

# A INCONGRUÊNCIA DA RESOLUÇÃO NORMATIVA N.º 338 DA ANS FRENTE AOS OBJETIVOS PROPOSTOS PELO ESTADO DEMOCRÁTICO DE DIREITO

## THE INCONGRUITY OF ANS NORMATIVE RESOLUTION N.º 338 FRONT OF THE OBJECTIVES OF PROPOSED STATE DEMOCRATIC RIGHT

Iana Soares de Oliveira Penna<sup>1</sup>

Isabela Maria Marques Thebaldi<sup>2</sup>

### RESUMO

O presente artigo tem como objetivo analisar a conformidade ou inconformidade da Resolução n.º 338 da Agência Nacional de Saúde – que elenca o rol mínimo de procedimentos cobertos pelos planos de saúde – com os objetivos propostos pelo Estado Democrático de Direito a partir de uma perspectiva civil-constitucional. Para tanto é analisado o conceito de planejamento familiar, o direito à saúde e a função social dos contratos de plano de saúde. No que se refere ao planejamento familiar, destaca-se seu aspecto positivo, incluindo-se na sua definição, para além da contracepção, também ações de auxílio à concepção. Quanto ao direito à saúde, discute-se uma ampliação do conceito de saúde, para além daquele que a define apenas como ausência de doença, para compreendê-la como um conceito construído individualmente. Discute-se também o papel social exercido pelos contratos de assistência à saúde ressaltando a necessidade de uma prestação de qualidade que vise proteger, para além da vida e da saúde a dignidade humana. É analisado também o contexto econômico e social que diz respeito ao grande número de pessoas inférteis, ao alto custo dos tratamentos de reprodução assistida e à insuficiência do atendimento prestado pelo Estado, através do Sistema Único de Saúde para as pessoas inférteis.

**PALAVRAS-CHAVE:** Direito civil-constitucional; planejamento familiar; direito à saúde; Resolução n.º 338/ANS.

---

<sup>1</sup> Doutoranda em Direito Privado pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Mestre em Direito pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Bolsista CAPES. Especialista em Direito Empresarial pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Bacharel em Direito pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. E-mail para contato: [iana.penna@gmail.com](mailto:iana.penna@gmail.com).

<sup>2</sup> Mestranda em Direito Privado pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Bolsista CAPES. Bacharel em Direito pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. E-mail para contato: [isabelathebaldi@gmail.com](mailto:isabelathebaldi@gmail.com).

## **ABSTRACT**

This article aims to analyze the conformity or nonconformity of Resolution No. 338 of the National Health Agency -. Which lists the minimum list of procedures covered by health plans - with the objectives proposed by the democratic state from a perspective civil and constitutional. For both analyzes the concept of family planning, the right to health and the social function of health plan contracts. With regard to family planning, we highlight its positive aspect, including in its definition beyond the contraception, also actions to aid conception. Regarding the right to health, an extension of the concept of health beyond that which defines merely the absence of disease, to understand it as a concept is discussed individually built. We also discuss the social role played by health care contracts emphasizing the need for the provision of quality aimed at protecting, beyond life and health human dignity. It also analyzed the economic and social context with regard to the large number of infertile people, the high cost of assisted reproduction treatments and lack of care provided by the State, through the National Health System for infertile people.

**KEYWORDS:** Constitutional civil right; family planning; right to health; 338/ANS resolution.

## **1. INTRODUÇÃO**

A Lei 9.656/1998 - que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde - determina, em seu artigo 35-C, inciso III, com a redação que lhe foi dada pela Lei n.º 11.935/2009, ser obrigatória a cobertura de atendimento nos caso de planejamento familiar.

A Resolução n.º 338 da Agência Nacional de Saúde – ANS, de 21 de outubro de 2013 que atualiza o rol de procedimentos e eventos em saúde que constituem a cobertura assistencial mínima obrigatória dos planos privados de assistência à saúde, também prevê cobertura para o que denomina “ações de planejamento familiar.”. Na referida Resolução há menção expressa de que tais ações compreendem atividades de educação, aconselhamento e atendimento e definição de que o planejamento familiar é um conjunto de ações de regulação de fecundidade para a constituição, limitação ou aumento da prole.

Apesar das determinações legais, a ANS, quando da edição da Resolução n.º 338, não contemplou os tratamentos de reprodução assistida, ou seja, não consta do rol de cobertura mínima obrigatória as diversas técnicas hoje disponíveis para auxiliar o tratamento para a

reprodução humana, dentre elas as mais conhecidas são a inseminação artificial e a fertilização *in vitro*.

Além de não haver previsão de cobertura para os tratamentos de reprodução humana assistida, a referida Resolução fez constar de forma expressa em seu artigo 19 ser permitida a exclusão da inseminação artificial da cobertura dos contratos dos planos privados de assistência à saúde.

Diante desse cenário, os planos de assistência à saúde, salvo algumas poucas exceções, não cobrem a reprodução assistida e sequer oferecem a seus clientes a possibilidade de contratação de tal cobertura. Também o Estado não é capaz de oferecer de forma satisfatória, meios para que as pessoas inférteis possam, através de Sistema Único de Saúde – SUS, realizar tais procedimentos. Esses dois fatores somados ao elevado custo de tais tratamentos faz com que essas técnicas não estejam ao alcance daqueles que não podem arcar com os custos do tratamento e não conseguem ter filhos sem o auxílio das técnicas de reprodução assistida.

O problema identificado a partir desta constatação está em averiguar a forma como o direito nacional tutela o planejamento familiar e o direito à saúde, tendo esses como objetivos do Estado Democrático de Direito, garantidos constitucionalmente, e com essa verificação analisar se a Resolução n.º 338 da ANS atende a tais preceitos.

Parte-se da hipótese de que a Resolução não se adequa a esses ditames constitucionais, tendo em vista as circunstâncias econômicas do país e do grande número de pessoas que tem nas técnicas de reprodução assistida a única possibilidade de ter um filho e de realizar seu projeto parental, contribuindo para que não seja possível a efetivação dos direitos ao planejamento familiar e à saúde. Entende-se que o papel da agência reguladora – ANS, face ao elevado número de pessoas com problemas de fertilidade e do alto custo dos tratamentos de reprodução assistida, seria o de exigir a oferta de planos de assistência à saúde com a possibilidade de contratação de cobertura para tais tratamentos.

Considera-se, a partir da prioridade dada constitucionalmente a pessoa humana, a possibilidade de efetivação do projeto parental e do direito à saúde - em uma perspectiva de bem estar também sob o aspecto psíquico e social – como formas de garantia também dos direitos da personalidade, direitos essenciais ao pleno desenvolvimento da pessoa humana. Direitos da personalidade aqui considerados como “O direito da personalidade é o direito da pessoa de

defender o que lhe é próprio, como a vida, a identidade, a liberdade, a imagem, a privacidade, a honra etc.” (DINIZ, 2009, p. 121-122).

Fundada a base teórica, procedeu-se a uma revisão bibliográfica com o objetivo de conhecer o tratamento que a questão do planejamento familiar e do direito à saúde vêm recebendo da doutrina brasileira e internacional, além do papel social desempenhado pelos contratos de assistência à saúde.

Ao fim, testa-se a hipótese objetivando verificar a incongruência da Resolução n.º 338 da ANS aos objetivos propostos pelo Estado Democrático de Direito na Constituição Federal de 1988.

## **2. PLANEJAMENTO FAMILIAR E REPRODUÇÃO ASSISTIDA**

O planejamento familiar está previsto constitucionalmente e consiste em um conjunto de ações voluntárias relacionadas à concretização do projeto parental.

Inegável que com a colocação da pessoa humana em uma posição de centralidade no ordenamento jurídico fez com que os projetos individuais e a construção da personalidade passem a ser protegida de forma mais ampla é evidente também que tal realização, inúmeras vezes inclui a construção de uma família e em especial filhos. Daí a importância que se dá ao planejamento familiar.

Para VIGNOLI, “planejamento familiar é o ato consciente de planejar o nascimento de filhos, tanto em relação ao número desejado, quanto à ocasião mais apropriada de tê-los. Isto pode ser alcançado por meio da utilização de técnicas e métodos anticoncepcionais e de concepção.”. (2006, p. 75). É inegável que dentre as diversas formas de parentesco, a relação de filiação adquire uma maior relevância por apresentar um vínculo de proximidade e de afetividade extremamente grande.

No Brasil, a Constituição Federal trata do planejamento familiar, ressaltando que tem como fundamentos os princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, nos seguintes termos:

Art. 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado.

(...)

§ 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. Sem destaques no original. (BRASIL, 1988).

Em 1996, a Lei n.º 9.263 regulamentou o § 7º do artigo 226 da Constituição Federal ao definir o que se entende por planejamento familiar, dispondo no art. 2º que, “para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar 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.” (BRASIL, 1996).

Tendo em vista a importância do tema, o planejamento familiar também foi definido pelo Ministério da Saúde como,

O direito que toda pessoa tem à informação, à assistência especializada e ao acesso aos recursos que permitam optar livre e conscientemente por ter ou não ter filhos. O número, o espaçamento entre eles e a escolha do método anticoncepcional mais adequado são opções que toda mulher deve ter o direito de escolher de forma livre e por meio da informação, sem discriminação, coerção ou violência. (1999).

Em todas as normas e definições apresentadas acima, fica claro que o planejamento familiar não se restringe a ações e técnicas de contracepção. Esse é sem dúvida o sentido em que o termo é mais usado, mas não restringe seu significado que é bem mais amplo. Assim, o planejamento familiar deve ser entendido como um direito reprodutivo, garantindo aos homens e as mulheres o direito de ter ou não ter filhos.

Pode-se mencionar, dentre outros, os artigos 3º e 9º da Lei 9.263 de 1996, que comprovam ser o conceito de planejamento familiar mais amplo, abrangendo também a assistência e o acesso a concepção.

Art. 3º O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde.

Parágrafo único - As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas no **caput**, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua, como atividades básicas, entre outras:

I - a assistência à concepção e contracepção;

(...)

Art. 9º 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. Sem destaques no original. (BRASIL, 1996)

A Constituição Federal ao estabelecer o conceito de planejamento familiar não o limitou ao controle de natalidade por meio de técnicas de contracepção, amparando também um aspecto positivo do conceito o que significa apoio aqueles com dificuldades de gerar um filho e que precisam usar de meios “não naturais” (médicos e científicos) para gerar um filho.

A infertilidade é hoje considerada uma doença pela Organização Mundial de Saúde - OMS que entende serem inférteis os casais que não conseguem engravidar após um ano de tentativas, com ritmo sexual adequado e sem o uso de métodos contraceptivos.

Trata-se de doença que atinge um significativo número de pessoas e que pode influenciar de forma negativa uma relação, tanto que há alguns anos a infertilidade era considerada causa de anulação do casamento quando comprovado que o outro cônjuge desconhecia a doença. Esse fato fazia com que fosse comum o casal realizar exames pré-nupciais no intuito de obter informações sobre a infertilidade ou até mesmo sobre a possível esterilidade do parceiro.

Atualmente, 15 a 20% dos casais apresentam algum tipo de problema de infertilidade, ou seja, pode chegar a atingir um em cada cinco casais.<sup>3</sup> Sendo assim, mais de 80 milhões de pessoas no mundo sofreriam do problema.

Existem diversos tratamentos para infertilidade, sendo que para o conjunto de técnicas denomina-se “Técnicas de Reprodução Assistida”, nas quais há um auxílio médico para a obtenção da gravidez. Os tipos mais conhecidos de tratamentos são: “Transferência dos Gametas para dentro da Trompa, denominado GIFT (*Gamete Intrafallopian Transfer*); a Transferência do Zigoto para dentro da Trompa, ZIFT (*Zygote Intrafallopian Transfer*); a Injeção Intracitoplasmática de Espermatozóide, ICSI (*Intracytoplasmic Sperm Injection*); e, por último, mas talvez o mais importante, a Fertilização *in vitro*, FIV.” (FREIRE DE SÁ; NAVES, 2011).

Na GIFT, seleciona-se o óvulo e o espermatozoide, que são reunidos em um cateter e posteriormente transferidos para a trompa; na ZIFT o que se transfere para a trompa não é o óvulo e o espermatozoide, mas já o zigoto; na ICIS “o espermatozoide é introduzido diretamente no óvulo por meio de uma agulha” (FREIRE DE SÁ; NAVES, 2011) e, na FIV, que é comumente conhecida com técnica do “bebê de proveta”, os óvulos são colhidos logo após a ovulação e fertilizados em laboratório. Em seguida os óvulos são mantidos em laboratório, em cultivo *in vitro* para posterior transferência para o útero.

Tratam-se de técnicas extremamente modernas e caras, não tendo grande parte da população condições de arcar com esses tratamentos. Portanto, tendo em vista a existência de problemas de fertilidade que só podem ser solucionados recorrendo-se às técnicas de reprodução assistida, conclui-se que proporcionar acesso a elas significa garantir o direito ao planejamento familiar para muitos casais.

### **3. ACESSO ÀS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA COM EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE**

---

<sup>3</sup> Dados disponíveis em: [http://www.sbrh.org.br/sbrh\\_novo/guidelines/guideline\\_pdf/guideline\\_de\\_infertilidade\\_conjugal.pdf](http://www.sbrh.org.br/sbrh_novo/guidelines/guideline_pdf/guideline_de_infertilidade_conjugal.pdf). Acesso em 24 de julho de 2014.

Outro aspecto que merece ser analisado e que demonstra a inconformidade da não obrigatoriedade de cobertura dos procedimentos de reprodução assistida pelos planos de saúde, determinada pela Resolução n.º 211 da ANS, com o ordenamento jurídico é o direito à saúde, garantido constitucionalmente no art. 196.

De acordo com referido artigo, “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988).

Trata-se de um direito fundamental que tem como objetivo a efetivação de uma igualdade substancial e social e, para tanto deve ser efetivado sob dois aspectos: positivo e negativo (LENZA, 2011, p. 83). Com relação ao aspecto negativo, tanto o Estado quanto os particulares devem se abster da prática de atos que impliquem em prejuízo à saúde, ou seja, essa como um direito fundamental, encontra-se protegida do ataque de terceiros. Já sob o aspecto positivo, que mais nos interessa, deve haver uma postura prestacionista por parte do Estado para que seja promovida e protegida a saúde, nos termos do já mencionado art. 196 da Constituição Federal.

Se não há dúvidas quanto à proteção constitucional do direito à saúde, principalmente sob o aspecto positivo, o mesmo não pode ser dito quanto ao significado que se atribui ao termo saúde. Hoje resta claro que o entendimento do conceito apenas como ausência de doença não mais pode prevalecer e que o mesmo evoluiu com o tempo, sofrendo inúmeras influências.

Para SCLIAR,

O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas. (2007)

Exatamente por sofrer influência de inúmeros outros fatores (sociais, econômicos, culturais, etc.) é que o conceito de saúde evoluiu e passou a ser entendido como bem mais que “ausência de doença”. Atualmente, são importantes na construção do conceito duas ideias: (I)



a de que a saúde não se realiza apenas no aspecto físico do ser humano e, (II) a de que o respeito às individualidades e subjetividades é essencial para a realização dos projetos de vida e, portanto, também para a construção do conceito.

Apesar de não haver unanimidade quanto ao conceito de saúde, inegável a importância da definição hoje adotado pela OMS – Organização Mundial de Saúde, que a define como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade.” (OMS, 1946)

Também no Brasil existem documentos e normas importantes para se entender a atual compreensão do conceito de saúde. Dentre eles podem ser mencionados os relatórios das Conferências Nacionais de Saúde realizadas pelo Ministério da Saúde desde 1941, sendo de se ressaltar o da 8ª Conferência, realizada em 1986 que abordou dentre outros, o tema “Saúde como Direito”. Consta do referido documento:

1 – Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

2 – A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.

3 – Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade. Sem grifos no original. (BRASIL, 1986).

Também nesse documento fica demonstrado de forma clara o entendimento de ser a saúde muito mais do que apenas a ausência de doença e a grande influência de fatores sociais na sua definição. Além disso, o relatório resalta também a relevância do respeito à liberdade e à individualidade na construção do conceito. Percebe-se que esse documento influenciou o conteúdo do artigo 196 da Constituição Federal de 1988, principalmente o tópico 3 que faz referência à promoção, proteção e recuperação da saúde.

O que se defende no presente estudo é a possibilidade de considerar o acesso às técnicas de reprodução assistida como efetivação do direito à saúde, para tanto importante ressaltar o aspecto de bem estar também psíquico e social do conceito.

Além de estar evidente no conceito apresentado pela OMS em 1946 e no Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, esse aspecto também é enfatizado pela Lei n.º 8.080 de 1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Consta do parágrafo único do artigo 3º da referida Lei, “dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.”

Também para que seja possível entender a necessidade de se garantir o acesso às essas técnicas como um direito à saúde, necessário um afastamento do tradicional conceito de saúde, entendido apenas como ausência de doença, para entendê-lo também em seu aspecto individual, ou seja, a partir da valorização da liberdade individual, capaz assim de aceitar que cada um tem suas próprias aspirações e desejos e pode alocá-las no conceito de saúde.

Valorizar a liberdade individual e conseqüentemente as aspirações e desejos individuais significa reconhecer a centralidade dada ao indivíduo no nosso ordenamento jurídico e assim proporcionar condições para uma efetiva e integral tutela da pessoa humana.

Segundo Ana Carolina Brochado Teixeira, “(...) a saúde deve ser analisada também sob um aspecto individual, que respalde as aspirações pessoais, tendo em vista que a pessoa foi colocada em lugar de destaque e de centralidade no atual ordenamento jurídico.” (TEIXEIRA, 2010, p. 62).

Ainda segunda a mesma autora,

Não é possível construir uma visão individualizada da saúde sem conectá-la com a liberdade, vista sob a perspectiva pessoal, só faz sentido dentro dos parâmetros estabelecidos por cada pessoa, de acordo com a própria crença, experiências de vida, valores, enfim, com a própria concepção do que seja bom para si mesma. (TEIXEIRA, 2010, p. 62-63).

Conclui-se que referido conceito é variável, sendo construído individualmente. Reflete o direito a liberdade, garantido no artigo 5º da Constituição Federal, nos seguintes termos: “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade (...)” (BRASIL, 1988).

Segundo essa concepção, o direito à saúde “deve ser uma construção individual, vez que cada pessoa deve ter o governo do próprio corpo, a partir do momento que estiver devidamente informada e esclarecida para tomar a decisão que melhor lhe compete.” (TEIXEIRA, 2010, p. 63).

A relevância da saúde como direito de liberdade implica a vedação de Estado e/ou particulares atuar sem autorização da pessoa, pois, o mais importante é que o indivíduo possa escolher o destino de sua saúde, tendo em vista as condições do seu organismo, bem como o tratamento – ou a ausência deste – que lhe será dado. (TEIXEIRA, 2010, p. 54).

Esse entendimento que privilegia as individualidades faz-se necessário para alcançar uma integral tutela da pessoa humana, uma vez que “O mesmo interesse à saúde, indissolúvel daquele do livre desenvolvimento da pessoa, pode apresentar-se de formas diversas, assumindo relevância e configurações diversas, segundo seja visto como direito ao serviço sanitário, à salubridade do ambiente, à integridade física ou àquela mental (...)” (PERLINGIERI, 2002, p. 158).

Desta forma, a saúde tem um viés que a torna dinâmica, pois além de variar de acordo com o contexto, com a idade e com a experiência de cada um, também é uma construção pessoal – de integridade psicofísica diretamente atrelada à possibilidade efetiva de livre desenvolvimento da personalidade. (TEIXEIRA, 2010, p. 54-55).

Nos casos em que a reprodução assistida apresenta-se como única forma de se ter filhos biológicos, garantir que a pessoa tenha acesso a esses tratamentos que são ainda muito onerosos, significa efetivar, além do direito ao planejamento familiar, também o direito à saúde, na medida em que se respeita o projeto de vida do indivíduo e lhe proporciona bem estar mental e social nos termos da definição de saúde da OMS. Não há como negar a esse

indivíduo, a liberdade de decidir sobre sua própria saúde uma vez que “saúde é moldada pela identidade pessoal e liberdade”. (TEIXEIRA, 2010, p. 56).

A decisão de se submeter a esses tratamentos complete exclusivamente ao indivíduo, dentro do espaço exclusivo de decisões que lhe foi garantido constitucionalmente, cabendo ao Estado propiciar-lhe condições para tanto. Resta claro que a realização desse projeto trata-se de um direito à saúde, uma vez que, “a saúde refere-se também aquela psíquica, já que a pessoa é uma indissolúvel unidade psicofísica; a saúde não é apenas aspecto estático e individual, mas pode ser relacionada ao são e livre desenvolvimento da pessoa (...)” (PERLINGIERI, 2002, p. 158).

É preciso salientar ainda, que o princípio da integridade psicofísica é um dos substratos jurídicos do princípio da dignidade da pessoa humana. Não há como garantir uma tutela positiva a saúde, baseada no livre desenvolvimento da personalidade, se há um desrespeito à integridade psicofísica.

Assim, é possível concluir que o conceito de saúde, muito mais que apenas ausência de doença, relaciona-se também aos conceitos de liberdade, dignidade e por que não dizer de felicidade.

Ainda que não fosse possível a inclusão dos tratamentos de reprodução assistida como uma efetivação do direito à saúde em sentido amplo, seria possível entender a infertilidade como doença, nos termos definidos pela OMS e conforme consta da Classificação Internacional de Doenças – CID, passível de tratamento.

Comprova essa afirmativa a definição de saúde sexual constante do relatório da Conferência do Cairo (conferência internacional sobre população), realizada em 1994.

**A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não de mera ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo, suas funções e processos.**

A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Está implícito nesta última condição o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso aos métodos eficientes, seguros, aceitáveis e financeiramente compatíveis de planejamento familiar, assim como a outros métodos de regulação da fecundidade a sua escolha e que não contrariem a lei, bem como o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que propiciem às mulheres as condições de passar com segurança pela gestação e

parto, proporcionando aos casais uma chance melhor de ter um filho sadio. Em conformidade com a definição acima de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de método, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo os problemas de saúde reprodutiva. Isto inclui igualmente a saúde sexual, cuja finalidade é a melhoria da qualidade de vida e das relações pessoais e não o mero aconselhamento e assistência relativos à reprodução e às doenças sexualmente transmissíveis. Sem destaques no original. (CAIRO,1994).

Assim, proporcionar meios para que pessoas inférteis e que não tenham condições financeiras de arcar com os tratamentos de reprodução assistida significa efetivação do direito à saúde garantido constitucionalmente.

#### **4. O PAPEL SOCIAL DOS PLANOS DE SAÚDE**

A precariedade e a falta de condições de atendimento do serviço de saúde do Brasil levaram a busca e a criação dos planos de saúde em nosso sistema. A iniciativa começou ainda na década de 70, com a criação de medicina de grupos vinculados aos determinados seguimentos, como os servidores públicos, metalúrgicos entre outros.

Polignano (2013) relata que o crescimento desses grupos ligados ao serviço de Saúde Suplementar foi tão grande que na década de 90 foi necessária a edição da Lei 9656 e posteriormente a Lei 9961 de 2000 que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Se por um lado houve uma limitação nos abusos cometidos pelas empresas, por outro a regulamentação oficializa o universalismo excludente, na medida em que cria quatro modelos diferenciados de cobertura de serviços, a saber: Plano ambulatorial (...); Plano Hospitalar sem obstetrícia (...); Plano Hospitalar com obstetrícia. (POLIGNAMO, 2013, p.32).

A criação da Lei 9656 de 1998 com certeza trouxe diversas vantagens para um segmento que crescia desregulado, com lucros exorbitantes, mas que não estava prestando o seu objetivo precípua: prestação de serviços dignos da saúde para o cidadão.

Outro grande marco regulador da Saúde Suplementar no Brasil foi introduzido através do Código de Defesa do Consumidor, Lei 8078 de 1990 que delimitou as condutas das operadoras de consumo, que através dos contratos de consumo e atividades arbitrárias, exponham seus usuários aos seus desígnios, limitando tratamentos, descredenciando médicos e hospitais entre outras atitudes. Dessa forma, um dos principais objetivos do CDC foi justamente priorizar a boa-fé entre os contratantes e coibir a prática de atividades abusivas.

A abusividade pode ser identificada através de um paradigma que é mediado pela boa-fé. Abusivo é tudo o que viola esse paradigma de respeito, lealdade, cuidado e equilíbrio, representativo da boa-fé que há de prevalecer como norma nas relações de consumo e cuja falta vai causar prejuízo grave, concreto e objetivo ao consumidor. É óbvio que isso não pode ser deixado à discricionariedade da vontade das partes, especialmente quando uma delas, o fornecedor, ocupa posição mais forte ao ponto de poder impor as condições contratuais. Por isso o CDC estabelece um patamar de lealdade e de controle em que a boa-fé passa a ser, objetivamente, um pensar não só em si mesmo, **ou em como se poderá transferir riscos profissionais próprios para o outro parceiro através de um contrato, mas sim pensar que o parceiro (o consumidor) também tem expectativas legítimas.** Ou seja, que a relação que se forma entre o fornecedor e o consumidor não serve somente às vantagens do primeiro, mas também que o outro atinja o fim previsto no contrato que resultou de um prévio encontro entre os dois. (REIS, 2012, p.19)

É necessário deixar claro, que não espera-se que os planos de saúde sejam capazes de cobrir todos e quaisquer tratamentos necessários pelo seu usuário, principalmente aqueles de custo elevados e que possuem características especiais, porém, ao tratar de contratos de longa duração, como estes, cria-se no usuário uma expectativa de confiança, de estar coberto para qualquer necessidade relativa a sua saúde.

Nesse ponto indaga-se, se existe claramente a distinção entre os planos que cobrem ou não os serviços relativos a obstetrícia, uma vez que esta está diretamente ligada ao planejamento familiar e as técnicas de fertilização, qual a razão para que os planos não as incluam a reprodução assistida dentre os procedimentos cobertos?

## **5. COBERTURA BÁSICA DOS PLANOS DE SAÚDE: A RESOLUÇÃO NORMATIVA 338/2013 DA ANS E SUA INADEQUAÇÃO AO ORDENAMENTO JURÍDICO**

Dispõe a Lei n.º 11.935 de 21 de outubro de 2013, alterando o art. 36-C da Lei n.º 9.656 de 3 de junho de 1998, acima mencionada, ser obrigatória a cobertura dos planos de saúde nos casos de planejamento familiar.

Art. 1º O art. 35-C da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos:

I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;

II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;

**III - de planejamento familiar.** Sem destaques no original. (BRASIL, 2013).

Ocorre que, a Resolução normativa n.º 338 de 21 de outubro de 2013 da ANS, ao atualizar o rol de procedimentos e eventos em saúde de cobertura mínima para os planos de saúde, não inclui as técnicas de reprodução assistida, havendo previsão, somente quanto às medidas de contracepção, que apesar de também fazerem parte do conceito de planejamento familiar, não esgotam seu conteúdo.

Ressalte-se que em 2009, a ANS, quando da edição de outra Resolução normativa, a n.º 192 de 27 de maio de 2009, regulamentou a cobertura no que diz respeito especificamente aos atendimentos nos casos de planejamento familiar. Apesar de já revogada, estando em vigor atualmente a de n.º 338, vale a pena mencioná-la já que cuidou especificamente da cobertura nos casos de planejamento familiar.

Constou de forma clara na referida Resolução, no parágrafo primeiro do artigo 1º que, “considera-se o planejamento familiar como um 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.” (BRASIL, 2009). Assim, a própria ANS, ao determinar o

que se entende por planejamento familiar não restringiu o conceito, incluindo ações para o “aumento da prole”, ou seja, contemplou o aspecto positivo do planejamento familiar e não apenas ações que signifiquem controle de natalidade.

Apesar disso, no parágrafo seguinte, ao se referir à inseminação artificial, a mesma Resolução, faz constar de forma expressa que esse procedimento e o fornecimento de medicamentos de uso domiciliar “não são de cobertura obrigatória”. Mesmo especificando no artigo 4º que “as operadoras de planos privados de assistência à saúde poderão oferecer, por sua iniciativa, cobertura maior do que a mínima obrigatória prevista nesta Resolução Normativa e seu Anexo I”, os planos de saúde, salvo algumas poucas exceções, não oferecem essa possibilidade de contratação a seus clientes.

Quando da atualização do rol de procedimentos e eventos em saúde que constituem a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, com a edição da Resolução Normativa n.º 338 de 21 de outubro de 2013, também houve referência expressa às ações de planejamento familiar, nos seguintes termos:

Art. 7º 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 previstas nos Anexos desta Resolução, observando-se as seguintes definições:

I - **planejamento familiar**: 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;

II- **concepção: fusão de um espermatozoide com um óvulo, resultando na formação de um zigoto;**

(...)

VI - atendimento clínico: realizado após as atividades educativas, incluindo anamnese, exame físico geral e ginecológico para subsidiar a escolha e **prescrição do método mais adequado para concepção** ou anticoncepção. Sem destaques no original. (BRASIL, 2013)



Mais uma vez as técnicas e ações relacionadas a concepção são mencionadas para a seguir, no inciso III do parágrafo primeiro do artigo 19, constar de forma expressa a possibilidade a exclusão de cobertura para,

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 pós-tuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas; (BRASIL, 2013).

Da mesma forma que a Resolução de 2009, a 338 também reforça o fato de poderem as operadoras, por iniciativa própria aumentar a cobertura para além da mínima obrigatória, mas tal dispositivo acaba por ser inócuo já que a maioria não oferece a seus clientes, sequer a opção de contratação de cobertura para procedimentos de reprodução assistida.

É do conhecimento de todos que os tratamentos de reprodução assistida são extremamente onerosos. A título de exemplo, em orçamento fornecido pela clínica Prócriar, em Belo Horizonte, no dia 24 de junho de 2014, o custo para realização de uma fertilização *in vitro* chegava a R\$ 10.880,00 (dez mil, oitocentos e oitenta reais) por tentativa. Importante lembrar que além desse valor é necessária a compra de medicamentos, o que segundo a mesma clínica, para uma paciente de até 34 anos, estima-se em R\$ 4.000,00 (quatro mil reais) podendo chegar a R\$ 6.000,00 (seis mil reais) para pacientes entre 39 e 43 anos. Também em matéria publicada no site da Rede Globo em 31 de maio de 2014 com o título “Quanto custa a reprodução assistida?”<sup>4</sup>, constou a seguinte tabela ilustrativa de valores:

<b>Relação sexual assistida</b>	– de R\$ 350 a R\$ 600
Tratamento que inclui consultas ao ginecologista e ultrassom – de R\$ 300 a R\$ 500	
Hormônios, simples, tomados de forma oral – de R\$ 50 a R\$ 100.	
<b>Inseminação artificial</b>	– de R\$ 1,5 mil a R\$ 3 mil
Tratamento que inclui consultas, recolhimento e tratamento do esperma e inserção no útero – de R\$ 500 a R\$ 2 mil	
Hormônios injetáveis – R\$ 1 mil	

---

<sup>4</sup> Disponível em: < <http://redeglobo.globo.com/globociencia/noticia/2013/05/quanto-custa-reproducao-assistida.html>>

**Fertilização *in vitro* clássica – de R\$ 10,5 mil a R\$ 14 mil**  
Tratamento que inclui consultas, exames, fertilização e inserção no útero – de R\$  
7 mil a R\$ 9 mil  
Hormônios e medicamentos – de R\$ 3 mil a R\$ 5 mil.

Importante mais uma vez lembrar o que já foi dito anteriormente. Não se pretende que todos os planos de saúde sejam obrigados a cobrir referido tratamento, o que se espera e que haja uma atuação da ANS para que tais procedimentos sejam passíveis de contratação, ou seja, que haja pelas operadoras de planos de saúde a obrigatoriedade de oferecer a contratação de planos que cubram de forma ampla o planejamento familiar conforme determinado pela constituição e pelas leis n.º 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regula o parágrafo 7º do artigo 226 da Constituição Federal e a Lei n.º 11.935 de 21 de outubro de 2013, que alterou o art. 36-C da Lei n.º 9.656 de 3 de junho de 1998.

Ainda que a oferta de cobertura para os casos de infertilidade signifique em onerar o valor a ser pago pelo segurado ela deve existir. Não se afasta o entendimento de que uma cobertura ampla e completamente sem restrição poderia comprometer a viabilidade econômica de tais contratos. O que se pretende e que haja a possibilidade de contratação com a devida fiscalização da agência reguladora para que não haja abusos na cobrança.

Esse entendimento já está sendo percebido em algumas decisões judiciais que condenaram operadoras de planos de saúde a arcar com os custos dos tratamentos de reprodução assistida. Em alguns casos a condenação teve como fundamento o fato de ser a reprodução assistida uma possibilidade de tratamento para mulheres que apresentam quadros graves de endometriose. Nesses casos, a gravidez pode ser uma recomendação médica para a melhora do quadro de saúde da mulher. Foi o que fundamentou os seguintes julgados:

A ação Civil de autoria de Lygia Maria Marinho, contra a Sul América Saúde, (processo n.º 0068336-34.2006.8.05.001), julgada pelo Tribunal de Justiça da Bahia, na qual a autora diagnosticada com endometriose pélvica pleiteou que a operadora arcasse com os custos de uma fertilização *in vitro* alegando que a gravidez traria benefícios ao seu quadro clínico. A ação foi julgada procedente determinando que a Sul América Saúde arcasse com as despesas decorrentes da realização do procedimento médico.

Apesar de acatar o argumento de que no caso a fertilização seria uma forma de tratamento para a endometriose, constou da fundamentação da sentença que: “deve-se

considerar a necessidade de proteger a saúde e a vida da segurada, como exigência que emerge do princípio da dignidade da pessoa humana, se sobrepõe a qualquer outro interesse, ainda que se ache tutelado pela lei ou pelo contrato.” E ainda, “nesse cenário, é válido lembrar que a função social do contrato de plano de saúde é a prestação de serviço de assistência à saúde com qualidade, sendo sua finalidade precípua a proteção à vida, à saúde e à dignidade humana, como expressa o art. 1º da Lei 9.656/98.”. (Tribunal de Justiça da Bahia. Ação Civil Coletiva n.º 0068336-34.2006.8.05.0001. Dra. Patrícia Didier de Moraes Pereira. 30ª Vara dos Feitos de Rel de Cons Civ e Comerciais – Salvador. Julgado em 10 de fevereiro de 2014, publicado em 12 de fevereiro de 2014)

Para além dessa hipótese existem também casos em que o Estado vem sendo condenado a arcar com essas despesas sob o fundamento de garantia do direito à saúde e ao planejamento familiar. Dentre eles pode-se citar:

APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO CONSTITUCIONAL. MEDICAMENTOS PARA FERTILIZAÇÃO IN VITRO. POSSIBILIDADE. PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA. DIREITO À VIDA E À SAÚDE. DIREITO À FAMÍLIA. DIREITO DE SER FELIZ. É dever do Estado garantir o planejamento familiar, seja através de métodos contraceptivos, como conceptivos. Art. 226, § 7º, da CRFB/88. Art. 294, da CERJ. Lei nº. 9.263/96. Pretensão de obter medicamentos necessários ao tratamento para fertilização in vitro não foge do postulado de garantia à saúde, que deve ser assegurado pelo Poder Público. Não obstante a existência de outras formas para se ter um filho, como a adoção, por exemplo, não é possível privar a cidadã hipossuficiente de gerar um filho em seu ventre, já que a infertilidade e o impedimento de conceber um filho pela via natural pode acarretar abalo na saúde psicológica da autora, cabendo ao Estado garantir, assim, a saúde dos seus administrados. A premissa de que não implica em risco à saúde o fato de não poder ter filho não se sustenta, mormente porque o Conselho Federal de Medicina reconhece a infertilidade como uma patologia, que pode ter consequências psicológicas e psiquiátricas, inclusive. Assim como o Estado fornece medicamentos e preservativos para contracepção, deve também fornecer os meios para a concepção àqueles que não tem condições financeiras de custear os medicamentos decorrentes do tratamento. Ademais, é dever constitucional do Estado garantir a todos o direito à vida digna, à família e a ser feliz, sendo irrefutável que a sobrevivência digna e feliz da autora se dará com a concepção do seu filho, não podendo o Estado ser presente num aspecto do planejamento familiar (contracepção) e omissivo noutro (concepção). Reforma da sentença. Provimento do recurso. (Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro. Apelação Cível n.º 0024323-86.2008.8.19.0001. Des. Teresa Castro Neves. 6ª Câmara Cível. Julgado em 09 de novembro de 2011, publicado em 07 de dezembro de 2012).

Além do Estado, também os planos de saúde vem sendo condenados a custear referidos tratamentos, com base nos fundamentos acima mencionados, efetivação dos direitos ao planejamento familiar e à saúde e atendimento à função social dos contratos de seguro saúde. Dentre essas vale a pena mencionar processo julgado pela 5ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça de Fortaleza/CE, no qual a UNIMED de Fortaleza foi condenada a arcar com os custos de uma fertilização *in vitro* para uma professora que não conseguia engravidar.

Após várias tentativas frustradas de engravidar, o médico constatou que a professora “possui falhas de implantação embrionária devido a fatores embrionários” sendo recomendada a fertilização *in vitro*, como única alternativa possível. Após solicitação, a UNIMED negou cobertura sendo proposta ação para que fossem cobertos os procedimentos.

O pedido foi deferido e, ao fundamentar a sentença, o juiz constou que o tratamento seria, "estritamente necessário para evitar grande sofrimento à paciente" afirmando ser a única alternativa para que ela conseguisse engravidar. Foi interposto recurso da decisão, ao qual foi negado provimento, tendo constado do voto do relator. “há de se prevalecer o direito da autora às ações de regulação da fecundidade que lhe permita constituir sua prole, sendo de todo inválida a cláusula do contrato que desrespeita o comando legal de que os planos de saúde atendam às necessidades correspondentes à materialização do planejamento familiar, expressão certa da dignidade da pessoa humana.” (Tribunal de Justiça do Ceará. Agravo de Instrumento (nº 0004755-45.2011.8.06.0000). Rel. Des. Francisco Suenon Bastos Mota. 5ª Câmara Cível, julgado em 28 de agosto de 2013, publicado em 29 de agosto de 2013).

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Após a análise do problema, confirmou-se a hipótese de que a Resolução n.º 338 da ANS não atende aos objetivos propostos pelo Estado Democrático de Direito e de que a leitura feita pela ANS ao promulgar referida resolução não parte de uma perspectiva civil-constitucional de entendimento do planejamento familiar, do direito à saúde e da função social dos contratos de assistência à saúde.

Assim, existem fundamentos jurídicos para se afirmar a necessidade de alteração da referida norma para que sejam ofertados planos de saúde com a opção de contratação de cobertura para os procedimentos de reprodução assistida.

Podem ser citados três distintos fundamentos, já apresentados, para que houvesse possibilidade de contratação de plano de saúde com cobertura para os procedimentos de reprodução assistida. O primeiro seria a garantia do direito ao planejamento familiar, nos termos previstos na Constituição Federal e na Lei n.º 9.263/1996 e em cumprimento à Lei 11.935/2009 que dispõe ser obrigatória a cobertura do atendimento, pelos planos e seguros privados de assistência à saúde nos casos de planejamento familiar.

Como já explicitado o planejamento familiar não se restringe ao controle de natalidade através de técnicas contraceptivas, mas abrange também formas de apoio aos que tem dificuldades de gerar um filho. Esse apoio, na maioria das vezes se dá com o auxílio das técnicas de reprodução assistida, o conceito de planejamento familiar está ligado a um direito reprodutivo.

Um segundo fundamento para que seja garantida a possibilidade de contratação da cobertura seria a garantida de um efetivo direito à saúde. Nesse a situação também pode ser vista sob dois prismas distintos. Primeiro é possível afirmar que o conceito de saúde é mais amplo de que apenas a ausência de doença, compreendendo também o bem-estar psíquico e social, o que no caso das pessoas com problemas de infertilidade e que desejam ter filhos, só pode ser alcançado com o auxílio das técnicas de reprodução assistida. Segundo, a infertilidade é considerada doença e seu tratamento envolve o uso de referidas técnicas de reprodução assistida.

O terceiro fundamento estaria na função social dos contratos de saúde e na caracterização de relação de consumo, conforme consta de maneira expressa na Súmula n.º 496, do STJ que dispõe: “Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde.”. (BRASIL, 2010).

Sob esse aspecto, importante salientar mais uma vez que a função social do contrato de plano de saúde é prestar serviço de assistência à saúde de qualidade, sendo possível afirmar que sua finalidade precípua é a proteção à vida, à saúde e à dignidade humana, nos termos expressos no artigo 1º da Lei n.º 9.656 de 3 de junho de 1998.

Assim, partindo-se dos fundamentos acima apresentados, e da conjuntura econômica e social do país, notadamente no que diz respeito aos elevados custos dos tratamentos de reprodução assistida e do grande número de pessoas com problemas de fertilidade, concluiu-se que a Resolução analisada não se adequa aos ditames constitucionais. Não parte de uma perspectiva civil-constitucional e não valoriza a liberdade e a dignidade da pessoa humana.

## 7. REFERÊNCIAS

BOTTESINI, Maury Ângelo; MACHADO, Mauro Conti. **Lei dos planos e seguros de saúde**: comentada artigo por artigo, doutrina, jurisprudência. 2. ed. rev., ampl., e atua. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2005.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em 11 de fevereiro de 2014.

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em 10 de junho de 2014.

BRASIL. **Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9263.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm)>. Acesso em 10 de junho de 2014.

BRASIL. **Lei 11.935, de 11 de maio de 2009**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2009/Lei/L11935.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L11935.htm)>. Acesso em 10 de junho de 2014.

BRASIL. **Resolução Normativa n.º 192 de 27 de maio de 2009**. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/portal/upload/instanciaparticipacao/transparencia\\_consultas\\_publicas/consulta31\\_DocApoio\\_RN192\\_Planejamento%20Familiar.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/upload/instanciaparticipacao/transparencia_consultas_publicas/consulta31_DocApoio_RN192_Planejamento%20Familiar.pdf)>. Acesso em 10 de junho de 2014.

BRASIL. **Resolução Normativa n.º 338, de 21 de outubro de 2013**. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com\\_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=2591](http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=2591)>. Acesso em 10 de junho de 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em Planejamento Familiar**: Manual Técnico/Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher – 4ª edição – Brasília: Ministério da Saúde, 2002

BRASIL. Conferência Nacional de Saúde (8. :1986 : Brasília). Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília- DF, 17 a 21 de março de 1986. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL, Tribunal de Justiça da Bahia. **Ação Civil Coletiva n.º 0068336-34.2006.8.05.0001**. Dra. Patrícia Didier de Moraes Pereira. 30ª Vara dos Feitos de Rel de Cons Civ e Comerciais – Salvador. Julgado em 10 de fevereiro de 2014, publicado em 12 de fevereiro de 2014.

Disponível em

<<http://esaj.tjba.jus.br/cpopg/show.do?processo.codigo=01Z061GQ80000&processo.foro=1>>.

Acesso em 24 de julho de 2014.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro. **Apelação Cível n.º 0024323-86.2008.8.19.0001**. Des. Teresa Castro Neves. 6ª Câmara Cível. Julgado em 09 de novembro de 2011, publicado em 07 de dezembro de 2012. Disponível em:

<<http://www4.tjrj.jus.br/ejud/ConsultaProcesso.aspx?N=2012.134.04947>>. Acesso em 24 de julho de 2014.

BRASIL, Tribunal de Justiça do Ceará. Agravo de Instrumento (nº 0004755-45.2011.8.06.0000). Rel. Des. Francisco Suenon Bastos Mota. 5ª Câmara Cível, julgado em 28 de agosto de 2013, publicado em 29 de agosto de 2013. disponível em:

<<http://esaj.tjce.jus.br/cposg5/search.do;jsessionid=883D247C848AEFD276F559813D0BC016>>. Acesso em 24 de julho de 2014.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Súmula 469. Disponível em: <

[http://www.stj.jus.br/SCON/sumulas/toc.jsp?tipo\\_visualizacao=null&livre=s%FASumula+469&b=SUMU&thesaurus=JURIDICO](http://www.stj.jus.br/SCON/sumulas/toc.jsp?tipo_visualizacao=null&livre=s%FASumula+469&b=SUMU&thesaurus=JURIDICO)>. Acesso em 23 de julho de 2014.

**Constituição da Organização Mundial de Saúde. 1946.** Disponível em:

<<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>.

Acesso em 23 de julho de 2014.

DINIZ, Maria Helena. **Curso de Direito Civil Brasileiro**. Volume 1: Teoria Geral do Direito Civil. 26. ed. Reformulada. São Paulo: Saraiva, 2009.

FARIAS, Cristiano Chaves de; ROSENVALD, Nelson. **Direito das Famílias**. 2 ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris , 2010.

FREIRE DE SÁ, Maria de Fátima; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. **Manual de Biodireito**. 2ª ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2011.

LENZA, Pedro. **Direito Constitucional Esquematizado**. 15 ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2011.

MORAES, Maria Celina Bodin de. **A caminho de um direito civil constitucional**. In: Revista de Direito Civil, Imobiliário, Agrário e Empresarial. n. 65, jul-set. 1993, p.21-32.

PERLINGIERI, Pietro. **Perfis de Direito Civil: introdução ao direito civil constitucional**. Trad. Maria Cristina de Cicco. 2 ed., Rio de Janeiro: Renovar, 2002.

POLIGNAMO, Marcus Vinicius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. Disponível em: [www.saude.mt.gov.br/arquivo/2226](http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/2226). 2012. Acesso em: 25/07/2014.

REIS, Nelson Santiago. O consumidor e os seguros ou planos de saúde; anotações acerca dos contratos; cláusulas e práticas abusivas. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 17, n. 3395, 17 out. 2012. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/698>>. Acesso em: 24 jul. 2014

SCILIAR, MOACYR. **História do conceito de saúde**. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>>. Acesso em 23 de julho de 2014.

SEGALLA, Juliana Izar Soares da Fonseca; SILVEIRA, Fernando Heitor Raphael. **Reprodução assistida, planejamento familiar e saúde sob a Constituição de 1998**. In: XVIII Congresso Nacional do CONPEDI, 2009, São Paulo. Anais do 18º CONPEDI, São Paulo, SP. Disponível em: <[http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/Anais/sao\\_paulo/2752.pdf](http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/Anais/sao_paulo/2752.pdf)>. Acesso em 10 de junho de 2014.

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. **Saúde, corpo e autonomia privada**. Rio de Janeiro: Renovar, **2010**.

TEPEDINO, Gustavo. **A tutela da personalidade no ordenamento civil-constitucional**. In: *Temas de Direito Civil*. 2 ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2001, p. 23-54.

VIGNOLI, Eduardo Torres. **Planejamento Familiar no Brasil: abordagens constitucionais, omissões institucionais e equívocos na intimidade**. 2006. 252f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade Mineira de Direito, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2006.