

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA**

FABIANE ALVES REGINO

**O DESEJO DE TER FILHOS E A CONSTRUÇÃO DE GÊNERO NAS POLÍTICAS
DE SAÚDE: ANÁLISE DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL EM
REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA**

RECIFE

2016

FABIANE ALVES REGINO

**O DESEJO DE TER FILHOS E A CONSTRUÇÃO DE GÊNERO NAS POLÍTICAS
DE SAÚDE: ANÁLISE DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL EM
REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção de título de Doutora em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior

RECIFE

2016

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

- R335d Regino, Fabiane Alves.
O desejo de ter filhos e a construção de gênero nas políticas de saúde: análise da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida / Fabiane Alves Regino. - Recife: [s.n.], 2016.
220 p. : ilus., tab., graf., 30 cm p.
- Tese (Doutorado em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2016.
Orientador: José Luiz do Amaral Corrêa Araújo Júnior.
1. Políticas Públicas de Saúde. 2. Gênero. 3. Técnicas Reprodutivas Assistidas. 4. Integralidade. I. Araújo Júnior, José Luiz do Amaral Corrêa de. ths. II. Título. III. Título.

CDU 32:614

FABIANE ALVES REGINO

**O DESEJO DE TER FILHOS E A CONSTRUÇÃO DE GÊNERO NAS POLÍTICAS
DE SAÚDE: ANÁLISE DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL EM
REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em
Saúde Pública do Centro de Pesquisas
Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz,
como requisito parcial para a obtenção de
título de Doutora em Ciências.

Data da Aprovação: 12/12/2016

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ-PE

Profa. Dra. Dayse Amâncio dos Santos Veras Freitas
Universidade Federal Rural de Pernambuco – UFRPE

Profa. Dra. Laura Susana Duque Arrazola
Universidade Federal Rural de Pernambuco - UFRPE

Profa. Dra. Raquel de Aragão Uchôa Fernandes
Universidade Federal Rural de Pernambuco – UFRPE

Profa. Dra. Tereza Maciel Lyra
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ-PE

Ao Amor: Valentina e Renato.

AGRADECIMENTOS

Escrever uma tese é um momento muito solitário, mas também é a materialização de sentimentos de apoio, dedicação, experiência e agradecimento. Essa tese tem um significado singular, porque ela é fruto de esforço intelectual e físico, onde a condição de mãe foi um marcador presente em todas as etapas da sua construção. Por isso, gratidão à espiritualidade maior, pela força em continuar, já que a vida é sempre resultado da nossa própria escolha.

Gostaria de agradecer pelo cuidado, sabedoria, generosidade e humildade do meu orientador José Luiz, sempre solícito nos momentos em que a busca por suas palavras eram necessárias e urgentes. Zé, você fez parte dessa história e a minha memória está marcada de gratidão.

Agradecer a todos/as amigos/as do curso do doutorado, que por meio de conversas, trocas de conhecimentos, sorrisos e muito apoio, fizeram essa caminhada mais fácil. Agradecer pela oportunidade de fazer novas amizades, como a de Tales, que com seu olhar otimista ajudou a enxergar esse processo com mais tranquilidade. E agradecer a vida, que traça caminhos para que (re)encontros sejam possíveis e que são repletos de amor e cumplicidade, obrigada, meu querido amigo Edu.

Às amigas essenciais, que nos fortalece e incentiva a continuar sempre, independente do caminho a ser seguido. Obrigada Raquel, Etienne, Juliana, Michelle, Laura, Zênia, Rone, Oswaldo, Guga e Wilton. Agradecer às/aos colegas de trabalho da UFRPE, que contribuíram de diversas formas para que esse curso de doutorado fosse consolidado. Agradecer a UFRPE, pela oportunidade dada de cursar a Pós-graduação afastada das atividades acadêmicas e à Fiocruz por ser uma instituição de excelência e ter contribuído para a minha formação acadêmica. Ao IMIP, por ter aberto às portas para a realização do trabalho de campo.

Agradecer aos/às profissionais da Fiocruz/PE, pela atenção e pelo trabalho realizado com seriedade e dedicação. Em especial, a Nalva e Rivaldete, que fez da 'vida' na pós-graduação mais leve. E a Mégine e Adagilson pelas normatizações. Gratidão à banca examinadora, pelas orientações, apontamentos, sabedoria e contribuições ao trabalho final. Aos/às participantes da pesquisa, muita gratidão! Sem vocês esse trabalho não seria possível.

Agradecer aos familiares, fonte de inspiração e de motivação, razão para seguir em frente. Sinônimos de amor e doação, meus pais, Divino e Belinha e meus irmãos, Arli e Jonas. Ao cunhado preferido, Denis, pelas traduções históricas e Faidra, por ser parte dessa família.

Às minhas sobrinhas amadas, Alice e Cecília. E à você Renato, gratidão pelo companheirismo, dedicação, amor, cumplicidade e paciência. Sem você, esse caminhar seria bem mais difícil. À Valentina, pela experiência do amor vivido de forma incondicional. Te amo filha minha!

*“Todas as vitórias ocultam uma abdicação”
(Simone de Beauvoir)*

REGINO, Fabiane Alves. **O desejo de ter filhos e a construção de gênero nas políticas de saúde:** análise da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida. 2016. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2016.

RESUMO

A Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida (PNRHA), propõe ampliar o acesso dos casais inférteis às ações para o tratamento da infertilidade, por meio de serviços de Reprodução Humana Assistida no Sistema Único de Saúde. Objetivou-se analisar a PNRHA, na perspectiva de gênero, a partir da reflexão sobre a integralidade no cuidado em saúde dos casais inférteis. Utilizou-se a abordagem qualitativa, com triangulação metodológica e dados coletados por entrevistas semiestruturadas e fontes documentais. Para análise dos dados utilizamos a condensação de significados, análise de conteúdo e o Modelo Operacional de Análise de Políticas Públicas. Conclui-se, entre outras questões, que o Ministério da Saúde ao instituir a PNRHA assume o compromisso de orientar ações voltadas para o acesso universal e integral à saúde reprodutiva, ao regulamentar normativas para garantir aos casais inférteis ações de saúde voltadas para a concepção, com preocupações amplas acerca da garantia ao planejamento reprodutivo/familiar de mulheres e homens, os direitos das pessoas que convivem com HIV/Aids e a adoção. Entretanto, algumas diretrizes da Política são ‘engessadas’ e heteronormativas, restringindo o acesso de pessoas que desejam ter filhos e não se enquadram no perfil de público-alvo da Política, ferindo o princípio da integralidade do cuidado em saúde, ao adotar ‘heteronormas’ em seu conteúdo e prática. As questões de gênero ficaram evidentes nas Diretrizes, reafirmando o lugar dos homens como ‘não-sujeitos’ dos direitos reprodutivos e sim um apêndice aos procedimentos/ações do tratamento da infertilidade/esterilidade. As mulheres são o foco das políticas maternalistas e as principais beneficiárias da PNRHA, que como tal acabam sendo penalizadas pela transformação de um direito em ‘obrigações femininas’, necessitando romper com a fragmentação/reducionismo e objetivação desse sujeito de direitos reprodutivos, na busca pela maternidade.

Palavras-chave: Políticas Públicas de Saúde. Gênero. Técnicas Reprodutivas Assistidas. Integralidade. Maternidade.

REGINO, Fabiane Alves. **The desire of having children and gender building in the health policies:** analysis of the National Policy for Integral Attention in Assisted Human Reproduction. 2016. Thesis (Doctorate in Public Health) – Aggeu Magalhães Research Center, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2016.

ABSTRACT

The National Policy for Integral Attention in Assisted Human Reproduction (NPAHR) aims to expand the access of infertile couples to actions for infertility treatments through services of Assisted Human Reproduction in Unified Health System. It was aimed to analyze the NPAHR, in a gender perspective, from the reflection about the integrality in health care of infertile couples. A qualitative approach was used, with methodological triangulation and data collected by semistructured interviews and documental sources. Meaning condensation, content analysis, and Operational Model of Analysis in Public Policies were used in data analysis. It is concluded that, among other questions, Health Ministry establishing the NPAHR assumes the commitment of guiding actions aimed to: universal and integral access to reproductive health, regulate normative to assure infertile couples health actions aimed at conception, with broad concerns about the guarantee of reproductive/familiar planning of men and women, the rights of people who cohabit with HIV/Aids, and the adoption. However, some guidelines of the Policy are “casted” and heteronormative, limiting the access of people who wish having children and do not fit the target audience profile of the Policy, harming the principle of integrality of health care by adopting “heterorules” in its content and practice. Gender issues became evident in the guidelines, reaffirming the place of men as ‘not subject’ of the reproductive rights but rather an appendix to the procedures/actions of infertility/sterility treatment. Women are the focus of maternalist policies and the main beneficiaries of NPAHR, consequently end up being punished by the transformation of a right in ‘female obligations’, requiring to break with the fragmentation/reductionism and objectification of this subject for reproductive rights, in the search for maternity.

Keywords: Public Health Policies. Gender. Assisted Reproductive Techniques. Integrality. Maternity.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Justificativa	15
1.2 Pergunta condutora.....	16
2 MARCO TEÓRICO CONCEITUAL.....	17
2.1 Reprodução Humana Assistida: um olhar sobre o desejo de ter filhos e a garantia dos direitos reprodutivos dos casais inférteis.....	17
2.2 Gênero e Saúde: a incursão sobre conceitos de um campo temático emergente.....	20
2.3 As Políticas Públicas de Saúde na perspectiva de Gênero.....	26
2.3.1 Políticas Públicas: definições teóricas e conceituais	26
2.3.2 Estado e Políticas Públicas: uma análise de gênero.....	32
2.4 O Ciclo das Políticas Públicas	38
2.4.1 Introdução: fases, estágios ou momentos	38
2.4.2 Identificação do Problema	39
2.4.3 Formação da Agenda	40
2.4.4 Formulação das Alternativas	43
2.4.5 Tomada de Decisão.....	43
2.4.6 Implementação da Política Pública	45
2.4.7 Avaliação da Política Pública	47
2.4.8 Extinção da Política Pública.....	48
2.5 Análise das Políticas de Saúde	48
2.5.1 Introdução.....	48
2.5.2 Modelo Operacional de Análise de Políticas de Saúde	51
2.6 A Integralidade como Princípio Norteador das Políticas de Saúde: o Desafio da Reorganização do Cuidado em Saúde.....	55
2.6.1 Introdução.....	55
2.6.2 A Construção da Integralidade no Sistema de Saúde Brasileiro.....	55
3 OBJETIVOS	65
3.1 Objetivo geral.....	65
3.2 Objetivos específicos.....	65

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	65
4.1 Desenho do Estudo	66
4.2 Estudo de Caso.....	66
4.3 Espaço de Pesquisa	67
4.4 Sujeitos do Estudo e Critérios de Seleção.....	68
4.5 Técnicas e Procedimentos de Coleta de Dados.....	69
4.6 Síntese e Análise dos Dados	72
4.7 Implicações Éticas	75
5 ANÁLISE DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL EM REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA.....	77
5.1 Introdução	77
5.2 Contexto da Política	79
5.2.1 Macro-contexto: Aspectos Políticos, Aspectos Econômicos e Aspectos Sociais.....	79
5.2.2 Micro-contexto: Aspecto dos Serviços de Saúde.....	84
5.2.3 Micro-contexto: Aspecto das Finanças.....	86
5.3 Conteúdo da Política	89
5.4 Atores da Política	100
5.5 Os Processos da Política: formulação e implementação	103
5.5.1 Processo de Formulação.....	103
5.5.2 Processo de Implementação.....	112
5.6 A Importância da Maternidade e da Paternidade para os casais inférteis: a construção de gênero no desejo de ter filhos	126
5.6.1 “Eu quero viver todas as fases de ser mãe, quero me sentir mais completa”: a importância da maternidade e a construção de gênero no desejo de ter filhos.....	127
5.6.2 “Mulher tem prazo de validade”: o tempo e a idade na reprodução humana assistida..	133
5.6.3 “Eu acho que quando o filho é pela reprodução assistida, é mais <i>aplaudido</i> ”: a importância da paternidade para os homens inférteis.....	137
5.6.4 O Cuidado em saúde à luz da Integralidade: um olhar sobre o cotidiano dos casais inférteis no Serviço de Reprodução Humana Assistida do IMIP.....	144
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	157
REFERÊNCIAS	164
APÊNDICE A – Roteiro de entrevista para os/as profissionais de saúde do IMIP.....	183

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista para políticos, pesquisadores e movimentos sociais	185
APÊNDICE C – Roteiro de entrevista para os casais inférteis	186
APÊNDICE D – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido para os/as profissionais e gestores de saúde.....	187
APÊNDICE E – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido para os/as pesquisadores e teóricos acadêmicos.....	189
APÊNDICE F – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido para membros da sociedade civil organizada e organizações não-governamentais	191
APÊNDICE G – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido para políticos e gestores envolvidos com a PNRHA	193
ANEXO A - Carta de Anuência do IMIP.....	195
ANEXO B - Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida.....	196
ANEXO C - Portaria N° 3.149, de 28 dezembro de 2012.....	199
ANEXO D – Portaria GM N° 1.540, de 24 de setembro de 2015.....	202
ANEXO E - Requerimento de Audiência Pública.....	205
ANEXO F - Resolução CFM N° 2.013/13.....	206
ANEXO G - Normas Éticas para a utilização das Técnicas de RA.....	207
ANEXO H - Resolução CFM N° 2.1213/15.....	213
ANEXO I - Normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida.....	215

1 INTRODUÇÃO

*“A ciência, ao que parece, não é assexuada;
ela é um homem, um pai, e infectada, também”
(Virgínia Woolf, 1936)*

As tecnologias de reprodução assistida têm sido amplamente utilizadas no Brasil. O tema da reprodução humana assistida (RHA) se enquadra no debate mais amplo de desenvolvimento de biotecnologias e se configura enquanto desafio teórico, político, social e ético fundamental para a compreensão dos direitos reprodutivos e demandas da sociedade no âmbito da saúde, principalmente no que diz respeito à saúde da mulher.

Nessa tese, a análise da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida (PNRHA) será compreendida numa perspectiva de gênero, a partir da reflexão sobre a integralidade do cuidado em saúde dos casais inférteis. Entre as diversas concepções sobre a categoria gênero, podemos destacar neste trabalho o gênero como “um elemento constitutivo das relações sociais, baseados nas diferenças que distinguem os sexos, como uma forma primária de relações significantes de poder” (SCOTT, 1995, p. 86).

A PNRHA foi instituída em 2005 pelo Governo Federal no âmbito do Ministério da Saúde, e tem como proposta ampliar o acesso de casais inférteis, portadores de doenças infecto-contagiosas e genéticas ao tratamento pela RHA no Sistema Único de Saúde.

O “casal infértil” é um termo que traz dualidade, pois é uma categoria que transita entre a cultura e a natureza, onde a mulher continua sendo a responsável pelas dificuldades de engravidar, enquanto o homem é absorvido nessa categoria sem ser constituído como homem infértil. Esse termo apresenta o deslocamento “da atenção do tratamento do aparelho reprodutivo e do desejo individual de maternidade ou paternidade para a solução prática do problema da infertilidade, que é a concepção de um filho para um casal” (TAMININI, 2009, p. 135).

A infertilidade e o desejo de ter filhos dos casais inférteis, podem ser pensados por meio dessa política de saúde e da integralidade no cuidado, na perspectiva de gênero, por se tratar de um problema que atinge um grupo específico e especialmente à saúde da mulher que não pode mais ser reduzida a sua “condição reprodutora” (MATTOS, 2001).

Dessa forma, tal reflexão deve ir além dos recortes da saúde, já que o problema da infertilidade pode ser compreendido como uma questão de condição social ou como um quadro clínico passível de ser controlado pela ciência. Ou seja, a ideia é romper com as

análises fragmentadas e reducionistas sobre o cuidado dos casais inférteis, considerando a integralidade como potência em saúde (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004).

A integralidade deve ser um princípio orientador, de acordo com Mattos (2001), de rompimento com a fragmentação ou reducionismo (redução do ser humano à doença, ao corpo, ao biológico) e objetivação do sujeito (tratar as pessoas como objeto).

Entretanto, as tecnologias voltadas aos processos de RHA e o avanço no campo da biotecnologia “proporcionou novas formas de intervenção e apropriação do corpo feminino dentro de uma relação mercantilizada”. O debate sobre a mercantilização do corpo e da vida das mulheres torna-se fundamental para compreensão das desigualdades sociais, entre elas, a de gênero, já que as formas de intervenção e apropriação das biotecnologias acontecem no corpo “fragmentado” da mulher. Corpo este que é apropriado pelo mercado, pelo Estado – como objeto de intervenção - e pelo poder médico - como objeto de instrumentalização (ÁVILA, 2006, p. 10).

A integralidade, em sua definição legal trata-se do “conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema” (PINHEIRO, 2008, p. 256). Como um dos princípios do SUS, a integralidade, busca em sua essência materializar ações no sentido de garantir o direito a saúde para a população, por meio das boas práticas dos profissionais de saúde, na organização dessas práticas e/ou como resposta do governo aos problemas específicos de saúde na elaboração de suas políticas, no caso, a infertilidade.

No âmbito das políticas de saúde, a integralidade deve ser um eixo prioritário e que pode ser analisada, entre outras dimensões, na formulação de políticas do governo que absorva a participação de diversos atores sociais envolvidos com a produção do cuidado em saúde. Ou seja, a integralidade no desenho das políticas de saúde é a capacidade de abarcar os diversos grupos atingidos por um determinado problema, respeitando suas especificidades.

Sendo assim, com a análise da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, lançamos mão de um objeto de pesquisa que tem na infertilidade um problema de saúde, no desejo de ter filhos as subjetividades, e nos casais inférteis um grupo de pessoas que compõe sua especificidade. Para Mattos (2001), a resposta a um problema como esse, deve ter na base um cuidado que não transforme e reduza o sujeito em objeto, e sim que possibilite conhecer este sujeito como ser histórico, social e político, munido de aspirações, percepções, desejos e subjetividades. Sobre isso, é importante ter claro os motivos que levam os casais inférteis a rejeitarem qualquer outro tipo de alternativas disponíveis de

projetos de filiação (por exemplo, a adoção), em nome da reprodução biológica (DINIZ, 2008).

Partindo do pressuposto que as políticas públicas se constroem como retorno as demandas e problemas sociais, compreender a PNRHA, como ela se estrutura, os atores envolvidos, os jogos de interesses e negociações existentes, implica no entendimento sobre aspectos do campo político que se articula com as questões econômicas e sociais. A análise da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida nos auxilia na construção de conhecimento sobre ela, baseada em um determinado ponto de vista e interesse, é “obter diversos julgamentos sobre a mesma, possibilitando comparações com outras” (SAMPAIO; ARAÚJO JÚNIOR, 2006, p.337). É desvendar um conjunto de elementos adotados pelo Estado, como ações e estratégias que podem contribuir no entendimento acerca da redução ou ampliação das desigualdades sociais.

1.1 Justificativa

A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca que 8% a 15% dos casais possuem algum problema de infertilidade. Isso significa dizer que mais de 278 mil casais (heterossexuais) em idade fértil, e que tenham tido relações sexuais regulares sem uso de contracepção durante 1 ano, não conseguiram engravidar. A infertilidade já é reconhecida pela OMS como um problema de saúde pública e como doença merece toda a atenção das políticas de saúde voltadas para essa questão, tendo em vista a demanda reprimida nos parques serviços públicos de reprodução assistida do país, com filas de 4 a 5 anos de espera para o atendimento (BRASIL, 2008).

Não garantir o acesso à assistência à infertilidade via serviço público de saúde, é colocar em xeque os direitos reprodutivos das pessoas que desejam ter filhos, se restringindo à oferta de clínicas particulares, onde o custo dos tratamentos de fertilização, acabam impossibilitando o acesso ao serviço, para a parcela da sociedade que não tem condições de pagar.

A Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida pode ser considerada uma forma de ampliar o acesso universal dos ‘casais inférteis’ pelo SUS e garantir o direito de terem filhos, destacando que a integralidade deve ser o eixo prioritário de uma política de saúde. Diante desse contexto, este trabalho se justifica pela importância de analisar uma Política dessa dimensão, voltada para um grupo específico de cuidado, a partir

de uma experiência vivenciada em Recife, no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP).

A integralidade no cuidado na reprodução assistida também é outro elemento que garante corpo a essa pesquisa. E também porque a infertilidade como agenda de uma política nacional de saúde, pode acabar reafirmando o lugar “exclusivo” da mulher no âmbito da reprodução e reforçar a heteronormatividade em suas diretrizes, na medida em que valoriza um ‘modelo’ tradicional de família em seu público-alvo. Embora a categoria biomédica ‘casal infértil’ identifique o homem nesse campo da infertilidade, as mulheres continuam sendo os principais sujeitos das ações da PNRHA e o corpo feminino objeto dessa medicalização.

Muitas mulheres que buscam as tecnologias reprodutivas para ter filhos não possuem doenças ou ao menos não há diagnóstico médico para a ausência de filhos, porém, mesmo nos casos em que a doença está em seus companheiros, é no corpo dessas mulheres que a medicalização se expressa (DINIZ, 2008). Dessa forma, a análise de gênero se faz necessária, pois, esta é uma categoria que se constrói social e culturalmente e não é sinônimo de mulher.

Cabe destacar o caráter inédito do estudo, por transversalizar análise da PNRHA numa perspectiva de gênero e ter como campo mais específico, a cidade de Recife, que foi o cenário do projeto-piloto de implementação dessa Política no IMIP e o lugar da integralidade no cuidado em saúde traçado na Política e no cotidiano do serviço.

Por fim, este estudo também contribui para construção de conhecimentos para a área de análise de políticas de saúde, no sentido de fortalecer teoricamente esse campo e apresentar lacunas ou complementações para a avaliação da PNRHA. Os resultados poderão ser elementos inspiradores para repensar essa Política (ou outras), o cotidiano do serviço de reprodução assistida e contribuir como uma opção de ferramenta de análise para futuros trabalhos acadêmicos.

1.2 Pergunta Condutora

Como a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, numa perspectiva de gênero, garante a integralidade do cuidado em saúde dos casais inférteis?

2 MARCO TEÓRICO CONCEITUAL

2.1 Reprodução Humana Assistida: um olhar sobre o desejo de ter filhos e a garantia dos direitos reprodutivos dos casais inférteis

A RHA também conhecida como novas tecnologias reprodutivas conceptivas (NTRc) pode ser compreendida como “procedimentos de assistência médico-tecnológica que possibilitam a ocorrência de uma concepção sem coito” (RAMÍREZ-GÁLVEZ, 2006, p. 25). Ou “conjunto de técnicas de tratamento médico-paliativo, em condições de hipo/infertilidade humana, visando à fecundação” (CORRÊA, 2001, p. 11). E ainda, “tratamentos que incluem a manipulação *in vitro* (no laboratório), em alguma fase do processo, de gametas masculinos (espermatozoides), femininos (oócitos) ou embriões, com o objetivo de se estabelecer uma gravidez” (MOURA et al., 2009, p. 37).

Entre elas, destacamos a inseminação artificial (IA), a fertilização *in vitro* (FIV), a injeção intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI), a transferência intratubária de gametas (GIFT), e de zigotos ou embriões recém-fertilizados (ZIF)¹.

Esse conjunto de técnicas quando acionadas pelos casais inférteis, que desejam ter filhos e vivenciam a infertilidade, se deparam com “novas” práticas sociofamiliares, no que se refere à maternidade e/ou paternidade, por exemplo (TAMININI, 2009, p. 26). Mas, independente da técnica de reprodução assistida utilizada, a finalidade de ter um filho justifica todo o processo em que o casal infértil se submete.

A intervenção da ciência nos leva a situações diferentes do habitual. Através da doação de gametas e da maternidade substitutiva pode-se ter uma criança com duas mães e dois pais: um casal que doa o material genético e um casal que acolhe a criança como filho. A doação de gametas tem sido uma alternativa procurada, embora ainda existam receios por parte das famílias

¹ Os procedimentos podem ser reunidos em dois grupos: rubrica de Baixa ou Alta Complexidade. A baixa complexidade está representada pela inseminação artificial – IA, na qual espermatozoides são preparados (capacitados) para adquirir maior e melhor motilidade e a seguir ser introduzidos, por um catéter adequado, diretamente no fundo uterino e na cavidade tubária. O encontro dos gametas, assim como a fertilização esperada, irá ocorrer de forma espontânea nas tubas uterinas, e a fecundação se dá dentro do corpo da mulher. A tecnologia da reprodução assistida de alta complexidade - que inclui, mas não se limita à FIV com TE - emprega a FIV e a injeção intracitoplasmática de espermatozoides – ICSI, assim como a criopreservação de gametas e embriões, a doação de gametas e embriões, as técnicas de diagnóstico genético, pré-implantação e a cessão temporária de útero. Outros procedimentos, como a transferência intratubária de gametas – GIFT, de zigotos ou embriões recém-fertilizados - ZIF, ou mesmo embriões mais desenvolvidos, têm sua prática bastante diminuída nos dias atuais. Nessas técnicas, a fecundação se dá fora do corpo da mulher (MOURA et. al., 2009, p. 37).

em recorrer a esse método devido à questão do parentesco múltiplo, que fica ressaltada no procedimento. Casais homossexuais buscam a reprodução assistida utilizando gametas de terceiros ou com doação por parte de um dos parceiros. Em casais homossexuais femininos, uma das mulheres pode doar o óvulo e a outra fornecer o útero para gestação. É possível ter filhos de pais que já morreram através da fecundação pós-morte e as clonagens com fins terapêuticos² já são realidade (MONTEIRO; TEIXEIRA, 2011, p. 93).

Existe uma perspectiva de apelo no uso dessas técnicas de RHA que padroniza o discurso da infertilidade e coloca o desejo de ter filhos como algo natural e inerente ao feminino e tem como base a figura da mãe. Para Tamanini (2009, p. 163) significa também a “tradução natural do desejo sexual que se transpõe para uma função coletiva de assegurar a reprodução da espécie [...] ou se translada para sua função individual de transmitir a história pessoal e familiar”.

O desejo de ter filhos é um elemento que move a procura das pessoas às técnicas de reprodução assistida e na perspectiva psicanalítica esse desejo está sujeito às inconstâncias do inconsciente, mas que de forma concreta visa um objeto real, a concepção de uma criança. A psicanálise defende que o desejo de ter filhos está associado à questão da sexualidade desde a infância, dando ênfase ao ser mãe e todas as relações construídas no processo de maternagem. Mas, também se relaciona com a questão da transmissão da herança genética aos descendentes e à continuidade de uma geração (MONTEIRO; TEIXEIRA, 2011; RIBEIRO, 2004).

Para Tamanini (2009, p. 163), o desejo de ter filhos se constrói a partir do significado que este tem no relacionamento íntimo e social do casal. E também tem uma relação dinâmica entre o desejo essencializado e o sentimento de estar bem consigo mesma, no caso das mulheres e aos homens no que se refere ao projeto de transcendência. Por isso, a infertilidade além de ser um problema clínico, representa uma condição que estigmatiza e reafirma a desaprovação social, tendo em vista que “ter filhos é mandatório para o casal completar a família, justificando o investimento na terapêutica para a infertilidade” (LUNA, 2007, p. 67).

O desejo por filhos seria o motivo suficiente para o acesso às tecnologias, mas desde que fosse o desejo por filhos de um casal heterossexual. Haveria

² “Nas clonagens com objetivos terapêuticos, cultivam-se embriões em laboratório para obtenção de células-tronco e não se faz transferência para o útero. Célula-tronco é aquela com capacidade de auto-renovação ilimitada/prolongada, capaz de produzir pelo menos um tipo de célula altamente diferenciada” (LUNA, 2007, p. 96).

uma sobreposição entre infertilidade e infecundidade: a ausência de filhos levaria a uma investigação médica que terminaria por justificar o uso das técnicas reprodutivas. O objetivo das técnicas não é diretamente solucionar a restrição de fertilidade, mas garantir a produção de um bebê (DINIZ; COSTA, 2006, p. 51).

Considerando que a infertilidade conjugal, segundo a OMS, é a ausência de gravidez após um ano de relações heterossexuais não protegidas, são grandes as dificuldades enfrentadas pelos casais que desejam ter filhos e não tem condições financeiras de acessar o serviço por via de clínicas particulares. Isso deve-se ao alto custo do tratamento e são necessárias, na maioria das vezes, várias tentativas para a efetivação da gravidez, mesmo o Sistema Nacional de Produção de Embriões (SisEmbrio), destacando que o Brasil possui uma boa taxa de fertilização, apontando para uma média nacional em 2012 de 73% de sucesso, dentro dos padrões internacionais de qualidade (BRASIL, 2013a).

A Rádio Câmara noticiou em 2013 que o valor que se paga pela realização da fertilização *in vitro* (FIV) no Brasil ainda é muito alto. Os procedimentos e os hormônios necessários para cada tentativa ficam entre R\$ 10 mil e R\$ 15 mil nas clínicas particulares do país. O Sistema Único de Saúde conta com poucos centros que oferecem a FIV de graça, mas as filas são grandes (MONTEIRO, 2013).

Os dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) mostram que entre os anos de 2011 e 2014, o número de FIVs realizadas no Brasil, tanto para mulheres heterossexuais e homossexuais, cresceu 106% em quatro anos. O total de procedimentos aumentou de 13.527, em 2011, para 27.871, em 2014, principalmente em clínicas particulares (CARVALHO, 2015).

A RHA e suas técnicas podem ser utilizadas por pessoas que sofrem de infertilidade e que desejam ter filhos, mas também se estende para situações de maternidade tardia e relações homoafetivas, como mostrado anteriormente. Os dados da ANVISA nos apresentam um cenário em que a RHA ainda é uma técnica ‘reservada’ para as pessoas que podem financeiramente acessá-la e não como um direito de todos/as terem acesso.

A Lei nº 9.263 que trata do planejamento familiar, em seu Art. 2º define que o planejamento familiar é um “conjunto de ações de regulação da fecundidade, que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal”. E ainda em seu Art. 9º, garantida a liberdade de opção, “assegura que para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos de concepção e contracepção aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas” (BRASIL, 1996).

Mesmo a Lei garantindo os direitos reprodutivos, o acesso aos serviços públicos ainda são restritos, com cerca de 12 (doze) hospitais oferecendo as tecnologias de reprodução assistida para usuários/as do SUS, predominando esta oferta via hospitais universitários, em poucas capitais brasileiras, com uma estimativa de espera na fila para tratamento após cadastro de 4 a 5 anos. Para o MS, a assistência na rede pública começou a ser oferecida desde 2009, mas o Governo Federal iniciou o repasse anual de R\$ 11,5 milhões para as instituições a partir de 2012 (BRASIL, 2016).

Dentro desse contexto, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida é uma possibilidade de acesso e de garantia dos direitos reprodutivos conceptivos para os casais inférteis e portadores/as de doenças infectocontagiosas e genéticas, impossibilitados de terem filhos, seja por diagnóstico de doença ou por falta de recursos financeiros. Porém, cabe ressaltar que estamos falando de um público específico e que a própria Política se restringe a infertilidade conjugal, tendo como pressuposto as relações heterossexuais.

Segundo Corrêa e Ávila (2003) os direitos reprodutivos representam instrumentos de ação política, tendo em vista a possibilidade de tratar de temas como a concepção, até então restritos ao âmbito da saúde e dos aspectos legais, para o campo dos direitos humanos. A PNRHA tendo como base o princípio da integralidade, um dos mais importantes no modelo assistencial do SUS, visa assegurar aos indivíduos (que vivenciam a infertilidade dentro dos padrões heteronormativos) o direito à assistência à saúde dos níveis mais simples até o mais complexo, compreendendo o sujeito nesses procedimentos na perspectiva da totalidade (LINDNER; COELHO; CARRARO, 2006).

2.2 Gênero e Saúde: a incursão sobre conceitos de um campo temático emergente

A proposta desse item é realizar uma apresentação sobre o conceito de gênero por meio de referências consolidadas do feminismo, tendo em vista as diferentes perspectivas teóricas que discutem essa categoria, mas que partem de um ponto em comum acerca da subordinação da mulher ao homem para explicar a forma que a opressão e a dominação se constroem socialmente. A partir dessa elaboração conceitual iremos compreender a importância do gênero nos estudos do campo da saúde e no cuidado em saúde dos casais que convivem com a infertilidade e desejam ter filhos.

A trajetória da construção do conceito de gênero, traz a reflexão dos significados de mulher e de gênero até se firmar enquanto categoria analítica, histórica e relacional. Os estudos de gênero possibilitou de forma paradigmática um distanciamento do uso da categoria mulher e “de um processo de radicalização da pergunta sobre as relações entre sexo e gênero até a afirmação plenamente radical da arbitrariedade das relações entre sexo e gênero” (MACHADO, 1998, p. 108). As raízes do Gênero dar-se na articulação de duas ideias importantes do pensamento moderno e ocidental, quais sejam a base material da identidade e a construção social do caráter humano (NICHOLSON, 2000). Podemos destacar, para iniciar o debate, importantes pensadoras que contribuíram fortemente para a elaboração conceitual de gênero, em momentos e origem distintas, quais sejam: Simone de Beauvoir, Gayle Rubin, Joan Scott, Heleieth Saffioti, Daniele Kergoat, entre outras.

Simone de Beauvoir, se dedicou no final dos anos 40 aos estudos da mulher, com resgate da identidade feminina e a construção do conceito de gênero. Em sua clássica obra ‘*O segundo sexo*’, publicado em 1949 na França, a autora trouxe na célebre frase, “não se nasce mulher, torna-se mulher”, a reflexão acerca das diversas construções sociais sobre o que é ser homem e ser mulher.

[...] não resulta da existência de dois sexos, macho e fêmea [...]. O vetor direciona-se, ao contrário, do social para os indivíduos que nascem. Tais indivíduos são transformados, através das relações de gênero, em homens e mulheres, cada uma dessas categorias-identidades excluindo a outra (BEAUVOIR, 1992, p. 187).

Beauvoir ao refletir sobre a libertação e a categoria mulher, identifica um certo grau de ambivalência pois, a liberdade se dá no âmbito das limitações sociais do seu sexo biológico e na forma social pela qual este sexo se tornou inferior, o segundo sexo (MACHADO, 1998). Para Saffioti (1999, p. 157), a obra de Beauvoir trouxe o “primeiro e mais completo questionamento acerca dos valores que subsidiavam a construção social do feminino”.

Nos anos de 1975, a antropóloga Gayle Rubin, em seu ensaio intitulado ‘*O Tráfico de Mulheres: Notas sobre a Economia Política do Sexo*’, expande o conceito, dando ênfase a *perspectiva de gênero* e ao caráter relacional por meio da formulação do sistema sexo/gênero. O sistema sexo/gênero é um conjunto de arranjos através dos quais uma sociedade transforma a sexualidade biológica em produtos da atividade humana, e na qual estas necessidades sexuais transformadas são satisfeitas (SAFFIOTI, 2008). Rubin em sua análise separa duas dimensões, o sexo e o gênero, escamoteados no conceito de patriarcado e nesse sentido,

“gênero denota relações de poder entre os sexos e refere-se tanto a homens quanto a mulheres” (AQUINO, 2006).

De certa maneira, podemos afirmar que os termos sexo e gênero são partes constitutivas da história política das palavras. Ambos foram alvo de muita pesquisa e reflexão diante dos diversos sentidos que adquiriram no discurso médico-científico-acadêmico, seja na zoologia, na teoria literária e social, ou mesmo gramatical, e também nas ciências humanas e sociais (MATOS, 2015, p. 153).

De acordo com Marlise Matos (2015), de uma forma geral o conceito de gênero vem sendo utilizado como dicotômico e dual, se referindo aos homens e às mulheres e as diferenças entre o ‘mundo’ masculino e feminino, e ainda em relação a orientação sexual tratando da homo e da heterossexualidade. Ou seja, “o termo ‘gênero’ isolado tende a ocultar que o ‘sexo’ (a definição ideológica e prática que lhe é dada) funciona efetivamente como parâmetro na variabilidade das relações sociais concretas e das elaborações simbólicas” (MATHIEU, 2009, p. 227).

O gênero, enquanto categoria de análise se diferencia do conceito de sexo, pois este último tem na biologia e no aspecto essencializante da natureza e dos corpos sexuados os principais marcadores da sua definição. Ou seja, sexo se refere às características físicas e biológicas que diferenciam os machos e as fêmeas da espécie humana e o gênero é uma questão de cultura, é a forma que se classifica socialmente o feminino e o masculino (SARDENBERG; MACEDO, 2011). Com a reformulação conceitual da categoria gênero, que distingue natureza e cultura, ressaltam elementos frutos da construção histórica, social e política estabelecidos sobre as diferenças sexuais de homens e mulheres e isso portanto, demanda uma análise na perspectiva relacional e política (MATOS, 2015).

Sobre isso, Linda Nicholson em *‘Interpretando Gênero’* ressalta que,

como o pensamento binário não é completamente estático e nem permite uma perfeita articulação entre experiências masculinas e femininas e corpos masculinos e femininos, empregá-lo em nossas análises pode resultar em sérios problemas. O marco binário também não consegue captar o nível de desvio das normas de gênero que existem em muitas de nós, reforçando tanto estereótipos culturais em relação ao significado das experiências masculinas e femininas, bem como atuando politicamente na supressão de maneiras de ser que desafiam os dualismos do gênero (NICHOLSON, 2000, p.9).

É possível trilhar caminhos que não gere a dualidade e a dicotomia sexo e gênero, mesmo a sua citação sendo importante para ressaltar a elaboração social do sexo. Entretanto,

Saffioti (2008) destaca que essa análise binária e dual acaba situando um na biologia, na natureza, e o outro, na sociedade, na cultura e por isso assume a postura de considerar sexo e gênero uma unidade, pois não há, independente do contexto social em que é exercida, uma sexualidade biológica. Na reflexão de Linda Nicholson gênero e sexo são distintos e o gênero é compreendido como referência ao comportamento e a personalidade, não ao corpo. Para Tereza de Lauretis (1994) a imbricação de gênero e diferenças sexuais, constrói uma oposição univesal dos sexos, que acaba dificultando as articulações das diferenças entre as próprias mulheres.

Um grande desafio que se coloca é o de reconhecer que o ser mulher e o ser homem não é somente um ser natural e biológico, e que outros elementos de ordem social, econômica, política, cultural e étnica, influenciam na forma de pensar e agir como homens e mulheres (SARDENBERG; MACEDO, 2011). Como ressalta Mathieu (2009), existe por parte das sociedades humanas uma sobrevalorização da diferença biológica e isso implica em atribuir aos dois sexos funções diferentes, porém de forma separada, dividida, hierárquica no corpo social como um todo.

Para Joan Scott, o gênero, constitutivo das relações sociais é uma ferramenta de reflexão sobre os processos históricos da construção cultural das imagens do feminino e do masculino e sobre as hierarquias entre homens e mulheres. Ele nos auxilia na compreensão da constituição dos sujeitos sociais em seu cotidiano, por meio da análise de elementos impregnados de significados simbólicos, no âmbito cultural, nas normas, nas instituições e nas subjetividades sexuadas (SCOTT, 1988, 1991). Esses elementos atribuem um lugar aos homens e às mulheres diferenciado, porém, essa diferença permeada pelas relações de poder coloca o homem em uma posição dominante.

No Brasil, o conceito de gênero foi disseminado rapidamente na década de 1990, e teve Joan Scott e seu trabalho sobre o gênero como categoria analítica, uma das grandes referências para o debate, com a forte recusa ao essencialismo biológico e à anatomia como destino. Gênero vem à tona para destacar que “o sexo anatômico e biológico não é ‘o’ elemento definidor dos sentidos e das ações humanas”. E que “as culturas humanas em suas relações políticas que, criam os padrões de comportamento que terminam por se associar aos corpos sexuais” (MATOS, 2015, p. 154; SAFFIOTI, 2008).

Gênero é a organização social da diferença sexual. O que não significa que gênero reflita ou implemente diferenças físicas fixas e naturais entre homens e mulheres mas sim que gênero é o saber que estabelece significados para as diferenças corporais. Esses significados variam de acordo com as culturas,

os grupos sociais e no tempo, já que nada no corpo, incluídos aí os órgãos reprodutivos femininos, determina univocamente como a divisão social será definida. Não podemos ver a diferença sexual a não ser como função de nosso saber sobre o corpo e este saber não é "puro", não pode ser isolado de suas relações numa ampla gama de contextos discursivos (SCOTT, 1994, p.13).

Outra feminista importante nesse debate, é a brasileira Heleith Saffioti. Sua contribuição para as discussões de gênero vem no sentido de demonstrar que o conceito de patriarcado merece uma superioridade analítica, quando da identificação e explicação das diversas formas de dominação do homem sobre a mulher, que pode ser observado nas diferentes sociedades e épocas. Para essa pensadora, esse conceito não deve ser abandonado nas análises de gênero, para não cair na cilada de ressaltar a importância explicativa do que ela chama de ‘o poder do macho’ e sua relação com os meios produtivos tradicionalmente exercidos pelos homens (SILVA, 2015). O conceito de gênero nos permite compreender que são os processos construtores dessas diferenças, que produzem as desigualdades e as hierarquias, com a primazia dos homens (SAFFIOTI, 2008).

Entre as pensadoras citadas, Daniele Kergoat, vem tratar da ‘divisão sexual do trabalho’, como um elemento marcador das relações de gênero e de naturalização do trabalho doméstico e todas as atividades relacionadas ao cuidado e a manutenção do ambiente familiar à responsabilidade feminina. Essa naturalização se revela como exploração por parte dos homens das mulheres, pois sob a lógica patriarcal de gênero, que se baseia na função reprodutiva das mulheres, cabe a estas o exercício de atividades ‘tidas’ como tipicamente femininas.

Tradicionalmente coube e ainda cabe às mulheres o encargo do ‘trabalho do cuidado’ – *care work* – no ambiente domiciliar com as pessoas idosas, crianças, deficientes e doentes, mas que também extrapola o espaço privado. O *care* é um termo em inglês, de caráter polissêmico e que pode ter e ser empregado em vários momentos e sentidos, mas sempre relacionados a atitudes e/ou ações. A definição do *care* permeia a ideia de preocupar-se, de cuidado, solicitude, de dar atenção a outra pessoa e suas necessidades, de cuidar de outra pessoa, podendo ser considerado de forma simultânea como atitude, prática ou disposição moral. O trabalho do cuidado, se apresenta em escala internacional, como uma atividade em plena expansão na economia de serviços, e também, no setor saúde (HIRATA; GUIMARÃES, 2012). E como afirma Joan Tronto (1997), todas as pessoas são vulneráveis, e em algum momento da vida precisou ou irá precisar de algum tipo de cuidado, por isso todos/as somos simultaneamente provedores/as e beneficiários/as do *care*.

Essa prática do cuidado, diretamente relacionada às questões de gênero, está presente no campo da saúde – “no cuidado em saúde” -, com a predominância das mulheres no exercício de suas profissões ligadas ao *care*, como enfermeiras, técnicas em enfermagem, psicólogas, agentes comunitárias de saúde, entre outras, e também na profissionalização desse cuidado na figura da ‘cuidadora’. Questionar o cuidado, a partir da profissionalização do *care work* como qualidade ‘inata’ ou ‘natural’ das mulheres, torna-se fundamental, tendo em vista que nesse campo, o cuidado vem se transformando em uma ferramenta do sistema capitalista de produção das opressões das mulheres e de submissão à divisão sexual do trabalho, como ressaltou Kergoat (HIRATA; GUIMARÃES, 2012; PASSOS, 2014).

O cuidado também é um elemento presente no cotidiano das mulheres inférteis que desejam ser mães. Na perspectiva histórica, estrutural e socioetnológica, o dar a vida e o ser mãe, se associa de forma íntima aos cuidados da vida, estabelecendo assim uma proximidade das mulheres com um saber empírico relacionado à saúde (SCAVONE, 2004). Como algo que é tido como inerente a identidade feminina, o cuidado se materializa em diversas atividades desempenhadas por essas mulheres, com a mesma ‘naturalidade’ em que a maternidade irá lhes conferir a maternagem como vivência do *care* com os/as filhos/as.

Como ressaltou Carol Gilligan em ‘*Uma voz diferente*’, na construção da identidade feminina permeia um padrão de responsabilidade e de cuidado. Mesmo sendo alvo de diversas críticas por sua análise essencialista e naturalizante em relação às mulheres, a autora afirma que o cuidado possui um significado moral em relação ao seu objeto e por isso “as mulheres não apenas se definem num contexto de relacionamento humano, mas também se julgam em termos da sua capacidade de cuidar” (GILLIGAN, 1982, p. 27). Hirata e Guimarães (2012), se referindo a Joan Tronto, destaca que as vozes diferentes trazidas por Gilligan, era em sua maioria de mulheres - mas não exclusivamente - que vivenciaram a experiência moral baseadas em atividades relacionadas ao cuidar dos outros. Ao perceber isso, Tronto, identifica que a ética do *care* não emana somente das mulheres e nem de todas as mulheres, desnaturalizando assim o cuidado à natureza biológica feminina, para colocá-lo no plano de uma atividade (por exemplo, o trabalho doméstico e de *care*) que opera divisões sociais no grupo das mulheres.

No Brasil, as pesquisas sobre cuidado e cuidadoras ainda são pouco frequentes, mas estudos pioneiros foram realizados nas áreas de enfermagem, geriatria, gerontologia e saúde pública (HIRATA; GUIMARÃES, 2012). Do outro lado, os estudos de gênero, fundamentais para a reflexão sobre essas questões e outras, acabam repercutindo nas análises sobre as

desigualdades de gênero e subordinação feminina no campo da saúde. Para Estela Aquino, os estudos científicos que passam a utilizar em suas análises o termo “gênero”, são evidenciados nos anos de 1990, porém, se consolidam nos anos 2000. Fato ressaltar que esses estudos sofreram uma forte influência do movimento feminista, que na luta contra as desigualdades e iniquidades de gênero, vieram refletir sobre o impacto disso para as mulheres na saúde, além das recomendações de organismos internacionais, “como a Organização Pan-americana da Saúde com a institucionalização da perspectiva de gênero nas pesquisas e políticas públicas de saúde” (AQUINO, 2006, p.123).

A saúde enquanto direito básico, sempre ganhou destaque nas bandeiras de lutas feministas, no entanto, ainda encontra-se em curso a transição dos estudos sobre saúde da mulher para os de gênero e saúde. Porém, como destaca Aquino (2006, p. 122), a mudança da “perspectiva da mulher para a perspectiva de gênero, com ênfase na dimensão interativa das relações entre homens e mulheres, foi um marco importante na incorporação do conceito ao campo da saúde”.

2.3 As Políticas Públicas de Saúde na perspectiva de gênero

2.3.1 Políticas Públicas: perspectivas teóricas e conceituais

As pesquisas acadêmicas sobre as políticas públicas vêm crescendo no Brasil em diversas áreas do conhecimento, como afirma Celina Souza (2003) em seu trabalho o “*Estado do Campo da pesquisa em políticas públicas no Brasil*”. A autora realiza uma discussão sobre as perspectivas da agenda de pesquisa nessa área, por meio do mapeamento dos principais temas de estudos que vêm sendo desenvolvidos e as lacunas ainda existentes para pesquisas futuras.

De fato, nos últimos anos tem-se visto um crescimento dos estudos da área de políticas públicas no Brasil [...] multiplicaram-se as dissertações e teses sobre temas relacionados às políticas governamentais; disciplinas de políticas públicas foram criadas ou inseridas nos programas de graduação e pós-graduação; criaram-se linhas de pesquisa especialmente voltadas para essa área; instituíram-se agências de fomento à pesquisa, assim como linhas especiais de financiamento para a área (TREVISAN; BELLEN, 2008, p. 533).

O campo das políticas públicas no Brasil se firma cada vez mais, enfatizando a análise das estruturas e instituições ou à caracterização dos processos de negociação das políticas setoriais específicas. Segundo Faria (2003, p. 531) existem diversas teorizações e análises que abordam “à diversificação dos processos de formação e gestão das políticas públicas, considerando um mundo cada vez mais caracterizado pela interdependência assimétrica, incerteza e complexidade das questões”.

Mas, antes de partirmos para a reflexão sobre o que é uma política pública por meio de apresentações conceituais, é importante tratar do termo ‘política’. A palavra ‘política’ vem do grego ‘politéia’ e tem sua origem na Grécia, quando as sociedades eram organizadas em cidades-estados, independentes e se referia ao estudo e aplicação de melhores formas para gerir essas cidades, as chamadas ‘pólis’. O termo política tem diversos significados e interpretações diferentes, quais sejam: (1) *politics*, se referindo ao processo político – a política relacionada ao exercício do poder; (2) *polity*, trata da dimensão institucional da política; (3) *policy*, é a dimensão mais concreta com diretriz ou orientação para a ação e decisões ordenadas em prol do bem coletivo (conteúdo da política) (SERAFIM; DIAS, 2012; SECHI, 2010). A política então, pode ser entendida como “um conjunto de procedimentos que expressam relações de poder e que se orienta à resolução de conflitos no que se refere aos bens públicos” (RODRIGUES, 2011, p. 13).

Fazendo uma referência ao poder, cabe aqui destacar algumas definições dessa categoria tão importante para a compreensão das políticas públicas, mesmo sabendo que não é um termo consensual. O poder, de forma sucinta, na visão dos três clássicos da sociologia, Karl Marx, Max Weber e Émile Durkheim, pode ser compreendido: 1) como a dominação e subordinação das classes sociais, por meio das relações de produção - pela posse - e se concretiza na difusão da ideologia dominante (Poder do Estado; Poder da Classe; Poder Militar) para MARX; 2) Weber o define como a capacidade de controlar indivíduos, bens e recursos; é a posição que um ator em uma relação social ocupa e é capaz de levar a efeito a sua vontade independentemente dos outros (JOHNSON, 1997); e 3) Durkheim trata o poder como a capacidade inerente das estruturas sociais sobre os indivíduos, ou seja, os fatos sociais, considerado por ele como ‘coisas’, exerce um poder de coerção sobre os indivíduos (ARON, 2003).

Uma forma conceitual mais ampla de Steven Lukes (1980, p. 580), com sua visão unidimensional do poder considera-o como “a capacidade de produzir ou contribuir para resultados que afetem significativamente um outro ou os outros através das relações sociais”.

O poder para Carlos Matus é a capacidade que um ator social possui para manter a governabilidade sobre as variáveis indispensáveis aos seus objetivos (MATUS, 1996). E para Robert Dahl (1957) em *“The concept of Power”* o poder é definido em termos de uma relação entre as pessoas, ou seja, é a capacidade que uma pessoa tem de influenciar outra, para fazer algo que ela não faria.

Poder segundo Michel Foucault é a capacidade dos sistemas sociais e de mecanismos sociais de disciplinar indivíduos, de modelar seus desejos, discursos e sua própria subjetividade. Uma relação de poder é definida pelo modo de ação que atua sobre a própria ação. “O que faz com que o poder se mantenha e que seja aceito é simplesmente que ele não pesa só como uma força que diz não, mas que de fato ele permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso” (FOUCAULT, 2006, p. 8).

Já Hannah Arendt, destaca que o poder pertence a um grupo que se mantém coeso, e nesse sentido o poder possui uma característica cooperativa, ou seja, seria a capacidade humana de viver em harmonia. Quando esse grupo não estiver mais coeso, o poder deixa de existir. Lukes faz uma crítica à pensadora, ressaltando que a mesma elimina o caráter conflituoso do poder, ou seja, o questionamento dele ser exercido sobre as pessoas e com isso desaparece também o interesse em estudá-lo (PERISSINOTTO, 2004).

A perspectiva feminista apresentada por Marcela Lagarde, traz uma definição interessante sobre poder, demonstrando dois lados – um positivo e outro negativo. O poder numa perspectiva positiva significa a “capacidade de decidir sobre a própria vida”. A autora ressalta que esse fato transcende o indivíduo e se debruça nos sujeitos e espaços sociais, onde se materializa como satisfação de necessidade, afirmação e realização de objetivos. Mas, Lagarde também ressalta que o poder numa perspectiva ‘negativa’, significa a “capacidade de decidir sobre a vida do outro, na intervenção com fatos que obrigam, circunscrevem ou impedem”. Nesse sentido, “quem exerce o poder se arroga o direito ao castigo e a postergar bens materiais e simbólicos”. Ou seja, coloca a pessoa que está nessa posição, em condição de dominação, julgamento, sentenciamento e perdão (LAGARDE, 1993, p. 153).

A noção de poder numa perspectiva feminista também se associa à questão do empoderamento – as feministas preferem usar este último termo em detrimento ao poder -. Entretanto, este poder é visto de distintas formas:

- a) poder sobre – como no caso de A tem poder sobre B, referindo-se à dominação, subordinação, dominação/resistência; b) poder de dentro - que se refere à auto-estima, auto-confiança; c) poder para - em relação à capacidade para fazer algo; trata-se do poder que alarga os horizontes do que pode ser

conquistado por uma pessoa, sem necessariamente estreitar, invadir, os limites de outra pessoas (ex., aprender a ler); d) poder com - o poder solidário, que se compartilha numa ação coletiva (SARDENBERG, 2006, p. 4).

Adotar a terminologia empoderamento no lugar de poder, segundo Rai (2002, p. 134 *apud* SARDENBERG, 2006, p. 4), significa ter um olhar maior em relação aos oprimidos, em detrimento aos opressores. Significa iniciar com o ‘poder para’ ao invés do ‘poder sobre’ e por fim, é insistir no “poder como algo que capacita, como competência, no lugar de dominação”.

Feita esta apresentação introdutória de termos importantes para o estudo e considerando que as relações de poder sempre deixarão marcas nas políticas públicas (FREY, 2000), retomamos a discussão em torno deste conceito/categoria, que é abrangente e advém de um período marcado pela transição e até mesmo pelo colapso dos modelos democrático liberais - empreendidos principalmente nos Estados Unidos – por modelos de cunho totalitários, vivenciados principalmente em países como Alemanha, Itália e Espanha na década de 1930.

Os fundadores desta área de estudo das políticas públicas são os teóricos Laswell, Simon, Lindblom e por último Easton. Grosso modo, estes teóricos buscaram entender as ações dos personagens públicos envolvidos em projetos governamentais, tendo como foco a limitada racionalidade humana nas tomadas de decisões: “a racionalidade dos decisores públicos é sempre limitada por problemas, tais como informação incompleta ou imperfeita, tempo para tomada de decisão, auto interesse dos decisores, etc” (SOUZA, 2006, p. 23).

Neste estudo, atentaremos para algumas abordagens sobre o que seria a “política pública”, enfatizando o papel e o modo de inserção do Estado através da análise sobre essas políticas. Cabe destacar aqui, a diferença existente entre políticas públicas e políticas governamentais, pois estas últimas nem sempre são públicas, mesmo sendo estatais. “Para serem ‘públicas’, é preciso considerar a quem se destinam os resultados ou benefícios, e se o seu processo de elaboração é submetido ao debate público” (TEIXEIRA, 2002, p. 2).

Compreendemos também que o termo “políticas públicas” tem sido frequentemente trabalhado no contexto de áreas e setores políticos específicos. Mas, é possível entender as políticas públicas na perspectiva conceitual mais ampla e que se desvincule das várias áreas a que pode ser aplicado. Nesse caso, “entendendo-as enquanto ações públicas que tentam regular problemas públicos, ou seja, problemas que surgem no bojo de uma sociedade e que têm relevância social” (SAMPAIO; ARAÚJO JÚNIOR, 2006, p. 336).

A ideia de políticas públicas, à luz da perspectiva de Norberto Bobbio é “a orientação política do Estado e de interesse público, ou seja, um Estado que existe em função de um interesse maior, a própria sociedade”, sendo a expressão daquilo que a sociedade almeja (VIANA; BAPTISTA, 2008, p. 68). Para Rodrigues (2011), a política pública pode ser entendida como um processo de tomada de decisões coletivas, dos grupos que compõem a sociedade, e que possuem valores, interesses e objetivos divergentes. Mas, nas decisões condicionam o conjunto dessa sociedade.

É um conjunto de recursos, conhecimento e pessoas inter-relacionados que interagem entre si e com outros grupos sociais, visando alterar para melhor uma determinada situação. Ela será desenvolvida em contexto determinado pelo ambiente político e socioeconômico, permitindo a identificação de distintos estágios de seu desenvolvimento (ciclo da política pública) (ARAÚJO JÚNIOR, 2000).

Já outros/as autores/as como Celina Souza, abre um rol de conceitos sobre o que seja política pública, sempre utilizando de teóricos das últimas décadas do século passado. São conceitos variados, tais como o defendido por Mead (1995) que “define (política pública) como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas”, ou Lynn (1980) que a entende como “um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos.” Ainda temos Dye (1984) que “sintetiza a definição de política pública como o que o governo escolhe fazer ou não fazer” (SOUZA, 2003, p. 24).

Esta última definição de política pública se aproxima em muito do conceito oriundo das análises de Serafim e Dias (2012, p. 123) sobre o papel do Estado, onde este “é a materialização das contradições e das tensões presentes na sociedade”. Estes autores vão além de conceitos simplistas, sobre o papel do Estado mediante a sociedade, para focar nas pluralidades existentes tanto na sociedade como nas diversas decisões a serem tomadas no seio da política.

A política pública pode ser compreendida como um conjunto de medidas, procedimentos e disposições que traduzem a orientação política do Estado. Esses aspectos passam a regular as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público, atuando e influenciando sobre as realidades econômica, social e ambiental (BOBBIO, MATTEUCI; PASQUINO, 1995).

E ainda, as políticas públicas podem ser entendidas como “o conjunto de diretrizes e referências ético-legais adotados pelo Estado para fazer frente a um problema que a sociedade lhe apresenta”. Ou seja, [...] “é a resposta que o Estado oferece diante de uma necessidade

vivida ou manifestada pela sociedade” (TEIXEIRA, 1997, p. 43 *apud* SAMPAIO; ARAÚJO JÚNIOR, 2006, p. 336).

Maria das Graças Rua (1998, p. 01) define políticas públicas como sendo “*outputs*, resultantes das atividades políticas (*politics*), ou seja, o conjunto das decisões e ações relativas à alocação imperativa de valores”. E continua afirmando que, “uma política pública geralmente envolve mais do que uma decisão e requer diversas ações estrategicamente selecionadas para implementar as decisões tomadas.” Para a autora, por excelência as políticas públicas são “públicas” e não privadas ou apenas coletivas. No que se refere à dimensão pública, esta não dar-se devido o tamanho agregado social sobre o qual incidem, mas por seu caráter “imperativo”. Isso quer dizer que “uma das suas características centrais é o fato de que são decisões e ações revestidas da autoridade soberana do poder público”. Entretanto, as decisões políticas, diz respeito à escolha dentre as diversas alternativas, se revelando como expressão da hierarquia das preferências dos atores envolvidos, ou seja, expressa, em maior ou menor grau, certa adequação entre os fins pretendidos e os meios disponíveis.

Por fim, Elenaldo Teixeira traz um conceito claro sobre políticas públicas, sendo consideradas pelo autor como:

[...] diretrizes, princípios norteadores de ação do poder público; regras e procedimentos para as relações entre poder público e sociedade, mediações entre atores da sociedade e do Estado. São, nesse caso, políticas explicitadas, sistematizadas ou formuladas em documentos (leis, programas, linhas de financiamentos) que orientam ações que normalmente envolvem aplicações de recursos públicos. Nem sempre porém, há compatibilidade entre as intervenções e declarações de vontade e as ações desenvolvidas. Devem ser consideradas também as “não-ações”, as omissões, como formas de manifestação de políticas, pois representam opções e orientações dos que ocupam cargos (TEIXEIRA, 2002, p. 2).

Percebemos a partir da apresentação de diversos conceitos sobre políticas públicas, a inserção do Estado nas decisões e ações, revestidas de autoridade soberana do poder público. Devido a importância do Estado nesse contexto, trataremos no item 2.2.2 desse tema, numa perspectiva de gênero, tendo em vista que “o poder estatal, materializado na lei, existe em toda a sociedade como poder masculino, ao mesmo tempo em que o poder dos homens sobre as mulheres em toda a sociedade se organiza como poder do Estado” (MACKINONN, 1995, p. 13).

2.3.2 Estado e Políticas Públicas: uma análise de gênero

Para se compreender uma política pública, é essencial pensar o Estado em ação e de interesse público, do processo de construção de uma ação do governo para determinado setor, e que para isso envolve atores, disputas, recursos e negociações (VIANA; BAPTISTA, 2008). Segundo Rodrigues (2011, p. 18), quem detém o poder e a autoridade é o Estado, e ele faz valer “para toda a população que vive num território delimitado, as políticas que se processam de diversos interesses, necessidades e demandas da sociedade” (RODRIGUES, 2011, p.18).

A relação das políticas públicas com o Estado, seu papel e alcance na sociedade moderna, passa por reafirmações a princípios elementares, mas que expressam o desafio do campo político. Inicialmente o reconhecimento de que a diferenciação social é uma das mais marcantes de nossa sociedade, o que significa não apenas que seus membros possuem atributos diferenciados, a exemplo de idade, sexo e religião, como possuem ideias, valores, interesses e aspirações diferentes. Esta relação de diferenciação em vários campos faz com que a vida em sociedade seja complexa e frequentemente envolva conflito. Entretanto, para que a sociedade possa sobreviver e progredir, o conflito deve ser mantido dentro de limites administráveis (RUA, 1998).

O termo ‘conflito’ aparece tanto nas relações entre o Estado e a população, quanto entre o Estado e o próprio Estado. Pode-se causar estranheza dizer que o Estado vive em conflito, mas, se analisarmos as tomadas de decisões para a implementação de políticas públicas, veremos que estas se baseiam na sua maioria em critérios que não favorecem interesses comuns como: a escolha da “melhor” agenda, a fidelidade partidária³ ou em um olhar que busca indiretamente a empregabilidade que uma política pública pode gerar numa eleição (FREY, 2000).

As políticas públicas sob a lógica do compromisso social “remete às condições históricas, políticas, econômicas e sociais que possibilitaram a constituição do Estado de bem-estar social” – Estado-providência ou *welfare State*. Incorporando o conceito de *welfare State*, o Estado como resposta às demandas da sociedade que de forma crescente se estende às áreas de habitação, segurança, saúde, lazer, emprego/renda, entre outras, dar-se por meio das políticas públicas sociais (AGOSTINI; SANTOS, 2015, p. 277).

³ A afirmativa de Frey é relevante, pois atenta-nos para algo único e que impregna o cenário político nacional em grande parte da história política do Brasil: a chamada fidelidade partidária. As coligações e a busca por parceiros políticos não se faz com o intuito de promover o bem estar populacional ou até mesmo botar em prática políticas públicas que visem ao desenvolvimento de determinadas áreas sociais; pelo contrário, esta teia partidária, o corporativismo disfarçado de lealdade política tem como único objetivo a manutenção no poder de certos grupos políticos ou partidos políticos. Desta maneira, a elaboração de políticas públicas é complexa e vai muito mais além da ideia de opressor e oprimido (FREY, 2000).

Coube à responsabilidade do Estado, principalmente no Estado de bem-estar social no Brasil, no ápice do capitalismo tardio, o desenvolvimento do processo de expansão dos serviços e de ‘industrialização da esfera da reprodução’⁴ de forma intensa, tendo como principais exemplos as áreas de educação e saúde (DUQUE-ARRAZOLA, 2008, p. 240).

Com a falência do Estado protetor e o agravamento da crise social, o neoliberalismo⁵, responsabilizando a política de intervencionismo pela estagnação econômica e pelo parasitismo social, propõe um ajuste estrutural, visando principalmente o equilíbrio financeiro, com uma drástica redução dos gastos sociais, uma política social seletiva e emergencial. A globalização torna o processo de formulação de políticas públicas mais complexo, por estarem em jogo, agora, em cada país, interesses internacionais representados por forças sociais com um forte poder de interferência nas decisões quando essas não são diretamente ditadas por organismos multilaterais (TEIXEIRA, 2002, p. 4)

Corroborando com Teixeira, Duque-Arrazola (2008) destaca que as políticas neoliberais de ajuste estrutural na América Latina fez com que grande parte dos trabalhadores/as e suas famílias fossem submetidos/as à condição de extrema pobreza ou de pobreza. As políticas sociais, justificadas pela crise fiscal do Estado, foram ações pontuais, de caráter temporário e compensatório. Para Teixeira (2002), a perspectiva liberal que considera as desigualdades sociais como resultados das decisões individuais das pessoas, se coloca contra à universalidade dos benefícios das políticas sociais e que caberia a elas exercerem um papel residual para ajustar os efeitos dessas desigualdades.

Este é o conflito existente no Brasil e que caracteriza outros países da América Latina, oriundos de sistemas de governança similares, onde a participação populacional nas tomadas de decisões na maioria das vezes é limitada. Nesse caso, fica evidente a influência das políticas públicas na economia e na sociedade, tal como as questões conceituais que para explicá-las sempre analisam de forma inter-relacionada entre Estado, política, economia e sociedade (SOUZA, 2003).

Tal cenário para ser revertido e concretizado depende da opção política do Estado, já que as políticas sociais, na atual fase do sistema capitalista, se configuram como gastos

⁴ Mandel considera como ápice do processo de “industrialização” a transposição da dinâmica de trabalho capitalista nos serviços de reprodução social (MANDEL, 1982).

⁵ O Neoliberalismo, doutrina hegemônica da estratégia burguesa, frente à crise, executa seu ideário contestando e responsabilizando o Estado pela crise, atribuindo-a às despesas sociais públicas. Nesse sentido, a burguesia internacional e seus representantes, pensadores(as) neoliberais e agências do capital internacional, propõem a ‘reforma do Estado’ como necessidade da estratégia de enfrentamento da crise (DUQUE-ARRAZOLA, 2008, p. 237).

realizados em nome de uma política de desenvolvimento excludente, que concentra as riquezas e de forma contraditória continua produzindo e sacrificando milhões de pobres (AGOSTINI; SANTOS, 2015, p. 278). Ou seja, no capitalismo contemporâneo, muda-se a forma de intervenção social estatal, porém, mantém a função burguesa necessária à reprodução social do capital. São mudanças que impactam de forma direta nas responsabilidades e funções para a reprodução, preservação e controle da força de trabalho de homens e mulheres (DUQUE-ARRAZOLA, 2008).

Mas, torna-se importante falar desse Estado capitalista, também sob a perspectiva de gênero e a lógica patriarcal, já que a articulação com as políticas públicas nesse viés, ainda é recente (BANDEIRA; ALMEIDA, 2015). O gênero se estabelece ou estabiliza tendo como base um ponto de partida inicial para organizar seus funcionamentos: a supremacia patriarcal. Essa supremacia se determina por meio da norma heterossexual, com o domínio de “sujeitos que se encontram em posição de extrema vantagem social e política” – sujeitos masculinos, brancos, de classes altas e médias (MATOS, 2015, p.153).

Tal vez el no haber considerado el género como determinante de la conducta estatal haya hecho que la conducta del Estado parezca indeterminada. Tal vez la objetividad del Estado haya hecho que parezca independiente de la clase. Incluyendo lo burgués del legalismo liberal, pero más allá también, está lo que tiene de masculino. Por independiente de la clase que pueda presentarse el Estado liberal, no es independiente del sexo. El poder masculino es sistémico. Coactivo, legitimado y epistémico, *es* el régimen (MACKINONN, 1995, p. 13).

Cabe ressaltar que existem perspectivas diferentes entre as feministas sobre o Estado. Para as feministas consideradas ‘liberais’, o Estado é uma instituição neutra e as desigualdades de gênero serão corrigidas a partir das informações pertinentes fornecidas sobre as disparidades existentes. Na perspectiva das feministas ‘radicais’ ou ‘socialistas’ - da qual compartilhamos nessa tese - o Estado é considerado uma instituição patriarcal, que acaba refletindo e reproduzindo divisões de gênero, onde as mulheres de forma direta vão sendo excluídas do acesso aos recursos do Estado – pequeno número de mulheres nessa instância -, e indiretamente são excluídas e invisibilizadas por forças ‘sexistas’ que atuam sobre o Estado (STROMQUIST, 1996).

Para Costa (1998), a exclusão das mulheres da esfera pública, está diretamente relacionada a questão da cidadania. A autora considera que o conceito de cidadania, construído ao longo da história, teve como base de elaboração os interesses dos homens e o

modelo masculino, que reflete a hierarquia sexual da sociedade, ou seja, do patriarcado, em todos os processos históricos de sua constituição. E a invisibilidade das mulheres deve-se a ideologia das esferas separadas⁶ (o público e o privado), que as definiu como seres exclusivamente privados, negando a capacidade das mulheres de participarem da política, ou seja, da vida pública. Esta ideologia tem um poder tão grande, que mesmo quando as mulheres trabalham ou atuam politicamente, suas atividades são percebidas como ‘anormais’ ou extraordinárias, “alheias ao âmbito da política autêntica ou séria. A desvalorização das atividades da mulher desvalorizou também a visão das mulheres como sujeitos históricos e como agentes de mudança” (SCOTT, 1991, p. 48).

Sigamos então com a compreensão das feministas radicais, considerando que o patriarcado e o capitalismo não podem ser compreendidos como sistemas independentes ou autônomos, pois fazem parte de um mesmo sistema produtivo e por isso devem ser examinados de forma integrada (COSTA, 1998). A natureza patriarcal do Estado não pode ser considerada estática, pois ao mesmo tempo em que as forças dominantes modernizam a posição feminina na participação das mulheres no mercado de trabalho, simultaneamente, neutralizam as exigências e reivindicações feministas, na medida em que não elimina os obstáculos fundamentais à igualdade das mulheres (WALBY, 1990 *apud* STROMQUIST, 1996).

O Estado capitalista e patriarcal, de forma contraditória, desenvolve ações para prover e atender necessidades de reprodução, por meio da formulação/implementação de políticas sociais, para homens e mulheres. E essas ações são também respostas às reivindicações e pressões feitas ao Estado pelos grupos sociais empobrecidos, que o próprio Estado e sistema capitalista perpetuaram com sua política de desenvolvimento excludente (DUQUE-ARRAZOLA, 2008).

Essas reivindicações e pressões são realizadas pela sociedade civil organizada, que por meio da política pública interage com o Estado, a partir de princípios norteadores e diretrizes, que transformam em ações, procedimentos e regras elementos fundamentais para (re) construção de uma determinada realidade (BANDEIRA; ALMEIDA, 2015).

⁶ “A separação existente entre a esfera pública e privada se apresenta na sociedade patriarcal, diretamente relacionada às diferenças sexuais entre homens e mulheres, marcando nesse sentido a política pelo gênero” (MACEDO FILHO, 2010, p.173). “O patriarcado não é puramente familiar ou está localizado na esfera privada. O contrato original cria a sociedade civil patriarcal em sua totalidade. Os homens passam de um lado para outro, entre a esfera privada e pública, e o mandato da lei do direito sexual masculino rege os dois domínios. A sociedade civil é bifurcada, mas a unidade da ordem social é mantida, em grande parte, através da estrutura das relações patriarcais” (PATEMAN, 1993, p. 29).

[...] a sociedade civil, articulada em suas organizações representativas em espaços públicos, passa a exercer um papel político amplo de construir alternativas nos vários campos de atuação do Estado e de oferecê-las ao debate público, coparticipando, inclusive, na sua implementação e gestão (TEIXEIRA, 2002, p. 6).

Habermas entende o papel do Estado como responsável por atender às diferentes demandas dos diferentes nichos sociais, quais sejam os grupos de homoafetivos, de negros, de mulheres, ou de quaisquer outros segmentos sociais. Entretanto, é este Estado que sob o olhar patriarcal, também molda as relações de gênero por meio das regulamentações diversas, relativas ao “divórcio, ao casamento, ao aborto, à anticoncepção, à discriminação salarial, à sexualidade, à prostituição, à pornografia, ao estupro e à violência contra a mulher” (WALBY, 1990 *apud* STROMQUIST, 1996, p. 29). Essas diferenças, que podemos chamar de assimetrias, hierarquias e desigualdades, são socialmente e politicamente construídas, visando atender aos interesses dos grupos sociais dominantes (MATOS, 2015), ou seja, um grupo social composto por uma elite política formada por homens brancos, heteronormativos, com alto grau de inserção social, instrução/conhecimento e alta concentração de renda (BANDEIRA; ALMEIDA, 2015).

De acordo com Heleith Saffioti (1992, p. 195), é “impossível separar, para fins exclusivamente analíticos, discriminações de que são alvo as mulheres, segundo sua ‘filiação’ ao patriarcado⁷ ou ao capitalismo”. Pois, o Estado patriarcal e de classes, por meio de “medidas sexuadas” - que se dão com a desresponsabilização estatal em relação à reprodução social, a reposição da força de trabalho e/ou redução do gasto social - se materializa nos cortes das políticas e serviços sociais públicos, forçando as mulheres a assumirem esses custos, na medida em que intensificam os cuidados e o trabalho ‘reprodutivo’ no âmbito doméstico-familiar, por exemplo (DUQUE-ARRAZOLA, 2008, p. 244).

Isso porque a esfera da reprodução sempre esteve associada a figura feminina, onde o Estado considera a “mulher e a família como um duo inseparável, no qual os problemas de

⁷ Segundo Christine Delphy, não existe um consenso quanto ao uso do conceito de patriarcado entre as feministas, mas seu uso não torna-se um problema, desde que ele seja devidamente precisado. “Para as feministas socialistas a opressão das mulheres se deve, em última instância, ao capitalismo, e seus beneficiários são os capitalistas, enquanto para as feministas radicais a opressão feminina deve-se a um sistema diferente e original – o sistema patriarcal – e seus beneficiários são os homens como uma categoria social” (DELPHY, 1981, *apud* MORGANTE; NADER, 2014, p. 2). O termo patriarcado, não constitui propriedade da teoria de Max Weber, já que este pode ser compreendido enquanto um esquema de dominação e exploração das mulheres. Compreendido assim se distancia totalmente do tipo-ideal weberiano (SAFFIOTI, 1992).

uma se tornam os problemas da outra, e com frequência assumem políticas públicas contraditórias em relação às mulheres” (STROMQUIST, 1996, p. 29).

Nesse contexto, é importante destacar que existe diferença entre as políticas de/para mulheres e as políticas de gênero, tendo em vista que nem sempre uma política voltada para as mulheres adotam uma perspectiva de gênero. As autoras Bandeira e Almeida (2015), enfatizam que no processo de formulação de um política pública de gênero, toma-se como premissa a participação das instituições do Estado na construção política e social dos gêneros, de forma a combater as desigualdades e iniquidades existentes entre homens e mulheres. Ou seja, a preocupação efetiva com o sujeito feminino, sua emancipação e construção da cidadania e o distanciamento da instrumentalização dos papéis ‘tidos’ socialmente como femininos que se configuram na esfera reprodutiva, são elementos que caracterizam uma política pública elaborada na perspectiva de gênero.

De um outro lado, identifica-se nas políticas de/para as mulheres uma valorização de papéis tradicionais e convencionais, que segundo algumas teóricas feministas, nem sempre tendem para o *status quo*, devido a necessidade que o Estado possui de terem mulheres em suas condições de mães e esposas. Essas políticas partem da premissa da confiança, onde as mulheres em relação aos homens são mais confiáveis por sua condição de mãe. E essa confiança se desdobra na administração do recurso recebido, que sob responsabilidade das mulheres, a partir da justificativa maternal, pode levar a eficácia dessas políticas e/ou programas sociais (CARLOTO, 2006).

A junção da perspectiva de gênero com outras marcas identitárias em diferentes setores da vida pública traz consigo a possibilidade de fazer com que documentos e leis se tornem ações que efetivamente garantam às mulheres – organizadas na sociedade civil – acesso à parte expressiva das proposições e realizações das políticas públicas, assim como ao poder e aos recursos do Estado de modo significativo (BANDEIRA; ALMEIDA, 2015, p. 277).

Como afirma Silveira (2003), o Estado democrático tem como função elaborar políticas públicas que percebam a desigualdade de poder existente entre homens e mulheres de forma efetiva. Enfim, torna-se legítimo a atuação via políticas públicas que visualizem o impacto que estas possam trazer às mulheres e homens, mas que suas ações também estejam voltadas para as mulheres, que historicamente estiveram em condições de subordinadas na sociedade patriarcal.

2.4 Ciclo da Política Pública

2.4.1 Introdução: Fases, Estágios ou Momentos do Ciclo da Política

O desenvolvimento de uma política pública é também chamado de ciclo da política pública, ou momentos de maturação, pois é um instrumento que auxilia na visualização das etapas ou fases do processo de elaboração de uma política, mesmo compreendendo que essas fases não são lineares e podem se alternar e misturar ao longo do ciclo. “A ideia é de que muitas políticas não possuem um ciclo definido do nascimento à morte, pois sucedem umas as outras, com pequenas ou maiores modificações” (VIANA; BAPTISTA, 2008, p. 73).

Segundo Celina Souza (2007, p. 74) no ciclo da política pública, a mesma é compreendida como um “ciclo deliberativo, formado por vários estágios e constituindo um processo dinâmico e de aprendizado”. A autora destaca seis fases (estágios) como: 1) definição da agenda; 2) identificação de alternativas; 3) avaliação das opções; 4) seleção das opções; 5) implementação; e por fim, 6) avaliação.

Para Fleury e Ouverney (2008) a análise de uma política pública envolve cinco fases (estágios), ou seja, 1) o reconhecimento do problema (entrada na agenda); 2) propostas de soluções (formulação da política); 3) escolha de solução (tomada de decisão); 4) pôr uma solução em andamento (implementação da política); e 5) monitoramento de resultados (avaliação da política).

O ciclo de uma política pública é definido por Secchi (2010, p. 33) “como um esquema de visualização e interpretação que organiza a vida de uma política pública em fases sequenciais e interdependentes”, quais sejam: 1) identificação do problema; 2) formação da agenda; 3) formulação de alternativas; 4) tomada de decisão; 5) implementação; 6) avaliação; e 7) extinção.

Segundo Serafim e Dias (2012, p. 8) o ciclo da política se apresenta em “cinco momentos sucessivos, interligados e dinâmicos”, tendo como base diversas bibliografias que tratam desta temática (DYE, 1984; FREY, 2000; JONES, 1970; MENY; THOENIG, 1992). Os momentos são dispostos da seguinte forma: 1) identificação de problemas; 2) conformação da agenda; 3) formulação; 4) implementação e; 5) avaliação da política.

No sentido de visualizar de forma mais didática as fases, estágios ou momentos do ciclo da política pública, apresentaremos abaixo a proposta de Leonardo Secchi em diálogo com outros/as autores/as.

2.4.2 Identificação do Problema

A primeira fase ou momento do desenvolvimento de elaboração de uma política pública trata-se da identificação de um problema reconhecido por seus atores. “Este reconhecimento procede de forma subjetiva e interessada por esses atores, ou seja, ele resulta do entendimento, dos valores, das ideias e métodos desses atores” (SERAFIM; DIAS, 2012, p. 129).

O ponto de partida para a geração de uma política pública é a identificação do problema (DIAS; BAPTISTA, 2008). “Quando o ponto de partida da política pública encontra-se no problema a ser enfrentado, a persuasão é a forma para a construção do consenso” (SOUZA, 2007, p. 74). Um problema é uma discrepância entre a situação real e a ideal possível (RUA, 1998). Ou seja, “é a diferença entre o que é e aquilo que se gostaria que fosse a realidade pública” (SECCHI, 2010, p. 34).

O quadro 1 abaixo apresenta quatro definições de problemas propostas por Dery (1984 *apud* SERAFIM; DIAS, 2012).

Quadro 1 –Definições de problemas

Problemas	Definições	Explicação
1. Problema como situação	O problema é definido como uma simples situação não desejável ou um simples estado de dificuldade observado.	Essa definição não observa as diferenças de concepções de problema social (a diferença de concepções entre neoliberais e social-democratas, por exemplo).
2. Problema como discrepância	É definido como a discrepância entre o que é e o que deveria ser.	Essa definição pressupõe que todos tenham um conhecimento prévio e a mesma concepção do que deveria ser e das soluções, para se alcançar o ideal.
3. Problema como discrepância solucionável	Esta definição oferece uma solução intermediária entre as duas posições acima, entre aquilo que é aquilo que deveria ser.	Essa definição compreende que a solução de um problema melhoraria a situação inicial, mas não levaria ainda a uma situação ideal.
4. Problema como oportunidade	Esta concepção entende que os problemas são subjetivos e não são fáceis de ser identificados, sendo necessária uma construção analítica sobre eles	—

Fonte: Dery (1984 *apud* SERAFIM; DIAS, 2012).

Para Leonardo Secchi (2010), a identificação de um problema público envolve três elementos: 1) a percepção do problema (conceito intersubjetivo); 2) a definição ou delimitação do problema (essência do problema e seus elementos); 3) a avaliação da possibilidade de resolução do problema (um problema apresenta potencial de solução).

Quando o estado de coisas - algo que incomoda, prejudica, gera insatisfação para muitos indivíduos, mas não chega a constituir um item da agenda governamental, ou seja, não se encontra entre as prioridades dos tomadores de decisão - passa a preocupar as autoridades e se torna uma prioridade na agenda governamental, então tornou-se um “problema político” (RUA, 1998, p.6).

O reconhecimento de um problema público e sua inserção na agenda está relacionado a determinados fatores, de caráter externo e interno, que podem ser incentivadores ou não neste processo de determinação da agenda. Como externos temos as crises ou escândalos, emotividade e impacto emocional, magnitude da população afetada, pressão dos grupos de interesse, meios de comunicação, momento do ciclo político - situações em que a arena política se encontra mais aberta e favorável -, cultura, tradição e/ou valores sociais. Em relação aos fatores internos, destaca-se as características dos órgãos, das instituições e dos aparelhos vinculados à produção de políticas públicas, por exemplo (SERAFIM; DIAS, 2012).

Para Serafim e Dias (2012), é importante destacar que a transição entre a identificação de problemas para a conformação da agenda se dá para fins didáticos, no sentido de visualizar melhor as fases do ciclo da política, porém, estas duas fases são interdependentes. Após o reconhecimento do problema passa-se para a segunda fase, a incorporação desse problema público na agenda governamental, em que possivelmente este assunto irá torna-se uma política pública.

2.4.3 Formação da Agenda

A agenda é a lista de prioridades de atuação de um determinado ator político, que se coloca à disposição para resolver um problema público, ou seja, é a ferramenta que contém os temas e problemas que são prioridades e que devem ser trabalhados ao longo do governo (ROTH DEUBEL, 2006; SECCHI, 2010).

Segundo Serafim e Dias (2012), um “espaço problemático” de uma sociedade pode ser chamado de agenda, onde se incorpora um tema à agenda, reconhecido como problema, com a

intenção de ser convertido em uma política pública. Nesse processo estão envolvidas as subjetividades (valores e interesses) dos atores e os elementos ideológicos e partidários, que refletem diretamente nas relações de poder entre esses atores. “As políticas públicas, por sua vez, seriam posicionamentos possíveis em relação a essa agenda, dadas as possibilidades teóricas, políticas e materiais apresentadas aos atores que participam do jogo político” (SERAFIM; DIAS, 2012, p. 123).

A agenda enquanto conjunto de problemas relevantes pode ter o formato de programa governamental, de planejamento orçamentário, de um estatuto partidário, entre outros e pode ser uma agenda política (problemas que a comunidade política entende como passível de intervenção pública), uma agenda formal (elencar os problemas que serão enfrentados pelo poder público) ou agenda de mídia (problemas que recebem destaque por parte dos diversos meios de comunicação) (SECCHI, 2010).

Durante o processo de formação da agenda, estabelecem-se as prioridades e definem-se as ações de rotina e estratégicas, entrando neste contexto vários elementos que vão desde recursos até as pressões da sociedade (SAMPAIO; ARAÚJO JÚNIOR, 2006). “A particular arquitetura de poder existente em cada situação que irá determinar quais os temas que deverão compor a agenda e quais aqueles que não serão contemplados” (SAMPAIO; DIAS, 2012, p. 125).

Leonardo Secchi (2010, p. 36) apresenta três condições para que um problema entre na agenda política, quais sejam: 1) atenção (entendimento pelos atores diversos que determinada situação é merecedora de intervenção); 2) resolubilidade (ações consideradas necessárias e factíveis); e 3) competência (problemas como responsabilidades públicas).

A formação da agenda governamental não se dá de forma automática, por meio da existência de situações que permanecem incomodando grupos de pessoas e gerando insatisfações. Uma determinada situação pode persistir durante muito tempo incomodando sem, entretanto, chegar a mobilizar as autoridades governamentais. Segundo Rúa (1998) isto caracterizaria um “estado de coisas”, que a despeito de sua existência não chega a constituir um item da agenda governamental, ou seja, não se encontra entre as prioridades dos tomadores de decisão. O movimento inverso se dá a partir do momento que passa a preocupar as autoridades e se torna uma prioridade na agenda governamental, então se tornou um “problema político”.

Para esta autora, existem outros aspectos que influenciam na formação da agenda, como podemos ver no quadro 2 abaixo:

Quadro 2 - Aspectos que influenciam na formação da agenda

1. Evidenciação de temas	Reconhecimento da existência de problemas a partir de eventos momentâneos, de manifestação das demandas (crises) e de indicadores, estatísticas, pesquisas e outras fontes.
2. Proposição de políticas	Afetada pela ação dos atores visíveis e invisíveis e das comunidades políticas.
3. Fluxo da política	Clima ou sentimento nacional com relação aos governos e aos temas, as forças políticas organizadas e a disputa interpartidária e eleitoral.

Fonte: Rua (2009).

Sampaio e Araújo Júnior (2006), destacam que para compreender o processo de formulação de uma agenda, é importante reconhecer três aspectos: **a disputa decisória** (fatores mais ou menos relevantes ganham força, devido o interesse por parte dos fazedores de política); **espaço político e temporal de uma gestão**; e por fim, **a participação social e a democracia**.

Quando um governo reconhece a existência de um problema e a necessidade de fazer algo sobre ele, os fazedores de política precisam decidir ou não (o que configuraria uma situação de *não-tomada de decisão*) sobre um curso de ação. Para fazer isto, eles exploram várias opções disponíveis para enfrentar o problema, ou seja, inicia-se o processo de formulação da política pública (SERAFIM; DIAS, 2012, p. 130).

Tendo em vista os fatores e aspectos envolvidos na construção da agenda política, apresentaremos a seguir a fase de formulação de alternativas. Esta fase não está isolada no ciclo, já que a mesma dialoga com a fase da formulação da agenda e são construídas paralelamente e de forma articulada.

2.4.4 Formulação de Alternativas

Embora as duas fases anteriores sejam fundamentais para compreender a racionalidade da política, isso só se materializa com a sua formulação, pois, “o fato de um problema entrar na agenda de governo não é requisito para que se elabore uma política pública para solucioná-lo” (SERAFIM; DIAS, 2012, p. 130). Uma vez que um problema qualquer se tenha tornado prioridade governamental, é iniciado o processo de formulação de alternativas (RUA, 1998).

Para Parsons (2007), quando um problema é incorporado à agenda política, faz-se necessário formular os objetivos e as estratégias que irão viabilizar a solução deste problema. Os objetivos irão conter os elementos esperados para garantir os resultados da política

pública. Estes são elaborados por políticos, analistas e outros atores envolvidos no processo de formulação de alternativas.

A formulação das alternativas é uma das mais relevantes fases do processo de tomada de decisão, pois é o momento em que se evidenciam claramente as preferências dos atores envolvidos no processo, tal como seus interesses e as relações de confronto e conflito entre eles. Para Rúa (1998, p. 7), cada um desses atores lança mão de recursos de poder e possuem suas preferências. Como recursos de poder podemos destacar, “as influências, a capacidade de afetar o funcionamento do sistema, os meios de persuasão, votos, organização, etc”, e como preferência, “a alternativa de solução para um problema que mais beneficia um determinado ator”. Nesse caso, os atores envolvidos no processo de formulação de alternativas podem ter preferências bem diferentes uns dos outros - e isso vai depender da sua posição -, e essas preferências nem sempre serão a melhor solução para um problema político (RUA, 1998).

A formulação de alternativas é a etapa em que elabora os programas, métodos, ações e estratégias visando alcançar os objetivos propostos para a solução do problema, e estes podem ser alcançados de diferentes formas e por diversos caminhos (SECCHI, 2010).

2.4.5 Tomada de Decisão

A fase posterior à formulação de alternativas é a tomada de decisão. Segundo Secchi (2010, p. 40) “a tomada de decisão representa o momento em que os interesses dos atores são equacionados e as intenções de enfrentamento de um problema público são explicitadas”. Nesta fase, torna-se importante a distinção entre as escolhas de decisão de um governante, que pode ser positiva, negativa ou de não decisão (HOWLETT; RAMESH, 2013).

Nesse processo, o poder e seu uso encontram-se presentes e “os conflitos referentes a qualquer processo de tomada de decisão estão sujeitos à influência daqueles que detêm poder sobre ela e que buscam criar ou reforçar valores sociais e políticos e práticas institucionais” (SERAFIM; DIAS, 2012, p. 129).

Bachrach e Baratz (1962) afirmam que existem duas faces associadas ao exercício do poder. A primeira delas é a face explícita, referente aos conflitos abertos envolvidos no processo de tomada de decisão; e a segunda é a encoberta, através da qual grupos políticos se articulam para suprimir os conflitos e impedir sua chegada à agenda, criando uma situação de “não-tomada de decisão”. Lukes (1974) complementa essa análise, argumentando que haveria, ainda, uma terceira face do poder, referente aos conflitos, que denominou de latente. Nessa situação, de natureza bem mais sutil que as outras duas, o exercício de poder se dá conformando as preferências da

população, de maneira a prevenir que nem conflitos abertos nem encobertos venham a se manifestar (SERAFIM; DIAS, 2012, p. 130).

Para Rua (1998), existem modelos de tomada de decisão que representam diferentes formas de “pensar” a solução para um problema. A autora apresenta três modelos: 1) o Modelo Incremental; 2) o Modelo Racional-Compreensivo; e 3) o *Mixed-Scanning*.

- 1) **Modelo incremental:** busca de soluções para problema de forma gradual e sem provocar rupturas de qualquer natureza.
- 2) **Modelo racional-compreensivo:** acredita-se que é possível conhecer o problema a ponto de poder tomar decisões que tenham um grande impacto, por meio de valores maximizados e seleção de alternativas.
- 3) **Mixed-scanning:** a solução dos problemas acontece com a composição dos dois modelos anteriores. É necessário que os tomadores de decisão se envolvam em uma ampla revisão do campo de decisão, auxiliando nos exames de alternativas de longo prazo e nas decisões estruturantes. As decisões incrementais decorrem das decisões estruturantes e necessita de uma análise mais detalhada de alternativas específicas.

Quadro 3 - Modelos de tomada de decisão

Modelos	Condições Cognitivas	Análise das Alternativas	Modalidade de Escolha	Critério de Decisão
Racionalidade Absoluta	Certeza	Análise completa e cálculo de consequências	Cálculo	Otimização
Racionalidade Limitada	Incerteza	Pesquisa sequencial	Comparação das alternativas com as expectativas	Satisfação
Modelo Incremental	Parcialidade (interesses)	Comparações sucessivas limitadas	Ajuste mútuo de interesses	Acordo
Modelo da lata de lixo/fluxos múltiplos	Ambiguidade	Nenhuma	Encontro de soluções e problemas	Casual

Fonte: Secchi (2010, p. 44).

O processo de escolha de alternativas para a solução dos problemas públicos pode dar-se por meio de comparações sucessivas limitadas, de problemas que buscam soluções e das soluções que buscam problemas (SECCHI, 2013, p. 40). Este autor apresenta três formas para compreender a dinâmica de escolha de alternativas, quais sejam: 1) “os tomadores de decisão têm problemas em mãos e correm atrás das soluções”; 2) “os tomadores de decisão vão

ajustando os problemas às soluções”, e vice-versa (; e por fim, 3) “os tomadores de decisão tem soluções em mãos e correm atrás de problemas”. De forma simplificada, o quadro 3 apresenta brevemente os modelos de tomada de decisão⁸.

2.4.6 Implementação da Política Pública

É na fase da implementação que podem ser visualizados os resultados da política pública. Para Sampaio e Araújo Jr. (2006), no momento da implementação é possível compreender quem são os gestores que tem o poder decisório, quem são somente os “implementadores” da política ou se esses implementadores tem voz e se são chamados para decidir sobre a mesma.

A implementação pode ser definida como o conjunto de ações realizadas por grupos ou indivíduos (natureza pública ou privada), em que se direcionam para a consecução dos objetivos mediante decisões anteriores em relação às políticas. Ou seja, a implementação é retirar do papel as ações determinadas e fazer funcionar efetivamente. Este processo precisa ser acompanhado, entre outras coisas, para que seja possível identificar porque muitas coisas dão certo enquanto muitas outras dão errado entre o momento em que uma política é formulada e o seu resultado concreto (RUA, 1998).

Como reafirma Secchi (2010, p. 45), a compreensão da fase de implementação de uma política, por meio dos instrumentos analíticos, possibilita a visualização das falhas e obstáculos que acometem esse processo, tal como “os erros anteriores à tomada de decisão, a fim de detectar problemas mal formulados, objetivos mal traçados, otimismo exagerados”.

A fase de implementação da política é o momento de colocar uma determinada solução em prática; envolve uma série de sistemas ou atividades da administração pública: o sistema gerencial e decisório, os sistemas de informação, os agentes implementadores da política, os sistemas lógicos e operacionais, dentre outros (VIANA; BAPTISTA, 2008, p. 77).

Existem alguns estudos, segundo Rua (1998), que indicam pré-condições necessárias para que aconteça uma implementação perfeita de uma política pública:

- 1) Não imposição de restrições à agência implementadora devido circunstâncias externas;
- 2) O programa deve ter recursos e tempo suficientes;

⁸ Esses Modelos serão mais bem detalhados na tese, caso seja necessário.

- 3) Não deve haver restrições em termos de recursos globais e em cada estágio da implementação, os recursos devem estar efetivamente disponíveis;
- 4) Teoria adequada sobre a relação entre a causa (problema) e o efeito (solução proposta) deve servir de base para a política a ser implementada;
- 5) A relação entre causa e efeito deve ser direta com o mínimo de fatores intervenientes;
- 6) Deve existir apenas uma agência implementadora e independente de outras para ter sucesso; caso outras agências estiverem envolvidas, a relação de dependência deverá ser mínima em número e em importância;
- 7) Deve existir compreensão e consenso em relação aos objetivos a serem atingidos, permanecendo no decorrer de todo o processo de implementação;
- 8) Deve ser possível especificar, com detalhes completos e em perfeita sequência, as tarefas a serem realizadas por cada participante, quando do avanço aos objetivos acordados.
- 9) Deve existir perfeita comunicação e coordenação entre os diversos elementos envolvidos no programa;
- 10) Os atores nas posições de comando devem ser capazes de obter efetiva obediência dos seus comandados.

Segundo Rua (1998), neste tipo de abordagem, cabe aos agentes situados no topo do processo político, a responsabilidade por uma política, tendo as seguintes variáveis: 1) a natureza da política não pode admitir ambiguidades; 2) a estrutura de implementação, em que os elos da cadeia devem ser mínimos; 3) prevenir contra as interferências externas; 4) controlar os atores envolvidos na implementação. Na realidade o que existe não é um processo acabado, mas sim um contínuo movimento de interação entre uma política em mudança, uma estrutura de relações de grande complexidade e um mundo exterior não apenas complexo, mas, também, dotado de uma dinâmica cada vez mais acelerada (RUA, 1998).

Para Viana e Baptista (2008), algumas perguntas devem ser feitas no momento da análise da implementação de uma política, que analisa na perspectiva dos enfoques *top-down* e *bottom-up*⁹, quais sejam: 1) A formulação da política apresenta os objetivos, as metas e a

⁹ Enfoque *top-down*: existe uma clara separação entre a fase de tomada de decisão e de implementação. Acredita-se que a implementação é esforço administrativo e que as políticas públicas devem ser elaboradas e decididas pela esfera política. Enfoque *bottom-up*: maior participação dos implementadores na identificação do problema e na elaboração das alternativas e as práticas já experimentadas são legitimadas pelos os tomadores de decisão (VIANA; BAPTISTA, 2008, p. 79).

direção bem definida e de forma clara?; 2) No momento da formulação/implementação os recursos necessários para a sua implementação foram considerados?; 3) É claro o processo de construção da estratégia de implementação quanto à divisão de atribuições e atividades? É necessária uma mudança organizacional?; e por fim, 4) Na implementação, os atores envolvidos, compreendem e estão de acordo a política traçada?

Por fim, não pode concluir que o momento de implementação é uma fase meramente administrativa, e sim um momento crucial para o ciclo da política, tendo em vista que esta fase foca na compreensão dos governos, na legislação e no momento de efetuar as mudanças desejadas.

2.4.7 Avaliação da Política Pública

A avaliação é um dos últimos momentos do ciclo da política pública, entretanto, ela não ocorre somente após a fase da implementação (*ex-post*), ou seja, pode-se realizar a avaliação no início do ciclo (*ex-ante*) e também ao longo deste processo. Mas, de uma forma geral, a avaliação propõe uma leitura *ex-post* da política pública.

Pode ser entendida como o processo de julgamentos sobre a validade de propostas para a ação pública, tal como o sucesso ou a falha de projetos que foram colocados em prática (MONDRAGÓN, 2006).

Segundo Rua (2009), a avaliação é estruturada por meio das dimensões técnica e valorativa. A dimensão técnica produz ou coleta dados que são importantes para as decisões no que se refere ao programa, projeto ou política. Já a dimensão valorativa, dar-se pelo exame dos dados a partir de critérios delimitados para se chegar às conclusões sobre o valor do objeto estudado.

A avaliação pode se apresentar como ferramenta política e instrumento técnico na formulação da política. Enquanto ferramenta política, os resultados são utilizados com o objetivo de “melhorar os programas e para prestar contas aos cidadãos, contribuindo, assim, para a confiança e para a legitimidade do sistema” (SERAFIM; DIAS, 2012, p. 131).

Já a avaliação enquanto instrumento técnico visa desenvolver os processos de revisão e medição sistemática do estado do problema, ocasionando três situações a partir dos resultados, ou seja: 1) “auxiliar na melhoria da política e na sua continuação; 2) finalizar a política existente; e 3) desenvolver uma nova política”.

Para Leonardo Secchi (2010), existem critérios para avaliações e são esses os mais utilizados: economicidade (trata-se dos *inputs* – utilização de recursos), eficiência (*outputs* - relação *inputs* e produtividade) econômica; eficiência administrativa (conformação de execução – métodos pré-estabelecidos); eficácia (alcance das metas ou objetivos pré-estabelecidos) e por fim, equidade (homogeneidade de distribuição de benefícios/punições entre os destinatários de uma política pública).

O/a avaliador/a realiza a apreciação dos resultados da política e volta sua atenção para categorias como eficiência, eficácia e efetividade, derivadas da comparação entre metas e resultados (CAVALCANTI, 2005). O resultado de uma avaliação de uma política pública pode definir se esta continua ou será extinta. A extinção da política pública será apresentada no próximo item.

2.4.8 Extinção da Política Pública

Quando as adversidades na fase da implementação são solucionáveis, a política pública geralmente continua, mas quando um problema já foi resolvido, ou quando na implementação esses problemas públicos são insuperáveis ou até mesmo a política torna-se inútil, a mesma pode ser extinta (SOUZA, 2003).

Dependendo do tipo da política pública a ser extinta, isso pode ocasionar um desconforto para seus beneficiários, que podem ir contra essa decisão. Um exemplo atual são as políticas de caráter redistributivo, que podem gerar conflitos entre os beneficiários e os distribuidores (SECCHI, 2010). Entretanto, a extinção de uma política pública também pode ser algo positivo, tendo em vista que um determinado problema público já tenha sido solucionado e ela não se faz mais necessária.

Após um período de maturação, as políticas públicas, podem se estabilizar e passam a ter vida própria. Para Secchi (2010), existem diversos casos em que uma política pública continua viva, com um valor intrínseco, mesmo após a inexistência do problema que a havia gerado.

2.5 Análise de Políticas de Saúde

2.5.1 Introdução

A análise das políticas públicas é uma área de estudo que se encontra em processo de consolidação no Brasil. Enquanto área de conhecimento e disciplina acadêmica, a política pública nasce nos Estados Unidos com ênfases em pesquisas voltadas para a produção e ações dos governos, regidos pelo pressuposto de que em democracias estáveis, o que o governo faz ou deixa de fazer pode ser formulado cientificamente ou analisado por pesquisadores independentes (SOUZA, 2007).

[...] a Análise de Política já nasceu com algumas das características que lhe iriam conferir o formato que apresenta atualmente. Tratava-se, segundo o autor - **Lasswell (1958)** -, de um campo de forte caráter contextual (preocupado com as especificidades de cada contexto), multidisciplinar e multimetódico e orientado por problemas. [...] a Análise de Política representa um campo cujas fronteiras (internas e externas) de investigação não obedecem a limites rígidos, sendo estabelecidas de acordo com a natureza do problema a ser analisado (SERAFIM; DIAS, 2012, p. 8, grifo nosso).

No Brasil, “a formação dessa área de conhecimento está diretamente associada ao movimento de críticas à trajetória de consolidação das políticas públicas, que se incrementa a partir da década de 1970” com a crise de legitimidade do Estado Autoritário e o surgimento dos movimentos sociais (VIANA; BAPTISTA, 2008, p. 96).

Os movimentos sociais na busca pela reforma da saúde questionava um modelo que ao longo da história do Brasil se pautava na perspectiva curativa centrada na assistência médica, hospitalocêntrica e especialista (SARRETA, 2009). A análise das políticas públicas de saúde tem como base a compreensão dessa concepção de saúde que foi construída na sociedade brasileira, com estudos voltados para o tema do direito à saúde e o lugar do Estado na intervenção e definição das políticas sociais (VIANA; BAPTISTA, 2008). Sendo assim, os estudos acadêmicos de análises de políticas dialogam com a administração pública, tendo em vista a possibilidade de utilização de seus resultados no processo de desenvolvimento ou aprimoramento destas políticas (PARSONS, 2007).

Entre diversos conceitos, podemos definir a análise de políticas públicas como um conjunto de estudos que tem como objetivo compreender o que os governos escolhem fazer e não fazer (DYE, 1984)¹⁰ ou entendê-la a partir da definição de Laswell¹¹, onde esta análise se

¹⁰DYE, T.R. **Policy Analysis: what governments do, why they do it, and what difference it makes.** Tuscaloosa: University of Alabama Press, 1984.

pauta em dar respostas às perguntas: quem ganha o que, por quê e que diferença isso faz (SERAFIM; DIAS, 2012).

A ‘a análise de política’ é uma técnica de estudo que permite formar uma opinião acerca de determinada política pública. De acordo com os interesses e do ponto do qual se interpreta e analisa, podem-se obter diversos julgamentos sobre a mesma, possibilitando comparações com outras (SAMPAIO; ARAÚJO JÚNIOR, 2006, p. 337).

Considerando a política pública como o Estado em ação, ou processo de construção de uma ação governamental para um setor, que envolve recursos, atores, arenas, ideias e negociação, analisar uma política pública é tratar dos processos e atores que fizeram parte da construção dessa política. É identificar “as formas de intervenção adotadas pelo Estado, as relações entre atores públicos e privados, pactos, objetivos, metas e perspectivas do Estado e da sociedade” (VIANA; BAPTISTA, 2008, p. 69).

A análise de uma política coloca em questão o próprio Estado, pois revela os princípios políticos e ideológicos que norteiam sua ação, a forma de relação estabelecida com os grupos demandantes, o papel exercido pelas instituições públicas, as práticas de governo instituídas e outras tantas variáveis que compõem essa complexa trama que é a construção de uma política (VIANA; BAPTISTA, 2008, p.69).

Para as autoras Ana Luiza Viana e Tatiana Baptista (2008, p. 70), a análise das políticas públicas visa questionar a ação pública, os determinantes, as finalidades, os processos e as consequências, tendo como objeto central de análise os processos de tomada de decisão vivenciados no decorrer da construção de uma determinada política ou de um grupo de políticas. Essa análise implica na (1) “descrição das regras institucionais e sua influência sobre o processo decisório”; (2) na “identificação dos participantes do debate político e das coalizões que se podem formar”; e na (3) “avaliação dos possíveis efeitos das distintas coalizões sobre as decisões”.

Enquanto atividade acadêmica e realizada por pesquisadores e pesquisadoras, “a análise de política possui um caráter mais descritivo (e analítico) dos processos políticos” (LYRA, T., 2009, p. 61). Como ferramenta metodológica importante, a análise das políticas possibilita comparar outras realidades e outras políticas, por ser um estudo multidisciplinar

¹¹Segundo Celina Souza (2007, p. 67), “Laswell (1936) introduz a expressão *policy analysis* (análise de política pública), ainda nos anos 30, como forma de conciliar conhecimento científico e acadêmico com a produção empírica dos governos e também como forma de estabelecer o diálogo entre cientistas sociais, grupos de interesse e governo”.

que envolve diferentes abordagens teóricas e modelos de análise¹². Segundo Klaus Frey (2000), esta análise não se restringe ao conhecimento sobre programas, planos e projetos do governo desenvolvidos e implementados pelas políticas setoriais, e sim busca analisar as relações existentes entre as instituições, os processos e o conteúdo das políticas.

Segundo Walt (2006), uma política pública não é constituída em um vazio, pelo contrário, ela envolve diversos aspectos, que podem influenciar na tomada de decisão do governo, tal como suas iniciativas. Por isso, a compreensão desses aspectos torna-se relevante na análise da política pública. Neste estudo para analisar a PNRHA, iremos utilizar o Modelo Operacional de Análise de Políticas de Saúde proposto por Araújo Júnior (2000), como método de análise e/ou ferramenta teórico-metodológica.

2.5.2 Modelo Operacional de Análise das Políticas de Saúde

O objetivo deste tópico é apresentar o método de análise da política de saúde, ou seja, o Modelo Operacional de Análise das Políticas de Saúde, proposto por Araújo Jr. (2000) em sua tese de doutorado intitulada “*Health sector reform in Brazil, 1995-1998: an health policy analysis of a developing health system*”, considerando este modelo como o norteador teórico-metodológico para analisar a PNRHA.

O referido Modelo tem como ‘inspiração’ o método de análise de políticas proposto por Walt e Gilson (1994), que busca compreender a Política numa perspectiva mais ampla, indo além da análise somente do processo de decisão. Tal método se preocupa também com o comportamento do ator na formulação e execução da política e com o contexto em que essa política foi instituída.

Este método extrapola a prescrição ou descrição, pois se constrói a partir das complexas interações políticas, econômicas e sociais, em diálogo com conceitos multidisciplinares e com domínio da economia e política (WALT; GILSON, 1994).

Ou seja, uma perspectiva mais ampliada sobre o contexto, atores, conteúdo e processo pode expor por que uma determinada política alcançou ou atingirá seus objetivos e o porquê destes resultados (WALT; GILSON, 1994).

¹² Maiores informações sobre os Modelos ver Celina Souza (2007), p. 75 - Modelo *Garbage Can* “lata do lixo” (Cohen, March e Olsen); Modelo de Coalizão de defesa (Sabatier e Jenkins-Smith); Modelo de Arenas Sociais; Modelo de Equilíbrio Interrompido/Pontuado (Baumgartner e Jones); Modelos influenciados pelo “Gerencialismo Público” e pelo Ajuste Fiscal. Em Capella (2007) ver Modelo de Múltiplos Fluxos (John Kingdon), entre outros.

[...] the Walt and Gilson model for health policy analysis, and its categories: Context, Content, Actors and Process, are taken as the major framework of analysis. However, to be applied in practice the model needed to be unravelled. its four major categories needed to be operationalised and transformed into a matrix, with each revealing the elements or subcategories, and the procedures used to conduct a systematic analysis on the: context, content, actors and process, related to the HSR initiatives treated in this work tesis (ARAÚJO JÚNIOR, 2000, p. 46).

Araújo Jr. (2000) propõe desenvolver um método de análise de políticas públicas, tendo como base o Modelo de Walt e Gilson, operacionalizando-o e contextualizado às políticas no setor saúde (em específico as iniciativas de Reforma do Setor Saúde Brasileiro (HSR), tratadas em sua tese), principal área de estudo deste autor, mas que também contribui para o fortalecimento do campo teórico das políticas públicas em geral. Segundo este autor, o objetivo da análise de uma política é de intervenção e que permita o fortalecimento teórico do campo e o desenvolvimento e aprimoramento no âmbito das intervenções públicas do setor saúde. Essa intervenção vai desde a formulação ou na proposição de outras políticas diferentes, analisando-as durante ou após sua implementação.

O Modelo Operacional de Análise de Políticas de Saúde de Araújo Jr. (2000) será a ferramenta utilizada para sistematizar os dados da pesquisa e compreender o objeto de estudo da tese, juntamente com a fundamentação teórica acerca das políticas públicas. Segundo Sampaio e Araújo Jr. (2006, p. 337), a definição de um método de análise é fundamental, pois possibilita que estudos diversos possam ser comparados e replicados. “Muitos métodos de análise não consideram a multiplicidade de fatores, atores e elementos que configuram a complexidade do evento processual, a partir do qual se caracteriza uma política pública”.

Neste Modelo, a análise da política se volta para aspectos mais abrangentes, considerando-a como um todo, na medida em que envolve os *atores, o conteúdo, o contexto e o processo* de desenvolvimento da política (ARAÚJO JÚNIOR, 2000). Para Araújo Júnior e Maciel Filho (2001) as categorias de análise *contexto, conteúdo, atores e processo* estão inter-relacionadas e se influenciam mutuamente. As mesmas servem de base para a análise das políticas de saúde, podendo ser aplicada a várias pesquisas diferentes e em diversas situações.

Araújo Júnior (2000), como dito anteriormente, propõe trabalhar com quatro categorias de análise - *contexto, conteúdo, atores e processo* - de políticas públicas propostas por Walt e Gilson (1994), mas ao mesmo tempo, o autor amplia esse método de análise, indo além da proposição de suas antecessoras, fornecendo de forma detalhada as definições destas categorias, facilitando assim a diferenciação e especificação de cada um destes termos. Quando Walt e Gilson (1994) não detalha, proporciona uma fragilidade teórica em relação a

interpretação dos aspectos que interagem na política pública e os subsídios para a operacionalização dos mesmos.

Em relação ao Contexto, Araújo Jr. (2000) destaca que este representa os diferentes aspectos da realidade e para analisar uma política nesta perspectiva deve-se levar em consideração o macro e o micro-contexto.

O *Macro-contexto* é constituído pelos aspectos político, econômico e social. O aspecto *político* diz respeito às mudanças políticas e às influências internacionais vivenciadas no período em que a política foi desenvolvida, o regime político, as políticas públicas existentes e as ideologias. O aspecto *econômico* é identificado por meio dos indicadores econômicos (PIB, inflação, concentração e distribuição de riqueza, entre outros). E o aspecto *social* está relacionado às questões de investimento em infraestrutura (saneamento, urbanismo, educação, saúde), de crescimento populacional, aspectos epidemiológicos e demográficos, entre outros elementos.

O *Micro-contexto* é constituído pelos aspectos dos *serviços de saúde* e das *finanças*. Em relação aos *serviços de saúde*, destacam-se para a análise os aspectos referentes à rede de assistência à saúde e o panorama sanitário e epidemiológico. E das *finanças*, é representado pelo orçamento da saúde, os gastos com a Reprodução Humana Assistida (por exemplo), as fontes e os valores desses recursos, tal como as estratégias de repasse desses recursos.

O Conteúdo é outro elemento importante na análise de uma política, ou seja, ele representa o ‘corpo’ da política, sendo constituído de atividades, programas, objetivos, projetos, metas, que segundo Araújo Jr. e Maciel Filho (2001), compõe as qualidades desse corpo. A análise dissociada desses elementos viabiliza absorver mais informações acerca da política em estudo, nesse caso, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, onde serão observadas as diretrizes, os objetivos, as metas, os programas e/ou projetos relacionados.

Em relação ao Processo, Araújo Jr. e Maciel Filho (2001) destacam que é importante compreender o processo político de forma mais ampla, ou seja, compreender toda a trajetória da política, desde o seu nascimento, observando os recursos existentes (material, *know-how* e recursos de poder) utilizados para a construção da política, como a mesma foi formulada, implementada e seus impactos. No processo se destaca as etapas de *identificação dos problemas e construção da agenda* (quando o problema da infertilidade passa a integrar a agenda política, por exemplo); *a formulação das políticas* (os porquês e os como); a

implementação (quando a política é colocada em prática); e por fim, a *avaliação* (destaque para os resultados alcançados).

Finalizando, a identificação dos Atores *individuais e institucionais* que fizeram parte do processo político, compreendendo assim suas posições e posturas na construção da política. A análise de política, com foco “no comportamento dos atores sociais e no processo de formulação da agenda e da política, busca entender *o porquê e para quem* aquela política foi elaborada” (SERAFIM; DIAS, 2012, p. 2).

Para Rua (1998), é possível distinguir os atores públicos e os atores privados. Os atores públicos exercem funções públicas e mobilizam recursos associados a estas funções, podendo ser: políticos e burocratas. Os políticos são os atores que sua posição confere mandatos eletivos e os burocratas, ocupam cargos que demandam conhecimento especializado, em um sistema de carreira pública. Estes controlam, sobretudo, os recursos de autoridade e informação.

Os atores privados na maioria das vezes são os empresários, que tem grande influência nas políticas públicas, já que são capazes de afetar a economia do país, por meio do controle das atividades de produção, parcelas do mercado e a oferta de empregos. “Os empresários podem se manifestar como atores individuais isolados ou como atores coletivos” (RUA, 1998, p.4).

Dentre os atores, destaca Rua (1998, p.4) os trabalhadores, cujo poder resulta da ação organizada. “No caso dos trabalhadores, é importante considerar que, dependendo da importância estratégica do setor onde atuam, podem dispor de maior ou menor poder de pressão”.

Ainda, Maria das Graças Rua traz como importante ator no processo político, os agentes internacionais, quais sejam, agentes financeiros como o Fundo Monetário Internacional, o Banco Mundial, etc., que possui grande importância em relação às questões econômicas (RUA, 1998, p. 5). E por fim, a mídia, mesmo que não atue de forma direta, é fundamental reconhecer o papel da televisão e jornais, na capacidade de mobilizar a ação de outros atores.

“Os atores são os agentes de qualquer política”. Como formuladores, implementadores, apoiadores ou opositores, eles podem determinar o curso de um processo político, por meio dos seus valores ideológicos, opiniões políticas e propostas práticas para o processo (ARAÚJO JR.; MACIEL FILHO, 2001, p. 11).

2.6 A Integralidade como Princípio Norteador das Políticas de Saúde: o Desafio da Reorganização do Cuidado em Saúde

2.6.1 Introdução

O objetivo deste item é realizar uma revisão teórica sobre a integralidade do sistema de saúde¹³, visando compreender o desafio da reorganização do cuidado em saúde, tendo como foco as políticas de saúde. Essa reflexão teórica será necessária para a posterior análise acerca da integralidade no cuidado em saúde dos casais inférteis, a partir da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida. Para isso, utilizou-se de um referencial teórico sobre integralidade que permitiu aproximar das principais concepções de autores e autoras que trata do tema integralidade, tais como Ricardo Ayres, Roseni Pinheiro, Ruben Mattos, Luiz Carlos Cecílio, Sonia Fleury, Jairnilson Paim, Kenneth Camargo Jr., entre outros/as, reconhecendo nesta revisão que a análise não se esgota aqui.

Entretanto, este referencial comunga da perspectiva da integralidade como um princípio do Sistema Único de Saúde, norteador das práticas, da organização do trabalho e das políticas de saúde, ou seja, não como algo que possui uma definição fixa e rígida - tendo em vista como ressalta Kenneth Camargo Jr. (2001, p.12), “a inexistência de uma definição de fato sobre o que seria a tal “integralidade” é ao mesmo tempo uma fragilidade e uma potencialidade” -, mas como um ideal regulador, um devir (PINHEIRO, 2001), que seja aplicada a qualquer nível do sistema de saúde.

Propomos então refletir sobre a PNRHA e a integralidade do cuidado em saúde dos casais inférteis, como uma recusa ao reducionismo, haja vista que a temática em questão demanda ampliação no foco de análise e interação entre os “diferentes conjuntos de sentidos” (MATTOS, 2001) que constrói a integralidade em saúde.

2.6.2 A Construção da Integralidade no Sistema de Saúde Brasileiro

A Reforma Sanitária Brasileira (RSB) pensada como um fenômeno social, político e histórico remonta a gênese do direito à saúde no Brasil como algo inerente a conquista dos

¹³ Devido à amplitude e complexidade do tema “Sistema de Saúde” e reconhecendo que atualmente o estudo dessa temática é considerado um dos mais importantes das ciências da saúde, este trabalho assumirá como conceito de sistema de saúde “o conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população que se concretizam em organizações, regras e serviços que visam a alcançar resultados condizentes com a concepção de saúde prevalecente na sociedade” (LOBATO; GIOVANELLA, 2008, p. 107).

movimentos sociais nos anos de 1970 e 1980, entre eles, o movimento sanitário, como um processo de democratização da saúde. Para Sonia Fleury (2009, p. 748), estes movimentos impulsionadores da RSB, colocaram “como projeto a construção [...] de um novo patamar civilizatório, o que implicou em uma profunda mudança cultural, política e institucional capaz de viabilizar a saúde como um bem público”. A RSB emergiu como parte da luta pela democracia no Brasil, sendo conhecida como “o projeto e a trajetória de constituição e reformulação de um campo de saber, uma estratégia política e um processo de transformação institucional” (FLEURY, 2009, p. 746).

No contexto da reforma do sistema de saúde brasileiro, Pinheiro e Guizardi (2004, p. 23) destacam que “a formulação do conceito de atenção integral buscou responder à necessidade de superação das históricas dicotomias entre preventivo/curativo e individual/coletivo, que marcaram as políticas de saúde no Brasil”, por meio da divisão em modelos de atenção a saúde¹⁴: modelo biomédico (assistência médica) e o modelo campanhista/preventivista (saúde pública), que segundo Paim (2008), não tem contemplado em seus fundamentos o princípio da integralidade.

A integralidade foi concebida pela Reforma Sanitária em quatro perspectivas: 1) como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária; 2) como forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológicas, psicológicas e sociais; 3) como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; 4) como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças (Reforma Urbana, Reforma Agrária, etc.), que incidissem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial. Progressivamente, diferentes sentidos e significados passaram a ser atribuídos a este princípio, constatando-se um esforço de reflexão teórica e de pesquisa para o estabelecimento de critérios que permitam a adoção do princípio da integralidade. Assim, os sistemas de serviços de saúde organizados nessa perspectiva incorporariam certas premissas: primazia das ações de promoção e prevenção; garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica; articulação das ações de promoção, prevenção, cura e recuperação; abordagem integral do indivíduo e das famílias (GIOVANELLA et al., 2002 *apud* PAIM, 2008, p. 552).

¹⁴Atenção à saúde designa a organização estratégica do sistema e das práticas de saúde em resposta às necessidades da população. É expressa em políticas, programas e serviços de saúde consoante os princípios e as diretrizes que estruturam o Sistema Único de Saúde (MATTA; MORISINI, 2008, p.39). Modelos de atenção à saúde podem ser definidos “como combinações tecnológicas estruturadas para a resolução de problemas e para o atendimento de necessidades de saúde, individuais e coletivas”. O modelo biomédico, centrado na clínica, ênfase na assistência médico-hospitalar e nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e o modelo campanhista/preventivista, refere-se às formas de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde adotada pela saúde pública convencional (campanhas, programas especiais e ações de vigilância epidemiológica e sanitária) (PAIM, 2008, p. 554).

No Brasil, a integralidade como princípio, se torna mais explícita, com a crítica à forma de organização de programas de saúde (verticais e especiais), fazendo parte das propostas de reforma desde o início da década de 1980 (PAIM, 2008). Assim, destacam-se programas abrangentes para grupos específicos que procuraram dialogar com a integralidade da atenção, entre eles, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), onde a integralidade é assumida como diretriz para a organização do sistema de saúde brasileiro (CONILL, 2004).

Neste contexto histórico, não podemos deixar de destacar a importância da 8ª. Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que foi um marco fundamental no processo de reforma do sistema de saúde no Brasil, numa conjuntura política de consolidação da democracia no país. Segundo Albuquerque (2003, p. 32), na 8ª. Conferência Nacional de Saúde foi utilizada a terminologia integralização de ações, como forma de “superação do caráter dicotômico preventivo-curativo”, vinculando diretamente à ideia de integralidade, pois sinalizava que a saúde era uma conquista oriunda de ações intersetoriais.

Na 8ª. Conferência Nacional de Saúde vários temas importantes sobre a saúde entraram na arena do debate, - tais como, o direito de cidadania, a reformulação do sistema nacional de saúde e do financiamento do setor - alimentando um intenso debate travado até a aprovação da Constituição da República de 1988, chamada de “Constituição Cidadã”. Com a Constituição, a saúde passou a ser dever do Estado e direito de todos/as cidadãos e cidadãs, ou seja, a saúde foi reconhecida como um direito social e nesse cenário se institui o Sistema Único de Saúde (SUS) - no início dos anos de 1990 - como política de Estado.

O SUS como um modelo público de saúde descentralizado, democrático foi organizado a partir de diretrizes e princípios doutrinários, estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde (lei n. 8080 e 8142, do ano de 1990), “supõe uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e de equidade, sem discriminações ou privilégios” (PAIM, 2009, p.43).

O Sistema Único de Saúde (SUS) corresponde, nas suas origens, a uma das proposições do documento “A questão democrática na área da saúde”, apresentado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) no 1º Simpósio de Política Nacional de Saúde, promovido pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados em 1979 [...]. Representa uma dimensão setorial e institucional da proposta da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), formulada pelo movimento da democratização da saúde [...] e conhecido como movimento sanitário, cujo corpo doutrinário foi sistematizado e consagrado durante a 8ª. Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Após as discussões realizadas pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária parte daquela

proposta foi incorporada à Constituição da República em 1988 e na legislação ordinária em 1990 (PAIM, 2006, p. 36).

Segundo Paim (2009, p.56) em sua obra intitulada “O que é o SUS”, os “princípios são aspectos que valorizamos nas relações sociais [...]. São valores que orientam os nossos pensamentos e as nossas ações” e as diretrizes “são orientações gerais de caráter organizacional ou técnico que auxiliam as diferentes partes que compõem o sistema de saúde a seguirem na mesma direção ou, talvez, no mesmo caminho”.

Podemos destacar como princípios e diretrizes do SUS, a universalidade de acesso, a igualdade na assistência à saúde, a integralidade, a descentralização, a hierarquização, a regionalização e a participação da comunidade. O foco nesta tese será tratar da integralidade, que segundo Roseni Pinheiro (2001) possui um caráter polissêmico e é permeado de limites e possibilidades para a sua construção no âmbito dos serviços de saúde, mas que neste espaço deve buscar privilegiar a participação dos diversos atores sociais e suas práticas no cotidiano.

Como ressalta Albuquerque (2003, p. 10) “a integralidade tem sido um dos princípios do SUS mais esquecido e também o mais ligado ao processo de conscientização e participação da população usuária”. Nesse contexto, percebe-se que a participação também tem um caráter plural, como ressalta Maria da Glória Gohn (2003), pois nos processos que envolvem a participação popular, os indivíduos são considerados (as) “cidadãos ou cidadãs” e a participação se articula com o tema da cidadania. “Participar é visto como criar uma cultura de dividir as responsabilidades na construção de um processo. É dividir responsabilidades com a comunidade” (GOHN, 2003, p. 19).

Considerando a participação (de usuários/as e/ou população de uma forma geral) como um elemento fundamental para a integralidade, esta última, que do ponto de vista legal e institucional, é definida como “um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (PAIM, 2009, p. 56), acaba se tornando insuficiente no cuidado em saúde.

Como ressaltam Pinheiro e Mattos (2004), esta “definição legal” torna-se insuficiente, pois a integralidade deve ser percebida de forma plural, ética e democrática, associada ao tratamento digno, respeitoso, com qualidade, vínculo¹⁵ e acolhimento¹⁶. Associando às

¹⁵ Para avançar na compreensão destes termos, ver: GOMES, Márcia Constância Pinto Aderne; PINHEIRO, Roseni. Acolhimento e Vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.** v.9, n.17, p.287-301, mar/ago, 2005.

políticas de saúde, Roseni Pinheiro (2001, p.65) destaca que a integralidade é entendida como “uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta”, no plano individual e sistêmico de atenção à saúde, levando em consideração os aspectos objetivos e subjetivos.

Essas ações e serviços devem ser organizados de forma a garantir o acesso universal da população, o atendimento integral, no sentido de evitar a fragmentação das ações em saúde, isso significa dizer que a integralidade visa garantir que,

todas as pessoas devem ter acesso a todas as ações e serviços exigidos para cada caso ou situação em todos os níveis do sistema de saúde. Portanto, o SUS não se restringe à atenção básica. A legislação vigente assegura que, a depender da necessidade de cada situação, a pessoa tenha acesso a serviços preventivos e curativos de caráter especializado ou hospitalar, ou seja, em todos os níveis de complexidade do sistema (PAIM, 2009, p. 56).

Considerando a análise de Ruben Mattos (2001) no seu artigo “Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos”, o autor sistematiza a compreensão sobre a integralidade em três conjuntos de sentidos - que serão detalhados melhor posteriormente - quais sejam: 1) como valores das práticas dos/as profissionais de saúde – “boa medicina”; 2) na organização dos serviços e das práticas de saúde; e por fim, 3) como respostas governamentais aos problemas de saúde (elaboração de políticas de saúde).

Nos três conjuntos de sentidos, a ideia de Mattos (2001) é refletir sobre a integralidade como princípio orientador, de rompimento com a fragmentação ou reducionismo (redução do ser humano à doença, ao corpo, ao biológico) e objetivação do sujeito (tratar as pessoas como objeto), como proposta de abertura para o diálogo. Deve ser um fio condutor que irá nortear e articular esses sentidos, reafirmando a ideia filosófica trazida por Paim (2009), de que o princípio da integralidade é algo que ao ser incorporado como valor nas relações sociais, conduz as ações e pensamentos das pessoas nesta direção (diretriz).

Segundo Cecílio (2001) em “As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde”, para que a integralidade seja mais completa possível, a mesma deve ser trabalhada em diversas perspectivas ou dimensões. Para isso, o autor traz para a reflexão duas perspectivas, o que ele chama de integralidade

¹⁶ Para Merhy (1994 *apud* GOMES e PINHEIRO, 2005) uma das traduções de acolhimento é a relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, têm de estabelecer com os diferentes tipos de usuários.

focalizada (micro) e integralidade ampliada (macro), como possibilidades dialógicas e recursivas na atenção em saúde, onde uma não é possível sem a outra.

Do ponto de vista da integralidade focalizada (micro), a mesma deve ser percebida como “fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde”. Chama-se assim, pois é uma integralidade “trabalhada no espaço bem delimitado de um serviço de saúde”, e é nesse espaço que o exercício da “escuta” das necessidades de saúde daquela pessoa que busca o serviço de saúde, deve ser um compromisso e uma preocupação primordial (CECÍLIO, 2001, p. 116).

A integralidade também pode ser pensada numa perspectiva ampliada, no espaço macro, ou seja, fruto da articulação em uma rede mais complexa que envolve cada serviço, com outros serviços de saúde e instituições que não necessariamente pertencem ao denominado setor saúde. A integralidade ampliada é a articulação em rede, das “múltiplas integralidades focalizadas, cujo epicentro é cada serviço de saúde, que se articula em fluxos e circuitos, a partir das necessidades reais das pessoas” (CECÍLIO, 2001, p. 117). Para este autor, é a integralidade do “micro” refletida no “macro” e vice-versa.

Outra perspectiva sobre a integralidade é colocada por José Ricardo Ayres (2011) em “O Cuidado e o espaço público da saúde: virtude, vontade e reconhecimento na construção política da integralidade”. Neste artigo, o autor considera que a integralidade se expressa por diversas retóricas e que essa diversidade pode ser a sua força política. Ayres aborda a integralidade a partir do que ele chama de quatro campos teóricos, quais sejam: o eixo das necessidades; o eixo das finalidades; o eixo das articulações; e por fim, o eixo das interações.

O primeiro campo teórico, denominado “eixo das necessidades”, possui como fator mais relevante a preocupação com a sensibilidade e a capacidade de resposta às necessidades de saúde que extrapole a dimensão da “prevenção, correção e recuperação de distúrbios morfológicos ou funcionais do organismo”. Estas necessidades são importantes e não devem ser “esquecidas”/“descuidadas”, entretanto, a proposta de Ayres é não reduzir o olhar e a prática somente a elas, e sim desenvolver a sensibilidade acerca da “qualidade e natureza da escuta, do acolhimento e respostas às demandas de atenção à saúde” (AYRES, 2011, p. 41).

O segundo campo teórico proposto por Ayres diz respeito ao eixo das finalidades, que dispõe dos “graus e modos de integração entre as ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento de doenças e sofrimentos, e recuperação da saúde/reinserção social”. Neste eixo é importante destacar a sinergia entre as ações que rompe com a fragmentação e/ou segmentação, para otimizar “o desenvolvimento das ações, tanto da perspectiva da

racionalização meios-fins, como do conforto e conveniência para indivíduos, famílias e comunidades” (AYRES, 2011, p. 42).

O eixo das articulações é o terceiro campo teórico pensado por Ricardo Ayres (2011, p. 42), e diz respeito “aos graus e modos de composição de saberes interdisciplinares, equipes multiprofissionais e ações intersetoriais no desenvolvimento das ações e estratégias de atenção à saúde”. Assim como nos outros eixos, existe um impulso relevante, e aqui tratam da criação de condições, as melhores possíveis, no oferecimento de respostas às necessidades de saúde, de forma efetiva e ampliada.

Por fim, o eixo das interações articula todos os eixos anteriores e suas propostas, pois sem esses não podem ser realizadas. O que impulsiona a realização das propostas do eixo das interações é a possibilidade de construir condições dialógicas efetivas entre “os sujeitos participantes dos encontros relacionados à atenção à saúde, sejam de pessoa a pessoa, sejam na perspectiva de equipes/comunidades”. Sendo assim, o eixo das interações diz respeito “à qualidade e natureza das interações intersubjetivas no cotidiano das práticas de cuidado” (AYRES, 2011, p.42).

O cuidado quando analisado numa perspectiva social e histórica, traz para o debate importantes elementos que podem nos auxiliar no entendimento sobre as questões contemporâneas relativas às práticas do cuidado em saúde. Para Jorge Lyra et. al. (2005, p. 84) as análises sobre o cuidado e suas práticas, devem ser compreendidas dentro de contextos específicos de cada grupo, considerando principalmente o momento histórico. Sendo assim, o “cuidado”, que deriva do latim *cura* e do inglês *care*, expressa em seus significados, diversos valores morais e culturais que foram construídos socialmente ao longo da história.

Em “Mulheres e Cuidados”, artigo escrito por Joan Tronto (1997, p. 187), a autora refere-se à linguagem do cuidado como algo que “aparece em muitas colocações em nossa fala cotidiana, incluindo uma miríade de agentes e atividades”. Ela traz exemplos de algumas situações cotidianas em que o termo cuidado está presente, quais sejam: os médicos proporcionam cuidados médicos; realizar tarefas domésticas é cuidar da casa; os juízes cuidam para que seja feita a justiça; Mas, embora as falas cotidianas sejam diversas, Joan Tronto ressalta que é comum a presença das perspectivas da responsabilidade e do compromisso, contínuos em todas elas, pois o cuidar vai sempre implicar lançar mão de algum desses dois elementos em algum momento.

Reforçando essa ideia, Pinheiro (2008, p. 110) destaca que o “cuidado” tem uma importância muito grande na vida cotidiana das pessoas e isso se dá na “oferta de múltiplas

questões específicas que circulam no espaço da vida social e nos conteúdos históricos que carregam”. Para ela,

o cotidiano é produzido social e historicamente sob dois ângulos: primeiro, porque se trata – como noção geral e dimensão do conhecimento – do ‘vivido’, quer dizer, do repetitivo-singular, do conjuntural-estrutural: no cotidiano ‘as coisas acontecem sempre’. Segundo, porque essa noção se constrói e se identifica com o dia-após-dia em que tudo é igual e tudo muda – ‘nada como um dia após o outro’ – ao menos em algumas sociedades, não em todas (PINHEIRO, 2008, p. 111).

Outra perspectiva é de que o cuidado é algo que deve ser entendido de forma relacional, pois sua compreensão vai depender do tipo de “objeto” do cuidado, tendo em vista seus significados serem construídos e conduzidos pela questão de gênero, repercutindo assim na delimitação de quem realiza as “atividades do cuidado” no âmbito privado e público, como ressalta Joan Tronto (1997).

Nesse caso, os valores construídos em torno do “cuidado”, sempre o associaram a algo (ou “habilidade”) pertencente ao “mundo das mulheres”, à esfera do privado e da reprodução, à “natureza feminina”, pois a origem da prática de cuidar, desde a Grécia Antiga esteve restrita aos espaços familiares, com a gestão feminina do cuidado. Esfera essa mais desvalorizada se comparada à esfera pública, da produção, ocupada quase que exclusivamente pelos homens. Não que hoje isso seja diferente, mas, “a prática do cuidar” ao extrapolar os “muros” da esfera privada, passa a ocupar a esfera pública por meio de profissões que têm “o cuidado” como objeto/prática, levando consigo as mulheres. Nessas profissões, não coincidentemente, predominam em quantidade as mulheres, que continuam reproduzindo seus “saberes” da esfera privada em profissões “tidas” socialmente como femininas no âmbito público¹⁷. Principalmente, desempenhando atividades como profissionais¹⁸ de saúde, como por exemplo, a enfermagem, que tem na prática do cuidado seu campo de domínio específico.

¹⁷ Essa concepção está relacionada à influência da divisão social e sexual do trabalho, “na qual a sociedade (**patriarcal e capitalista**) delimita com bastante precisão os campos em que pode operar a mulher, da mesma forma como escolhe os terrenos em que pode atuar o homem” (PINHEIRO, 2008, p.111, grifo nosso). A divisão sexual do trabalho, enquanto categoria histórico-social corresponde à forma do trabalho social, decorrente das relações sociais de sexo, localizando os homens na esfera pública (produtiva) e as mulheres na esfera privada (reprodutiva). Essa divisão se baseia em dois princípios, separação e hierarquização, ou seja, no primeiro, existe “trabalho de mulher” e “trabalho de homem” e no segundo, o “trabalho de homem” vale mais que o “trabalho de mulher” (KERGOAT, 2009).

¹⁸ Profissionais de saúde faz-se referência a todas aquelas pessoas que, estando ou não ocupados/as no setor saúde, têm formação profissional específica ou qualificação prática ou acadêmica para o desempenho de atividades ligadas direta ou indiretamente ao cuidado ou a ações de saúde (MACHADO, 2008, p.310).

Diante do exposto sobre cuidado e cuidado em saúde, iremos apresentar três conjuntos de sentidos da integralidade propostos por Ruben Mattos para refletir sobre o desafio da reorganização do cuidado em saúde.

O primeiro sentido da integralidade como ‘valores das práticas dos/as profissionais de saúde (“boa medicina”), torna-se necessário para a reorganização do cuidado em saúde por requerer dos/as profissionais de saúde, na relação com os/as usuários/as do serviço de saúde, uma atitude acolhedora e ampla das necessidades em saúde. É buscar garantir a atenção e o cuidado integral, rompendo com a ideia biomédica de ‘corpo doente’, fragmentado, que reduz suas ações em partes e as necessidades à prevenção e ao controle de doenças. É garantir a “boa medicina” por meio do “uso prudente desse conhecimento sobre a doença, mas, sobretudo um uso guiado por uma visão abrangente das necessidades dos sujeitos os quais tratamos” (MATTOS, 2001, p. 50).

Para isso, como ressalta Mattos (2001), é necessário que neste processo seja incorporada ações de prevenção e assistenciais, que também não podem ser pensadas de forma dicotômica, e sim, holística, na medida em que incorpora aspectos sociais e culturais pertinentes à vida desses/as usuários/as. Nesse caso, o autor defende a integralidade como valor a ser sustentado nas práticas dos/as profissionais de saúde e que se expressa na resposta dada aos/às “pacientes” que procuram por esses/as profissionais.

No segundo sentido da integralidade que incide sobre a “organização dos serviços e das práticas de saúde” é possível pensar a reorganização do cuidado em saúde. Pois é nesse sentido que existe a necessidade de articular diferentes formas de organizar as ações em saúde, por meio da articulação de práticas de saúde pública e ações assistenciais, a articulação de demanda espontânea e programada, articulação de diferentes especialidades médicas, de diferentes profissionais e diferentes tipos de serviços profissionais.

Por fim, o terceiro sentido da integralidade, “as respostas governamentais aos problemas de saúde”, Mattos ressalta a importância das políticas de saúde para atender as necessidades de populações específicas, o que ele chama de políticas especiais. O princípio da integralidade deve fazer parte do desenho destas políticas, para que não assumam os tradicionais perfis dos “programas verticais”. O rompimento com a perspectiva vertical das políticas e programas de saúde e a construção de uma noção de integralidade em seus desenhos, segundo Mattos, tem influência muito grande do movimento feminista, por exemplo, na elaboração do Programa de Assistência Integral à saúde da Mulher (PAISM). A elaboração desse Programa coloca em cena para o debate, a forma em que as mulheres eram

pensadas a partir da sua função reprodutiva, associando-as a saúde “materno-infantil”. O movimento feminista contribuiu para refletir sobre esta questão reducionista, implícita nos programas/políticas de saúde, buscando a construção de políticas voltadas para a assistência à mulher, respeitando suas especificidades.

A garantia da integralidade nas respostas governamentais aos problemas de grupos específicos, só é possível com ampliação dos horizontes sobre os problemas tratados previamente pela política. Para Mattos (2001), a assistência integral representava essa ampliação de horizontes referente aos problemas de saúde da mulher e que não podia se limitar e ser reduzida a “condição reprodutora”.

Integralidade aqui quer dizer uma recusa por parte dos que se engajam na formulação de uma política e reduzir o objeto de suas políticas, ou melhor, de reduzir a objetos descontextualizados os sujeitos sobre os quais as políticas incidem. É a busca no sentido de garantir respostas assertivas aos grupos específicos, por meio da articulação de saberes interdisciplinares de equipes multiprofissionais visando integrar ações de promoção, prevenção e cuidado em saúde (MATTOS, 2001, p. 59).

Finalizando com a interpretação de Ruben Mattos (2001) sobre a integralidade e para que ela se concretize e se distancie de um ideal ou de um dever, é necessário que a mesma seja estabelecida enquanto valor moral nas relações sujeito-sujeito, nas práticas dos serviços de saúde, nos debates sobre a organização dos serviços, e nas discussões sobre as políticas de saúde, no sentido de garantir a abertura para o diálogo com o outro.

A partir destas reflexões sobre a integralidade e cuidado realizadas por importantes autores e autoras do campo da saúde, cabe ressaltar que cada uma dessas reflexões compreende a integralidade como um princípio norteador das ações sociais e do cuidado em saúde. E ainda, essas ações devem ser pautadas nas interações democráticas entre os sujeitos, considerando os aspectos objetivos e subjetivos das relações sociais.

Entretanto, como vem sendo garantida a integralidade no cotidiano dos serviços de saúde, ou seja, na organização do cuidado em saúde? A resposta a essa pergunta será realizada no capítulo 5, em análise e discussões dos resultados da PNRHA, a partir da realidade do serviço de reprodução humana assistida do IMIP.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, na perspectiva de gênero, a partir da reflexão sobre o princípio da integralidade no cuidado em saúde dos casais inférteis.

3.2 Objetivos Específicos

a) Descrever o contexto em que a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida está inserida.

b) Identificar os principais atores envolvidos na Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida e suas relações.

c) Analisar os processos de formulação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida.

d) Analisar no conteúdo da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, a integralidade no cuidado em saúde dos casais inférteis.

e) Compreender a importância da maternidade/paternidade para os casais inférteis usuários do serviço de Reprodução Humana Assistida em Recife/PE do IMIP.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

“No trabalho qualitativo, a proximidade com os interlocutores, longe de ser um inconveniente, é uma virtude” (Maria Cecília Minayo)

4.1 Desenho do Estudo

Visando alcançar os objetivos propostos nesta tese, de analisar a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida na perspectiva de gênero, a partir da reflexão sobre o princípio da integralidade no cuidado em saúde dos “casais inférteis”, iremos apresentar as técnicas de coleta de dados e os procedimentos de análises adotados.

De início, o desenho deste estudo está orientado numa abordagem qualitativa em pesquisa, pois “além de ser uma opção do/a investigador/a, justifica-se, sobretudo, por ser uma forma adequada entender a natureza de um fenômeno social” (RICHARDSON, 1989, p. 38). Como ressalta Augusto Triviños (1995), além de ter como centralidade o/a pesquisador/a no processo de construção e análise das informações da pesquisa, na abordagem qualitativa são realizadas as análises descritivas e explicativas.

Para Richardson (1989, p. 39), as pesquisas que utilizam a metodologia qualitativa,

podem descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais, contribuir no processo de mudança de determinado grupo e possibilitar, em maior nível de profundidade, o entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos.

Além disso, a abordagem em pesquisa qualitativa permite compreender os fenômenos sociais complexos, de maneira profunda e analítica, tendo como base a subjetividade da ação social (HAGUETE, 1992). Como ressaltam Norma Denzin e Yvonna Lincoln (2006), na pesquisa qualitativa, são empregadas diversas estratégias de acesso às informações e várias práticas interpretativas, implicando na sua trajetória, um conjunto de estratégias e etapas que se fundem no decorrer do processo de levantamento das informações, bem como na análise destas.

Mas, além das estratégias utilizadas, cabe ressaltar o rigor metodológico da pesquisa qualitativa, que está focado, principalmente nos argumentos que sustentam as tomadas de decisão e na ideia da visibilidade. Para além das estratégias adotadas na pesquisa qualitativa, a

centralidade em relação aos argumentos permite ampliar o diálogo entre outros/as pesquisadores/as acerca da investigação realizada, podendo discordar, questionar ou não acerca dos resultados gerados na pesquisa (SPINK; LIMA, 1999).

E, sobretudo, as “metodologias qualitativas” revelam significativa importância na “construção do conhecimento sobre saúde, seja no âmbito das concepções, das políticas, ou das práticas dos serviços institucionais”. A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado (MINAYO, 2008, p.388).

Nesta pesquisa utilizou-se a triangulação metodológica. A triangulação metodológica, segundo Maria Cecília Minayo (2005), revela a dinâmica de investigação e de trabalho, integrando as análises das estruturas, dos processos e resultados e está relacionada aos procedimentos metodológicos de pesquisa propriamente ditos, e no caso deste trabalho, ela se deu na articulação de mais de uma técnica de coleta e análise de dados na pesquisa qualitativa.

Considerando que “cada prática interpretativa em ciência produz uma visibilidade diferente do mundo” (DENZIN; LINCOLN, 2006, p.17), a seguir serão expostas e justificadas as estratégias utilizadas na pesquisa qualitativa, no que diz respeito às técnicas de coleta de dados, bem como a análise dos mesmos, permitindo assim garantir a especificidade desta metodologia.

4.2 Estudo de Caso

Tendo a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida como nosso estudo de caso, pretendeu-se com esse método qualitativo, entender os fenômenos sociais complexos, ou seja, **como** se configura, a partir da integralidade, o cotidiano do cuidado em saúde dos casais inférteis no serviço de reprodução humana assistida do IMIP e **por que** a maternidade/paternidade é tão importante para esses casais usuários deste serviço.

Considerando que a reprodução humana assistida, a maternidade e a paternidade são fenômenos sociais inseridos em um determinado contexto da vida real e visando analisar esses acontecimentos numa perspectiva da contemporaneidade, o estudo de caso é a estratégia escolhida para se compreender questões do tipo “como” e “por que” (YIN, 2005).

Segundo Robert Yin (2005, p. 33), um estudo de caso é uma forma distintiva de investigação empírica, sendo utilizado principalmente quando há limites em relação ao

fenômeno e o contexto não está claramente definido. O estudo de caso buscou responder à expectativa de que o contexto é pertinente ao fenômeno a ser estudado e “como estratégia de pesquisa compreende um método que abrange tudo, com a lógica de planejamento incorporando abordagens específicas à coleta e à análise de dados”.

4.3 Espaço de Pesquisa

Como ressalta o espaço da pesquisa qualitativa empírica, requer do/a pesquisador/a critérios de escolha de locais ou do local onde será realizada (MINAYO, 2008). O espaço desta pesquisa se configurou a partir das diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, circunscritas e formuladas na esfera federal e implantada na esfera local, como na cidade de Recife/PE.

Esta política visa atender, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a demanda de casais que tentam ter filhos/as há pelo menos um ano, sem o uso de contraceptivos e não conseguem. Instituída pelo Ministério da Saúde com a Portaria nº 426/GM em 22 de março de 2005, a Política se localiza no âmbito da Secretaria de Atenção à Saúde – SAS, no Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, sob a Coordenação Geral de Saúde da Mulheres no Ministério da Saúde.

O recorte temporal teve como marco inicial o ano de 2005, correspondente ao momento em que foi instituída a Política pelo Ministério da Saúde no âmbito federal até o ano de 2009, com a inauguração do serviço piloto do Governo Federal, no município de Recife/PE, ofertado pelo Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP). Os anos anteriores ou posteriores a esse período fizeram parte da análise de conteúdo da tese, por se apresentarem como fundamentais para a compreensão dos processos da Política, sobretudo a implementação e formulação da agenda.

O IMIP foi a primeira instituição de saúde do Nordeste, credenciada pelo MS a oferecer o serviço de reprodução humana assistida pelo SUS e serviu como experiência piloto para a implementação da Política.

A pesquisa de campo foi realizada no Centro de Atenção à Saúde da Mulher (CAM), no Serviço de Reprodução Humana Assistida do IMIP. Este último inaugurado no ano de 2009, com uma equipe multidisciplinar composta por médicos/as especialistas em reprodução assistida, enfermeiros/as, assistente social, psicólogos/as, urologistas, psiquiatras e

embriologistas, com o objetivo de oferecer um serviço de excelência para atender os casais inférteis, pacientes do Sistema Único de Saúde.

O Serviço de Reprodução Humana Assistida do IMIP tem capacidade para realizar mais de 70 fertilizações por ano e 40 consultas semanais pelo SUS. A implementação desse serviço no ano de 2009, tem uma relação direta com a Portaria nº 426, de 22 de Março de 2005, que institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, e dá outras providências (BRASIL, 2005).

A dinâmica entre os espaços empíricos (federal, estadual e municipal) contribuiu para a coleta de dados e análise da Política em estudo.

4.4 Sujeitos do Estudo e Critérios de Seleção

A intenção neste item foi apontar possíveis sujeitos sociais que contribuíram para a coleta de dados e definição da amostra desta pesquisa, que podemos chamar também de *informantes-chave*, que são as pessoas que detêm os atributos que o/a pesquisador/a busca conhecer (MINAYO, 2004, p. 102).

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, a definição da amostra esteve pautada nos sujeitos sociais que puderam revelar informações sobre a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, representando assim um grupo seletivo de “conhecedores/as” (*experts*) sobre esta Política, que permitiram compreender o fenômeno em estudo.

Segundo Minayo (2008, p. 196), o/a pesquisador/a “deve preocupar-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento, a abrangência e a diversidade no processo de compreensão [...] de uma política”. Também torna-se importante considerar as pessoas, instituições e/ou organizações que estabeleceram alguma relação (direta ou indireta) com a Política em estudo, bem como seu envolvimento em diversas fases do processo da política, tanto na formulação quanto implementação (SAMPAIO; ARAÚJO JÚNIOR, 2006).

Como critério de seleção dos sujeitos do estudo, foram selecionados como informantes-chave, os atores envolvidos/as de forma direta e indireta com a Política em estudo, identificados a partir dos documentos oficiais e publicações sobre a PNRHA, além das indicações de alguns atores. Estes participaram das entrevistas e foram distribuídos em grupos, quais sejam:

a) Grupo 1 - Profissionais da Saúde (2 representantes – PS 1; PS 2):

- Ex-Enfermeira gerente do setor de Reprodução Humana Assistida do IMIP
- Enfermeira gerente do setor de Reprodução Humana Assistida do IMIP

b) Grupo 2 - Representantes da sociedade civil organizada (2 representantes):

- Ex-Presidente da Rede Latinoamericana de Reprodução Assistida (Redlara)
- Coordenadora da ONG GESTOS – HIV/Aids

c) Grupo 3 - Pesquisador/a (2 representantes):

- Professora Pesquisadora da Saúde da Mulher
- Professor Pesquisador da área de Gênero e Saúde Reprodutiva

d) Grupo 4 - Político/a (2 representantes):

- Senador da República Federativa do Brasil
- Deputada Federal

e) Grupo 5 - Gestoras (2 representantes):

- Coordenadora do Centro de Reprodução Humana Assistida do IMIP
- Ex-Assessora Técnica da Coordenação da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde

f) Grupo 6 - Casais Inférteis

- 14 (dez) usuárias/os do serviço de Reprodução Assistida do IMIP

Baseado em Kvale (1996), para as análises qualitativas de políticas de saúde, o número de entrevistas vai depender da quantidade de informação requerida na pesquisa, mas se localiza no intervalo de 15+/-10, levando em consideração o tempo para a realização das entrevistas e suas análises.

Nossa amostra total foi composta por 24 (vinte e quatro) sujeitos que participaram das entrevistas, entre esses, 2 (dois) responderam a entrevista a partir do roteiro encaminhando por email, devido a indisponibilidade de agenda para entrevista presencial.

Nas análises das entrevistas destacadas acima, adotou-se o critério de colocar nas falas as iniciais dos grupos pertencentes, referente ao cargo ocupado ou função realizada, para garantir a confidencialidade das informações obtidas. Por exemplo, Profissional da Saúde (PS 1; PS 2); Gestoras (Gest.1; Gest. 2); Sociedade Civil (SC 1; SC 2); Pesquisador/a (Pesq. 1; Pesq. 2); Político/a (Pol. 1; Pol. 2); As entrevistas com estes grupos foram realizadas nos anos de 2015 e 2016.

Em relação aos casais inférteis, foram entrevistados 14 (quatorze) pessoas, sendo 10 usuárias e 4 usuários. Esta amostra foi selecionada ao acaso, tendo em vista a disponibilidade

desses casais no serviço de RH do IMIP, para realizar algum tipo de procedimento clínico e/ou exame. Todos/as entrevistados/as estavam cadastrados neste serviço há pelo menos 4 anos e demonstraram interesse em participar da entrevista, após apresentação da pesquisa.

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os/as usuários/as, no segundo semestre de 2015, no Serviço de Reprodução Humana Assistida (RH) do IMIP, tendo como base um roteiro contendo questões predeterminadas referentes ao tema da pesquisa, mas que no decorrer do diálogo na entrevista, outras questões se delinearão e foram incorporadas.

O número de entrevistas realizadas permitiu organizar informações referentes ao objeto de estudo, sendo possível identificar recorrências de padrões simbólicos, ideias, valores e concepções que convergiram nas falas dos/das entrevistados/as, em relação às categorias de análise: maternidade, paternidade e o desejo de ter filhos.

E ainda as percepções em relação às práticas vivenciadas no cotidiano do serviço de RH, no cuidado em saúde e nas visões de mundo sobre o tema em questão. Ou seja, foi possível compreender a partir desse número de entrevistas, a lógica interna do grupo, mesmo reconhecendo que o diálogo e as riquezas dos dados não se esgotam nesse quantitativo.

O perfil da amostra dos/as usuários/as pode ser visualizado na tabela 3 a seguir, que detalha o nível de escolaridade, a idade atual e a idade que tinha no ano do cadastro, cidade de residência e o ano que se cadastraram no setor de esterilidade do IMIP.

Nas análises das entrevistas para preservar a confidencialidade e o anonimato adotou-se como código o termo “usuário/a A, B, C e etc”. De forma geral, o tempo de espera na fila por atendimento é de no mínimo cinco (5) anos. São casais que convivem com a infertilidade e na busca por ter filhos procuraram o serviço de RH do IMIP nas datas explicitadas no quadro abaixo.

Cabe destacar alguns percalços metodológicos em relação a aproximação com os sujeitos de pesquisa, onde muitos dos contatos realizados não foram bem sucedidos devido o contexto político não favorável e a falta de agenda para participarem das entrevistas.

Outra dificuldade a pontuar foi em relação a especificidade da Política em análise, que foi suspensa logo após sua insituição em 2005, fazendo com que os atores envolvidos nesse processo também se distanciassem desse debate, sendo assim difícil a sua contribuição na pesquisa.

Quadro 4 - Perfil das/os usuárias/os do Serviço de RH do IMIP, entrevistada/os em 2015.

Usuárias e Usuários	Residência	Escolaridade	Idade Atual (2016)	Idade das usuárias/os no ano do cadastro	Ano do Cadastro (Setor de esterilidade)	Sexo
A	Paulista/PE	Superior Completo	38 anos	32 anos	2009	Feminino (F)
B	Olinda/PE	Ensino Médio Completo	41 anos	34 anos	2009	F
C	Cabo de Santo Agostinho/PE	Ensino Médio Completo	37 anos	31 anos	2010	F
D	Paulista/PE	Ensino Médio Completo	46 anos	39 anos	2009	F
E	Ribeirão/PE	Ensino Médio Completo	30 anos	25 anos	2011	F
F	Recife/PE	Superior Completo	42 anos	35 anos	2009	F
G	Olinda	Ensino Médio Completo	37 anos	31 anos	2010	F
X	Itapetim/PE	Ensino Médio Completo	36 anos	30 anos	2010	F
Y	Recife/PE	Ensino Médio Completo	35 anos	30 anos	2011	F
Z	Pesqueira/PE	Ensino Médio Completo	38 anos	33 anos	2011	F
O	Ribeirão/PE	Ensino Médio Completo	31 anos	26 anos	2011	Masculino (M)
P	Olinda/PE	Ensino Médio Completo	37 anos	31 anos	2010	M
Q	Paulista/PE	Ensino Médio Completo	42 anos	36 anos	2009	M
R	Paulista/PE	Superior Completo	39 anos	32 anos	2009	M

Fonte: Elaborada pela autora.

4.5 Técnicas e Procedimentos de Coleta de Dados

Escolher as técnicas e os procedimentos de coleta de dados na abordagem qualitativa representa um desafio para alcançar o objetivo proposto pela pesquisa e responder o problema em estudo. Existem diversas possibilidades de técnicas de pesquisa e cada uma delas contribui para a construção da essência do trabalho acadêmico, mas é fundamental selecionar a técnica que seja mais pertinente em vista a responder aos objetivos propostos.

Para Richardson (1989, p. 41), “as pesquisas qualitativas de campo exploram particularmente as técnicas de observação e entrevistas devido à propriedade com que estas penetram na complexidade de um problema”. Podemos ressaltar a entrevista como uma

técnica privilegiada de comunicação e é a estratégia mais utilizada no decorrer do trabalho de campo. As entrevistas são conversas que possuem uma finalidade e se “caracterizam pela sua forma de organização” (MINAYO, 2008, p. 261).

O termo *entrevista* é construído a partir de duas palavras, *entre* e *vista*. Vista refere-se ao ato de ver, ter preocupação de algo. Entre indica a relação de lugar ou estado no espaço que separa duas pessoas ou coisas. Portanto, o termo entrevista refere-se ao ato de perceber realizado entre duas pessoas (RICHARDSON, 1989, p. 161).

Com essa técnica buscar-se-á compreender como e por que algo ocorre, ou seja, “o/a informante é convidado/a a falar livremente sobre um tema e as perguntas do/a investigador/a, quando são feitas, buscam dar mais profundidade às reflexões” (MINAYO, 2010, p. 262, grifo nosso).

É importante lembrar também que a entrevista, como forma privilegiada de interação social, está sujeita à mesma dinâmica das relações existentes na própria sociedade. Quando se trata de uma sociedade ou de um grupo marcado por acirrados conflitos, cada entrevista expressa de forma diferenciada a luz e a sombra da realidade, tanto no ato de realizá-la como nos dados que aí são produzidos. Além disso, pelo fato de captar a formalmente a fala sobre determinado tema, a entrevista, quando analisada, precisa incorporar o contexto de sua produção e, sempre que possível, ser acompanhada e complementada por informações provenientes de observação participante (MINAYO, 2010, p. 262).

Nesta pesquisa adotamos como técnica de coleta de dados a entrevista semi-estruturada, que segundo Yin (2005) se configura como uma potente fonte de dados para os estudos de caso, uma vez que estes são em sua maioria assuntos relacionados à subjetividade humana.

As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas no sentido de obter descrições dos/as entrevistados/as para interpretar os fenômenos relacionados à Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida e a integralidade do cuidado em saúde dos casais inférteis.

As entrevistas semi-estruturadas se consolidaram como o principal instrumento de coleta de dados no campo da saúde. Nesse caso, os sujeitos da pesquisa falam dos significados que eles/as associam às suas experiências acerca do fenômeno estudado e o/a pesquisador/a, a partir destes dados, descreve e interpreta uma determinada realidade (FONTANELLA; CAMPOS; TURATO, 2006).

A modalidade de entrevista semi-estruturada difere apenas em grau da não estruturada, porque na verdade nenhuma interação, para finalidade de pesquisa, se coloca de forma totalmente aberta ou totalmente fechada. Mas, no caso a semi-estruturada obedece a um roteiro que é apropriado fisicamente e utilizado pelo pesquisador. Por ter um apoio claro na sequência das questões, a entrevista facilita a abordagem e assegura, sobretudo aos investigadores menos experientes, que suas hipóteses ou seus pressupostos serão cobertos na conversa. No entanto, pouco experientes, na hora da análise, correm sério risco pela tendência que têm de apenas analisar os temas previamente estabelecidos, sem ter o cuidado de explorar as estruturas de relevância dos entrevistados, trazidas do campo (MINAYO, 2010, p. 267).

Os dados também foram coletados nas fontes documentais, pois são fontes importantes nas análises de políticas públicas e se constituem em um conjunto diverso de dados. Os documentos podem dialogar com alguma informação adquirida durante as entrevistas, como afirma Robert Yin (2005), os documentos são úteis na verificação de situações citadas numa entrevista.

Para Araújo Júnior (2000, p. 96), “estes dados podem incluir registros públicos, relatórios de governo, textos de jornais ou *scripts* de televisão, documentos privados, cartas e diários pessoais, memórias e entrevistas transcritas”, ou seja, todos os documentos relacionados à política estudada. Podemos destacar como documentos importantes utilizados nesta pesquisa: as portarias, resoluções, leis e projetos de lei, dossiês, jornais, boletins da imprensa oficial, ofícios da Câmara dos Deputados, atas de reuniões/audiências da Câmara dos Deputados e do Conselho Nacional de Saúde, manifestações de ouvidorias do SUS, relatórios de gestão, discursos de posse de Ministro da Saúde, entre outros, que Gil (1987) chama de fontes de “papel”. Segundo este autor, as fontes de “papel” são capazes de proporcionar ao pesquisador e pesquisadora dados riquíssimos de informações, fazendo com que se evite até “perder” tempo em levantamentos de campo, ou mesmo contribuindo para levantar dados que só são possíveis por meio de documentos (GIL, 1987).

Outras fontes documentais foram utilizadas como vídeos e áudios de programas de rádio e televisão que trataram do tema da PNRHA, principalmente a Rádio Câmara e a Sala de Convidados do Canal Saúde da Fiocruz/RJ.

Para analisar os documentos utilizados nesta pesquisa, adotamos a técnica de análise de conteúdo, que trata-se de um conceito historicamente construído, segundo Minayo (2010), e que visa dar respostas teórico-metodológicas aos dados qualitativos. Pode ser definida como

um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das

mensagens, indicadores [...] que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção [...] destas mensagens (BARDIN, 2009, p. 42).

Esta técnica foi importante nesta pesquisa porque “na análise qualitativa é a presença ou a ausência de uma dada característica de conteúdo ou de um conjunto de características num determinado fragmento de mensagem que é tomado em consideração” (BARDIN, 2009, p. 15). Segundo Richardson (1989, p.44), “a análise de conteúdo utiliza como material de estudo qualquer forma de comunicação, usualmente documentos escritos, como livros, periódicos, jornais”, corroborando com a afirmação de Araújo Jr. (2000).

Estes documentos de comunicação de massa (jornais, revistas, programas de rádio e televisão, entre outros), são fontes de dados importantes para a pesquisa social, pois possibilita ao pesquisador e à pesquisadora, conhecer os diversos aspectos que envolvem a sociedade contemporânea, tal como lidar com os fatos do passado. Para analisar esses documentos, com o objetivo de realizar uma pesquisa científica, é fundamental tratá-los com cuidado, considerando sempre em suas análises o contexto, o público e o objetivo daquela informação. Considerando inclusive as condições em que os profissionais da imprensa, por exemplo, estão submetidos ao escrever determinada matéria (GIL, 1987).

4.6 Síntese e Análise dos Dados

A etapa de síntese e análise dos dados coletados em uma pesquisa significa uma fase fundamental para compreender e interpretar o material qualitativo. Na síntese dos dados foi necessário realizar a transcrição e leitura de todo material coletado, organizar os relatos, reler os documentos, identificar as ideias centrais abordadas e classificar os dados.

Os documentos foram analisados tendo como objetivo garantir as respostas aos pressupostos da pesquisa, compreender as significações e estruturas latentes no processo de leitura, desvelar a lógica existente nas narrativas e falas, nos comportamentos e relações (MINAYO, 2008).

As análises das entrevistas foram feitas individualmente, com a ferramenta da condensação de significados, proposto por Kvale. A condensação de significados permitirá construir formulações a partir das expressões das pessoas entrevistadas, pois abrevia em um formato condensado os significados encontrados no conteúdo das entrevistas, sem perder a

sua essência, permitindo assim, transformar trechos longos em notas mais curtas (KVALE, 1996).

Na interpretação dos significados, é importante identificar o sentido mais amplo das ideias e temas suscitados e confrontar isso com o marco conceitual e teórico (ARAÚJO JÚNIOR, 2000).

Já a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, será analisada a partir do Modelo Operacional de Análise de Políticas Públicas, proposto por Araújo Júnior (2000), que focaliza quatro componentes importantes: o contexto, os atores, os processos e conteúdo da referida política.

Foram consideradas nas análises, os discursos oficiais e não oficiais que sustentam as políticas públicas, os discursos explícitos e implícitos, compreendendo, inclusive, a não-política como uma política. As ausências de ações e estratégias, o silêncio acerca de uma determinada questão, também foram compreendidas como uma possibilidade de estratégia de ação frente a uma Política.

4.7 Implicações Éticas

Os aspectos éticos envolvidos nas pesquisas qualitativas, de com Kvale (1996), não devem ser isolados do processo de investigação e sim percorrer todos os estágios do estudo, indo desde a definição do objeto até a apresentação dos resultados. Para este autor, o consentimento e a garantia da confidencialidade são os aspectos extremamente relevantes nestes estudos.

É importante ressaltar que o presente trabalho foi submetido ao Comitê de Ética do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, com o parecer favorável de nº 979.308 de 03/02/2015, aprovado para execução desta pesquisa e que não envolve riscos ou danos à saúde. Ainda foram obedecidas as normas registradas no Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde, acerca da pesquisa que envolve seres humanos.

As informações coletadas no decorrer da pesquisa de campo, a partir das entrevistas e outras técnicas, foram utilizadas única e exclusivamente para o presente estudo, sendo omitidas quaisquer informações que permitam a identificação dos/as envolvidos/as, e que embora exista o risco de constrangimento, este será minimizado pela garantia de sigilo e confidencialidade das informações obtidas.

Foi utilizado também o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com a permissão dos/as entrevistados/as para registrar as informações das entrevistas.

5 ANÁLISE DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL EM REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA

5.1 Introdução

O objetivo neste capítulo é apresentar as análises e discussões dos resultados da pesquisa, a partir da sistematização dos elementos do Modelo de Análise de Políticas de Saúde proposto por Araújo Jr, quais sejam: o contexto, os atores, os processos de formulação e implementação e o conteúdo da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida (PNRHA).

A Portaria Nº 426/2005 do Ministério da Saúde, institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, que considera (BRASIL, 2005):

- (1) a necessidade de estruturar no SUS uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que permita atenção integral em reprodução humana assistida e melhoria do acesso a esse atendimento especializado;
- (2) que a assistência em planejamento familiar deve incluir a oferta de todos os métodos e técnicas para a concepção e a anticoncepção, cientificamente aceitos, de acordo com a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar;
- (3) que, segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS e sociedades científicas, aproximadamente, 8% a 15% dos casais têm algum problema de infertilidade durante sua vida fértil;
- (4) que as técnicas de reprodução humana assistida contribuem para a diminuição da transmissão vertical e/ou horizontal de doenças infecto-contagiosas, genéticas, entre outras;
- (5) a necessidade de estabelecer mecanismos de regulação, fiscalização, controle e avaliação da assistência prestada aos usuários; e por fim,
- (6) a necessidade de estabelecer os critérios mínimos para o credenciamento e a habilitação dos serviços de referência de Média e Alta Complexidade em reprodução humana assistida na rede SUS.

A Política em questão, em seu Art. 1º, deve ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão e determina no Art. 2º que a mesma seja implantada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, permitindo, entre outras ações: “I - organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação) que perpassa todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a atenção por intermédio de equipe multiprofissional, com atuação interdisciplinar” (BRASIL, 2005b).

A Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, traz o problema da infertilidade, nos incisos II e III do Art. 2º., por exemplo, ressaltando a importância de:

II - identificar os determinantes e condicionantes dos principais problemas de infertilidade em casais em sua vida fértil, e desenvolver ações transitoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade; e

III - definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços que realizam os procedimentos e técnicas de reprodução humana assistida, necessários à viabilização da concepção, tanto para casais com infertilidade, como para aqueles que se beneficiem desses recursos para o controle da transmissão vertical e/ou horizontal de doenças (BRASIL, 2005b).

Em março de 2005, o Ministério da Saúde propôs inserir a reprodução humana assistida no Sistema Único de Saúde (SUS) como uma das principais metas da “nova” Política de Planejamento Familiar, com o objetivo de garantir o acesso de homens e mulheres em idade fértil (de dez a 49 anos) a métodos e meios para regulação da fecundidade no serviço público (BRASIL, 2005). Esta breve apresentação da Política nos mostra a dimensão dos elementos de análise dispostas neste capítulo.

Num segundo momento, para garantir a subjetividade das informações sobre Política, apresentamos os resultados das falas dos/as usuários/as do serviço de RHA do IMIP, que foram fundamentais para ‘dar voz’ ao problema da infertilidade e às pessoas que convivem com esse problema, e ainda dar visibilidade ao desejo de ter filhos dos casais inférteis. Isso foi possível a partir da reflexão sobre a importância da maternidade e da paternidade para esses casais em sua vivência no cotidiano do serviço de RHA do IMIP e na análise da integralidade desse cuidado em saúde.

A integralidade no cuidado em saúde na RHA compõe uma gama de outras ações descritas nesta Política Nacional. Para Pinheiro (2008), a integralidade no desenho das políticas de saúde representa a capacidade de abarcar os diversos grupos atingidos pelo problema (nesse caso a infertilidade), respeitando suas especificidades.

A perspectiva de gênero é transversal ao aporte teórico sobre a referida política de saúde e a integralidade no cuidado em saúde dos casais inférteis. E serve de base para a ‘desconstrução’ do pensamento hegemônico patriarcal, que delineia a formatação das políticas de saúde para as mulheres, aumenta as desigualdades e iniquidades na saúde e reafirma o lugar “exclusivo” destas no âmbito da reprodução.

5.2 Contexto da PNRHA

Para a identificação do contexto da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, iremos tratá-lo em duas perspectivas: o macro-contexto e o micro-contexto, já definidos no capítulo 2 dessa tese, mas reforçado a seguir por Araújo Júnior, que destaca as possibilidades e os limites da análise do contexto como elementos que também devem ser discutidos.

the issue of context within the health policy analysis is explored in terms of its importance and relation to the policy. Its relevance to the policy process is demonstrated, through the opinion of various authors. The method of carrying out a detailed analysis on the context is also developed explained by defining what to look in at the sub-categories created by this study: macro-context and micro-context, and in its political, economic and social spheres, of the macro-context; and sectoral politics, finances and health services' structure and outcomes, in the micro-context. the possibilities and limits of the context analysis are also discussed (ARAÚJO JÚNIOR, 2000, p. 46).

5.2.1 Macro-contexto: Aspectos Políticos, Aspectos Econômicos e Aspectos Sociais

A Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida foi lançada em março de 2005, no primeiro Governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva (Lula), que elegeu-se em 2002 pelo Partido dos Trabalhadores (PT), tomou posse em 2003 e teve dois mandatos. O presidente Lula foi eleito sobretudo pelo “desencanto da população com os resultados da política econômica neoliberal implementada ao longo do período anterior, cujo o resultado mais evidente foram as baixas taxas de crescimento e o elevado desemprego” (PIRES, 2010, p. 314).

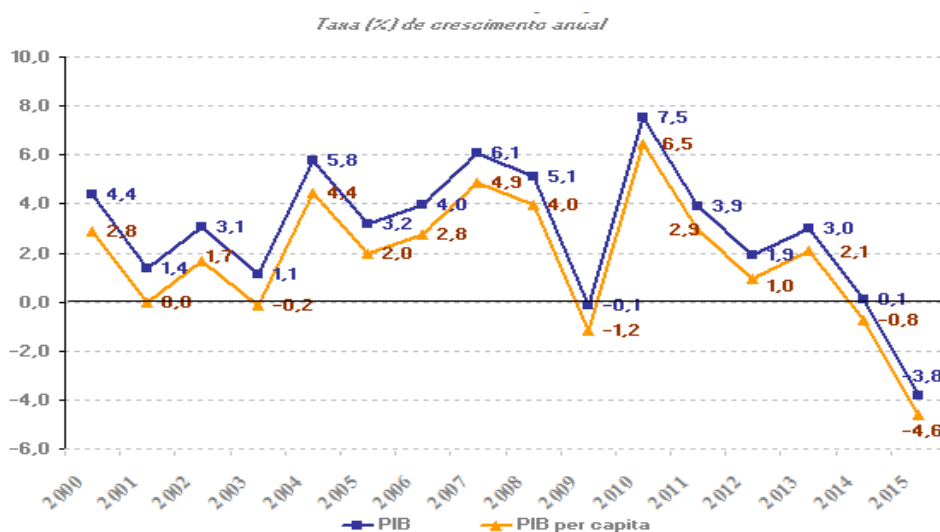
O Governo Lula se destacou pelo investimento em programas sociais, entre eles, o de maior destaque foi o Bolsa Família, instituído em 2004, como um dos principais programas de transferência de renda, com significado real para os beneficiários, já que para muitas famílias essa é a única possibilidade de obtenção de uma renda. Segundo Pires (2010), o universo de atendimento do Programa Bolsa Família em 2008 foi de 11 milhões de beneficiários, e a continuidade das famílias no Programa tem em contrapartida a manutenção das crianças e dos adolescentes na escola e manter atualizado o cartão de vacinação para as crianças até 6 anos de idade.

Entre 2001 e 2005, a desigualdade de renda no Brasil declinou substancialmente e de forma contínua, alcançando, neste último ano, o menor nível das últimas três décadas. Além de relevante por si só, essa desconcentração teve conseqüências expressivas sobre a pobreza e a extrema pobreza no País. A despeito do lento crescimento econômico, a extrema pobreza declinou a uma taxa seis vezes mais acelerada que a requerida pela primeira meta do primeiro objetivo de desenvolvimento do milênio (BARROS; FOGUEL; ULYSSEA, 2006, p. 9).

Esses dados mostram modificações em relação as questões distributivas, tendo em vista que a concentração de renda foi marcada por reduções expressivas e contínuas repercutindo então de forma positiva na redução da pobreza do país. Dados do IPEA de 2008, o período de 2001 a 2007, houve uma queda de 7%, o que significa uma taxa média de 1,2% ao ano de redução (POCHMANN, 2008).

Em relação ao Produto Interno Bruto Brasileiro (PIB), no ano de 2005 o Brasil cresceu 2,3%, de acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Se comparado ao ano de 2004 aconteceu uma desaceleração no PIB brasileiro, sendo assim o país obteve o segundo menor crescimento se comparado aos outros países da América Latina, como Argentina (9,1%), Venezuela (9,0%) e México (3,0%) por exemplo (LAGE, 2006b). Entretanto, em 2005, o Brasil avançou para a 11ª posição na economia mundial, saindo do 15º lugar em 2004, com a somatória de suas riquezas em R\$ 1,937 trilhão de reais (SPITZ, 2006), conforme gráfico 1.

Gráfico 1 - Taxa de crescimento anual do PIB e do PIB per capita no Brasil, entre os anos de 2000 a 2015.



Fonte: IBGE (2016)

Em dezembro de 2005, a inflação no Brasil, ficou em 0,36% (medida pelo IPCA - Índice de Preços ao Consumidor Amplo), fechando este ano com a taxa acumulada de 5,69%, segundo o IBGE. Este resultado mostrou que a inflação ajustada ficou acima do centro da meta de 5,1%, porém dentro da margem de tolerância que era de 2,5 pontos percentuais. Em relação ao ano de 2004, onde a inflação acumulada fechou o ano em 7,60%, nota-se um recuo significativo (LAGE, 2006).

No que se refere ao crescimento populacional, dos mais de 184 milhões de habitantes, em 2005, 64,3%, correspondendo a 118,6 milhões de habitantes, que residiam nas Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste. As projeções do IBGE (2006) mostram que o Brasil contará, no ano de 2050, totalizando um total populacional de 259,8 milhões de habitantes, representando um crescimento absoluto de 75,3 milhões de pessoas. Em 2005, havia 95 homens para cada 100 mulheres. As taxas brutas de natalidade, entre 1995 e 2005, que medem o número de nascidos vivos por 1000 habitantes, em determinado ano, passaram de 21,9% para 20,4%. Com maior expectativa de vida ao nascer para as mulheres (75,8 anos) em relação aos homens (68,1 anos) em 2005, em relação ao envelhecimento da população, a sobrepresença feminina da população idosa predominou.

A taxa de mortalidade infantil no Brasil continuou em declínio, passando de 37,9% para 25,8%, entre 1995 e 2005, o que corresponde a uma queda de quase 32% no período. A melhoria das condições de habitação, particularmente o aumento relativo do número de domicílios com saneamento básico adequado vem contribuindo para reduzir as mortes infantis. O Rio Grande do Sul foi o estado que registrou a menor taxa de mortalidade infantil, em 2005 (14,3%) e Alagoas, com 53,7%, apresentou a mais elevada (IBGE, 2006).

A tabela 1 traz a relação de investimentos em áreas sociais no período de 2000 a 2005.

Tabela 1 – Execução do orçamento social da União (%) – 2000 a 2005.

Orçamento Realizado	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Saúde	45,20	46,8	45,62	44,31	43,46	42,25
Educação	23,67	23,04	23,71	23,20	19,15	18,75
Assistência social	9,90	10,49	11,68	13,73	18,28	18,30
Trabalho	13,93	14,73	15,20	15,49	14,12	14,73
Organização agrária	2,44	2,63	2,48	2,33	3,45	4,15
Cultura	0,53	0,55	0,43	0,38	0,43	0,57
Desporto e lazer	0,39	0,59	0,48	0,26	0,36	0,49
Habitação e saneamento	3,94	1,17	0,40	0,30	0,75	0,76
Gastos sociais totais*	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: Druk e Filgueiras (2007).

Esta tabela nos mostra o caminho do Governo Lula em direção às políticas sociais focalizadas, onde os gastos com a assistência social quase que dobraram no período supracitado, embora os outros aspectos que tenham maior impacto nas desigualdades e pobreza tenham diminuído (saúde, habitação, saneamento e educação). Mas, especificamente em relação à saúde nesse Governo,

[...] a focalização na saúde no Brasil não está referida ao foco nos mais pobres, mas assume outros sentidos; refere-se a focos específicos a serem atingidos para a solução de um determinado problema e envolve grupos sociais a partir de determinadas características particulares. Nessa perspectiva, a focalização na saúde emerge no interior de uma concepção universalista, como estratégia de implantação da universalização como um direito. As transferências dos recursos federais também foram modificadas, passando a ser divididas em seis grandes blocos de financiamento (Atenção Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos em Saúde), reduzindo drasticamente a fragmentação dos recursos e respondendo a críticas históricas dos gestores estaduais e municipais e buscando consolidar maior autonomia dos entes federados na gestão dos recursos (MENICUCCI, 2011, p. 525).

Embora na campanha de Lula o tema saúde não tenha sido explicitamente valorizado, no plano do governo havia referência a propostas a serem implantadas e se tornariam inovações setoriais no seu primeiro mandato. O SUS, como parte das políticas universais, teve seu escopo ampliado por meio da valorização do salário mínimo e tornando-se importante destacar as ações voltadas para grupos específicos, como por exemplo o PNAISM (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher) elaborada a partir de diagnóstico epidemiológico da situação da saúde da mulher no Brasil e do reconhecimento da importância de se contar com diretrizes que orientassem as políticas de Saúde da Mulher. Entre as ações do PNAISM destacam-se a implantação e implementação dos direitos sexuais e reprodutivos, no âmbito da atenção integral à saúde.

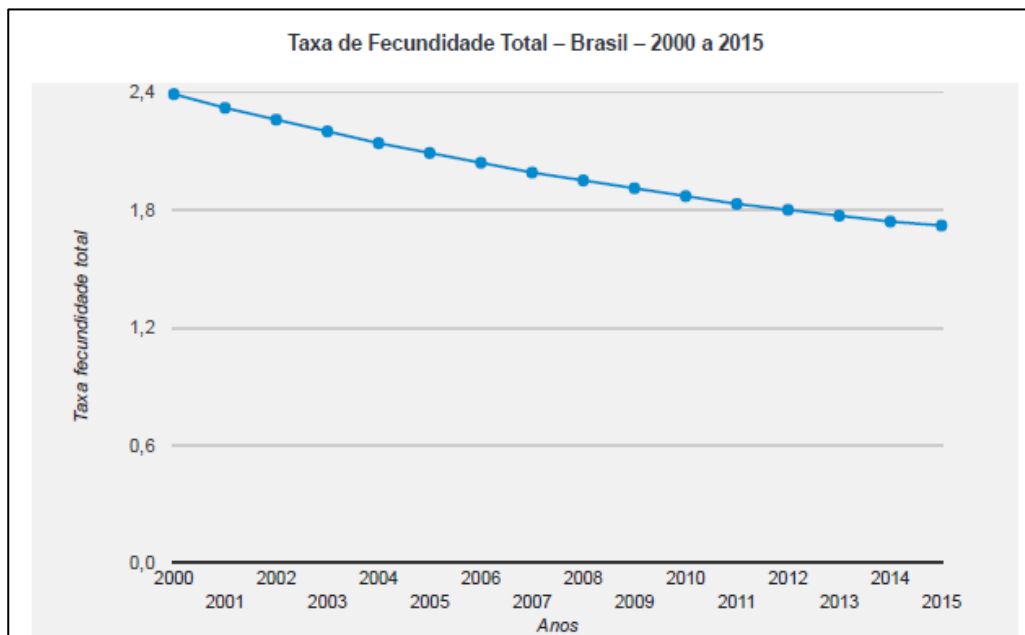
Visando garantir os direitos relacionados à saúde sexual e reprodutiva da população, o em 2004, o MS lança a Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, que possui 14 propostas voltadas ao planejamento familiar a serem implementadas entre os anos de 2005 a 2007.

Foi a partir do ciclo de governos populares iniciados com a eleição do Presidente Lula que o princípio da integralidade do SUS ganhou força e neste bojo a possibilidade do Poder Público ofertar tratamento para os casos de infertilidade, tanto que em 2005 temos a Portaria 426, que instituiu no âmbito do SUS a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução

Humana Assistida, prevendo uma política pública que assistisse o cidadão desde a atenção básica até a alta complexidade nos tratamentos de infertilidade (ENT. POL. 2, 2015).

“Os principais eixos de ação são a ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis, o aumento do acesso à esterilização cirúrgica voluntária e a introdução da reprodução humana assistida no Sistema Único de Saúde” (ANDRADE, 2005). Essas ações de saúde de planejamento familiar, refletem na taxa de fecundidade total (ou o número médio de filhos que uma mulher teria ao final do seu período fértil), que declinou de 2,39 para 1,72 filhos, no período de 2000 a 2015. Os dados atuais do IBGE, de acordo com o gráfico 2, a retrata esse panorama.

Gráfico 2 - Taxa de Fecundidade Total – Brasil – 2000 a 2015



Fonte: IBGE (2013).

Se de um lado a taxa de fecundidade vem caindo a cada ano, por diversos fatores, entre eles as ações destacadas anteriormente, do outro, temos filas de espera no serviço público de saúde para os casais que sofrem de infertilidade e desejam ter filhos, que duram em média 4 a 5 anos, segundo dados da Sociedade Paulista de Medicina Reprodutiva (SPMR) (LENHARO, 2013). Uma demanda reprimida que se coloca como desafio o planejamento familiar integral e o SUS na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos desses casais.

5.2.2 Micro-contexto: Aspecto dos Serviços de Saúde

Dados da OMS, da Rede Latina Americana de Reprodução Assistida e da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana, entre outras sociedades científicas, mostram que embora não existam dados exatos acerca da incidência da infertilidade conjugal no Brasil, tendo em vista que esta varia geograficamente, estima-se que “aproximadamente 8% a 15% dos casais têm algum problema de infertilidade durante sua vida fértil”. Para o grupo de trabalho do MS de 2004, dessa porcentagem, “70% dos casos podem ser solucionados por ações previstas na atenção básica e de média complexidade, com encaminhamento de aproximadamente 30% para ações de alta complexidade (inseminação artificial e fertilização *in vitro*)” (BRASIL, 2008, p. 144). O representante do Ministério da Saúde presente na audiência da Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) destaca abaixo que,

essa política de reprodução assistida, trouxe aspectos importantes àquela época no sentido de regulamentar os serviços, de criar mecanismos capazes de permitir o acesso a esses casais inférteis, aos portadores de doenças genéticas, estabelecer protocolos clínicos, cirúrgicos, atenção psicossocial. Enfim, acho que todos que me antecederam colocaram muito bem a complexidade desse atendimento a um casal, e que precisa seguir toda uma linha de atenção que envolve uma equipe multiprofissional, multidisciplinar. Então, é preciso que se tenha toda uma rede de cuidados e que, muitas vezes, não vão estar necessariamente naquele Município, mas em todos os Municípios. Se o casal começa a fazer investigação e identifica que precisa ir para uma referência, como essa referência, que às vezes vai estar em outro Estado, precisa estar regulada? Então, nesse momento em que a gente discute as redes de atenção à saúde, com todos os seus componentes, a integração disso é muito importante, para que essa política também se adeque a essa realidade. Então, isso já foi um propósito muito importante (NETTO, 2012, p. 11).

No Brasil¹⁹ temos 12 serviços de saúde vinculados ao SUS, que oferecem a reprodução humana assistida, inserindo nesse quantitativo o Centro de Reprodução Humana Assistida do

¹⁹ Um panorama mais detalhado sobre a reprodução humana assistida no Brasil, em instituições privadas e públicas, pode ser adquirido nos relatórios do Sistema Nacional de Produção de Embriões – SisEmbrião - criado pela Resolução de Diretoria Colegiada/Anvisa RDC no 29, de 12 de maio de 2008, e atualizado pela RDC no 23/2011, com os seguintes objetivos: Conhecer o número de embriões humanos produzidos pelas técnicas de fertilização *in vitro* criopreservados (congelados) nos Bancos de Células e Tecidos Germinativos-BCTGs, mais conhecidos como clínicas de Reprodução Humana Assistida; Atualizar as informações sobre embriões doados para pesquisas com células-tronco embrionárias, conforme demanda da Lei no 11.105/2005 (Lei de Biossegurança) e Decreto no 5.591/2005; Divulgar informações relacionadas à produção de células e tecidos germinativos (oócitos e embriões) no Brasil, como: número de ciclos de fertilização *in vitro* realizados, número de oócitos produzidos, número de oócitos inseminados, número de oócitos com dois pronúcleos, número de embriões clivados, número de embriões transferidos, bem como o número de embriões descartados por ausência de viabilidade; Divulgar os indicadores de qualidade dos Bancos, para promover a melhoria contínua do controle de qualidade dos Bancos, auxiliar os inspetores sanitários a avaliar/inspecionar os BCTGs, bem como possibilitar o acesso à população aos indicadores de qualidade dos serviços (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2016).

IMIP, mas que recentemente encerrou suas atividades, devido à falta de recursos financeiros, inviabilizando assim a continuidade aos atendimentos dos casais inférteis. Alguns desses hospitais públicos oferecem cuidados, técnicas e procedimentos de reprodução humana assistida e possuem critérios institucionais próprios para admissão ao protocolo. Em relação aos exames da atenção básica, estes são feitos totalmente pelo SUS, mas à medida que o grau de complexidade dos procedimentos avançam, e dependendo dos critérios e protocolos de cada serviço, a responsabilidade financeira fica a cargo do gestor estadual ou municipal, ou do próprio casal (BRASIL, 2016).

O que se sabe é que a assistência reprodutiva brasileira aos casais inférteis ainda é muito pequena. O cenário nacional é de “uma enorme demanda reprimida: existe um grande número de pacientes que necessitam de reprodução assistida e não conseguem ter acesso a clínicas especializadas, sejam elas particulares (preços muito altos) ou oferecidas em serviços públicos, que não comportam a quantidade de casais que os procuram”, explica Cavagna, que também é diretor da Divisão de Reprodução Humana do Hospital Pérola Byington, única instituição em que o protocolo completo de reprodução assistida é totalmente custeado com verba pública, da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (DENTILLO, 2012, p. 11).

Em Recife, para o tratamento da infertilidade voltado para casais com dificuldade para ter filhos, temos o Hospital Getúlio Vargas, referência em urologia que realiza atendimento ambulatorial para pacientes do SUS. E o IMIP, que mesmo antes da inauguração do Centro de Reprodução Humana Assistida em 2009, realizava procedimentos de alta complexidade, devido às parcerias com hospitais privados. Com o Centro, possibilitava aos casais inférteis, com o tratamento custeado pelo SUS e alguns medicamentos pagos pelos usuários, a realização do sonho de terem filhos.

Segundo a Gerência de Atenção à Saúde da Mulher da SES/PE, dentro do atendimento dos casais inférteis podem ser utilizados e cobrados para o tratamento da infertilidade: consulta médica, coleta de citologia oncológica, colpocitologia, sorologia anti-HIV, para hepatite B, para hepatite C, para sífilis (VDRL), para toxoplasmose IgG, glicemia de jejum, vacinação contra rubéola, espermograma, consulta de ginecologia, consulta especializada em urologia, atendimento individual em psicologia, serviço social e em grupo multidisciplinar, ultrassonografia transvaginal, histerossalpingografia, biópsia de endométrio, dosagem de prolactina, de estradiol, de SDHEA, de testosterona, de insulina, cultura de esperma, antibiograma simples, histeroscopia diagnóstica, laparoscopia diagnóstica, pesquisa de

cariótipo por banda, ultrassonografia transretal, transvaginal, da bolsa escrotal, biópsia testicular, punção do fundo do saco vaginal, gonadotrofina coriônica humana, gonadotrofina urinária e coleta alternativa de espermatozóide (PERNAMBUCO, 2016).

O quadro 5 mostra onze dos doze serviços de RH vinculados ao SUS²⁰.

Quadro 5 - Serviços de Reprodução Humana Assistida vinculados ao SUS

	UF	Gestão	Estado/Município/DF	Estabelecimento
1	DF	Estadual	Brasília	HMIB – Hospital Materno Infantil de Brasília
2	MG	Municipal	Belo Horizonte	Hospital das Clínicas da UFMG
3	RS	Municipal	Porto Alegre	Hospital Nossa Senhora da Conceição SA – Fêmeina
4	RS	Municipal	Porto Alegre	Hospital das Clínicas de Porto Alegre
5	RS	Estadual	Porto Alegre	Hospital Fêmeina – Grupo Hospitalar Conceição
6	SP	Estadual	São Paulo	HC da FMUSP Hospital das Clínicas de SP
7	SP	Estadual	São Paulo	Centro de Referência da Saúde da Mulher – SP – Pérola Byington
8	SP	Estadual	São Paulo	Hospital das Clínicas FAEPAR Ribeirão Preto
9	PE	Dupla	Recife	Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP
10	RN	Municipal	Natal	Maternidade Escola Januário Cicco
11	GO	Municipal	Goiânia	Centro de Reprodução Humana do Hospital das Clínicas da UFG

Fonte: Adaptado da Associação Médica de Goiás (2013) e do 9º Relatório da SisEmbryo da ANVISA.

5.2.3 Micro-contexto: Aspecto das Finanças

O financiamento público da reprodução humana assistida traz para o debate elementos relacionados aos altos custos das técnicas e procedimentos utilizados, a grande demanda pelos serviços e a pequena oferta à população que convive com a infertilidade.

Na Portaria n. 2.561 de 30 de Novembro de 2004, o Ministério da Saúde estabelece recursos a serem incorporados ao limite financeiro anual da assistência ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, no montante de R\$ 9.716.910,84 (mais de nove

²⁰ Os documentos do MS de 2016 afirmam a oferta de 12 serviços públicos de RHA credenciados ao SUS. Entretanto, só nomeia 10 desses serviços na Portaria n° 3.149 de 2012. Com base em outros documentos foi possível apresentar 11 serviços conforme tabela 4.

milhões de reais). Entre os hospitais em que os recursos foram destinados, está o IMIP, que recebeu R\$ 895.115,88 (mais de oitocentos mil reais).

Considerando a necessidade de estabelecer os critérios mínimos para o credenciamento e a habilitação dos serviços de referência de Média e Alta Complexidade em reprodução humana assistida na rede SUS, o financiamento obrigatório da reprodução humana assistida foi vislumbrado com a instituição da Portaria n. 426/2005, porém isso não tornou-se realidade, pois a mesma foi suspensa por falta de recursos financeiros e essa indisponibilidade pode ser considerada um fator essencial, perfazendo os demais achados micro-contextuais.

O governo Lula tornou-se entusiasta da biotecnologia [...]. o então Ministro da Saúde Humberto Costa [...] publicara portaria criando a Política Nacional de Reprodução Humana Assistida no Sistema Único de Saúde. Uma reunião do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde estimou que o impacto do credenciamento de 5 centros de Reprodução Assistida entre agosto e dezembro de 2005, seria de R\$ 9 a 10 milhões. Há previsão de credenciamento de 13 serviços em 2006, atingindo em 2007, o total de 21 centros (REIS, 2006, p. 91).

No caso do IMIP, um dos centros credenciados pelo MS, enquanto o repasse do Governo Federal não fosse disponibilizado, o Governo do Estado de Pernambuco assumiu o compromisso de custear as despesas, disponibilizando cerca de R\$ 30 mil reais por mês para o funcionamento do serviço (NETO, 2009).

Em 2012, o Governo Federal destina R\$ 11.500.000,00 (onze milhões e quinhentos mil reais), como recursos financeiros aos estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos de atenção à Reprodução Humana Assistida, no âmbito do SUS, incluindo a fertilização *in vitro* e/ou injeção intracitoplasmática de espermatozóides. Estes recursos orçamentários deverão onerar o Programa de Trabalho de apoio à implementação da Rede Cegonha, do orçamento do MS (BRASIL, 2013).

Ainda em 2012, por meio da emenda parlamentar n.º. 19610004, de autoria do Deputado Federal Sandes Júnior do Partido Progressista de Goiás (PP/GO), foram destinados 1 milhão de reais para a Universidade Federal de Goiás (UFG), voltado para a reestruturação e expansão dessa Instituição e entre as ações realizadas destacamos a construção do Laboratório de Reprodução Humana e posteriormente, da inauguração do Centro de Reprodução Humana (ASSOCIAÇÃO MÉDICA DE GOIÁS, 2013; BRASIL, 2011).

Na reunião do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o diretor do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES) destacou que os doze serviços que oferecem a reprodução humana assistida pelo SUS, receberam incentivos financeiros até a regulamentação da lei com a criação de procedimentos e normativas por ser um campo muito complexo e de alto custo (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2014).

O processo de implementação da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida no estado de Pernambuco ainda é precária. O Serviço do IMIP possui recursos públicos da Secretaria de Saúde do Estado insuficientes para comportar o número de casos de tratamento de alta complexidade propostos pelo serviço (6 casos/mês), tendo em vista o comprometimento do funcionamento do serviço no atual momento (ENT. PS. 1, 2015).

O IMIP, segundo a Superintendente desta Instituição, a mesma tinha um custo mensal para o funcionamento do serviço de R\$ 147 mil reais, onde 20% do valor era garantido pelo Governo do Estado de Pernambuco e o restante de R\$ 118,2 mil reais era providenciado mês a mês pela Instituição. Esse valor abarcava os processos de reprodução assistida em que o sêmen é coletado, tratado e injetado no útero e a fertilização *in vitro*.

O Governo Federal a partir da Portaria n. 3.149, contemplou o IMIP com o aporte financeiro de R\$ 1 milhão de reais para ser utilizado em qualquer necessidade da reprodução assistida. Em 2016, os serviços oferecidos pelo IMIP foram encerrados, atendendo somente os casais com tratamentos iniciados, tendo em vista a diminuição dos recursos por parte do Governo do Estado para manter a demanda, os altos gastos e a não incorporação da reprodução assistida na tabela SUS (AZEVEDO, 2016; PERNAMBUCO, 2016).

A Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco (SES-PE) sobre isso destaca que embora a PNRHA prevê o apoio do SUS para o tratamento da infertilidade, as normativas para o financiamento desses serviços no âmbito do SUS estão em fase de definição, não existindo recursos Federais para a manutenção destes, nem mesmo uma tabela SUS com valores de procedimentos específicos para esse fim.

Destacam também que a SES está trabalhando na possibilidade de reativação do IMIP e em outras soluções no sentido de contemplar alguns casais inférteis, mas considerando uma conjuntura de contingenciamento (PERNAMBUCO, 2016).

5.3 Conteúdo da PNRHA

Na análise do conteúdo da PNRHA utilizaremos as diretrizes estabelecidas pela Portaria n.º. 388 de 6 de julho de 2005, como instrumento para a integralidade do cuidado em saúde dos casais inférteis. “A PNRHA instituída em 2005 através da Portaria 426/GM veio no sentido de garantir o princípio da integralidade do SUS mediante políticas específicas de atenção à saúde e foi uma iniciativa pioneira” (ENT. POL. 2, 2015).

No anexo III da Portaria n.º. 388/2005, no item I, que trata das Diretrizes para o acompanhamento psicossocial, na atenção básica, os casais inférteis identificados e avaliados que tenham patologias e fatores concomitantes que futuramente possa interferir na gestação “ou que apresentem alguma outra situação que não se enquadre nos critérios para encaminhamento à serviço de referência de Média e Alta Complexidade em RHA, deverão ser atendidos pelo serviço social para avaliação da possibilidade de adoção”. Na Política foi pensado sim a integralidade dos casais inférteis, inclusive a Portaria se refere até na adoção, inclusive (ENT. GEST. 2, 2016).

Nesse caso, as diretrizes ressaltam que a disponibilidade do casal infértil para adoção e suas condições reais, são elementos que devem estar de acordo com os critérios estabelecidos pelos órgãos competentes. Durante o atendimento psicossocial na atenção básica, deverão ser fornecidas informações acerca do processo de adoção, e se for pertinente esse casal será encaminhado formalmente, munido de relatório para o serviço social da Vara da Infância ou órgão responsável, para dar início ao processo de avaliação para adoção. A “abordagem psicossocial deve considerar os direitos sexuais, os direitos reprodutivos e a Legislação vigente, como a Lei N.º 9.263/1996 e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a fim de promover uma maternidade e/ou paternidade responsáveis” (BRASIL, 2005a). A Política também considera que,

a assistência em planejamento familiar deve incluir a oferta de todos os métodos e técnicas para a concepção e a anticoncepção, cientificamente aceitos, de acordo com a Lei n.º 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar (BRASIL, 2005b).

Para a Diretora do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas do Ministério da Saúde (NETTO, 2012, p. 9), a Política traz um tema muito complexo, que envolve a sociedade como um todo, “como as questões de adoção, as questões sociais, o desejo íntimo

de cada casal ter seu filho”. E uma das formas de garantir esse suporte é via políticas públicas, “por meio de apoio à população, aos casais que desejam ter seus filhos ou até mesmo provocar neles o sentimento da adoção, além de outras ações”.

O apoio à adoção da forma que foi construída na PNRHA, foi compreendida como uma questão segura, ampla, importante e que deve ser tratada com seriedade e que se aplica, entre outras condições destacadas anteriormente, quando da “existência de contracepção definitiva, com filhos vivos da atual relação, com o mesmo parceiro”. Esse é um caso, por exemplo, de avaliação para a possibilidade de adoção, além do acompanhamento psicológico da dinâmica relacional do casal, que trata do desejo de maternidade/paternidade, do projeto de vida desse casal, do significado da gestação/filho e da possibilidade de adoção (BRASIL, 2005a).

A adoção na PNRHA foi pensada de forma a garantir a integralidade no cuidado em saúde dos casais inférteis, no entanto, como a Portaria foi suspensa e não foi adiante, a realidade vivenciada por grande parte dos casais inférteis é de penalização, seja por: 1) (con) viverem com a infertilidade; 2) não terem garantidos seus direitos sexuais e reprodutivos pelo SUS no que se refere a reprodução humana assistida; 3) fazer da adoção a única alternativa para se ter um filho - não por escolha do casal, mas por uma ‘imposição’ das condições que lhe são dadas – devido a falta de recursos financeiros para realizar um tratamento na rede privada ou falta de acesso ao serviço público de saúde que deveria garantir o direito ao planejamento familiar. Ou seja, ferindo o princípio da integralidade no cuidado no que se trata ao direito à saúde.

Porque mesmo quando se diz, ‘olha temos muitas crianças aí na rua que deveriam ser adotadas’, então você de novo tá penalizando esse casal, que já foi penalizado pela falta de assistência pública, você tá dizendo que eles são responsáveis por um problema que de novo não é deles, é da sociedade toda. [...] A sociedade agindo dessa forma penaliza duas vezes o casal infértil, primeiro por ele ter tido o problema - azar o dele - e segundo, por que o que a sociedade deveria reagir como um todo, fazer uma adequação em relação à informação e a condução dos casos de adoção é só pra aqueles que já foram penalizados (REPRODUÇÃO..., 2012).

Como ressalta o Diretor Científico da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana, à época, presente na audiência da CSSF, “outra celeuma é de quem tem filhos e entende que aquele que não tem deveria fazer adoção pública. Adoção não é tratamento de reprodução assistida, não é tratamento de reprodução humana” [...]. “Não podemos passar essa missão

para aqueles que não têm filhos, de não experimentar o prazer de tê-los” (AMARAL, 2012, p. 7).

Atrelado a esse debate tem-se a questão do controle de natalidade, tendo em vista que a Política, embora tenha sido uma iniciativa pioneira, foi alvo de muitas críticas nesse sentido, como veremos nos depoimentos a seguir.

Há um ponto aqui importante. A facilidade que existe em relação à laqueadura, ao DIU. Nós somos campeões de laqueadura no mundo. Nós temos em torno de 40% a 45% das nossas mulheres laqueadas. Sim, há facilidade de acesso, principalmente quando se compara. Mas mesmo que eu não compare com o casal que quer engravidar, nós temos uma facilidade muito grande em relação aos métodos de anticoncepção. Para mim, tanto o poder público quanto o poder privado atuam da mesma forma, atuam como uma ‘mãe’ para o casal que não quer engravidar e como um ‘padrasto’ para o casal que quer engravidar. Essa é a minha opinião (TORQUATO, 2012, p. 19).

Especulava-se se o Brasil estaria instituindo essa Política para maquiagem uma verdadeira política de controle de natalidade, argumento que não sustentava conforme o próprio Ministro da Saúde à época, Humberto Costa esclarecera que o Brasil não tinha e não tem hoje uma política de controle de natalidade; Mas, claro é importante considerar que 10 anos se passaram desde a Portaria 426/GM do MS (ENT. POL.2, 2015).

Sobre isso, Liliana Acero (2006, p. 69) destaca que “a infertilidade e a fertilidade pertencem a planos separados no sistema de saúde local, e não são contempladas pela maioria dos programas de saúde reprodutiva, que tem o foco quase prioritário voltado para a educação sexual e o planejamento familiar. Mesmo sendo garantida na Constituição Federal, como parte da assistência em planejamento familiar – com foco na contracepção -, a oferta de todos os métodos e técnicas para anticoncepção e concepção, “as políticas nacionais coerentes de reprodução são difíceis de desenvolver”.

Outro achado importante para ser analisado no conteúdo da Política diz respeito ao público-alvo, além dos casais inférteis, os portadores de doenças genéticas e portadores de doenças infecto-contagiosas, em especial os portadores do HIV e das Hepatites virais também são contemplados. Na instituição da PNRHA o MS regulamenta a atenção em reprodução humana assistida para esse público e adota mecanismos para permitir esse acesso.

O Estado de São Paulo é pioneiro na oferta desse serviço no Ambulatório de Reprodução Assistida no Centro de Referência em DST/Aids, para casais soropositivos e sorodiscordantes (SÃO PAULO, 2011). Entretanto, em Recife, especificamente no IMIP, o serviço de reprodução assistida tinha foco no atendimento somente aos casais inférteis, não

trabalhando com o restante do público prioritário da Política. São dois exemplos de realidade que se apresentam como lacunas no que se refere a integralidade do cuidado em saúde para esse público, pouca oferta (ou nenhuma oferta) de atendimento integral que envolva a promoção, a proteção e a recuperação da saúde em relação a infertilidade e o desejo de ter filhos.

Por a gente considerar que as pessoas vivendo com HIV, têm que ter garantidos os direitos sexuais e reprodutivos como qualquer outra pessoa, com responsabilidade, tudo como qualquer outro indivíduo, também o direito a reprodução humana assistida. E aqui é praticamente impossível, né. A reprodução assistida, o Ministério da Saúde, coloca como referência o IMIP, aqui em Recife, pra quem precisa, porque não vai ter grana pra pagar e para população em geral. E dentro disso está lá escrito textualmente que as pessoas com HIV têm prioridade nessa Política. E na verdade não tem, na verdade não acontece. Não conheço nenhum caso aqui que tenha conseguido fazer reprodução assistida que seja portador de HIV no serviço público (ENT. SC.2, 2016).

Um ponto também relevante para análise do conteúdo da Política em questão, é o seu viés heteronormativo, quando exclui os casais homoafetivos dos potenciais usuários/as do serviço de reprodução humana assistida, ao definir que a Política atenda casais inférteis, partindo do conceito da OMS de infertilidade conjugal - como a ausência de gravidez em um casal com vida sexual ativa, sem uso de medidas contraceptivas, durante o período de 1 ano ou mais -. Sendo assim, “o termo infértil é aplicado caracteristicamente ao casal – o ‘casal infértil’ - e não a um único indivíduo, pois culturalmente a fertilidade é apenas reconhecida como parte integrante de um relacionamento heterossexual, daí a utilização da expressão infertilidade conjugal” (DELGADO, 2007, p. 10). Para Diniz e Costa (2006), o conceito de infertilidade é plástico e ele se modela a partir do pressuposto da heterossexualidade do casal infértil. Sendo assim, a infertilidade não deveria ser um dos fatores determinantes para acessar as técnicas de reprodução assistida, tendo em vista às novas configurações familiares estabelecidas na sociedade contemporânea, com a formação de famílias homoafetivas (que não necessariamente sofrem de infertilidade).

Essas definições de infertilidade traçam o perfil das pessoas que a Política se direciona e se propõe a atender, fazendo com que a heteronormatividade, se expresse como “um aparato do poder e da força normalizadora característica da ordem social do presente” (PELÚCIO; MISKOLCI, 2009, p. 157), por meio das “instituições, estruturas de compreensão e orientações práticas que não apenas fazem com que a heterossexualidade pareça coerente – ou seja, organizada como sexualidade – mas que também seja privilegiada” (BERLANT; WARNER, 2002, p. 230 *apud* PELÚCIO; MISKOLCI, 2009, p. 157).

[...] na atualidade a reprodução humana assistida é um tema que ganha mais relevância, pois além de uma parcela grande da população sofrer com o problema da infertilidade, precisamos considerar o universo de uniões homoafetivas que possuem os mesmos direitos dos casais formados por homens e mulheres. É uma nova perspectiva a se pensar (ENT. POL.2, 2015).

Essa heteronormatividade também pode ser compreendida como o que Judith Butler chama de ‘normas de gênero’, ou seja, é “uma concepção muito específica do que seja o humano: um corpo apropriado, naturalmente heterossexual e que, portanto, desenvolva performances de gênero condizentes” (BENTO, 2015, p. 254).

As ‘normas de gênero’ ou ‘heteronormatividade’ se materializam nas diretrizes clínicas para atenção aos casais inférteis da Política, que mais uma vez com base no conceito de infertilidade conjugal, classifica suas ações a partir de um modelo heterossexual, e deixa evidente o lugar do homem e da mulher. A Portaria nº 388, em seu texto introdutório, considera a necessidade de estabelecer protocolos clínicos, cirúrgicos, entre outros, em reprodução assistida, que “contenham critérios de diagnóstico e tratamento, que observem princípios éticos e técnicos e estabeleçam mecanismos de acompanhamento de uso e de avaliação de resultados”. Entretanto, importante destacar que o próprio diagnóstico na reprodução assistida tem “como único indicador da enfermidade a infecundidade involuntária garantida pelo pressuposto da heterossexualidade do casal infértil”, já que não existe sintomas de esterilidade no corpo (DINIZ; COSTA, 2006, p. 57).

A Assessoria Técnica da Coordenação da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, chama a atenção para a qualidade do diagnóstico para os casais inférteis na reprodução assistida, sobretudo na atenção básica.

uma coisa é um diagnóstico de infertilidade, outra coisa é uma tentativa de gravidez, depois de um longo período tomando medicamento. E isso é uma diferença muito importante de se perceber, é uma infertilidade de fato? Não é uma coisa que poderia ser resolvida na atenção básica ou mesmo que seja na média complexidade, ou precisa mesmo subir para a alta complexidade, ou para o judiciário? (ENT. GEST. 2, 2016).

Podemos visualizar essa heteronormatividade também nas diretrizes que classificam os tipos de infertilidade: a) Infertilidade primária: é ausência de gestação prévia; b) Infertilidade secundária: se a falha na capacidade reprodutiva se estabeleceu após uma ou mais gestações; c) Esterilidade: incapacidade definitiva em gestar e por fim, d) Aborto

habitual: ocorrência de três ou mais interrupções espontâneas consecutivas da gestação até a idade de 20 semanas.

[...] a medicalização da infecundidade, ao invés de potencializar a reprodução biológica como um instrumento de mudança moral para a reprodução social se apresenta como um poderoso instrumento de reforço moral heterossexual e de padrões de constituição de famílias assentados em premissas naturalistas do feminino e do masculino (DINIZ; COSTA, 2006, p. 60).

O contexto atual nos imprime uma realidade que impacta no debate da Política Nacional de Reprodução Humana Assistida, e aponta para importantes lacunas no que se refere ao acesso dos potenciais usuários dessas biotecnologias, advindos das novas configurações familiares. O Supremo Tribunal Federal (STF), na sessão de julgamento realizada em maio de 2011, reconheceu e qualificou como entidade familiar a união estável homoafetiva e o Conselho Federal de Medicina publicou em 2013, a atualização da Resolução CFM nº 2.013/13, que permite o uso das técnicas de RA para relacionamentos homoafetivos e pessoas solteiras, respeitado o direito da objeção de consciência²¹ do médico.

É, eu teria hoje complementações à portaria que cria a Política, porém, mais do que isso, é ver o que já é feito, é ver o que já tá acontecendo, o que tá dado, não é infertilidade por infertilidade. A infertilidade por infertilidade ela é ínfima. Mas a infertilidade por DST's não tratadas, não curadas. É a infertilidade pelo período mesmo orgânico, é a infertilidade masculina que ninguém quer saber. Ninguém fala da sobre a infertilidade masculina (ENT. GEST. 2, 2016).

Este depoimento faz uma ligação com os elementos discutidos anteriormente, e nos remete ainda a outro aspecto importante no conteúdo da Política, ou seja, o lugar do homem na Política de Reprodução Assistida. Já refletimos a partir da perspectiva heteronormativa sobre o 'não-lugar' dos casais homoafetivos na Política, e temos ainda os homens que constituem o casal infértil, heterossexual e o seu papel no campo dos direitos reprodutivos.

Falar de reprodução assistida, é tratar na maioria das vezes de infertilidade, sendo assim, qual o movimento do homem em direção a solucionar este problema? São homens que se vêem diante da infertilidade e procuram o serviço? Na verdade, são homens que vivenciam

²¹ A objeção de consciência é um dispositivo normativo de códigos profissionais e de políticas públicas que visa proteger a integridade de pessoas envolvidas em uma situação de conflito moral. Em um conflito entre deveres públicos e direitos individuais, esse dispositivo é acionado para proteger a moral privada do indivíduo, como no caso do médico que declara objeção de consciência para não atender uma mulher que deseja abortar legalmente (DINIZ, 2011, p. 982). Ou por exemplo, o não atendimento a um casal homoafetivo que deseja fazer reprodução assistida.

a reprodução assistida a partir da experiência de suas mulheres/companheiras beneficiárias da Política, quando às acompanham até o serviço. A maioria das entrevistas realizadas com as/os usuárias/os do serviço do IMIP, mostrou que as mulheres freqüentam mais o serviço no decorrer do processo de tratamento para engravidar, sem a presença do homem. “Durante o tratamento, meu esposo só me acompanhou e ele só fez de exame o espermograma e o espermocultura. Porque o problema é meu” (USUÁRIA B). Mas, “mesmo sendo o problema de infertilidade do homem, é a mulher passa por todos os procedimentos com medicamentos para engravidar. Quando é com os homens, é mais cirúrgico” (ENT. PS. 2, 2015). “Meu marido só vinha aqui quando era necessário. Porque ele tem que trabalhar. E só vem se necessário” (USUÁRIA X).

Na primeira consulta geralmente os homens vem acompanhando as mulheres e também pra saber dos exames iniciais. De forma geral, o casal na primeira consulta vem os dois, mas depois, na maioria das vezes, fica só a mulher fazendo o tratamento. Eles vem também quando tem que coletar o sêmem, os espermatozóides para os procedimentos futuros (ENT. PS. 2, 2015).

Os homens, nessas ocasiões, se apresentam como beneficiários ‘indiretos’ da Política de Reprodução Assistida, que mesmo traçando em suas diretrizes os procedimentos necessários em caso de infertilidade masculina, acaba reforçando o pressuposto de que eles não são sujeitos de direitos reprodutivos, tese inclusive defendida por Lyra (2008). Entretanto, mesmo os homens não estando no tratamento da RA de forma constante e frequente, alguns entrevistados ressaltaram o sentimento de casal grávido e a necessidade de estar junto com a mulher no decorrer do processo pela busca do filho. Importante destacar que a busca pelo filho, majoritariamente é um movimento da mulher, mas os homens também sentem a necessidade de perpetuar a espécie e materializar a partir da descendência o desejo pelo ‘filho de sangue’. Ou seja, o desejo de família se sobrepõe ao desejo pelo filho, no caso dos homens.

Os beneficiários diretos da Política são os casais inférteis heterossexuais, muito embora é no corpo da mulher que as ações se materializam. Este termo acaba deslocando o problema da infertilidade individual (feminina ou masculina) para a infertilidade do ‘casal’.

Se o homem é um ‘não sujeito’ para as políticas de reprodução, porque tem uma máxima muito presente e forte, polarizada e dicotômica, de que os homens estão para o sexo e a sexualidade, tanto quanto as mulheres para a vida reprodutiva. E aí os homens vão ser tematizados em outras esferas, em outros documentos de políticas, que vai ser na discussão sobre sexualidade, sobre Aids, por exemplo. Enfim, mas é uma outra esfera, um outro cenário (ENT. PESQ. 2, 2016).

A ‘invisibilidade’ desse homem no campo dos direitos reprodutivos pode ser visto na maioria das diretrizes da Política (BRASIL, 2005, anexo II). Em seu conteúdo a Política traça os procedimentos para o tratamento dos casais inférteis, tendo em vista que as ações para a gestação de uma criança, quase que exclusivamente voltam-se para o corpo da mulher, principalmente nos procedimentos da Atenção de Alta Complexidade (tabela 2).

Tabela 2 - Procedimentos na Atenção de Alta Complexidade e a quantidade de consultas para os casais inférteis.

a) Estimulação ovariana para Fertilização <i>in vitro</i>:	Quantidade
consulta ginecológica	5
ultrassonografia transvaginal	5
acetato de leuprolida 3,75 mg / fa	1
gonadotrofina urinária 75 UI / fa	32
gonadotrofina coriônica humana 5000 UI / fa	2
progesterona micronizada 100 mg / cp 120	120
b) Fertilização <i>in vitro</i> convencional sem ovócito	Quantidade
Consulta ginecológica	1
Estimulação ovariana	1
Punção do fundo do saco vaginal	2
c) Fertilização <i>in vitro</i> convencional sem fertilização	Quantidade
Consulta ginecológica	1
Estimulação ovariana	1
Processamento seminal terapêutico	1
Punção do fundo do saco vaginal	2
Identificação/fertilização/incubação/acompanhamento	1
d) Fertilização <i>in vitro</i> com fertilização	Quantidade
Consulta ginecológica	1
Estimulação ovariana	1
Processamento seminal terapêutico	1
Punção do fundo do saco vaginal	2
Identificação/fertilização/incubação	1

Fonte: Elaborada pela autora com base nas informações da Portaria n. 388/2005 (BRASIL, 2005).

Na Atenção de Média Complexidade podemos destacar exames, consultas, procedimentos cirúrgicos e não cirúrgicos e pesquisa especial que são destinados ao casal infértil. Entretanto, chama a atenção os procedimentos não cirúrgicos relacionados ao coito programado, o coito programado com estimulação da ovulação e a inseminação artificial, que são procedimentos realizados no corpo feminino. A constituição da categoria ‘casal infértil’, retira da cena da reprodução assistida, a mulher enquanto indivíduo, mas mantém no seu corpo a medicalização (TAMANINI, 2009, p. 132). E ‘atenua’ o preconceito em relação ao

homem, quando a infertilidade é masculina. Ou seja, em muitos momentos “as tecnologias reprodutivas reforçam as desigualdades entre homens e mulheres, beneficiando o desejo dos homens de ter filhos biologicamente seus, através da manipulação do corpo feminino” (DINIZ; COSTA, 2006, p. 59).

A Política também faz referência a questão idade da mulher, como parte dos critérios para seleção dos casais para o acesso aos serviços de reprodução humana assistida, como podemos ver no quadro 6. A discussão sobre a idade das mulheres no contexto da reprodução humana assistida foi realizada no item 5.6.2. dessa tese, entretanto é importante destacar essa questão como elemento definidor no conteúdo da Política, que pode ou não garantir a essa mulher o acesso às tecnologias conceptivas por terem mais de 50 anos.

Quadro 6 - Critérios para seleção de candidatos para o acesso aos serviços de RHA

Critérios para seleção para acesso a RHA:

- a) Mulher com idade igual ou superior a 25 anos;
- b) Mulheres, entre 18 a 25 anos, poderão ser incluídas no programa desde que o critério clínico justifique a necessidade de realização imediata do procedimento, tais como: parceiro com oligozoospermia severa ou azoospermia, patologias evolutivas que venham a limitar o futuro reprodutivo (endometriose, neoplasias malignas, entre outras).

Critérios de seleção da mulher ou do casal, que deverão ser encaminhados imediatamente para a Média Complexidade:

- Mulher com menos de 30 anos, mais de 2 anos de vida sexual ativa, sem anticoncepção;
- Mulher com mais de 30 anos e menos de 40 anos, mais de 1 ano de vida sexual ativa, sem anticoncepção;
- Mulher com mais de 40 anos e menos de 50 anos, mais de 6 meses de vida sexual ativa, sem anticoncepção;
- Cônjuges que apresentam vida sexual ativa, sem uso de anticoncepcionais, e possuem fator impeditivo de concepção (obstrução tubária bilateral, amenorréia prolongada, azoospermia, etc), independente do tempo de união;
- Ocorrência de 2 ou mais interrupções gestacionais subseqüentes
- Casais que após o aconselhamento não optarem pela adoção proposta nesta Política.

Fonte: Elaborada pela autora com base na Portaria 388/2005 (BRASIL, 2005).

A temática foi uma das atualizações da Resolução nº 2.121/15 do CFM em 2015, dispondo que as mulheres com idade acima de 50 anos que desejam engravidar por meio das técnicas de reprodução assistida, poderão fazê-lo sem depender do aval do sistema conselhal, desde que assumam junto ao seu médico os riscos de uma gravidez tardia (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2015).

As técnicas de Reprodução Assistida (RA) podem ser utilizadas desde que exista probabilidade de sucesso e não se incorra em risco grave de saúde para o(a) paciente ou o possível descendente, sendo a idade máxima das candidatas à gestação de RA de 50 anos. As exceções ao limite de 50 anos para participação do procedimento serão determinadas, com fundamentos técnicos e científicos, pelo médico responsável e após esclarecimento quanto aos riscos envolvidos (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2015).

Mas, nesse contexto, os serviços públicos que ofertam a RHA criam seus próprios critérios com base na idade das mulheres para se cadastrarem no programa, que de uma forma geral limitam a idade máxima de 35 anos para cadastro, acrescentando o tempo para a concretização do tratamento que varia em um tempo de espera de 4 a 5 anos. Este é um ponto que coloca em xeque a integralidade do cuidado desse casal infértil, que na busca por tratamento da infertilidade se depara com critérios e condições às vezes inesperados e excludentes.

De acordo com as diretrizes da Política, a atenção integral em reprodução humana assistida (RHA) deve ser garantida nos três níveis: Atenção Básica, Atenção de Média Complexidade e Atenção de Alta Complexidade, conforme o quadro 7.

Sabe-se que a atenção básica é a porta de entrada para a identificação do casal infértil, porém,

[...] muitas dessas causas que trazem esses casais a terem essa dificuldade posterior de engravidar, de obstrução tubária, de alterações importantes da quantidade, do número de espermatozoides, são alterações de saúde que não foram detectadas na atenção básica. Problemas inflamatórios pélvicos, doença sexualmente transmissíveis mal diagnosticadas, mal tratadas, portanto, mal orientadas, então é um problema de saúde básico, que foi adquirido pelo não tratamento, pelo mal tratamento, pela coisa básica da saúde. Se nós tivermos uma saúde mais atenta na sua base nós vamos ter menos esses problemas (REPRODUÇÃO..., 2012).

A integralidade da assistência deve contemplar, quando necessário, a continuidade do atendimento, em níveis distintos, pois como ressalta Paim (2009, p. 60), “a maioria dos problemas de saúde apresentados pelas pessoas é simples. Pesquisas indicam que 80% dos casos poderiam ser atendidos e resolvidos nos serviços básicos”.

No caso da infertilidade mais especificamente, o MS coloca que de 8% a 15% dos casais com infertilidade conjugal no Brasil, 70% desses casos poderiam ser resolvidos na atenção básica e na média complexidade (NETTO, 2012).

Quadro 7 - Níveis de Atenção da Reprodução Humana Assistida

1. Atenção Básica	2. Atenção de Média Complexidade	3. Atenção de Alta Complexidade
<p>É a porta de entrada para a identificação do casal infértil. Neste nível de atenção deve ser realizado a anamnese e o exame clínico-ginecológico e solicitados os exames diagnósticos referidos no Anexo II da Portaria 388/2005, identificando-se patologias e fatores concomitantes que interfiram numa futura gestação, tais como diabetes descompensada, hipertensão descompensada, cardiopatias descompensadas, insuficiência renal crônica, três ou mais cesáreas anteriores, obesidade mórbida e situações infecto-contagiosas e genéticas, entre outras, que ponham em risco a vida da mulher e/ou do feto.</p>	<p>Os serviços de referência de Média Complexidade deverão estar habilitados a atender o casal infértil encaminhado pela Atenção Básica, realizando acompanhamento psicossocial e os procedimentos listados no anexo II da Portaria 388/2005, sendo facultativa e desejável, neste nível de atenção, a realização dos seguintes procedimentos, quando indicados: histeroscopia diagnóstica, histeroscopia cirúrgica, laparoscopia, microcirurgia, inseminação artificial, avaliação genética, à exceção dos relacionados à fertilização <i>in vitro</i>. Não havendo a possibilidade da realização desses procedimentos nesse nível de atenção, e havendo a indicação dos mesmos, o casal deverá ser encaminhado para a Atenção de Alta Complexidade.</p>	<p>Os serviços de Alta Complexidade deverão estar habilitados a atender os casais inférteis e os casais que se beneficiem das técnicas de RHA para o controle de doenças com risco de transmissão vertical e/ou horizontal, encaminhados pelos serviços de Média Complexidade, realizando acompanhamento psicossocial e os procedimentos listados no anexo II da Portaria 388/2005. Caracterizam-se pela disponibilização da fertilização assistida (inseminação artificial e fertilização <i>in vitro</i>).</p>

Fonte: Elaborada pela autora com base nas informações da Portaria n. 388/2005 (BRASIL, 2005).

Embora os níveis de atenção se apresentem com um caráter hierarquizado, não significa dizer que um é mais importante que o outro. Os níveis existem para otimizar a oferta dos serviços de saúde e os recursos disponíveis de forma racional, tendo em vista que “a maior parte dos municípios não tem condições de ofertar integralmente os serviços de saúde” (PAIM, 2009, p. 59).

Por fim, o retrato final do conteúdo da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Assistida, analisado na perspectiva de gênero, nos mostra uma política que pode ser definida como ‘política de maternidade’ ou ‘política maternalista’, onde as mulheres são objetos das políticas, que impõem e reforçam uma identidade feminina vinculada a maternidade. As mulheres então acabam sendo frutos de uma maternalização que as identificam a partir da sua condição de ser mãe e mulher (NARI, 2004).

Entretanto,

o maternalismo representa um paradoxo, pois ao mesmo tempo em que naturaliza a maternidade como essência feminina e a reprodução como uma função social da mulher, proporcionou também caminhos para o aumento do grau de “empoderamento” destas mulheres, a partir da inserção das mesmas no debate na arena política. Com isso, as mulheres conseguiram deslocar os valores “ditos” femininos da esfera privada para o público e agir politicamente enquanto sujeitos e objetos de políticas públicas de proteção a favor de outras mulheres (MACEDO FILHO, 2010, p. 183).

As políticas que são direcionadas à questão da maternidade, têm uma herança e um forte apelo no condicionamento do papel de mãe à identidade feminina, e conseqüentemente a sua função enquanto reprodutora e mesmo quando uma política no campo dos direitos reprodutivos é pensada, elaborada e defendida por mulheres, acaba se cristalizando no seu conteúdo, a relação direta do corpo feminino aos direitos reprodutivos, já que o campo da biomedicina/biotecnologias e da políticas se constituem como campos ‘masculinos’ e de poder.

O que se percebe a partir do conteúdo da PNRHA, é que a aspiração de avanço que as tecnologias de reprodução assistida traz, tanto no campo da reprodução quanto da sexualidade, em muitos momentos se reafirmam de noções dicotômicas, polarizadas e convencionais de gênero, que ‘associam masculinidade com potência sexual e feminilidade com maternidade’. Corroborando com as autoras Diniz e Costa (2006), ao mesmo tempo em que a reprodução assistida, enquanto tecnologia conceptiva representa um instrumento que viabiliza a concretização de um projeto de vida, por meio da constituição de uma família, ela também se apresenta como um mecanismo de subordinação da mulher, por meio da alienação do seu corpo e da autonomia feminina à maternidade.

5.4 Atores da PNRHA

Os atores envolvidos com a PNRHA foram identificados em momentos diferentes no ciclo de vida dessa Política e nesse contexto, é importante analisar a posição ocupada por estes atores e a correlação de poder, as alianças estabelecidas e coalizões, considerando que a política pública “envolve vários atores e níveis de decisão, embora seja materializada através dos governos, e não necessariamente se restringe a participantes formais, já que os informais são também importantes” (ARAÚJO JÚNIOR, 2000; SOUZA, 2006, p. 36) .

[...] analyse the actors involved in the policy process by applying a model which allows for: the identification of major actors; their position in relation

to the policy; how are they mobilised; the correlation of power among them and their possible alliances and coalitions (ARAÚJO JÚNIOR, 2000, p. 46).

Iniciamos destacando o importante papel dos movimentos sociais como atores responsáveis pela formação da agenda da Política, que por meio do movimento feminista, o movimento de mulheres, os movimentos das pessoas que convivem com HIV/Aids, o movimento LGBT, se apresentam como grupos de pressão junto ao Estado para a solução dos problemas de infertilidade dos casais inférteis e garantia dos direitos sexuais e reprodutivos de homens e mulheres. “Seguramente entrou como um grupo de pressão os movimentos de mulheres, as sociedades médicas, casais homoafetivos, pacientes soro-positivos, excluídos do processo reprodutivo adequadamente orientado” (ENT. SC. 1, 2016). “No País de 1982, as feministas já falavam da reprodução humana como uma questão da saúde da mulher, como uma necessidade” (ENT. GEST. 2, 2015). Os desafios enfrentados pelo movimento feminista no campo da reprodução, especialmente com o desenvolvimento das biotecnologias - entre elas as técnicas de reprodução humana assistida -, impacta diretamente na vida das mulheres, seja em relação aos direitos reprodutivos ou ao enfrentamento à mercantilização do corpo feminino. O tema também faz parte da agenda de reivindicações do movimento LGBT, onde

[...] o reconhecimento e a efetivação de direitos conjugais e/ou parentais de homossexuais, além de ampliar a discussão sobre cidadania, potencializa o debate sobre laicidade, pluralismo democrático, desigualdade, parentesco, família e biossocialidade nas sociedades contemporâneas. Consequentemente, auxilia-nos na compreensão sobre os significados sociais e as dificuldades envolvidas na implantação de serviços públicos de reprodução assistida (PARZIANELLO, 2013).

Outros atores marcaram o processo de elaboração da PNRHA, por meio de um grupo de trabalho no ano de 2004, instituído pelo Ministro da Saúde na época, Humberto Costa. Esses atores se localizavam nos âmbitos do próprio Ministério da Saúde, das Instituições Públicas e Filantrópicas, e das Sociedades Científicas (BRASIL, 2008).

Os atores dos setores do Ministério da Saúde:

- a) Ministro da Saúde;
- b) O Departamento Atenção Especializada/Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade;
- c) O Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/Área Técnica de Saúde da Mulher;
- d) Departamento de Atenção Básica;

- e) O Departamento de Regulação, Avaliação e Controle da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS);
- f) O Programa Nacional de DST/Aids e Programa Nacional de Hepatites Virais da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS);
- g) o Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE);
- h) a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Os atores das Instituições públicas e filantrópicas vinculadas ao SUS – que realizavam serviços de reprodução humana assistida -, e sociedades científicas:

- a) Centro de Reprodução Humana Assistida do Hospital Regional da Asa Sul/DF;
- b) Centro de Referência em Saúde da Mulher/SP (Hospital Pérola Byington);
- c) Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), em Recife/PE;
- d) Hospital Universitário de Ribeirão Preto/USP/SP;
- e) Hospital Universitário da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp);
- f) Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo);
- g) Sociedade Brasileira de Reprodução Humana;
- h) Núcleo de Bioética da UnB;
- i) Sociedade Brasileira de Urologia.

No âmbito do Estado de Pernambuco com inauguração do Centro de Reprodução Humana Assistida no IMIP em 2009, configurando a tentativa de implementação do projeto piloto, os atores envolvidos foram:

- a) Governo Federal
- b) Ministro da Saúde
- c) Governador de Pernambuco
- d) Secretário da Saúde de Pernambuco
- e) Secretário das Cidades
- f) Presidente do IMIP
- g) Secretário da Saúde de Recife
- h) Coordenadora do Centro de RHA do IMIP
- i) Coordenadora do Centro de Atenção a Saúde da Mulher do IMIP
- j) Enfermeira do Centro de Reprodução Humana Assistida do IMIP

Destacamos a partir da listagem anterior, a articulação entre diversos atores, como uma das formas de exercício do poder político e de governabilidade. Considerando o poder como uma “relação social que envolve vários atores com projetos e interesses diferenciados, há necessidade de mediações sociais e institucionais, para que se possa obter um mínimo de consenso e obter eficácia nas políticas públicas” (TEIXEIRA, 2002, p. 6).

A figura de Humberto Costa, ora como Ministro da Saúde em 2004 e posteriormente como Secretário das Cidades do Governo Eduardo Campos em 2009, alicerçado a força dos movimentos sociais e suas reivindicações no campo dos direitos reprodutivos, se apresenta como um dos atores importantes no processo de elaboração da PNRHA e na implementação de um serviço de reprodução humana assistida em Pernambuco.

Se analisarmos isso na perspectiva da governabilidade, onde entra em cena a questão do capital político e do poder, essa governabilidade pode se manifestar de forma diferente para o mesmo ator, dependendo da sua função no momento e do conteúdo propositivo dessa governabilidade. Para Matus (1996), a relação entre o conjunto de variáveis que um ator controla ou não controla pode ser definida como governabilidade. Quanto maior as variáveis que este ator controla, maior será a sua governabilidade.

Outro ator é o IMIP (enquanto Instituição e sua equipe), que aparece nesses dois momentos (2004 e 2009) e que teve espaço no processo de elaboração da Política, como uma instituição filantrópica vinculada ao SUS, que realizava serviços de reprodução humana assistida e contribuiu com as discussões acerca das condutas clínicas. Foi a única do Nordeste a ter representação no grupo de trabalho do MS para se pensar a Política e foi o primeiro Centro de RHA a funcionar como projeto piloto. Com Humberto Costa no poder, abriu-se uma janela de oportunidade para a efetivação do serviço de Reprodução Humana Assistida em Pernambuco. Como ressalta Matus (1996), a oportunidade tem uma característica transitória, e quando surgem devem ser aproveitadas pelos atores que as identificam.

5.5 Os Processos da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida: formulação e implementação

5.5.1 Processo de Formulação da PNRHA

No processo de formulação da PNRHA, levamos em consideração dois importantes momentos do ciclo de uma política pública, quais sejam, a construção da agenda - com a identificação dos problemas - e a tomada de decisão.

A agenda vai refletir os temas que são prioridades (e os que não são) para um determinado governo, tal como os principais problemas (contemplados ou não) e por isso, torna-se um espaço e um instrumento de disputa e de poder entre os atores envolvidos no processo do jogo político (ROTH DEUBEL, 2006) .

Podemos especificamente falar de uma ‘pré-agenda’, que data do século XIX e primeira metade do século XX, e antecipa a construção da agenda da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida. A partir de um cenário onde o movimento de mulheres e feminista ganham visibilidade no sentido de trazer para a discussão no plano político, as demandas das mulheres relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos, se destacam, entre elas, o direito de decidir sobre sua fertilidade com acesso aos métodos contraceptivos. As mulheres foram movidas pelo sentido de terem sob seu domínio e controle o seu próprio corpo, a sua fecundidade e saúde, ou seja, significa tratar separadamente dois campos importantes para garantir a autonomia dos mesmos: os direitos sexuais e reprodutivos.

Tratá-los como dois campos separados é uma questão crucial no sentido de assegurar a autonomia dessas duas esferas da vida, o que permite relacioná-los entre si e com várias outras dimensões da vida social. É também um reconhecimento das razões históricas que levaram o feminismo a defender a liberdade sexual das mulheres como diretamente relacionada à sua autonomia de decisão na vida reprodutiva (ÁVILA, 2003, p. s466).

Um dos principais documentos, oriundos deste movimento de luta por direitos, no contexto de restabelecimento da democracia no Brasil e da Conferência de Alma-Ata (1978), e que se consolidou como referência para o planejamento familiar enquanto direito constitucional, foi o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). “O PAISM surgiu um pouco antes da promulgação da nova Constituição Federal, representando uma esperança de resposta ao quadro epidemiológico da população feminina e as necessidades globais da saúde da mulher” (LINDNER; COELHO; CARRARO, 2006, p. 139).

O PAISM foi um marco na abordagem da saúde reprodutiva no país, pois independente da função reprodutora da mulher ser exercida ou não, pretendia com o Programa garantir o atendimento pleno às mulheres, rompendo assim com a concepção de políticas materno-infantis, onde a saúde da mulher e/ou ausência de enfermidade estavam associadas à saúde materna ou a reprodução biológica.

As diretrizes gerais do PAISM estão pautadas nos princípios norteadores da Reforma Sanitária, quais sejam, hierarquização, descentralização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, que posteriormente integraram a política do SUS. O Programa inovou no sentido de propor um ações de saúde para as mulheres, onde a integralidade foi seu principal fundamento.

Todas as ações destinadas a prevenir as doenças ou promover e recuperar a saúde da mulher e da criança deverão nortear-se pelo princípio da integralidade da assistência. [...] A estratégia de assistência integral à saúde da mulher constitui importante instrumento do anseio comum das correntes envolvidas no debate do controvertido tema do planejamento familiar - o direito de todos os segmentos da sociedade à livre escolha dos padrões de reprodução que lhes convenham como indivíduos ou como casais (BRASIL, 1984, p.15).

O quadro 8 abaixo nos mostra importantes momentos na luta pelos direitos reprodutivos num panorama local e global, de forma a fortalecer às demandas do movimento feminista e de mulheres acerca do tema e ‘engrossar o caldo’ da ‘pré-agenda’ em construção.

E no meio dessa efervescência de luta pelos direitos reprodutivos, qual o lugar do direito à concepção na agenda do Governo Federal?

Esse direito é garantido na Lei do Planejamento Familiar (Lei nº 9.263 de 1996), em seu parágrafo único, que dispõe da garantia a assistência à concepção e contracepção, em toda rede de serviços de atenção à saúde da mulher.

Quadro 8 - Eventos que marcam a luta pelos direitos reprodutivos das mulheres

- 1984 - Amsterdã (1984) - Tribunal do Encontro sobre Direitos Reprodutivos
- 1985 – Nairóbi - Conferência da ONU da Década das Mulheres – promoção dos direitos à reprodução como aquisição fundamental das mulheres
- 1986 – Brasília – Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher – Tema dos direitos reprodutivos
- 1994 – Cairo – III Conferência Internacional da ONU – reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres, acesso aos métodos contraceptivos e ao aborto em casos permitidos por lei
- 1995 – Beijing – Conferência de Beijing – evento que abordou o tema a partir de uma perspectiva de gênero. Incluir nos direitos humanos das mulheres a questão da saúde sexual e reprodutiva e a decisão livre com respeito a essas questões.

Fonte: Elaborada pela autora com base em Lindner, Coelho e Carraro (2006).

No Dossiê Reprodução Humana Assistida elaborado em 2003, pela Rede Feminista Rede Feminista de Saúde e Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, com o objetivo de estimular e provocar o debate reflexivo, com

aprofundamento na busca de maiores informações sobre o tema e na qualificação das informações e perspectivas de abordagens.

Na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), elaborada em 2004 - tendo como base o PAISM -, traz em seus objetivos e estratégias a ampliação e implementação da atenção ao planejamento familiar, incluindo a assistência à infertilidade esteja contemplada em seus objetivos.

No ano de 2005 são lançadas a Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - que tem entre os seus eixos de ação a introdução da reprodução humana assistida no SUS - e a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, que trata do acesso aos casais inférteis aos serviços de RHA pelo SUS.

A formação da agenda acerca do problema da infertilidade e da reprodução assistida como alternativa para os casais inférteis poderem gerar seus próprios filhos, também vem sendo tema de debate e de projetos de lei (PL) durante longos anos no Governo Federal, como podemos ver no quadro 9 abaixo, que mostra os Partidos, a Ementa dos PL e o ano em que foi apresentada.

Com base nesses Projetos de Lei, percebe-se que o tema da reprodução assistida vem sendo objeto de discussão dos governos federais desde 1997, tendo como principal ação legislativa a apensação²² desses projetos a outros já apresentados, principalmente ao PL 1184/2003, que dispõe sobre a Reprodução Assistida, definindo suas normas para realização de inseminação artificial e fertilização “in vitro”, proibindo a gestação de substituição e os experimentos de clonagem. Dos 16 (dezesseis) PL apresentados na tabela anterior, 11 (onze) foram apensados ao PL 1184/2003.

Outros temas de destaques nesses projetos dispõem do descarte de embriões; das pesquisas com células-tronco; da utilização *post mortem* de sêmen do marido ou companheiro; da investigação de paternidade de pessoas nascidas de técnicas de reprodução assistida; da identidade biológica; da Reprodução Assistida no SUS; da preservação de gametas e Reprodução Assistida aos pacientes em idade reprodutiva submetidos a tratamento de câncer; e por fim, da Instituição do Estatuto da Reprodução Assistida.

²² Apensação: Tramitação em conjunto. Propostas semelhantes são apensadas ao projeto mais antigo. Se um dos projetos semelhantes já tiver sido aprovado pelo Senado, este encabeça a lista, tendo prioridade sobre os da Câmara. O relator dá um parecer único, mas precisa se pronunciar sobre todos. Quando aprova mais de um projeto apensado, o relator faz um substitutivo ao projeto original. O relator pode também recomendar a aprovação de um projeto apensado e a rejeição dos demais (BRASIL, 2005c).

Quadro 9 - Projetos de Lei sobre RHA na Câmara dos Deputados

(continuação)

1.	2855/1997	Dispõe sobre a utilização de técnicas de reprodução humana assistida e dá outras providências.	PMDB/RO	1997	02/07/2003 - Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA) - Apense-se este ao PL 1184/2003.	Apensado ao PL 1184/2003
2.	4664/2001	Dispõe sobre a proibição ao descarte de embriões humanos fertilizados "in vitro", determina a responsabilidade sobre os mesmos e dá outras providências.	PMDB/SP	2001	07/06/2005- MESA - Apense-se a(o) PL-1184/2003. Decisão da Presidência, determinando esta apensação, em face da prejudicialidade do PL. 2811/97.	Apensado ao PL 1184/2003
3.	4665/2001	Dispõe sobre a autorização da fertilização humana "in vitro" para os casais comprovadamente incapazes de gerar filhos pelo processo natural de fertilização e dá outras providências.	PMDB/SP	2001	18/05/2001 - MESA Apense-se ao PL 2855/1997 - (DESPACHO INICIAL).	Apensado ao PL 2855/1997
4.	6296/2002	Proíbe a fertilização de óvulos humanos com material genético proveniente de células de doador do gênero feminino.	PL/ES	2002	08/06/2005 - MESA - Apense-se a(o) PL-1184/2003. Decisão da Presidência, determinando esta apensação, em face da prejudicialidade do PL. 2811/97.	Apensado ao PL 1184/2003
5.	1184/2003	Dispõe sobre a Reprodução Assistida. Define normas para realização de inseminação artificial e fertilização "in vitro"; proibindo a gestação de substituição (barriga de aluguel) e os experimentos de clonagem radical.	PSDB/CE	2003	18/08/2015 - CCJC - Aprovado requerimento do Sr. Ivan Valente que requer a inclusão de convidados para compor a mesa da Audiência Pública para debater o Projeto de Lei n.º 1184, de 2003, que define normas para realização de inseminação artificial e fertilização "in vitro"; proibindo a gestação de substituição (barriga de aluguel) e os experimentos de clonagem radical.	Aguardando Parecer do Relator na CCJC

Quadro 9 - Projetos de Lei sobre RHA na Câmara dos Deputados

(continuação)

6.	120/2003	Dispõe sobre a investigação de paternidade de pessoas nascidas de técnicas de reprodução assistida. Permite à pessoa nascida de técnica de reprodução assistida saber a identidade de seu pai ou mãe biológicos; alterando a Lei nº 8.560, de 29 de dezembro de 1992.	PFL/CE	2003	02/07/2003- MESA Apense-se este ao PL-1184/2003.	Apensado ao PL 1184/2003
7.	1135/2003	Dispõe sobre a Reprodução Assistida. Define normas para realização de inseminação artificial, fertilização "in vitro", barriga de aluguel (gestação de substituição ou doação temporária do útero), e criopreservação de gametas e pré-embriões.	PMDB/SP	2003	05/06/2003 – MESA - Apense-se ao PL 2855/1997. DCD 17 06 03 PÁG 27638 COL 01.	Apensado ao PL 2855/1997
8.	2061/2003	Disciplina o uso de técnicas de RHA como um dos componentes auxiliares no processo de procriação, em serviços de saúde, estabelece penalidades e dá outras providências.	PT/DF	2003	03/10/2003- MESA - Apense-se este ao PL-1184/2003.	Apensado ao PL 1184/2003
9.	4686/2004	Introduz art. 1.597-A à Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002, que institui o Código Civil, assegurando o direito ao conhecimento da origem genética do ser gerado a partir de rha, disciplina a sucessão e o vínculo parental,	PFL/BA	2004	23/12/2004 – MESA -Apense-se a(o) PL-120/2003	Apensado ao PL 120/2003

Quadro 9 - Projetos de Lei sobre RHA na Câmara dos Deputados

(continuação)

10.	4889/2005	Estabelece normas e critérios para o funcionamento de Clínicas de Reprodução Humana.	PTB/SP	2005	18/03/2005 – MESA - Apense-se a(o) PL-1184/2003	Apensado ao PL 1184/2003
11.	5624/2005	Cria Programa de Reprodução Assistida no Sistema Único de Saúde e dá outras providências.	PL/ES	2005	18/07/2005 Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA) Apense-se à(ao) PL-1184/2003.	Apensado ao PL 1184/2003
12.	3067/2008	Altera a Lei nº 11.105, de 24 de março de 2005. Estabelece que as pesquisas com células-tronco só poderão ser feitas por entidades habilitadas, mediante autorização especial da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa; proíbe a remessa para o exterior de embriões congelados; veda o envio e a comercialização dos resultados das pesquisas.	DEM/SP	2008	04/04/2008 - Apense-se à(ao) PL-1184/2003. Proposição Sujeita à Apreciação do Plenário Regime de Tramitação: Prioridade	Apensado ao PL 1184/2003
13.	7701/2010	Dispõe sobre a utilização post mortem de sêmen do marido ou companheiro	PT/AP	2010	06/08/2010- MESA Apense-se à(ao) PL-1184/2003. Proposição Sujeita à Apreciação do Plenário Regime de Tramitação: Prioridade	Apensado ao PL 1184/2003
14.	3977/2012	Dispõe sobre o acesso às técnicas de preservação de gametas e Reprodução Humana Assistida aos pacientes em idade reprodutiva submetidos a tratamento de câncer.	DEM/MG	2012	11/06/2012 - Apense-se à(ao) PL-1184/2003. Proposição Sujeita à Apreciação do Plenário Regime de Tramitação: Prioridade	Apensado ao PL 1184/2003

Quadro 9 - Projetos de Lei sobre RHA na Câmara dos Deputados

(conclusão)

15.	4892/2012	Institui o Estatuto da Reprodução Assistida, para regular a aplicação e utilização das técnicas de rha e seus efeitos no âmbito das relações civis sociais.	PSD/SP	2012	20/02/2013- Apense-se à(ao) PL-1184/2003. Proposição Sujeita à Apreciação do Plenário. Regime de Tramitação: Prioridade	Apensado ao PL 1184/2003
16.	115/2015	Institui o Estatuto da Reprodução Assistida, para regular a aplicação e utilização das técnicas de reprodução humana assistida e seus efeitos no âmbito das relações civis sociais.	PRP/MA	2015	Data Despacho 11/02/2015 - Apense-se à(ao) PL-4892/2012. Proposição Sujeita à Apreciação do Plenário. Regime de Tramitação: Prioridade	Apensado ao PL 4892/2012

Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados da Câmara de Deputados

Os PL representam uma movimentação no Legislativo sobre o tema da reprodução assistida, mas que não necessariamente representa um avanço no debate, tendo em vista o conteúdo de determinados projetos. Segundo a Assessora Técnica da Coordenação da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde,

[...] é deprimente ver os projetos que estão lá no Congresso Nacional. Tem muitos projetos apensados em um só, e que tratam das coisas mais...enfim! Inclusive de não poder fazer descartes, nenhum, nem de embrião, nem de óvulo, nem de esperma. Mesmo que as pessoas assinem querendo fazer isso. Então, é muito surreal, e eu acho que tem um desatentamento da sociedade em geral para com esse assunto. [...] porque na lógica deles está diretamente relacionado ao aborto, porque o descarte de embriões, é a mesma coisa de você descartar um filho de 10 anos, e isso está descrito nos projetos (ENT. GEST. 2, 2015).

A partir dessa fala é possível traçar um perfil dos principais partidos que encabeçam esse debate, podendo implicar em avanços ou não para a reprodução humana assistida. Dentro desse universo de 16 (dezesseis) PL, quando distribuídos por partidos temos: o PMDB com 4 (quatro); o DEM, PFL, PL e PT com dois projetos cada; e PSDB, PTB, PSD e PRP com um projeto de lei cada.

Para Veiga (2007), a imagem do PT se construiu como um partido de esquerda e oposicionista, até o ano de 2002. O PSDB, com uma postura situacionista durante dois mandatos presidenciais, foi abandonando a atitude de partido de centro-esquerda em detrimento a uma legenda mais de centro-direita. Já o PMDB, ora está associado a um ou a outro partido e o PFL, atual DEM, associa-se ao PSDB.

Além dos Projetos de Lei que representam marcadores para o tema da reprodução assistida no contexto político, a infertilidade enquanto problema de saúde pública e que entra na agenda do Governo Federal, sobretudo em 2004, culmina com o lançamento em 2005 da PNRHA, tem como base os dados da OMS, que estima cerca de 8% a 15% de casais em idade fértil com dificuldade de ter filhos, representando no Brasil, mais de 278 mil casais. Importante considerar nesse contexto, que 2004, foi considerado o Ano da Mulher e instalada uma Comissão Especial na Câmara dos Deputados para discutir ações para acelerar ou facilitar a tramitação de projetos que tratam dos direitos das mulheres (BRASIL, 2004).

Os primeiros passos nesse sentido foram dados com a criação em agosto de 2004 de um grupo de trabalho, instituído pelo MS para a elaboração de uma proposta de atenção integral em reprodução humana assistida na rede SUS, para casais com infertilidade conjugal e os que convivem com HIV e desejam ter filhos. E entre as propostas que o MS tinha prioridade no período de 2005 a 2007, destaca-se a atenção em reprodução humana assistida na rede SUS (BRASIL, 2005).

[...] foi constituído um grupo de pessoal do Ministério da Saúde, composto pelo próprio Ministério da Saúde, com todos os seus departamentos, as sociedades científicas e os hospitais, principalmente os hospitais universitários, que foram, pela sua própria condição, desenvolvendo esses serviços em seus Municípios e em seus Estados e que deram uma grande contribuição na discussão dessa política. Esse foi um momento muito importante, como foi colocado aqui anteriormente. Chegou-se, a partir de então, a elaborar uma política que teve aspectos importantes (NETO, 2012, p. 11).

A formação da agenda da infertilidade e da reprodução assistida foi marcada por um pano de fundo de PL em tramitação na Câmara dos Deputados, pelas pressões dos movimentos sociais (mulheres, HIV/Aids, LGBT, etc), das sociedades científicas, dos departamentos do MS, e muito embora “a receptividade no SUS e na sociedade tenha sido muito boa em relação à Política, mesmo não sendo prioridade para alguns” (ENT. POL. 1, 2016), a tomada de decisão para implantá-la está diretamente relacionada às prioridades dos gestores estaduais e municipais.

Segundo o parlamentar em audiência pública no ano de 2012, a Política criada “seria um primeiro passo para que nós pudéssemos enfrentar os inúmeros pedidos de casais com problemas de fertilidade que batem às portas das Secretarias de Saúde de todo o País, pedindo apoio, pedindo acesso” (MANDETTA, 2012). Entretanto, o processo de tomada de decisão não se concretizou em sua implementação ampla e da forma que a Política foi idealizada. Alguns centros de reprodução foram criados, mas não suprimiram a demanda reprimida dos casais inférteis. “E aí esse vai ou não vai depende muito de onde está, quem fica com a pauta da infertilidade e da reprodução assistida. É uma peteca quente, é uma peteca quente que ninguém quer ficar na mão, ninguém quer assumir” (ENT. GEST. 2, 2015).

Então, parece-me que, à época, o Ministério deu um passo e não calculou bem o tamanho daquele passo, e depois me parece que teve que voltar um pouco atrás. Isso é natural, isso acontece. Foi muito importante para o SUS que tivesse havido aquela portaria da Política, que tivesse dado esse passo à frente. Nós não podemos considerar que houve um retrocesso (MANDETTA, 2012).

A tomada de decisão por parte de um governo além de estar relacionada aos macrofatores, como por exemplo, o regime de governo ou sistema político, ela também se vincula às questões conjunturais, estruturais, culturais e situacionais específicas de uma determinada localidade ou país (WALT, 2006). Especificamente na tomada de decisão da PNRHA o que mais foi levado em conta foram os aspectos relacionados à mudança do Ministro da Saúde e a disponibilidade de recursos financeiros para implementá-la, questões que serão aprofundadas no item a seguir.

5.5.2 Processo de Implementação da PNRHA: avanços e recuos

A implementação da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida não se materializa de uma forma linear e não pode ser considerada um caso de pleno sucesso. Tomamos como base para a construção desse item, a afirmação de Araújo Júnior (2000), que destaca as ausências de ações e/ou estratégias, o silêncio sobre determinada questão/tema, elementos que devem ser compreendidos como uma possibilidade de estratégia de ação frente a uma Política. Serão apresentados alguns movimentos em direção a implementação dessa Política, que se configuram em aspectos importantes na reflexão sobre o lugar da infertilidade, enquanto um ‘problema público’ e da garantia dos direitos sexuais e reprodutivos dos casais inférteis.

Estes movimentos são datados e apresentados em uma sequência cronológica, que possibilita visualizar os fatos que contribuíram ou não para os avanços e recuos do processo de implementação.

A PNRHA e a regulamentação de suas diretrizes foram instituídas em 22 de março e 06 de julho de 2005²³ respectivamente, pelo Ministro da Saúde à época, Humberto Costa, do Partido dos Trabalhadores (PT). Dois achados marcam essa fase inicial da Política e que não podem ser pensados de forma separada: (1) a questão de recursos financeiros e (2) a vontade política.

O primeiro achado pode ser identificado no processo de regulamentação da Política, que foi suspensa²⁴ 7 dias depois de seu lançamento, para análise dos impactos financeiros e orçamentários em 2005 e 2006 e também para apreciação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e pactuação com os gestores estaduais e municipais (BRASIL, 2005). “Não houve expansão da política. Houve uma suspensão de interesse político, sobretudo” (ENT. GEST. 2, 2015).

É antiético e anti-jurisdicional, o Governo ter dado o gostinho da possibilidade de tratar uma parte grande da população e tirado essa possibilidade. Foi uma coisa assim muito bonita quando saiu a Portaria de 2005 [...], mas que depois deram uma rasteira (REPRODUÇÃO..., 2012).

Segundo a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde em documento de 2007, destaca que a portaria que regulamenta a Política foi revogada por falta de dotação orçamentária para sua implementação e por isso, não pôde ser financiada pelo SUS²⁵.

“A grande dificuldade foi [a falta de] recursos. Esse é um tipo de tratamento que tem um custo elevado. Quando fomos debater a política com estados e municípios, houve um movimento muito forte que pontuou que isso não era prioridade”, ressaltou o senador Humberto Costa em entrevista cedida ao jornal G1 (ROSSI, 2012). “Entraves? Não acho que seja recurso financeiro, que é a grande desculpa. É, eu acho que falta interesse político para a retomada, só interesse político” (ENT. GEST. 2, 2015).

Estas falas, além de demonstrarem o aspecto financeiro como um fator que interferiu na implementação da Política, o segundo achado aponta para o aspecto de vontade ou

²³ Portaria GM n° 426, de 22 de março de 2005 (instituição); e Portaria SAS n° 388, de 6 de julho de 2005 (regulamentação).

²⁴ Portaria MS/GM n° 1.187, de 13 de julho de 2005.

²⁵ O documento que trata da falta de dotação orçamentária foi utilizado na tese de doutorado intitulada “Potencialidades e limites para o desenvolvimento de uma política de atenção em reprodução humana assistida no SUS”, autoria de Ana Lúcia Tiziano Sequeira, junho de 2011.

interesse político muito forte, que não identifica a infertilidade como um problema de saúde pública mais urgente, muito embora “a OMS classifique a infertilidade não como um sintoma, um sinal, uma queixa, é uma doença. Uma doença do sistema reprodutivo e que tem que ser contemplada então” (REPRODUÇÃO..., 2012). E nesse contexto, outras questões de saúde tornam-se prioridades, principalmente nos âmbitos estaduais e municipais.

Eu acho que é um problema relevante, mas que diante de tantas outras prioridades, talvez, na época, eu não sei agora, tinha um custo elevado e uma certa limitação também no atendimento. Então eu acredito que talvez naquela época eles tenham feito a opção de não avançar nisso (ENT. POL. 1, 2016).

A vontade política se materializa no processo de mudança de ministro da saúde, com a saída de Humberto Costa e entrada do Ministro José Saraiva Felipe (que permanece no cargo até 2006), e é marcada pela suspensão da regulamentação da Política dias após a posse do cargo, mesmo a oferta da reprodução assistida pelo SUS estar entre as prioridades e ações propostas pelo Ministério da Saúde no período de 2005 a 2007.

Um dos argumentos que dentro do SUS se usa é que não é uma prioridade porque é caro, não é prioridade porque depende de formação de pessoas. Nada disso é verdade, no sentido de que se houver uma decisão política pra isso, os mesmos profissionais hoje que trabalham e fazem isso do ponto de vista privado, trabalham ou já trabalharam em serviços governamentais, então o conhecimento está ali presente, ele não pode é ser exercido (REPRODUÇÃO..., 2012).

Dessa forma, é importante refletimos sobre a prioridade dada a pauta da infertilidade e da reprodução assistida nesta nova gestão, considerando que o processo de implementação de uma política se configura como um momento de autonomia, onde são tomadas decisões muitas vezes necessárias devido à mudança do contexto, inclusive com a redefinição de prioridades (MENICUCCI, 2006).

Obviamente, a questão do custo é importante. Mas o custo tem que ser relativizado. Ele não pode apenas ser dito, porque isso cria o conceito de que é caro, de que é caro, de que é caro e ponto final. Mas é caro comparando com o quê? É caro para quem? Esse conceito tem que ser revisto por nós, porque criamos esse clima de que é caro e não conseguimos discutir o problema. Ele é caro, mas é muito mais barato que o tratamento de uma cirurgia cardíaca que o SUS nesse momento está pagando para milhares de pessoas neste País. Ele é muito mais barato (TORQUATO, 2012, p. 5).

Na fala a seguir percebemos a descontinuidade do processo de implementação da PNRHA, que não se torna prioridade para o MS no período anteriormente destacado:

[...] depois eu não sei qual foi o desdobramento dessa Política, porque em 2005 mesmo, após o seu lançamento, eu saí da gestão e muita gente que estava lá também saiu. Não sei se houve uma continuidade dessa Política (ENT. POL. 1, 2016).

No decorrer da gestão de José Saraiva Felipe²⁶, foram submetidos à apreciação do Plenário da Câmara dos Deputados, dois Projetos de Lei (PL): PL n°. 4889/2005 e PL n°. 5624/2005, em 09/03/2005 e 07/07/2005 respectivamente. O PL n°. 4889/2005, estabelece normas e critérios para o funcionamento de Clínicas de Reprodução Humana, de autoria do Deputado Salvador Zimbaldi - PTB/SP e o Projeto de Lei (PL) n°. 5624/2005, cria o Programa de Reprodução Assistida no Sistema Único de Saúde, proposto pelo Deputado Neucimar Fraga do Partido Liberal - ES. Os dois projetos não avançaram e foram apensados ao PL n° 1.184/2003 - que dispõe sobre a Reprodução Assistida - e posteriormente arquivados. Mas, é importante ressaltar que o PL n°. 5624/2005, se propõe em sua justificativa elaborar uma política nacional para atenção integral em reprodução humana assistida na rede SUS (BRASIL, 2005c). Entretanto, existe um descompasso de informações, tendo em vista que a Política já tinha sido criada e lançada em 22 de março de 2005, pelo então ministro da saúde Humberto Costa.

A gestão do Ministro José Gomes Temporão²⁷ é marcada por alguns avanços e destaca no seu discurso de posse em 2007, os direitos sexuais e reprodutivos como marcadores das prioridades do Governo no referido período (BRASIL, 2007). No item 8 do seu discurso, o ministro retoma o compromisso de gestão por meio de propostas e princípios, para o fortalecimento da Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos, com foco no planejamento familiar, que agregue também a prevenção e tratamento de mulheres vivendo com DST/AIDS; e a instituição da Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem, que prevê a assistência à infertilidade masculina.

Em junho de 2008, o ministro Temporão ressalta em entrevistas dadas à imprensa, a oferta pelo SUS de tratamento para a infertilidade, em cerca de seis meses, e condiciona a oferta do serviço à entrada de recursos provenientes da emenda 29 (Emenda Constitucional n° 29 de 2000), para a contribuição social para a saúde (KONCHINSKI, 2008). E ainda pontua

²⁶ Julho de 2005 a março de 2006.

²⁷ Gestão de março de 2007 a dezembro de 2010

que “tudo isso que estou falando aqui depende da regulamentação da Emenda 29 e da definição de uma fonte segura de financiamento para o SUS”. Ressaltando os recursos destinados a cirurgia de mudança de sexo por exemplo, Temporão afirma que “tem verba para isso, sim, como tem para casais que não conseguem ter filhos” (DOMINGOS, 2008).

Considerado um dos principais problemas do SUS, o processo de financiamento instável em relação aos parâmetros dos gastos em saúde, compromete o seu funcionamento na sua oferta de serviços de qualidade e com acesso a todas/as. A EC nº 29, além de ter representado uma importante conquista social, trata de um processo de financiamento para o SUS que tem maior estabilidade e que permitirá que os recursos sejam aplicados conforme definido em lei, já que esta estabelece “a participação mínima de cada ente federado no financiamento das ações e serviços públicos de saúde” (BRASIL, 2012a, p. 6). “A Emenda 29 é importante porque define de uma vez por todas o que são gastos em saúde” diz Temporão em entrevista (DOMINGOS, 2008). Ou seja, ela “estabeleceu as regras para a progressiva provisão de recursos às ações e serviços públicos de saúde” [...] e as diretrizes sobre sua aplicação foram aprovadas no Conselho Nacional de Saúde (CNS) pela Resolução nº. 322, de 8 de maio de 2003 (CAMPELLI; CALVO, 2007, p. 1614).

Novamente a implementação da Política segue o caminho do avanço, e a vontade política se esbarra no elemento ‘recursos financeiros’, se apresentando como um dos entraves desse processo, um recuo. Para Temporão,

não existe nenhum serviço público de reprodução assistida. [...] o casal que não consegue ter filho, se quiser fazer tratamento, tem de pagar tratamento caríssimo, que pode chegar a R\$ 10 mil, R\$ 20 mil. O SUS vai oferecer este tipo de atendimento (DOMINGOS, 2008).

Segundo a coordenadora do Centro de Reprodução assistida do IMIP, em entrevista ao Conselho Regional de Medicina de Pernambuco (CREMEPE), “as pautas estão prontas, o orçamento está pronto, só é preciso o ministro Temporão reativar as portarias. É uma questão de mudança de visão” (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE PERNAMBUCO, 2008). É nesse contexto que alguns hospitais e/ou instituições de saúde são credenciadas pelo Ministério da Saúde para oferecer o serviço de reprodução assistida. Entre eles, destacamos o IMIP em Recife/PE, que tem seu serviço inaugurado em 26 de maio de 2009. O Centro de Reprodução Humana Assistida do IMIP, foi o primeiro do Brasil a oferecer as técnicas de reprodução assistida pelo SUS e o único do Nordeste até então, sendo criado como um ‘projeto-piloto’ para a implementação futura da Política.

Na época eu me lembro que nós credenciamos alguns serviços para funcionarem como uma espécie de piloto. Aqui em Pernambuco nós conseguimos fazer o credenciamento do IMIP. Eu lembro que uma das prioridades que a gente estabeleceu, quer dizer, a linha que a gente estabeleceu, digamos, não eliminava que você pudesse ter mais a frente o cadastramento de alguns serviços privados, mas nós resolvemos começar pelos serviços, quer dizer, instituições que já tinham inserção no SUS, e essa é a situação do IMIP (ENT. POL. 1, 2016).

No campo político, o Secretário das Cidades do Governo Eduardo Campos era Humberto Costa - gestão de janeiro de 2007 a março de 2010 -, e isso contribuiu para que este serviço fosse trazido para o Nordeste, além de outras motivações, como podemos ver a seguir nos depoimentos. “O momento político era favorável com um ex-ministro da saúde pernambucano, a proximidade do governo federal com Pernambuco, que estava em seu melhor momento político com Eduardo Campos” (ENT. GEST. 1, 2016). Para o Ministro Temporão, a excelência dos serviços do IMIP foi um aspecto motivador para a realização dessa unidade e destaca que,

Este será o primeiro Centro de Reprodução Humana Assistida credenciado e financiado pelo Sistema Único de Saúde, nacionalmente. É a implantação de um modelo de saúde que consolida um serviço que é exemplo para todo o País (NETO, 2009b).

Esses eventos são momentos em que o Ministério da Saúde, avança no sentido de garantir o acesso aos casais inférteis e que desejam ter filhos pelo SUS, na medida em que credencia e financia serviços de reprodução assistida como este do IMIP. É importante destacar que ainda em 2009, o Ministro Temporão revoga diversos atos normativos, entre eles, a Portaria GM nº 426, de 22 de março de 2005 que criou a PNRHA. Porém, esta passa a integrar o Regulamento do SUS aprovado pela Portaria nº. 2.048 de 3 de setembro de 2009, reafirmando assim um compromisso anunciado em seu discurso de posse, de garantia dos direitos sexuais e reprodutivos do MS, por meio das diretrizes sobre a implantação e regulamentação da Política (BRASIL, 2009c).

Outras ações marcam a presença da pauta dos direitos sexuais e reprodutivos no ano de 2009, com foco na infertilidade e reprodução humana assistida, quais sejam: 1) a instituição da Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem, que visa, entre outros objetivos, ampliar e qualificar a atenção ao planejamento reprodutivo masculino, inclusive a assistência à infertilidade (BRASIL, 2009) e (2) do Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT, que tem entre suas diretrizes a disponibilização do

acesso universal e integral de reprodução humana assistida às lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais em idade reprodutiva (BRASIL, 2009).

Durante a gestão do Ministro Temporão, os direitos sexuais e reprodutivos foram colocados na pauta da saúde e algumas ações podem ser consideradas como avanços na discussão da infertilidade e da reprodução assistida, muito embora o acesso a esses tipos de serviços pelo SUS não tenham sido ampliados, se limitando a um número restrito de pessoas, com atendimento em hospitais universitários que oferecem esse tratamento gratuitamente²⁸. Como recuo destacamos a edição da Lei nº 11.935 de 2009, que incluiu na Lei nº 9.656 de 1998 (lei que regulamenta a assistência na saúde suplementar) a cobertura às ações de planejamento familiar. Esta lei manteve o inciso do art. 10, que faculta a exclusão de cobertura à inseminação artificial. Na fala do representante da ANS, “entendemos que a intenção do Congresso, naquela ocasião, foi dar cobertura a todas as ações de planejamento familiar, mas de manter a exclusão de cobertura à inseminação artificial” (CARVALHO, 2012, p. 8).

Em 2010, a preocupação do MS se voltou para os casais sorodiscordantes que desejam ter filhos e não têm acesso à reprodução assistida, como forma de minimizar os riscos de contaminação do bebê. Dessa forma, o Ministro anuncia a realização de um estudo do Ministério que busca segurança na reprodução de soropositivos, com foco nas mulheres, ressaltando,

[...] é claro que o que nós queremos é que todas as mulheres brasileiras que queiram ter filhos o tenham em condições seguras para si e para seus bebês este é objetivo do trabalho. O Ministério ainda está aguardando as conclusões do comitê. Temos que minimizar de todas as maneiras o risco (CAMPANERUT, 2010).

Com a mudança de gestão no MS e entrada do Ministro Alexandre Padilha²⁹, cria-se a Rede Cegonha, representando um marco da política de planejamento familiar, consistindo em uma “rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis” (BRASIL, 2011, p. 2). A Rede Cegonha representa um passo em direção a implementação da PNRHA, “pois como

²⁸ Sobre o número de hospitais credenciados que oferecem o serviço de reprodução humana assistida pelo SUS falaremos posteriormente.

²⁹ Gestão de janeiro de 2011 a fevereiro de 2014.

parte da atenção integral à saúde da mulher e, dentro do arcabouço desse programa, previu a garantia do acesso ao planejamento reprodutivo” (ENT. POL. 2, 2015). E nesse contexto, é que a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida passa a ser “contemplada no Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, na subseção V, nos artigos 305 a 310” (BRASIL, 2016).

Segundo o Ministério da Saúde,

como a portaria foi revogada em 2005, nós retomamos agora a discussão da reprodução humana assistida, como falei. Boa parte do processo dos casais que vão fazendo investigação já é feita pelo Sistema Único de Saúde. O que precisamos melhorar é a organização desse processo (NETTO, 2012, p. 22).

Outro evento trata do desdobramento do Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT, citado anteriormente na gestão de Temporão, com a publicação em 2011, da Política Nacional de Atenção Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, que tem em sua linha de cuidados o acesso às tecnologias de alta complexidade, entre elas a reprodução humana assistida (BRASIL, 2011).

compreendo que a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida é de suma importância para as políticas de saúde no Brasil, como direitos sexuais e reprodutivos de homens e mulheres independente de orientação sexual - e não só por questão de infertilidade -, se deparam com obstáculos à fertilização tradicional a partir da relação sexual (ENT. PESQ. 1, 2016).

Embora todas as ações apresentadas acima, representem um avanço para a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, o problema da iniquidade está muito presente na oferta de atendimento para os casais inférteis pelo SUS. Como ressalta o especialista em medicina reprodutiva, em entrevista ao Programa Sala de Convidados do Canal Saúde da Fiocruz,

[...] o Brasil está atrasado no acesso oferecido para a população a esses tratamentos. A infertilidade faz parte do planejamento familiar e não é só a contracepção: vamos dar pílula, vamos dar camisinha, vamos dar DIU. E a outra parte que não está conseguindo engravidar? Pra onde esse povo vai? (REPRODUÇÃO..., 2012).

A partir da fala anterior, percebemos que a infertilidade é tratada de forma diferente se comparada à questão da fertilidade no sistema de saúde e estão em lados opostos das prioridades. Historicamente, temos as ações voltadas para a educação sexual e o planejamento

familiar (com foco na contracepção), e a infertilidade ganha menos espaço nos programas de saúde reprodutiva. Muito embora “o planejamento familiar inclua a reprodução assistida, é o direito de decidir a sua família, quando e como, essa capacidade de planejar é muito mais ampla. Ela tem que assistir todas as etapas” (ENT. SC. 1, 2016).

Em muitos discursos, a reprodução assistida se apresenta como desnecessária, quando confrontadas com outras prioridades em saúde, mas de fato o que acontece é a penalização de um grupo específico, a camada social mais pobre da sociedade que não consegue engravidar. Dessa forma, as políticas reprodutivas coerentes tornam-se difíceis de se desenvolver, como podemos ver nas falas abaixo:

“Eu já cheguei a ouvi em reunião no próprio Ministério, de alguns parlamentares, que o SUS é pra pobre, e que pobre não tem que reproduzir, então pra que fazer Reprodução Assistida? Eu cheguei a ouvir isso, do nível do bizarro ao sarcástico” (ENT. GEST., 2016). Ou seja, “quando você tem um problema desse de engravidar, e você é parte de uma comunidade que não te atende, que te vira as costas e diz que você não é importante, isso é altamente injusto” (ENT. SC. 1, 2016).

Imagina um casal que não consegue engravidar, mas tem os meios financeiros de ir ao médico particular. Agora, imagina uma situação de um casal que não consegue engravidar e não tem nenhuma perspectiva de procurar e ter acesso a alguma coisa. Isso é de uma agressividade imensa (REPRODUÇÃO..., 2012).

Nesse caso, independente da renda familiar ou da camada social que pertença, as pessoas que (con)vivem com a infertilidade, o desejo de engravidar e o fato concreto de não poder realizá-lo, além de representar um momento de ansiedade, de tensão e frustração, que repercute de forma negativa nas relações sociais estabelecidas, é uma violação dos direitos reprodutivos que vai na contramão das Políticas voltadas para o planejamento familiar integral. Entretanto, como ressaltam Ferreira, Ávila e Portella (2006), evidencia-se nesse contexto, uma lógica privatista e de acesso restrito às tecnologias da reprodução assistida, que se reproduz nas desigualdades de gênero, classe e raça/etnia, na medida em que aponta para formas seletivas de produção. Embora a vivência da infertilidade seja sentida por todas as pessoas que passam por ela de forma bem semelhante (angústias, desejos, etc), existem diferenças quanto a forma de solucionar esse problema, quando se considera a possibilidade financeira ou não de acessar essas técnicas.

O Ministério da Saúde montou um grupo de trabalho para discutir a inclusão da fertilização *in vitro* na tabela do Sistema Único de Saúde (SUS) ainda em 2012 - sete anos depois da primeira portaria que determinava o atendimento para casais que precisassem do procedimento. Se a medida for aprovada, será a primeira vez que o governo federal vai bancar os custos da mais eficiente forma de engravidar para quem tem problemas de fertilidade - um procedimento que pode custar até R\$ 50 mil por tentativa em médicos particulares (ROSSI, 2012).

A infertilidade nesse caso, se apresenta no panorama da política pública como uma demanda reprimida, relativa ao acesso, constituída muitas vezes pelas não decisões, como ressalta Rua (1998). De acordo com uma parlamentar, em entrevista ao Instituto Brasileiro de Direito de Família (IBDFAM), isso dar-se sob uma lógica do sistema capitalista, que tem como base a redução das famílias, e isso acaba contribuindo para a invisibilidade do tema da infertilidade (MAGISTER, 2012).

O ano de 2012 foi marcado por momentos que representam alguns avanços nos debates no âmbito do MS para a efetiva implementação da PNRHA pelo SUS, com a constituição de Grupos de Trabalho (GT) para avaliar impactos financeiros, anúncio público do MS da inserção de técnicas de “reprodução assistida” na tabela SUS, audiência pública na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) e criação de portaria para destinação de recursos financeiros para serviços públicos/filantrópicos de reprodução assistida.

O GT criado em 2012 pelo MS, tinha como objetivo analisar o impacto financeiro da reprodução humana assistida e a entrada da fertilização *in vitro* na tabela SUS. Segundo uma médica especialista no tema, que fez parte desse GT, em entrevista a imprensa, destacou que “o Ministério já tem vários programas para o restante [das áreas da reprodução humana assistida], só a fertilização que não tem. Estamos avançando” (ROSSI, 2012). A perspectiva do MS em 2012, era de inserir a fertilização *in vitro* na tabela SUS até o final daquele ano. Para o MS a grande dificuldade é incorporar as técnicas de reprodução assistida dentro do SUS, mas ressalta que alguns procedimentos já são oferecidos em hospitais conveniados e hospitais universitários (MAGISTER, 2012).

A maior parte dos procedimentos, não digo que sejam mais caros ou baratos, eles já são sim já pagos pelo SUS. Então não dá pra dizer que não tem incentivo, porque tem. A gente não tem todos os procedimentos da tabela SUS, isso é diferente (ENT. GEST. 2, 2016).

Em julho deste mesmo ano, foi realizada uma audiência pública da Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) na Câmara dos Deputados, para se discutir sobre o acesso à reprodução humana assistida por casais com problema de infertilidade pelo SUS (ver

pauta em anexo). Segundo a parlamentar do PCdoB esta audiência objetivou dar visibilidade para o tema da reprodução assistida e “acelerar o trabalho do grupo criado pelo MS para avaliar a implementação dessas técnicas pelo SUS [...], que não deu respostas significativas sobre o assunto” (MAGISTER, 2012). Para o MS, com a instituição desse grupo técnico, que envolveu diversos departamentos desse ministério, no ano de 2012, também foram realizadas reuniões,

com o objetivo de reavaliar e atualizar todo esse estudo que foi feito à época da política de 2005, trazendo as pesquisas, os avanços tecnológicos e, principalmente, realizando novos estudos, buscando avançar na inserção dos medicamentos para a indução ovariana, os procedimentos relacionados às técnicas de reprodução humana assistida, como a inseminação intrauterina, a fertilização *in vitro* e a injeção intracitoplasmática de espermatozoides. Enfim, são desafios importantes, são necessidades importantes que nós temos hoje no Sistema Único de Saúde (NETTO, 2012, p. 11).

A audiência aconteceu em 10/07/2012, sendo convocada pelos/as deputados/as João Ananias, Chico Lopes, Jô Moraes e Luciana Santos do PCdoB e tendo como convidados para tratar do tema: Sebastião Evagelista Torquato (Médico Especialista em reprodução humana); Waldemar Naves do Amaral (Diretor Científico da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana); Jorge Luís da Cunha Carvalho (Especialista em regulação de saúde suplementar da Agência Nacional de Saúde Complementar); e Thereza de Lamare Franco Netto (Diretora Substituta do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas do MS)³⁰. Participaram desse debate também, além dos profissionais que atuam na área, as mulheres que enfrentaram dificuldades para engravidar e que recorreram às técnicas de reprodução assistida (MAGISTER, 2012).

Para o presidente da CSSF, essa audiência pública foi uma oportunidade de enxergar o problema da infertilidade em diferentes ângulos, visando retomar e avançar no tema, considerando nesse sentido as questões econômicas, sociais, religiosas e de família. Finaliza sua fala destacando que esse é o espaço de diálogo com o MS, “a fim de encontrar caminhos para que possamos trazer a felicidade da paternidade e da maternidade para o maior número possível de brasileiros que têm problemas de infertilidade”. Para o representante da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana, “é preciso transformar esse debate numa ação formal

³⁰ Anexo Requerimento nº 202/2012 e Ata da 40ª Reunião Ordinária - Audiência Pública realizada dia 10 de julho de 2012.

dessa Casa, para que os eventos sociais saiam dos muros desta Casa e que a população do SUS tenha acesso à saúde completa do casal” (MANDETTA, 2012, p. 2; 5).

A fala do médico especialista em reprodução humana assistida, traz o panorama do número de pessoas que (con)vivem com a infertilidade, as principais causas e o perfil epidemiológico e apresenta propostas para se avançar no tratamento do casal infértil. Para ele essas pessoas inférteis estão

completamente desprotegidas, tanto pelo poder público como pelo poder privado. Acho que o problema é que a infertilidade não mata, então ela não se torna visível. [...] são milhões de pessoas neste país inférteis e nós não temos sequer uma associação. Estamos falando de uma imensa quantidade de pessoas absolutamente desprovidas de qualquer ajuda de qualquer poder. Portanto, uma imensidão de pessoas desprovidas de qualquer olhar maternal do poder público ou do poder privado” (TORQUATO, 2012, p. 3-4).

A apresentação do representante da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana é marcada por dados científicos e históricos sobre a reprodução assistida no Brasil e no mundo, destacando os avanços na área e as possibilidades de tratamento dos casais inférteis. Para ele, o processo de implementação da Política e a pauta da infertilidade ficam estacionados, pois,

[...] o SUS, na verdade, não assume essa condição, apesar de ter visto matéria publicada do Ministro da Saúde dizendo que o Ministério faria essa ação, apesar de ter visto o Presidente Lula, quando ainda no seu mandato, dizer que havia interesse da Presidência e que, naquele Governo, nós teríamos assistência à mulher sem filhos, ao casal sem filhos. Isso não ocorreu” (AMARAL, 2012, p. 6).

A perspectiva da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nesse debate foi de tratar da regulação dos planos de saúde, e apresenta a Lei nº 9.656 de 1998 em seu art. 10, que faculta como exclusão de cobertura da inseminação artificial (já apresentada anteriormente). Para o representante da ANS, existem algumas dificuldades de cobertura à inseminação artificial e fertilização *in vitro* pelos planos de saúde: 1) o custo e 2) o acesso desses procedimentos em algumas regiões do país. Considerando os custos altos, tendo como base que muitas vezes é necessário repetir os procedimentos para que a gravidez aconteça, “isso certamente traria uma elevação de custos que teria que ser dividida por toda a massa de beneficiários de planos de saúde, inclusive os idosos [...]. E seria uma inclusão que não traria nenhum benefício para essa população, por exemplo” (CARVALHO, 2012, p. 9).

A fala do Ministério da Saúde, representado pela diretora substituta do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, nos apresenta um panorama do lugar da reprodução

assistida no SUS, localizando-a dentro do Programa Rede Cegonha, como garantia do acesso ao planejamento reprodutivo.

[...] se falarmos de reprodução humana assistida, se falarmos de uma política que será inserida dentro de uma rede, precisamos pensar em laboratórios, precisamos pensar em tecnologia, precisamos pensar em incorporação de tecnologia, temas já abordados aqui. Há alternativas com o avanço da ciência. Enfim, temos muitas questões relacionadas à reprodução humana assistida que a gente precisa levar em consideração, se vai implementar uma política com essas características, com essa complexidade (NETTO, 2012, p. 10).

O MS finaliza sua explanação destacando que com a Rede Cegonha a intenção é implementar, ampliar e avançar com a PNRHA, e que isso é uma resposta do Brasil aos compromissos assumidos em acordos e marcos internacionais. Destaca a questão da descentralidade do SUS como um aspecto de autonomia dos Estados e Municípios, e que estes tem realizado os exames na atenção básica e alguns procedimentos de média complexidade para o diagnóstico da infertilidade.

Não houve uma paralisação, mas uma continuidade desse processo, com restrição importante para esse nível maior, que seria a fertilização *in vitro*, e outros procedimentos importantes necessários à investigação daquela infertilidade (NETTO, 2012, p. 11).

A audiência pública se encerra com a expectativa de que sejam tomadas importantes decisões rumo a garantia da reprodução assistida pelo SUS, entretanto, esta foi a única reunião que ocorreu para debater o tema de forma mais direta na Câmara dos Deputados. Ainda em 2012, na gestão de Alexandre Padilha, foram liberados pelo MS recursos financeiros para os serviços credenciados que realizam os procedimentos de reprodução assistida, por meio da Portaria nº 3.149/2012.

Nesta Portaria constam 9 serviços, de gestão Estadual, Municipal e Dupla, sendo que uma delas foi incluída em julho de 2013, pela Portaria nº 1397. Em dezembro de 2013, inaugura-se o Centro de Reprodução Humana do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, na capital Goiânia, com a oferta de “procedimentos de alta complexidade e alto custo a casais de baixa renda que desejam realizar o sonho de terem filhos” (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 2013).

Visando o fortalecimento e ampliação no acesso ao planejamento familiar, com foco nas técnicas conceptivas, existiam apenas 10 hospitais com foco na reprodução assistida no

Brasil, até o ano de 2014. A proposta inicial do Ministério da Saúde, na época em que lançou a PNRHA, era de criar vinte e seis centros de reprodução assistida para os casais inférteis, onde seis desses centros seriam para as pessoas que (con)vivem com o vírus da Aids (COLLUCCI, 2005). Entretanto, no ano de 2012, 8 (oito) instituições públicas ofereciam o serviço de reprodução assistida, em 2013 eram 10 (nove) instituições públicas, e em 2016 temos 12 (doze) instituições públicas, vinculadas ao SUS. Parte dos exames da atenção básica são feitos pelo SUS, mas a medida que o grau de complexidade dos procedimentos avançam, e dependendo dos critérios e protocolos de cada serviço, a responsabilidade financeira fica a cargo do gestor estadual ou municipal, ou do próprio casal, conforme a gestão do hospital (ASSOCIAÇÃO MÉDICA DE GOIÁS, 2013; BRASIL, 2012; 2016).

A necessidade de ampliação do número de serviços de reprodução assistida pelo SUS nos remete ao que Rua (1998, p. 3) chama de demandas recorrentes, tendo em vista que os problemas não são ou são mal resolvidos, e sempre acaba voltando ao debate político. A recorrência, associada ao acúmulo “tenciona demandas não resolvidas, limita o sistema em seu movimento e o sistema não consegue encaminhar soluções aceitáveis, podendo ameaçar a estabilidade do sistema ou a ruptura institucional”. Ou seja, a oferta de poucos serviços de atendimento aos casais inférteis, demonstra um problema de iniquidade entre as localidades, tendo em vista que estes hospitais se concentram em poucas capitais do país (Belo Horizonte, Porto Alegre, São Paulo, Goiânia, Brasília, Natal e Recife), centralizando recursos financeiros e políticos.

Os exemplos a seguir são ilustrativos na finalização da memória do processo de implementação ou não da PNRHA, e acabam reafirmando a colocação de Rua (1998). Em 19 e 20 de março de 2014, em reunião ordinária do CNS, a reprodução assistida foi tema de discussão da saúde da mulher, onde a infertilidade aparece como uma lacuna do SUS e que precisa de avanço. Nesta ocasião, o diretor do DAPES, ressaltou que a reprodução humana assistida é uma frente em processo de regulamentação (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2014).

Posteriormente, temos a criação de um grupo técnico assessor, constituído no âmbito do MS pela Portaria nº 1.540 de 24 de dezembro de 2015, que recoloca o problema da infertilidade no debate político, ao propor a elaboração de diretrizes da Reprodução Humana Assistida; e por fim, temos o fechamento do Centro de Reprodução Humana Assistida do IMIP em maio de 2016 e encerramento dos seus serviços para novos casais - se limitando a

atender quem já estava no processo de tratamento - como um marco em resposta às demandas não/mal resolvidas, com fortes impactos sociais para quem depende desse tipo de serviço.

[...] mas você imagine se não existisse esse programa do IMIP, as pessoas com renda baixa demais, e que não pode ter filho e pode ter a chance de ter por fertilização ou inseminação. O IMIP te dá esse apoio, né. Gente que tem a necessidade de ser pai, quer ser pai e quer ser mãe e não consegue. E se fosse por conta financeiramente pra correr atrás não teria como. Eu acho importante essa questão do IMIP (USUÁRIO Q).

Segundo a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) o serviço do IMIP foi fechado pois o valor que recebia de incentivo do Estado não era suficiente para manter a demanda que tinha sido acordada. Mas, reitera que esta Secretaria está trabalhando na possibilidade de reativação deste serviço, bem como em outras soluções que possam contemplar alguns casais inférteis, levando-se em conta que o momento atual é de contingenciamento (PERNAMBUCO, 2016).

5.6 A Importância da Maternidade e da Paternidade para os Casais Inférteis: a construção de gênero no desejo de ter filhos

Hay mujeres para las que las alegrías del embarazo y la lactancia son tan fuertes que las quieren repetir indefinidamente; en cuanto destetan al bebé se sienten frustradas. Estas mujeres son ponedoras, más que madres, buscan ávidamente la posibilidad de alienar su libertad en beneficio de su carne; su existencia les parece tranquilamente justificada por la pasiva fertilidad de su cuerpo (Simone de Beauvoir).

O objetivo deste item é apresentar e analisar, à luz da perspectiva de gênero, a importância da maternidade e da paternidade para os casais inférteis entrevistados nessa pesquisa, de forma a responder ao último objetivo específico proposto na tese. Considerando aqui, as maternidades e paternidades como socialmente construídas, com desigualdades muito mais do que com diferenças, estas se configuram nas relações sociais de sexo e se repercutem na realidade dos homens e das mulheres.

Historicamente a maternidade se apresenta de forma contraditória, sendo colocada como pertencente ao mundo da natureza, ora é exaltada pelo poder das mulheres de gerar a vida de forma singular e ora é reduzida à sua função social que submete às mulheres às práticas do cuidado na esfera doméstica (BRENES, 2015). O mito do amor materno

desconstrói a ideia de sentimento inerente à condição da mulher, e reforça a tese de que a maternidade é algo adquirido, construído.

Podemos também falar em paternidades, tendo em vista seu caráter dimensional: pai biológico, pai legal e pai social. Dimensões essas que muitas vezes fragmenta a paternidade, não levando à sua completude. Mas, assim como as maternidades, as paternidades são transformadas e construídas como experiências do mundo da cultura, assim como da biologia (THURLER, 2015).

Para facilitar as análises, optou-se, primeiramente, analisar as falas das mulheres e posteriormente as dos homens que convivem com a infertilidade. Essa estratégia didática facilitou a escrita e o entendimento dos discursos e não fragmentou as informações, tendo em vista a ideia de complexidade de Morin de “juntar sem confundir, distinguir sem separar”. Em seguida, na análise da integralidade no cuidado em saúde, as vozes dos casais inférteis marcam a compreensão do cotidiano do serviço de reprodução assistida.

Didaticamente iniciamos o capítulo com o item 5.6.1. “Eu quero viver todas as fases de ser mãe, quero me sentir mais completa”, tratando da importância da maternidade, das questões de gênero e dos diversos elementos que permeiam o desejo de ter filhos para as mulheres inférteis.

No item 5.6.2. “Mulher tem prazo de validade”, acontece o diálogo com as falas das mulheres usuárias do serviço de RH do IMIP acerca do tempo, da geração e da idade na reprodução humana assistida.

No item 5.6.3, tratamos da importância da paternidade para os homens inférteis e os elementos que permeiam essa vivência. E por fim, encerramos o debate em 5.6.4, abordando o cuidado em saúde à luz da integralidade sob o olhar do cotidiano dos casais inférteis no Serviço de Reprodução Humana Assistida do IMIP.

5.6.1 “Eu quero viver todas as fases de ser mãe, quero me sentir mais completa”: a importância da maternidade e a construção de gênero no desejo de ter filhos

O debate dualista das diferenças entre homens e mulheres, interpretadas como ‘naturais’ e determinadas pelos corpos e pela biologia, torna-se real no discurso do senso comum, ainda nos tempos atuais (MATOS, 2015). Um exemplo clássico disso é a maternidade, que coloca quase que exclusivamente o papel da reprodução e de criação dos/as

filhos/as às mulheres, mesmo no contexto de inserção cada vez maior destas no espaço público.

Pressupõe que a escolha da maternidade é um fenômeno moderno consolidado no decorrer do séc. XX com o avanço da industrialização e da urbanização. Com mais acesso à educação formal e à formação profissional, as mulheres vão ocupar o espaço público, mantendo a responsabilidade da criação do(a)s filho(a)s, o que fez a maternidade se tornar uma escolha reflexiva, possibilitada pela contracepção (e concepção) moderna (SCAVONE, 2004, p.47).

Como podemos identificar na fala da usuária A, que profissionalmente se sente realizada, porém ressalta que como mulher nunca deixou de buscar um “algo a mais”, porque ainda se sente incompleta, insatisfeita. Para ela, “no quesito mulher, mãe e esposa, falta ser mãe”, pra se sentir realizada. Em sua fala ela destaca que “é um desejo que tenho, porque eu adoro criança e assim, eu gostaria muito de ter um fruto do amor da gente” (USUÁRIA A).

Importante destacar que a inserção da mulher no mundo do trabalho não a isentou da obrigação e/ou desejo de buscar “algo a mais”, ou seja, ter filhos. Pois, a visão da sociedade sobre a maternidade ainda é tão sacralizada que acaba limitando-as em seus direitos reprodutivos, muito embora “a figura da boa mulher ou da boa mãe aparece tanto nos discursos pré-revolucionários (fins do século XVIII) quanto nos dias de hoje” (BRENES, 2015, p. 216).

É uma herança biológica reprodutiva, que na permanência de uma visão essencialista e fortalecida pela ideologia patriarcal, acaba reforçando suas atividades na esfera da reprodução. A visão essencialista é uma tendência ou anseio de descobrir algum “núcleo essencial de características próprias associado às mulheres”, que as apresentam “em termos de um conjunto de traços mais ou menos fixos como: sensibilidade, intuição, valorização da intimidade e do afetivo” (SORJ, 1993, p.1), como por exemplo, engravidar e ser mãe. Na fala da usuária Y isso fica muito evidente:

Ah, ser mãe é uma realização pessoal. Meu desejo é muito grande. É algo que eu pensava muito, eu sempre pensei em um filho. Nunca pensei, nunca passou na minha cabeça que não vou ter, afinal sou mulher. É uma realização, é algo que eu quero muito e sonho. Imagino eu com um barrigão, a barriga crescendo. Só nós mulheres que podemos gerar, né? Meu Deus eu fico olhando assim, eu imagino mais isso e desejo muito (USUÁRIA Y).

A maternidade aqui é percebida como a “realização indispensável da feminilidade”, “como constituinte do corpo e do sentimento feminino”. E se materializa no processo de desenvolvimento da gravidez, por exemplo, no desejo de ver a barriga crescer. Dessa forma,

fazer a crítica ao dualismo essencializado em que a maternidade se afirma, “é reconhecer a natureza não como dom, mas ela própria como inscrita em um sistema de significantes que obriga a questionar a constituição da nossa própria natureza” (TAMANINI, 2009, p. 115;154).

“O desejo de ter filhos, eu sempre tive né! Desde antes de eu me casar, já era aquele sonho de criança, de adolescente. A gente sempre sonhava, brincando com as bonecas” (USUÁRIA Y). O desejo de ter filhos, associado à questão biológica da mulher, nos remonta aos tempos em que “a mulher fora criada – exclusivamente - para ser mãe, para perpetuar a geração, e nesse caso a fecundidade é percebida como grande benção da natureza” (ROHDEN, 2003, p. 25) e também como uma forma de complementar/completar a família. Esse último aspecto fica muito evidente nas falas a seguir:

Desde sempre eu queria ter filho, desde pequena. Assim, a partir do momento que você casa, você quer completar a família e eu sempre tive desejo de ser mãe. Só que quando eu engravidei sem saber, depois perdi, sempre vem aquele desejo mais ainda né, de que eu ia ser mãe pra poder complementar a família. É a nossa felicidade (USUÁRIA B).

Penso eu que a família dele é pequena, e se ele não tiver mais filho pra frente, ele vai ficar sozinho. Aí eu me sinto um pouco culpada, por conta que se ele tivesse casado com outra mulher, ele poderia ter filhos né. E eu tenho um monte de sobrinhos, eu sei que minha família vai continuar, e a família dele? Aí isso fica com dificuldade de dar continuidade da família (USUÁRIA X).

Esses trechos das entrevistas nos remetem ao que Marlene Tamanini chama de ‘necessidade de preenchimento’, devido o sentimento dessas mulheres de ter algo faltando, de vida vazia. Tal necessidade se traduz para essas mulheres como incomensurável, devido o grau de importância que se dá a realização do sonho de terem filhos (TAMANINI, 2009).

A importância dada aos aspectos biológicos com a naturalização das diferenças entre homens e mulheres, fez com que, especialmente as mulheres, fossem reconhecidas socialmente como “fêmeas da espécie” e seu mundo a ser definido “a partir da constituição biológica que lhes permite gestar, dar à luz e amamentar os filhos” (SARDENBERG; MACEDO, 2011, p. 33). “É o desejo de poder sentir o bebê desenvolvendo dentro da barriga, sentir ele se mexendo, poder acompanhar o crescimento dentro de mim, poder amamentar, porque eu nunca passei por isso” (USUÁRIA D).

Como extensão da sua condição biológica, também é importante destacar, que a responsabilidade do cuidado e da educação das crianças ainda é destinada quase que

exclusivamente às mulheres (SARDENBERG; MACEDO, 2011). Para Nancy Chodorow (2002), na maioria das sociedades, as mulheres não apenas geram filhos, elas maternam e cabe a elas a responsabilidade pelo cuidado da criança, e por manter os primeiros laços emocionais com os bebês.

Essa afirmação ganha destaque nas falas abaixo:

A maternidade pra mim, eu não sei mulher, eu sei que eu sinto assim uma vontade de ter um filho (...). Mas, eu tenho vontade de criar um filho, de educar ele, de ter uma criança bem 'educadazinha' assim. Tenho vontade de ter um filho correndo na sala, ter um quartinho dele, pra poder ajeitar, vai pra um canto, vai arrumar o filhinho, pentear. Eu tenho essa vontade, mas ainda não parei pra pensar como é ser mãe assim, mas eu tenho uma vontade de ter, de ajeitar, de educar, de ir para os cantos e levar ele (USUÁRIA X).

Meu sonho é passar pela maternidade, realizar esse sonho, amamentar, se dedicar a criança. É ter uma criança pra gente poder cuidar, dar amor, educar, construir o dia a dia, construir a nossa família e isso faz falta (USUÁRIA D).

Mesmo que o desejo de maternar seja de fato um sentimento de diversas mulheres é importante relativizar sobre a ideia que a sociedade constrói acerca do chamado 'instinto materno', que coloca as mulheres como mais frágeis e vulneráveis a todo tipo de influências, devido à suposta sensibilidade que as tornaria prioritariamente aptas à maternidade (BRENES, 2015; AQUINO, 2006).

Isso porque a maternidade se localiza na esfera da cultura e não da biologia, e é preciso abrir caminhos que garantam a própria mulher a liberdade de pensar no seu desejo de ter filhos, na sua vontade de ser mãe e no momento ideal para realizá-la. "Eu sei lá, eu sempre sonhei em ser mãe. Cuidar, educar, dar carinho. A minha vontade é retribuir, e quando decidi a melhor hora para isso acontecer veio a infertilidade por conta da endometriose" (USUÁRIA E).

Essa liberdade de escolha acerca do momento de engravidar é uma das lutas do movimento de mulheres e feministas que têm "insistido no direito inalienável das mulheres de decidir sobre seus corpos e suas vidas – exercício do livre arbítrio, da dignidade da pessoa humana e dos direitos sexuais e reprodutivos" (BRENES, 2015, p. 216).

Em muitos momentos a maternidade para essas mulheres que vivenciam a infertilidade, vem revestida de romantismo, desejo, necessidade e felicidade. "Mas eu acho que ainda falta passar por aquele processo do pequenininho, acordar de noite, o amamentar, eu acho que toda mulher precisa passar por isso. Fico feliz só de imaginar" (USUÁRIA A).

Outras vezes, essa maternidade é a principal razão de uma mulher viver, e ser mãe a torna completa. “Como eu já disse, eu quero viver todas as fases de ser mãe, é uma questão de eu querer me sentir também mais completa (...) eu quero passar por isso” (USUÁRIA G).

Os relatos seguintes nos mostram que não poder ser mãe por causa da infertilidade, em muitos casos é motivo de sofrimento, é sinônimo de impotência, punição, decepção, culpa, incapacidade, pecado, é não ser mulher de verdade.

Ontem mesmo já saindo da sala do médico, eu disse: meu Deus, eu não quero mais passar por isso não, eu vou desistir, eu não agüento mais (choros). Eu fiquei assim pensando né! Sei lá, achei muito estranho ir fazer uma ultrasson e chegar lá, tá na esperança de ver o coração do bebê e aí você vê aquela bolinha, saquinho escuro sem nada dentro. A gente se sente impotente né (USUÁRIA Z).

Mas tem hora que a gente pensa, que eu acho que 100% das mulheres que tem esse problema pensam: ai meu Deus do céu, porque eu? Porque tanta gente né, tem filho, tanta gente aborta, faz tudo e tem filho depois? E eu que tanto quero não tenho, qual é o meu pecado meu Deus? (USUÁRIA X)

“É forte a tendência para considerar a infertilidade como uma falta da feminilidade. A mulher que não tem filhos ou é digna de pena ou de censura”. Não procriar é afastar-se da norma, e a desaprovação social é o preço que se paga. “As não mães são constantemente obrigadas a se justificar” e são objetos de pressões, e por isso, torna-se legítimo perguntar se não seria melhor falar de ‘dever’ do que de ‘desejo de filho’ (BADINTER, 2011, p. 184).

Aí vem a cobrança, e as pessoas te cobram muito. Perguntam, e aí, quanto tempo de casado? Não vai deixar filho não? Então tudo isso mexe com a cabeça da gente, aquela cobrança. Não, não quero agora não. Mas só eu sabia o que estava passando, um turbilhão de coisas que estava passando na minha cabeça (USUÁRIA Y).

Mesmo com todas essas cobranças sociais, as mulheres ‘inférteis’ ainda convivem com estereótipos negativos que alimentam a cultura de valorização da maternidade, ao serem rotuladas como egoístas, incompletas, insatisfeitas, imaturas, etc., por não têm filhos.

Elisabeth Badinter (2011) lança uma pergunta sobre isso: como se desprender da tristeza de ser infértil quando para essas mulheres a plena realização se dá na maternidade? O relato a seguir é a expressão sincera de uma mulher que vivenciou um resultado negativo de gravidez, ocasionando a ela o que Gilda Rodrigues (2008) chama de ‘ônus emocional’.

O exame de gravidez deu negativo, mas eu tive que vim aqui pra mostrar. E aí você encarar outra pessoa, e aí? Porque a médica também fica na expectativa. E eu dizer, ah, não deu. É uma sensação de tristeza e de vergonha. Eu pensei que eu não ia sentir vergonha, mas a gente sente. É como se a gente fosse assim, impotente. Mas, eu investi tanto em você e você não correspondeu. Porque é um investimento que a médica e que a clínica faz em você. E eu pensei que não ia sentir vergonha. Ah, eu não tenho culpa de ter esse problema, mas a gente sente, quer dizer eu senti vergonha, e muita tristeza. Eu não sei por que senti vergonha, mas eu senti (USUÁRIA Y).

Esse depoimento além de nos revelar sentimentos de culpa, vergonha, tristeza, vivenciado por essa mulher, nos leva a pensar na sensação escamoteada dessa usuária, em não ter respondido ‘da forma que tinha que ser’ a um tratamento, ou seja, engravidando. “O que importa? Constituir a mãe é o que importa” na reprodução assistida, destaca Tamanini (2009). A percepção da usuária é de que não correspondeu às expectativas esperada pela médica, ao destacar o investimento feito em seu corpo e a sua reação é de uma pessoa que está em ‘dívida’ por um determinado ‘favor’ concedido.

O poder médico de ‘fazer’ um filho em resposta ao desejo de ser mãe de uma mulher infértil, se mistura ao fato de que em toda sociedade patriarcal, é somente sendo mãe que a mulher entra na ordem simbólica. Talvez daí venha tamanha vergonha, tristeza e sensação de impotência da usuária. A infertilidade dessa forma é um sintoma do corpo que tem esse desejo, e cabe a reprodução assistida curar esse sintoma (TAMANINI, 2009).

Nesse caso, as mulheres que constituem a maior proporção de usuárias dos serviços de saúde e que vivenciam a medicalização em seu corpo, devem ser sujeitos ativos no cuidado em saúde e a maternidade para além de um desejo, tem que ser uma escolha e não uma obrigação (MENEGHEL, 2015).

É o que se define como maternidade voluntária, que é a escolha consciente da mulher – ou do casal – no exercício de sua autonomia e do seu desejo, decidir ser mãe (MATTAR; DINIZ, 2012). Entender a maternidade como um direito significa desconstruir essa lógica arraigada de dependência, submissão e de ‘favores’, pois o cuidado em saúde como ação integral de significados e sentidos deve ser voltado para a compreensão da saúde como o direito de ser.

Como a medicalização crescente não promove a autonomia e o autocuidado das usuárias, colocando-as cada vez mais dependentes de ações heterônomas - prestadas pelos serviços de saúde -, a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos e seu pleno exercício estão diretamente relacionados ao acesso aos serviços de saúde de qualidade (MENEGHEL, 2015).

Isso faz com que as mulheres se apropriem dos conhecimentos sobre o seu corpo, à sexualidade e reprodução.

5.6.2 “Mulher tem prazo de validade”: o tempo e a idade na reprodução humana assistida

O ‘tempo’ é um aspecto relevante destacado nas falas de todas as mulheres entrevistadas, ora associado à condição da idade, o tempo de espera na fila para o atendimento no serviço, o tempo necessário para que o corpo - da ‘mulher infértil’ - responda aos procedimentos da Reprodução Assistida e o tempo de ‘Deus’ – referindo às questões religiosas. A proposta neste item é tratar do significado desses ‘tempos’ por meio das análises das falas das usuárias.

Pierre Bourdieu trata da noção de tempo como um conceito multívoco, porém inerente ao conceito de ‘habitus’, que por definição “é o princípio gerador de respostas mais ou menos adaptadas às exigências de um campo”, é produto de toda a história individual e coletiva da família (BOURDIEU, 2004, p.131). Para os indivíduos o tempo se expressa de forma mais perceptível pela idade, entretanto, ele também é uma construção social e “adquire significado mais diretamente social, como categorias ou grupos de idade (jovens, adultos, velhos) ou como legitimidades para realizar, ou não, tal ou qual ação social”. E o tempo das gerações, possui uma característica mais histórica e social, que conta com uma análise filosófica tradicional, mas que conceitualmente também nos remete de maneira forte à família. E nesse contexto, a noção de tempo social é percebida como construção de práticas ajustadas ao presente (MOTTA, 2002, p.41).

O uso do termo ‘tempo’ como significado de idade, se diferencia da definição de tempo utilizado no sentido de geração. Porém, as duas definições se alicerçam na perspectiva de que são “esferas realizadoras ou participantes das relações de poder na sociedade”, de significativa importância analítica sobre a construção de diferenças e de desigualdades sociais. A idade, na perspectiva antropológica é um elemento bio-sócio-histórico que compõe a estrutura organizacional das sociedades e possui uma definição simbólica forte. E geração é “parte essencial da dinâmica coletiva que a impele ou lhe imprime continuidade social” (MOTTA, 2002, p. 37).

Nas falas das usuárias que convivem com a infertilidade, percebemos o desafio dessas mulheres em responder a cobrança de uma sociedade que se estrutura ainda sob os moldes patriarcais e que a função social da mulher de ser mãe se sobressai entre as outras. Ser mãe

pela reprodução humana assistida além de representar concretamente para essas mulheres “a última chance”, pelo fato de já terem uma “certa idade”, uma “idade mais avançada”, e estarem em “alerta vermelho”, a possibilidade de ter filho se apresenta como “agora ou nunca mais”. Todas essas expressões foram utilizadas pelas entrevistadas em momentos diferentes, mas com o mesmo sentido contextual, ou seja, o de que a idade é considerada um fator negativo na busca por terem filhos.

A idade para as mulheres que possuem mais de 35 anos e convivem com a infertilidade, tem uma representação simbólica muito forte: são mulheres que estão ‘fora’ da idade reprodutiva, portanto a possibilidade de engravidar via reprodução assistida, torna-se ainda mais difícil. “Eu tô com 35 anos, na época eu tinha 30, eu já tava já...Não é que eu tava velha, mas eu já tava chegando lá” (USUÁRIA Y). “O pessoal começava com aquelas brincadeiras: seu esposo não sabe fazer filho? Tu não vai engravidar não? Tu não quer ter filho não? A idade tá chegando, tem que deixar um herdeiro” (USUÁRIA C).

Essas falas nos revelam duas questões: de idade e de geração. A idade como marcador da fertilidade da mulher e do seu ‘prazo de validade’. Essa fertilidade que se materializa na gravidez. Do contrário tem que conviver com a desaprovação social por ser infértil. E geração, com um forte apelo à questão da continuidade geracional e da família, porque “como geração, os indivíduos se reconhecem, mas, inescapavelmente, como projeção coletiva. E vários grupos se identificam como construtores de cultura” (MOTTA, 2002, p.42). É o estereótipo de mulher que deve garantir socialmente a representação de ‘casal com filho’, e a barriga é a prova dessa capacidade reprodutiva exposta ao mundo. Sob o olhar do outro, acontece o reconhecimento da prova e os comentários sobre a completude ou não da família. “É como se tivesse faltando alguma coisa para completar. Até no retrato tá faltando alguma coisa. Depois que eu tiver meu filho, minha sala vai ficar cheia de fotos. E acaba que vai ficar uma semente” (USUÁRIA D). Nesse caso, “o filho permite a transmissão da cultura entre gerações, a continuidade das crenças e dos valores sociais” (TAMANINI, 2009, p.144). É a certeza de que as escolhas no presente, terão valor no futuro.

Sabendo que de forma geral, a medicina considera a idade de 35 anos como ponto de corte para o fator de risco da gravidez, estar acima dessa idade, é internalizar de forma mais acentuada, a diminuição da sua capacidade reprodutiva, é reconhecer a escassez das células sexuais femininas, é perceber a infertilidade ainda mais próxima. “E aqui no IMIP é só até 35 anos. Então tem muitas mulheres que quando descobrem o serviço, já não tem mais acesso,

por causa da idade” (USUÁRIA Y). Mas, no início das atividades do serviço (em 2009) o critério de inclusão era apenas de reserva ovariana e não a idade.

Porém, como a avaliação do potencial reprodutivo de uma mulher traz grandes dificuldades na busca de um parâmetro fidedigno – conforme as falas abaixo - e como a quantidade de folículos declina com o passar da idade culminando na menopausa, a velocidade dessa diminuição depende da população folicular remanescente, aumentando a partir de 35 anos (CALDAS, 2015). “Eu fiz a punção³¹, pulsionou e tinha apenas oito óvulos. Só seis que foram bons e só dois fecundou. Fiquei triste porque geralmente as mulheres daqui têm oito, tem dez” (USUÁRIA Y). “Eu nem perguntei quantos óvulos eles tiraram, disseram que a punção tinha sido boa. O dia que eu vim fazer a ultrasson, antes da retirada dos óvulos, disseram que tinham muitos folículos” (USUÁRIA X).

Então, o tempo se referindo à velocidade em que o corpo da mulher responde aos procedimentos da reprodução assistida, merece ser destacado: “o meu organismo é muito lento, ele não reage à medicação. Eu tomo, mas ele não responde” (USUÁRIA Y). Em virtude disso e de outras experiências vivenciadas pelas usuárias do serviço, o critério adotado pelo IMIP (a partir do ano de 2010), foi de ingressar no programa de reprodução assistida, mulheres com até 35 anos a depender da reserva ovariana.

Na verdade o que conta é a idade mesmo. Está aí a prova, com 45 anos o meu organismo já não está mais correspondendo aos estímulos. E isso mexe com a gente. Mas enquanto houver chance eu vou até o final. Só quando disser assim, não tem mais jeito. Aí eu vou levar minha vidinha de antes. O homem não tem prazo de validade, a mulher tem, né? (USUÁRIA D).

Outro significado de tempo relatado de forma expressiva pelas usuárias foi em relação à espera na fila, para a realização dos procedimentos médicos e como isso influencia na resposta do corpo aos medicamentos e na produção de folículos ovarianos. “Eu não vou desistir, eu vou até o final. Diante desse trabalho de 5 anos, e chegar no final e não der certo. O problema é a fila de espera, aí a gente vai envelhecendo” (USUÁRIA D). Outra usuária destaca que a frase que ela mais escutou no serviço foi “não garantimos, não garantimos quando esses procedimentos vão ser realizados. Pode ser com 3 anos, 4 anos, 5 anos. Eu sei

³¹ Punção por via transvaginal dos folículos ovarianos: aspira o líquido folicular; coleta dos óvulos

assim, eles tinham que oferecer o tratamento final com 5 anos, como ocorreu comigo” (USUÁRIA F).

Quando a gente veio pra cá no IMIP, a gente começou a fazer o tratamento em 2011. A primeira punção que eu fiz foi em junho de 2014. E fiz a transferência em março de 2015. Mas, eu produzi muito pouco folículo. É, o tempo passou, demorou muito e eu ainda não tive meu filho. Vou tentar a segunda vez a transferência. Minha última chance (USUÁRIA Y).

Para as mulheres que buscam a reprodução assistida, esgotar todas as possibilidades e chances que as tecnologias conceptivas oferecem, é uma atitude comum e muito desejada entre as usuárias. Dessa forma, a idade como condição etária e marcador de um processo no ciclo de reprodução dessas mulheres, tem no passar do tempo e no envelhecimento, mecanismos fundamentais de classificação e separação dos seres humanos.

Cabe destacar que a condição de idade, afeta de forma diferente os homens e as mulheres, sobretudo, quando se tem mais idade. O ‘biológico’ idade, como referência ao tempo ‘natural’ das mulheres, determina de forma subjetiva, a partir das representações culturais de cada grupo, o lugar que essas mulheres ‘devem’ ocupar. Sendo assim, ser velha na sociedade moderna ocidental representa a perda ‘não anunciada’ da condição social e reprodutora das mulheres (MOTTA, 2002).

O uso do termo tempo expresso com um sentido religioso teve destaque nas falas das usuárias, como o chamado ‘tempo de Deus’, a ‘vontade de Deus’. “Deus quando manda, sabe pra quem tá mandando um filho e isso só acontece no melhor momento (USUÁRIA D)”. Essas expressões foram utilizadas como uma forma de consolo, de explicação para o problema da infertilidade e até como justificativa para o insucesso de algum procedimento na reprodução assistida. Ou seja, as usuárias relativizam um pouco a ‘culpa’ do seu corpo infértil baseadas no argumento da ‘vontade divina’. “Eu tenho um grau de infertilidade muito alto. Mas, pra Deus tudo é possível” (USUÁRIA F). “Se Deus quisesse que eu fosse assim, que eu não tivesse filho, ele não ia fazer uma mulher que pode ter filho e joga fora no lixo ou aborta. Ele ia fazer essa mulher infértil então” (USUÁRIA X).

Por meio do uso de tais expressões, podemos analisar o perfil dessas mulheres, que até de forma contraditória e em conflito entre a ciência e a fé, buscam a reprodução assistida para realizarem o sonho de terem filhos e serem mães. “Eu tenho na minha consciência que eu faço os meus planos, mas a minha fé me faz acreditar que é Deus que me direciona nos meus caminhos e se ele quiser terei meu filho” (USUÁRIA Y). “Os médicos são instrumentos, mas Deus é o superior” (USUÁRIA F).

A vontade de Deus também é usada no discurso médico, de acordo com as falas das usuárias, como justificativa para sucesso ou não de um procedimento da reprodução assistida.

Ele (médico) disse assim, que natural é 18% de chance para que haja esse processo de nidação, pelos meios naturais. E pelo processo artificial ele minimiza isso, cai pra 50% de chance do positivo e 50% de chance do negativo. Só que eu tava dentro do 50% do negativo. Aí ele disse, é a vontade de Deus. Porque Deus dá o entendimento pra gente realizar, mas, ela só finaliza quando tem a permissão de Deus na vida da pessoa. Talvez não seja a hora, não foi no tempo. Mas eu sinto que num futuro bem próximo, eles vão vindo aí. Tá entregue a Deus (USUÁRIA A).

O médico disse pra mim: se Deus deu a inteligência, a capacidade para um ser humano para fazer isso, eu não acho que seja uma coisa errada. Eu acho que eu tenho que encarar e correr atrás do que eu quero (USUÁRIA F).

Nas vozes das usuárias - de forma consciente ou não – acontecem diálogos de ‘negociação’, de ‘troca favores’ com Deus, onde a compensação parece ser a gravidez. “Eu corri atrás e Deus diz: fazei por ti que eu te ajudarei. E se for da vontade de Deus, vou ter meu filho” (USUÁRIA X). “Eu tô fazendo a minha parte. Não sei se vou conseguir, já tentei a primeira vez, não consegui e tô tentando a última. Se consegui, eu vou dar graças a Deus, se não consegui, vou dar graças a Deus do mesmo jeito” (USUÁRIA Y).

Por fim, mesmo conhecendo as probabilidades de insucessos na reprodução assistida, as usuárias a partir de suas falas, em sua maioria, buscam pensar positivamente e acreditam na efetivação da gravidez. Por isso, a referência à vontade divina e ao momento que Deus permitir ter filhos, se transforma em mais um aporte para superar e suportar as frustrações que acontecem no decorrer desse longo processo.

5.6.3 “Eu acho que quando o filho é pela reprodução assistida, é mais aplaudido”: a importância da Paternidade na perspectiva dos homens inférteis

A paternidade como vivência é elaborada e construída tendo como referencial os discursos e as práticas de uma sociedade, em uma dada época e variam de acordo com determinados contextos sociais e históricos. A paternidade passa a ter representações diversas em momentos diferentes da história e na sociedade contemporânea “a definição de pai tem se tornado cada vez mais elástica e difusa” (STAUDT; WAGNER, 2008, p. 174).

Iremos compreender neste item, a importância da paternidade na perspectiva dos homens que vivenciam a infertilidade, desejam ter filhos e buscaram o serviço de reprodução humana assistida do IMIP. Assim, os usuários do programa de RH, em suas falas nos revelam o lugar desse homem que convive com a infertilidade no cotidiano das tecnologias conceptivas e as expectativas envolvidas nesse universo para a concretização do casal grávido.

Diversos elementos foram levantados pelos usuários e que merecem ser pontuados e discutidos, quais sejam: a) (des) conhecimento desse usuário sobre as tecnologias conceptivas; b) o desejo pelo filho e pela paternidade; c) os planos relacionados à criação do filho (o ensinar, a educação, os valores); d) o tempo como um elemento que pode levar a solidão – ter um filho é não ficar sozinho na velhice; e) O casal grávido e a família. f) infertilidade masculina identificada como um ‘problemazinho’; g) implicações emocionais da infertilidade masculina.

Segundo Tamanini (2009, p. 143), o homem para o cumprimento do seu ‘papel social’, se torna pai. E para ser pai, este homem precisa ter um filho. O filho faz com que esse homem, agora pai, se reconheça naquela outra pessoa.

Ser pai é um projeto de vida, porque a gente sempre falou: quando a gente tiver a nossa família, se completa tudo. Porque se for só eu e ela, seria família, mas não teria uma ligação completa. Sempre eu falava assim: ah a minha descendência. Até mesmo meu pai já disse assim: ele tem todo jeito do meu irmão, o jeito dele de brincar, de falar é todo do meu irmão. A descendência pode estar no filho do meu irmão, que pode ser mais parecido comigo. Eu sempre vejo essa parte, que é uma ligação do infinito, isso é. A família em si, entre os irmãos, algo vai na minha célula, na minha formação que seja parecido com o filho dele (USUÁRIO R).

Ao se reconhecer na outra pessoa, o filho passa a ser aquele indivíduo que dará continuidade e sequência à vida desse pai, transcendendo-a a partir de outras gerações.

Eu quero poder ser pai ‘pra’ dar ‘pro’ meu filho o carinho e a educação que eu ganhei dos meus pais, né. Ensinar o melhor, tentar fazer o que muitos pais não fazem aí. Dar uma base para ele poder seguir em frente sem mim. Que ele me veja como um bom pai e faça as coisas certas que aprender comigo. E a gente quer ter um filho pra tentar fazer diferente e dar continuidade a nossa família (USUÁRIO O).

Em diversas falas, ficam evidentes as preocupações dos homens inférteis com a questão da família, já que ela aparece como um elemento fundamental a ‘perpetuação da espécie’ e que garante o sentido da vida. A família para os usuários, como um espaço que

expressa a dinâmica da vida social é a estrutura que possibilita o repasse de valores, conhecimentos, desejos e ensinamentos a outra pessoa, que é fruto de uma história de busca para a sua concretização.

A paternidade eu me espelho no meu pai. Assim, sair, brincar, ver a dificuldade que tem e ajudar. É sempre um amor que a gente tem que dar. Não tem como ter a paternidade sem dar o amor também, é a primeira coisa. E a gente sempre espera algo de bom do nosso filho. Não esperar cobrando. Mas, algo. Por que ter filho a maioria das pessoas pode ter. A gente não tem essa felicidade de ser 'normal', mas a gente tá buscando nossa família. Porém, é a educação que a gente tem que passar para ele. Educação e o amor que tem pra dar ao próximo (USUÁRIO R).

Para Tamanini (2009, p. 142), nos homens, o desejo de família é muito mais evidente que o desejo pelo filho. O encantamento dos homens pela possibilidade de transmissão de valores por meio da educação, dos ensinamentos, da herança, do amor, é um papel fundamental do paterno. E no cumprimento dessa função legitimada socialmente, o pai estabelece relações com o mundo, com sua história social e com seu nome. “O homem busca a paternidade de um jeito diferente da mulher quando busca a maternidade. É por isso que ‘ele’ (homem) tem a esposa e busca um filho pra formar sua família” (USUÁRIO P).

Realmente há uma mudança radical, porque tem influências sobre a sua própria vida, trabalho, algumas coisas que você já tá acostumado, aquilo ali. E tem uma mudança total, a criança realmente modifica a vida dos pais, da família. Tem a questão do amor que vai ter essa criança, né, é uma coisa nova pra você. Tudo é novo (USUÁRIO Q).

“A família está diretamente ligada aos processos de transformação da cultura, e participa da mesma fluidez e fragmentação da sociedade contemporânea” (STAUDT; WAGNER, 2008, p. 175). Ou seja, um dos arranjos familiares possíveis são as famílias construídas por meio das novas tecnologias conceptivas, que visam garantir aos casais inférteis a possibilidade de terem filhos, via reprodução assistida, por exemplo. “Eu acho que quando o filho é pela reprodução assistida, é mais ‘aplaudido’. Porque tem muito mais esforço e ali é porque você quer mesmo. E quem tá aqui é porque quer mesmo” (USUÁRIO O).

Esperar um filho pela reprodução assistida é estar em relação com uma nova realidade tecnológica, que embora una os desejos, fragmenta os corpos para a concretização da gestação, sobretudo os corpos femininos. Porém, o desejo pelo filho, comum ao casal infértil, permite um sentimento mais igualitário entre a mulher e o homem, pois este último passa a se

sentir grávido como casal (TAMANINI, 2009). E o casal grávido produz e constrói uma família mais complexa e menos uniforme.

é um desejo também grande de ser pai - embora eu já tenha uma filha - é um desejo de ter filho e principalmente ter um filho com ela. Por isso, que a gente fez esses exames todos e estamos na luta pra engravidar. Eu e ela estamos tentando engravidar para ter esse tão desejado filho. É uma coisa que a gente tá em busca, com determinação, e enquanto a gente tiver chance e puder, a gente tá aí juntos (USUÁRIO Q).

Nas vozes dos entrevistados, o filho também representa a completude e a criação da conjugalidade do casal, ou seja, se cria outra dimensão no casamento com a chegada de um filho, que só é possível existir a partir da presença do outro (TAMANINI, 2009). “E isso tem que ser do casal, não adianta só ter o esforço da mulher e não ter o do homem. Porque se ele não quiser, não tem como ela dar continuidade, né. E nós buscamos juntos essa solução” (USUÁRIO R). Segundo Diniz e Costa (2006, p. 53), “a pretensão da medicalização da infertilidade retirou do corpo estéril a origem da infertilidade e a redesenhou como uma questão familiar”.

Para Tamanini (2009), o outro, significa a síntese de dois corpos e a concretização de um desejo que são de duas pessoas, como podemos ver na fala do usuário P, que destaca: “eu também estou muito ansioso, assim como ela. É meu sonho de ter o primeiro filho né. Ele será o nosso filho, de nós dois”.

Assim como para as mulheres, o tempo foi um elemento identificado nas falas dos homens inférteis, porém, com significado um pouco diferente do adotado pelas usuárias. O tempo não foi percebido como algo que pudesse trazer culpa ou uma sensação de última tentativa ou de vencimento de um ‘prazo de validade’. Ele surge em alguns momentos como um sentimento de medo de ficar só na velhice, e nesse caso a adoção foi cogitada como alternativa para o preenchimento desse vazio. “A gente, pensou até em adotar uma criança. Porque a gente não quer ficar sozinho. Com 36 anos, ‘a gente novo’, sozinhos dentro de casa. Seria um vazio imenso” (USUÁRIO P). Outro sentido do tempo expresso pelo usuário, foi de algo necessário para um planejamento e organização para receber o futuro possível filho.

Porque quando a gente iniciou o tratamento, a gente achou muito distante o tempo até chegar aqui (etapa de transferência de embriões). Tinha gente aqui que tinha 2, 3, 5 anos na fila. Aí eu assustei, misericórdia. E isso foi ruim. Só que eu disse ‘pra’ minha esposa, vamos esperar e nos organizar. E agora chegou a nossa vez e está tudo pronto (USUÁRIO R).

Em relação ao (des) conhecimento sobre os procedimentos da reprodução assistida e do funcionamento do corpo infértil, os homens se diferenciam muito das mulheres, porque estas se apropriam das informações sobre as técnicas/procedimentos realizadas/os na RH com muita naturalidade e interesse, pois precisam aplicá-las em seu cotidiano para que o tratamento tenha efetividade, como por exemplo, as injeções para estimulação ovariana. Esse “desconhecimento” pode ser identificado na fala do usuário a seguir: “Eu imaginava que a reprodução assistida era algo mais fácil. Eu pensei que era assim, fazia uma bateria de exames, tomava remédio e já engravidava. Mas é muito difícil” (USUÁRIO O).

As mulheres se vêem protagonistas nesse processo e a reprodução humana assistida é algo presente em seu cotidiano, em suas ações rotineiras, em seus pensamentos, é algo contínuo. Ao contrário, os homens demonstram um ‘aparente’ desinteresse sobre as técnicas conceptivas e se vêem como coadjuvantes no processo – mesmo quando a causa da infertilidade é masculina – tendo assim um sentido mais momentâneo, de etapas. Isso porque a função reprodutiva sempre esteve associada às mulheres e a sua ‘natureza feminina’ e independente de quem seja o problema da infertilidade, as intervenções na maioria das vezes são realizadas no corpo da mulher. Diniz e Costa (2006, p. 53) destacam que a transformação da “infertilidade em uma condição familiar e não mais um problema de saúde individual” (por isso o uso do termo casal infértil) tornou-se uma estratégia moral para facilitar o envolvimento no tratamento médico da pessoa que não tivesse nenhuma restrição de fertilidade.

Porque quem tá mais integrado, porque sempre quem vem mais aqui é ela e não eu. Eu só venho fazendo alguns exames pra depois trazer, eu não tenho esse contato direto aqui. Pra mim são momentos. É até mesmo natural. O homem só faz uma parte e depois ela que continua (USUÁRIO Q).

A forma de falar da infertilidade também não se apresenta como um problema de saúde e preocupação para os homens, e sim como um ‘problemazinho’, acompanhado de surpresa e desconfiança acerca do diagnóstico médico. “E aí o médico descobriu que eu tinha também um problemazinho e aí eu comecei fazer alguns exames, e cada vez que eu fazia ia ficando pior os resultados né. Eu podia ter procurado um médico antes” (USUÁRIO R). Uma questão importante em relação a essa fala trata da baixa participação dos homens nos serviços de saúde, sobretudo, na atenção básica, devido às barreiras sociais, culturais e institucionais. A sociedade patriarcal de gênero construiu uma dicotomia nos papéis sociais a serem desempenhados por homens e mulheres, ‘tidos’ como masculinos e femininos, cultura *versus*

natureza. Esse binômio cultura *versus* natureza, é um dos pontos fundamentais para a reflexão sobre a opressão da mulher ao longo da história. Sendo assim, às mulheres caberiam as funções do campo da reprodução como ‘normais’ e naturais, com sentimentos e ações ligadas a emoção, à fragilidade, que fariam parte da realização da sua identidade feminina.

Quando se trata da infertilidade do homem, aí eu acho que é uma coisa mais grave. E com a mulher assim, não acho tão grave, porque pode ser mudada essa parte da gravidade. Quando o homem é infértil, não tem mais o que fazer. E como esse homem vai ficar depois? Como vai falar ‘pra’ as pessoas, família? E a mulher não, dela ainda pode ser retirado um óvulo pra ela ser mãe (USUÁRIO R).

Embora os movimentos de mulheres e feminista tenham conquistado diversos direitos e mesmo com as significativas transformações no campo da reprodução e da sexualidade, ainda são reproduzidas na atualidade, nas relações de gênero e no âmbito familiar, uma delimitação marcada de papéis e modelos. “Ao homem provedor financeiro corresponde uma mulher naturalmente afetiva e maternal” (LYRA, 2000, p. 145). Aos homens, os seus papéis desempenhados socialmente deveriam seguir no sentido da virilidade, da potência e da força. Como resultado dos papéis sociais de gênero, a infertilidade do homem é uma das formas de ameaça à sua masculinidade, tendo em vista que a doença se revela como um sinal de fragilidade e enfraquecimento à sua identidade (MAUX, 2014).

Eu já tinha passado por outro especialista, e um deles disse que eu não tinha chance nenhuma de engravidar. Fez exame no órgão genital, mostrou logo uma teoria. Aí quando entrei aqui no IMIP, o que o médico falou lá atrás não ocorreu, porque a gente conseguiu engravidar naturalmente. Mas, infelizmente, não vingou, né. Eu já tenho uma filha, e era até para eu ter tranquilidade quanto a isso, mas eu não estou tão tranquilo assim não (USUÁRIO Q).

A infertilidade para estudiosos/as da área representa um problema para as pessoas que a vivenciam e se apresenta em três dimensões: 1) médica ou física, sobretudo, no decorrer da realização de inúmeros procedimentos e exames; 2) psicológica, que acontece na vivência das emoções que desencadeiam sentimentos intensos; 3) e social, que implica em prejuízos no convívio familiar com casais que já possuem filhos e nas relações de trabalho; Ou seja, experienciar a infertilidade requer a (re) definição das identidades dos sujeitos na perspectiva individual e como casal (MCDANIEL; HEPWORTH; LOHERTY, 1992).

assim quando eu descobri eu fiquei muito surpreso, porque toda vez que eu fazia um exame, sempre dava pior, ia piorando mais ainda. Foram muitos exames: teve espermograma e mais um monte de outros que nem me lembro o nome. E eu fazia no médico particular e fazia aqui também e sempre dava a mesma coisa. Aí ele chegou pra gente e disse que no método normal a gente não ia conseguir, porque eu tinha muito pouco espermatozóide. E o meu não tinha força pra chegar lá (no óvulo). Quando chegava lá, morria. Aí eu fui fazendo outros exames, comecei a tomar os remédios e aí foi melhorando (USUÁRIO R).

Entre as dimensões destacadas, a psicológica se apresenta de forma muito intensa, provocando emoções difíceis de controlar e superar. Quando a infertilidade está acompanhada pelo desejo de ter filhos, essa impossibilidade é capaz de produzir sentimentos diversos como medo, desespero, tristeza, ansiedade, frustração, expectativas, entre outros. A felicidade e a alegria está em conseguir engravidar e ter o filho. Essa instabilidade emocional pode repercutir de forma negativa em outros âmbitos da vida e das relações sociais, como na vida conjugal por exemplo, reduzindo assim a qualidade de vida desse indivíduo (FARINATI; RIGONI; MÜLLER, 2006).

Eu desenvolvi uma síndrome do pânico, depressão. Eu corria pela rua chamando pelo filho que não nasceu. Eu tive uma carga muito grande de expectativa. Eu dormia tarde, eu passei por uma coisa que eu não tinha passado ainda. Porque a gente ainda ‘tava’ aqui no IMIP e veio natural (gravidez de forma natural). Aí aquilo, tá entendendo, você explode, tem uma emoção, junta aquela alegria né, e, no decorrer de algumas semanas não vinga! E eu não ‘tava’ preparado pra aquilo, eu ‘tava’ preparado para ter um filho e não para que perdesse. E aí juntou com os problemas de casa, pessoal e perder o filho foi a gota d’água. Eu tinha um grande mal, de querer mostrar que eu era forte, de suportar. E veio esse pânico mostrar que não é isso. Então eu guardava pra mim. Foi todo esse processo, até hoje eu tô na psicoterapia, relacionada a essas questões e outras, mas hoje tá tranqüilo, mas um tempo atrás não. Acho que agora eu tô preparado pra receber qualquer notícia sobre gravidez de novo (USUÁRIO Q).

Apresentamos anteriormente os principais elementos pontuados pelos usuários do serviço de reprodução humana assistida do IMIP, como uma forma de compreender a importância da paternidade para os homens que convivem com a infertilidade e desejam ter filhos.

Em seguida, iremos tratar da integralidade do cuidado em saúde dos casais inférteis, e para isso temos como dados empíricos as informações adquiridas por entrevistas aos usuários, profissionais de saúde e documentos referentes ao Serviço de Reprodução Humana Assistida

do IMIP. Essa análise será realizada na articulação da teoria do cuidado em saúde' e da integralidade com os dados adquiridos no decorrer do trabalho de campo.

5.6.4 O Cuidado em saúde à luz da Integralidade: um olhar sobre o cotidiano dos casais inférteis no Serviço de Reprodução Humana Assistida do IMIP

O termo “cuidado” merece uma reflexão crítica, pois assim como a integralidade, possui um caráter polissêmico, incorporando diversos sentidos e significados e no campo da saúde pode ser considerado um objeto complexo, de múltiplos discursos e facetas, como ressalta Naomar Almeida Filho (2000), cabendo um olhar plural e não linear em direção ao seu entendimento.

Os casais inférteis, participantes dessa pesquisa, na busca pelo cuidado no serviço de reprodução assistida do IMIP, se apresentaram com doenças/procedimentos cirúrgicos que contribuíram para o diagnóstico da infertilidade, culminando com dificuldade ou impossibilidade de terem filhos, quais sejam: “fator tubário, azoospermia (fator masculino grave), varicocele, laqueadura, útero retrovertido, endometriose, menopausa precoce, infertilidade secundária, hidrossalpinge, anovulação, ovários policísticos e fator ovulatório” (ENT. PS 2., 2015).

Os depoimentos apresentados a seguir nos dá um breve panorama do tipo de cuidado que se volta para o universo dos/as usuários/as das tecnologias conceptivas. É um tipo de cuidado que merece ser acolhido junto à história de vida de cada um/uma, com sentimentos e emoções acerca da infertilidade que devem ser compreendidos em seu contexto específico.

Bom, eu já tenho dois filhos do primeiro casamento. No segundo casamento a gente já tá com esse sonho de ter filhos há 10 anos. A gente tentou reverter a minha ligação (laqueadura), mas não foi com sucesso. Cortaram realmente as minhas trompas. Aí foi quando me encaminharam pra cá” (USUÁRIA G).

“No nosso caso a infertilidade é dos dois. Um dos médicos até falou pra mim, que mesmo se ela não fosse ligada, a gente teria que tentar a reprodução assistida (USUÁRIO P).

A laqueadura por exemplo, utilizada como método contraceptivo na medicina reprodutiva, aparece no contexto da reprodução humana assistida, como um elemento que alimenta o uso de outro tipo de tecnologia, agora conceptiva. Para Scavone (2002), a concepção com o avanço das tecnologias conceptivas, coloca em transição a possibilidade de uma maternidade - e também de uma paternidade - inevitável, em um processo de escolha.

Mas, também lança a ‘falsa’ ideia de possibilidade de prorrogação do ‘prazo de validade’ reprodutivo das mulheres.

É um campo da saúde reprodutiva que vem sendo ressignificado por conta da tecnologia. E por isso, as práticas no cotidiano do cuidado em saúde também devem ser ressignificadas, sobretudo, a partir da escuta das histórias de vida, onde os sentimentos de desejo e sofrimento se revelam.

Porque assim, eu passava três meses sem menstruar quando eu era moça, eu achava que era normal. E quando eu casei, isso aconteceu, só que eu tava grávida e não sabia. No terceiro mês veio a menstruação, só que com muita cólica e aí quando eu fui socorrida, eu já tinha perdido o bebê, um aborto espontâneo. Depois disso eu fui pro médico, e descobriu que eu tinha cistos e já tava grande. Tive que fazer a cirurgia pra tirar os cistos. Depois dessa cirurgia eu não engravidei mais. Uns 3 anos, eu não tive não. No quinto ano eu voltei pro médico e ele disse que eu tava toda obstruída. Aí eu fiz desobstrução de trompa. E passei um tempo, tentava e não consegui engravidar. Aí descobriu que o meu útero era retrovertido. Aí ele disse, vou encaminhar você para o IMIP, porque lá faz a fertilização (USUÁRIA B).

A medicina reprodutiva, que por meio de suas técnicas substituem uma função corporal e estimula o desejo por filhos biológicos, faz com que os corpos femininos, se constituam em extensões dessa tecnologia, além de criar um ciclo de dependência em relação a ela. Essa dependência dar-se por meio de procedimentos altamente invasivos que podem colocar em risco a saúde das/os usuárias/os (RAMÍREZ-GÁLVEZ, 2006).

Não foi muito fácil lidar com a infertilidade não. No começo a minha cabeça quase deu um nó. Eu comecei a vim pra cá, foi quando eu troquei de médico, e ele passou um exame pós-coito. Aí no primeiro, nenhum espermatozóide. Aí fez outro, um espermatozóide vivo (...) eu já tinha passado por outro especialista, e um desses disse que eu não tinha chance nenhuma de engravidar. Fez exame no órgão genital, mostrou logo uma teoria (USUÁRIO Q).

A partir desses relatos, percebe-se que o cuidar da saúde de alguém significa ir além da construção de um objeto e a intervenção sobre ele, significa também construir projetos futuros, pois se assume uma responsabilidade numa relação que vai demandar atitude de cuidar ao longo de um tempo. Nesse caso, “a atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde. A atitude “cuidadora” precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde” (AYRES, 2009, p. 37).

Ricardo Ayres traz uma inquietação sobre o que ele chama de ‘cuidado público’. A proposta aqui não é dar resposta a esta inquietação, e sim lançar mais um elemento para o debate, que influenciou diretamente a construção do “cuidado” em nossa sociedade (patriarcal e capitalista), que tem na violência institucional a configuração de abusos nas relações desiguais entre usuárias/usuários e profissionais de saúde, e é norteadada por padrões preestabelecidos de poder e do ‘saber médico’ (DINIZ, et al., 2004).

Eu operei lá no interior e eles não sabiam o que era. O médico mesmo que operou disse que era cisto de sangue. E que nunca viu falar nessa endometriose, e por isso ele retirou o meu ovário. Aqui o médico disse se eu tivesse entrado no IMIP eles tinham drenado. Aí não tinham mexido no meu ovário, que nem eles drenaram nesse outro. Aí eu fiquei só com um ovário funcionando e aí agora tive que retirar a trompa que o primeiro médico deixou e estragou. Com tudo isso dificulta mais ainda engravidar (USUÁRIA E).

Para Ayres (2009, p.35), “o que inquieta é observar a dificuldade de se manter o discurso do Cuidado no mesmo bem-sucedido registro retórico quando a reflexão se desloca na direção do espaço propriamente público da saúde”. Uma hipótese levantada por este autor, é que talvez não esteja sendo possível produzir em modo e grau suficiente uma retórica³² do “Cuidado Público” capaz de ressoar ao conhecimento das pessoas as questões éticas e políticas da integralidade. Uma retórica que instrua a tomada de posição e uma vontade política, pelo fato de ainda não conseguir esclarecer aos/às usuários/as do SUS o que está sendo deliberado sobre a saúde. Se não alcançarmos a opinião pública de forma mais ampla, “não teremos condições de reconhecer e construir as virtudes efetivamente cuidadoras pelas quais orientar normativamente o Cuidado Público” (AYRES, 2009, p. 34).

Conforme depoimento a seguir, que destaca a impressão sobre o tratamento/acolhimento no serviço de RH do IMIP, é possível identificar o que Ayres chama

³² A retórica era a arte de persuasão ensinada pelos sofistas aos jovens na Grécia. Para os sofistas, que possuíam um modo de ensinar e não fazia da sofisticada doutrina, como ressalta Chauí (2002), ensinava a retórica, partindo das opiniões sobre as coisas e ensinando a persuadir os outros de que a sua opinião é a melhor. Os sofistas ensinavam técnicas de persuasão para os jovens, que aprendiam a defender sua posição ou opinião, ou posição ou opinião contrária. Por exemplo, em uma assembleia, esses jovens eram capazes de elaborar fortes argumentos tanto a favor quanto contra uma determinada opinião e vencer a discussão nesta arena (CHAUÍ, 2000). Segundo Chauí (2002), os oligarcas aristocráticos criticavam os sofistas, ao levantar questões acerca da virtude cívica inata. Para os aristocráticos, ser cidadão é algo natural, que se é por natureza, e que era inconcebível ensinar alguém a ser um cidadão. Diferentemente da forma que pensava os sofistas, que trazia para o debate o antropocentrismo, na defesa da importância da centralidade do homem na criação do mundo humano e sua dependência em relação a esse mundo.

de retórica que não alcança o/a usuário/a do sistema público de saúde e conseqüentemente não norteia o cuidado público:

Na primeira tentativa, eu fiquei assim, pra baixo, porque tanto têm profissionais aí que eu sei que trabalha por amor, como tem profissionais que trabalha sem vontade, ou melhor, com má vontade. É aquela coisa, você é do SUS, é aquela discriminação. Então assim, muito, muito fria a criatura que me atendeu e disse: você tá fora do ciclo porque você não teve uma boa resposta (USUÁRIA F).

Eu nem sabia que tudo era pago pelo SUS, exames, cirurgia, tudo, tudo. E fiquei surpresa porque foi tudo muito bom, bom mesmo. E aqui o atendimento é uma maravilha, todo mundo bem legal. Sem dificuldade, a dificuldade foi vim encaminhada pra cá (USUÁRIA X).

Não foi muito fácil conseguir o tratamento aqui, pelo SUS. Na verdade, foi mais ou menos. Consegui mais porque a minha amiga vinha sempre aqui e me encaixou numa fila de espera. Desde 2011. Mas, aí tem uma pessoa conhecida aqui que me ajudou também, me indicou (USUÁRIA Y).

O ‘cuidado ao ser exercido por um/a cidadão ou cidadã, reveste-se de novos sentidos o sujeito, imprimindo uma identidade ou domínio próprio sobre um conjunto de conhecimentos voltados para a outra pessoa (PINHEIRO, 2008). Lembrando que este/a cidadão e/ou cidadã que “pratica o cuidado” é um ser histórico e como produto dessa história possui a sua percepção ou valor sobre o cuidado. A outra pessoa – que recebe o cuidado - é o lugar do ‘cuidado’, um lugar que também tem sua história e valores. Como ressalta a autora, esta pessoa possui no seu olhar o caminho para construção do seu ‘cuidado’, e o sujeito (homens ou mulheres) que se responsabiliza por praticá-lo tem o compromisso ou responsabilidade de garantir-lhe a autonomia acerca do modo de andar de sua própria vida.

[...] a Dra. começou logo pelo exame de sangue, o ultrassom e citológico né, para ver logo como é que tá por lá a ‘área’ (risos). E como eu já tinha perdido um ovário, no interior, aí foi que assim, eu acho que a Dra. se sensibilizou mais de me colocar aqui no SUS, entendeu. Porque eu queria muito ter filho e já não tinha mais um ovário e a doença já tava passando pro outro, porque eu tenho endometriose. Aí ela achou melhor me encaminhar (USUÁRIA E).

Essa fala anterior nos remete às duas perspectivas do cuidado trazidas por Joan Tronto (1987, p. 188): o “cuidado com” e o “cuidado de”. O “cuidado com” refere-se a “uma forma geral de compromisso”, é o preocupar-se com algo ou alguém. E o “cuidado de” seria a “existência de um objeto específico para o qual se dirige o foco da atenção”. Significa dar

respostas às necessidades “particulares, concretas, físicas, espirituais, intelectuais, psíquicas e emocionais” das outras pessoas.

A atribuição de responsabilidade de cuidar de alguém, alguma coisa ou alguns grupos pode então ser uma questão moral. O que faz ‘cuidar de’ ser tipicamente percebido como moral não é a atividade em si, mas como essa atividade se reflete sobre as obrigações sociais atribuídas a quem cuida e sobre quem faz essa atribuição (TRONTO, 1987, p.189).

Sobre isso, Roseni Pinheiro (2008, p.111) reafirma que o “cuidado” é produto da experiência de um modo de vida específico, e refere-se ao modo de agir que é delineado por diversos outros aspectos da vida cotidiana, como a política, a cultura, a história e os aspectos sociais e que “se traduzem em ‘práticas’ de ‘espaço’ e na ‘ação’ de ‘cidadãos/cidadãs’ sobre as outras pessoas em uma dada sociedade”.

Na sociedade contemporânea a demanda por cuidado se torna cada vez mais complexa, e isso exige a atuação de diferentes “sujeitos-cidadãos-profissionais”, mulheres e homens, pois o sujeito demandante, cada vez mais irá requerer atenção, responsabilidade, zelo e desvelo (PINHEIRO, 2008). Este/a demandante, possuidor/a de desejos, aspirações e especificidades, requer também a sua inclusão na tomada de decisão da sua vida, ou seja, da sua saúde. Paim (2009, p. 11) destaca que “a sociedade espera que o setor saúde cuide das pessoas e das populações, mediante ações individuais e coletivas”.

E é nessa linha que podemos tratar do constructo “cuidado como valor do direito à saúde”, considerando-o como “elemento constitutivo e constituinte da integralidade, assim como a demanda por cuidado como direito humano à saúde, um direito de cidadania” (PINHEIRO, 2010, p. 20). O direito aparece nas falas dos/as usuários/as que sofrem de infertilidade e vivenciam o cotidiano do serviço de RH, e se apresenta com três sentidos diferentes: 1) o direito de acesso aos medicamentos; 2) o direito como conquista para a população para garantir o acesso ao serviço de RH público; 3) o direito como uma oportunidade para a realização de um sonho.

Aí hoje né, mesmo assim, o que eu luto aqui, é, eu tive problemas, por que o direito ele é pra todos. Se eu fui aprovada pra tomar os análogos, que é a base de medicação oral e injetável, eu tinha que ter tido no início esse tratamento. Assim que eu fui aprovada, que eu entrei na sala da enfermeira para receber a medicação, eu fui surpreendida só com a medicação oral (USUÁRIA F).

Se outras pessoas tiverem essa perseverança de estar na fila, é um direito, mas não faz parte o planejamento familiar na saúde. Mas eu acho que deveria ter em outros hospitais também daqui de Recife, eles deveriam estar trabalhando nessa perspectiva, em relação, que eles não fizesse o processo de transferência, mas que houvesse uma parceria entre eles para agilizar o quantitativo de exames que precisa ser feito (USUÁRIA A).

Eu acho que é muito importante ter um serviço desse de reprodução pelo SUS, porque tem muita gente sem condições de pagar e muito sonho de ter filhos. E um casal ter um filho é fundamental. E essa oportunidade que a gente tá tendo é única, mesmo eu sabendo que é um direito (USUÁRIO P).

Nesses três sentidos, o direito faz parte da constituição da integralidade para o cuidado em saúde na reprodução humana assistida. Sendo assim, o “cuidado em saúde” não pode ser compreendido somente como um procedimento técnico simplificado e um nível de atenção do sistema de saúde, mas como algo que inspira a visão sobre a outra pessoa como um ser holístico, não fragmentado e pertencente a um mundo real, localizado em seu contexto social, político, cultural e econômico.

Aí eu não conseguia marcar esse exame, aí quando eu vim trazer o exame, já tava quase tudo vencido. Aí pronto, a médica foi me deu um bocado de bronca, perguntou se eu queria mesmo fazer o tratamento para engravidar, porque não estava parecendo. Foi, deu um bocado de bronca. Eu disse, quero, porque eu tô aqui. Mas, não tá parecendo (ela falou). Ela era muito brava. Aí aí eu fui explicar do exame, mas o negócio foi acontecendo e eu nem soube explicar direito pra ela. Eu tive que refazer os exames tudinho novamente, aí voltei, passei por ela, aí eu mostrei. Eu sei que toda vinda era um processo assim. Meu marido só vinha quando era necessário, e a gente vem no transporte da prefeitura. E só vem se necessário e senão ocupa a vaga de alguém (USUÁRIA X).

O cuidado em saúde pode ser entendido como uma ação integral, com significados e sentidos que se voltam para a compreensão da saúde como o direito de ser (PINHEIRO, 2005). Ou seja, levar em consideração o direito de ser na saúde é pensar e ter ‘cuidado’ com as ‘diferenças’ dos sujeitos – respeitando as relações de etnia/raça, classe, geração, gênero – que são portadores/as não somente de deficiências ou patologias, mas de necessidades específicas.

Foi um raio x que eles tiram, que é um exame bem complicado viu! Se fosse pra eu fazer hoje eu não teria coragem não. Dói mulher, é um exame que eles botam um negócio que é bem grosso, dentro da gente e depois fecha a perna da gente e depois com esse negócio manda a gente se virar de um lado, manda a gente se virar do outro, pra ir tirando aquele raio x. Por isso que a gente até toma 40 gotas de buscopam uns 30 minutos antes do exame,

porque fica muito dolorido, fica um bocadinho de dias e fica muito dolorido, sangra. Esse é o pior exame que eu já fiz. Se fosse pra fazer novamente eu não fazia mais não. Esse era pra saber a obstrução das trompas. Mas se o doutor tivesse me dito que o exame seria desse jeito eu não teria feito não. Acho que ele não quis me assustar antes da hora (USUÁRIA X).

A fala anterior no mostra a questão da garantia de acesso a outras práticas terapêuticas e na participação ativa desses sujeitos no processo de tomada de decisão. É uma atitude que evita a surpresa, o medo e a condição de subordinação desse paciente frente ao desconhecido, seja na realização de um exame, de um procedimento, etc. Decidir junto com o/a usuário/a a melhor opção de tratamento e tecnologia médica a ser utilizado/a, também é pensar o direito de ser (PINHEIRO, 2008, p. 113, grifo nosso).

Cuidado em saúde é o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento – em grande medida fruto de sua fragilidade social –, mas com qualidade e resolutividade de seus problemas. [...] é uma ação integral fruto do ‘entre-relações’ de pessoas, ou seja, ação integral como efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes, tais como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo (PINHEIRO, 2008, p.113).

O cuidado em saúde enquanto ação integral tem como um dos desafios o rompimento com as práticas/attitudes médicas fragmentadas e reducionistas. Essas atitudes são heranças do modelo biomédico, tanto criticado pela “medicina integral” e que acabou determinando e/ou influenciando muitas práticas do cuidado em saúde e dificultando a integralidade como valor e princípio norteador para as ações, tal como a sua organização ainda nos dias atuais. A medicina integral no Brasil não se consolidou como um movimento institucionalizado, se associando num primeiro momento a medicina preventiva – *locus* de resistência à ditadura – um dos berços do chamado movimento sanitário (MATTOS, 2001).

Porque, o médico vai olhar, em outras palavras, ele vai ver se a casa tá arrumadinha, se tem algum cisto, se tem algum problema, pra ver se ela tá tudo direitinho. Pra ver se os ovários estão bloqueadinhos, porque antes disso ela toma um anticoncepcional, pra bloquear, pra ela não ovular e não romper esse óvulo. Porque o ovário é uma caixinha de surpresa né, a mulher responde bem num ciclo, quando é no outro não responde bem (ENT. PS. 2, 2015).

E eles tiram os óvulos. Eu só acordei quando já tinha terminado. Não me disseram quantos óvulos eles tiraram, só me disseram que a pulsão tinha sido boa. O dia que eu vim fazer o último ultrassom, antes da retirada dos óvulos, eles falaram que eu tinha muitos folículos. Mas, ainda não sei quantos. E eu vim hoje pra médica ver um pólipó no endométrio. E não pode ter nada,

porque tudo deve estar bem organizadinho, senão dá errado o procedimento (USUÁRIA X).

As mulheres na reprodução assistida são fragmentadas em seu corpo, levando-as a despersonalização e desumanização, é a fragmentação do processo reprodutivo. E também alienadas em relação às informações acerca de alguns procedimentos, seus objetivos e importância. Nas falas anteriores, o ovário e os óvulos são os protagonistas no procedimento realizado pelo médico, ganham vida e são tratados com muito cuidado. O útero é a casa que deve estar bem organizada, limpa e pronta para receber um futuro visitante (embrião). E a mulher, é parte secundária, percebida como a responsável pelo fracasso ou sucesso do procedimento ou do processo.

[...] porque a gente nasce com um quantitativo de óvulos, que a gente perde a cada período fértil que a gente tem, a cada ciclo. Então vai chegar um determinado momento que eu não vou ter mais óvulos. Então se eu não tenho óvulos, eu não vou ter mais chance de ser mãe, mãe do filho da barriga (USUÁRIA A).

Isso demonstra uma característica fundamental do modelo biomédico, que é a atitude fragmentada e reducionista adotada por médicos diante de seus/suas “pacientes”, que por meio das diversas especialidades focam as dimensões exclusivamente biológicas (anátomo-fisiológica), ou seja, o “corpo doente”, deixando de lado às dimensões sociais, históricas, culturais e psicológicas na relação “médico-paciente”, no processo saúde-doença (MATTOS, 2001). O depoimento a seguir nos mostra um pouco mais do ‘corpo doente’ na reprodução assistida e o sofrimento da mulher que vivencia a infertilidade:

Aí foi quando a doutora Y disse pra mim que eu tava com as duas trompas obstruídas, e que o doutor X conseguiu desobstruir a esquerda e a direita não. E que houve uma perfuração na sua esquerda. Eu disse: foi? Como assim uma perfuração? Não me informaram nada. Ela disse, não mas vc não precisa se preocupar, porque isso não vai influenciar em nada não. Eu disse, como não vai influenciar, porque uma já não presta praticamente, se tá obstruída não serve, a única que tá funcionando houve uma perfuração. Como é isso? Ela disse, não vc não tem que se preocupar. Só que aquilo me abalou mais ainda, porque se eu não posso engravidar normal por causa da endometriose, várias coisas e ainda mais isso e eu saí daqui super mal e não deram retorno (USUÁRIA C).

Esse corpo doente, submetido ao saber médico, nos remete a um quadro de violência institucional nos serviços de saúde, que são deflagradas pelas hierarquias de poder, tendo em

vista a naturalização das relações de dominação, como por exemplo, as relações entre usuárias e profissionais de saúde (REGINO, 2015).

Eu operei lá no interior e eles não sabiam o que era. O médico mesmo que operou disse que era cisto de sangue. E que nunca viu falar nessa endometriose e por isso que ele retirou o meu ovário. Aqui o médico disse se eu tivesse entrado no imip eles tinham drenado. Aí não tinham mexido no meu ovário, que nem eles drenaram nesse outro. Aí eu fiquei só com um ovário funcionando e aí agora também nessa cirurgia eu tive que retirar a trompa que ele deixou e estragou...aí já tava cheios de foco tb. Aí eu retirei a trompa também. Aí com tudo isso dificulta mais ainda (USUÁRIA E).

Ocorre que a violência institucional se configura em abusos nas relações desiguais entre usuárias e profissionais de saúde, e é norteadada por padrões preestabelecidos de poder e do ‘saber médico’ (DINIZ, et al., 2004). A orientação das profissões em saúde na perspectiva do modelo biomédico acaba afastando a percepção ou a sensibilidade em relação ao sofrimento do sujeito humano como “totalidade viva” – termo utilizado por Roseni Pinheiro (2008) - pois ao se apoiar nos meios diagnósticos para evidenciar lesões e doenças, permite que o diagnóstico substitua a atenção e o ‘cuidado’ integral à saúde.

Quando eu vinha pra aqui era aquela tortura. E quando dizia o médico tá chegando, pronto eu já começava entrar em desespero. Porque era tanta coisa, sempre tinha alguma coisa errada com meus exames, e pedia exames, e mais exames, toda vez terminava várias vezes eu perguntava aqui quando eu saía, são quais exames? Porque você sabe como é difícil tá fazendo exames, principalmente pra mim. Porque tem médicos que aceita exames de fora, outros não. Então é uma distância danada, pra eu vim de lá pra cá, pra eu fazer exame, eu tenho que sair de casa de madrugada, e na maioria das vezes eu perguntava: tem certeza que é só esses exames? (USUÁRIA C).

Não estamos aqui desconsiderando a importância do diagnóstico, mas é importante destacar que os/as usuários/as (“pacientes”), devem ser percebidos/as como sujeitos ativos no processo saúde-doença e que os mesmos possuem sentimentos, demandas e necessidades e desejam neste processo se sentirem cuidados e acolhidos. “O atendimento às mulheres precisa contemplar a individualidade e as especificidades, criando um ambiente de escuta e acolhimento e propiciando atenção integral, inclusão social e equidade” (REGINO, 2015, p. 47). Diferentemente da fala da usuária a seguir:

Então você vai, ele faz um teste pra ver se você tem algum folículo, não tem. Você sai da sala assim, como é, eu não tive? Não fala muita coisa, então você tem que buscar. Doutor, e aí como foi? Não foi. A resposta que eu tive: “não foi”. Minha filha do jeito que você tá, você não vai conseguir engravidar nem aqui, nem nos Estados Unidos. Eu saí de lá arrasada. Liguei pro meu marido e ele disse, desapareça daí, eu não sei o que você tá fazendo aí ainda (USUÁRIA F).

A atitude autoritária de um/a profissional de saúde que se nega ao diálogo e se defende dos argumentos da outra pessoa, está conduzindo ao extremo a sua atitude de distanciamento adotando posturas e ações focais, que, em última instância, resulta na negação do outro. Nesse contexto, o cuidado somente se tornará possível se houver o reconhecimento da outra pessoa como alguém ‘diferente’ de si mesmo. Ao reconhecer essa ‘diferença’ é possível então orientar o melhor caminho nesta relação assimétrica, em todos os seus sentidos (COSTA, 2004).

A integralidade como valor deve nortear os cuidados em saúde de forma holística com abertura para o diálogo sobre as reais necessidades de saúde, onde o/a profissional de saúde extrapola por meio de uma “simples” conversa as demandas evidentes do/a usuário/a. O/a usuário/a não quer se sentir escamoteado atrás da sua doença e sim quer ser visibilizado por sua possibilidade de saúde.

[...] foi a Dra. Y que me acompanhou os primeiros anos aqui. Depois foi a Dra. Z e depois o Dr. X. No início eu confesso que a gente tinha o maior medo do Dr. X. O pessoal dizia, o Dr. X, meu Deus. Morria de medo. Falava muito mal dele, que ele era grosso. Aí entrei na sala dele, e eu estava acima do peso e ali na sala dele ele disse, você está acima do peso e por isso não está preparada, tem que perder peso. Simples assim. Mas, a Dra. Y, eu adoro, é super gente fina (USUÁRIA G).

Para Mattos (2001), dar resposta ao sofrimento do/a usuário/a que busca o serviço de saúde, levando em consideração o ser humano como um todo é garantir a integralidade como valor no cuidado em saúde. Que a resposta a este sofrimento não seja um cuidado que transforme e reduza este sujeito em objeto, que impossibilita compreender esse sujeito como um ser histórico, social e político, munido de aspirações, percepções, desejos e subjetividades.

A primeira eu fiquei balançada, assim, idas e vindas aqui, você acaba se acostumando, tendo esperança, a gente fica alimentando a possibilidade, e vai, e vai. Então eu fiquei muito frustrada pelo primeiro atendimento médico que foi horrível, porque do jeito que eu tava ele disse que eu não conseguiria ficar grávida nunca. Saí decepcionada, mas depois de conversar com a

psicóloga, com a enfermeira chefe, que te dá uma energia boa, eu falei: vou tentar a próxima (USUÁRIA F).

Os depoimentos das entrevistadas acima, dialogam com o que Roseni Pinheiro (2008, p. 113) reafirma sobre o ‘cuidar em saúde, como sendo

uma atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, compreendendo acolhimento como escuta do sujeito, respeito pelo seu sofrimento e história de vida. Se, por um lado, o ‘cuidado em saúde’, seja dos profissionais ou de outros relacionamentos, pode diminuir o impacto do adoecimento, por outro, a falta de ‘cuidado’ – ou seja, o descaso, o abandono, o desamparo – pode agravar o sofrimento dos pacientes e aumentar o isolamento social causado pelo adoecimento.

Da mesma forma que os desabafos e impressões negativas sobre determinadas práticas e/ou alguns procedimentos do serviço em questão foram ressaltadas, um outro olhar, mais positivo e otimista acerca do cuidado em saúde também merece destaque.

Mas, aqui na RH o pessoal é nota 10. A atendente, enfermeira, alguns médicos, é ótimo. O pessoal aqui faz o que pode e as vezes até o que não pode, eles fazem. Explica as coisas certinhos, até por telefone, são super educados, eles tratam a gente super bem. Explica do jeito que tem que ser feito (USUÁRIO O).

O tratamento aqui é ótimo, porque a gente não teria oportunidade se não fosse aqui. E deveria ser ampliado para outras pessoas e lugares. E tanta gente aí que não teve a mesma sorte que a gente teve. Se outras pessoas tivessem uma chance dessa. Então tem que tentar, persistir, você tem que ir a diante (USUÁRIA D).

O pessoal super gente boa, trata a gente bem, nunca tivemos problema, graças a Deus. Tanto é que pra psicóloga a gente foi chamado pelo menos três vezes. O porque a gente não entendia, mas que bom, fomos bem acompanhados (USUÁRIO P).

Aqui nossa, aqui é o atendimento nota mil. Quando vc chega na RH, tudo fica mais fácil. Vc pega um cartão do RH, com todos os exames necessários são feitos pelo SUS. Porque no início os exames são a gente que faz (USUÁRIA X).

Essas atitudes enquanto prática dos profissionais de saúde em relação aos usuários, torna-se fundamental para garantir o bem-estar e melhoria das condições de saúde, daqueles/as que já vivenciam situações de sofrimento e doença.

Para Mattos (2001, p. 56) é inaceitável “que os serviços de saúde estejam organizados exclusivamente para responder às doenças de uma população, embora eles devam responder a tais doenças”. Segundo este autor, “os serviços devem estar organizados para realizar uma

apreensão ampliada das necessidades da população ao qual atendem” visando atender o princípio da integralidade. A primeira situação destacada por Mattos é demonstrada na realidade do depoimento a seguir:

Os casos do IMIP são casos com um prognóstico mais difícil que em clínica privada, pois são pacientes muito ‘manuseadas no serviço público’, que esperam muito na fila, tem idade mais avançada e quadros mais crônicos. Pacientes que fizeram muitas cirurgias por não especialistas, algumas inclusive pioraram o prognóstico da paciente. Muito comum em casos de endometriose. Inclusive cirurgias em que a paciente perdeu todo ovário ou parte importante dos dois, diminuindo a disponibilidade de óvulos e consequentemente a chance da paciente engravidar (ENT.GEST. 1, 2016).

Sobre essa fala é importante destacar que o princípio da integralidade deveria ser aplicado a esse tipo de prática, tendo em vista que “o corpo das mulheres, percebido como máquina produtora de meios para reproduzir e para curar outros corpos, é capturado pelos interesses ditos ‘científicos’ e do mercado” (FERREIRA; ÁVILA; PORTELLA, 2006, p. 10). As ‘pacientes’ muito manuseadas no serviço público, reflete uma realidade vivenciada por diversas mulheres no atendimento em saúde, sendo preciso reestruturar as relações desiguais de gênero no exercício desse cuidado. Isso corresponde a um tipo de prática profissional que expressa os valores e as representações da sociedade patriarcal, e que merece muitas críticas, pois estas são traduzidas em relações de poder, colocando as usuárias em condição de submissão ao ‘parecer’ do saber médico (MACEDO FILHO, 2015).

Nesse contexto, cabe defender a integralidade como valor a ser sustentado nas práticas dos/as profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expressa na forma como são dadas as respostas por esses/as profissionais de saúde aos/às usuários/as que buscam os serviços de saúde. Considerando este/a usuário/a como sujeito do seu devir, que possui seus saberes particulares e diferenciados, suas necessidades e demandas e que não podem ser ‘desqualificados’ ou ‘silenciados’ pelo saber médico, isso constitui o cerne da cidadania do cuidado (PINHEIRO, 2008).

Eu acho que o governo deveria olhar mais para o lado da saúde nessa parte. Se eu tivesse conseguido aqui no IMIP pelos encaminhamentos que eu tinha, eu não tinha perdido o meu ovário e a doença também não teria passado pro outro. Então eu teria tido mais chance para engravidar pela inseminação e eu não consegui. Se tivesse sido mais fácil, talvez hoje, eu acho que já teria engravidado, sei lá. Talvez até eu já até tinha feito essa inseminação, não sei (USUÁRIA E).

Podemos observar, a partir da fala anterior, que “o atendimento nos serviços de saúde é um contexto privilegiado de observação da relação entre saúde das mulheres e violência institucional contra as suas usuárias”, onde se alimenta preconceitos, desigualdades e subordinação, a partir da reafirmação da ideologia patriarcal nesses espaços de ‘saúde e cuidado’ (REGINO, 2015, p. 46). O depoimento da usuária A em seguida, destaca a questão da integralidade, apontando a falta de articulação dos serviços de saúde e as grandes filas de espera como um fator negativo para os usuários/as. Assim, a integralidade, como princípio e diretriz em saúde, “permanece como um objetivo de difícil apreensão e operacionalização na dimensão da organização da assistência” (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004, p. 23).

[...] eu acho que deveria ter em outros hospitais também daqui de Recife, eles deveriam estar trabalhando nessa perspectiva. Que eles não fizesse o processo de transferência de embriões, mas que houvesse uma parceria entre eles para agilizar o quantitativo de exames que precisa ser feito. Eu lembro quando eu precisei fazer o exame da reserva ovariana, eu tinha que ligar no primeiro dia da minha menstruação, e eu passei seis meses da minha vida ligando e aí: não tem mais vaga, não tem mais vaga. Que tivesse uma parceria entre os hospitais e que pudesse se articular os laboratórios das unidades, eu acredito que a fila andava mais rápida e mais pessoas seriam favorecidas (USUÁRIA A).

Partindo da ideia de que o cuidado é a potência da integralidade, e que os modelos de atenção à saúde não a vem contemplando nos seus fundamentos o princípio da integralidade, como afirma Paim (2008), é importante refletir sobre a ideia de cuidado em saúde no contexto da fragmentação e da racionalidade médica. “Porque não é bom não a gente saber que tá faltando alguma coisa no nosso corpo, porque eu tinha as trompas e depois tiraram” (USUÁRIA B). E “quando eu passei no hospital em Pesqueira, o médico disse, eu não posso fazer nada, o que eu posso fazer por você é tirar seu útero” (USUÁRIA Z).

Como diretriz política, ideal ou objetivo, a integralidade torna-se um atributo relevante a ser levado em conta em relação ao cuidado nos serviços e sistemas de saúde (CONILL, 2004, p. 1418). A integralidade como fim na produção de uma cidadania do cuidado, como ressalta Pinheiro (2004), dar-se na ação democrática, que envolve um saber fazer integrado e integral, alicerçando este cuidado em relações éticas e políticas, com responsabilidade e compromisso. Relações que são estabelecidas por meio do interesse pelas subjetividades que envolvem o cuidado em saúde, ao perceber os/as usuários/as como sujeitos reais e concretos e que possuem uma história de vida, e que essa história não se afasta deles/as quando estão doentes.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este é o momento para sintetizar as amplas percepções que uma tese de doutorado nos apresenta em poucas ‘palavras’, até mesmo mais sintéticas. As percepções sobre a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida (PNRHA) revelaram surpresas e confirmações de pressupostos já estabelecidos.

A pesquisa buscou responder como a PNRHA garante a integralidade do cuidado em saúde dos casais inférteis, a partir de uma análise de gênero. A resposta a essa questão veio por meio da análise do ciclo de vida da Política em seus momentos que envolveram o contexto, o conteúdo, os atores e os processos (formulação e implementação).

A PNRHA foi elaborada mediante demandas da sociedade, a partir dos movimentos sociais como atores responsáveis pela formação da agenda da Política, que por meio do movimento feminista, o movimento de mulheres, os movimentos das pessoas que convivem com HIV/Aids, o movimento LGBT, se apresentam como grupos de pressão junto ao Estado para a solução dos problemas de infertilidade dos casais inférteis e garantia dos direitos sexuais e reprodutivos de homens e mulheres.

Em relação ao contexto, este foi tratado em duas perspectivas: macro e micro-contexto e percebeu-se que o período em que a PNRHA foi elaborada e lançada, nos anos de 2004 e 2005, o país vivenciava com o Governo Lula, um momento político de grande incentivo às políticas públicas sociais, sendo também um período de valorização de pesquisas na área das biotecnologias (células tronco, por exemplo).

Entre os principais programas sociais deste Governo destacou-se o Bolsa Família, que contribuiu muito para a redução da desigualdade de renda e teve impacto na taxa de natalidade da população mais carente. Diversas políticas foram lançados/programas com foco nos direitos sexuais e reprodutivos e que representaram um avanço na integralidade do cuidado em saúde, como: a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos e a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida. Sobre essa última, a demanda reprimida que se coloca como desafio ao planejamento familiar integral e o SUS na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos desses casais inférteis ainda era uma realidade nessa época (como ainda hoje).

No que se refere ao micro-contexto e seus aspectos dos serviços de saúde, destacamos o ano de 2009, como marcador do momento de inauguração do projeto-piloto do governo

federal, para a implementação da PNRHA em Recife, no IMIP, com o Centro de Reprodução Humana Assistida. O panorama no Brasil segundo a OMS era de 8% a 15% de casais inférteis, e esse foi um momento importante para implementar uma Política que ‘olhasse’ para às pessoas que conviviam com a infertilidade. Os 12 (doze) serviços de reprodução assistida que ofertam esse atendimento pelo SUS são insuficientes para suprir a demanda de casais inférteis, onde o tempo de espera na fila varia em média de 4 a 5 anos. E muitos desses hospitais públicos que oferecem esse tipo de cuidado possuem seus critérios institucionais próprios para admissão ao protocolo, mesmo existindo as diretrizes que regulamentam o credenciamento desses serviços. O IMIP foi um dos primeiros serviços a ser credenciado pelo SUS para ofertar a reprodução assistida, sendo considerado referência no Nordeste, que contou com o apoio financeiro da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco.

O aspecto financeiro foi um dos elementos mais pontuados por gestores, políticos e usuários/as para o (in)sucesso, (des)continuidade ou implementação ou não da PNRHA. O financiamento público da reprodução humana assistida trouxe para o debate questões relacionadas aos altos custos das técnicas e procedimentos utilizados, a grande demanda pelos serviços, a pequena oferta à população que convive com a infertilidade e a vontade política. Devido o caráter descentralizado do SUS, cabe aos Estados e Municípios participarem e ‘comprarem’ a Política como necessária, como prioridade para os seus governos, muito embora procedimentos de média complexidade já serem ofertados pelo SUS. Aconteceu com a PNRHA uma restrição de orçamento, que culminou com a ‘não’ vontade política e prioridades de governo, que fizesse com que ela se ampliasse e garantisse o acesso universal aos casais inférteis. O Ministério da Saúde, por meio de Portarias destinou recursos para a reprodução assistida, de forma a atender a Política, entretanto, não se tornou suficiente para garantir o funcionamento do serviço no IMIP, por exemplo.

Na análise do conteúdo da Política, os aspectos financeiros e a vontade política também foram emergentes nos depoimentos e documentos. O enfrentamento em relação ao destino da reprodução assistida pelo SUS foi tema de debate na Câmara dos Deputados, com posicionamentos diversos, que merece reflexão.

De um lado temos a defesa de que a PNRHA é necessária, importante e fundamental para a consolidação das garantias propostas em Lei do Planejamento Familiar e dos Direitos Reprodutivos. A adoção entra como possibilidade para os casais que vivenciam a infertilidade, mas que não deve ser a única e nem a principal possibilidade, tendo em vista que

a adoção trata de uma questão social, mas que deve estar articulada às outras políticas para ter eficácia.

A adoção na PNRHA foi pensada de forma a garantir a integralidade no cuidado em saúde dos casais inférteis, no entanto, como a Portaria foi suspensa e não foi adiante, a realidade vivenciada por grande parte dos casais inférteis é de penalização, seja por: 1) (con)viverem com a infertilidade; 2) não terem garantidos seus direitos sexuais e reprodutivos pelo SUS no que se refere a reprodução humana assistida; 3) fazer da adoção a única alternativa para se ter um filho - não por escolha do casal, mas por uma ‘imposição’ das condições que lhe são dadas – devido a falta de recursos financeiros para realizar um tratamento na rede privada ou falta de acesso ao serviço público de saúde que deveria garantir o direito ao planejamento familiar. Ou seja, ferindo o princípio da integralidade no cuidado no que se trata ao direito à saúde.

Do outro lado, as justificativas para a reprodução assistida não ser prioridade de governo, se baseiam na questão financeira e no alto custo que a oferta desse tipo de serviço pelo SUS poderia impactar aos cofres públicos. A não inclusão dessa rubrica na cobertura pelos planos de saúde também aparece como argumento e a justificativa é de que os planos teriam que aumentar muito o seu valor e redistribuir esse custo entre todos os conveniados, para atender às pessoas com infertilidade e/ou as que convivem com HIV/Aids, ou outras doenças infecto-contagiosas. Nesse caso, os planos iriam prejudicar ainda mais os idosos, que já pagam mais caro e não seria o público-alvo desses serviços. Percebe-se que esse argumento está permeado de ‘preconceitos’ quanto à necessidade de atender um grupo específico de pessoas, que não tem recursos financeiros para pagar um tratamento em clínicas particulares, mas que desejam ter filhos.

Percebeu-se que a Política tem um viés heteronormativo, que se perpetua a partir da categoria ‘casal infértil’, pois possui um significado muito mais amplo e excludente, na medida em que culturalmente a fertilidade, a partir desse termo, é apenas reconhecida como parte integrante de um relacionamento heterossexual. Este termo acaba deslocando o problema da infertilidade individual (feminina ou masculina) para a infertilidade do ‘casal’, mas um casal heterossexual. A atualidade nos imprime uma realidade que impacta no debate da Política Nacional de Reprodução Humana Assistida e na garantia da integralidade do cuidado, na medida em que as lacunas no que se refere ao acesso dos potenciais usuários dessas biotecnologias são advindos das novas configurações familiares. Sendo assim, a infertilidade não deveria ser um dos fatores determinantes para acessar as técnicas de

reprodução assistida, tendo em vista às novas configurações familiares estabelecidas na sociedade contemporânea, com a formação de famílias homoafetivas (que não necessariamente sofrem de infertilidade).

Conclui-se também que as questões de gênero ficaram evidentes nas Diretrizes, ao mesmo tempo em que reafirma o lugar dos homens na Política como ‘não-sujeitos’ de direitos reprodutivos, ao serem percebidos e se colocarem em muitos momentos como ‘acompanhantes’ das mulheres, aqueles que são necessários para ‘constituir a mãe’ na reprodução assistida. Entretanto, mesmo sendo identificados como parte dos procedimentos/ações do tratamento da infertilidade/esterilidade e em muitos momentos não se perceberem pertencentes a este universo, é possível identificar o sentimento mais igualitário em relação à mulher, quando da efetivação do ‘casal grávido’ e da possibilidade de constituir uma família (desejo pela família).

Os homens demonstraram um ‘aparente’ desconhecimento ou desinteresse sobre as técnicas conceptivas e se vêem como coadjuvantes no processo – mesmo quando a causa da infertilidade é masculina – tendo assim um sentido mais momentâneo, de etapas. Isso porque a função reprodutiva sempre esteve associada às mulheres e a sua ‘natureza feminina’ e independente de quem seja o problema da infertilidade, as intervenções na maioria das vezes são realizadas no corpo da mulher.

Já as mulheres continuam sendo o foco das políticas maternalistas e as principais beneficiárias da PNRHA (mesmo o público-alvo sendo os casais inférteis), que como tal acabam sendo penalizadas pela transformação do direito reprodutivo em ‘obrigações femininas’. São penalizadas também quando percebem que a idade é um fator de seleção para se ter acesso a reprodução assistida e ainda um marcador social de fertilidade, onde a mulher objetivada passa a ter ‘prazo de validade’. Sendo assim, o envelhecer para as mulheres que convivem com a infertilidade torna-se o fator que mais ‘pesa’ na concretização do desejo de terem filhos, e fica evidente a existência de um ‘prazo de validade’ muito rígido no universo das tecnologias conceptivas. E isso faz com que a ansiedade, a vontade de desistir do tratamento, as angústias, sofrimento físico e psicológico aumentem com o decorrer do tempo de espera na fila do serviço.

As ações da Política quando colocadas em prática, necessitam romper com a fragmentação/reducionismo e objetivação desse sujeito que reforça uma identidade feminina vinculada a maternidade. As políticas que são direcionadas à questão da maternidade, têm uma herança e um forte apelo no condicionamento do papel de mãe à identidade feminina, e

conseqüentemente a sua função enquanto reprodutora e mesmo quando uma política no campo dos direitos reprodutivos é pensada, elaborada e defendida por mulheres, acaba se cristalizando no seu conteúdo, a relação direta do corpo feminino aos direitos reprodutivos, já que o campo da biomedicina/biotecnologias e das políticas se constitui como campos ‘masculinos’ e de poder.

As análises das falas das mulheres que convivem com a infertilidade, foram fundamentais para compreendermos um pouco do cotidiano de um serviço público de reprodução humana assistida e das emoções expressas pelas usuárias no decorrer do tratamento neste serviço. Foram falas que destacaram momentos de conquista, esperança, fé, desejo, medo, felicidade, culpa, resignação, vergonha, independência, ansiedade, realização e frustração. Essas emoções como elementos de reflexão sobre o universo das tecnologias conceptivas, nos leva a pensar sobre o lugar da mulher nesse contexto e na garantia dos seus direitos reprodutivos.

Compreendeu-se também que a maternidade ainda é um elemento marcado da identidade feminina e que se fortalece na sociedade patriarcal. Mesmo com tantos avanços e conquistas das mulheres – sobretudo pela luta dos movimentos feministas -, não ter filhos, não gerar, é afastar-se da ‘norma’ do que é ‘natural’, é uma forma de organização social que impõe às mulheres ‘inférteis’ a mesma cobrança, sob pena de desaprovação social.

Embora, as tecnologias conceptivas se apresentem com a conotação de escolha reflexiva da maternidade, as falas das usuárias nos revelaram muito mais a busca por uma alternativa desesperada de engravidar, independente dos procedimentos a serem submetidas. Muitas delas buscaram o serviço sem saber de fato se eram ou não inférteis. Só sabiam que não conseguiam engravidar, mas desconheciam a causa.

O desejo de ter filhos das usuárias está alicerçado às preocupações constantes com o tempo social e biológico que influenciam no cumprimento do papel social de esposa e mãe, na materialização/concretude do amor do casal, na continuidade da família nas gerações futuras, na comprovação da fertilidade e também na necessidade de ‘corrigir’ um problema de saúde que causou a infertilidade. O envelhecer social e biológico é um dos aspectos que mais preocupam os casais que apresentam alguma dificuldade em engravidar e que buscam nas tecnologias reprodutivas conceptivas a solução desse problema.

No caso dos homens em relação à paternidade, esta representa o cumprimento de um papel social e isso só ocorre sendo pai e tendo um filho e se volta mais para o desejo de família. Para os usuários, ter um filho é se reconhecer nele, é perpetuar a espécie, é dar

continuidade à família. A família para os usuários, como um espaço que expressa à dinâmica da vida social é a estrutura que possibilita o repasse de valores, conhecimentos, desejos e ensinamentos a outra pessoa, que é fruto de uma história de busca para a sua concretização, é a forma de paternar. Mesmo os homens não se percebendo como os principais sujeitos da PNRHA, e por muitas vezes serem ‘invisibilizados’ no tratamento da RA, alguns entrevistados ressaltaram o sentimento de ‘casal grávido’ e da necessidade de estar junto com a mulher no decorrer do processo pela busca do filho.

A Política contempla a integralidade da assistência em seus três níveis (baixa, média e alta complexidade), mas é na atenção básica que os casos de infertilidade/esterilidade deveriam ser tratados e observados com mais atenção, deixando assim uma lacuna no cuidado em saúde dos casais inférteis.

Devido às lacunas identificadas na PNRHA, acredita-se que a integralidade no cuidado em saúde dos casais inférteis fica fragilizada, na medida em que os direitos que deveriam estar sendo garantidos de forma universal e integral se moldam aos padrões construídos sob a égide de um Estado patriarcal de gênero, que se ramifica nas formulações de suas políticas e se reafirma como um campo hegemonicamente masculino.

O Governo Federal via Ministério da Saúde, ao instituir a PNRHA assumiu o compromisso de orientar ações voltadas para o acesso universal e integral à saúde reprodutiva, ao regulamentar normativas para garantir aos casais inférteis ações de saúde voltadas para a concepção, com preocupações amplas acerca da garantia ao planejamento reprodutivo e familiar de mulheres e homens, os direitos das pessoas que convivem com HIV/Aids, ou outras doenças infecto-contagiosas e a adoção. Porém, muito embora a PNRHA fosse regida por diretrizes que visam garantir os direitos reprodutivos por meio de técnicas de concepção, a fim de promover uma maternidade e/ou paternidade responsáveis, algumas diretrizes, no decorrer do processo de implementação, se mostraram contrárias ao que foi proposto nas diretrizes iniciais, reforçando assim as desigualdades e repercutindo assim na integralidade do cuidado dos casais inférteis.

Por fim, podemos destacar a invisibilidade da Política nos últimos anos como um marcador que se configura na retirada da mesma do site do Ministério da Saúde, não tendo destaque como outras Políticas e Programas (por exemplo, o Rede Cegonha); na dificuldade de encontrar informantes e documentos que tratem da PNRHA, sendo necessário solicitar muitas das informações via ouvidoria e ofícios ao MS e Secretaria Estadual de Saúde/PE; e a

ausência de orçamento/rubrica específico/a para a reprodução humana assistida, sendo estes realizados por eventuais Portarias.

REFERÊNCIAS

ACERO, L. Novas tecnologias reprodutivas e relações sociais de gênero. In: FERREIRA, Verônica; ÁVILA, Maria Betânia; PORTELLA, Ana Paula (Org.). **Feminismo e novas tecnologias reprodutivas**. Recife: SOS Corpo, 2006. p. 67-78.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **6º Relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões (SisEmbrio)**. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/23322936-Sisembrio-6o-relatorio-do-sistema-nacional-de-producao-de-embrioes-agencia-nacional-de-vigilancia-sanitaria-anvisa.html>>. Acesso em: 15 de mar. 2016.

ALBUQUERQUE, P. C. **Educação popular em saúde no município de Recife-PE: em busca da integralidade**. 2003. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

ALMEIDA FILHO, N. Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n.6, p. 11-34, nov. 2000.

AMARAL, W. N. [**Audiência pública no Plenário da Câmara dos Deputados em 10 jul. 2012**]. Brasília: Câmara dos Deputados, 2012. Disponível em: <<http://www.camara.leg.br/internet/sitaqweb/TextoHTML.asp?etapa=>>. Acesso em: 26 jul. 2015.

ANDRADE, J. Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos terá ações educativas. **Agência Brasil**: Empresa Brasil de Comunicação, Brasília, 22 mar. 2005. Disponível em: <<http://memoria.etc.com.br/agenciabrasil/noticia/2005-03-22/politica-nacional-de-direitos-sexuais-e-reprodutivos-tera-acoes-educativas>>. Acesso em: 20 maio 2015.

AQUINO, E. M. L. Gênero e saúde no Brasil: perfil e tendências da produção científica no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, p. 121-132, ago. 2006.

ARATO, A. Ascensão, declínio e reconstrução do conceito de sociedade civil: orientações para novas pesquisas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 27, n. 10, p. 18-27, 1995.

ARATO, A., COHEN, J. La sociedad civil y la teoria social. In: OLVERA, A. J. **La sociedad civil: de la teoria a la realidad**. México: Ed. Colegio de México, Centro de Estudios Sociológicos, 2001. p. 83-112.

ARAÚJO JÚNIOR, J. L. C. **Health sector reform in Brazil, 1995-1998: an health policy analysis of a developing health system**. 2000. Thesis (PhD in Health Services Studies) - The University of Leeds, Leeds, 2000.

ARAÚJO JÚNIOR, J. L. C.; MACIEL FILHO, R. Developing an operational framework for health policy analysis. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 1, n. 3, p. 203-221, set./dez. 2001.

ARON, R. **As etapas do pensamento sociológico**. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA DE GOIÁS. **Hospital das clínicas da Universidade Federal de Goiás inaugura novo centro de reprodução humana**. Goiânia, 10 dez. 2013. Disponível em: <<http://www.amg.org.br/noticias/hospital-das-clinicas-da-universidade-federal-de-goias-inaugura-novo-centro-de-reproducao-humana-813/>>. Acesso em: 24 set. 2016.

ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. S465-469, set/out. 2003.

AYRES, J. R. C. M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado e o espaço público da saúde: virtude, vontade e reconhecimento na construção política da integralidade. In: PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A. G. (Org.). **Cidadania no cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2011. p. 27-44.

AZEVEDO, J. Sem verba, Imip fecha clínica. **Folha de Pernambuco**. Recife, 1 maio 2016. Disponível em: <http://www.hemope.pe.gov.br/download/060516_clipping_eletrnico_SES.pdf>. Acesso em: 15 set. 2016.

BACHRACH, P; BARATZ, M. S. Two faces of power. **The American Political Science Review**, Washington, v. 56, n. 4, p. 947-952, dec., 1962.

BADINTER, E. **O conflito: a mulher e a mãe**. Rio de Janeiro: Record, 2011.

BANDEIRA, L. M.; ALMEIDA, T. M. C. de. Assédio sexual. In: FLEURY-TEIXEIRA, E.; MENEGUEL, S. N. (Org.). **Dicionário feminino da infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2015. p. 40-41.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições, 2009.

BARROS, R. P. de; FOGUEL, M. N.; ULYSSEA, G. **Desigualdade de renda no Brasil: uma análise da queda recente**. Brasília: Ipea, 2006.

BENTO, B. A. M. Normas de gênero. In: FLEURY-TEIXEIRA, E.; MENEGUEL, S. N. (Org.). **Dicionário feminino da infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2015. p. 253-254.

BOBBIO, N.; MATTEUCI, N.; PASQUINO, G. Poder. In: _____. **Dicionário de Política**. Brasília: UNB, 1995. p. 933-942.

BOURDIEU, P. **Coisas ditas**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Nota Técnica nº 014, de 2012**. Apresenta a análise das principais inovações trazidas pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamentou a Emenda Constitucional nº 29, de 2000. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/orcamentobrasil/estudos/2012/nt14.pdf>>.

Acesso em: 19 set. 2016.

BRASIL. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. **Ano da mulher**. Departamento de Taquigrafia, Revisão e Redação, Brasília, 9 mar. 2004, p. 1-7. Disponível em: <<http://www.camara.leg.br/internet/sitaqweb/textoHTML.asp?etapa=11&nuSessao=0117/04&nuQuarto=0&nuOrador=0&nuInsercao=0&dtHorarioQuarto=14:30&sgFaseSessao=&Data=9/3/2004&txApelido=ANO%20DA%20MULHER%20-%202004&txFaseSessao=Reuni%C3%A3o%20de%20Instala%C3%A7%C3%A3o%20e%20Elei%C3%A7%C3%A3o%20Ordin%C3%A1ria&txTipoSessao=&dtHoraQuarto=14:30&txE tapa=%3E>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

BRASIL. Congresso. Câmara dos Deputados. **Apensação**. Brasília, Câmara Notícias, 2005c. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/69896.html>>. Acesso em: 13 out. 2016.

BRASIL. Congresso. Comissão mista de planos, orçamentos e fiscalização. **Espelho de emenda de apropriação de despesa nº 19610004**. Autor Sandes Júnior. Brasília: Câmara dos Deputados, 2011. Disponível em: <http://www.camara.leg.br/internet/comissao/index/mista/orca/orcamento/OR2012/emendas/despesa/CARLOSFX_AV_LOA_AUTOR2_1961.pdf#page=4>. Acesso em: 24 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases de ação programática. Brasília, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Relatório de gestão atenção especializada média e alta complexidade 2000 – 2005**. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2008. 392 p. (Série C. Programas, Projetos e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos**: uma prioridade do governo. Brasília, 2005. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Discurso de posse do Dr. José Gomes Temporão no cargo de ministro da saúde em 19 de março de 2007**. Brasília, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25744>. Acesso em: 7 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à saúde do homem**. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/images/stories/saudedetodosnos/arquivos/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf>. Acesso em: 15 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n. 2.561 de 30 de Novembro de 2004**. Estabelece recursos a serem incorporados ao limite financeiro anual da assistência ambulatorial e hospitalar (média e alta complexidade) de estados e municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema e dá outras providências. Brasília, 2004b. Disponível em: <http://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2004/IELS.dez.04/Iels227/U_PT-MS-GM-2561_011204.pdf>. Acesso em: 20 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.187, de 13 de julho de 2005**. Suspende por até 30 dias, o efeito das Portarias para análise de impactos financeiros e apreciação da Comissão Intergestores Tripartite. Brasília, 2005a. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_1187_2005.pdf>. Acesso em: 10 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.397, de 10 de Julho de 2013**. Acresce serviço na tabela constante do Anexo da Portaria nº 3.149/GM/MS, de 28 de dezembro de 2012. Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1397_10_07_2013.html>. Acesso em: 11 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.401 de 18 de agosto de 2005**. Exclui da Portaria nº 1187/GM, de 13 de julho de 2005, a Consulta Pública nº 04/SAS, de 7 de julho de 2005. Brasília, 2005b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1401_18_08_2005.html>. Acesso em 10 abr. de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, 2011b. Disponível em: <<http://bibliofarma.com/portaria-no-1459-de-24-de-junho-de-2011/>>. Acesso em: 11 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.540, de 24 de setembro de 2015**. Constitui no âmbito do Ministério da Saúde, Grupo Técnico Assessor com a finalidade de construção da Proposta de Diretrizes Nacionais de Atenção à Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva. Brasília, 2015. Publicada no Boletim de Serviço do Ministério da Saúde, nº 40.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.048 de 3 de Setembro de 2009**. Aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2009c. Disponível em: <<http://www1.saude.ba.gov.br/regulasaude/2009/PN%20PORTARIAS%202009/nvos%20pd%202009/PT%202048%2003.09.09.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2015. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.442 de 9 de dezembro de 2005**. Tornar insubsistente as portarias abaixo relacionadas. Brasília, 2005e. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2442_09_12_2005.html>. Acesso em: 10 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.836 de 1 de Dezembro de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília, 2011c. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2010/364/port_2836_1_12_2011_pdf_75325.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.149, de 28 de dezembro de 2012**. Fica destinados recursos financeiros aos estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos de atenção à Reprodução Humana Assistida, no âmbito do SUS, incluindo fertilização in vitro e/ou injeção intracitoplasmática de espermatozoides. Brasília, 2012a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3149_28_12_2012_comp.html. Brasília, 2012>. Acesso em: 8 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 388 de 6 de julho de 2005**. Determina que as Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal adotem em conjunto com os municípios, as providências necessárias para organizar e implantar as redes estaduais, municipais e do Distrito Federal de Atenção em Reprodução Humana Assistida. Brasília, 2005a. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_388.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 426 de 22 de Março de 2005**. Institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida e dá outras providências. Brasília, 2005b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_426_ac.htm>. Acesso em: 5 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regulamentação da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida**. Brasília, 2016.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília, 12 jan. 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9263.htm>. Acesso em: 10 jun. 2016.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, 3 jun. 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/L9656.htm>. Acesso em: 3 jun. 2016.

BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos e dos LGBT**. Brasília, 2009.

BRENES, A. C. Maternidade. In: FLEURY-TEIXEIRA, E.; MENEGUEL, S. N. (Org.). **Dicionário Feminino da Infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2015. p. 215-216.

BUCOSKI, C. et. al. Políticas públicas de reprodução assistida e seus desdobramentos jurídicos e bioéticos. **Anuário da produção de iniciação científica discente**. Pelotas, v. 11, n.12, p. 297-325, 2008.

CALDAS, M. **Relatório do Serviço de Reprodução Humana Assistida**. Recife: IMIP, 2015.

CAMARGO Jr., K. R. de. Apresentação: as muitas vozes da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2001.

CAMPANERUT, C. Estudo do Ministério busca segurança na reprodução de soropositivos, diz Temporão. **UOL Notícias**, Brasília, 4 maio 2010. Disponível em: <<http://noticias.uol.com.br/ciencia/ultimas-noticias/redacao/2010/05/04/estudo-do-ministerio-busca-seguranca-na-reproducao-de-soropositivos-diz-temporao.htm2010>>. Acesso em: 20 set. 2016.

CAMPELLI, M. G. R.; CALVO, M. C. M. O cumprimento da Emenda Constitucional no. 29

no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: v. 23, n. 7, p.1613-1623, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n7/12.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2016.

CAPELLA, A. C. N. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. In: HOCHMAN, G. (Org). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

CARLOTO, C. M. Gênero, políticas públicas e centralidade na família. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: n. 86, p.139-155, jul. 2006.

CARVALHO, E. Número de fertilizações in vitro mais que dobra no Brasil em quatro anos. **G1**, São Paulo, 23 maio 2015. Disponível em: <<http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2015/05/numero-de-fertilizacoes-vitro-mais-que-dobra-no-brasil-em-quatro-anos.html>>. Acesso em: 15 nov. 2016.

CARVALHO, J. L. C. [**Audiência pública no Plenário da Câmara dos Deputados em 10 jun. 2012**]. Brasília: Câmara dos Deputados, 2012. Disponível em: <<http://www.camara.leg.br/internet/sitaqweb/TextoHTML.asp?etapa=>>>. Acesso em: 26 jul. 2015.

CAVALCANTI, P. A. O conceito de avaliação de políticas, programas e projetos. In: PEREZ, J. R. R.; (Org.). **Estudo, pensamento e criação: planejamento educacional e avaliação na escola**. Campinas: FE/Unicamp, 2005.

CECÍLIO, L. C. de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2001.

CECÍLIO, L. C. de O.; MERHY, E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas, SP. 2003. Disponível em: <<<http://www.hc.ufmg.br/gids/Integralidade.pdf>>>. Acesso em: 3 mar. 2013.

CHAUÍ, M. **Convite à filosofia**. São Paulo: Ática, 2000.

CHAUÍ, M. **Introdução à história da filosofia: dos pré-socráticos a Aristóteles**. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

CHODOROW, N. **Psicanálise da maternidade: uma crítica a Freud a partir da mulher**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2002.

COLLUCCI, C. SUS vai oferecer fertilização a soropositivos. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 3 mar. 2005. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u106327.shtml>>. Acesso em: 15 set. 2016.

CONILL, E. M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1417-1423, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Resolução nº 2.013 de 16 abril de 2013**. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=178931> e <http://portal.cfm.org.br/images/PDF/resoluocfm%202013.2013.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. (Brasil). **Resolução nº 2.121 de 24 de setembro de 2015**. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25753:2015-09-22-15-52-49&catid=3>. Acesso em: 10 ago. 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Saúde da mulher é discutida na reunião ordinária do CNS**. 19 mar. 2014. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2014/03mar_20_saude_mulher.html>. Acesso em: 10 set. 2015.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE PERNAMBUCO. **Quando a esperança nasce in vitro**. Recife, 2008. Disponível em: <<http://cremepe.org.br/2008/03/27/quando-a-esperanca-nasce-in-vitro/>>. Acesso em: 10 set. 2016.

CORREA, M. V. **Novas tecnologias reprodutivas: limites da biologia sem limites?** Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2001.

CORRÊA, S.; ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. In: BERQUÓ, E. (Org.). **Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas: UNICAMP, 2003. p. 17-94.

COSTA, A. A. A. **As donas do poder: mulher e política na Bahia**. Salvador: NEIM, UFBA, 1998.

COSTA, A. M.; AQUINO, E. Saúde da mulher na Reforma Sanitária Brasileira. In: COSTA, A. M.; MERCHAN-HAMANN, E.; TAJEK, D. (Org.). **Saúde, Equidade e Gênero: um desafio para as políticas públicas**. Brasília: Ed. UnB, 2000. p. 181-202.

SPITZ, C. Veja o ranking das maiores economias do mundo. **Folha Online**, São Paulo, 30 mar. 2006. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/dinheiro/ult91u106421.shtml>>. Acesso em: 5 mar. 2016.

DAHL, R. The concept of power. **Systems research and Behavioral Science**, Louisville, v. 2, n. 3, p. 201-215, 1957. Disponível em: <http://datateca.unad.edu.co/contenidos/332573/12._The_Concept_of_Power_Robert_Dahl_.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2016.

DELGADO, M. J. C. **O desejo de ter um filho...as vivências do casal infértil**. 2007. 213 f. Dissertação (Mestrado em Comunicação em Saúde) - Universidade Aberta. Lisboa, 2007.

DENTILLO, D. B. Cresce demanda por tratamento de infertilidade, mas o acesso é ainda caro e seletivo. **Ciência e Cultura**, São Paulo, v. 64, n. 4, p. 10-11, 2012. Disponível em:

<http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252012000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 out. 2016.

DENZIN, N.; LINCOLN, Y. **O Planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DINIZ, D. Objeção de consciência e aborto: direitos e deveres dos médicos na saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 981-985, out. 2011.

DINIZ, D. Etnografia da infertilidade. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p. 230-231, jan. 2008.

DINIZ, D.; COSTA, R. G. Infertilidade e infecundidade: acesso às novas tecnologias conceptivas. In: ÁVILA, M. B.; FERREIRA, V.; PORTELLA, A. P. **Feminismo e novas tecnologias reprodutivas**. Recife: SOS Corpo, 2006. p. 49-66.

DINIZ, N. M. .F. et al . Violência doméstica e institucional em serviços de saúde: experiências de mulheres. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 3, p. 354-356, jun. 2004 .

DOMINGOS, R. SUS pagará tratamento de infertilidade, diz ministro. **G1**. São Paulo, 10 jun. 2008. Disponível em: <<http://g1.globo.com/Noticias/Brasil/0,,MUL596483-5598,00-SUS+PAGARA+TRATAMENTO+DE+INFERTILIDADE+DIZ+MINISTRO.html>>. Acesso em: 20 ago. 2016.

DRUCK, G.; FILGUEIRAS, L. Política social focalizada e ajuste fiscal. **Revista Katálysis**., Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 24-34, jan. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v10n1/v10n1a04.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2016.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 115, p. 139-154, mar. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742002000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jan. 2016.

DUQUE-ARRAZOLA, L. S. O sujeito feminino nas políticas de assistência social. In: MOTA, A. E. **O mito da assistência social: ensaios sobre Estado, Política e Sociedade**. São Paulo: Cortez, 2008.

FARIA, C. A. P. de. Idéias, conhecimento e políticas públicas: um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 21-29, fev. 2003.

FARINATI, D. M. et. al. Infertilidade: um novo campo da psicologia da saúde. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 23, n. 4, p. 433-439, out. 2006.

FERREIRA, V.; ÁVILA, M. B.; PORTELLA, A. P. (Org.). **Feminismo e novas tecnologias reprodutivas**. Recife: SOS CORPO, 2006.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-752, jun. 2009.

- FLEURY, S.; OUVENERY, A. M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 23-64.
- FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.
- FONTANELLA, B. J. B; CAMPOS, C. J. G; TURATO, E. R. Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não dirigidas de questões abertas por profissionais de saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 14, n.5, p. 812-820, 2006.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2006.
- FREY, K. Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n. 21, p. 211-259, 2000.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1987.
- GILLIGAN, C. **Uma voz diferente**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1982.
- GOHN, M. da G. **Conselhos gestores e participação sociopolítica**. São Paulo: Cortez, 2003.
- GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.9, n.17, p. 287-301, mar. 2005.
- GONDIM, S. M. G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa, desafios metodológicos. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v.12, n. 24, p. 149-161, jan. 2003.
- HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas em sociologia**. Petrópolis: Vozes, 1992.
- HIRATA, H.; GUIMARÃES, N. A. (Org.). **Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care**. São Paulo: Atlas, 2012.
- HOWLETT, M; RAMESH, M; PERL, A. **Políticas públicas, seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integral**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
- IBGE. **Dados demográficos**. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 mar. 2016.
- IBGE. **Projeção da População do Brasil**. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 20 jul. 2016.
- IBGE. **Taxa de crescimento anual do PIB e do PIB per capita no Brasil, entre os anos de 2000 a 2015**. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 11 abr. 2016.
- JOHNSON, A. **Dicionário de Sociologia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

KERGOAT, D. Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo. In: HIRATA, H. et. al. (Org). **Dicionário crítico do feminismo**. São Paulo: Ed. UNESP, 2009.

KONCHINSKI, V. Temporão diz que SUS fará tratamento gratuito de reprodução para casais sem filhos. **Agência Brasil**: Empresa Brasil de Comunicação, Brasília, 10 jun. 2008. Disponível em: <<http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2008-06-10/temporao-diz-que-sus-fara-tratamento-gratuito-de-reproducao-para-casais-sem-filhos>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

LAGARDE, M. **Los cautiverios de las mujeres**: madresposas, momjas, putas, presas e locas. México: UNAM, 1993.

LAGE, J. Brasil cresce só 2,3% em 2005 e supera apenas o Haiti na América Latina. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 24 fev. 2006b. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/dinheiro/ult91u105546.shtml>> Acesso em: 15 set. 2016.

LAGE, J. IPCA fecha 2005 com inflação de 5,69%, acima do centro da meta. **Folha de São Paulo**. São Paulo, 12 jan. 2006. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/dinheiro/ult91u104163.shtml>>. Acesso em: 16 set. 2016.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2003.

LAURETIS, T. A tecnologia do gênero. In: BUARQUE DE HOLANDA, H. (Org.). **Tendências e impasses**: o feminismo como crítica da cultura. Rio de Janeiro: Rocco, 1994. p. 206-242.

LENHARO, M. Na rede pública, casais esperam até 5 anos por tratamento de fertilidade. **O Estadão**, São Paulo, 13 abr. 2013. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/geral,na-rede-publica-casais-esperam-ate-5-anos-por-tratamento-de-fertilidade-imp-,1020338>>. Acesso em: 12 ago. 2015.

LINDNER, S. R.; COELHO, E. B. S.; CARRARO, T. E. Direitos reprodutivos: entre o discurso e a prática na atenção à saúde da mulher com foco no planejamento familiar. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 11, n. 3, p.197-205, set. 2006.

LUKES, S. **O poder**: uma visão radical. Brasília: Ed. UnB, 1980.

LYRA, J.; et al. Homens e cuidados: uma outra família? In: ACOSTA, R. A.; VITALE, F. A. M. **Família**: Redes, laços e políticas públicas. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

LYRA, J.; MEDRADO, B. Gênero e paternidade nas pesquisas demográficas: o viés científico. **Revista de Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 8, n. 1, p. 145-168, jan. 2000. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/9873>>. Acesso em: 21 mar. 2015.

LYRA, T. M. **A política de saúde ambiental do Recife em 2001 e 2002**: uma análise a partir do Programa de Saúde Ambiental. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de

Pesquisas Aggeu Magalhães, FIOCRUZ, Recife, 2009.

LYRA-DA-FONSECA, J. L. C. **Homens, feminismo e direitos reprodutivos no Brasil: análise de gênero no campo das políticas públicas (2003-2006)**. 2008. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

MACEDO FILHO, R. Cuidado. In: FLEURY-TEIXEIRA, E.; MENEGUEL, S. N. (Org.). **Dicionário feminino da infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2015. p. 84-83.

MACEDO FILHO, R. **Onde mora a cidadania?** Visibilizando a participação das mulheres no Movimento Sem Teto – Salvador/BA. 2010. Tese (Doutorado em Gênero, Feminismo e Mulher) – PPGNEIM, UFBA, Salvador, 2010.

MACHADO, L. Z. Gênero: um novo paradigma? **Cadernos Pagu**, Campinas, v. 11, p. 107-125, nov. 1998.

MACHADO, M. H. Trabalho e emprego em saúde. In: GIOVANELLA, L. et. al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

MACKINONN, C. **Hacia una teoría feminista del Estado**. Madrid: Cátedra Feminismos, 1995. Disponível em: <<http://www.perio.unlp.edu.ar/catedras/system/files/mackinnon-hacia-una-teoria-feminista-del-estado.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2016.

MAGISTER, L. **Comissão discute acesso das famílias à reprodução assistida pelo SUS**. IBDFAM. Belo Horizonte: IBDFAM, 20 abr. 2012. Disponível: <<http://www.ibdfam.org.br/noticias/namidia/5816/Comiss%C3%A3o+discute+acesso+das+fam%C3%ADlias+%C3%A0+reprodu%C3%A7%C3%A3o+assistida+pelo+SUS>>. Acesso em: 10 fev. 2015.

MANDEL, E. **O capitalismo tardio**. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

MANDETTA, L. H. **[Audiência pública no Plenário da Câmara dos Deputados em 10 jun. 2012]**. Brasília: Câmara dos Deputados, 2012. Disponível em: <<http://www.camara.leg.br/internet/sitaqweb/TextoHTML.asp?etapa=>>>. Acesso em: 26 jul. 2015.

MARCO, E. M. M. La maternidad como objeto de estudio de la Historia Social: debate historiográfico sobre el proceso de profesionalización de los Estados de Bienestar. In: MARICATO, E. **Habitación e desenvolvimento urbano: o desafio da próxima década**. Campinas: LABHAB, 1999. Disponível em: <http://www.usp.br/fau/deprojeto/labhab/biblioteca/textos/maricato_habitacaodesafiodecada.pdf>. Acesso em: 1 out. 2016.

MATHIEU, N. Sexo e gênero. In: HIRATA, H. **Dicionário crítico do feminismo**. São Paulo: UNESP, 2009.

MATOS, M. Gênero. In: FLEURY-TEIXEIRA, E.; MENEGUEL, S. N. (Org.). **Dicionário feminino da infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência**. Rio

de Janeiro: FIOCRUZ, 2015. p.153-155.

MATTA, G. C.; GUIMARÃES, M. V. Atenção à saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed., Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

MATTAR, L. D.; DINIZ, C. S. G. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Interface**, Botucatu, v.16, n.40, p.107-120, 2012.

MATTOS, R. A. de. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2001.

MATTOS, R. A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2001. p. 43-68.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. 1. ed. Brasília: IPEA, 1996.

MAUX, A. A. B. **Masculinidade a prova**. 2014. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

MCDANIEL, S. H.; HEPWORTH, J.; LOHERTY, W. Terapia familiar medica con parejas enfrentadas a la infertilidad. **The American Journal of Therapy**. Buenos Aires, v. 20, n. 2, p. 101-122, 1992.

MENEGHEL, S. N. Medicalização das violências. In: FLEURY-TEIXEIRA, E.; MENEGUEL, S. N. (Org.). **Dicionário feminino da infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2015. p. 216-217.

MENICUCCI, T. M. G. A política de saúde no governo Lula. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 522-532, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000200022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 out. 2016.

MENICUCCI, T. M. G. Implementação da reforma sanitária: a formação de uma política. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 72-87, ago. 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/7485>>. Acesso em: 9 nov. 2016.

MINAYO, M. C. S. Introdução: conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. p. 19-51.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12.ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA E. R. (Org.). **Triangulação de métodos: avaliação de programas sociais**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

MONDRAGÓN, J. O processo de tomada de decisão pública: da formulação da decisão a destinação de recursos. In: SANCHEZ, M. P. (Org.). **Análisis de políticas públicas**. Granada: Ed. Universidad de Granada, 2006.

MONTEIRO, C. F. A., TEIXEIRA, L. C. Família e tecnologias reprodutivas: considerações sobre a transmissão psíquica geracional. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 2, p. 92-101, 2011.

MONTEIRO, M. Reprodução assistida: o valor pago pelas fertilizações e os serviços oferecidos pelo sus. **Rádio Câmara**, Brasília. 23 jan. 2013. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/radio/materias/REPORTAGEM-ESPECIAL/434429-REPRODUCAO-ASSISTIDA---O-VALOR-PAGO-PELAS-FERTILIZACOES-E-OS-SERVICOS-OFERECIDOS-PELO-SUS-BLOCO-5.html>>. Acesso em: 13 jan. 2016.

MORGANTE, M. M.; NADER, M. B. O patriarcado nos estudos feministas: um debate teórico. In: ENCONTRO REGIONAL DE HISTÓRIA DA ANPUH-RIO: SABERES E PRÁTICAS CIENTÍFICAS, 16., 2014, Rio de Janeiro. Anais. Rio de Janeiro: Ed. ANPUH, 28 jul. 2014. p. 1-10. Disponível em: <http://www.encontro2014.rj.anpuh.org/resources/anais/28/1399953465_ARQUIVO_textoANPUH.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2015.

MOTTA, A. Gênero e geração: de articulação fundante a “mistura indigesta”. In: FERREIRA, S. L.; NASCIMENTO, E. R. do. **Imagens da mulher na cultura contemporânea**. Salvador: NEIM, UFBA, 2002. p. 35-49. (Coleção Bahianas, v. 7).

MOURA, M. D. de; SOUZA, M. do C. B. de; SCHEFFER, B. B. Reprodução assistida: um pouco de história. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 23-42, dez. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582009000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 nov. 2016.

NARI, M. **Políticas de maternidad y maternalismo político**: Buenos Aires (1890-1940). Buenos Aires, Biblos, 2004.

NETO, S. Imip inaugura serviço de reprodução humana assistida. Serviço é o primeiro dedicado totalmente aos pacientes do SUS. **Informativo do IMIP**. Recife, 20 mai. 2009b. Disponível em: <http://www.imip.org.br/site/ARQUIVOS_ANEXO/Informativo%20Maio%202009;20090715.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2015.

NETO, S. Reprodução assistida para mães do SUS. **Informativo do IMIP**. Recife, 26 mai. 2009. Disponível em: <http://www.ccr.org.br/a_noticias_detalhes.asp?cod_noticias=6241>. Acesso em: 15 ago. 2010.

NETTO, T. L. F. [Audiência pública no Plenário da Câmara dos Deputados em 10 jun. 2012]. Brasília: Câmara dos Deputados, 2012. Disponível em: <<http://www.camara.leg.br/internet/sitaqweb/TextoHTML.asp?etapa=>>>. Acesso em: 26 jul. 2015.

NICHOLSON, L. Interpretando o gênero. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v.s, n.2, p.9-41, 2000.

MINISTÉRIO da Saúde afirma que Política é ineficaz e está suspensa. O Estado de São Paulo, São Paulo, 13 abr. 2013. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/geral,ministerio-da-saude-afirma-que-politica-e-ineficaz-e-esta-suspensa-imp-,1020342>>. Acesso em: 23 maio 2013.

PAIM, J. S. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p.34-46, mai. 2006.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et. al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2008. p. 547-573.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2009.

PARSONS, W. **Políticas públicas**: Una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas. México: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, 2007.

PARZIANELLO, D. **Reprodução assistida e homoparentalidades: desafios e perspectivas em torno da implantação do núcleo de planejamento familiar e reprodução humana da UERJ**. Rio de Janeiro. 2013. Disponível em: <http://www.cienciassociaisesaude2013.com.br/programacao/exibe_trabalho.php?id_trabalho=1456&id_atividade=188&tipo>. Acesso em: 8 ago. 2016.

PASSOS, R. G. Trabalho, “care”, gênero: breves considerações para a saúde mental. In: SIMPÓSIO GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS, 3., 2014, Londrina. Anais, Londrina: Ed. Universidade Estadual de Londrina, 27 maio 2014. p. 1-6. Disponível em: <http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT1_Rachel%20Gouveia.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2016.

PATEMAN, C. **O contrato sexual**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

PEDREIRA, C. S. Sobre mulheres e mães: uma aproximação à teoria do cuidado. In: FAZENDO GÊNERO 8 - CORPO, VIOLÊNCIA E PODER, 8., 2008. Florianópolis. Anais, Florianópolis: UFSC, 25 ago. 2008. p.1-7. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST58/Carolina_Souza_Pedreira_58.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2016.

PELÚCIO, L.; MISKOLCI, R. A prevenção do desvio: o dispositivo da aids e a repatologização das sexualidades dissidentes. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, n. 1, p. 125-157, 2009. Disponível em: <<http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/SexualidadSaludySociedad/article/view/29/132>>. Acesso em: 19 mar. 2016.

PERISSINOTTO, R. M. Hannah Arendt, poder e a crítica da “tradição”. **Revista Lua Nova**, São Paulo, n. 61, p. 115-138, jan. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ln/n61/a07n61.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Minuta de resposta da superintendência de ouvidoria geral do SUS**. Recife, 16 set. 2016.

PETCHESKY, R. The body as property: a feminist revision. In: GINSBURG, F.D.; RAPP, R. **Conceiving the new world order: the global stratification of reproduction**. Berkeley: University of Califórnia, 1994.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2001. p. 65-112.

PINHEIRO, R. Integralidade como princípio do direito à saúde. Cuidado em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2004. p. 21-36.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Orgs). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2004.

PIRES, M. C. **Economia brasileira: da Colônia ao Governo Lula**. São Paulo: Saraiva, 2010.

POCHMANN, M. et al. **PNAD 2007 Primeiras análises: pobreza e mudança social**. Brasília, set. 2008. Disponível em: <<http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/5530>>. Acesso em: 12 mar. 2016.

RAMÍREZ-GÁLVEZ, M. A fertilização tecnológica de nossos corpos. In: ÁVILA, M. B.; FERREIRA, V.; PORTELLA, A. P. **Feminismo e novas tecnologias reprodutivas**. Recife: SOS Corpo, 2006. p. 23-38.

REGINO, F. A. Atenção à saúde e violência institucional. In: FLEURY-TEIXEIRA, E.; MENEGUEL, S. N. (Org.). **Dicionário feminino da infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2015. p. 46-47.

REIS, A. R. G. dos. O Ethos em tempos de bioética: o site como tropo. In: FERREIRA, V.; ÁVILA, M. B.; PORTELLA, A. P. (Org.). **Feminismo e novas tecnologias reprodutivas**. Recife: SOS CORPO, 2006. p. 79-94.

REPRODUÇÃO assistida e saúde. Rio de Janeiro: Canal Saúde, 31 ago. 2012. Programa de TV Sala de Convidados. Disponível em: <<http://www.canal.fiocruz.br/video/index.php?v=reproducao-assistida-e-saude>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

RIBEIRO, M. **Infertilidade e reprodução assistida: desejando filhos na família contemporânea**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

RICHARDSON, R. J, et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1989.

RODRIGUES, G. de C. **O dilema da maternidade**. São Paulo: Annablume, 2008.

ROHDEN, F. **A Arte de enganar a natureza**: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

ROSSI, A. Após 7 anos, Saúde estuda incluir fertilização in vitro no SUS em 2012. **G1**, São Paulo, 24 mar. 2012. Disponível em: <<http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2012/03/apos-7-anos-saude-estuda-incluir-fertilizacao-vitro-no-sus-em-2012.html>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

ROTH DEUBEL, A. N. **Políticas públicas**: formulación, implementación y evaluación. Bogotá: Ediciones Aurora, 2006.

RUA, M. G. Análise de políticas públicas: Conceitos Básicos. In: RUA, M. G.; VALADAO, M. I. **O Estudo da Política**: temas selecionados. Brasília: Paralelo, 1998.

RUA, M. G. **Políticas públicas**. Florianópolis: Ed. UFSC, 2009.

RUIZ, G. Quem usa o Sistema Único de Saúde? **Portal DSS Brasil**, Rio de Janeiro, 9 abr. 2012. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/?p=9534&preview=true>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

SAFFIOTI, H. **A ontogênese do gênero**. Santa Catarina: Ed. Mulheres, 2008.

SAFFIOTI, H. Primórdios do conceito de gênero. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 12, p. 157-163, ago. 1999.

SAFFIOTI, H. Rearticulando gênero e classe social. In: COSTA, A. O.; BRUSCHINI, C. (Org.) **Uma questão de gênero**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.

SAMPAIO, J.; ARAÚJO JÚNIOR, J. L. C.; Análise das políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em Aids. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n.3, p. 335-346, jul. 2006.

SÃO PAULO. Secretaria Estadual de Saúde. **Reprodução assistida para soropositivos atende 100 casais em 1 ano**. São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/noticias/2011/maio/reproducao-assistida-para-soropositivos-atende-100-casais-em-1-ano>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

SARDENBERG, C. M. B. Conceituando o empoderamento na perspectiva feminista. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL TRILHAS DO EMPODERAMENTO DE MULHERES, 1., 2006, Salvador. Anais. Salvador: NEIM, UFBA, 5 jun. 2006. p. 1-12. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6848/1/Conceituando%20Empoderamento%20na%20Perspectiva%20Feminista.pdf>>. Acesso em: 17 ago. 2016.

SARDENBERG, C. M. B. **O gênero em questão**: apontamentos. Salvador: NEIM/UFBA, 1992.

SARDENBERG, C. M. B.; MACEDO, M. Relações de gênero: uma breve introdução ao tema. In: COSTA, A. A. A.; TEIXEIRA, A.; VANIN, I. M. (Org.). **Ensino e Gênero**: Perspectivas

Transversais. Salvador: NEIM/UFBA, 2011.

SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Ed. UNESP, 2009.

SAUPE, R.; WENDHAUSEN, A. L. P. Modelo matricial para construção de conhecimento no Mestrado Profissional em Saúde. **Revista Brasileira de Pós-Graduação**, Brasília. v. 3, n. 5, p. 107-116, jun. 2006.

SCAVONE, L. **Dar a vida e cuidar da vida: feminismo e ciências sociais**. São Paulo: Ed. UNESP, 2004.

SCAVONE, L. Impactos das novas tecnologias reprodutivas. In: COSTA, A. A. A.; SARDENBERG, C. **Feminismo, Ciência e Tecnologia**. Salvador: REDOR/NEIM-FFCH/UFBA, 2002. (Coleção Bahianas; 8).

SCAVONE, L. Novas tecnologias conceptivas: teorias e políticas feministas. In: ÁVILA, M. B.; FERREIRA, V.; PORTELLA, A. P. **Feminismo e novas tecnologias reprodutivas**. Recife: SOS Corpo, 2006. p. 13-22.

SCOTT, J. **Gender: a useful category of historical analysis**. Nova York: Columbia University Press, 1991.

SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. **Educação & Realidade**, v. 20, n. 2, p. 71-99, jul. 1995.

SCOTT, Joan W. Prefácio a Gender and the Politics of History. **Cadernos Pagu**, Campinas, v. 3, p. 11-27, jul. 1994.

SECCHI, L. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. São Paulo: Cengage, 2010.

SERAFIM, M. P.; DIAS, R. de B. Análise de políticas: uma revisão da literatura. **Cadernos Gestão Social**, Salvador, v.3, n.1, p.121-134, jan. 2012.

SILVA, V. L. C. Heleith Saffioti. In: FLEURY-TEIXEIRA, E.; MENEGUEL, S. N. (Org.). **Dicionário feminino da infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2015. p. 153-155.

SILVEIRA, M. L. Políticas públicas de gênero: impasses e desafios para fortalecer a agenda política na perspectiva da igualdade. **Revista Presença de Mulher**, São Paulo, ano 15, n. 45, p. 1-11, out. 2003.

SIQUEIRA, A. L. T. **Potencialidades e limites para o desenvolvimento de uma política de atenção em reprodução humana assistida no SUS**. 2011. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2011.

SORJ, B. Relações de gênero e teoria social. In: REUNIÃO DA ANPOCS, 17., 1993, Caxambú. Anais. Caxambú: ANPOCS, 22 out. 1993. p. 1-10.

SOUTO, K. M. B. A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise da integralidade e gênero. **SER Social**, Brasília, v. 10, n. 22, p.161-182, jan. 2008.

SOUZA, C. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: HOCHMAN, G. (Org.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2007.

SOUZA, C. Estado do campo da pesquisa em políticas públicas no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 15-20, fev. 2003.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 16, p. 20-45, dez. 2006.

SPINK, M. J. P.; LIMA, H. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: SPINK, M. J. P. **Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 1999. p. 93-122.

STAUDT, A. C. P.; WAGNER, A. Paternidade em tempos de mudanças. **Psicologia teoria e prática**, São Paulo , v. 10, n. 1, p. 174-185, jun. 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872008000100013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 19 jul. 2016.

STROMQUIST, N. P. Políticas públicas de Estado e equidade de gênero. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 1, p. 27-49, jan. 1996. Disponível em: <[http://forumeja.org.br/sites/forumeja.org.br/files/Políticas_publicas_Equidade_Genero%20\(texto%20complementar\).pdf](http://forumeja.org.br/sites/forumeja.org.br/files/Políticas_publicas_Equidade_Genero%20(texto%20complementar).pdf)>. Acesso em: 22 ago. 2016.

TAMANINI, M. **Reprodução assistida e gênero: o olhar das ciências humanas**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2009.

TEIXEIRA, E. C. **O Papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade**. Salvador: AATR-BA, 2002.

TEIXEIRA, P. R. Políticas públicas em AIDS. In: PARKER R. (Org.). **Políticas, instituições e Aids: enfrentando a epidemia no Brasil**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 1997. p. 43-68.

THURLER, Ana Liési. Paternidades. In: FLEURY-TEIXEIRA, Elizabeth; MENEGUEL, S. N. (Org.). **Dicionário feminino da infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2015. p. 268-270.

TORQUATO, S. E. [Audiência pública no Plenário da Câmara dos Deputados em 10 jul. 2012]. Brasília: Câmara dos Deputados, 2012. Disponível em: <<http://www.camara.leg.br/internet/sitaqweb/TextoHTML.asp?etapa=>>>. Acesso em: 26 jul. 2015.

TREVISAN, A. P.; BELLEN, H. M. V. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 529-550, mai. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v42n3/a05v42n3.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

TRIVINOS, A. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1995.

TRONTO, J. Mulheres e cuidados: o que as feministas podem aprender sobre a moralidade a partir disso?. In: JAGGAR, A. M.; BORDO, S. R. (Org.). **Gênero, Corpo, Conhecimento**. Rio de Janeiro: Ed. Rosa dos Tempos, 1997. p. 186-203.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS. **Inaugurado novo centro de reprodução humana do HC**. Goiânia, 2013. Disponível em: <<https://labrep.hc.ufg.br/n/65210-inaugurado-novo-centro-de-reproducao-humana-do-hc>>. Acesso em: 20 ago. 2016.

VEIGA, L. F. Os partidos brasileiros na perspectiva dos eleitores: mudanças e continuidades na identificação partidária e na avaliação das principais legendas após 2002. **Opinião Pública**, Campinas, v. 13, n. 2, p.340-365, nov. 2007.

VEIGA, L.; GONDIM, S. M. G. A utilização de métodos qualitativos na ciência política e no marketing político. **Opinião Pública**, Campinas, v.7, n. 1, p. 1-15, 2001.

VIANA, A. L.; BAPTISTA, T. W. F. Análise de política de saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2008.

VILLELA, W; MENICUCCI, E. Gênero, saúde da mulher e integralidade: confluências e desencontros. In: PINHEIRO, R. E; ARAÚJO, R. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007. p. 317-332.

WALT, G. **Health Policy**. An introduction to process and power. 8. ed. London: Zed Books, 2006.

WALT, G.; GILSON, L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. **Health Policy and Plannin**, Oxford, v. 9, n. 4, p. 353-370, dez. 1994.

YIN, R. **Estudo de Caso: Planejamento e métodos**. São Paulo: Bookman, 2005, 212p.

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista para os/as profissionais de saúde do IMIP

- a. Agradecer a disponibilidade do/a entrevistado/a e valorizar sua participação na pesquisa.
- b. Explicar que as respostas são confidenciais e somente serão usadas no contexto da tese.
- c. Informar a/ao entrevistado/a que a entrevista pode ser interrompida a qualquer momento que desejar.
- d. Pedir permissão para gravar as falas e justificar que o uso desse material é exclusivamente para a transcrição, tendo em vista a dificuldade de registro por escrito durante a entrevista e perder informações relevantes para a pesquisa.
- e. Pedir as/aos participantes para assinarem o termo de consentimento.

Roteiro:

1. Cargo na Instituição? E sua experiência com a RHA?
2. Fale sobre o ano de 2009, momento em que foi implementada a PNRHA em Recife (IMIP), com atendimento pelo SUS. Atores envolvidos, expectativas, contexto político? Pontos positivos e negativos.
3. A partir de 2009, como vem sendo o processo de implementação da PNRHA no estado de Pernambuco, mais especificamente no IMIP? Recursos Públicos? Apoio? Parcerias?
4. Qual o impacto de uma política de RHA nas condições sociais da população (Pernambucana)?
5. Quais serviços são oferecidos pela RHA?
6. Fale sobre os critérios para participar do serviço de RHA (indicados por uma unidade de saúde?)
7. Tempo de espera dos casais?
8. Perfil dos casais?
9. Atendimento multidisciplinar? Como se dá esse atendimento? Estágios/etapas? Fale sobre o cotidiano do serviço de RHA?
10. Considerando a integralidade como um dos importantes princípios do SUS, fale sobre a integralidade no cuidado em saúde dos ‘casais inférteis’ no serviço de RHA do IMIP.
11. Principais dificuldades enfrentadas no/pelo serviço de RHA? (financeira, pessoal, emocional, estrutural, etc)
12. Qual a importância dada ao problema da infertilidade nas políticas de saúde? A infertilidade acomete mais homens ou mulheres?

13. Quantos casais são atendidos por mês? Quais e quantos procedimentos? Obstáculos? Facilidades?
14. Qual a importância da maternidade/paternidade para os casais que procuram o serviço de RHA?
15. Como as mulheres e os homens lidam com a questão do desejo de ter filhos via RHA?

APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista para os políticos e movimentos sociais

Lembrete para a entrevistadora:

- a. Agradecer a disponibilidade do/a entrevistado/a e valorizar sua participação na pesquisa.
- b. Explicar que as respostas são confidenciais e somente serão usadas no contexto da Tese.
- c. Informar a/ao entrevistado/a que a entrevista pode ser interrompida a qualquer momento que desejar.
- d. Pedir permissão para gravar as falas e justificar que o uso desse material é exclusivamente para a transcrição, tendo em vista a dificuldade de registro por escrito durante a entrevista e perder informações relevantes para a pesquisa.
- e. Pedir as/aos participantes para assinarem o termo de consentimento.

Roteiro:

- 1) Descreva um pouco sobre o ano (2005) em que a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida (PNRHA) foi instituída? Em que contexto ela foi criada?
- 2) Quais são os principais acontecimentos neste campo (reprodução assistida) desde 2005 até os dias atuais? E os principais documentos existentes?
- 3) Quais fatores que favoreceram o surgimento da PNRHA?
- 4) Quem participou desse processo?
- 5) Qual o impacto da PNRHA nas condições sociais da população e no modelo de saúde?
- 6) Qual foi o papel do movimento feminista e de mulheres neste campo? E do movimento de saúde? Quais são outros/as atores/atrizes neste campo?
- 7) Qual o lugar da mulher e do homem na PNRHA? Fale um pouco sobre a questão de gênero na Política?
- 8) Quais foram os principais aspectos levados em consideração na formulação da PNRHA?
- 9) Porque a infertilidade passou a ser um problema que entrou na agenda do Governo? 5) Como foi pensada a questão da infertilidade no cuidado em saúde na PNRHA?
- 10) A PNRHA aponta como princípios e diretrizes a universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde. Como foi pensada a integralidade no conteúdo da Política? E fale como esta vem sendo garantida?
- 11) Descreva um pouco sobre o processo de implementação da PNRHA? Quais foram os principais entraves e alcances? Porque a Política foi suspensa? Quais os principais atores/atrizes envolvidos/as nesses processos?

APÊNDICE C - Roteiro de entrevistas casais inférteis

1. Nome; Idade; Residência; Profissão; Formação
2. Fale sobre o desejo de ter filhos.
3. Qual a importância da maternidade/paternidade para vocês?
4. Fale sobre a busca por ter filhos. Tempo que levou do cadastro até hoje? Em que etapa de tratamento se encontra atualmente?
5. O que é um casal infértil? Qual o lugar da infertilidade na vida de vocês?
6. O que acha da RHA? E o tratamento?
7. Como é ser mãe/pai pela RHA?
8. Qual a importância de se ter um filho do próprio sangue?
9. Fale sobre o cotidiano do cuidado em saúde no centro de reprodução humana aqui do IMIP.
10. Fale das etapas de tratamento que você vivenciou no IMIP? Como foi? O que foi mais difícil?
11. Deseja acrescentar algo que não foi tratado até o momento?

APÊNDICE D - Termos de Consentimento Livre e Esclarecido para os/as profissionais e gestores/as da área da saúde

Você está sendo convidado/a a participar de uma pesquisa intitulada: **“O Desejo de ter filhos e a construção de gênero nas Políticas de Saúde: uma análise da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida”**, que tem como objetivo analisar a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, no sentido de trazer contribuições para nortear as diretrizes em Saúde Pública. A pesquisa está sendo realizada pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – FIOCRUZ/PE, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, como parte da tese de doutorado de Fabiane Alves Regino, sob a orientação do Prof. Dr. José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior.

Farão parte deste estudo profissionais e gestores/as da área da saúde, representantes da sociedade civil e de organizações não governamentais, políticos/as e pesquisadores/as envolvidos/as no processo da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, que aceitem livremente participar da pesquisa, após leitura, aceitação e assinatura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Você foi selecionado/apor se enquadrar no perfil desta pesquisa e sua participação compreenderá de responder a uma entrevista semi-estruturada, que será gravada em mídia de áudio, com a sua autorização, além de eventuais anotações de pontos importantes. A entrevista poderá ser realizada no seu próprio ambiente de trabalho ou em outro local que julgar conveniente.

O risco relacionado à sua participação nesta pesquisa é de algum possível constrangimento perante pessoas e instituições, caso suas respostas venham a público. Porém, este será minimizado pela garantia de sigilo e confidencialidade das informações obtidas. Os dados não serão divulgados de forma que permitam a sua identificação e você conhecerá os resultados obtidos após a conclusão desta pesquisa.

Ressaltamos que a concordância ou não em participar da pesquisa é de sua livre escolha e você poderá em qualquer momento desistir da pesquisa. Caso aceite participar, assinará 02 vias deste termo, sendo que uma via ficará com o/a Senhor/a e a outra com a pesquisadora responsável (Fabiane Alves Regino), a quem poderá procurar em caso de dúvidas sobre o projeto, pelo telefone (081) 94644773 e email (fafaar@hotmail.com).

Informamos ainda que este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) da FIOCRUZ-PE/ CPqAM – órgão que tem por função avaliar os projetos de pesquisa

que envolvam a participação de seres humanos, com o objetivo de proteger o bem-estar dos indivíduos pesquisados. Caso deseje, pode entrar em contato com o CEP/CPqAM, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães (CPqAM/Fiocruz)- Av. Prof. Moraes Rego, S/N, Campus da UFPE- Cidade Universitária Fone: (81) 2101.2639, em seu horário de funcionamento (09:00 às 16:00h), a qualquer momento, para tirar suas dúvidas.

Declaro que fui informado/a dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Fui informado/a da garantia de receber resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos; da liberdade de tirar meu consentimento, a qualquer momento e da garantia de que não serei identificado/a quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa.

Recife, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do/aEntrevistado/a

Fabiane Alves Regino
Pesquisadora responsável

APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre Esclarecido para os/as Pesquisadores/as e Teóricos/as Acadêmicos/as

Você está sendo convidado/a a participar de uma pesquisa intitulada: **“O Desejo de ter filhos e a construção de gênero nas Políticas de Saúde: uma análise da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida”**, que tem como objetivo analisar a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, no sentido de trazer contribuições para nortear as diretrizes em Saúde Pública. A pesquisa está sendo realizada pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – FIOCRUZ/PE, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, como parte da tese de doutorado de Fabiane Alves Regino, sob a orientação do Prof. Dr. José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior.

Farão parte deste estudo profissionais e gestores/as da área da saúde, membros da sociedade civil e de organizações não governamentais, pesquisadores/as e teóricos/as acadêmicos/as que discutem a temática de reprodução humana assistida e política de saúde da mulher, representantes jurídicos que tratam da bioética na reprodução humana, políticos/as envolvidos/as com a PNRHA e coordenadores/as da área temática de saúde da mulher, que aceitem livremente participar da pesquisa, após leitura, aceitação e assinatura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Você foi selecionado/apor se enquadrar no perfil desta pesquisa e sua participação compreenderá de responder a uma entrevista semi-estruturada, que será gravada em mídia de áudio, com a sua autorização, além de eventuais anotações de pontos importantes. A entrevista poderá ser realizada no seu próprio ambiente de trabalho ou em outro local que julgar conveniente.

O risco relacionado à sua participação nesta pesquisa é de algum possível constrangimento perante pessoas e instituições, caso suas respostas venham a público. Porém, este será minimizado pela garantia de sigilo e confidencialidade das informações obtidas. Os dados não serão divulgados de forma que permitam a sua identificação e você conhecerá os resultados obtidos após a conclusão desta pesquisa.

Ressaltamos que a concordância ou não em participar da pesquisa é de sua livre escolha e você poderá em qualquer momento desistir da pesquisa. Caso aceite participar, assinará 02 vias deste termo, sendo que uma via ficará com o/a Senhor/a e a outra com a pesquisadora responsável (Fabiane Alves Regino), a quem poderá procurar em caso de dúvidas sobre o projeto, pelo telefone (081) 94644773 e email (fafaar@hotmail.com).

Informamos ainda que este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) da FIOCRUZ-PE/ CPqAM – órgão que tem por função avaliar os projetos de pesquisa que envolvam a participação de seres humanos, com o objetivo de proteger o bem-estar dos indivíduos pesquisados. Caso deseje, pode entrar em contato com o CEP/CPqAM, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães (CPqAM/Fiocruz)- Av. Prof. Moraes Rego, S/N, Campus da UFPE- Cidade Universitária Fone: (81) 2101.2639, em seu horário de funcionamento (09:00 às 16:00h), a qualquer momento, para tirar suas dúvidas.

Declaro que fui informado/a dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Fui informado/a da garantia de receber resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos; da liberdade de tirar meu consentimento, a qualquer momento e da garantia de que não serei identificado/a quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa.

Recife, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do/a Entrevistado/a

Fabiane Alves Regino
Pesquisadora responsável

APÊNDICE F - Termo de Consentimento Livre Esclarecido para membros da Sociedade Civil Organizada e Organizações Não-Governamentais

Você está sendo convidado/a a participar de uma pesquisa intitulada: **“O Desejo de ter filhos e a construção de gênero nas Políticas de Saúde: uma análise da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida”**, que tem como objetivo analisar a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida (PNRHA), no sentido de trazer contribuições para nortear as diretrizes em Saúde Pública. A pesquisa está sendo realizada pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – FIOCRUZ/PE, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, como parte da tese de doutorado de Fabiane Alves Regino, sob a orientação do Prof. Dr. José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior.

Farão parte deste estudo profissionais e gestores/as da área da saúde, membros da sociedade civil e de organizações não governamentais, pesquisadores/as e teóricos/as acadêmicos/as que discutem a temática de reprodução humana assistida e política de saúde da mulher, representantes jurídicos que tratam da bioética na reprodução humana, políticos/as envolvidos/as com a PNRHA e coordenadores/as da área temática de saúde da mulher, que aceitem livremente participar da pesquisa, após leitura, aceitação e assinatura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Você foi selecionado/apor se enquadrar no perfil desta pesquisa e sua participação compreenderá de responder a uma entrevista semi-estruturada, que será gravada em mídia de áudio, com a sua autorização, além de eventuais anotações de pontos importantes. A entrevista poderá ser realizada no seu próprio ambiente de trabalho ou em outro local que julgar conveniente.

O risco relacionado à sua participação nesta pesquisa é de algum possível constrangimento perante pessoas e instituições, caso suas respostas venham a público. Porém, este será minimizado pela garantia de sigilo e confidencialidade das informações obtidas. Os dados não serão divulgados de forma que permitam a sua identificação e você conhecerá os resultados obtidos após a conclusão desta pesquisa.

Ressaltamos que a concordância ou não em participar da pesquisa é de sua livre escolha e você poderá em qualquer momento desistir da pesquisa. Caso aceite participar, assinará 02 vias deste termo, sendo que uma via ficará com o/a Senhor/a e a outra com a pesquisadora responsável (Fabiane Alves Regino), a quem poderá procurar em caso de dúvidas sobre o projeto, pelo telefone (081) 94644773 e email (fafaar@hotmail.com).

Informamos ainda que este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) da FIOCRUZ-PE/ CPqAM – órgão que tem por função avaliar os projetos de pesquisa que envolvam a participação de seres humanos, com o objetivo de proteger o bem-estar dos indivíduos pesquisados. Caso deseje, pode entrar em contato com o CEP/CPqAM, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães (CPqAM/Fiocruz)- Av. Prof. Moraes Rego, S/N, Campus da UFPE- Cidade Universitária Fone: (81) 2101.2639, em seu horário de funcionamento (09:00 às 16:00h), a qualquer momento, para tirar suas dúvidas.

Declaro que fui informado/a dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Fui informado/a da garantia de receber resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos; da liberdade de tirar meu consentimento, a qualquer momento e da garantia de que não serei identificado/a quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa.

Recife, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do/a Entrevistado/a

Fabiane Alves Regino
Pesquisadora responsável

APÊNDICE G - Termo de consentimento livre esclarecido para os/as políticos/as e gestores/as envolvidos com a PNRHA

Você está sendo convidado/a a participar de uma pesquisa intitulada: **“O Desejo de ter filhos e a construção de gênero nas Políticas de Saúde: uma análise da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida”**, que tem como objetivo analisar a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, no sentido de trazer contribuições para nortear as diretrizes em Saúde Pública. A pesquisa está sendo realizada pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – FIOCRUZ/PE, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, como parte da tese de doutorado de Fabiane Alves Regino, sob a orientação do Prof. Dr. José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior.

Farão parte deste estudo profissionais e gestores/as da área da saúde, membros da sociedade civil e de organizações não governamentais, pesquisadores/as e teóricos/as acadêmicos/as que discutem a temática de reprodução humana assistida e política de saúde da mulher, representantes jurídicos que tratam da bioética na reprodução humana, políticos/as envolvidos/as com a PNRHA e coordenadores/as da área temática de saúde da mulher, que aceitem livremente participar da pesquisa, após leitura, aceitação e assinatura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Você foi selecionado/apor se enquadrar no perfil desta pesquisa e sua participação compreenderá de responder a uma entrevista semi-estruturada, que será gravada em mídia de áudio, com a sua autorização, além de eventuais anotações de pontos importantes. A entrevista poderá ser realizada no seu próprio ambiente de trabalho ou em outro local que julgar conveniente.

O risco relacionado à sua participação nesta pesquisa é de algum possível constrangimento perante pessoas e instituições, caso suas respostas venham a público. Porém, este será minimizado pela garantia de sigilo e confidencialidade das informações obtidas. Os dados não serão divulgados de forma que permitam a sua identificação e você conhecerá os resultados obtidos após a conclusão desta pesquisa.

Ressaltamos que a concordância ou não em participar da pesquisa é de sua livre escolha e você poderá em qualquer momento desistir da pesquisa. Caso aceite participar, assinará 02 vias deste termo, sendo que uma via ficará com o/a Senhor/a e a outra com a pesquisadora responsável (Fabiane Alves Regino), a quem poderá procurar em caso de dúvidas sobre o projeto, pelo telefone (081) 94644773 e email (fafaar@hotmail.com).

Informamos ainda que este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) da FIOCRUZ-PE/ CPqAM – órgão que tem por função avaliar os projetos de pesquisa que envolvam a participação de seres humanos, com o objetivo de proteger o bem-estar dos indivíduos pesquisados. Caso deseje, pode entrar em contato com o CEP/CPqAM, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães (CPqAM/Fiocruz)- Av. Prof. Moraes Rego, S/N, Campus da UFPE- Cidade Universitária Fone: (81) 2101.2639, em seu horário de funcionamento (09:00 às 16:00h), a qualquer momento, para tirar suas dúvidas.

Declaro que fui informado/a dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Fui informado/a da garantia de receber resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos; da liberdade de tirar meu consentimento, a qualquer momento e da garantia de que não serei identificado/a quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa.

Recife, _____ de _____ de 20____.

Fabiane Alves Regino

Pesquisadora responsável

Assinatura do/a Entrevistado/a

ANEXO A - Carta de Anuência do IMIP

Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira
Instituição Civil Filantrópica



Recife, 21 de Outubro de 2014.

CARTA DE ANUÊNCIA

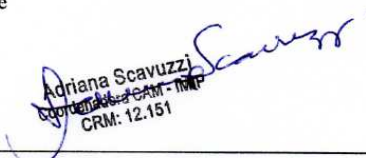
O Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) está de acordo com a execução do projeto **“O DESEJO DE TER FILHOS E A CONSTRUÇÃO DE GÊNERO NAS POLÍTICAS DE SAÚDE: ANÁLISE DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL EM REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA”**, a ser desenvolvido pela pesquisadora **Fabiane Alves Regino**, do Programa de Doutorado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fiocruz/PE, sob a orientação do Professor Dr. José Luís do Amaral Corrêa de Araújo Júnior. O IMIP assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa a ser realizada no Centro de Atenção à Mulher, no **Serviço de Reprodução Humana Assistida** desta mesma Instituição.

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/2012 do CNS e que serão resguardados a garantia de que nenhum sujeito participante da pesquisa será identificado/a e terá assegurado/a privacidade quanto aos dados envolvidos nesta pesquisa.

Informamos que para ter acesso ao **Serviço de Reprodução Humana Assistida**, fica condicionada a apresentação ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), a Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa do Aggeu Magalhães, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Sem mais, subscrevo-me

Atenciosamente,


Adriana Scavuzzi
Coordenadora do CAM - IMIP
CRM: 12.151

Dra. Adriana Scavuzzi Carneiro da Cunha
Coordenadora do Centro de Atenção à Mulher do IMIP

ILIDADE PÚBLICA MUNICIPAL - Dec. Lei 9851 de 08/11/67
ILIDADE PÚBLICA ESTADUAL - Dec. Lei 5013 de 14/05/84
ILIDADE PÚBLICA FEDERAL - Dec. Lei 86238 de 30/07/81
SCRIBÃO MUNICIPAL: 05.879-1
SCRIBÃO ESTADUAL: isento
C. 10.988.301/0001-29

Rua dos Coelhos, 300 Boa Vista
Recife-PE - Brasil CEP 50070-550
PABX: (081) 2122-4165
Fax: (081) 2122-4703 Cx. Postal 355
E-mail: imip@imip.org.br
Home Page: <http://www.imip.org.br>

ANEXO B - Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida

PORTARIA Nº 426/GM Em 22 de março de 2005.

Institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida e dá outras providências.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando a necessidade de estruturar no Sistema Único de Saúde - SUS uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que permita atenção integral em reprodução humana assistida e melhoria do acesso a esse atendimento especializado;

Considerando que a assistência em planejamento familiar deve incluir a oferta de todos os métodos e técnicas para a concepção e a anticoncepção, cientificamente aceitos, de acordo com a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar;

Considerando que, segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS e sociedades científicas, aproximadamente, 8% a 15% dos casais têm algum problema de infertilidade durante sua vida fértil, sendo que a infertilidade se define como a ausência de gravidez após 12 (doze) meses de relações sexuais regulares, sem uso de contracepção;

Considerando que as técnicas de reprodução humana assistida contribuem para a diminuição da transmissão vertical e/ou horizontal de doenças infecto-contagiosas, genéticas, entre outras;

Considerando a necessidade de estabelecer mecanismos de regulação, fiscalização, controle e avaliação da assistência prestada aos usuários; e

Considerando a necessidade de estabelecer os critérios mínimos para o credenciamento e a habilitação dos serviços de referência de Média e Alta Complexidade em reprodução humana assistida na rede SUS,

R E S O L V E:

Art. 1º Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Art. 2º Determinar que a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida seja implantada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, permitindo:

I - organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação) que perpassa todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a atenção por intermédio de equipe multiprofissional, com atuação interdisciplinar;

II - identificar os determinantes e condicionantes dos principais problemas de infertilidade em casais em sua vida fértil, e desenvolver ações transeitoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade;

III - definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços que realizam os procedimentos e técnicas de reprodução humana assistida, necessários à viabilização da concepção, tanto para casais com infertilidade, como para aqueles que se beneficiem desses recursos para o controle da transmissão vertical e/ou horizontal de doenças;

IV - fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos que visem ao estudo do custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como a incorporação tecnológica na área da reprodução humana assistida no Brasil;

V - promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e

VI - qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da Política de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, em conformidade com os princípios da integralidade e da Política Nacional de Humanização - PNH.

Art. 3º Definir que a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, de que trata o artigo 1º desta Portaria, seja constituída a partir dos seguintes componentes fundamentais:

I - Atenção Básica: é a porta de entrada para a identificação do casal infértil e na qual devem ser realizados a anamnese, o exame clínico-ginecológico e um elenco de exames complementares de diagnósticos básicos, afastando-se patologias, fatores concomitantes e qualquer situação que interfira numa futura gestação e que ponham em risco a vida da mulher ou do feto;

II – Média Complexidade: os serviços de referência de Média Complexidade estarão habilitados a atender aos casos encaminhados pela Atenção Básica, realizando acompanhamento psicossocial e os demais procedimentos do elenco deste nível de atenção, e aos quais é facultativa e desejável, a realização de todos os procedimentos diagnósticos e terapêuticos relativos à reprodução humana assistida, à exceção dos relacionados à fertilização in vitro; e

III - Alta Complexidade: os serviços de referência de Alta Complexidade estarão habilitados a atender aos casos encaminhados pela Média Complexidade, estando capacitados para realizar todos os procedimentos de Média Complexidade, bem como a fertilização in vitro e a inseminação artificial.

§ 1º A rede de atenção de Média e Alta Complexidade será composta por:

a) serviços de referência de Média e Alta Complexidade em reprodução humana assistida; e

b) serviços de Assistência Especializada - SAE que são de referência em DST/HIV/Aids.

§ 2º Os componentes descritos no caput deste artigo devem ser organizados segundo o Plano Diretor de Regionalização - PDR de cada unidade federada e segundo os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde.

Art. 4º A regulamentação suplementar e complementar do disposto nesta Portaria ficará a cargo dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, com o objetivo de regular a atenção em reprodução humana assistida.

§ 1º A regulação, a fiscalização, o controle e a avaliação das ações de atenção em reprodução humana assistida serão de competência das três esferas de governo.

§ 2º Os componentes do caput deste artigo deverão ser regulados por protocolos de conduta, de referência e de contra-referência em todos os níveis de atenção que permitam o aprimoramento da atenção, da regulação, do controle e da avaliação.

Art. 5º A capacitação e a educação permanente das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, deverão ser realizadas de acordo com as diretrizes do SUS e alicerçadas nos pólos de educação permanente em saúde.

Art.6º Determinar à Secretaria de Atenção à Saúde - SAS, isoladamente ou em conjunto com outras Secretarias do Ministério da Saúde, que adote todas as providências necessárias à plena estruturação da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, ora instituída.

Art. 7º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HUMBERTO COSTA

ANEXO C - Portaria Nº 3.149, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2012

Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

Fica destinados recursos financeiros aos estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos de atenção à Reprodução Humana Assistida, no âmbito do SUS, incluindo fertilização in vitro e/ou injeção intracitoplasmática de espermatozoides.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando que a Constituição Federal de 1988 inclui no Título VIII da Ordem Social, em seu Capítulo VII, Art. 226, Parágrafo 7º, a responsabilidade do Estado no que se refere ao planejamento familiar;

Considerando que a assistência em planejamento familiar deve incluir a oferta de todos os métodos e técnicas para a concepção e a anticoncepção, cientificamente aceitos, de acordo com a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar;

Considerando a Portaria nº 426/GM/MS de 22 de março de 2005, que institui a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida;

Considerando a Portaria nº 1.459/GM/MS de 24 de junho de 2011, que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha, cujos arts. 2º e 4º no inciso V constam a garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo;

Considerando a necessidade dos casais para atendimento à infertilidade em serviços de referência de Alta Complexidade para Reprodução Humana Assistida;

Considerando que as técnicas de reprodução humana assistida contribuem para a diminuição da transmissão horizontal e vertical de doenças infectocontagiosas, genéticas, entre outras;

Considerando que já existe um conjunto de iniciativas de atenção à reprodução humana assistida no âmbito do SUS;

Considerando que as normativas para o financiamento dos serviços de Reprodução Humana Assistida no âmbito do SUS estão em fase de definição; e

Considerando as visitas técnicas realizadas pelo Ministério da Saúde aos serviços de atenção à reprodução humana assistida ofertada no âmbito do SUS, com o objetivo de conhecer suas características, tais como: equipamentos, demanda atendida e reprimida, técnicas utilizadas entre outros; e

Considerando a associação das características observadas nos serviços visitados e das informações obtidas nas visitas técnicas, resolve:

Art. 1º Ficam destinados recursos financeiros no valor total de R\$ 10.000.000,00 (dez milhões de reais) aos estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos de atenção à Reprodução Humana Assistida, no âmbito do SUS, incluindo fertilização in vitro e/ou injeção intracitoplasmática de espermatozoides, conforme o Anexo desta Portaria.

Paragrafo único. Os recursos financeiros de que trata o caput deste artigo serão repassados aos Fundos de Saúde dos entes federados e deverão ser repassados aos respectivos estabelecimentos de saúde em parcela única, conforme discriminado no Anexo a esta Portaria.

Art. 2º Os recursos orçamentários desta Portaria deverão onerar o Programa de Trabalho 10.302.2012.20R4 - Apoio à Implementação da Rede Cegonha, do orçamento do Ministério da Saúde (RCE-RCEG).

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir da competência dezembro de 2012.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

UF	Gestão	Estado/Município/DF	CNES	Estabelecimento	VALOR DE RECURSO EM REAIS
DF	Estadual	Brasília	0010537	HMIB - Hospital MaternoInfantil de Brasília	1.000.000,00
MG	Municipal	Belo Horizonte	0027049	Hospital das Clinicas daUFMG	1.500.000,00
RS	Municipal	Porto Alegre	2237571	Hospital Nossa Senhora daConceição SA - Fêmeina	1.000.000,00
RS	Municipal	Porto Alegre	2237601	Hospital das Clínicas de Porto Alegre	1.000.000,00
SP	Estadual	São Paulo	2078015	HC da FMUSP Hospital dasClínicas São Paulo	1.500.000,00
SP	Estadual	São Paulo	2078287	Centro de Referência da Saúde da Mulher São Paulo - Pérola Byington	1.500.000,00

SP	Estadual	São Paulo	2082187	Hospital das Clínicas FAEPARibeirão Preto	1.500.000,00
PE	Dupla	Recife	0000434	Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira- IMIP	1.000.000,00
Total geral					10.000.000,00

UF	Gestão	Estado/Município/DF	CNES	Estabelecimento	VALOR DE RECURSO EM REAIS
RN	Municipal	Natal	2409208	Maternidade Escola Januário Cicco	1.500.000,00
Total geral					1.500.000,00

(Tabela incluída pela PRT nº 1397/GM/MS de 10 de julho de 2013).

ANEXO D - PORTARIA GM Nº 1.540, DE 24 DE SETEMBRO DE 2015

Constitui, no âmbito do Ministério da Saúde, Grupo Técnico Assessor com a finalidade de construção da Proposta de Diretrizes Nacionais de Atenção à Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências;

Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

Considerando as disposições contidas na Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha, que consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis;

Considerando a Portaria nº 1.555/GM/MS, de 30 de julho de 2013, que dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a realização da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, em 1994, que conferiu um papel primordial à saúde, aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos, abandonando a ênfase na necessidade de limitar o crescimento populacional como forma de combater a pobreza e as desigualdades, focalizando-se no desenvolvimento do ser humano;

Considerando a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Beijing, Pequim, em 1995, em que se reafirmaram os acordos estabelecidos no Cairo e avançou-se na definição dos direitos sexuais e direitos reprodutivos como Direitos Humanos; e

Considerando a formulação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher/MS/2004, que reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. Enfatiza a melhoria da atenção obstétrica, o planejamento

familiar, a atenção ao abortamento inseguro e às mulheres e às adolescentes em situação de violência doméstica e sexual, resolve:

Art. 1º Fica constituído, no âmbito do Ministério da Saúde, Grupo Técnico Assessor com a finalidade de construir Proposta de Diretrizes Nacionais de Atenção à Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva.

Art. 2º O Grupo Técnico Assessor de que trata o art. 1º será composto por representantes das Secretarias a seguir e será coordenado pela Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres/DAPES/SAS:

I - cinco representantes da Secretaria de Atenção à Saúde/SAS, sendo:

- a) dois representantes da Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/DAPES;
- b) um representante da Área Técnica de Saúde dos Homens/DAPES/SAS;
- c) um representante da Coordenação-Geral de Saúde dos Adolescentes e Jovens/DAPES/SAS;
- d) um representante do Departamento de Atenção Básica/DAB/SAS;

II - um representante do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das DST, Aids e Hepatites Virais, da Secretaria de Vigilância em Saúde/SVS;

III- um representante do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/SCTIE;

IV - um representante da Secretaria-Executiva/SE;

V - um representante do Departamento de Apoio à Gestão Participativa, da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/SGEP; e

VI - um representante da Secretaria Especial de Saúde Indígena/SESAI.

Parágrafo único. Os representantes serão indicados pelos dirigentes de seus respectivos órgãos à Coordenação do Grupo Técnico Assessor, no prazo de 15 (quinze) dias contado da data de publicação desta Portaria.

Art. 3º O Grupo Técnico Assessor, no andamento da produção das diretrizes, poderá convidar eventualmente e em caráter consultivo apoio de especialistas no tema.

Art. 4º O Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES/MS) será responsável pelo apoio administrativo necessário ao desenvolvimento dos trabalhos, pela convocação e coordenação das reuniões, elaboração de atas e encaminhamentos dos documentos produzidos.

Art. 5º As funções dos membros do Grupo Técnico Assessor não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante.

Art. 6º O Grupo Técnico Assessor terá o prazo de 120 (cento e vinte) dias corridos, podendo ser prorrogado por igual período, a partir da publicação desta Portaria, para a elaboração de relatório técnico consubstanciado com a proposta e os encaminhamentos formais necessários, identificando inclusive o impacto orçamentário e financeiro para viabilização das ações previstas.

Art. 7º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ARTHUR CHIORO

Publicada em 05/10/2015 no Boletim de Serviço do Ministério da Saúde nº 40.

ANEXO E - Requerimento de Audiência Pública

COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA REQUERIMENTO Nº 202, DE 2012

(Do Sr. Chico Lopes, Do Sr. João Ananias, da Sra. Jô Moraes e da Sra. Luciana Santos)

Requer a realização de Audiência Pública na Comissão de Seguridade Social e Família para discutir o acesso à reprodução assistida de casais com problema de infertilidade pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Senhor Presidente,

Nos termos do artigo 255 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, requeremos a V. Exa., ouvido o Plenário desta Comissão, a realização de Audiência Pública para discutir o acesso à reprodução assistida de casais com problema de infertilidade pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Para tal fim propomos convidar os representantes abaixo relacionados:

- O senhor Ministro de Estado Alexandre Padilha, Ministro Saúde;
- O senhor Maurício Ceschin, Diretor-Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);
- O senhor Sebastião Evangelista Torquato, médico especialista em reprodução humana;
- O Senhor Artur Dzik, Presidente da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana.

JUSTIFICAÇÃO

A dificuldade de gerar um filho atinge entre 8 e 15% de casais no mundo. Os dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) também demonstram que no Brasil cerca de 280 mil casais convivem com problemas de infertilidade.

Hoje os avanços na área de medicina reprodutiva dão esperança aos casais que, se submetidos a procedimentos e técnicas adequadas, conseguem êxito na concepção. No entanto, o tratamento é inacessível para a maioria dos brasileiros.

O Ministério da Saúde instituiu a Política de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida através da Portaria Nº 426/GM, de 22 de março de 2005. Destinada a ampliar o acesso de casais às soluções para infertilidade, quatro meses depois a referida portaria foi suspensa para análise de impactos financeiros e até hoje não foi implementada.

Discutir o acesso à reprodução assistida de casais com problema de infertilidade pelo Sistema Único de Saúde (SUS) traz à tona um problema silencioso, guardado dentro de milhares de lares brasileiros.

Portanto, pela importância do debate, solicitamos o acatamento ao presente requerimento, pelos parlamentares da Comissão de Seguridade Social e Família.

Sala das Comissões, de abril de 2012.

Chico Lopes

Deputado Federal – PCdoB/CE

João Ananias

Deputado Federal – PCdoB/CE

Jô Moraes

Deputada Federal – Pcdob/MG

Luciana Santos

Deputada Federal – Pcdob/PE

APROVADO. OS DEPUTADOS GERALDO RESENDE E JOÃO CAMPOS
SUBSCREVERAM O REQUERIMENTO.

ANEXO F - Resolução CFM N° 2.013/13**RESOLUÇÃO CFM N° 2.013/13**

Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida, anexas à presente resolução, como dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos e revoga a Resolução CFM nº 1.957/10.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e Decreto nº 6.821, de 14 de abril de 2009, e

CONSIDERANDO a importância da infertilidade humana como um problema de saúde, com implicações médicas e psicológicas, e a legitimidade do anseio de superá-la;

CONSIDERANDO que o avanço do conhecimento científico já permite solucionar vários casos de problemas de reprodução humana;

CONSIDERANDO que o pleno do Supremo Tribunal Federal, na sessão de julgamento de 5.5.2011, reconheceu e qualificou como entidade familiar a união estável homoafetiva (ADI 4.277 e ADPF 132);

CONSIDERANDO a necessidade de harmonizar o uso destas técnicas com os princípios da ética médica;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na sessão plenária do Conselho Federal de Medicina realizada em 16 de abril de 2013,

RESOLVE:

Art. 1º Adotar as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida, anexas à presente resolução, como dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos.

Art. 2º Revoga-se a Resolução CFM nº 1.957/10, publicada no D.O.U. de 6 de janeiro de 2011, Seção I, p. 79, e demais disposições em contrário.

Art. 3º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 16 de abril de 2013

ROBERTO LUIZ D'AVILA HENRIQUE BATISTA E SILVA

Presidente Secretário-geral

ANEXO G - Normas Éticas para a utilização das Técnicas de Reprodução Assistida

I - PRINCÍPIOS GERAIS

1 - As técnicas de reprodução assistida (RA) têm o papel de auxiliar a resolução dos problemas de reprodução humana, facilitando o processo de procriação.

2 - As técnicas de RA podem ser utilizadas desde que exista probabilidade efetiva de sucesso e não se incorra em risco grave de saúde para a paciente ou o possível descendente, e a idade máxima das candidatas à gestação de RA é de 50 anos.

3 - O consentimento informado será obrigatório para todos os pacientes submetidos às técnicas de reprodução assistida. Os aspectos médicos envolvendo a totalidade das circunstâncias da aplicação de uma técnica de RA serão detalhadamente expostos, bem como os resultados obtidos naquela unidade de tratamento com a técnica proposta. As informações devem também atingir dados de caráter biológico, jurídico, ético e econômico. O documento de consentimento informado será elaborado em formulário especial e estará completo com a concordância, por escrito, das pessoas a serem submetidas às técnicas de reprodução assistida.

4 - As técnicas de RA não podem ser aplicadas com a intenção de selecionar o sexo (presença ou ausência de cromossomo Y) ou qualquer outra característica biológica do futuro filho, exceto quando se trate de evitar doenças ligadas ao sexo do filho que venha a nascer.

5 - É proibida a fecundação de oócitos humanos, com qualquer outra finalidade que não a procriação humana.

6 - O número máximo de oócitos e embriões a serem transferidos para a receptora não pode ser superior a quatro. Quanto ao número de embriões a serem transferidos faz-se as seguintes recomendações: a) mulheres com até 35 anos: até 2 embriões; b) mulheres entre 36 e 39 anos: até 3 embriões; c) mulheres entre 40 e 50 anos: até 4 embriões; d) nas situações de doação de óvulos e embriões, considera-se a idade da doadora no momento da coleta dos óvulos.

7 - Em caso de gravidez múltipla, decorrente do uso de técnicas de RA, é proibida a utilização de procedimentos que visem a redução embrionária.

II - PACIENTES DAS TÉCNICAS DE RA

1 - Todas as pessoas capazes, que tenham solicitado o procedimento e cuja indicação não se afaste dos limites desta resolução, podem ser receptoras das técnicas de RA desde que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos sobre a mesma, de acordo com a legislação vigente.

2 - É permitido o uso das técnicas de RA para relacionamentos homoafetivos e pessoas solteiras, respeitado o direito da objeção de consciência do médico.

III - REFERENTE ÀS CLÍNICAS, CENTROS OU SERVIÇOS QUE APLICAM TÉCNICAS DE RA

As clínicas, centros ou serviços que aplicam técnicas de RA são responsáveis pelo controle de doenças infectocontagiosas, coleta, manuseio, conservação, distribuição, transferência e descarte de material biológico humano para a paciente de técnicas de RA, devendo apresentar como requisitos mínimos:

1 - um diretor técnico responsável por todos os procedimentos médicos e laboratoriais executados, que será, obrigatoriamente, um médico registrado no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição;

2 - um registro permanente (obtido por meio de informações observadas ou relatadas por fonte competente) das gestações, nascimentos e malformações de fetos ou recém-nascidos, provenientes das diferentes técnicas de RA aplicadas na unidade em apreço, bem como dos procedimentos laboratoriais na manipulação de gametas e embriões;

3 - um registro permanente das provas diagnósticas a que é submetido o material biológico humano que será transferido aos pacientes das técnicas de RA, com a finalidade precípua de evitar a transmissão de doenças;

4 - Os registros deverão estar disponíveis para fiscalização dos Conselhos Regionais de Medicina.

IV - DOAÇÃO DE GAMETAS OU EMBRIÕES

1 - A doação nunca terá caráter lucrativo ou comercial.

2 - Os doadores não devem conhecer a identidade dos receptores e vice-versa.

3 - A idade limite para a doação de gametas é de 35 anos para a mulher e 50 anos para o homem.

4 - Obrigatoriamente será mantido o sigilo sobre a identidade dos doadores de gametas e embriões, bem como dos receptores. Em situações especiais, as informações sobre doadores, por motivação médica, podem ser fornecidas exclusivamente para médicos, resguardando-se a identidade civil do doador.

5 - As clínicas, centros ou serviços que empregam a doação devem manter, de forma permanente, um registro de dados clínicos de caráter geral, características fenotípicas e uma amostra de material celular dos doadores, de acordo com a legislação vigente.

6 - Na região de localização da unidade, o registro dos nascimentos evitará que um(a) doador(a) tenha produzido mais que duas gestações de crianças de sexos diferentes, numa área de um milhão de habitantes.

7 - A escolha dos doadores é de responsabilidade da unidade. Dentro do possível, deverá garantir que o doador tenha a maior semelhança fenotípica e imunológica e a máxima possibilidade de compatibilidade com a receptora.

8 - Não será permitido ao médico responsável pelas clínicas, unidades ou serviços, nem aos integrantes da equipe multidisciplinar que nelas prestam serviços, participarem como doadores nos programas de RA.

9 - É permitida a doação voluntária de gametas, bem como a situação identificada como doação compartilhada de oócitos em RA, onde doadora e receptora, participando como portadoras de problemas de reprodução, compartilham tanto do material biológico quanto dos custos financeiros que envolvem o procedimento de RA. A doadora tem preferência sobre o material biológico que será produzido.

V - CRIOPRESERVAÇÃO DE GAMETAS OU EMBRIÕES

1 - As clínicas, centros ou serviços podem criopreservar espermatozoides, óvulos e embriões e tecidos gonádicos.

2 - O número total de embriões produzidos em laboratório será comunicado aos pacientes, para que decidam quantos embriões serão transferidos a fresco, devendo os excedentes, viáveis, serem criopreservados.

3 - No momento da criopreservação os pacientes devem expressar sua vontade, por escrito, quanto ao destino que será dado aos embriões criopreservados, quer em caso de divórcio, doenças graves ou falecimento de um deles ou de ambos, e quando desejam doá-los.

4 - Os embriões criopreservados com mais de 5 (cinco) anos poderão ser descartados se esta for a vontade dos pacientes, e não apenas para pesquisas de células-tronco, conforme previsto na Lei de Biossegurança.

VI - DIAGNÓSTICO GENÉTICO PRÉ-IMPLANTAÇÃO DE EMBRIÕES

1 - As técnicas de RA podem ser utilizadas acopladas à seleção de embriões submetidos a diagnóstico de alterações genéticas causadoras de doenças.

2 - As técnicas de RA também podem ser utilizadas para tipagem do sistema HLA do embrião, com o intuito de seleção de embriões HLA-compatíveis com algum filho(a) do casal já afetado por doença, doença esta que tenha como modalidade de tratamento efetivo o transplante de células-tronco ou de órgãos.

3 - O tempo máximo de desenvolvimento de embriões "in vitro" será de 14 dias.

VII - SOBRE A GESTAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO (DOAÇÃO TEMPORÁRIA DO ÚTERO)

As clínicas, centros ou serviços de reprodução humana podem usar técnicas de RA para criarem a situação identificada como gestação de substituição, desde que exista um problema médico que impeça ou contraindique a gestação na doadora genética ou em caso de união homoafetiva.

1 - As doadoras temporárias do útero devem pertencer à família de um dos parceiros num parentesco consanguíneo até o quarto grau (primeiro grau – mãe; segundo grau – irmã/avó; terceiro grau – tia; quarto grau – prima), em todos os casos respeitada a idade limite de até 50 anos.

2 - A doação temporária do útero não poderá ter caráter lucrativo ou comercial.

3 - Nas clínicas de reprodução os seguintes documentos e observações deverão constar no prontuário do paciente:

- Termo de Consentimento Informado assinado pelos pacientes (pais genéticos) e pela doadora temporária do útero, consignado. Obs.: gestação compartilhada entre homoafetivos onde não existe infertilidade;
- relatório médico com o perfil psicológico, atestando adequação clínica e emocional da doadora temporária do útero;
- descrição pelo médico assistente, pormenorizada e por escrito, dos aspectos médicos envolvendo todas as circunstâncias da aplicação de uma técnica de RA, com dados de caráter biológico, jurídico, ético e econômico, bem como os resultados obtidos naquela unidade de tratamento com a técnica proposta;
- contrato entre os pacientes (pais genéticos) e a doadora temporária do útero (que recebeu o embrião em seu útero e deu à luz), estabelecendo claramente a questão da filiação da criança;
- os aspectos biopsicossociais envolvidos no ciclo gravídico-puerperal;
- os riscos inerentes à maternidade;
- a impossibilidade de interrupção da gravidez após iniciado o processo gestacional, salvo em casos previstos em lei ou autorizados judicialmente;
- a garantia de tratamento e acompanhamento médico, inclusive por equipes multidisciplinares, se necessário, à mãe que doará temporariamente o útero, até o puerpério;
- a garantia do registro civil da criança pelos pacientes (pais genéticos), devendo esta documentação ser providenciada durante a gravidez;

- se a doadora temporária do útero for casada ou viver em união estável, deverá apresentar, por escrito, a aprovação do cônjuge ou companheiro.

VIII - REPRODUÇÃO ASSISTIDA POST-MORTEM

É possível desde que haja autorização prévia específica do(a) falecido(a) para o uso do material biológico criopreservado, de acordo com a legislação vigente.

IX - DISPOSIÇÃO FINAL

Casos de exceção, não previstos nesta resolução, dependerão da autorização do Conselho Regional de Medicina.

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM nº 2.013/13

No Brasil, até a presente data não há legislação específica a respeito da reprodução assistida. Transitam no Congresso Nacional, há anos, diversos projetos a respeito do assunto, mas nenhum deles chegou a termo. Considerando as dificuldades relativas ao assunto, o Conselho

Federal de Medicina produziu uma resolução – Resolução CFM nº 1.957/10 – orientadora dos médicos quanto às condutas a serem adotadas diante dos problemas decorrentes da prática da reprodução assistida, normatizando as condutas éticas a serem obedecidas no exercício das técnicas de reprodução assistida.

A Resolução CFM nº 1.957/10 mostrou-se satisfatória e eficaz, balizando o controle dos processos de fertilização assistida. No entanto, as mudanças sociais e a constante e rápida evolução científica nessa área tornaram necessária a sua revisão. Uma insistente e reiterada solicitação das clínicas de fertilidade de todo o país foi a abordagem sobre o descarte de embriões congelados, alguns até com mais de 20 (vinte) anos, em abandono e entulhando os serviços. A comissão revisora observou que a Lei de Biossegurança (Lei nº 11.105/05), em seu artigo 5º, inciso II, já autorizava o descarte de embriões congelados há 3 (três) anos, contados a partir da data do congelamento, para uso em pesquisas sobre célula-tronco.

A proposta é ampliar o prazo para 5 (cinco) anos, e não só para pesquisas sobre células-tronco.

Outros fatores motivadores foram a falta de limite de idade para o uso das técnicas e o excessivo número de mulheres com baixa probabilidade de gravidez devido à idade, que necessitam a recepção de óvulos doados. Esses aspectos geraram dúvidas crescentes oriundas dos Conselhos Regionais de Medicina, provocando a necessidade de atualizações.

O somatório dos fatores acima citados foi estudado pela comissão, em conjunto com representantes da Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida, da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia e da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana e Sociedade Brasileira de Genética Médica, sob a coordenação do conselheiro federal José Hiran da Silva Gallo.

Esta é a visão da comissão formada, que trazemos à consideração do plenário do Conselho Federal de Medicina.

Brasília-DF, 16 de abril de 2013

JOSÉ HIRAN DA SILVA GALLO

Coordenador da Comissão de Revisão da Resolução CFM nº 1.358/92 – Reprodução Assistida

ANEXO H - Resolução CFM N° 2.1213/15



RESOLUÇÃO CFM nº 2.121/2015

(Publicada no [D.O.U. de 24 de setembro de 2015, Seção I, p. 117](#))

Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida – sempre em defesa do aperfeiçoamento das práticas e da observância aos princípios éticos e bioéticos que ajudarão a trazer maior segurança e eficácia a tratamentos e procedimentos médicos – tornando-se o dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos brasileiros e revogando a [Resolução CFM nº 2.013/13](#), publicada no D.O.U. de 9 de maio de 2013, Seção I, p. 119.

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pelo Decreto nº 6.821, de 14 de abril de 2009, e

CONSIDERANDO a infertilidade humana como um problema de saúde, com implicações médicas e psicológicas, e a legitimidade do anseio de superá-la;

CONSIDERANDO que o avanço do conhecimento científico já permite solucionar vários casos de problemas de reprodução humana;

CONSIDERANDO que o pleno do Supremo Tribunal Federal, na sessão de julgamento de 5 de maio de 2011, reconheceu e qualificou como entidade familiar a união estável homoafetiva ([ADI 4.277](#) e [ADPF 132](#));

CONSIDERANDO a necessidade de harmonizar o uso dessas técnicas com os princípios da ética médica;



CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na sessão plenária do Conselho Federal de Medicina realizada em de 16 de julho de 2015,

RESOLVE:

Art. 1º Adotar as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida, anexas à presente resolução, como dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos.

Art. 2º Revogar a [Resolução CFM nº 2.013/2013](#), publicada no D.O.U. de 9 de maio de 2013, Seção I, p. 119 e demais disposições em contrário.

Art. 3º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 16 de julho de 2015.

CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA	HENRIQUE BATISTA E SILVA
Presidente	Secretário-geral

ANEXO I – Normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida

NORMAS ÉTICAS PARA A UTILIZAÇÃO DAS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA

I - PRINCÍPIOS GERAIS

1 - As técnicas de reprodução assistida (RA) têm o papel de auxiliar na resolução dos problemas de reprodução humana, facilitando o processo de procriação.

2 - As técnicas de RA podem ser utilizadas desde que exista probabilidade de sucesso e não se incorra em risco grave de saúde para o(a) paciente ou o possível descendente, sendo a idade máxima das candidatas à gestação de RA de 50 anos.

3 - As exceções ao limite de 50 anos para participação do procedimento serão determinadas, com fundamentos técnicos e científicos, pelo médico responsável e após esclarecimento quanto aos riscos envolvidos.

4 - O consentimento livre e esclarecido informado será obrigatório para todos os pacientes submetidos às técnicas de reprodução assistida. Os aspectos médicos envolvendo a totalidade das circunstâncias da aplicação de uma técnica de RA serão detalhadamente expostos, bem como os resultados obtidos naquela unidade de tratamento com a técnica proposta. As informações devem também atingir dados de caráter biológico, jurídico e ético. O documento de consentimento livre e esclarecido informado será elaborado em formulário especial e estará completo com a concordância, por escrito, obtida a partir de discussão bilateral entre as pessoas envolvidas nas técnicas de reprodução assistida.

5 - As técnicas de RA não podem ser aplicadas com a intenção de selecionar o sexo (presença ou ausência de cromossomo Y) ou qualquer outra característica biológica do futuro filho, exceto quando se trate de evitar doenças do filho que venha a nascer.

6 - É proibida a fecundação de oócitos humanos com qualquer outra finalidade que não a procriação humana.

7 - O número máximo de oócitos e embriões a serem transferidos para a receptora não pode ser superior a quatro. Quanto ao número de embriões a serem transferidos, fazem-se as seguintes determinações de acordo com a idade: a) mulheres até 35 anos: até 2 embriões; b) mulheres entre 36 e 39 anos: até 3 embriões; c) mulheres com 40 anos ou mais: até 4 embriões; d) nas situações de doação de óvulos e embriões, considera-se a idade da doadora no momento da coleta dos óvulos.

8 - Em caso de gravidez múltipla, decorrente do uso de técnicas de RA, é proibida a utilização de procedimentos que visem a redução embrionária.

II - PACIENTES DAS TÉCNICAS DE RA

1 - Todas as pessoas capazes, que tenham solicitado o procedimento e cuja indicação não se afaste dos limites desta resolução, podem ser receptoras das técnicas de RA desde que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos, conforme legislação vigente.

2 - É permitido o uso das técnicas de RA para relacionamentos homoafetivos e pessoas solteiras, respeitado o direito a objeção de consciência por parte do médico.

3 - É permitida a gestação compartilhada em união homoafetiva feminina em que não exista infertilidade.

III - REFERENTE ÀS CLÍNICAS, CENTROS OU SERVIÇOS QUE APLICAM TÉCNICAS DE RA

As clínicas, centros ou serviços que aplicam técnicas de RA são responsáveis pelo controle de doenças infectocontagiosas, pela coleta, pelo manuseio, pela conservação, pela distribuição, pela transferência e pelo descarte de material biológico humano para o(a) paciente de técnicas de RA. Devem apresentar como requisitos mínimos:

1- Um diretor técnico – obrigatoriamente, um médico registrado no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição – com registro de especialista em áreas de interface com a RA, que será responsável por todos os procedimentos médicos e laboratoriais executados;

2- Um registro permanente (obtido por meio de informações observadas ou relatadas por fonte competente) das gestações, dos nascimentos e das malformações de fetos ou recém-nascidos, provenientes das diferentes técnicas de RA aplicadas na unidade em apreço, bem como dos procedimentos laboratoriais na manipulação de gametas e embriões;

3- Um registro permanente das provas diagnósticas a que é submetido o(a) paciente, com a finalidade precípua de evitar a transmissão de doenças;

4- Os registros deverão estar disponíveis para fiscalização dos Conselhos Regionais de Medicina.

IV - DOAÇÃO DE GAMETAS OU EMBRIÕES

- 1- A doação não poderá ter caráter lucrativo ou comercial.
- 2- Os doadores não devem conhecer a identidade dos receptores e vice-versa.
- 3- A idade limite para a doação de gametas é de 35 anos para a mulher e de 50 anos para o homem.
- 4- Será mantido, obrigatoriamente, o sigilo sobre a identidade dos doadores de gametas e embriões, bem como dos receptores. Em situações especiais, informações sobre os doadores, por motivação médica, podem ser fornecidas exclusivamente para médicos, resguardando-se a identidade civil do(a) doador(a).
- 5- As clínicas, centros ou serviços onde é feita a doação devem manter, de forma permanente, um registro com dados clínicos de caráter geral, características fenotípicas e uma amostra de material celular dos doadores, de acordo com legislação vigente.
- 6- Na região de localização da unidade, o registro dos nascimentos evitará que um(a) doador(a) tenha produzido mais de duas gestações de crianças de sexos diferentes em uma área de um milhão de habitantes.
- 7- A escolha dos doadores é de responsabilidade do médico assistente. Dentro do possível, deverá garantir que o(a) doador(a) tenha a maior semelhança fenotípica e a máxima possibilidade de compatibilidade com a receptora.
- 8- Não será permitido aos médicos, funcionários e demais integrantes da equipe multidisciplinar das clínicas, unidades ou serviços, participarem como doadores nos programas de RA.
- 9- É permitida a doação voluntária de gametas masculinos, bem como a situação identificada como doação compartilhada de oócitos em RA, em que doadora e receptora, participando como portadoras de problemas de reprodução, compartilham tanto do material biológico quanto dos custos financeiros que envolvem o procedimento de RA. A doadora tem preferência sobre o material biológico que será produzido.

V - CRIOPRESERVAÇÃO DE GAMETAS OU EMBRIÕES

- 1- As clínicas, centros ou serviços podem criopreservar espermatozoides, óvulos, embriões e tecidos gonádicos.

2- O número total de embriões gerados em laboratório será comunicado aos pacientes para que decidam quantos embriões serão transferidos *a fresco*. Os excedentes, viáveis, devem ser criopreservados.

3- No momento da criopreservação, os pacientes devem expressar sua vontade, por escrito, quanto ao destino a ser dado aos embriões criopreservados em caso de divórcio, doenças graves ou falecimento, de um deles ou de ambos, e quando desejam doá-los.

4- Os embriões criopreservados com mais de cinco anos poderão ser descartados se esta for a vontade dos pacientes. A utilização dos embriões em pesquisas de células-tronco não é obrigatória, conforme previsto na Lei de Biossegurança.

VI - DIAGNÓSTICO GENÉTICO PRÉ-IMPLANTAÇÃO DE EMBRIÕES

1- As técnicas de RA podem ser utilizadas aplicadas à seleção de embriões submetidos a diagnóstico de alterações genéticas causadoras de doenças – podendo nesses casos serem doados para pesquisa ou descartados.

2- As técnicas de RA também podem ser utilizadas para tipagem do sistema HLA do embrião, no intuito de selecionar embriões HLA-compatíveis com algum(a) filho(a) do casal já afetado pela doença e cujo tratamento efetivo seja o transplante de células-tronco, de acordo com a legislação vigente.

3- O tempo máximo de desenvolvimento de embriões *in vitro* será de 14 dias.

VII - SOBRE A GESTAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO (DOAÇÃO TEMPORÁRIA DO ÚTERO)

As clínicas, centros ou serviços de reprodução assistida podem usar técnicas de RA para criarem a situação identificada como gestação de substituição, desde que exista um problema médico que impeça ou contraindique a gestação na doadora genética ou em caso de união homoafetiva.

1- As doadoras temporárias do útero devem pertencer à família de um dos parceiros em parentesco consanguíneo até o quarto grau (primeiro grau – mãe; segundo grau – irmã/avó; terceiro grau – tia; quarto grau – prima). Demais casos estão sujeitos à autorização do Conselho Regional de Medicina.

2- A doação temporária do útero não poderá ter caráter lucrativo ou comercial.

3- Nas clínicas de reprodução assistida, os seguintes documentos e observações deverão constar no prontuário do paciente:

- 3.1. Termo de consentimento livre e esclarecido informado assinado pelos pacientes e pela doadora temporária do útero, contemplando aspectos biopsicossociais e riscos envolvidos no ciclo gravídico-puerperal, bem como aspectos legais da filiação;
- 3.2. Relatório médico com o perfil psicológico, atestando adequação clínica e emocional de todos os envolvidos;
- 3.3. Termo de Compromisso entre os pacientes e a doadora temporária do útero (que receberá o embrião em seu útero), estabelecendo claramente a questão da filiação da criança;
- 3.4. Garantia, por parte dos pacientes contratantes de serviços de RA, de tratamento e acompanhamento médico, inclusive por equipes multidisciplinares, se necessário, à mãe que doará temporariamente o útero, até o puerpério;
- 3.5. Garantia do registro civil da criança pelos pacientes (pais genéticos), devendo esta documentação ser providenciada durante a gravidez;
- 3.6. Aprovação do cônjuge ou companheiro, apresentada por escrito, se a doadora temporária do útero for casada ou viver em união estável.

VIII - REPRODUÇÃO ASSISTIDA *POST-MORTEM*

É permitida a reprodução assistida *post-mortem* desde que haja autorização prévia específica do(a) falecido(a) para o uso do material biológico criopreservado, de acordo com a legislação vigente.

IX - DISPOSIÇÃO FINAL

Casos de exceção, não previstos nesta resolução, dependerão da autorização do Conselho Federal de Medicina.

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2.121/2015

No Brasil, até a presente data, não há legislação específica a respeito da reprodução assistida (RA). Tramitam no Congresso Nacional, há anos, diversos projetos a respeito do assunto, mas nenhum deles chegou a termo.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) age sempre em defesa do aperfeiçoamento das práticas e da obediência aos princípios éticos e bioéticos, que ajudarão a trazer maior segurança e eficácia a tratamentos e procedimentos médicos.

Manter a limitação da idade das candidatas à gestação de RA até 50 anos foi primordial, com o objetivo de preservar a saúde da mulher, que poderá ter uma série de complicações no período gravídico, de acordo com a medicina baseada em evidências.

Os aspectos médicos envolvendo a totalidade das circunstâncias da aplicação da reprodução assistida foram detalhadamente expostos nesta revisão realizada pela Comissão de Revisão da [Resolução CFM nº 2.013/13](#), em conjunto com representantes da Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida, da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia e da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana e Sociedade Brasileira de Genética Médica, sob a coordenação do conselheiro federal José Hiran da Silva Gallo.

Esta é a visão da comissão formada que trazemos à consideração do plenário do Conselho Federal de Medicina.

Brasília-DF, 16 de julho de 2015.

JOSÉ HIRAN DA SILVA GALLO

Coordenador da Comissão de Revisão da Resolução CFM nº 2.013/13 – Reprodução
Assistida