubro de 2015.

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

RODRIGUES, Fábio Eugênio. **Reprodução Assistida ajuda casais soropositivos (e sorodiscordantes) a terem filhos**. Disponível em: <<http://www.medicinareprodutiva.com.br/2010/12/reproducao-assistida-ajuda-casais-soropositivos-e-sorodiscordantes-a-terem-filhos/>>. Acesso em: 20 de outubro de 2015.

SALLES, Lucivânia Guimarães. **Destino dos Embrões Excedentários**. Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de mestre no Programa de Pós-graduação em Direito. Aracaju: UNIT, 2014.

SCALQUETTE, Ana Cláudia S. **Estatuto da Reprodução Humana Assistida**. São Paulo: Saraiva, 2010.

Sintomas e fases da AIDS. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/sintomas-e-fases-da-aids>>. Acesso em: 17 de outubro de 2015.

SOUZA, Geórgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. **O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças**. Saúde e Sociedade, 2010. Disponível em: < <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29666/31538>>. Acesso em: 20 de outubro de 2015.

VARGAS, Eliane Portes; MAKSUD, Ivia; MOÁS, Luciane da Costa; BRITTO, Ruth. **HIV/AIDS, direitos reprodutivos e tecnologias reprodutivas: mapeando diferentes perspectivas**. RECIIS: Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde. Rio de Janeiro: 2010. Disponível em: < <http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/482>>. Acesso em: 28 de outubro de 2015.

VENTURA, Miriam Ventura. **Direitos Reprodutivos no Brasil**. 2.ed. Brasília - Distrito Federal, 2004. Disponível em: < www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos_reprodutivos.pdf >. Acesso em: 09 de outubro de 2015.

VENTURA, Miriam Ventura. **Direitos Reprodutivos no Brasil**. 3.ed. Brasília – Distrito Federal, 2009. Disponível em: < www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos_reprodutivos3.pdf >. Acesso em: 09 de outubro de 2015.

VIANNA, Adriana; LACERDA, Paula. **Direitos e políticas sexuais no Brasil: o panorama atual**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2004.

FREEDOM OF FAMILY PLANNING OF PEOPLE WITH AIDS/HIV IN BRAZIL

ABSTRACT

The purpose of this study is to investigate whether family planning has legal nature of fundamental right and which forms of realization of this right for people with AIDS/HIV. It will develop research through the three-step succession. At first it was traced a brief history about family planning, explaining its significant points, and presenting the Brazilian legislation on the subject. Second, it analyzed the health law in the Federal Constitution and the existing public policies for the treatment of HIV-positive people. In the third, we examined the assisted human reproduction techniques in order to accomplish the family planning of people with AIDS / HIV and an analysis was made regarding Resolution 2.121/2015 of the Federal Council of Medicine.

Keywords : family planning; Fundamental rights ; Carrier of AIDS / HIV ; Cheers

