

## A COBERTURA POR PLANOS DE SAÚDE DO CONGELAMENTO DE ÓVULOS E A MATERNIDADE TARDIA: PONDERAÇÕES A PARTIR DA EFETIVAÇÃO DO LIVRE PLANEJAMENTO FAMILIAR

*HEALTH INSURANCE COVERAGE FOR EGG FREEZING AND LATE MOTHERHOOD: CONSIDERATIONS BASED ON THE EFFECTIVENESS OF FREE FAMILY PLANNING*

**Açucena de Almeida Chamusca<sup>1</sup>**

**RESUMO:** Artigo destinado à análise da relação entre os direitos reprodutivos e a técnica de congelamento de óvulos como forma de efetivar o direito ao livre planejamento familiar. Tem-se como objetivo evidenciar que o adiamento voluntário da maternidade, através do social *egg freezing*, é um meio de assegurar o planejamento familiar. Discute-se a (im)possibilidade de cobertura por planos de saúde, tendo em vista as disposições contidas nas Leis nº 9.263/1996, 9.656/1998 e 11.935/2009, bem como os limites do poder regulamentador da ANS na elaboração da RN nº 465, sendo avaliado também o entendimento atual do STJ acerca do tema. Ante o reconhecimento dos direitos reprodutivos como direitos fundamentais, é necessário analisar a ambiguidade existente entre a Lei dos Planos de Saúde e as normas regulamentadoras editadas pela ANS. Quanto aos aspectos metodológicos, o método utilizado foi o hipotético-dedutivo. A construção da pesquisa se deu majoritariamente a partir de levantamento teórico e bibliográfico.

**PALAVRAS-CHAVE:** Planejamento familiar; Direitos reprodutivos; Congelamento social de óvulos; Maternidade tardia; Planos de saúde.

**ABSTRACT:** Article aimed at analyzing the relationship between reproductive rights and the technique of egg freezing as a way to realize the right to free family planning. The objective is to evidence that the voluntary postponement of motherhood, through social egg freezing, is a way to ensure family planning. The (im)possibility of coverage by health insurance plans is discussed, taking into account the provisions contained in Laws 9.263/1996, 9.656/1998 and 11.935/2009, as well as the limits of the ANS' regulatory power in the elaboration of RN no. 465. In light of the recognition of reproductive rights as fundamental rights, it is necessary to analyze the ambiguity existing between the Law of Health Plans and the regulatory norms edited by ANS. As to the methodological aspects, the hypothetical-deductive method was employed. The construction of the research was mainly based on a theoretical and bibliographical survey.

---

<sup>1</sup> Advogada. Pós-Graduada em Direito Médico, da Saúde e Bioética pela Faculdade Baiana de Direito. Bacharela em Direito pela Universidade Católica do Salvador. Aluna de mobilidade internacional na Universidade Portucalense (Porto, Portugal - 2020).

**KEYWORDS:** Family planning; Reproductive rights; Social egg freezing; Late motherhood; Health insurance.

## 1. INTRODUÇÃO

Os fatores sociais propiciaram uma nova visão da mulher-mãe, de modo que a busca pela maternidade vem se alterando. Isso se deu em virtude da divulgação de métodos contraceptivos mais eficazes, bem como no aumento progressivo da presença feminina em Universidades e altos cargos profissionais, além da nova perspectiva de arranjos familiares. Diante disso, muitas mulheres optam por postergar a maternidade, já que por mais que haja o desejo de procriar, existem prioridades a frente.

Todavia, como se sabe, a fertilidade feminina é finita. Assim, é necessário buscar amparo nas tecnologias médicas de reprodução humana para concretizar o desejo de postergar a maternidade, incidindo o exercício do direito constitucional ao livre planejamento familiar

Nessa ótica, embora muito custoso, o procedimento de congelamento de óvulos é uma ferramenta eficaz para garantir o exercício da autonomia reprodutiva das mulheres. Ante a dificuldade no acesso a tais procedimentos, para àqueles indivíduos que são beneficiários, a busca tende a ocorrer perante os planos de saúde.

Por conseguinte, a Lei nº 9.656/1998, Lei dos Planos de Saúde (LPS), que instituiu o plano referência a ser seguido pelos fornecedores desse serviço, excluiu a inseminação artificial do rol de procedimentos a serem cobertos pelo plano base (art. 10, III da LPS). Entretanto, a Lei nº 11.935/2011 incluiu o inciso III ao art. 35 C da LPS, tornando obrigatória cobertura de procedimentos atinentes ao instituto do planejamento familiar, concedendo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) o poder de regulamentar tal disposição (art. 35C, parágrafo único, LPS). A regulamentação dada pela ANS ao longo dos anos reproduziu o contido no art. 10, III, da LPS, facultando à cobertura por meio de cláusula contratual.

Dito isso, há uma ambiguidade na referida lei, uma vez que os procedimentos de inseminação artificial, com conceito amplo pela jurisprudência brasileira, é um meio de efetivar o direito ao livre planejamento familiar.

O artigo foi dividido em quatro partes e visa demonstrar a importância do congelamento de óvulos como forma de preservar a fertilidade de mulheres por fatores sociais, ou em decorrência de situações de infertilidade causada pelo câncer, por exemplo. Será avaliado o reconhecimento dos direitos reprodutivos como direitos fundamentais, a viabilidade de cobertura por planos de saúde do congelamento de óvulos, sem perder de vista as particularidades desse tipo de contrato, e como o Superior Tribunal de Justiça (STJ) têm se posicionado acerca do tema.

Quanto à metodologia, a pesquisa é de natureza teórica, consistindo majoritariamente em levantamento bibliográfico, partindo do uso do método hipotético-dedutivo.

## **2. O DIREITO CONSTITUCIONAL AO LIVRE PLANEJAMENTO FAMILIAR**

O planejamento familiar é uma garantia constitucional prevista no art. 226, § 7º da Constituição da República Federativa do Brasil (CF/88) de que, fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e na paternidade responsável, a formação do núcleo familiar se dará por “livre decisão do casal”, competindo ao Estado apenas propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício deste direito (CUNHA JR., 2017, p. 1.239). Isso pois, “os anseios sociais, justificados pelas novas demandas pessoais, passaram a evidenciar o necessário afastamento da intervenção estatal no que concerne ao desenvolvimento das relações de natureza privada” (MEIRELLES; CAVALCANTI, 2019, p.142).

O art. 6º da CF/88, que inicia o título dos direitos sociais, resguarda a proteção à maternidade e à infância. Na seara infraconstitucional, o art. 1.525, § 2º do Código Civil de 2002 (CC/02), garante o direito ao planejamento familiar, caracterizando-o como sendo de “livre decisão do casal”, reproduzindo a disposição constitucional.

A Lei 9.263/1996, regulamentadora do art. 226, § 7º da CF/88, assegurou a todos os cidadãos o direito ao planejamento familiar, trazendo um grande avanço, já que não mais contemplou “como destinatário unicamente às pessoas casadas ou em união estável” (ALMEIDA, 2019, p.423), reconhecendo a evolução do conceito de entidade familiar e suas diversas possibilidades.

Ademais, de acordo com o art. 4º da Lei 9.263/1996, o planejamento familiar engloba os direitos de constituição, aumento ou limitação da prole, abrangendo ações educativas e assistenciais. Já o art. 9º evidencia que para o exercício deste direito serão disponibilizadas todas as técnicas e métodos de concepção e contracepção cientificamente aceitos, garantindo o livre consentimento informado e a proteção da saúde e segurança do paciente.

Desse modo, o planejamento familiar relaciona-se com o princípio da autonomia privada, isto é, a tutela das liberdades existenciais no âmbito da família. Entretanto, não se pode olvidar que “o propósito do planejamento familiar é, sem dúvida, evitar a formação de núcleos familiares sem condições de sustento e de manutenção” (FARIAS; ROSENVALD, 2020, p.116), seja no aspecto patrimonial, como também no relacional.

Como se sabe, com o passar dos anos foi sendo reafirmada a visualização da entidade familiar como uma tipologia aberta e múltipla (TEPEDINO; TEIXEIRA, 2021, p.30), sendo, pouco a pouco, afastada a visão da família unicamente nos moldes tradicionais, caracterizada por casais heterossexuais e filhos.

Assim, a família contemporânea é marcada por casais homoparentais, monoparentais, filhos por opção, entre outros moldes (RIOS-LIMA, 2012, p.17), sendo mais do que nunca reflexo do princípio da afetividade (CALDERÓN, 2017, p. 154). Nesse sentido, bem salienta Maria Berenice Dias:

A família transforma-se na medida em que se acentuam as relações de sentimentos entre seus membros: valorizam-se as funções afetivas da família. A família e o casamento adquiriram novo perfil, voltados muito mais a realizar os interesses afetivos e existenciais de seus integrantes. Essa é a concepção eudemonista da família, que progride à medida que regride o seu aspecto instrumental. A comunhão de afeto é incompatível com o modelo único, matrimonializado, da família. Por isso, a afetividade entrou nas cogitações dos juristas, buscando explicar as relações familiares contemporâneas (DIAS, 2015, p. 53).

Conseqüentemente, fica claro que a família agora é analisada levando em consideração não mais a dita “família-instituição”, mas sim a “família instrumento” para o desenvolvimento da pessoa humana (FARIAS; ROSENVALD, 2020, p.43), observando seus membros em conjunto e isoladamente.

Bem por isso, os novos contornos do planejamento familiar que, segundo Vitor Almeida (2019, p.423), “decorrem, em larga medida, do reconhecimento no plano

internacional dos chamados direitos reprodutivos e, por conseguinte, da afirmação da autonomia reprodutiva”, são de extrema importância para a consolidação de uma família mais plural e realizada.

## 2.1 O reconhecimento dos direitos reprodutivos

A partir de 1960, com a criação da pílula anticoncepcional, iniciou-se o movimento de dissociação da sexualidade com a procriação (MASCARENHAS; COSTA, 2019, p.4).

Dentro desta seara, encontram-se os direitos reprodutivos, que “correspondem ao conjunto dos direitos básicos relacionados ao livre exercício da sexualidade e da reprodução humana” (PIOVESAN; PIROTTA, 2018, p.479). Tais direitos foram expandidos e redefinidos através do movimento feminista, que questionou a realidade levando em conta o gênero, a sexualidade e à distribuição social do poder (FERRER, ÁLVAREZ, 2003, p.261).

No plano internacional, foi na segunda conferência sobre os Direitos Humanos de Teerã (1968) que houve a inclusão e defesa dos direitos dos casais em decidir o número de filhos e o espaçamento entre as gestações. Posteriormente, a Conferência de População de Bucareste (1974) reafirmou a ótica do planejamento acerca da família e o dever do estado para assegurar este direito (TAKIUTI, 2020, p.188).

A Conferência Mundial do Ano Internacional da Mulher (1975) trouxe a discussão acerca da maternidade opcional, bem como sobre o direito à integridade do próprio corpo e as diferentes opções sexuais (TAKIUTI, 2020, p.188).

Por conseguinte, a temática também foi pauta no I Encontro Internacional da Saúde da Mulher, realizado em 1984 na cidade de Amsterdam. Nesta oportunidade, foi debatida a perspectiva do direito ao corpo e da maternidade como uma decisão livre e racional, perpassada pelo direito à informação e acesso aos avanços científicos (RODRIGUES, 2019, p.17-18).

No entanto, a Conferência do Cairo (1994) foi o marco de afirmação dos direitos das mulheres. Foram abordadas questões como educação sexual, aborto seguro, planejamento familiar, autodeterminação reprodutiva, sexualidade sem fins reprodutivos, empoderamento feminino e direitos sexuais e reprodutivos

(RODRIGUES, 2019, p.35). Pela primeira vez, 184 Estados consideraram os direitos reprodutivos como direitos humanos, “concebendo o direito a ter controle sobre as questões relativas à sexualidade e à saúde sexual e reprodutiva, assim como a decisão livre de coerção, discriminação e violência, como um direito fundamental” (PIOVESAN; PIROTTA, 2018, p.481).

Ainda que a CF/88 não mencione expressamente a salvaguarda dos direitos reprodutivos, o seu reconhecimento é extraído por meio da interpretação harmônica de diversos dispositivos. O art. 1º da CF/88 traz a dignidade da pessoa humana como fundamento da República e o art. 3º elenca o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação como objetivo da República. Além disso, o art. 5º, X da CF/88 garante o direito à intimidade e à vida privada.

Tais princípios relacionam-se diretamente com o conceito de direito reprodutivo, já que esses constituem verdadeiro exercício de cidadania e de dignidade da pessoa humana. Insta mencionar ainda o art. 5º, § 2º da CRFB/88 e a importância dos tratados internacionais no ordenamento jurídico brasileiro.

Ainda na perspectiva do ordenamento pátrio, em 1984 foi elaborado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), transformado posteriormente na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Para dar continuidade à proteção da figura feminina, foi criado, em 1985, o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher e, em 2003, a Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM) da Presidência da República, que elaborou três versões do Plano Nacional de Políticas para Mulheres (PNPM), datadas de 2004, 2007 e 2013 (SOUSA; TAVARES; ROCHA, 2019, p.11).

Tais acontecimentos reafirmaram a identificação de valores atrelados ao conceito de direitos reprodutivos. Os documentos supramencionados adotaram a visão de que a saúde integral das mulheres não se cinge apenas a métodos contraceptivos, pré-natal, consultas e exames. Na verdade, as mulheres deveriam ser analisadas para além do espaço privado e doméstico, abrangendo o espaço político (SOUSA; TAVARES; ROCHA, 2019, p.11).

Desse modo, “a incorporação dos direitos sexuais, direitos reprodutivos e direito ao planejamento familiar deveria ter papel fundamental para dar às mulheres autonomia cidadã para decidirem sobre os seus corpos e suas próprias vidas.”

(SOUSA; TAVARES; ROCHA, 2019, p.11). Bem por isso, são considerados direitos da personalidade (arts. 11 e ss. do CC/02), uma vez que “respeita o âmago da pessoa, caracterizando-se como uma forma de exteriorização da sua personalidade” (RANZONI, 2017, p.52).

Vale frisar ainda que os direitos sexuais e reprodutivos possuem sentidos distintos quando analisados em diferentes grupos sociais (LOPES, 2019, p.41). Assim, devem ser investigados levando em consideração o contexto histórico, em que se fazem presentes desigualdades sociais, econômicas e raciais (LOPES, 2019, p.43).

## **2.2 A maternidade tardia voluntária**

De acordo com a filósofa francesa Elisabeth Badinter em seu livro “Um amor conquistado: o mito do amor materno”, a figura da mãe na sociedade é tridimensional e relativa, já que além da dupla relação com o filho e o pai, a mãe também é uma mulher, “isto é, um ser específico dotado de aspirações próprias que frequentemente nada têm a ver com as do esposo ou com os desejos do filho” (BADINTER, 1985, p.15). Tal análise é útil para fundamentar a mudança na visão da maternidade, ainda que a família contemporânea não seja marcada unicamente pelas famílias heteroparentais.

A entrada das mulheres no mercado de trabalho, o surgimento de métodos contraceptivos, a possibilidade da dissolução legal do vínculo conjugal e o avanço da tecnologia reprodutiva, que veio para dissociar a reprodução da sexualidade (RIOS-LIMA, 2012, p.17), fizeram com que a maternidade passasse a se desvincular do espectro romantizado e patriarcalista.

Para tanto, existe a liberdade negativa, ou seja, a opção por não procriar (MOZI, 2001, p.58), já muito difundida e aceita através dos mais diversos métodos contraceptivos. De outro lado, encontra-se a liberdade positiva (MOZI, 2001, p.62), tida como a situação em que há a vontade de ter filhos, delimitando as ações que viabilizam a possibilidade de procriar, levando sempre em consideração as particularidades de cada indivíduo.

Ante a alteração social na perspectiva feminina, é possível perceber a busca por um adiamento voluntário da maternidade em detrimento do alcance de metas



socioeconômicas. Tal dinâmica é caracterizada pelo exercício da autonomia existencial feminina (GOZZO, 2017, p.30), baseada “na autodeterminação e no poder de decidir de forma livre e esclarecida, sem pressão ou indução” (RODRIGUES, 2019, p.45).

Por conseguinte, é notório que a autonomia existencial assumiu um posto primordial nas necessidades do ser humano, sendo a forma de adquirir bem-estar. Entretanto, “para o exercício de direitos de liberdade, deve haver a correlata responsabilidade, pois autonomia e responsabilidade são conceitos complementares.” (TEIXEIRA, 2018, p.79). Este cenário está intimamente ligado à importância da efetivação dos direitos reprodutivos de forma responsável e esclarecida, com base no exercício do livre planejamento familiar.

Segundo ponderações realizadas na Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher, realizada em Beijing, na China (ONU, 1995, p. 33), na maior parte dos países a negligência acerca dos direitos reprodutivos limita as mulheres de “oportunidades na vida pública e privada, de acesso à educação e de pleno exercício de outros direitos políticos e econômicos” (PIOVESAN; PIROTTA, 2020, p.486).

No entanto, a maternidade tardia voluntária é uma via de mão dupla, já que de um lado está a efetividade da dignidade da pessoa humana, consubstanciada nos direitos reprodutivos e no planejamento familiar, na outra ótica encontra-se a seara científica acerca da fertilidade feminina, que é notadamente finita.

### **3. CONGELAMENTO DE ÓVULOS**

A criopreservação de óvulos é o processo pelo qual há estimulação hormonal através de injeções que “têm por objetivo a estimulação dos ovários, que possibilita a produção de um maior número de óvulos, os quais, posteriormente, são extraídos por um procedimento cirúrgico” (BRANCO, 2021, p.266). O material é armazenado em laboratório, onde pode permanecer por anos.

Inicialmente, as taxas de gravidez eram baixas, em virtude da utilização de uma técnica habitual de congelamento, que se mostrou inadequada. Isso pois, eram formados cristais de gelo que danificavam a célula, de modo a ocorrerem alterações



nos cromossomos, que dificultavam a fertilização dos óvulos, bem como a divisão celular e a implantação dos embriões (CAMBIAGHI; LEÃO, p.6).

Contudo, esse cenário de insucesso foi alterado através das pesquisas da ginecologista italiana Eleonora Porcu, da Policlínica de Santa Úrsula de Bolonha, na Itália e da introdução da técnica de vitrificação (CAMBIAGHI; LEÃO, p.6). Tal processo permite o congelamento do material reprodutivo de maneira muito rápida, sem que haja alterações genéticas capazes de afetar negativamente o material (BRANCO, 2021, p.266). Após essa fase, “os óvulos são congelados em uma temperatura consideravelmente baixa, e armazenados em tanques com vedação a vácuo, cujo interior contém nitrogênio líquido” (BRANCO, 2021, p.266).

As evidências clínicas sobre a eficácia e segurança do procedimento de congelamento de óvulos levaram a Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva (ASRM) e a Sociedade Europeia de Reprodução Humana e Embriologia (ESHRE) a não o considerar mais como técnica experimental (ALTERI et. al., 2019, p.647).

Com efeito, a eficiência do método aumenta quando realizado com óvulos maduros. De acordo com Débora Gozzo (2017, p.34), o congelamento de óvulos deve ser realizado preferencialmente antes dos 30 anos, sendo necessário que a paciente passe por um processo idêntico ao da Fertilização in Vitro quando decidir utilizá-lo (CASTELLOTTI; CAMBIAGHI, 2008). Mas, segundo Alteri et. al (2019, p.648), o procedimento realizado antes dos 35 anos também conta com eficiência.

Ainda que o avanço biotecnológico seja benéfico nos mais diversos aspectos da reprodução humana assistida (RHA), a complexidade da vida humana gera riscos de abusos (COSTA; FILARD, 2016, p.252), bem como criação de “grandes expectativas com relação às inúmeras possibilidades terapêuticas que as técnicas desenvolvidas nessa área podem promover.” (COSTA; FILARD, 2016, p.254).

Atualmente, cerca de 90% dos óvulos resistem ao descongelamento, culminando em uma chance de 60% para uma futura gravidez, variando de acordo com o número de óvulos congelados e a idade em que se encontrava a mulher quando do procedimento (CAMBIAGHI; LEÃO, p.26).

Assim, é fundamental entender que o congelamento de óvulos não garante certeza acerca de uma gestação saudável sem as possíveis comorbidades decorrentes de uma gravidez tardia, mas na verdade gera uma possibilidade real

(ALTERI *et. al*, 2019, p.649) de utilizar o próprio material genético fora da idade ideal e obter êxito.

Nessa senda, diante das particularidades casuísticas, é imprescindível que haja a presença latente do consentimento informado perante a paciente que passará pelo procedimento, a fim de esclarecer potenciais riscos de insucesso (BRANCO, 2021, p.268).

### **3.1 A tecnologia como forma de efetivar o livre planejamento familiar: o congelamento social de óvulos**

Em meados do século XX iniciou-se um olhar científico para a concepção humana, já que a infertilidade e a ausência de filhos passaram a ter uma conotação negativa (LOPES, 2019, p. 45). Desde então, as tecnologias de RHA auxiliaram muitas pessoas que sofrem com problemas de infertilidade a atingir a condição de pais. Mas, para além do fator de saúde que envolve o tema, tais métodos são de extrema relevância para culminar no livre exercício do direito ao planejamento familiar.

Se antes o ideal era ter filhos para se realizar, atualmente as mulheres têm colocado em primeiro plano a estabilidade financeira e profissional, postergando a maternidade (JONES *et. al*, 2019, p.325). Em consequência disso, o congelamento de óvulos se mostra como uma opção para casais férteis que buscam preservar óvulos saudáveis a serem utilizados após o alcance de metas socioeconômicas no núcleo familiar, mulheres que não possuem parceiros e deliberam por aguardar, ou ainda para aquelas que refletem sobre a possibilidade de vivenciar a família monoparental.

A tecnologia utilizada no congelamento de óvulos começou a ser utilizada como uma forma de efetivação dos direitos reprodutivos e do planejamento familiar por meio do denominado *social egg freezing*, ou seja, o congelamento de óvulos eletivo, no qual o escopo não é propriamente a infertilidade (GOZZO, 2017, p.34).

O objetivo deste procedimento é justamente postergar a maternidade, garantindo autonomia reprodutiva à mulher, aumentando a igualdade de gênero e a sensação de liberdade (ALTERI *et. al*, 2019, p. 650) para alcançar estabilização financeira, profissional e existencial.

Dentro desta perspectiva, empresas como Facebook e Apple chegaram até a implementar o oferecimento de uma quantia no valor de até vinte mil dólares, a fim de que suas funcionárias congelassem óvulos e adiassem ao máximo a gravidez (GOZZO, 2017, p.34). Por óbvio, é fundamental entender que o desígnio da escolha pelo congelamento social de óvulos deverá ser fruto do exercício consciente da autonomia existencial, sem interferências coercitivas externas (GOZZO, 2017, p.34).

Fato é que no período de 1970 a 2015, a maioria dos países da OCDE viu um aumento de 2 a 5 anos na idade média dos partos das mulheres, que ficavam na faixa dos 30 anos, sendo que a evolução socioeconômica é apontada como o fator para essa alteração (ALTERI *et. al*, 2019, p.650).

Nesse sentido, pesquisadores da cidade de Ribeirão Preto, em São Paulo, realizaram uma pesquisa com o objetivo de averiguar a intenção das mulheres brasileiras que ainda não possuem filhos acerca da possibilidade de realizar o congelamento de óvulos, tendo como objetivo adiar a maternidade. O resultado apontou que 85.4% das mulheres se submeteriam ao procedimento de congelar seus óvulos, sendo que o principal obstáculo para a concretização é o custo elevado (FRANCO JR. *et al*, 2017).

Atrelado a ótica eletiva do procedimento, é fundamental mencionar ainda a oportunidade que a criopreservação de óvulos proporciona às mulheres que sofrem com algum problema de infertilidade decorrente de complicações de saúde. Exemplo disso é a situação de mulheres que necessitam enfrentar tratamentos quimioterápicos em virtude de um quadro cancerígeno (FERREIRA LOPES, 2010, p.7), postergando compulsoriamente a maternidade.

Nessa circunstância, a mulher não é possuidora de infertilidade desde o nascimento, mas adquiriu uma comorbidade que pode afetar a efetivação dos seus direitos reprodutivos. Felizmente a tecnologia médica é capaz de viabilizar a possibilidade de preservação da fertilidade e até mesmo uma posterior procriação.

Em consonância com o exposto, a Lei nº 14.238/2021, que instituiu o Estatuto da Pessoa com Câncer, trouxe uma série de diretrizes a serem seguidas na seara dos direitos e tratamento da doença, a fim de, entre outros objetivos, garantir o pleno exercício dos direitos sociais (art. 3º, I). Além disso, dispõe que é dever da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar à pessoa com câncer a plena efetivação do direito à vida e à saúde, bem como os demais direitos previstos na CF/88

(art. 5º, Lei nº 14.238/2021), sendo possível, portanto, abranger o planejamento familiar. No que tange ao direito à saúde, de acordo com o art. 11 da referida lei, é fundamental que haja a garantia ao bem-estar físico, psíquico, emocional e social.

Desse modo, é perceptível que os direitos reprodutivos e o direito ao livre planejamento familiar das mulheres com câncer devem ser analisados a partir do princípio da beneficência, sendo claro que nesse cenário o congelamento de óvulos consistiria numa forma de tratamento das sequelas do câncer, com fundamento no disposto no art. 4º, II da Lei nº 14.238/2021.

Com efeito, desde 2012, a ASRM vem afirmando que o congelamento de óvulos “significa uma importante forma de exercício da autonomia reprodutiva por parte das mulheres, embora seja uma prática nova” (BRANCO, 2021, p.266). Assim, a realidade aponta que a posição das mulheres frente à maternidade está se alterando pouco a pouco e o *social egg freezing* se consolida como uma forma de efetivar o planejamento familiar.

### 3.2 A dificuldade no acesso

Infelizmente, ainda que no Brasil existam hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) que realizam procedimentos de RHA, o congelamento de óvulos, em regra, não é oferecido pelo sistema público (BRANCO, 2021, p.269). Assim, o acesso é muito custoso (FREITAS, 2019, p.26), e acaba sendo utilizado majoritariamente pela população que detém privilégios financeiros para arcar com o mercado privado.

O custo do procedimento de congelamento de óvulos, abrangendo a estimulação, a coleta e o congelamento, pode variar entre R\$15.000,00 a R\$30.000,00, além do valor de manutenção dos óvulos congelados, que tem uma mensalidade de em média R\$1.000,00 por ano (FADDUL, 2020). Ademais, os tanques em que é feito o congelamento e onde o material permanece são de alto custo, sendo necessário que haja acompanhamento diário por funcionários plantonistas (BRANCO, 2021, p.266).

A partir de análises epidemiológicas é possível concluir que o público que opta pelo referido procedimento é caracterizado por mulheres com a faixa etária de 30

anos, possuidoras de graduação universitária e de uma vida profissional ativa de classe média (ALTERI *et. al.*, 2019, p.647).

Desse modo, por mais que o congelamento de óvulos seja um meio eficaz de suprir as demandas para efetivação dos direitos reprodutivos e planejamento familiar, encontra óbice na realidade brasileira, já que a grande maioria das mulheres do Brasil não têm acesso informacional e pecuniário, restando o acesso pela rede privada.

#### 4. A (IM)POSSIBILIDADE DE COBERTURA POR PLANOS DE SAÚDE

O art. 6º da CF/88 consagra a saúde como um direito fundamental social, fundado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade. De acordo com o art. 196 da CF/88, a saúde é direito de todos e dever do Estado, organizado por meio do SUS (art. 198 da CF/88). Ao lado da saúde pública, a Constituição previu a existência da saúde complementar, isto é, aquela exercida através de entidade privadas que integram o SUS por meio de convênios ou contratos com o Poder Público (art. 199, § 1º da CRFB/88) (MOREIRA, 2015, p.255).

Por conseguinte, e o que mais importa para os fins do presente estudo, encontra-se a saúde suplementar. O art. 199, *caput* da CF/88 assegura que a exploração do serviço de saúde é livre à iniciativa privada, admitindo então que pessoas físicas e jurídicas prestem o serviço de assistência à saúde mediante uma contraprestação dos beneficiários (MOREIRA, 2015, p.258), por meio de planos e seguros de saúde.

O contrato de plano de saúde é tido como um contrato de adesão com manifesta assimetria de informações (SCHULMAN, 2003, p.249), já que cabe ao beneficiário apenas aceitar todas as cláusulas propostas pela entidade prestadora (MOREIRA, 2015, p.263). Além disso, é um contrato aleatório, sendo impossível prever desde a contratação quando e qual evento acontecerá, qual seja, a doença do segurado (MOREIRA, 2015, p.265).

Vale salientar ainda que se constitui como um contrato de catividade, visando longa duração (SCHULMAN, 2003, p.249), se afastando da noção tradicional da teoria dos contratos. Em verdade, são caracterizados por um caráter relacional, onde há

dependência entre contratantes e prestadores através de relação complexa e duradoura (SCHUNCK, 2013, p.33).

Ademais, insta ressaltar que a relação jurídica entre beneficiário e plano de saúde é considerada de consumo, se sujeitando às regras do Código de Defesa do Consumidor (CDC). Assim, os princípios da vulnerabilidade do consumidor, da boa-fé objetiva, da transparência e da informação serão necessariamente utilizados para fins de interpretação contratual e solução de conflitos (GREGORI, 2021, p.310).

Nesse contexto, resta evidente que os planos de saúde visam o lucro, como qualquer entidade privada no contexto empresarial. Entretanto, é notório que “o paciente, consumidor, nessas circunstâncias, está fragilizado, pelo que necessita de um tratamento diferenciado e integrado.” (GREGORI, 2021, p.319), sendo fundamental, portanto, que os aspectos financeiro e empresarial estejam em consonância com as peculiaridades do direito fundamental à saúde.

Desse modo, como o direito à saúde ultrapassa os limites individuais de um contrato, se materializando como um direito fundamental social de relevância pública (SOUSA; TAVARES; ROCHA, 2019, p.16), as entidades privadas pertencentes ao âmbito da saúde suplementar são submetidas à regulamentação, fiscalização e controle do poder público (MOREIRA, 2015, p.258).

#### **4.1 A lei 11.935/2009 e a atual resolução da ANS**

Dada a relevância pública e existencial do direito à saúde, ainda que na seara privada, a Lei nº 9.656/1998 regulamentou procedimentos e ditames mínimos a serem seguidos pelos planos de saúde, sendo instituído o plano-referência de assistência à saúde, representando um verdadeiro dirigismo estatal na proteção ao consumidor, tendo em vista sua hipossuficiência (MASCARENHAS; COSTA, 2019, p.9).

Inicialmente, o art. 10, III da LPS excluiu como procedimento pertencente ao plano-referência a inseminação artificial. Por outro lado, a Lei nº 11.935/2009 alterou a redação da LPS, fazendo com que o art. 35 C passasse a vigorar com a inclusão do inciso III, tornando obrigatória a cobertura nos casos de planejamento familiar.

A legislação, portanto, concedeu à ANS o poder de regulamentar os limites dos contratos de planos de saúde, levando em consideração as balizas da própria lei a ser

regulamentada, não sendo possível inovar na ordem jurídica (GREGORI, 2021, p.311). Em decorrência disso, a ANS editou, no decurso dos anos, diversas Resoluções Normativas (RN) referentes ao rol de procedimentos de cobertura obrigatória, além de nuances a serem seguidas.

A RN nº 465, editada em 2021, considera 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 (art. 4º, VII, alínea “a”). Além disso, atribui ao termo “inseminação artificial” um espectro amplo, conforme art. 4º, VII, alínea “g”<sup>2</sup>.

O conceito dado pela ANS para “inseminação artificial” é fruto de uma ampliação ilegal e vaga, utilizando como fechamento a denominação “entre outras técnicas”, albergando procedimentos além dos previstos em lei (PEREIRA, 2020, p.190). Assim, o real intuito do dispositivo supramencionado é “inviabilizar a cobertura contratual de qualquer tecnologia de reprodução assistida, inclusive aquelas que venham a surgir, baseadas na evolução da biomedicina e da biotecnologia” (PEREIRA, 2020, p.190).

Em seguimento, o art. 17, parágrafo único, III da RN nº 465 permite expressamente a exclusão assistencial do procedimento de inseminação artificial, facultando à entidade empresarial a escolha acerca do tema. Esta disposição encontra-se de acordo com o exposto no art. 10, III da Lei nº 9.656/1998, mas merece ser reanalisada.

Segundo Daniel Macedo, a justificativa para a supressão da cobertura de inseminação artificial decorre do fato de que esta não visa um procedimento terapêutico ou curativo, como medida essencial para a vida. Na verdade, a procriação seria apenas um desejo do âmago do indivíduo, sem afetar propriamente sua saúde (PEREIRA, 2020, p. 189).

Além disso, o art. 9º da RN nº 465 dispõe que as ações de que trata o inciso III do art. 35-C da Lei n.º 9.656/998 devem envolver apenas as atividades de educação,

---

<sup>2</sup> “Art. 4º Para fins do disposto nesta Resolução Normativa, são estabelecidas as seguintes definições: (...)

VII - no que refere às ações e planejamento familiar, considera-se: (...)

g) inseminação artificial: 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.” (RN nº 465/2021).



aconselhamento, contracepção e atendimento clínico. Com tal texto, a ANS extrapolou os limites do poder regulamentador, com manifesto objetivo de suprimir quase todos os objetivos das Leis nº 9.263/96 e 11.935/2009 (PEREIRA, 2020, p. 192).

De nada adianta ofertar atividades de educação e aconselhamento, sem fornecer os meios propícios para consumir a livre decisão do indivíduo acerca da fecundidade, sob pena de existir um direito ao planejamento familiar incompleto (MASCARENHAS; COSTA, 2019, p.8). A regulamentação dada pela agência reguladora permite o acesso a métodos contraceptivos, mas se abstém no que tange às mais diversas técnicas de concepção.

Destarte, é no mínimo incongruente afirmar que os procedimentos que versem sobre planejamento familiar são cobertos, sendo que o rol não envolve o meio para alcançar o exercício do direito ao planejamento familiar, sob a ótica da liberdade positiva, consubstanciado nos métodos de RHA.

#### **4.2 O equilíbrio econômico-financeiro dos planos de saúde**

O art. 51, IV e § 1º do CDC abrange o princípio da boa-fé objetiva atrelada à perspectiva do equilíbrio econômico-financeiro. Esse instituto veda a possibilidade de existir desvantagem exagerada ao consumidor (BENJAMIN; MARQUES; BESSA, 2012, p. 324). Assim, é evidente que há necessidade de manter uma correspondência com o encargo atribuído à contraparte.

Em se tratando de contratos massificados, os planos de saúde tendem a limitar os procedimentos cobertos, pautando o rol no plano referência exigido na legislação. Isso se dá na tentativa de não ocorrer oneração demasiada da empresa com gastos em tratamentos muito caros, já que “entender que as operadoras são obrigadas a prestar qualquer coisa de que o cliente necessite acaba por levar à ruptura do equilíbrio econômico-financeiro” (MELLO, 2013, p.8). De acordo com o Min. Marco Aurélio, a aleatoriedade típica do contrato de seguro “pressupõe o justo equilíbrio entre o prêmio pago pelos beneficiários e a taxa de verificação de sinistros” (MELLO, 2013, p.13).

Por outro lado, verifica-se que, normalmente, os indivíduos contribuem por longos períodos, quiçá toda a vida, até que façam uso do plano de saúde. Assim, é

fundamental que a noção de equilíbrio financeiro seja consonante com a efetividade do gozo dos benefícios advindos dessa modalidade de seguro (MELLO, 2013, p.12).

A fim de limitar e justificar a negativa de tratamentos, o art. 2º da RN nº 465 tratou de explicitar que o rol de cobertura de procedimentos é considerado taxativo, podendo as operadoras de planos de assistência à saúde oferecer cobertura maior do que a obrigatória, por sua iniciativa ou mediante expressa previsão no instrumento contratual referente ao plano privado de assistência à saúde.

### 4.3 A discussão atual no STJ

Em 2020, no julgamento REsp. nº 1.815.796/RJ, de relatoria do Min. Paulo de Tarso Sanseverino, foi discutida a cobertura do procedimento de congelamento de óvulos como forma de preservar a fertilidade de uma mulher que tinha 30 anos na época do fato e estava sob tratamento quimioterápico, tendo em vista o prognóstico de falência ovariana.

O plano de saúde recorreu contra uma sentença que determinou o custeio do procedimento, mantida no segundo grau de jurisdição. O acórdão proferido pelo Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro (TJRJ) fez uma distinção do caso no sentido de afirmar que não se tratava de inseminação artificial, que segundo a legislação (art. 10, III da LPS e art. 20 da RN nº 387 da ANS, vigente à época) não é de cobertura obrigatória.

Além disso, foi explicitado que na concretude do caso a criopreservação dos óvulos consistia em uma medida de proteção dos direitos reprodutivos, mencionando ainda o resguardo constitucional acerca da maternidade constante no art. 6º da CRFB/88.

O entendimento exposto no acórdão do TJRJ concluiu que o custeio do congelamento de óvulos era obrigatório, uma vez que o tratamento oncológico/quimioterápico tinha previsão contratual, sendo a criopreservação uma medida necessária para assegurar a realização daquele prevenindo a infertilidade da paciente, ou seja, sequela do câncer.

Por conseguinte, o Min. Paulo de Tarso, em seu voto no STJ, explicitou que a RN 387/2016 abarcou a “manipulação de oócitos” no conceito de inseminação

artificial, o que inclusive ainda ocorre na RN atual, de modo que a criopreservação também é excluída, já que esta consiste no congelamento de oócitos para manipulação futura.

Além disso, enfrentou o conflito aparente de normas entre o art. 35 C, III da Lei 9.656/1998 e a norma de exclusão da cobertura dos procedimentos de inseminação artificial, de modo a afirmar que a norma geral sobre planejamento familiar não revogou a norma específica que excluiu de cobertura a inseminação artificial. Tal entendimento já consolidado pelo STJ é fundamentado por meio da interpretação sistemática e teleológica da legislação, tendo como base a proteção ao equilíbrio econômico-financeiro dos contratos. Isso pois, haveria oneração desarrazoada se existisse a cobertura de todo e qualquer método correlato ao planejamento familiar.

No entanto, no decorrer do Voto, o ministro fez a distinção do caso, referindo inclusive o art. 35 F da LPS, de modo que a cobertura se daria em virtude da necessidade de evitar um dos efeitos adversos da quimioterapia, qual seja, a falência ovariana. Insta ressaltar que de acordo com o relator, tal efeito adverso do tratamento da quimioterapia seria prevenido através da punção dos oócitos, mas, a mera retirada desse material seria inútil, se não seguido imediatamente da criopreservação. Ou seja, a cobertura da criopreservação nesse caso é contemplada por se consubstanciar na prevenção de sequelas da doença, englobada no tratamento oncológico.

Ademais, trata-se de mulher que ainda não está acometida pela infertilidade, de modo que o objetivo da criopreservação se relaciona com o princípio da beneficência, de modo a prevenir um dano sabido e evitável. Com isso, o relator deu parcial provimento para condenar a recorrente a custear o congelamento de óvulos até a alta do tratamento médico devidamente prescrito.

Portanto, na situação ora narrada percebe-se que o congelamento de óvulos foi tido como procedimento de cobertura obrigatória em virtude de uma prescrição médica a fim de preservar a possível infertilidade futura, decorrente de problemas oncológicos. Ou seja, é possível inferir que, de acordo com a lógica do equilíbrio econômico-financeiro dos contratos e a consequente legalidade e harmonia entre os arts. 17, III e 35 C, III da LPS, bem como a RN da ANS, não seria possível conceber a obrigatoriedade de custeio do *social egg freezing*.

Em consonância com tal conclusão, encontra-se a tese firmada pelo STJ em 2021, sob a sistemática dos recursos especiais repetitivos (Tema 1.067), qual seja:

“salvo disposição contratual expressa, os planos de saúde não são obrigados a custear o tratamento médico de fertilização in vitro”.

O relator Marco Buzzi efetuou a distinção entre as técnicas de inseminação artificial, mais simples, e a fertilização in vitro, mais complexa e onerosa, concluindo que não haveria lógica em conceber que a inseminação artificial fosse de cobertura facultativa, nos termos do art. 10, III da LPS, e a fertilização in vitro de cobertura obrigatória. De acordo com seu entendimento, a ANS não extrapolou o poder regulamentador a ela concedido, agindo nos limites da lei de regência.

Por fim, concluiu o STJ que não é possível permitir uma interpretação tão ampla do conceito do direito ao planejamento familiar, sob pena de afetar diretamente o equilíbrio econômico-financeiro dos contratos de plano de saúde e impactar na higidez do sistema de saúde suplementar e dos demais segurados de planos de saúde. Assim, fica claro que para o STJ, o planejamento familiar se associa a métodos e técnicas de concepção e contracepção, bem como exames laboratoriais, mas não abarca métodos de reprodução assistida e os a eles atrelados (MASCARENHAS; COSTA, 2019, p.8).

Insta mencionar que, conforme disposto no art. 1036 do Código de Processo Civil de 2015 (CPC/15), as teses firmadas sob o regime dos recursos repetitivos vincularão a decisão dos demais processos que estiverem afetados, ou seja, que possuírem idêntico fundamento de direito.

Nesta senda, é importante salientar que por mais que a tese firmada em recurso repetitivo seja direcionada aos procedimentos de fertilização in vitro, o STJ já se posicionou anteriormente no sentido de entender que “a inseminação artificial compreende a fertilização in vitro, bem como todas as técnicas médico-científicas de RHA, sejam elas realizadas dentro ou fora do corpo feminino” (REsp 1794629/SP 2019). Junto a isso encontra-se a redação ampla do art. 4º, VII, “g” da RN nº 465 da ANS, que considera inseminação artificial entre outras técnicas, a manipulação de oócitos.

## 5. CONCLUSÃO

Tendo em vista a mudança da visão acerca das entidades familiares, o direito constitucional ao livre planejamento familiar passou a ter novas feições e conseqüentemente, novos meios para efetivação. Isso se deu em virtude da alteração do contexto social referente à procriação e constituição de um núcleo familiar.

Fator intimamente ligado a tal temática são os direitos reprodutivos. Documentos internacionais referentes aos direitos das mulheres, bem como a difusão do movimento feminista ao longo dos anos, consolidaram o reconhecimento dos direitos reprodutivos como direitos fundamentais. Este importante avanço fez com que a maternidade passasse a ser considerada uma decisão livre e racional, fruto do exercício da autonomia existencial da mulher.

Com isso, o adiamento voluntário da maternidade passou a ser uma alternativa ante à busca pelo alcance de metas socioeconômicas. No entanto, como a fertilidade feminina é finita, o congelamento de óvulos se mostra como uma forma de efetivação do livre planejamento familiar, sobretudo com a mudança da figura feminina na sociedade contemporânea.

Constata-se que o procedimento é muito custoso e acaba sendo utilizado apenas por uma parcela mínima de mulheres, dada a realidade econômica do país. Assim, a cobertura por planos de saúde seria uma opção para um maior alcance do método. Entretanto, a legislação pátria e a resolução normativa editada pela ANS, tratam o planejamento familiar a partir de uma ótica limitada à aconselhamento, ações educativas, contracepção e atendimento clínico.

Após a análise da legislação vigente acerca do tema, é possível perceber que há uma ambigüidade. Isso pois, o art. 10, III da LPS excluiu do plano referência dos planos de saúde os procedimentos de inseminação artificial, mas o art. 35 C, com redação dada pela Lei nº 11.935/2009, dispõe que será obrigatória a cobertura de procedimentos atinentes ao planejamento familiar, cabendo a ANS a regulamentação. A agência reguladora, na confecção da RN nº 465, seguiu a permissão contida no art. 10, III da LPS, de modo que os procedimentos de inseminação artificial somente serão cobertos caso haja cláusula contratual nesse sentido.

Em virtude da constante judicialização da saúde, coube à jurisprudência um papel importante acerca da viabilidade ou não da cobertura dos procedimentos de

reprodução humana por planos de saúde, sobretudo em relação às circunstâncias em que há infertilidade.

De maneira geral, o que se verifica é que o STJ entende que o planejamento familiar não deve ser analisado de forma tão ampla, sob pena de comprometer o equilíbrio econômico-financeiro dos contratos, afetando até mesmo a higidez do sistema de saúde suplementar. Tal entendimento foi inclusive vinculado no Tema 1.067, em sede de julgamento de recurso repetitivo ocorrido em 2021.

Especificamente quanto ao congelamento de óvulos, o STJ proferiu uma decisão histórica em 2020, determinando que o plano de saúde custeasse o procedimento em uma mulher que estava passando pelo tratamento de câncer, com prognóstico de falência ovariana. Em tal situação, o tratamento oncológico tinha previsão contratual e a infertilidade era uma seqüela da doença

Dessa maneira, percebe-se que o congelamento eletivo de óvulos ainda não foi debatido jurisprudencialmente, mas é possível perceber que a tendência jurisprudencial é de defender o equilíbrio financeiro dos contratos.

## REFERÊNCIAS.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **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. Publicada no D.O.U. de 02 de março 2021, Seção I, p. 115. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-normativa-rn-n-465-de-24-de-fevereiro-de-2021-306209339#:~:text=Do%20Objeto-,Art.,adaptados%20conforme%20previsto%20no%20art>. Acesso em: 10 de fev. de 2022.

ALMEIDA, Vitor. O Direito ao Planejamento Familiar e as novas Formas de Parentalidade na Legalidade Constitucional. In: HIRONAKA, Giselda; SANTOS, Romualdo. **Direito Civil: Estudos - Coletânea do XV Encontro dos Grupos de Pesquisa - IBDCIVIL**. São Paulo: Blucher, 2018, p. 419-448. Disponível em: <https://openaccess.blucher.com.br/article-details/19-21248>. Acesso em: 07 de mar. de 2022.

ALTERI, Alessandra, et. al. Elective egg freezing without medical indications. **Acta Obstet Gynecol Scand**, v. 98, 2019, p. 647-652. Disponível em:

<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/aogs.13573>. Acesso em: 16 fev 2022.

BADINTER, Elisabeth. **Um Amor conquistado: o mito do amor materno**. Tradução de Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BENJAMIN, Antônio Herman; MARQUES, Claudia Lima; BESSA, Leonardo Roscoe. **Manual de Direito do Consumidor**. 4 ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2012.

BRANCO, Clarice Corbella Castello. O congelamento social de óvulos: consequências jurídicas e socioeconômicas. **Revista dos Estudantes de Direito da Universidade de Brasília**, v. 1, n 19, 2021, p. 262-283. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/redunb/issue/view/2255>. Acesso em: 07 abr. 2022.

BRASIL. **Código Civil**. Diário Oficial da União, DF, 10 de janeiro de 2002. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/l10406compilada.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm). Acesso em: 29 de mar. de 2022.

BRASIL. **Código de Defesa do Consumidor**. Diário Oficial da União, DF, 11 de setembro de 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8078compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm). Acesso em: 29 de mar. de 2022.

BRASIL. **Código de Processo Civil**. Diário Oficial da União, DF, 16 de março de 2015. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/l13105.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13105.htm). Acesso em: 20 mar. 2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Diário Oficial da União, DF, 5 de outubro de 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 10 mar. 2022.

BRASIL. **Lei nº 14.238, de 19 de novembro de 2021**. Institui o Estatuto da Pessoa com Câncer; e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 19 de novembro de 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.238-de-19-de-novembro-de-2021-360895776>. Acesso em: 19 abr. 2022.

BRASIL. **Lei nº 11.935 de 11 de maio de 2009**. Altera o art. 36-C da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 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 fev. de 2022.

BRASIL. **Lei. nº 9.656 de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 3 de junho de 1998. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9656.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm). Acesso em: 10 fev. 2022.

BRASIL. **Lei. nº 9.236 de 12 janeiro de 1996**. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 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 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde**



**da Mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** –Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf).

Acesso em: 24 mai. 2022.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 1.815.796/RJ. Relator: Min. Paulo de Tarso Sansverino – Terceira Turma. **Diário de Justiça Eletrônica**, Brasília, 09 jun. 2020. Disponível em: <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/859495751/recurso-especial-resp-1815796-rj-2019-0150440-1/inteiro-teor-859495761?ref=feed>. Acesso em: 27 mar. 2022.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 1794629/SP – Terceira Turma. Relator: Min. Moura Ribeiro. **Diário de Justiça Eletrônica**, Brasília, 10 mar. 2020. Disponível em: <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/857245932/recurso-especial-resp-1794629-sp-2019-0027170-6/inteiro-teor-857245991>. Acesso em: 27 mar. 2022.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 1851062/SP – Terceira Turma. Relator: Min. Marco Buzzi. **Diário de Justiça Eletrônica**, Brasília, 27 out. 2021. Disponível em: <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/1306298515/recurso-especial-resp-1851062-sp-2019-0356986-1/inteiro-teor-1306298608>. Acesso em: 27 mar. 2022.

CALDERÓN, Ricardo. **Princípio da afetividade do direito de família**. Ed. 2. Rio de Janeiro: Forense, 2017.

CAMBIAGHI, Arnaldo Schizzi; LEÃO, Rogério. **Ebook Congelamento de óvulos**. Instituto Paulista de Ginecologia e Obstetrícia (IPGO). Disponível em: <https://ipgo.com.br/ebooks/congelamento-de-ovulos/>. Acesso em: 17 mar. 2022.

CASTELLOTTI, Daniela Spilborghs; CAMBIAGHI, Arnaldo Schizzi. Preservação da fertilidade em pacientes com câncer. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter**, 2008. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbhh/a/3rPFjKNYhJH83Qzt3LYCqTr/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 17 mar. 2022.

COSTA, Maria Rosineide da Silva; FILARD, Mariana Faria. Os direitos reprodutivos na era da biotecnologia: reflexões acerca da liberdade de procriação frente à dignidade da pessoa humana. **Revista Brasileira de Direitos e Garantias Fundamentais**, v. 2, n. 2, Jul/Dez. 2016, p. 249 - 269. Disponível em: <https://indexlaw.org/index.php/garantiasfundamentais/article/view/1642/pdf>. Acesso em: 10 mar. 2022.

CUNHA JR., Dirley da. **Curso de Direito Constitucional**. Ed. 11. Salvador: JusPODIVM, 2017.

DIAS, Maria Berenice. **Manual de direito das famílias**. Ed. 10. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2015.

FADDUL, Juliana. Congelamento de óvulos: entenda o que é, quem pode fazer e quanto custa. **CNN Brasil**, 19 ago. 2020. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/business/2020/12/12/congelamento-de-ovulos-entenda-o-que-e-e-o-quanto-pode-te-custar>. Acesso em: 12 mai. 2021.

FARIAS, Cristiano Chaves; ROSENVALD, Nelson. **Curso de Direito Civil – Famílias**, vol 6. 12 ed. Salvador: JusPODVM, 2020.

FERREIRA LOPES, Susana Patrícia. **Preservação da fertilidade em doentes oncológicos**. 32 fls. Mestrado Integrado em Medicina – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto/Portugal. Orientadora: Dra. Florbela Teixeira Gomes. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/53751/2/Preservao%20da%20Fertilidade%20em%20Doentes%20Oncologicos.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2022.

FERRER, Jorge José; ÁLVAREZ, Juan Carlos. **Para Fundamentar La Bioética: Teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea**. 2. ed. Sevilla: Descleé de Brouwer, 2003.

FRANCO JR., J. G; *et al.* Social oocyte cryopreservation: a portrayal of Brazilian women. **JBRA Assisted Reproduction**, v. 21, n. 2, p. 101-104, jun. 2017. Disponível em: <https://www.cpdp.com.br/files/10-1249-social-oocyte-cryopreservation.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2022.

FREITAS, Paula Martins Felipe de. **Maternidade tardia e o acesso às tecnologias reprodutivas: a (in)constitucionalidade da política de planos de saúde em relação aos tratamentos de reprodução assistida e a perspectiva jurídica e familiar**. 2019. 84 f. Dissertação (Pós- Graduação em Economia Doméstica) – Universidade Federal de Viçosa, Viçosa/MG, 2019. Orientadora: Profa. Dra. Karla Maria Damiano Teixeira. Disponível em: <https://www.locus.ufv.br/handle/123456789/27514>. Acesso em: 29 mar. 2022.

GREGORI, Maria Stella. Os desafios da regulação da saúde suplementar no Brasil. *In*: MIRAGEM, Bruno; MARQUES, Claudia Lima; MAGALHÃES, Lucia Ancona Lopes de. **Direito do Consumidor: 30 anos do CDC: da consolidação como direito fundamental aos atuais desafios da sociedade**. Rio de Janeiro: Forense, 2021. p. 307-322.

GOZZO, Débora. Reprodução Humana Assistida e a autonomia existencial da mulher. **Revista Direitos Fundamentais e Alteridade**, v. 01, n. 01, jul./dez, 2017, p. 23 a 42. Disponível em: <https://periodicos.ucsul.br/index.php/direitosfundamentaisealteridade/article/view/435>. Acesso em: 07 mar. 2021.

JONES, Benjamin *et al.* Perceptions, outcomes, and regret following social egg freezing in the UK; a cross-sectional survey. **Acta Obstet Gynecol Scand**, v. 99. p. 324–332, 2020. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/aogs.13763>. Acesso em: 17 fev. 2022.

LOPES, Laís Godoi. **A família para além do gênero: reformulações dos direitos reprodutivos a partir das biotecnologias**. 2019. 236 f. Tese (Doutorado - Programa de Pós Graduação da Faculdade de Direito da UFMG) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019. Orientador: Prof. Dr. Brunello Stancioli. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/31481>. Acesso em: 22 mar. 2022.

MASCARENHAS, Igor de Lucena; COSTA, Ana Paula Correia de Albuquerque da. Fertilização in vitro e o direito ao planejamento familiar: a ilegalidade do enunciado 20 da I Jornada de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça e a Teoria da

Captura aplicada à ANS. **Revista de Direito do Consumidor**, vol. 121, jan./fev, 2019, p. 323 a 345. Disponível em: <https://revistadedireitodoconsumidor.emnuvens.com.br/rdc/article/view/1133>. Acesso em 22 mar. 2022.

MEIRELLES, Ana Thereza; CAVALCANTI, Thais Novais. As novas famílias por projetos parentais assistidos heterólogos: uma ponderação sobre o acesso e os critérios concernentes à escolha do doador de gametas. **Revista Direitos Culturais. Santo Ângelo**, v. 14, n. 32, jan./abr. 2019, p. 137-159. Disponível em: <https://vlex.com.br/vid/as-novas-familias-projetos-778845981>. Acesso em: 18 abr. 2022.

MELLO, Marco Aurélio. Saúde Complementar, segurança jurídica e equilíbrio econômico-financeiro. *In*: CARNEIRO, Luis Augusto Ferreira. **Planos de Saúde: aspectos jurídicos e econômicos**. 1.ed. Rio de Janeiro: FORENSE, 2013. p. 3-17.

MOREIRA, Marta Rodrigues Maffeis. O contrato de Plano de Saúde e sua função social. **R. Fac. Dir. Univ. São Paulo**, v. 110, jan./dez. 2015, p. 251 - 276. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rfdusp/article/view/115493>. Acesso em: 22 mar. 2022.

MOZI, Mauricio. Fecundação assistida e a liberdade de procriação. **Revista Bioética**, v. 9, nº 2, 2001, p. 57-79. Disponível em: [https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/245/245](https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/245/245). Acesso em: 21 mar. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Onu Mulheres (2013). **Declaração e Plataforma de Ação de Pequim (1995)**. Disponível em: [https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao\\_beijing.pdf](https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao_beijing.pdf). Acesso em: 26 mai. 2022.

PEREIRA, Daniel de Macedo Alves. **Planos de saúde e a tutela judicial de direitos: teoria e prática**. São Paulo: Saraiva Educação, 2020.

PIOVESAN, Flávia; PIROTTA, Wilson Ricardo Buquetti. A proteção dos direitos reprodutivos no direito internacional e no direito interno. *In*: PIOVESAN, Flávia. **Temas de Direitos Humanos**. 11 ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2018, p. 480-508.

RANZONI, Raiza Manja. **Direitos Reprodutivos e os beneficiários da procriação assistida: uma análise legislativa e jurisprudencial**. 2017. 145 f. Dissertação (Mestrado em Direitos Fundamentais - Ciências Jurídico-Políticas) - Universidade de Lisboa, 2017. Orientador: Prof. Dr. Eduardo Vera-Cruz Pinto. Disponível em: [https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/37359/1/ulfd136441\\_tese.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/37359/1/ulfd136441_tese.pdf). Acesso em: 07 mai. 2021.

RIOS-LIMA, Maria Galvão. **Um estudo sobre o adiamento da maternidade em mulheres contemporâneas**. 2012. 202 f. Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em psicologia. Área de concentração: psicologia clínica) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2012. Orientadora: Profa. Isabel Cristina Gomes. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-22082012-144251/pt-br.php>. Acesso em: 07 mai. 2021.

RODRIGUES, Poliana de Sousa. **Direitos Reprodutivos, Reprodução Medicamente Assistida e a maternidade como uma escolha reflexiva**. 2019. 131 f. Dissertação (Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea) – Universidade

Católica do Salvador, Salvador, 2019. Orientadora: Profa. Dra. Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti. Disponível em: <http://ri.ucsal.br:8080/jspui/handle/prefix/871>. Acesso em: 07 mai. 2021.

SCHULMAN, Gabriel. **Direito fundamental no plano de saúde: do contrato clássico à contratualidade contemporânea**. 2003. 352 f. Dissertação (Mestrado em Direito das Relações Sociais) - Universidade Federal do Paraná, 2003. Orientador: Prof. Dr. Luiz Edson Fachin. Disponível em: [https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/19051/Dissertacao\\_Schulman.pdf](https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/19051/Dissertacao_Schulman.pdf). Acesso em: 14 mar. 2022.

SCHUNCK, Giuliana Bonanno. **Contratos de longo prazo de dever de cooperação**. 2013. 239 f. Tese (Doutorado em Direito Civil) - Universidade de São Paulo. São Paulo, 2013. Orientadora: Profa. Dra. Teresa Ancona Lopes Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2131/tde-28032014-144357/pt-br.php>. Acesso em: 17 de março de 2022.

SOUSA, Maria Eliane Alves; TAVARES, Maria de Fátima Lobato; ROCHA, Rosa Maria da. Dimensões dos direitos fundamentais no Plano Nacional de Políticas para Mulheres. **Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit**, Brasília, v. 8, n. 2, abr./jun. 2019, p. 1-132. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/525/589>. Acesso em: 18 de abr. de 2022.

TAKIUTI, Albertina Duarte. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. *In*: PINTO, Alessandra Caligiuri Calabresi. **Direito das Mulheres: igualdade, perspectivas e soluções**. 1. ed. São Paulo: Almedina, 2020, p. 188-208.

TEIXERA, Ana Carolina Brochado. Autonomia Existencial. **RBDCivil**, v. 16, abr./jun. 2018, p. 75-104. Disponível em: <https://rbdcivil.ibdcivil.org.br/rbdc/article/download/232/214>. Acesso em: 22 mar. 2022.

TEPEDINO, Gustavo; TEIXERA, Ana Carolina Brochado. **Fundamentos do Direito Civil: direito de família**, v. 6, 2 ed. Rio de Janeiro: Forense, 2021.

Recebido em (Received in): 22/08/2023.

Aceito em (Approved in): 28/12/2023.



Este trabalho está licenciado sob uma licença [Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).