

A JUDICIALIZAÇÃO DA REPRODUÇÃO ASSISTIDA COMO DIREITO FUNDAMENTAL

THE JUDICIALIZATION OF ASSISTED REPRODUCTION AS A FUNDAMENTAL RIGHT

SAMUELLI CRISTINE FERNANDES HEIDEMANN

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Sociedade, Cultura e Fronteiras pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Mestre em Sociedade, Cultura e Fronteiras pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Graduada em Direito pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Advogada.

REGINA COELLI MACHADO E SILVA

coeli.machado@yahoo.com.br

RESUMO

O desejo de ter um filho têm levado muitas pessoas ao Judiciário para que os planos de saúde ou o Estado arquem com inseminações artificiais ou fertilizações *in vitro*, técnicas que pertencem ao grande campo da reprodução assistida. As técnicas possuem um alto custo, não acessíveis a grande parte da população, sendo total ou parcialmente disponibilizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, em algumas de suas unidades. Na prática, os serviços públicos disponibilizados são insuficientes, seja por apenas custear determinadas etapas do tratamento, seja pela alta demanda que culmina em filas de espera que se prolongam por anos. Nessa seara, há uma demanda judicial crescente a fim de que o Estado seja compelido a custear os tratamentos de reprodução assistida, mas a ausência de regulamentação específica sobre o tema pelos tribunais superiores gera discussão e divide o posicionamento dos juízes.

Palavras-chave: Judicialização; Infertilidade; Reprodução; SUS.

ABSTRACT

The desire to have a child has taken many people to the Judiciary for health plans or the State to pay for artificial insemination or in vitro fertilization, techniques that belong to the great field of assisted reproduction. The techniques have a high cost, not accessible to a large part of the population, being totally or partially available by the Brazilian Unified Health System (SUS), in some of its units. In practice, the public services provided are insufficient, either because they only pay for certain stages of the treatment, or because of the high demand that culminates in waiting lines that last for years. In this area, there is a growing judicial demand that the State be compelled to pay for assisted reproduction treatments, but the absence of specific regulations on the subject by the higher courts generates discussion and divides the position of the judges.



Key words: Judicialization; Infertility; Reproduction; SUS.

1 INTRODUÇÃO

O desejo de ter um filho têm levado muitas pessoas ao Judiciário para que os planos de saúde ou o Estado arquem com inseminações artificiais (IA) ou fertilizações *in vitro* (FIV), técnicas que pertencem ao grande campo da reprodução assistida (RA), sendo que a escolha do tipo de tratamento depende das peculiaridades clínicas de cada casal. As técnicas possuem um alto custo, não acessíveis a grande parte da população e o Sistema Único de Saúde (SUS), embora se pretenda universal, não disponibiliza os tratamentos em todas as suas unidades. Quando os disponibilizam a demanda é muito alta sendo praticamente impossível fechar a equação “oferta e procura”, conseqüentemente formam-se filas de espera que se prolongam por anos.

Nessa seara, há uma demanda judicial crescente a fim de que o Estado seja compelido a custear os tratamentos de reprodução assistida, mas a ausência de regulamentação específica sobre o tema pelos tribunais superiores gera discussão e divide o posicionamento dos juízes. Os pedidos judiciais são baseados no fato de a infertilidade ser considerada uma doença pela Organização Mundial da Saúde (OMS), todavia, essa argumentação só é aceita por alguns tribunais brasileiros, em outros, porém, os magistrados não consideram a infertilidade como doença, a justificativa elenca o alto custo dos métodos de reprodução assistida e as regras específicas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para negar o direito à cobertura do procedimento.

Assim sendo, embora ser constitucionalmente positivados os direitos à saúde e ao planejamento familiar e existir portaria destinando recurso financeiro para o oferecimento da reprodução assistida pelo SUS, trata-se de um direito promovido de forma questionável, de forma que o Judiciário é chamado a dirimir essas questões e dar efetivação aos direitos. Nesse sentido, é importante perceber se a infertilidade é tratada como doença ou como tratamento, em que momentos, por quem e para quem, de modo



que o seu emprego, sob qualquer uma das perspectivas, não seja adotado como mais uma forma de desigualdade social com a mitigação de direito a mulheres e casais.

A técnica de pesquisa e abordagem utilizada vincula-se a uma metodologia dedutiva pautada em pesquisa qualitativa, descritiva, dados construídos por meio de entrevistas semiestruturadas, bem como referências bibliográficas, documental e interdisciplinar, a partir do diálogo entre Biodireito e Direito Constitucional, legislação sobre o tema e decisões judiciais. Neste sentido, ao avaliar os autores que tratam direta ou indiretamente do assunto central da pesquisa, é importante deixar claro que, usar-se-á o pensamento desses autores como base para a reflexão.

2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO BRASIL

Para entender o contexto ao qual se insere a problemática da reprodução assistida e o seu custeio pelo Estado (ou falta de custeio), faz-se necessário, preliminarmente, adentrar ao estudo do Sistema Único de Saúde brasileiro, haja vista que em sua essência estão inseridos os mandamentos constitucionais de acesso igualitário e universal de todos ao direito à saúde. Logo, os aspectos que marcam a história brasileira, quais sejam, as desigualdades socioeconômicas, caracterizadas pela industrialização em segmentos específicos e escassa redistribuição social, bem como as próprias condições do país, extenso, populoso, desigual refletem na política de saúde ainda hoje, mas de maneira mais acentuada no período anterior a Constituição Federal de 1988, de modo que a saúde foi marcada por trajetória dual, a saber:

Representada de um lado pela saúde pública, direcionada para o controle de doenças específicas; e de outro pela assistência médica previdenciária, estruturada em bases corporativas, voltada para os trabalhadores do mercado formal urbano. Outras características do sistema de saúde até o início dos anos 1980 foram: exclusão de parcela expressiva da população, pouca efetividade do modelo de atenção e destaque do setor privado na prestação de serviços, subsidiado pelo Estado (MACHADO et al., 2017, p. 144).



COMPLIANCE NAS RELAÇÕES DE CONSUMO: ANÁLISE DAS DIRETRIZES E PADRÕES ÉTICOS DA REDE NORTE-AMERICANA DE SUPERMERCADOS WHOLE FOODS

“A Reforma Sanitária dos anos 1980, no contexto da redemocratização e da crise financeira, partiu da crítica a essas características para construir uma proposta abrangente, incorporada à Constituição Federal de 1988”. Em que pesem incongruências contidas no texto constitucional, inevitavelmente, há que se reconhecer que o Brasil foi além, ao propor um sistema de saúde universal e a seguridade social, esta responsável pela Previdência, Saúde e Assistência Social, que deveria ser financiada por impostos gerais e contribuições sociais (MACHADO et al., 2017, p. 144).

Assim, a Reforma Sanitária foi fundamental a fim de fomentar a criação do SUS, sendo que da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada entre 17 e 21 de março de 1986, derivaram os princípios norteadores do referido sistema. Sendo que os principais princípios podem ser elencados da seguinte forma: direito à saúde e à universalidade da assistência; descentralização, sob o comando único em cada esfera de governo; hierarquização e regionalização do sistema; integralidade na assistência e, participação social na gestão sanitária (CAVALHEIRO; AIRES, 2012 p. 05).

Para a criação do SUS foram imprescindíveis, portanto, as propostas da Reforma Sanitária sintetizadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, as definições legais estabelecidas na Constituição Federal de 1988, em seus artigos 196, 197 e 198, bem como as das Leis Orgânicas da Saúde (LOA), nº 8080/90, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142/90 de 28 de dezembro de 1990, de modo a disciplinar o funcionamento e organização e consolidar as diretrizes e normas para o novo sistema de saúde, também disciplinaram os “critérios de repasses para os estados e municípios além de disciplinar o controle social no SUS em conformidade com as representações dos critérios estaduais e municipais de saúde” (FINKELMAN, 2002; FARIA, 2003; SOUZA, 2003 apud ROLIM et al., p. 140).

O escopo do SUS, conforme já se inferiu do disposto no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, está atrelado à descentralização, em cada esfera de governo; ao atendimento integral, com preponderância do caráter preventivo, mas sem afetar os serviços assistenciais; e a participação da comunidade (CAVALHEIRO; AIRES, 2012, p. 06). Essas diretrizes orientam a organização e o funcionamento do sistema, com o intuito de torná-lo mais adequado a atender às necessidades da população brasileira (BRASIL,



COMPLIANCE NAS RELAÇÕES DE CONSUMO: ANÁLISE DAS DIRETRIZES E PADRÕES ÉTICOS DA REDE NORTE-AMERICANA DE SUPERMERCADOS WHOLE FOODS

2006; WENDHAUSEN; BARBOSA; BORBA, 2006; OLIVEIRA, 2003 apud, ROLIM et al., 2013).

Argumentam Cavalheiro e Aires (2012), daí a preocupação da lei 8.142/90 em garantir o exercício da democracia e os interesses dos cidadãos e, para tanto, visou disciplinar essa participação da comunidade na gestão do SUS. A lei compreende sete artigos e, expressamente prevê que, em cada esfera de governo o SUS deve contar com duas instâncias colegiadas: a conferência de saúde e o conselho de saúde. Essas instâncias deliberativas atuam na organização e funcionamento das políticas públicas, cuja formação prevê usuários, prestadores de serviços e trabalhadores da saúde. Assim, o SUS seria “a expressão mais viva da participação da sociedade nas decisões tomadas pelo Estado no interesse geral, ou seja, da participação popular no exercício do poder político”. (CARVALHO; SANTOS, 2006, apud CAVALHEIRO; AIRES 2012, p. 07). “Ademais, a Lei Orgânica da Saúde n.º 8.080/1990 estabelece em seu art. 12 a criação de comissões intersetoriais subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, com o objetivo de articular as políticas públicas relevantes para a saúde” (ROLIM et al., 2013, p. 140).

Logo, foi por meio do SUS que se inaugurou em termos de Brasil a primeira política pública a prever a participação popular constitucionalmente, na forma de um de seus princípios. Assim como nos conselhos e nas conferências de saúde, a participação popular foi admitida pelo nosso regimento maior em audiências públicas e outros mecanismos de audiência da sociedade, de usuários e de trabalhadores sociais (CONASS, 2003; BARBOSA, 2009; COSSETIN, 2010, apud, ROLIM et al., 2013). Legitimados, portanto, os interesses a população no exercício do controle social (BRASIL, 1988).

Pode-se dizer sem maior temor que o SUS foi responsável pela:

ampliação da assistência à saúde para a coletividade, possibilitando, com isso, um novo olhar às ações, serviços e práticas assistenciais. Sendo estas norteadas pelos princípios e diretrizes: Universalidade de acesso aos serviços de saúde; Integralidade da assistência; Equidade; Descentralização Político-administrativa; Participação da comunidade regionalização e hierarquização (REIS, 2003 apud ROLIM et al, 2013, p. 140)



É constitucionalmente reconhecido, conforme previsto no artigo 196, que a saúde é dever do Estado, além disso, tem-se a premissa que direito à saúde se insere no capítulo dos direitos fundamentais da Constituição da República e, por consequência, “válida é a regra do parágrafo 1º do artigo 5º desse Estatuto, segundo a qual as normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata” (MACHADO, 2009, p. 1).

Portanto, é salutar o entendimento que todos os entes federados são corresponsáveis pela promoção da saúde, haja vista como Machado (2009, p. 1-2) se manifesta:

Uma vez que o Estado foi constituído sobre a forma federativa (art. 60, §4º, I, da CR/88), todos os entes – União, Estados-membros, Distrito Federal e Municípios – receberam a obrigação de promover a saúde da população de forma solidária. Esse é inclusive o exposto no artigo 23, II, do Estatuto Maior (...). Nesse ponto, firma-se o entendimento de que, por expressa determinação dos artigos 23, II e 196 da Constituição da República, o direito à saúde é um dever linear de todos os entes e o pacto federativo não pode se impor contra os cidadãos, mas tão somente deve ser considerado entre os próprios pactuantes.

Por todo o exposto, tem-se que as décadas subsequentes aos direitos assegurados pela Constituição e o próprio processo de construção do Sistema Único de Saúde são marcadas por avanços significativos em termos daquilo que se aspirava: descentralização político-administrativa, participação social, mudanças no modelo de atenção, expansão do acesso a serviços públicos e melhoria de indicadores de saúde (MACHADO et al., 2017)

Para a melhoria das questões atinentes à saúde foi preciso modificar o pensamento sobre o conceito de saúde de uma forma geral, numa percepção mais englobante percebeu-se a especificidade de sua trajetória nos processos históricos das sociedades, as contradições estruturais inerentes à política social do sistema capitalista, considerando sua inserção no modo de produção do capital (MACHADO et al., 2017).



COMPLIANCE NAS RELAÇÕES DE CONSUMO: ANÁLISE DAS DIRETRIZES E PADRÕES ÉTICOS DA REDE NORTE-AMERICANA DE SUPERMERCADOS WHOLE FOODS

“Argumenta-se que a política de saúde sofreu influência de distintos condicionantes e de projetos em disputa, cuja interação explica as contradições observadas no período” (MACHADO et al., 2017, p. 144). Desse modo, no que concerne às relações público-privadas, Machado et al., (2017, p. 156) ressalta que:

a expansão da oferta e do acesso aos serviços públicos no período ocorreu de forma concomitante ao crescimento do setor privado no financiamento e prestação de serviços. Destaque-se a expansão do segmento de planos e seguros de saúde, em uma lógica cada vez mais dinâmica do ponto de vista empresarial e financeiro, com a compra de empresas menores por grupos maiores, configurando um fenômeno de financeirização articulado à internacionalização. A ANS não impôs constrangimentos ao crescimento desse segmento. Ao contrário, em vários momentos atuou no sentido da organização e fomento a esses mercados, sob o comando de dirigentes cuja trajetória profissional foi construída no setor a ser regulado.

“Acrescente-se que parte expressiva da força de trabalho em saúde – especialmente dos médicos – atua nos setores público e privado, em arranjos variados, sugerindo o seu imbricamento e riscos de conflitos de interesses” (MACHADO et al., 2017, p. 156). Assim, fica visível uma via mão de dupla, se por um lado com a expansão dos serviços do SUS – especialmente atenção básica - as desigualdades na oferta de serviços e nos resultados sanitários são atenuadas, por outro, o dinamismo do setor privado, sob incentivo estatal, favorece que a estratificação social e que se mantenham as desigualdades na saúde, sendo ainda susceptível aos ciclos econômicos.

Assim, Machado et al., (2017, p. 156) reflete sobre a delicada situação da política de saúde em termos de Brasil, quando diz:

O caráter das relações Estado e mercado na saúde, em que o primeiro fomenta o segundo, público e privado se imbricam e o conflito distributivo é camuflado em um cenário de recursos relativamente escassos, constitui a contradição central da política de saúde no Brasil no período e o principal óbice à consolidação de um sistema público efetivamente universal e igualitário.

3 O SUS E A REPRODUÇÃO ASSISTIDA



COMPLIANCE NAS RELAÇÕES DE CONSUMO: ANÁLISE DAS DIRETRIZES E PADRÕES ÉTICOS DA REDE NORTE-AMERICANA DE SUPERMERCADOS WHOLE FOODS

Para a análise do SUS e a sua relação com os procedimentos de reprodução assistida é pertinente o panorama traçado sobre a constituição do sistema público de saúde brasileiro, seus referenciais e seus reflexos na sociedade brasileira, haja vista que esta enfrenta várias questões polêmicas (especialmente no campo da saúde) que se tornam ainda mais sensíveis pelo fato de não possuírem regulamentação legislativa. Tanto o é que, a reprodução humana assistida é prevista no país apenas pela Resolução 2121/2015 do Conselho Federal de Medicina, que possui caráter deontológico e é direcionada aos médicos e clínicas que realizam referido procedimento, ficando carente de regulamentação por lei específica.

Assim como o direito à saúde, também é passível se alegar nesse interim o direito ao planejamento familiar, o qual é garantido tanto na Constituição Federal de 1988 quanto na Lei 9.263/96, contudo, a obrigatoriedade de oferta da reprodução assistida pelo Estado, gratuitamente, no âmbito do Sistema Único de Saúde, gera discussões pelo fato de a mesma não estar expressa no texto constitucional e por ser algo que demandaria grande quantidade de recursos públicos para a sua concretização (SARLET, 2007).

Assim, convém ressaltar que os direitos humanos fundamentais são frutos do contexto histórico, político e econômico em que estão inseridos, e a sua positivação nos ordenamentos jurídicos se deu através das reivindicações da coletividade. A aquisição dos direitos reprodutivos como direitos humanos foi possível mediante as lutas - feministas - em prol da liberdade reprodutiva e estão contidos na concepção do planejamento familiar, materializados na autonomia do indivíduo em decidir quando quer ter filhos, quantos filhos desejam ter e em qual intervalo de tempo. Com o escopo de dar efetividade ao planejamento familiar, cabe ao Estado a oferta de métodos contraceptivos e conceptivos (SARLET, 2007).

No tocante aos métodos contraceptivos, mais precisamente da reprodução assistida e sua oferta pelo Estado mediante o SUS, demandas foram feitas apresentando-o como um direito fundamental à saúde, principalmente, pelo fato da OMS adotar um conceito amplo de saúde, que conceitua a infertilidade como doença. Para a reprodução assistida ser considerada parte integrante do direito fundamental à saúde, deve, para tanto, estar atrelada a um problema de saúde de cunho reprodutivo, haja vista que no Brasil não há



COMPLIANCE NAS RELAÇÕES DE CONSUMO: ANÁLISE DAS DIRETRIZES E PADRÕES ÉTICOS DA REDE NORTE-AMERICANA DE SUPERMERCADOS WHOLE FOODS

lei que regulamente a realização da reprodução assistida, apenas a Resolução 2121/2015 do Conselho Federal de Medicina (CFM) que abre muito o leque de possibilidades de quando e quem pode recorrer à mesma (CORRÊA, 2001).

Quando o planejamento familiar prevê a disponibilização da reprodução assistida no Sistema Único de Saúde o faz dentro de um conjunto de políticas públicas de atenção à saúde reprodutiva, devendo restringir-se a este âmbito particular sua oferta à população. Partindo desta premissa de que haja problema de saúde reprodutiva, não haveria nada mais justo do que oferecer meios e tratamentos para a restauração da saúde. Ressalte-se que problemas de infertilidade, quando não tratados, podem desencadear transtornos mentais e psicológicos. O planejamento familiar é considerado, então, como um direito materialmente fundamental por sua relação intrínseca com o princípio da dignidade humana, sendo que a reprodução assistida é um desdobramento desse direito, haja vista ser um método contraceptivo.

Ocorre que diante da inércia do poder legislativo em regulamentar a reprodução assistida e de onde saíam os recursos para tal implementação, cabe aos magistrados interpretar se a mesma é ou não um direito fundamental que deve ser prestado pelo Estado e se este direito do particular pode se sobrepor ao direito da coletividade. É imprescindível, com o avanço de tais técnicas, que o Estado brasileiro regulamente o uso das mesmas, principalmente no âmbito de sua oferta gratuita a usuários do SUS, para que tal política pública seja implantada com sucesso, sem causar prejuízo à outras áreas da saúde pública que já enfrentam problemas relacionados à falta de recursos.

O entendimento dos magistrados para julgar as demandas é diverso, não há unanimidade de pensamento e nem uniformidade de discursos e fundamentos nas decisões, fato que gera enorme ansiedade e insegurança jurídica para os autores das ações judiciais. O argumento jurídico recorrentemente invocado a fim de exigir do ente público o custeio das técnicas de reprodução é o direito fundamental à saúde, previsto entre os artigos 196 e 200 da Constituição Federal (BRASIL, 1988), que se traduz como um direito de todos e dever do Estado. Mas, há quem compreenda que a reprodução assistida não se engloba no direito fundamental à saúde, pois sua finalidade é a gestação, a concepção de um filho. A ausência de uma gestação por si, não implica em ausência



de saúde, mas, ainda assim, a superação de dificuldades para gestar insere-se na esfera do direito fundamental ao planejamento familiar.

Ocorre que pautada nesta incongruência legislativa e jurisprudencial foram realizadas entrevistas, com o escopo de compreender os principais aspectos levantados por pessoas que se utilizaram da reprodução assistida. Foram levantados pontos importantes sobre o alto custo dos procedimentos, haja vista que todos os casos aqui narrados derivam da rede privada, ou seja, clínicas, laboratório e hospitais particulares, fato que conforme algumas narrativas demonstra a desigualdade de acesso que é também uma desigualdade social quando se pensa em infertilidade, filhos, reprodução assistida e sistema público de saúde no Brasil.

4 ESTUDO DE CASO

No estudo de caso realizado com pacientes da cidade de Marechal Cândido Rondon/PR que realizaram tratamentos para a reprodução assistida em clínicas privadas, por meio de fertilização *in vitro* e inseminação artificial, restou evidente o altíssimo custo dos procedimentos e das medicações, a exclusiva forma de pagamento e a desigualdade de acesso às técnicas reprodutivas no Brasil. Segundo os sujeitos da pesquisa, os gastos com os tratamentos variaram de R\$ 12.000 (doze mil) a R\$ 70.000 (setenta mil) reais, discrepância de valor explicada pela necessidade ou não de mais intervenções médicas, a depender do quadro clínico de cada paciente. Enquanto algumas mulheres me relataram êxito na primeira tentativa, outras precisaram submeter-se a dois, três, quatro tratamentos diferentes para obterem sucesso, o que implica mais gasto.

Quanto ao custo do(s) tratamento(s), 5 (cinco) participantes informaram um gasto entre 15 e 30 mil reais; 2 (dois) indicaram um gasto de até 15 mil reais; e outros 2 (dois) disseram ter gasto acima de 30 mil reais. Quanto aos valores desembolsados, as abordagens das entrevistadas foram diferenciadas: algumas em tom de alegria por conseguirem fazer o procedimento mesmo sendo caro; outras, preocupadas pela dificuldade em pagar, pela condição do pagamento ter que ser feito à vista, mencionam



COMPLIANCE NAS RELAÇÕES DE CONSUMO: ANÁLISE DAS DIRETRIZES E PADRÕES ÉTICOS DA REDE NORTE-AMERICANA DE SUPERMERCADOS WHOLE FOODS

a questão da desigualdade de acesso ao tratamento que barra muitas pessoas pelos altos valores. Com o fim de embasar a tese do alto custo da reprodução assistida (procedimento e medicação) pelo viés privado, optou-se por mencionar algumas narrativas provenientes das entrevistas, conforme se vê abaixo.

Carla¹, recorda que: *“Graças a Deus a gente sempre conseguiu paga, e é tudo à vista”...“eles não queriam nem em dinheiro, eles queriam em cheque”*. Deise lembra que: *“Eu falo assim a gente ainda foi privilegiada a gente tinha condições e quem não tem?! e mesmo assim, quem tem dinheiro e não dá certo?! que não tem explicação assim?!”*. Lucia, chama a atenção para os altos valores dos medicamentos quando fala que: *“O tratamento médico assim até não é tão caro, o que é caro é a medicação”*.

“É caro, caro, caro, caro, caríssimo, isso que a gente não precisou fazer a fertilização e nem a inseminação, né, foi só ali no parto e medicação...então, é difícil, eu acho, complicado, é caro, eu acho muito caro, isso não se parcela, não existe, você tem que chega ali e paga. A dra. nunca me parcelou um, né, medicação, sempre tinha que ser no dinheiro, na hora tinha que paga” (Cristina). *“Na primeira que a gente fez, meu, a gente foi com o dinheiro contado assim, tudo que era a mais assim a gente ficava preocupado porque a dra. fala assim, é tantos mil a minha parte lá, ela não fala todo o resto, gente, ela não fala quanto vai custar o medicamento, nem ela sabe na verdade...meu se eu imaginasse que fosse tanto em medicamento...ainda bem que a gente não sabia tudo, porque senão não começaria”* (Ana).

“É limitador muitas vezes, pra muitos é limitador, é limitador, é limitador”...“meeee, você tem que ir atrás, tem que corre, tem que tenta, cobri custos e tudo”...“eu tô esperando agora, eu tenho muita vontade de fazer mais uma, mas o que tá me barrando é a questão financeira, é a questão financeira que me barra” (Monica).

“Não é todo mundo que pode, porque é um custo alto, deveria estar mais acessível financeiramente, porque hoje a reprodução assistida é cara”. *“O que nós pensava: putz! Nós vamos gastar tanto dinheiro com isso e tem gente que não precisa nada”* (Miriam).

“Tinha que ter mais, é, está, estar mais acessível financeiramente, porque hoje a reprodução assistida é cara, eu gastei em média 10.000 pra cada criança, quem tem hoje isso?! então, quer dizer a família com menos condições financeiras, o casal com menos condições financeiras não tem direito de ter filhos porque não tem acesso? o SUS oferece, mas é toda uma burocracia, toda uma lista de espera, então, eu acho que os custos hoje são absurdamente, eu acho que tinha que tá mais acessível pra uma outra parcela da população que também pensa em ter filhos e que não tem porque não tem condições financeiras de arcar com isso, quer dizer, se o pobre não engravida naturalmente ele não pode ter filho, ele não vai conseguir acessar uma reprodução assistida. Pobre se não engravida

¹ Os nomes utilizados são fictícios para o fim de resguardar a identidade dos participantes.



COMPLIANCE NAS RELAÇÕES DE CONSUMO: ANÁLISE DAS DIRETRIZES E PADRÕES ÉTICOS DA REDE NORTE-AMERICANA DE SUPERMERCADOS WHOLE FOODS

naturalmente não tem direito de ter filhos? Devemos trata a infertilidade como saúde pública” (Maria).

Conforme explicitado por Maria, o contrassenso maior no processo de medicalização não decorre apenas da ausência de políticas públicas definidas sobre reprodução humana, mas é fruto da precariedade e insuficiência desses serviços, que desde sempre excluíram parte significativa da população: os setores mais pobres. Logo, a solução quanto ao acesso e à elegibilidade - quem tem direito de usar o Tratamento de Reprodução Assistida (TRA) – vislumbra uma luta social por direitos, sobretudo considerando os princípios fundamentais que dirigem o SUS em nosso país. Corrêa e Loyola (2015) lembram que a consagração da saúde como direito fundamental inscrito na Constituição Federal garante direitos individuais à regulação da fecundidade e o acesso aos meios necessários para tal fim dentro do SUS. Nesse sentido, aumentam as ocorrências de judicialização da reprodução, isto é, processos judiciais demandando que o Estado pague pela FIV a cidadãos usuários do SUS. No entanto, as sentenças indeferem com elevada frequência o custeio da FIV, sendo um dos argumentos mais utilizados pelos juízes que ‘a ausência de filhos não é doença’, pois somente a doença enseja o custeio do tratamento pelo Estado.

Considera-se que a limitada oferta de TRA no setor público brasileiro escancara o baixíssimo alcance da população aos poucos serviços existentes. Seja quanto à consecução das técnicas disponíveis, seja quanto à existência de enormes filas para início do tratamento (além dos diversos critérios a serem observados para inclusão nessas listas). Logo, os poucos procedimentos disponibilizados são, na maioria das vezes, apenas expedientes menos complexos e caros, como: pesquisa diagnóstica para avaliação de condições de infertilidade em mulheres que informam dificuldade para engravidar; tentativas de indução da ovulação (para as que podem pagar por medicamentos); controles ultrassonográficos; ensino da técnica de relação sexual



COMPLIANCE NAS RELAÇÕES DE CONSUMO: ANÁLISE DAS DIRETRIZES E PADRÕES ÉTICOS DA REDE NORTE-AMERICANA DE SUPERMERCADOS WHOLE FOODS

programada; tratamento cirúrgico (laparoscópico², histeroscópico³, microcirurgia de trompas), se for o caso, entre outras práticas mais simples, que não a FIV.

Portanto, concordo com Corrêa e Loyola (1999, p. 224), quando afirmam que:

As NTR aportam no Brasil num contexto configurado pela existência de um enorme acúmulo de conhecimentos e de tecnologia avançados, ao lado de indicadores de saúde reprodutiva medíocres. Neste campo vige, também, o paradoxo de sermos uma sociedade altamente medicalizada – no plano dos significados e dos sentidos sobre o corpo, assim como do consumo em saúde – sem as garantias de acesso universal e eficiente à informação, atenção e cuidados dirigidos à mulher e à criança. Convivem, assim, situações desfavoráveis à concepção e à fertilidade com o rápido desenvolvimento e absorção de técnicas avançadas de artificialização do processo reprodutivo que podem configurar, em um curto período, a introdução, no país, de um pernicioso ciclo esterilização cirúrgica/infertilidade/reprodução assistida. Ainda que a princípio esse ciclo não seja aplicável às mesmas mulheres, coletivamente faz sentido pensá-lo.

Diante disso, a saúde não deve ser apenas uma questão médica, mas, também uma questão social, daí a necessidade de desenvolvimento de políticas públicas mais justas e com a devida alocação de recursos. Se o Estado “vende” a imagem que disponibiliza ao cidadão o acesso à RA, mas a tecnologia não está ao seu alcance quando dela precisa, pela escassez de oferta, é o mesmo que não existir e, mais uma vez, o princípio da equidade na saúde pública brasileira não alcança aqueles que precisam ser vistos na sua individualidade.

O Estado é corresponsável em fomentar as expectativas da procriação nas mulheres, por meio de suas políticas de gerenciamento da vida. Assim, quando o serviço oferecido não supre as necessidades de gravidez, ele afasta as mulheres e os casais de benefícios (supostamente) garantidos constitucionalmente.

Segundo Vanderplaat (2004) apud Samrsla, et al. (2007, p. 48),

o direito à saúde contém liberdades e prerrogativas. As liberdades incluem direito de controlar sua própria saúde e corpo, incluindo liberdade sexual e reprodutiva.

² Por esta técnica, é possível identificar inúmeras condições que impedem ou dificultam a fertilidade feminina, como endometriose, miomas, cistos de ovário, aderências e obstrução tubária. Além disto, é possível também realizar intervenções curativas com a retirada de miomas ou cistos, desfazer aderências e cauterizar focos de endometriose.

³ É um procedimento realizado por dentro da vagina e do canal do colo uterino utilizando uma fibra ótica que permite visualizar a cavidade uterina e identificar eventuais doenças existentes dentro do útero. A histeroscopia pode ser diagnóstica ou terapêutica.



Ao contrário, as prerrogativas incluem o direito a um sistema de proteção à saúde que ofereça igualdade de oportunidades para as pessoas usufruírem do mais alto nível de saúde sustentável.

Infelizmente, essas liberdades e prerrogativas da saúde não são observadas na prática em termos de Brasil. Somos cada vez mais medicalizados pelos discursos médicos/psicológicos numa espécie de vida prescrita. A desigualdade no acesso à saúde é gritante: pessoas morrem em filas, padecem em leitos e sonhos são interrompidos. Embora esse quadro seja desalentador, a população infértil reivindica uma reformulação no tratamento de RA oferecido pelo SUS, por meio da inserção de um plano normativo que as contemple de fato.

5 A JUDICIALIZAÇÃO DA REPRODUÇÃO ASSISTIDA

Assim sendo, é perceptível que com as várias mudanças que ocorreram nos últimos tempos em relação ao papel das mulheres na sociedade, muitas acabaram por retardar o sonho da maternidade e, quando se viram preparadas para a concretização deste projeto, acabaram se deparando com problemas de cunho reprodutivo que as impediram de gerar um filho. Somada a esta perspectiva cultural, as mulheres enfrentam doenças que não eram muito frequentes no passado e que hoje aumentaram significativamente, como a endometriose, por exemplo.

Assim, no momento em que tais pessoas descobrem a impossibilidade ou dificuldade de gerar filhos pela via tradicional – através de relações sexuais –, resta às mesmas buscar a reprodução assistida. Contudo, conforme já visualizado, referidos tratamentos são caros e não estão ao alcance de grande parte da população. Ao recorrerem ao SUS para que seu problema reprodutivo seja remediado percebem a ausência de hospitais públicos que ofereçam serviços de reprodução assistida e, dos que oferecem, alguns estão com as inscrições suspensas e outros possuem filas de espera enormes. Sendo assim, alguns casais veem suas esperanças se esvaírem com o passar do tempo e não possuem outra alternativa senão pleitear que o Judiciário obrigue o



COMPLIANCE NAS RELAÇÕES DE CONSUMO: ANÁLISE DAS DIRETRIZES E PADRÕES ÉTICOS DA REDE NORTE-AMERICANA DE SUPERMERCADOS WHOLE FOODS

Estado a oferecer o tratamento, ainda que seja através de custeio de tratamento particular, se for o caso. Portanto, por acreditarem que ainda que não expresse como direito fundamental, o direito à saúde reprodutiva está implicitamente abarcado no direito fundamental à saúde e, assim como este, deve ser respeitado e garantido pelo Estado, bem como o direito ao livre planejamento familiar, constitucionalmente previsto. Porém, devido à ausência de lei regulamentadora específica, tal direito ficou à mercê do fenômeno da judicialização, que tomou conta dos tribunais brasileiros nos últimos tempos (ALMEIDA; BITTENCOURT, 2008).

A judicialização é o meio pelo qual questões sociais e políticas estão sendo decididas pelo Poder Judiciário e não pelos Poderes Executivo e Legislativo, instancias tradicionais de formulação e efetivação de políticas públicas (BARROSO, 2007). As demandas judiciais têm surgido, a fim de que o Ente Público seja submetido a custear os tratamentos de reprodução humana assistida, mas sem embasamento jurídico específico as decisões são díspares, a rejeição ou o acolhimento do pleito depende do entendimento do magistrado ou da corte julgadora. Assim, de um lado tem-se a alegação de que o direito à reprodução assistida seria considerado fundamental e, de outro, o argumento da “reserva do possível” utilizado pelo Estado no sentido de que não há recursos públicos para garantir este procedimento de forma gratuita, fato que causa enorme incerteza, imprecisão, insegurança.

No que concerne à jurisprudência, o Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP) tem sido majoritariamente favorável ao pagamento de técnicas de reprodução assistida em casos de infertilidade, como se observa nas ementas a seguir:

APELAÇÃO – Plano de Saúde – Ação de Obrigação de Fazer c/c Danos Morais – Pretensão de obrigar a ré a custear o procedimento de fertilização *in vitro*, por infertilidade do casal e indenização por danos morais - Sentença de improcedência – Inconformismo dos autores – Alegação de abusividade da cláusula contratual que exclui o referido tratamento – Cabimento – Embora o artigo 10, inciso III, da Lei 9.656/98, autorize a exclusão de cobertura para tratamento com inseminação artificial, o inciso III do artigo 35-C da aludida lei, introduzido posteriormente pela lei 11.935/2009, prevê expressamente a obrigação de cobertura nos casos de planejamento familiar, o qual evidentemente inclui a fertilização *in vitro* - Negativa manifestada pela operadora de saúde que foi suficiente para gerar abalo moral passível de ser indenizado – Quantum fixado em R\$ 10.000,00 – Recurso provido. (TJ-SP - AC: 10177524820188260224 SP



COMPLIANCE NAS RELAÇÕES DE CONSUMO: ANÁLISE DAS DIRETRIZES E PADRÕES ÉTICOS DA REDE NORTE-AMERICANA DE SUPERMERCADOS WHOLE FOODS

1017752-48.2018.8.26.0224, Relator: José Aparício Coelho Prado Neto, Data de Julgamento: 16/09/2019, 9ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 16/09/2019).

PLANO DE SAÚDE. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. I. Negativa de cobertura a procedimento de fertilização *in vitro*, indicado aos segurados, em virtude de quadro de infertilidade por fator tubário da coautora. Condenação à ré imposta na origem. Irresignação. Reforma imperativa. II. Restrição de custeio fundada em exclusão contratual. Validade. Admissibilidade de limitação negocial de cobertura aos procedimentos de reprodução assistida, na forma do artigo 10, inciso III, da Lei nº 9.656/98. Obrigação de cobertura às ações de planejamento familiar, à luz do artigo 35-C, inciso III, da Lei nº 9.656/98, que se limita às atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico. Compreensão atual do E. Superior Tribunal de Justiça acerca da matéria. Precedentes, ainda, desta Câmara. III. Prevalência da convicção de que a ré atuou no marco do exercício regular de direito. Ilícito não configurado, na forma do artigo 188, inciso I, do Código de Processo Civil. Insubsistência do pedido cominatório, bem como da reparação à lesão moral. Improcedência decretada. SENTENÇA REFORMADA. APELO PROVIDO. (TJ-SP - AC: 10094276820188260100 SP 1009427-68.2018.8.26.0100, Relator: Donegá Morandini, Data de Julgamento: 01/07/2019, 3ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 01/07/2019).

Há casos ainda que o juiz, ao determinar o pagamento da inseminação ou fertilização *in vitro*, fixa um limite de tentativas para a mulher engravidar. Mas, como sublinhando anteriormente, as ordens para custeio dos tratamentos não são aceitas por todos os magistrados.

O Tribunal de Justiça de Pernambuco (TJPE) negou o pedido feito por uma mulher para que a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (Cassi) arcasse com sua fertilização *in vitro*. O argumento levou em conta a edição de uma norma pela ANS esclarecendo o artigo 35-A da Lei 9.656/98, e excluiu a inseminação do rol de procedimentos relacionados ao planejamento familiar. Trata-se da Resolução Normativa 192/2009, que, no artigo 1º, define que a inseminação artificial e o fornecimento de medicamentos de uso domiciliar “não são de cobertura obrigatória” dos planos de saúde. Para quem defende esse ponto de vista é preciso diferenciar procedimento de doença. A inseminação artificial e a fertilização *in vitro* seriam procedimentos, apesar de estarem ligados à infertilidade, que é considerada uma doença. Dessa forma, os métodos não teriam cobertura obrigatória pelos planos. Segue a ementa para aferição:



COMPLIANCE NAS RELAÇÕES DE CONSUMO: ANÁLISE DAS DIRETRIZES E PADRÕES ÉTICOS DA REDE NORTE-AMERICANA DE SUPERMERCADOS WHOLE FOODS

DIREITO CIVIL. PLANO DE SAÚDE. ENDOMETRIOSE PERITONEAL. FERTILIZAÇÃO IN VITRO INDICADA COMO TRATAMENTO. PROCEDIMENTO QUE SE INSERE NO ÂMBITO DO PLANEJAMENTO FAMILIAR, AO QUAL NEM MESMO O PODER PÚBLICO ESTÁ OBRIGADO A PATROCINAR, POIS A DEMANDA NÃO SE ENQUADRA NO NÚCLEO DO DIREITO À SAÚDE. EXCLUSÃO PERMITIDA PELA RESOLUÇÃO ANS 192/09 E CONTANTE, DE MANEIRA EXPRESSA, COMO RISCO EXCLUÍDO DA APÓLICE SECURITÁRIA. RECURSO PROVIDO. 1. O procedimento de fertilização in vitro não configura medida essencial à manutenção da vida, encaixando-se de forma mais justa no direito ao planejamento familiar. Precedentes de tribunais estaduais pátrios. 2. Sobre o tema, a Resolução ANS n. 192/09 também considera a inseminação artificial como uma técnica de reprodução inserida no âmbito do planejamento familiar, o que retira a obrigatoriedade de sua cobertura pelos planos de saúde. 3. A cláusula n. 22 do contrato acostado aos autos exclui expressamente a inseminação artificial dos procedimentos cobertos. 4. Recurso provido. (TJ-PE - AI: 3940352 PE, Relator: José Carlos Patriota Malta, Data de Julgamento: 26/04/2016, 6ª Câmara Cível, Data de Publicação: 16/05/2016).

O Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro (TJRJ) decidiu que o Estado do Rio de Janeiro não teria a obrigação de pagar uma inseminação artificial. Ao analisar o caso, o TJRJ concluiu que “não é razoável obrigar o Estado ao alto gasto com tratamento de fertilização, pois o direito ao planejamento familiar não se inclui no âmbito de proteção ao direito fundamental à saúde”.

Conforme se depreende da leitura da ementa abaixo:

APELAÇÃO. TRATAMENTO DE FERTILIZAÇÃO IN VITRO. RESERVA DO POSSÍVEL. O DIREITO AO PLANEJAMENTO FAMILIAR NÃO SE ENQUADRA NO CONCEITO DE DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE. SENTENÇA DE IMPROCEDÊNCIA QUE SE MANTÉM. Pedido de custeio pelo poder público do tratamento para reprodução assistida (fertilização in vitro) em hospital de outro Estado ou clínica particular, sendo a autora, hipossuficiente economicamente, portadora de infertilidade decorrente de salpingectomia bilateral. No entanto, não é razoável obrigar o Estado ao alto gasto com tratamento de fertilização, pois o direito ao planejamento familiar não se inclui no âmbito de proteção ao direito fundamental à saúde. A presente demanda não visa tornar efetivo o cumprimento do dever constitucional de zelar pela saúde pública, posto que os apelantes não se encontram acometidos de nenhuma doença. Desprovisionamento do recurso. Sentença mantida em Reexame Necessário. (TJ-RJ - APL: 03389955520108190001 RIO DE JANEIRO CAPITAL 6 VARA FAZ PUBLICA, Relator: RENATA MACHADO COTTA, Data de Julgamento: 27/11/2013, TERCEIRA CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 02/12/2013).

No mesmo sentido, a primeira turma do Superior Tribunal de Justiça (STJ), manteve a decisão agravada e, ainda se utilizou dos mesmos argumentos para decidir.



COMPLIANCE NAS RELAÇÕES DE CONSUMO: ANÁLISE DAS DIRETRIZES E PADRÕES ÉTICOS DA REDE NORTE-AMERICANA DE SUPERMERCADOS WHOLE FOODS

Tal decisão aludiu que não é razoável o Estado arcar com o custo altíssimo da reprodução assistida diante do quadro caótico da saúde justamente pela falta de verbas. Diante disso, sustentou que a utilização de recursos financeiros deve dar prevalência à satisfação de necessidades básicas. Vide ementa:

APELAÇÃO. TRATAMENTO DE FERTILIZAÇÃO IN VITRO. RESERVA DO POSSÍVEL. O DIREITO AO PLANEJAMENTO FAMILIAR NÃO SE ENQUADRA NO CONCEITO DE DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE. SENTENÇA DE IMPROCEDÊNCIA QUE SE MANTÉM. Pedido de custeio pelo poder público do tratamento para reprodução assistida (fertilização in vitro) em hospital de outro Estado ou clínica particular, sendo a autora, hipossuficiente economicamente, portadora de infertilidade decorrente de salpingectomia bilateral. No entanto, não é razoável obrigar o Estado ao alto gasto com tratamento de fertilização, pois o direito ao planejamento familiar não se inclui no âmbito de proteção ao direito fundamental à saúde. A presente demanda não visa tornar efetivo o cumprimento do dever constitucional de zelar pela saúde pública, posto que os apelantes não se encontram acometidos de nenhuma doença. Desprovimento do recurso. Sentença mantida em Reexame Necessário" (fls. 160/161e). (STJ - REsp: 1471559 RJ 2014/0187535-0, Relator: Ministra ASSUSETE MAGALHÃES, Data de Publicação: DJ 21/11/2014).

Já em outra decisão do STJ, o Ministro relator se posicionou na referida oportunidade, enfatizando que o Estado tem a obrigação de garantir a efetividade ao princípio da dignidade humana, do direito à vida, à felicidade e ao planejamento familiar. Insta realçar que o Superior Tribunal de Justiça, nas decisões analisadas, teve como posicionamento majoritário o não acolhimento da realização da reprodução assistida custeada pelo ente público, levantando como obstáculo que a utilização dessas técnicas não se enquadra no direito à saúde, bem como nos limites impostos pelo princípio da reserva do possível.

6 CONCLUSÃO

A pesquisa teve por objetivo analisar como as demandas levadas ao judiciário no que concerne à reprodução assistida são dirimidas de maneiras diversas, o que implica (ou não) na concretização do direito à saúde através da sua judicialização.



COMPLIANCE NAS RELAÇÕES DE CONSUMO: ANÁLISE DAS DIRETRIZES E PADRÕES ÉTICOS DA REDE NORTE-AMERICANA DE SUPERMERCADOS WHOLE FOODS

O número de ações que envolvem esse direito cresceu de forma exponencial, movendo os cofres públicos de forma significativa e exigindo que o Poder Judiciário se posicione acerca dos limites a esse fenômeno multifacetado, que atinge a saúde, a economia, a política e o judiciário.

A busca de efetivação do direito à saúde se dá, em grande medida, pela maneira com que a Constituição Federal dispôs sobre esse direito, garantindo-o de forma universal e tangível, por meio do Sistema Único de Saúde, em um país com proporções continentais e com um sistema de saúde pública ainda em desenvolvimento. Assim, faz-se importante entender como ocorreu o surgimento do direito à saúde como um direito fundamental, a forma com que ele se desenvolveu ao longo das Constituições pátrias e as razões que justificam sua judicialização.

Foi possível perceber que as principais controvérsias dizem respeito, especialmente, se o custeio das técnicas de reprodução é absorvido pelo direito fundamental à saúde, previsto entre os artigos 196 e 200 da Constituição Federal, que se traduz como um direito de todos e dever do Estado. Mas, há quem compreenda que a reprodução assistida não se engloba no direito fundamental à saúde, pois sua finalidade é a gestação, a concepção de um filho, portanto, segundo esse entendimento, trata-se de uma condição, de um tratamento e não de uma doença, não se enquadrando, dessa forma, no direito à saúde. Encontramos guarida, em algumas decisões, ao argumento da “reserva do possível”, no sentido que o Estado indis põe de recursos públicos para garantir este procedimento de forma gratuita. Outro ponto de divergência muito comum nas decisões está relacionado ao planejamento familiar, se as ações judiciais em escopo estão ou não amparadas pelo direito fundamental ao planejamento familiar e, por fim, outro posicionamento encontrado enfatiza que com o Estado ao deferir essas demandas não apenas custeia o procedimento de fertilização *in vitro* ou a inseminação artificial, mas, sobretudo, garante a efetividade ao princípio da dignidade humana, do direito à vida, à felicidade e ao planejamento familiar.

Em suma, diante do crescimento cada vez mais significativo das ações judiciais que versam sobre o direito à saúde, não se pode mais ignorar o estudo acerca das suas causas e possíveis soluções. O debate acerca de como os tribunais vem se posicionando



COMPLIANCE NAS RELAÇÕES DE CONSUMO: ANÁLISE DAS DIRETRIZES E PADRÕES ÉTICOS DA REDE NORTE-AMERICANA DE SUPERMERCADOS WHOLE FOODS

nas decisões que tratam do tema é necessário, para assim, no futuro, identificar-se as medidas cabíveis para a diminuição desta judicialização em massa, sem que ninguém, tanto o particular quanto o poder público, se prejudiquem.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Francisco Provázio Lara de; BITTENCOURT, Liliana. Judicialização do Direito: do Estado Legislativo ao Estado Judiciário. *Revista da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Goiás*, v.32, nº1, pag.247260, jan/jun.2008. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/revfd/article/view/12129>>. Acesso em: 18 jan. 2020.

BARROSO, Luiz Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros: *Revista da Procuradoria Geral do Estado*, Porto Alegre v.31, nº66, jul/dez.2007. Disponível em: <http://www.repositório.furg.br/bitstream/handle/1/3464/La_Inalienabilidade_de_Los_Derchos_Humanos. Acesso em: 21 jan. 2020.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília: Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. D.O.U. de 05/10/1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/Constituicao/Constituicao.htm>>. Acesso em: 15 jan. 2020.

_____. Lei 8080/90. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 18 jan. 2020.

_____. Lei 9263 de 12 de janeiro de 1996. Dispõe sobre o Planejamento Familiar, regulamentando o §7o. do art. 226 da CF/88. Brasília: Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. D.O.U. de 15/01/1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/L9263.htm. Acesso em: 21 jan. 2020.

CAVALHEIRO, A. F. AIRES, J. R. Controle social em saúde e o uso das tecnologias de informação e comunicação como mecanismo de incremento da participação cidadã. In: Coordenadores: Edinilson Donisete Machado, Jonathan Barros Vita. Florianópolis : FUNJAB, 2012. (Org.). *Direitos fundamentais e democracia I* [Recurso eletrônico on-line] /organização CONPED/UFF; 1ed. Florianópolis: FUNJAB, 2012, v. 1, p. 119-140.



COMPLIANCE NAS RELAÇÕES DE CONSUMO: ANÁLISE DAS DIRETRIZES E PADRÕES ÉTICOS DA REDE NORTE-AMERICANA DE SUPERMERCADOS WHOLE FOODS

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução 2121/2015. *Adota normas éticas para utilização das técnicas de reprodução assistida no Brasil*. Publicada no D.O.U. de 24/09/2015, Seção I, p. 117.

CORRÊA, M. V.; LOYOLA, M. A. Novas Tecnologias Reprodutivas. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 9(1): 209-234, 1999.

_____. Ética e reprodução assistida: a medicalização do desejo de filhos. *Revista Bioética*, vol. 9, nº 2, p. 71-82, 2001.

_____. Tecnologias de reprodução assistida no Brasil: opções para ampliar o acesso. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p.753-777, 2015.

MACHADO, P. S. X. O direito à saúde e a responsabilidade linear dos entes federados. *Revista on-line*. 2009. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/Direito_a_Saude_Responsabilidade_linear.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2020.

MACHADO, C. V. LIMA, L. D. BAPTISTA, T. W. F. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *Cad. Saúde Pública*. v. 33 Sup 2. p. 143-161, 2017.

ROLIM, L. B. CRUZ, R. S. B. L. SAMPAIO, K. J. A. J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. *Saúde em Debate* • Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan./mar. 2013.

SAMRSLA, M. et al. Expectativa de mulheres à espera de reprodução assistida em hospital público do DF – Estudo bioético. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, 53(1): 47-52, 2007.

SARLET, Ingo Wolfgang. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988. *Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado*, Salvador/Bahia, n.11, p.1-17, set/out/nov/2007. Disponível em: <http://www.direitodoestado.com/Revista/RERE-11setembro-2007IngoSarlet.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2020.

_____. Reserva do possível, mínimo existencial direito à saúde: algumas aproximações. *Direitos Fundamentais e Justiça*, ano 1, n.1, p.171-213, out./dez 2007. Disponível em: http://www.dfj.inf.br/Arquivos/PDF_Livre/DOUTIRNA_9pdf. Acesso em: 24 jan. 2020.

STJ - REsp: 1471559 RJ 2014/0187535-0, Relator: Ministra Assusete Magalhães, Data de Publicação: DJ 21/11/2014. Disponível em:



COMPLIANCE NAS RELAÇÕES DE CONSUMO: ANÁLISE DAS DIRETRIZES E PADRÕES ÉTICOS DA REDE NORTE-AMERICANA DE SUPERMERCADOS WHOLE FOODS

<<https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/153232827/recurso-especial-resp-1471559-rj-2014-0187535-0>>. Acesso em: 21 set. 2018.

_____. AREsp: RJ 2012/263380, Relator: Ministro Mauro Campbell Marques, Data de Publicação: DJ 06/12/2012. Disponível em: <<http://www.stj.jus.br/SCON/deciso/es/toc.jsp?livre=fertilizacao+in+vitro+sus&&b=DTXT&thesaurus=JURIDICO&p=true#DOC5>>. Acesso em: 20 jan. 2020.

TJ-PE - AI: 3940352 PE, Relator: José Carlos Patriota Malta, Data de Julgamento: 26/04/2016, 6ª Câmara Cível, Data de Publicação: 16/05/2016. Disponível em: <<https://tj-pe.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/340722438/agravo-de-instrumento-ai-3940352-pe>>. Acesso em: 20 jan. 2020.

TJ-RJ - APL: 03389955520108190001 RIO DE JANEIRO CAPITAL 6 VARA FAZ PUBLICA, Relator: RENATA MACHADO COTTA, Data de Julgamento: 27/11/2013, TERCEIRA CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 02/12/2013. Disponível em: <<https://tj-rj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/379421629/apelacao-apl-3389955520108190001-rio-de-janeiro-capital-6-vara-faz-publica?ref=juris-tabs>>. Acesso em: 23 jan. 2020.

TJ-SP - AC: 10094276820188260100 SP 1009427-68.2018.8.26.0100, Relator: Donegá Morandini, Data de Julgamento: 01/07/2019, 3ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 01/07/2019. Disponível em: <<https://tj-sp.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/729457558/apelacao-civel-ac-10094276820188260100-sp-1009427-6820188260100?ref=serp>>. Acesso em: 22 jan. 2020.

TJ-SP - AC: 10177524820188260224 SP 1017752-48.2018.8.26.0224, Relator: José Aparício Coelho Prado Neto, Data de Julgamento: 16/09/2019, 9ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 16/09/2019. Disponível em: <<https://tj-sp.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/757385580/apelacao-civel-ac-10177524820188260224-sp-1017752-4820188260224/inteiro-teor-757385600?ref=serp>>. Acesso em 23 jan. 2020.

VANDERPLAAT, M. Núcleo de Estudos em Direitos Humanos e Saúde. In: Fundação Oswaldo Cruz. *Saúde e direitos humanos*. Brasília: Ministério da Saúde, p. 30, 2004.

