

COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

PROJETO DE LEI Nº 5.730, DE 2009

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”.

Autor: Deputado Geraldo Resende

Relator: Deputado Danilo Forte

I - RELATÓRIO

O presente projeto de lei propõe tornar obrigatório o custeio de procedimentos de reprodução assistida pelas operadoras de planos de assistência à saúde, o que se pretende seja feito por alteração da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”; primeiro, **a)** revogando o inciso III do art. 10 da Lei mencionada (art. 1º); por último, **b)** acrescentando à redação do art. 35-C do mesmo diploma legal, a expressão “incluindo a reprodução assistida” (art. 2º).

A proposta, sujeita à apreciação conclusiva, foi distribuída à Comissão de Constituição e Justiça e à Comissão de Seguridade Social e Família, única comissão para se manifestar quanto ao mérito.

A proposição já obteve parecer favorável na legislatura de 2009, do então Relator, o Deputado Carlos Bezerra, mas não foi votado por essa Comissão.

No dia 14 de abril último, então, fui designado para relator da matéria.

No prazo regimental, não foram apresentadas emendas ao projeto.

É o relatório.

II - VOTO DO RELATOR

Cabe à Comissão de Seguridade Social e Família, por força das alíneas “a” a “e” e “q” do inc. XVII do art. 32 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, manifestar-se quanto a assuntos relativos à saúde; organização institucional da saúde no Brasil; política de saúde; ações e serviços de saúde pública; instituições privadas de saúde; e seguros e previdência privada.

É o caso. Estando a proposta dentro deste campo temático, passo, pois, ao exame meritório da matéria.

De acordo com o art. 10 da Lei nº 9.656, de 1998, a inseminação artificial é uma exceção à regra da cobertura do plano-referência de assistência à saúde, *verbis*:

“Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, **exceto**:

.....

III - inseminação artificial;”

Além disso, o art. 35-C do mesmo diploma legal, quando define as obrigatoriedades de cobertura de atendimento, quanto ao planejamento familiar, não acoberta a hipótese da reprodução assistida. Diz a Lei:

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

.....

III - de planejamento familiar.”

Trata-se, portanto, com a revogação do inciso III do art. 10 e o acréscimo pretendido (“incluindo a reprodução assistida” à expressão planejamento familiar), de incluir no plano-referência de assistência à saúde, a

reprodução assistida como serviço obrigatoriamente posto à disposição do consumidor.

A proposta, à primeira vista simples, além de consistir questão de saúde pública, envolve várias discussões correlatas no Brasil, de cunho ético, religioso e jurídico (acerca de parentesco e direito sucessório, p. ex.), mas a incorporação das novas tecnologias reprodutivas como meio de solucionar o problema da esterilidade/infertilidade é um fato consumado em diversos países detentores da medicina moderna¹.

Ademais, a despeito de tudo que possa ser dito contra a reprodução assistida, não se pode impedir a busca de realização do projeto parental de uma pessoa capaz, impossibilitando seu acesso às técnicas e tratamentos na área da reprodução humana.

Mesmo porque, devemos respeito aos princípios constitucionais que amparam o direito à intimidade (art. 5º, X), o direito à saúde (art. 196), o direito a formar uma família (art. 226, § 7º), e ao direito ao livre exercício do planejamento familiar, que compreende o direito das pessoas buscarem a concepção de um filho desejado, já disciplinado pelo regime jurídico pátrio (Lei nº 9.263/96).

É certo que há riscos à popularização da prática, mas também é certo que, a despeito da ausência de lei regulamentadora, o Conselho Federal de Medicina já normatizou, mesmo que minimamente, por meio de Resolução Normativa n.º 1.358/92, a conduta médica para os protocolos correlatos. Referida norma assegura, aliás, o sigilo dos procedimentos e a não comercialização do corpo humano e de gametas.

Prevê, vale o registro, o consentimento informado nos casos de fertilização *in vitro*, a limitação do número de receptores por doação, delimita um prazo máximo para o desenvolvimento de um embrião fora do corpo, proíbe a redução e o descarte de embriões, permite a seleção embrionária (somente a fim de evitar a transmissão de doenças hereditárias), a geração dos embriões pela própria doadora ou mediante cessão, autoriza a doação temporária do

1 Mônica Souza Liedke; Paula Pinhal de Carlos; Raquel Belo Schneider; Taysa Schiocchet *in* http://www.ghente.org/temas/reproducao/art_01.htm

útero entre mulheres, ou gestação substituta, (desde que possuam parentesco até o segundo grau), e concede a fertilização *in vitro* em mulheres solteiras².

Como se vê, trata-se de questão complexa, a ponto de ser objeto de diversos projetos de lei em trâmite nesta Casa, a exemplo dos PLs n.º 54/02, de autoria do Deputado Luiz Moreira;³ o de n.º 2.855/97, de autoria do Deputado Confúcio Moura⁴; o de n.º 90/99, de autoria do Senador Lúcio Alcântara⁵ e do substitutivo a ele apresentado⁶, mas, uma vez aprovada a presente medida, terá a reprodução assistida parâmetros consolidados para sua realização segura.

É dizer, apesar da complexidade do tema, vejo a imposição obrigatória da cobertura da reprodução assistida como algo que se impõe em face do crescimento expressivo do número de clínicas que realizam a reprodução humana assistida em decorrência de uma grande demanda já existente de interessados, o que justifica a medida, sem descurar, vale dizer, da urgência em legislar de forma a estabelecer critérios e responsabilidades dos profissionais que a utilizam, a fim de bem resguardar os direitos das

2 Op. Cit.

3 Busca transformar a Resolução do Conselho Federal de Medicina em lei: propõe a necessidade do consentimento do cônjuge ou companheiro, se a mulher for casada ou viver em união estável e prevê que a decisão sobre o destino dos embriões cabe ao casal. Proíbe o descarte de embriões e a redução seletiva, embora permita a seleção com o intuito de evitar a transmissão de doenças hereditárias. Dispõe sobre a preservação do sigilo dos envolvidos no processo, estabelece que o doador produza somente uma gestação para cada um milhão de habitantes e permite a doação temporária do útero em mulheres com parentesco até o segundo grau.

4 Prevê a criopreservação dos embriões por cinco anos, sendo que após tal período poderá haver o descarte ou a utilização com fins científicos. Somente permite a redução seletiva de embriões em caso de risco de vida para a gestante e autoriza a seleção para evitar a transmissão de doenças hereditárias. Dispõe sobre o sigilo quanto ao uso da técnica e prevê que o doador só poderá ter dois filhos em um mesmo estado. Quanto à gestação substituta, estabelece a necessidade da aprovação da Comissão Nacional de Reprodução Humana Assistida (criada pelo próprio projeto), quando a mãe possuir parentesco até o quarto grau com a doadora. Prevê, ainda, a possibilidade de inseminação *post mortem*, sendo vedado o reconhecimento da paternidade, a não ser, nos casos em que houver prévia e expressa manifestação do casal.

5 Prevê que os procedimentos podem ser utilizados por mulheres casadas ou em união estável, bem como pelas solteiras. Admite que os usuários possam permitir que seus gametas e pré-embriões sejam utilizados em pesquisas. Salvo nesses casos, a intervenção em gametas ou embriões somente será permitida com fins terapêuticos ou diagnósticos. A doação deverá ser gratuita e sigilosa. Além disso, a criança poderá ter acesso à identidade civil do doador. Dispõe que, no caso de inseminação *post mortem*, não será reconhecida a paternidade. Permite a maternidade de substituição, com restrições.

6 Somente casais (casados ou em união estável) podem ter acesso à técnica. Prevê que os usuários poderão permitir que seus gametas e pré-embriões sejam utilizados em pesquisas. Proíbe também a criopreservação e o congelamento de embriões. Como outros projetos, permite a seleção terapêutica e a doação temporária do útero entre mulheres com parentesco até o segundo grau. No entanto, estabelece a possibilidade de o filho conhecer a identidade do genitor após a maioridade. Além disso, prevê que o doador possa ser pai de apenas um beneficiário. Dispõe ainda sobre a inseminação *post mortem*, prevendo que a filiação será reconhecida, desde que o depositário dos gametas tenha autorizado em testamento a sua utilização pela esposa ou companheira.

peessoas que investem esperanças e patrimônio na busca da realização do sonho de ter um filho.

Ademais disso tudo, como bem asseverou o Deputado Carlos Bezerra quando de sua relatoria, “a atual legislação brasileira já permite que as operadoras de planos de saúde optem por custear a reprodução assistida”, apenas não a inclui “no rol de procedimentos constantes do plano-referência de assistência à saúde, cuja cobertura é obrigatória.”

Isto posto, considerando que a infertilidade é motivo de grande sofrimento para indivíduos e famílias brasileiras, e que dados da OMS estimam que cerca de 8% a 15% dos casais sofrem por não poderem gerar filhos, nosso voto é pela aprovação do Projeto de Lei nº 5.730, de 2009.

Sala da Comissão, em de de 2011.

Deputado Danilo Forte
Relator