

## PLANO DE SAÚDE E REPRODUÇÃO ASSISTIDA: A NECESSÁRIA PROTEÇÃO DOS CONSUMIDORES EM RELAÇÃO À COBERTURA EM CASOS DE INFERTILIDADE

*HEALTH PLAN AND ASSISTED REPRODUCTION: THE NECESSARY PROTECTION OF CONSUMERS REGARDING COVERAGE IN CASES OF INFERTILITY*

DOI [10.5281/zenodo.10055253](https://doi.org/10.5281/zenodo.10055253)

Patrícia Santana de Aragão<sup>1</sup>  
Regina Soares de Macedo<sup>2</sup>

### RESUMO

Este artigo, que resulta da condensação do TCC, cujo tema refere-se à recusa pelos planos de saúde da cobertura do tratamento de reprodução assistida a pessoas com infertilidade, tem por objetivo compreender quais as garantias para as pessoas inférteis e as leis que as amparam em todo processo para exercerem, de fato, seus direitos à saúde e ao planejamento familiar. A questão norteadora da pesquisa é expor qual o dever das operadoras de planos de saúde para garantir aos seus assegurados inférteis todo o tratamento necessário para restaurar a saúde e obter a concepção. Visando constatar se os planos de saúde devem cobrir a reprodução assistida, sobretudo da *fertilização in vitro*, uma das espécies de tratamento da infertilidade, são analisados os direitos constitucionais à saúde, ao planejamento familiar e à proteção consumerista, com abordagem qualitativa, dedutiva e descritiva e base em pesquisa bibliográfica na Constituição Federal, Leis infraconstitucionais e Resoluções Normativas, na doutrina e na jurisprudência, incluindo a recente decisão do Superior Tribunal de Justiça (STJ) no Recurso Especial Representativo de Controvérsia. Conclui-se que a falta de cobertura do tratamento por plano de saúde viola direito do casal à realização do seu planejamento familiar.

**Palavras-chave:** planejamento familiar; reprodução assistida; plano de saúde.

### ABSTRACT

This article, which results from the condensation of the final paper, whose theme refers to the refusal by health plans to cover assisted reproduction treatment for people with infertility, aims to understand what guarantees are for infertile people and how laws that support them throughout the process to actually exercise their rights to health and family planning. The guiding question of the research is to qualify the duty of health plan operators to guarantee their infertile insureds the necessary treatment to restore health and obtain creation. Aiming to verify if health plans should cover assisted reproduction, especially *in vitro* fertilization, one of the types of infertility treatment, the constitutional rights to health, family planning and consumer protection are analyzed, with a qualitative, deductive and descriptive approach and based on bibliographic research on the Federal Constitution, infra-constitutional Laws and Normative Resolutions, on doctrine and jurisprudence, including the recent decision of the Superior Court of Justice (STJ) in the Special Representative Appeal of Controversy. It is concluded that the lack of coverage of treatment by health insurance violates the couple's right to carry out their family planning.

<sup>1</sup> Bacharel em Direito pela Faculdade de Presidente Prudente. E-mail: patriciasa2@hotmail.com.

<sup>2</sup> Docente, Especialista em Direito Civil e Processo Civil, do Curso de Direito da Faculdade de Presidente Prudente. E-mail: rainha.macedo@gmail.com.

**Keywords:** family planning; assisted reproduction; health plan.

## 1 INTRODUÇÃO

O planejamento familiar tem base na dignidade da pessoa humana e na paternidade responsável e seu principal objetivo é garantir a mulheres e homens um direito básico de cidadania, como prevê o artigo 226, § 7º, da Constituição: “é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas” (BRASIL, 1988).

Para efetivar esse direito fundamental constitucional, regulamentado pela Lei Federal nº 9.263/96 (BRASIL, 1996), tem-se o desafio de sanar, entre outros problemas, os ligados à infertilidade, definida pela área médica como a incapacidade de conceber após um ano de tentativas sem o uso de métodos contraceptivos e com atividade sexual regular (MATOS, 2019), incluída como doença de causas multifatoriais no rol da Classificação Internacional de Doenças (CID).

O tratamento da infertilidade, por ser ela classificada como doença, deve ter proteção estatal, pois a saúde é direito social previsto na Constituição Federal (art. 6º) e tem linhas gerais fixadas nos artigos 196 a 200 (BRASIL, 1988), sendo assegurado por serviços públicos a todos e por serviços particulares, por meio da contratação de planos de saúde com as operadoras desses planos, que são regulamentadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), agência vinculada ao Ministério da Saúde (BRASIL, 2020).

Assegurar o direito à saúde em casos de infertilidade pode exigir até mesmo a reprodução assistida como a única solução para tratar a doença. Segundo a Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida, o método da fertilização tem até 60% de chances de gravidez em cada transferência embrionária, resultado a depender da idade da mulher (MATOS, 2019); de forma que, quanto antes iniciar o tratamento, maiores as chances de sucesso.

Ocorre que, em tempos em que a medicina reprodutiva avança nos tratamentos, a fertilização *in vitro* (FIV) não recebe cobertura das operadoras de planos de saúde. No entanto, se a infertilidade é doença classificada pela OMS e se o planejamento familiar e o direito à saúde são garantidos pela Constituição, então é dever do Estado e das operadoras de planos de saúde tratarem a pessoa infértil dos sofrimentos, físicos e emocionais, dispondo medicamentos

e tratamentos necessários, mesmo que sejam onerosos, para que alcance a concepção e exercite, efetivamente, o direito ao planejamento familiar.

Este artigo tem por objetivo compreender quais as garantias para as pessoas inférteis e as leis que as amparam em todo processo enfrentado na busca para exercerem, de fato, essas garantias e alcançar a concepção. A questão norteadora da pesquisa é expor: qual o dever das operadoras de planos de saúde para garantir aos seus assegurados inférteis todo o tratamento necessário à restauração de sua saúde, incluindo as técnicas de reprodução assistida, sobretudo a fertilização *in vitro*?

Por haver muitas pessoas que sofrem com a infertilidade, é oportuno e importante discutir a obrigatoriedade de os planos de saúde custearem tratamentos de reprodução assistida em casos dessa patologia, garantindo-lhes saúde e concepção. Esse direito das pessoas inférteis é questão complexa que envolve vários aspectos do Direito Constitucional, Civil e Consumerista, além de várias leis relativas à saúde e de atos normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A necessidade de abranger esses vários aspectos demanda uma pesquisa bibliográfica da Constituição Federal, de várias Leis infraconstitucionais, de Resoluções Normativas ANS, de doutrinas abalizadas e de jurisprudência, especialmente, da recente decisão do Superior Tribunal de Justiça (STJ) no Recurso Especial Representativo de Controvérsia, e exige uma análise por meio de abordagem qualitativa, dedutiva e descritiva que possa evidenciar a responsabilidade das operadoras dos planos de saúde nos tratamentos de reprodução assistida, sobretudo quanto à fertilização *in vitro* (FIV).

## **2 FAMÍLIA E PLANEJAMENTO FAMILIAR**

A família é o alicerce sobre o qual cada pessoa estabelece seus relacionamentos, a primeira forma de socialização do indivíduo, o meio pelo qual são herdados os valores e a cultura que constroem a base individual de todos, já que é impossível haver um ser humano que não tenha provindo de uma família. Ainda que inconscientemente, os valores e costumes de um ser humano são herdados, por ele, de seus ascendentes, bem como são herdados dele por seus descendentes (CENTA, 1998).

Reconhecendo que a compreensão da família é interdisciplinar, dada a sua complexidade, por ser o primeiro de todos os agrupamentos humanos a partir do qual todo ser

humano nasce e que funciona como estrutura básica de outros grupos coletivos: clãs, tribos, sociedades etc., passa-se às suas questões jurídicas.

## 2.1 Conceito de família

A família prevista no Código Civil de 1916 tinha influência da codificação francesa e dos valores então vigentes. O Estado reconhecia apenas a família resultada do casamento, baseada no modelo de hierarquia patriarcal e unida, especialmente, para formação de relações patrimoniais. Essa concepção foi mudando até prevalecerem as relações socioafetivas voltadas para a promoção da dignidade humana de seus membros (FARIAS; ROSENVALD, 2019).

Fruto dessa transição de modelo, a atual Carta Magna (BRASIL, 1988) reconhece a família como base da sociedade (art. 226) e fixa igual proteção pelo Estado se ela resulta do matrimônio ou da união estável entre o homem e a mulher (§ 3º) ou formação por qualquer dos pais e seus descendentes (§ 4º). O Estado também reconhece e protege a entidade familiar resultante da união estável ou do casamento entre pessoas do mesmo sexo, conforme decisões do Supremo Tribunal Federal (STF) e Superior Tribunal de Justiça (STJ), baseadas nos princípios constitucionais, que levaram à edição da Resolução nº 175/2013, pelo Conselho Nacional de Justiça, vedando a “recusa de habilitação, celebração de casamento civil ou de conversão de união estável em casamento entre pessoas de mesmo sexo” (BRASIL. CNJ, 2019).

As atuais entidades familiares têm proteção estatal a partir de regras e princípios constitucionais, civis e de outras leis que regulam seus direitos. Dentre os civilistas, Gagliano e Pamplona Filho (2017) apontam, como peculiares do direito de família, os princípios da afetividade, da solidariedade familiar, da proteção do idoso, da função social da família, da plena proteção das crianças e adolescentes, da convivência familiar, e da intervenção mínima do Estado de Direito no direito de família.

Por sua vez, Farias e Rosenvald, embora afastem a caracterização do afeto como princípio jurídico fundamental do direito das famílias, posto que se assim fosse ele seria exigível e, no entanto, “não se pode, na esfera técnica do Direito, impor a uma pessoa dedicar afeto (amor, em última análise) a outra” (2019, p. 56), entendem que o afeto é um postulado e que a afetividade é traduzida, concretamente, no “respeito às peculiaridades de cada um de seus membros, preservando a imprescindível dignidade de todos” (2019, p. 54).

## 2.2 Planejamento Familiar

O planejamento familiar possibilita muito além da decisão de ter ou não filhos, pois permite que homens e mulheres, que almejam constituir, individualmente, uma família monoparental, e os casais possam também decidir a quantidade de filhos e o intervalo desejado entre as gestações. Com base no princípio da dignidade da pessoa e na paternidade responsável, a formação de suas famílias pode ser planejada por cada homem, mulher e casal, conforme o modelo que escolherem, de forma consciente, com domínio das informações e sem pressão, violência, coerção ou discriminação.

A previsão do planejamento familiar está no artigo 226, § 7º, da Constituição:

§ 7º Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas (BRASIL, 1988).

Esse artigo constitucional é regulado pela Lei nº 9.263, de 1996 (BRASIL, 1996), que fixa o planejamento familiar como “direito de todo cidadão” (art. 1º) e o entende, para seus fins, “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” (art. 2º). Essa mesma Lei dispõe que o Estado e as entidades particulares que dão assistência à saúde devem oferecer informações, recursos científicos e todos métodos e técnicas para exercício desse direito, vedando imposições e coerções de entidades públicas ou privadas nessa área.

Também o Código Civil consagra o princípio da liberdade ou da não intervenção acerca do direito de família ou das famílias, dispondo no artigo 1.513 que: “É defeso a qualquer pessoa de direito público ou direito privado interferir na comunhão de vida instituída pela família” (BRASIL, 2002). Na concepção de Flávio Tartuce (2018), esse artigo deve ser analisado com certa cautela, pois o Estado pode incentivar o controle da natalidade e o planejamento familiar por meio de políticas públicas.

A respeito de tais políticas, Alves (2006) relata que, a partir dos anos 60, pressões americanas forçaram a entrada no Brasil de entidades internacionais com principal objetivo de controlar o crescimento populacional dos países pobres; e que denúncias de intervenção coativa estatal para “esterilizações maciças” de mulheres na Amazônia foram investigadas por uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) criada em 1967, que não chegou a nenhum resultado conclusivo, mas ajudou a criar um clima de hostilidade contra o planejamento familiar.

A priorização do planejamento familiar para a contracepção resultou das conquistas femininas do século passado, relativas à liberdade sexual e à inserção no universo do trabalho. Para Vilarinho e Gois (2018), o governo brasileiro seguiu o desejo de mais de 120 milhões de mulheres no mundo de evitar a gravidez e, para orientar e conscientizar acerca da instituição familiar e da gravidez, criou a Lei do Planejamento Familiar e a Política Nacional de Planejamento Familiar, que ampliou o acesso a métodos contraceptivos, ofertando oito tipos de preventivos.

Ocorre que a Lei do Planejamento Familiar, que foi criada para expandir a educação de saúde sexual e reprodutiva, fixa no artigo 4º: “O planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade” (BRASIL, 1996). Portanto, a proteção e regulamentação do planejamento familiar deve possibilitar diferentes escolhas, não priorizando apenas a limitação da prole, mas também facultando seu aumento. Assim, já que as ações e os serviços de saúde oferecem procedimentos cirúrgicos de laqueadura e vasectomia, aos que desejam a contracepção, devem, do mesmo modo, ofertar tratamentos gratuitos de reprodução assistida às pessoas que buscam a concepção, mas são acometidas pela infertilidade.

### 3 INFERTILIDADE, TRATAMENTOS E O DIREITO À SAÚDE

Em explicação popular, a infertilidade é a dificuldade ou a impossibilidade para ter filhos; situação que, segundo a fé de muitas pessoas, é castigo ou humilhação e pode ser mudada por oração e jejuns. Centa (1998, p. 6, destaque das autoras) explica que “**A infertilidade é um problema de saúde** que atinge a humanidade desde os tempos mais remotos. O ‘não ter filhos’ sempre esteve envolto por mitos, ritos e símbolos próprios de cada cultura e de acordo com sua temporalidade” e apresenta os dois conceitos abaixo expostos:

O Ministério da Saúde conceitua infertilidade como a incapacidade de um casal obter a gravidez após pelo menos um ano de práticas sexuais frequentes, com ejaculação intravaginal, sem substâncias agregadas e sem precauções anticoncepcionais; ou como a dificuldade de os casais terminarem as gestações com filhos vivos, ou seja, embora consiga obter as gestações, estas terminam em abortamento espontâneo ou natimortos. [...]

A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia - FIGO - conceitua infertilidade conjugal como a ausência de gravidez em um casal com vida sexual ativa, sem uso de medidas contraceptivas, em período de dois ou mais anos; este período de tempo diminui para um ano, quando o casal apresenta mais idade, ou seja, [...] tem mais de 30 anos (CENTA, 1998, p. 38).

Matos (2019) aponta que estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostram que, em todo o mundo, 50 a 80 milhões de pessoas podem ser inférteis e, no Brasil, esse número chega a cerca de 8 milhões e informa que a infertilidade, que pode ter causas femininas, masculinas ou associadas a dificuldades de ambos, é definida pela área médica como a incapacidade de conceber após um ano de tentativas de atividade sexual regular sem o uso de métodos contraceptivos.

Cardoso (2017) indica que a infertilidade, caracterizada e classificada pela OMS como a dificuldade de engravidar, faz parte da relação de doenças da Classificação Internacional de Doenças (CID). No site da MedicinaNET (2021) pode se ver o rol:

- N46 Infertilidade masculina
- N97 Infertilidade feminina
- N97.0 Infertilidade feminina associada à anovulação
- N97.1 Infertilidade feminina de origem tubária
- N97.2 Infertilidade feminina de origem uterina
- N97.3 Infertilidade feminina de origem cervical
- N97.4 Infertilidade feminina associada à fatores do parceiro.
- N97.8 Infertilidade feminina de outra origem
- N97.9 Infertilidade feminina não especificada

Embora seja a mulher quem mais atua para descobrir as causas, a infertilidade deve ser tratada como condição vivenciada pelo casal, pois ela pode resultar de fatores do homem, da mulher ou de ambos, e a participação masculina, na sua gênese, é tão importante quanto a feminina (CENTA, 1998). Seu diagnóstico faz surgir verdadeira batalha para que casais ou mulheres que desejam ser mães solo consigam gerar um filho; pois, a produção de óvulos é limitada desde o nascimento da mulher e a chance de gravidez vai se reduzindo com o avançar da idade, sobretudo após os 35 anos, quando os hormônios produzidos pelo corpo feminino também tendem a diminuir. E muitos problemas psicossociais podem surgir:

Em um estudo que avaliou as preocupações com a infertilidade (Anderson *et al.*, 2003), mais de um quarto das mulheres endossou preocupações relacionadas à infertilidade sobre satisfação com a vida, controle sobre a vida, auto-estima, sexualidade e auto-culpa (em homens, isso só acontece relacionado à satisfação com a vida), e como no estudo Newton *et al.* (1999) o escore total de preocupação estava relacionado à depressão (MOURA-RAMOS *et al.*, 2010, p. 302).

O possível surgimento de doenças físicas, psicológicas e comportamentais compromete as relações conjugais e sociais das pessoas inférteis e torna a infertilidade um dilema ainda mais pesado e complexo, que se agrava com cobranças de quando terão filhos.

### 3.1 Tratamentos de reprodução assistida

A medicina, para tratamento das pessoas com infertilidade, disponibiliza métodos de alta e baixa complexidade. Nesse sentido, França (2011) explica que a reprodução humana assistida pode ser compreendida como o conjunto de técnicas que contribuem para a solução dos problemas de infertilidade, viabilizando a concretização da gravidez quando outras medidas terapêuticas ou condutas não tenham sido eficientes.

O Dr. Rosa Filho, ginecologista obstetra e especialista em reprodução humana da Mater Prime, esclarece que, dentre algumas das opções de tratamento indicadas no blog MaterPrime – coito programado, congelamento de óvulos, cirurgias para correção de varicocele e reversão de laqueadura e de vasectomia, mini FIV, inseminação artificial e fertilização *in vitro* (FIV) – os dois últimos procedimentos de reprodução assistida são os mais conhecidos e até confundidos como sendo o mesmo, apesar de suas nítidas diferenças:

Inseminação artificial. É um procedimento mais simples [...] o sêmen é depositado diretamente na cavidade uterina, para que encontre o **óvulo** na trompa e o fecunde. [...] o sêmen é coletado através da masturbação e processado em laboratório, a fim de selecionar os espermatozoides com maior potencial. Para aumentar as chances de fecundação, a paciente recebe uma medicação à base de hormônios, que induz a ovulação.

[...]

Fertilização *in vitro*. [...] a mulher também recebe hormônios para estimular a produção de óvulos. Esses óvulos são aspirados por uma agulha e colocados em um meio de cultivo rico em nutrientes em temperatura e condições ideais [...] são colocados fecundados no laboratório com o sêmen do parceiro. Após sua fertilização, o óvulo é mantido em uma incubadora, onde começa a ocorrer a divisão celular [...]. Posteriormente [...], o embrião colocado no útero da mulher (ROSA FILHO, 2021, p. 1, destaque no original).

Conclui-se que a infertilidade é doença catalogada no CID-10, que tem vários tratamentos; mas, em casos específicos, o procedimento necessário é a reprodução humana assistida e exige em algumas situações a fertilização *in vitro*, mais especificamente.

### 3.2 Direito à Saúde: Responsabilidade do Estado e dos Planos de Saúde

A saúde, que tem estreita ligação com a vida, assim como ela, acabou sendo reconhecida como um direito no artigo 25.1 da Declaração Universal dos Direitos Humanos:

Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde, bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis e direito à segurança em caso de desemprego, doença invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle (ONU, 1948, p. 1).

Tendo conceito ampliado pela OMS, como resultante de várias condições, a saúde é estabelecida pela Constituição Federal (CF) como um direito social (art. 6º), tratado em seção própria, nos termos do artigo 196, como “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 [...]” (BRASIL, 1988).

Com base no artigo 197 da CF, o Poder Público dispõe pela Lei Orgânica da Saúde acerca da regulamentação, fiscalização e controle das ações e dos serviços de saúde; e dada a relevância pública de tais ações e serviços, sua execução ocorre por meio do Serviço Único de Saúde (SUS), para os serviços públicos, enquanto os serviços particulares são prestados por pessoas física ou jurídica de direito privado, principalmente pela contratação de planos de saúde com as operadoras de planos de saúde.

Assim, a Lei 9.656/98 “dispõe acerca dos planos e seguros privados de assistência à saúde” (BRASIL, 1998) e a Lei nº 9.961/2000 criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vinculada ao Ministério da Saúde, para “promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores [...]” (BRASIL, 2000).

Apesar de todo o aparato de proteção constitucional e legal do direito à saúde e a despeito da infertilidade ser reconhecida como doença que consta no rol da Classificação Internacional de Doenças, o direito aos tratamentos necessários para superá-la não resta assegurado, como deveria, porque as ações e os serviços de saúde não dispensam a merecida relevância à concepção. É o que se comprova no Caderno de Atenção à Saúde nº 26, Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva, disponibilizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), que tem mais informações para contracepção do que para a concepção, que acaba sendo desconhecida pela sociedade em sua forma plena.

A Política Nacional de Planejamento Familiar, como visto ao fim da seção anterior, tem baixa oferta de ações e serviços para a concepção, não concretizando a efetiva proteção do direito de saúde às pessoas inférteis. O SUS lhes oferece proteção insuficiente, em razão da demora no atendimento e das limitações que impõe para realizar tratamentos de reprodução assistida; e as operadoras de planos de saúde não as protegem porque negam a cobertura de

exames e tratamento por reprodução assistida, inclusive a fertilização *in vitro*, mesmo quando ela é a única solução para superar a doença.

Samrsla *et al* (2007) defendem que se o Estado é limitado para ofertar serviço público capaz de tratar a infertilidade, tornando as pessoas inférteis ainda mais distantes da proteção ao direito à saúde, então lhe é devido intervir na relação negocial entre essas pessoas e as operadoras de planos de saúde, para devolver equilíbrio à relação jurídica. Razão lhes assiste, pois esse equilíbrio é assegurado por princípios contratuais, adotados pelo Código Civil (BRASIL, 2002), e determinado pelo Código de Defesa do Consumidor (BRASIL, 1990).

Ademais, o direito constitucional à saúde deve ser efetivamente garantido ao usuário-consumidor acometido pela infertilidade, por meio da “cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar” para tratamento, inclusive por reprodução assistida, nos termos da Lei 9.656/98 e da Resolução Normativa ANS nº 465/21 que fixam ampla cobertura, à exceção tão somente da inseminação artificial.

Portanto, se diagnosticada a infertilidade e houver indicação médica da fertilização *in vitro* como tratamento necessário para sanar a doença, a negativa de sua cobertura pelas operadoras dos planos de saúde, conforme costuma ocorrer, afronta essas e outras normas de saúde e viola o princípio da dignidade humana e os direitos fundamentais tanto da saúde quanto do planejamento familiar.

#### **4 PLANEJAMENTO FAMILIAR E TRATAMENTO DE INFERTILIDADE X PLANOS DE SAÚDE**

Muitas pessoas têm feito o planejamento familiar para terem filhos após consolidarem a carreira profissional ou terminarem os estudos e, com isso, descobrem a infertilidade mais tarde, dispendo de menos tempo para engravidar porque a produção natural de óvulos e hormônios tem tempo limitado. Mesmo com o diagnóstico de infertilidade, doença que é obstáculo à concepção, é possível exercer o direito ao planejamento familiar, diante das diversas opções atuais de tratamento por reprodução assistida.

Contudo, a proteção necessária não se efetiva para os usuários de planos de saúde, aos quais as operadoras negam todos os tratamentos usando os mais diversos argumentos para a negativa dessa cobertura. Elas, contando com o desconhecimento de seus usuários inférteis acerca das leis que protegem os direitos à saúde e ao planejamento familiar, informam que não

têm obrigação de custear os procedimentos e exames para tratamento da infertilidade porque não são assegurados em seus contratos, que fazem lei para elas e seus usuários.

De fato, o contrato faz lei entre as partes pelo princípio da autonomia privada do direito civil (BRASIL, 2002); mas esse princípio é limitado por normas cogentes de ordem pública. Dada a essencialidade do direito à saúde e da relevância dos serviços e ações de saúde, o dever de cobrir tratamento de reprodução assistida é de ordem pública, garantido diretamente pela própria lei, mesmo se não houver cláusula contratual expressa que o assegure.

Ademais, o direito do consumidor assegura a revisão do contrato, livremente celebrado entre as partes, com alteração ou desconsideração das cláusulas manifestamente ilegais e abusivas, cabendo ao Estado intervir na relação negocial para devolver equilíbrio à relação jurídica (BRASIL, 1990).

#### **4.1 Direito Fundamental do Consumidor x Operadoras de Planos de Saúde**

O Código de Defesa do Consumidor (CDC) foi promulgado pela Lei 8.078/90 para regular o direito de proteção ao consumidor, previsto na CF/88 (art. 5º, XXXII), e trazer fim à desigualdade dos consumidores na luta por seus direitos diante dos fornecedores. A defesa dos vulneráveis nas relações de consumo impõe amparo contra as atuações do próprio Estado, mas também exigem do Estado uma atuação positiva (protetiva, tutelar, afirmativa, de promoção) em proteção dos consumidores (MARQUES; BESSA, 2009).

Gonçalves afirma que a globalização e a frenética liberdade de contratar aumentaram as dificuldades nas relações contratuais pelo forte desequilíbrio para a parte mais vulnerável economicamente e esclarece que os contratos de planos de saúde, por se destinarem a garantir direitos indisponíveis, têm especial importância, sendo imprescindível a proteção do CDC também ao consumidor desse mercado, pois resta evidente sua fragilidade e necessidade de manter-se paridade entre as partes contratantes (GONÇALVES, 2015).

Mas as operadoras de planos de saúde insistem em alegar que não se submetem ao CDC porque a elas se aplica a Lei 9.656/98, específica para os planos privados de saúde, negando que a legislação consumerista é aplicável a todos os tipos de relações de consumo e que a Lei 9.961/00 prevê (art. 4º, XXXVI), entre outras competências da ANS, a articulação **“com órgãos de defesa do consumidor visando a eficácia da proteção e defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde,** observado o disposto na Lei nº

8.078/1990 [...]”<sup>3</sup> (BRASIL, 2000, destaque das autoras). Como se sabe, a Lei nº 8.078/90 é o Código de Defesa do Consumidor; aplicável, portanto, às operadoras de planos de saúde,

A insistência das operadoras em negar essa aplicação da legislação consumerista, ainda que por novos aspectos, levou o Superior Tribunal de Justiça (STJ) a editar a Súmula nº 460, que acabou sendo cancelada pela Súmula 608, de 2018, que estabelece: **“Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de planos de saúde, [...]”** (BRASIL. STJ, 2018). Assim, também por mais essa razão, é indiscutível que os contratos dos planos de saúde são de consumo.

Os contratos de plano de saúde são também considerados pela doutrina como contratos de adesão, por serem previamente elaborados apenas pela proponente (operadora do plano de saúde), restringindo o princípio da autonomia privada quanto ao conteúdo do contrato, já que ao consumidor não é oferecida discussão a respeito das cláusulas. Ele (usuário) adere ao contrato e se submete a cláusulas preestabelecidas pela operadora do plano, com termos técnicos e aspectos de saúde e de direito que desconhece e que podem, muitas vezes, conter exclusões de cobertura, causando-lhe excessiva desvantagem com a supressão de tratamentos ou outras restrições prejudiciais.

Por se tratarem de contratos de adesão, seus usuários têm maior proteção, nos termos do CC, artigos 423 e 424, sequencialmente: “Quando houver no contrato de adesão cláusulas ambíguas ou contraditórias, dever-se-á adotar a interpretação mais favorável ao aderente” e “Nos contratos de adesão, são nulas as cláusulas que estipulem a renúncia antecipada do aderente a direito resultante da natureza do negócio” (BRASIL, 2002) e do artigo 47 do CDC: “As cláusulas contratuais serão interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor” (BRASIL, 1990).

A infertilidade é uma grave patologia e o consumidor que sofre com ela faz jus aos tratamentos de reprodução assistida custeados pelas operadoras de planos de saúde, contratadas justamente para eventual necessidade de sanar suas doenças, havendo subsídios claros para exigência desse direito (ARAÚJO; NUNES JUNIOR, 2006). Assim, no caso da infertilidade, o contrato de adesão que exclui tratamentos necessários para permitir a concepção e a gestação de um filho viola normas de direito civil e consumerista, normas constitucionais inerentes à saúde e regras que regulam os serviços de saúde complementar às quais as operadoras dos planos de saúde estão submetidas.

---

<sup>3</sup> Conveniente esclarecer a citação deste e de outros artigos legais sem fontes e cores diversas e nem sublinhado, como no original, porque entendemos que essa grande variedade de destaques – cabível na lei para que se possa acessar a legislação em referência com dois toques sobre sua descrição – não é adequada para o texto científico.

## 4.2 Lei 9.656/98, Lei 9.961/00 e Resoluções Normativas ANS

As normas constitucionais violadas pela recusa das operadoras de planos de saúde na cobertura de tratamentos de reprodução assistida para as pessoas inférteis dizem respeito aos direitos à saúde e ao planejamento familiar. E, entre as normas relativas aos serviços de saúde, violadas por essa recusa, está a Lei nº 9.263/96 (BRASIL, 1996), que regulamenta o planejamento familiar, estabelecendo que ele “orienta-se por ações preventivas e educativas e pela **garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade**” (art. 4º, destaque das autoras).

Essa mesma Lei também fixa os deveres de “promover condições e recursos informativos, educacionais, **técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar**” (art. 5º) e de ofertar “**todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos [...], garantida a liberdade de opção**” (art. 9º), impondo ao Estado e às operadoras de planos de saúde, conforme artigo 6º: “**As ações de planejamento familiar serão exercidas pelas instituições públicas e privadas, filantrópicas ou não, nos termos desta Lei [...]**” (BRASIL, 1996, destaques das autoras).

Outra norma também violada pela recusa de cobertura de tratamentos de reprodução assistida é a Lei 9.656/1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde

Art. 10. É instituído o **plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar**, compreendendo partos e tratamentos, [...] com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, **das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:** (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

[...]

**III - inseminação artificial;**

[...]

§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001). (BRASIL, 1998, destaques das autoras)<sup>4</sup>.

O artigo 10 é claro e seu sentido lógico é de cobertura ampla para o tratamento da infertilidade, doença da CID (OMS), com exceção específica da inseminação artificial, uma das técnicas de reprodução assistida. Todas as demais técnicas de reprodução assistida devem receber cobertura ampla, cuja obrigatoriedade é reforçada pela mesma Lei 9.656/1998:

---

<sup>4</sup> Vide explicações da nota de rodapé nº 3.

Art. 35-C. É **obrigatória a cobertura do atendimento nos casos:** (Redação dada pela Lei nº 11.935, de 2009)

[...]

III – **de planejamento familiar.** (Incluído pela nº 11.935, de 2009)

Parágrafo único. A ANS fará publicar as normas regulamentadoras para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)<sup>5</sup>. (BRASIL, 1988, destaques das autoras)

A ANS, dentre suas competências, exerce sua atividade regulamentadora, fixando diretrizes de atenção à saúde, nos termos do artigo 4º da Lei 9.961/00, por meio de Resoluções Normativas (RN), sendo que **a atual RN é a nº 465/2021, de 24 de fevereiro de 2021**. No entanto, a análise começa pela RN 387/2015, citada pelas operadoras de planos de saúde para negarem a cobertura da fertilização *in vitro* e também mencionada por muitas decisões judiciais, sob a alegação de que a ANS agiu nos limites da competência fixada pela Lei 9.961/2000 que a criou.

Nessa RN 387/15, ao fazer a adaptação, determinada pelo § 1º do artigo 10 da Lei 9.656/98, para as exceções de cobertura do plano-referência, a ANS fixou:

Art. 20. A **cobertura assistencial de que trata o plano-referência compreende todos os procedimentos clínicos, cirúrgicos**, obstétricos e os atendimentos de urgência e emergência, **na forma estabelecida no artigo 10 da Lei nº 9.656, de 1998.**

§ 1º **São permitidas as seguintes exclusões assistenciais:**

[...]

III- inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, **entre outras técnicas;** (BRASIL.MS. ANS, 2015, destaques das autoras).

Há menção expressa ao artigo 10 da Lei 9.656/98, mas há também a ultrapassagem do limite da exclusão de cobertura, fixada apenas para a inseminação artificial, pelo próprio artigo 10, III. Ao indicar outros procedimentos e mencionar a expressão **entre outras técnicas** no artigo 20, III, da RN 387/15, a ANS fez indevida equiparação da inseminação artificial com outras espécies de reprodução assistida, igualou tratamentos diversos e negou, de forma universal, o direito ao custeio da Reprodução Assistida.

---

<sup>5</sup> Vide explicações da nota de rodapé nº 3.

Erraram as muitas decisões judiciais que negaram pedidos de cobertura para fertilização *in vitro* com base na RN 387/15 porque a ANS **não** agiu nos limites de sua competência ao editá-la, conforme clara lição de Leite, a seguir:

As normas imediatamente abaixo da Constituição (infraconstitucionais) e dos tratados internacionais sobre direitos humanos são as leis (complementares, ordinárias e delegadas), as medidas provisórias, os decretos legislativos, as resoluções legislativas, os tratados internacionais em geral incorporados ao ordenamento jurídico e os decretos autônomos. Essas normas são primárias, sendo capazes de gerar direitos e criar obrigações, desde que não contrariem a Constituição.

[...]

Finalmente, **abaixo das leis encontram-se as normas infralegais**. Elas são **normas secundárias, não tendo poder de gerar direitos, nem, tampouco, de impor obrigações**.

**Não podem contrariar as normas primárias, sob pena de invalidade**. É o caso dos decretos regulamentares, portarias, das instruções normativas, dentre outras (2019, p. 10, destaques das autoras).

As Resoluções da ANS são normas infralegais, com função de regular e esclarecer os preceitos legais. Assim, pela hierarquia das leis do sistema jurídico nacional, ANS não poderia, a pretexto de regulamentar o artigo 10, III, da Lei 9.656/98, ampliar a exclusão legal de cobertura do plano-referência como fez no artigo 20, § 1º, III, da RN 387/15, que restringiu ainda mais os direitos dos inférteis à saúde e ao planejamento familiar.

Exorbitando os limites de sua competência e não podendo sustentar sua inovação indevida, a ANS editou a RN nº 465/21 e excluiu do plano-referência a cobertura assistencial apenas da inseminação artificial:

Art. 17. A cobertura assistencial de que trata o plano-referência compreende todos os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos e os atendimentos de urgência e emergência previstos nesta Resolução Normativa e seus Anexos, na forma estabelecida no art. 10 da Lei nº 9.656, de 1998.

Parágrafo único. São permitidas as seguintes exclusões assistenciais:

[...]

III - inseminação artificial;

[...] (BRASIL. MS. ANS, 2021).

A ANS ainda extrapolou os limites da sua competência, ao indicar no artigo 8º da RN 387/15 que “As ações de planejamento familiar de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei nº 9.656, de 1998, **devem envolver as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico [...]**”, pois, ao especificar essas atividades, reduziu as ações fixadas pela Lei 9.263/96 (art. 5º e 9º) que, conforme visto no início desta seção, **também devem**

**disponibilizar recursos científicos, métodos e técnicas de concepção.** Essa redução, que não é permitida pela hierarquia das leis, foi mantida na atual RN.

Outro aspecto importante a se apontar é a antinomia da própria Lei 9.656/98: exclusão da inseminação artificial da cobertura (art. 10, III) X obrigatoriedade da ampla cobertura do atendimento no caso de planejamento familiar (art. 35-C, III). A partir da atual redação do artigo 35-C, III, a interpretação lógica e sistemática é que exclusão da inseminação artificial da cobertura só é possível para pessoa sem problema de infertilidade que não queira a inseminação natural, porque ela pode escolher o planejamento familiar por meio da concepção e gestação do próprio filho e também pode efetivar sua escolha já que não tem doença impeditiva, sendo incabível onerar o plano de saúde com cobertura da inseminação artificial não voltada para tratamento de saúde.

A partir da atual redação do artigo 35-C, III, não cabe mais excluir a inseminação artificial para pessoa infértil, pois diminui as espécies de tratamento que ensejam a concepção e gestação de filho próprio, restringindo a liberdade de escolher e exercer o planejamento familiar. A determinação legal de cobertura obrigatória, ampla e abrangente desse artigo é a que se presta melhor à concretização dos direitos constitucionais à saúde e ao planejamento familiar e a que mais se harmoniza com a Lei nº 9.263/96, que regula o planejamento familiar.

Antes de iniciar nova seção, cabe explicar a pouca dedicação à hierarquia e à interpretação das leis, alegadas apenas no limite necessário para evidenciar a incorreção dos Tribunais em justificarem a improcedência de pedidos de cobertura da fertilização *in vitro* pelos planos de saúde com base na Resoluções Normativas 387/15 da ANS e na sua competência regulamentadora, fixada pelas Leis 9.961/00 e 9.656/98 (art. 10, parágrafo único).

#### **4.3 Enunciado de Saúde Suplementar 20-CNJ e Postura dos Tribunais de Justiça**

A negativa de pedidos de cobertura do tratamento de infertilidade por alguns Tribunais também se funda no entendimento de que os planos de saúde só devem custear a fertilização *in vitro* se houver expressa disposição em cláusula contratual específica. Paixão Filho (2019) informa que os Tribunais se baseiam no Enunciado nº 20: “A inseminação artificial e a fertilização *in vitro* não são procedimentos de cobertura obrigatória pelas operadoras de planos de saúde, salvo por expressa previsão contratual”.

O Enunciado, com essa redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde, foi aprovado pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), durante a I Jornada, de 15 de maio de 2014

(BRASIL. CNJ, 2019). Tais Jornadas são parte do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde, criado em 2010 pelo CNJ para monitorar e resolver os litígios de direito à saúde, em razão da grande demanda, em número e diversidade, **“bem como do forte impacto dos dispêndios decorrentes sobre os orçamentos públicos”** (CONASEMS, 2021, p. 1, destaque das autoras).

Contudo, a aplicação do Enunciado nº 20 não se sustenta porque: a) a restrição de direitos constitucionais como a saúde e o planejamento familiar não pode ser justificada pela contenção de gastos orçamentários, públicos ou privados; b) a hierarquia das normas no sistema nacional impede que os Enunciados possam restringir direito legal e constitucional; e c) tais Enunciados sofrem resistência e divergências quanto aos limites das atribuições do CNJ.

Nesse sentido, Paixão Filho (2019) informa que grande parte dos juízes, mesmo aprovando a iniciativa do CNJ, reconhecem o caráter meramente informativo de seus Enunciados, que não podem invadir prerrogativas do Poder Judiciário, o único competente para pacificar entendimento a respeito de qualquer questão por meio de reiteradas decisões.

Havendo outros entendimentos quanto à obrigatoriedade de os planos de saúde cobrirem tratamentos de infertilidade, são mencionadas algumas decisões Tribunais de Justiça de alguns Estados e dos Tribunais Superiores.

No âmbito do TJSP (SÃO PAULO. TJSP, 2018-a), uma operadora de planos de saúde apelou contra a decisão que lhe obrigou custear a fertilização *in vitro* para um casal. O relator, para justificar a decisão favorável para a apelante, usou os seguintes argumentos: a) a fertilização *in vitro* permite a apelada ter filhos, mas não cura sua infertilidade, e b) o legislador referiu-se a uma técnica de reprodução assistida com a intenção de abranger todas as demais técnicas. Essas afirmações ultrapassam os limites da razoabilidade: a primeira (a) invade a seara da saúde, por ser matéria exclusivamente técnica para a qual o médico é o profissional apto a dar esse tipo de parecer, e a segunda (b) viola a regra de que o intérprete e aplicador do direito não pode ampliar o sentido dado pelo legislador para impor restrição de direitos que ele não estabeleceu expressamente.

Outra apelação (SÃO PAULO. TJSP, 2018-b) foi de uma consumidora que não se conformou com a sentença que negou seu pedido para que a operadora do plano de saúde arcasse com o custo da fertilização *in vitro*. O Tribunal lhe foi favorável com os seguintes fundamentos: a) havendo adesão do usuário a um contrato preexistente, com cláusulas preestabelecidas pelo plano de saúde, deve-se reconhecer e aplicar o princípio do equilíbrio contratual entre as partes para vedar cláusulas abusivas ou aptas a favorecer com exagero o fornecedor de produto ou serviço em detrimento do consumidor; b) a infertilidade é patologia

listada na CID e como no caso havia prescrição médica indicando a fertilização *in vitro* como único tratamento para superar a doença e alcançar a reprodução, a operadora ré deve custeá-lo, porque é obrigatória a cobertura do atendimento nos casos de planejamento familiar (Lei 9.656/98, art. 35-C) e é abusiva a negação do tratamento se há sua prescrição médica (Súmula 102/2013 do próprio TJSP); e c) a negativa de cobertura pela apelada frustrou o objetivo principal do contrato, o que é vedado pelo CDC (art. 51). Nessa decisão, o TJSP, cujo entendimento é divergente, firmou a necessária proteção à consumidora infértil quanto ao planejamento familiar, aplicando corretamente a seara consumerista, a legislação específica de saúde complementar e a sua Súmula 102: “Havendo expressa indicação médica, é abusiva a negativa de cobertura de custeio de tratamento sob o argumento da sua natureza experimental ou por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS” (SÃO PAULO. TJSP, 2017).

O Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios, no qual há divergência de entendimentos, decidiu em 2017 que um plano de saúde arcaria com todos os procedimentos de fertilização *in vitro* para o tratamento de um casal com infertilidade, o que foi celebrado pelo Instituto Brasileiro de Direito de Família. O Tribunal, aplicando a hierarquia dos atos normativos, determinou que **o artigo 35-C da Lei 9.656/98**, que fixa a obrigatoriedade para os planos de saúde de cobrir atendimentos, nos casos de planejamento familiar, **prevalece sobre cláusula contratual, com base em Resolução da ANS**, que fixa a exclusão taxativa da cobertura do tratamento de infertilidade (IBDFAM, 2017, p. 1).

Na jurisprudência estadual baiana, as Turmas Recursais Reunidas aprovaram com unanimidade a Súmula 02, de 2016: “É devida a cobertura pelos planos de saúde do procedimento de fertilização *in vitro*, limitada a 02 (duas) tentativas, em face da configuração da infertilidade como patologia pela OMS” (BAHIA. TJBA, 2016). Essa Súmula trouxe relativa segurança jurídica para os consumidores inférteis que ingressavam nos Juizados Especiais com ações ordinárias de obrigação de fazer contra seus respectivos planos de saúde e, ao recorrerem das decisões negativas de cobertura, se deparavam com inúmeras e divergentes decisões.

No âmbito dos Tribunais Superiores, os Recursos Extraordinários, interpostos contra Acórdãos que negam a cobertura de tratamento de fertilização *in vitro*, invocam violação dos artigos 1º, III; 6º; 196; 226, § 7º; entre outros da CF/88. Não sendo admitidos, levam à interposição de Agravo, que também são negados. Abaixo a decisão do Ministro Luiz Fux, negativa do seguimento do recurso ao julgar o agravo em recurso extraordinário, que espelha as decisões do Supremo Tribunal Federal (STF) em sua maioria:

[...] para dissentir do que decidido pelo Tribunal *a quo*, necessária seria a análise das cláusulas contratuais, bem como o reexame necessário do conjunto fático-probatório dos autos, o que atrai a incidência das Súmulas 279 e 454 desta Corte, as quais dispõem: “*Para simples reexame de prova não cabe recurso extraordinário*” e “*Simple interpretação de cláusulas contratuais não dá lugar a recurso extraordinário*” (BRASIL. STF, 2021).

Embora a decisão se restrinja ao não cabimento do Recurso Extraordinário acerca da matéria em questão, convém destacar que o Ministro Luiz Fux cita parte literal do acórdão recorrido em que o TJDF concorda com a recusa da operadora de plano de saúde para cobertura de fertilização *in vitro*, com base na Lei 9.656/98 (art. 10, III), que exclui a inseminação artificial da cobertura assistencial, evidenciando a já explicada confusão de espécies diversas de reprodução assistida.

O Superior Tribunal de Justiça (STJ), exercendo sua competência para dirimir controvérsias de aplicação de leis infraconstitucionais, foi revelando entendimentos divergentes quanto à obrigatoriedade de as operadoras de planos de saúde cobrirem os tratamentos de reprodução assistida, em caso de infertilidade. Diante do impasse jurisprudencial e do grande número de recursos acerca da mesma questão, a 2ª seção do STJ, para uniformizar o entendimento da matéria, afetou os Recursos Especiais como repetitivos e cadastrou a questão como “Tema Repetitivo nº 1.067”. Em seu voto, o Relator, Ministro Marco Buzzi, conclui:

Com efeito, a técnica médica de fecundação denominada fertilização *in vitro* não possui, segundo a legislação de regência e dos precedentes supramencionados, cobertura obrigatória de modo que, na hipótese de ausência de previsão contratual expressa, é impositivo o afastamento do dever de custeio do mencionado tratamento pelas operadoras de planos de saúde. Nessa medida, para a formação do precedente em recurso repetitivo, propõe-se ao eg. colegiado da Segunda Seção, a fixação da seguinte tese: “Salvo disposição contratual expressa, os planos de saúde não são obrigados a custear o tratamento médico de fertilização *in vitro*” (BRASIL. STJ, 2021, p. 17-18).

A maioria do colegiado seguiu o voto do Relator e, nos termos do Código de Processo Civil (art. 1.039), os recursos que versem sobre a tese firmada serão declarados prejudicados ou julgados em conformidade com essa posição desfavorável aos segurados (BRASIL, 2015). Sem o caráter vinculativo da decisão do recurso repetitivo, serão analisados os fundamentos jurídicos que demonstram a incorreção dessa decisão, a começar pelos votos divergentes dos Ministros Moura Ribeiro e Paulo De Tarso Sanseverino.

O Ministro Moura Ribeiro, divergindo do Relator, negou o provimento ao recurso da operadora de saúde, com os seguintes fundamentos: na dúvida, a interpretação das cláusulas

dos contratos de adesão deve ser feita da forma mais favorável ao consumidor (CDC, art. 10); a infertilidade é moléstia catalogada na CID; a cobertura é a regra na relação do usuário com o plano de saúde; a Lei nº 9.656/98 fixa a cobertura obrigatória do planejamento familiar (art. 35, III) e da reprodução assistida (art. 10, *caput*), com exclusão expressa apenas da inseminação artificial (art. 10, III), espécie diferente da fertilização *in vitro*; a função do Poder Judiciário é interpretar e dar sentido à lei, e não ampliar seu alcance: assim, a exclusão pelo próprio legislador apenas da inseminação artificial não pode ser dilatada pelo Poder Judiciário e nem pela ANS, por suas resoluções normativas; e, o planejamento familiar é assegurado ao casal, sendo seu exercício garantido por meios educacionais ou científicos (BRASIL. STJ, 2021).

O Ministro Paulo De Tarso Sanseverino acompanhou todos os fundamentos do Ministro Moura Ribeiro quanto à cobertura pelo plano de saúde do pedido de fertilização *in vitro*, sobretudo no sentido de que, segundo a inteligência do CDC (art. 47), na dúvida, os contratos devem ter a interpretação mais favorável ao consumidor (BRASIL. STJ, 2021).

Os argumentos já expostos neste artigo também demonstram a incorreção das interpretações feitas pelo Relator, Ministro Marco Buzzi. Sabe-se que a infertilidade é patologia classificada pela CID, que afeta a concepção e cuja superação pode exigir a reprodução assistida (gênero), da qual fazem parte diversas espécies, dentre as quais a inseminação artificial e a fertilização *in vitro*.

A esse respeito, o Relator reconhece que elas são espécies distintas e que “ambas são tratamentos médicos que objetivam a reprodução humana”, mas alega que a fertilização *in vitro* não se presta a tratar da saúde, afirmando que ela “não foi indicada pelo médico que a acompanhou para tratamento da enfermidade, mas, exclusivamente, para alcançar a gravidez” e que, para o enfrentamento da endometriose (patologia verificada nos autos), o Ministério da Saúde não indica essa técnica “para o fim específico de obtenção de êxito no combate da referida doença” (BRASIL. STJ, 2021, p. 9-10).

O Relator não se atenta que a Lei 9.656/98 estipula o plano-referência, com padrão de cobertura ampla e obrigatória pelos planos de saúde das doenças listadas na CID – como é o caso da infertilidade – (art. 10, *caput*), excetuando tão somente a inseminação artificial (art. 10, III). Só isso é suficiente para concluir que a fertilização *in vitro*, sendo distinta da técnica excluída, tem cobertura obrigatória.

O Relator também não se atenta que, mesmo que a fertilização *in vitro* seja como técnica que “não se presta para tratar da saúde”, ela garante outro direito constitucional – o planejamento familiar – por ser um dos “tratamentos médicos que objetivam a reprodução

humana” e ser indicada por profissionais especializados para que as pessoas inférteis cheguem à concepção e possam “alcançar a gravidez”. Por isso, tem cobertura obrigatória pelos planos de saúde por determinação do artigo 35-C, III, da Lei 9.656/98 (BRASIL, 1998).

Mesmo diante dessa conclusão lógica e clara, o Relator toma o sentido diverso da inviabilidade de cobertura da fertilização *in vitro* por plano de saúde, salvo expressa disposição contratual. Inicia esse tópico, definindo as premissas normativas do planejamento familiar (art. 226, § 7º, da CF/88; 1565, § 1º, do CC; e 2º da Lei 9.263/96); expõe que “o caráter central do apelo recursal diz respeito à interpretação dos artigos 10-III e 35-C, da Lei 9.656/98 [...]” (BRASIL. STJ, 2021, p. 11); e afirma a) que a inseminação artificial tem assistência facultativa porque a lei é categórica e expressa em excluí-la da cobertura obrigatória; e que, b) “Diante da amplitude da expressão inseminação artificial, a ANS procurou, por meio de seus atos normativos, **esclarecer** o alcance do termo, tendo editado a Resolução Normativa n. 192, de 27 de maio de 2009” (BRASIL. STJ, 2021, p. 12).

O Relator não se atenta que, no artigo 2º, a Lei 9.263/96 define o planejamento familiar, fixando suas premissas nos artigos 4º, 5º, 6º e 9º, que impõem a execução de várias ações e serviços de atenção à saúde também para os planos de saúde; e nem que a RN 192/2009 não esclareceu o alcance do termo inseminação artificial, mas apenas informou que ela não era de cobertura obrigatória (art. 2º).

Na sequência de sua argumentação, o Relator menciona que as RN ANS 387/2015 e 428/2017 permitem a exclusão assistencial da “**inseminação artificial [...], entre outras técnicas**” (BRASIL. STJ, 2021, p. 12, destaque das autoras), com fundamento na própria Lei 9.656/98 (art. 10, III) e argumenta que: a) falta lógica ao entendimento que a inseminação artificial tem cobertura facultativa, consoante Lei 9.656/98 (art. 10, III) e a fertilização *in vitro*, que é mais complexa e onerosa, tem cobertura obrigatória; e b) a ANS não atuou de maneira excessiva ao estender a exclusão da cobertura para outras técnicas ter autorização da Lei 9.656/98 (art. 35-C, parágrafo único) para regulamentar a matéria (BRASIL. STJ, 2021).

Na seção “4.2 Lei 9.656/98, Lei 9.961/00 e Resoluções Normativas ANS” deste artigo, já se analisou que ANS tem competência para regular e esclarecer os preceitos legais, mas não pode contrariar a lei ou ampliar restrições de direitos, e que suas Resoluções 387/2015 e 428/2017, sendo normas infralegais, não poderiam, em virtude da hierarquia das leis do sistema jurídico nacional, ampliar a exclusão da cobertura obrigatória a outras técnicas de reprodução assistida, já que a Lei 9.656/98 (art. 10, III) excetua apenas a inseminação artificial.

Por isso, o Ministro Moura Ribeiro, em seu voto divergente, ao se referir à RN 387/15, diz que a “malfadada resolução, ao igualar a inseminação artificial e a fertilização *in vitro*, negou, de forma universal, o direito ao custeio da Reprodução Assistida, quando a lei não o fez” (BRASIL. STJ, 2021, p. 37) e lembra que, sob pena de invalidação, só a lei pode inovar a ordem jurídica (*apud* CLÈVE, 2011, p. 311). O Ministro diz que a conclusão natural é que a RN 387/15 promoveu indevida inovação, restringindo e modificando direitos e obrigações legais, ao equiparar a fertilização *in vitro* com a inseminação artificial, porque a Lei 9.656/98 (art. 10, III) “[...] diz expressamente inseminação artificial, e tão somente inseminação, nada dizendo acerca de outras técnicas de Reprodução Assistida” (BRASIL. STJ, 2021, p. 38).

Por fim, ele reitera que “ao expandir/criar novas exclusões assistenciais no plano-referência [...], talvez por má percepção acerca dos conceitos médicos, a Resolução Normativa nº 387/2015 da ANS ampliou o rol taxativo previsto no art. 10 da Lei nº 9.656/98, estando, portanto, em desacordo com ela” (BRASIL. STJ, 2021, p. 39). É inegável que os limites de competência regulamentadora e os limites legais da Lei 9.656/98 (art. 10, III) foram extrapolados. Por isso, sem poder sustentar sua inovação indevida, a ANS fixou a exceção da cobertura assistencial do Plano-Referência aos termos da Lei 9.656/98, apenas à inseminação artificial, na edição da RN nº 465/2021, de 24 de fevereiro de 2021.

Tendo em vista que o julgamento do Recurso Especial ocorreu em 13 de outubro de 2021, mais de 06 meses após a edição da RN 465/21, é possível entender que o Ministro Relator defendeu a **desatualizada** RN 387/15, cuja redação lhe possibilitou afirmar que “Permitir interpretação absolutamente abrangente [...] acerca do alcance do termo ‘planejamento familiar’, de modo a determinar cobertura obrigatória da fertilização *in vitro*, acarretará [...] indesejável repercussão no equilíbrio econômico-financeiro do plano”, e indicar uma interpretação sistemática e teleológica que “garanta o equilíbrio atuarial do sistema de suplementação privada de assistência à saúde”, não se podendo obrigar as operadoras de planos de saúde a custearem procedimentos facultativos, conforme a lei e a regulamentação da ANS (BRASIL. STJ, 2021, p. 13).

Conforme se sabe, o planejamento familiar é previsto pela CF/88 (art. 226, § 7º) e regulado pela Lei 9.263/96, que prevê as ações exigidas dos serviços públicos e particulares de saúde e determina no artigo 9º: “Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção[...]” (art. 9º). Portanto, não confundir a exigência legal de obrigatoriedade da cobertura de uma dessas técnicas, a fertilização *in vitro*, como interpretação abrangente do termo planejamento familiar.

A declarada defesa do Relator quanto ao “equilíbrio econômico-financeiro do plano” e à garantia do “equilíbrio atuarial do sistema de suplementação privada de assistência à saúde” é a mesma que levou o CNJ a editar o EN nº 20, com seguinte teor: “A inseminação artificial e a fertilização *in vitro* não são procedimentos de cobertura obrigatória pelas operadoras de planos de saúde, salvo por expressa previsão contratual” (BRASIL. CNJ, 2019).

A esse respeito tem-se que as operadoras de planos de saúde e a ANS devem buscar outros meios para conter gastos orçamentários, que não seja restringir direitos constitucionais como a saúde e o planejamento familiar. E tem-se também a lição objetiva e precisa do Ministro Moura Ribeiro, citando Sayeg e Balera (2011, p. 177-183): “**A operadora do plano de saúde precisa compreender que o seu capital pode e deve ser humanístico**, no dizer retumbante do professor RICARDO SAYEG” (BRASIL. STJ, 2021, p. 47, destaque das autoras).

Conclui-se, após a indicação de tantos desacertos, que o voto do Relator com 12 páginas, metade é de citação de jurisprudências, leis e doutrinas, concentra-se em apresentar argumentos para proteger o equilíbrio econômico-financeiro dos planos de saúde, deixando de realizar, de fato, uma interpretação sistemática e teleológica da legislação pátria acerca da obrigatoriedade de cobertura da fertilização *in vitro* pelas operadoras dos planos de saúde.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Problema recorrente desde muito tempo diz respeito ao direito do usuário de planos de saúde, acometido de infertilidade, à cobertura obrigatória pelas operadoras desses planos para tratamentos de reprodução assistida, especialmente, a fertilização *in vitro*, em garantia do efetivo exercício dos direitos constitucionais à saúde e ao planejamento familiar X a negativa dos planos de saúde em cobrir esses tratamentos.

Para estudar o problema, este artigo apresentou alguns conceitos primordiais ao entendimento do tema, tais como saúde, planejamento familiar e infertilidade, e abordou a Constituição Federal; muitas leis gerais e também as específicas, acerca dos serviços e ações de assistência à saúde; e resoluções normativas da ANS, que regem os planos de saúde. Restou evidente que o dever do Estado em cobrir os tratamentos de reprodução assistida para superar a infertilidade é também das operadoras de planos de saúde, que, voluntariamente, se propõem a oferecer planos particulares de assistência à saúde, criando para si esses deveres inerentes ao sistema de saúde, frente aos seus segurados.

Havendo grande divergência jurisprudencial acerca da matéria, ela foi afetada ao rito dos recursos repetitivos no STJ e no voto do Relator não há interpretação sistemática e teleológica da vasta legislação que envolve essa complexa questão, mas enfoque a poucas normas e aspectos restritos para firmar a seguinte Tese: "Salvo disposição contratual expressa, os planos de saúde não são obrigados a custear o tratamento médico de fertilização *in vitro*".

Os equívocos dos argumentos do Relator, que estão evidentes no Voto divergente do Ministro Moura Ribeiro, têm peso acentuado em razão do caráter vinculativo do precedente em recurso repetitivo, que inviabilizará direitos constitucionais, garantidos por várias leis, para muitas pessoas. Destaque-se, ainda, que o STJ, em votação referente ao Rol de Procedimentos da ANS decidiu, por maioria, pela sua taxatividade; todavia com previsão de algumas exceções que deverão ser consideradas pelas operadoras de planos de saúde, tendo sido definido que se não houver substituto terapêutico ou se esgotados os procedimentos do rol, pode haver cobertura do tratamento indicado pelo médico (BRASÍLIA, TJDFT, 2022). Assim, que mais estudiosos se debruçam sobre outros aspectos de direito material e processual que envolvem essa questão e encontrem os meios para alterar a situação injusta que se instalou.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da Vida e pela oportunidade e prazer do conhecimento compartilhado. Agradeço também a todos aqueles que, direta ou indiretamente, influenciaram na realização desta obra.

## REFERÊNCIAS

ALVES, José Eustáquio Diniz. **As Políticas populacionais e o planejamento familiar na América Latina e no Brasil**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas, 2006. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv31808.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2021.

ARAÚJO, Luiz Alberto David; NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. **Curso de Direito Constitucional**. São Paulo: Saraiva, 2006.

BAHIA. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia TJBA. **Decisões. Súmula nº 02/2016.**

Disponível em: <http://www5.tjba.jus.br/juizadosespeciais/images/pdf/sumulas.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça CNJ. Enunciados da I, II E III Jornadas de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça. **Enunciado de Saúde Suplementar nº 20.** 2019.

Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/03/e8661c101b2d80ec95593d03dc1f1d3e.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça CNJ. **Resolução nº 175, de 14 de maio de 2013.**

Dispõe sobre a habilitação, celebração de casamento civil, ou de conversão de união estável em casamento, entre pessoas de mesmo sexo. Disponível em:

<https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/1754>. Acesso em: 03 abr. 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19263.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm). Acesso em: 16 abr. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990.** Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18078compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18078compilado.htm). Acesso em: 21 abr. 2021.

BRASIL. **Lei nº 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/19263.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm). Acesso em: 16 abr. 2021.

BRASIL. **Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998.** Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19656.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm).

Acesso em: 16 abr. 2021.

BRASIL. **Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.** Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19961.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm). Acesso em: 05 jun. 2021.

BRASIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002.** Institui o Código Civil. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/110406compilada.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm). Acesso em: 18 mar. 2021.

BRASIL. **Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015.** Código de Processo Civil. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/113105.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113105.htm). Acesso em: 08 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS. **Resolução normativa nº 387, de 28 de outubro de 2015.** Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos

privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999; fixa as diretrizes de atenção à saúde; revoga as Resoluções Normativas - RN nº 338, de 21 de outubro de 2013, RN nº 349, de 9 de maio de 2014; e dá outras providências. Disponível em:

[https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/33295504/do1-2015-10-29-resolucao-normativa-rn-n-387-de-28-de-outubro-de-2015-33295485](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/33295504/do1-2015-10-29-resolucao-normativa-rn-n-387-de-28-de-outubro-de-2015-33295485). Acesso em: 15 nov. 2021.

BRASIL Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS. **Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021**. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde que estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles adaptados conforme previsto no artigo 35 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998; fixa as diretrizes de atenção à saúde; e revoga a Resolução Normativa - RN nº 428, de 7 de novembro de 2017, a Resolução Normativa - RN nº 453, de 12 de março de 2020, a Resolução Normativa - RN nº 457, de 28 de maio de 2020 e a RN nº 460, de 13 de agosto de 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-normativa-rn-n-465-de-24-de-fevereiro-de-2021-306209339>. Acesso em: 18 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básicas nº 26**. Saúde sexual e saúde reprodutiva. 1. ed. 1. Reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_sexual\\_saude\\_reprodutiva.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf). Acesso em: 16 abr. 2021.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça STJ. **Recurso Especial nº 1.822.420 - SP (2019/0180469-9)**. Relator: Ministro Marco Buzzi, 13 de outubro de 2021. Disponível em: <file:///D:/Meus%20Documentos/Documents/FAPEPE/ORIENTA%C3%87%C3%95ES%20E%20BANCAS/Artigos/Artigo%20Patricia%20Santana/RESP-1822420-2021-10-27.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2022.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça STJ. **Súmula nº 608/2018**. Disponível em: [https://www.stj.jus.br/internet\\_docs/biblioteca/clippinglegislacao/Sumula\\_608\\_2018\\_segunda\\_secao.pdf](https://www.stj.jus.br/internet_docs/biblioteca/clippinglegislacao/Sumula_608_2018_segunda_secao.pdf). Acesso em: 16 abr. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal STF. **Recurso Extraordinário com Agravo 1.328.264-DF**. Reclamante: Danielle Camila Santos Ferreira. Reclamada: Amil Assistência Médica. Internacional. Relator: Registrado Ministro Presidente Luiz Fux, 11 de junho de 2021. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15346692452&ext=.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2022

BRASILIA. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. TJDFT. **Rol de procedimentos da ANS – taxatividade – STJ**. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/consultas/jurisprudencia/decisoes-em-evidencia/22-1-2022-2013-rol-de-procedimentos-da-ans-2013-taxatividade-2013-stj>. Acesso em: 08 ago. 2022

CARDOSO, Enrico. Meu plano de saúde deve cobrir o planejamento familiar? Publicado em 22 dez. 2017. *In: Lei E Saúde*, Blog voltado a informar aos consumidores de planos de saúde seus direitos. Disponível em: <https://leiesaude.com/tag/infertilidade/>. Acesso em: 12 abr. 2021.

CENTA, Maria de Lourdes. **Do natural ao artificial: a trajetória do casal infértil em busca do filho desejado.** Tese (Doutorado em Filosofia de Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde. Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Programa de Doutorado em Filosofia da Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/30359072.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **CONASEMS.** Notícia. **CNJ promove IV Jornada Nacional de Direito da Saúde.** 31 ago. 2021. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/33172-2/>. Acesso em: 03 abr. 2021.

FARIAS, Cristiano Chaves de; ROSENVALD, Nelson. **Curso de Direito Civil: Famílias.** 11. ed. rev. e atual. Salvador: Ed. JusPodvm, 2019.

FRANÇA, Genival Veloso. **Medicina legal.** 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

GAGLIANO, Pablo Stole; PAMPLONA Filho, RODOLFO. **Manual De Direito Civil.** Volume Único. São Paulo: Saraiva, 2017.

GONÇALVES, Carlos R. **Direito civil brasileiro: contratos e atos unilaterais.** 12. ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

INSTITUTUTO BRASILEIRO DE DIREITODE FAMÍLIA. IBDFAM. **Decisão obriga Plano de Saúde a arcar com procedimentos de fertilização in vitro.** 2017. Disponível em: <https://ibdfam.org.br/noticias/6231/Decis%C3%A3o+obriga+Plano+de+Sa%C3%BAde+a+arcar+com+procedimentos+de+fertiliza%C3%A7%C3%A3o+in+vitro%22>. Acesso em: 22. set. 2021.

LEITE, Gisele. **Sobre a hierarquia das leis no direito brasileiro.** 2019. Disponível em: <https://professoragiseleite.jusbrasil.com.br/artigos/568078901/sobre-a-hierarquia-das-leis-no-direito-brasileiro>. Acesso em: 04 abr. 2022.

MARQUES. Claudia Lima; BESSA, Leonardo Roscoe. **Manual de direito do Consumidor.** 2. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2009.

MATOS, Fernanda. Infertilidade: como enfrentar o diagnóstico e buscar o tratamento adequado. *In: SBRA.* 20 mai. 2019. Disponível em: <https://sbra.com.br/noticias/infertilidade-como-enfrentar-o-diagnostico-e-buscar-o-tratamento-adequado/>. Acesso em: 22 abr. 2021

MedicinaNET. **CID10.** Disponível em: <https://www.medicinanet.com.br/pesquisa/cid10/nome/infertilidade.htm>. Acesso em: 09 jun. 2021.

MOURA-RAMOS, Mariana *et al.* Psychosocial adjustment in infertility: a comparison study of infertile couples, couples undergoing assisted reproductive technologies and presumed fertile couples. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 11, n. 2, p. 299-319, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-00862010000200010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862010000200010&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 15 abr. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. OMS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (Resolução 217 A III) em 10 de dezembro 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 28 mar. 2022.

PAIXÃO FILHO, Rui Licínio de Castro. **Das decisões judiciais contraditórias acerca da cobertura do tratamento de reprodução assistida pelos planos de saúde**. Trabalho publicado no 2º congresso nacional da saúde nos dias 21, 22 e 23 de novembro de 2019. Disponível em: <https://periodicos.unisanta.br/index.php/lss/article/download/2492/1793>. Acesso em: 29 mar. 2022.

ROSA FILHO, Rodrigo da. **Qual a diferença entre fertilização in vitro e inseminação artificial?** Publicado em 06 jul. 2021. Disponível em: <https://materprime.com.br/qual-a-diferenca-entre-fertilizacao-in-vitro-e-inseminacao-artificial/>. Acesso em: 9 jun. 2021.

SAMRSLA, Mônica *et al.* Expectativa de mulheres à espera de reprodução assistida em hospital público do DF - estudo bioético. **Revista da Associação Médica Brasileira** [online]. 2007, v. 53, n. 1 p. 47-52. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302007000100019>. Epub 30 mar 2007. ISSN 1806-9282. Acesso em: 30 jun. 2021.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. **Apelação nº 1003714-61.2015.8.26.0248**. Oitava Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Relator: Desembargador: Silvério da Silva, 15 de maio de 2018. **2018-a**. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=11453283&cdForo=0>. Acesso em: 15 nov. 2021.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. **Apelação nº 1021467-43.2017.8.26.0577**. Segunda Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Relator: Desembargador José Joaquim dos Santos, 15 de maio de 2018. **2018-b**. Disponível em: [https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?conversationId=&cdAcordao=11464578&cdForo=0&uuidCaptcha=sajcaptcha\\_3e29049352154d0ab8550f64ecb79ff0&g-recaptcha-response=03AGdBq260H7ASoviS7GQ8tD6KpxFfn0bkRp\\_0rTL3E3YplQ-n9b0sxnGTJQs9hYk8g39uoOJYwORJrWZ\\_TiKL2IbB4HY522oq5AOlx6obARHBrTauVzpkfEpKjUfJ7iHmz6CEoeX9Il81IDmacdWvASxxKInBCggD9Tq66im8r9W0gcn3f-fkmTdayp6NTyDtb9cMuaFWeT3TLr0-wOQCjAHqCV1yjW\\_hJpuxsV\\_6uXRDrjVIbuk3ao0vpD1Ebv4E390IFo9C3K\\_zOxw0c4hKu00xcomnPdMKPQqh89d3rI30RJG9YhEyzFluZWivamrhEJMjUrCeiWP4BjNsm7H7ToTfChGy8m2eeSy60-4MbWIlq4\\_TATPjmgatNCSemOQhkFJNWeLNBpEslnbInjuDyi063mNDwFiP6D4MsBt-2ydWNZnpzmta0xZJFONk2PUkn7xKPF16fREVbJ-gQZ1UazBgbNLn2UiSw](https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?conversationId=&cdAcordao=11464578&cdForo=0&uuidCaptcha=sajcaptcha_3e29049352154d0ab8550f64ecb79ff0&g-recaptcha-response=03AGdBq260H7ASoviS7GQ8tD6KpxFfn0bkRp_0rTL3E3YplQ-n9b0sxnGTJQs9hYk8g39uoOJYwORJrWZ_TiKL2IbB4HY522oq5AOlx6obARHBrTauVzpkfEpKjUfJ7iHmz6CEoeX9Il81IDmacdWvASxxKInBCggD9Tq66im8r9W0gcn3f-fkmTdayp6NTyDtb9cMuaFWeT3TLr0-wOQCjAHqCV1yjW_hJpuxsV_6uXRDrjVIbuk3ao0vpD1Ebv4E390IFo9C3K_zOxw0c4hKu00xcomnPdMKPQqh89d3rI30RJG9YhEyzFluZWivamrhEJMjUrCeiWP4BjNsm7H7ToTfChGy8m2eeSy60-4MbWIlq4_TATPjmgatNCSemOQhkFJNWeLNBpEslnbInjuDyi063mNDwFiP6D4MsBt-2ydWNZnpzmta0xZJFONk2PUkn7xKPF16fREVbJ-gQZ1UazBgbNLn2UiSw). Acesso em: 15 nov. 2021.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. **Súmulas do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Súmula nº 102**. 2017. Disponível em: <https://www.tjsp.jus.br/Download/Portal/Biblioteca/Biblioteca/Legislacao/SumulasTJSP.pdf>. Acesso em: 19 set. 2021.

TARTUCE, Flavio. **Manual de direito civil**. 8. ed. São Paulo: Método, 2018.

VILARINHO, Osira Patricia Soares; GOIS, Kellyane Folha. **Propostas em saúde para efetivação do planejamento familiar em uma unidade de saúde do Piauí.** Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família e Comunidade) Centro de Ciências da Saúde. Núcleo de Estudos Pesquisa e Extensão em Educação Permanente para o SUS (NUEPES). Universidade Aberta do SUS, Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2018. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/14640/1/10-OSIRA.pdf>. Acesso em: 21 mai. 2021.

*Submetido 09/08/2022*

*Aceito em 21/09/2022*