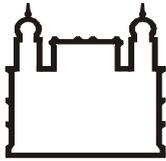


Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Fernandes Figueira
Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher

**Potencialidades e limites para o desenvolvimento de uma política de
atenção em reprodução humana assistida no SUS.**

Ana Lúcia Tiziano Sequeira

Rio de Janeiro
junho de 2011



Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Fernandes Figueira
Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher

**Potencialidades e limites para o desenvolvimento de uma política de
atenção em reprodução humana assistida no SUS.**

Ana Lúcia Tiziano Sequeira

Tese apresentada à Pós-
graduação em Saúde da
Criança e da Mulher,
como parte dos requisitos
para obtenção do título
de Doutora em Ciências.

Orientadora: Claudia Bonan Jannotti

Rio de Janeiro
junho de 2011

FICHA CATALOGRÁFICA NA FONTE
INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO
CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE
BIBLIOTECA DA SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA

S479 Sequeira, Ana Lucia Tiziano
Potencialidades e limites para o desenvolvimento de uma política
de atenção em reprodução humana assistida no SUS / Ana Lucia
Tiziano Sequeira . – 2011 .
191 f. , tab.

Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher) – Instituto
Fernandes Figueira , Rio de Janeiro , RJ , 2011.

Orientador : Claudia Bonan Jannotti

Bibliografia: f. 152 – 161.

1. Política de Saúde . 2 . Reprodução . 3. Infertilidade.4. Sistema
Único de Saúde . I. Título.

CDD - 22ª ed. 362.1

Agradecimentos

À minha orientadora Claudia Bonan pela competência, seriedade, compromisso e carinho que dedicou à orientação desse trabalho;

Aos professores Ruben Araújo de Mattos e Marilena Corrêa pelas valiosas contribuições teóricas e metodológicas na ocasião do seminário avançado e da qualificação do projeto da tese;

Aos professores da pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher do IFF, em especial Suely Deslandes e Martha Moreira por suas contribuições e boa convivência;

Aos técnicos do Ministério da Saúde, especialistas em reprodução humana assistida, representantes das ONGs e Redes que participaram das entrevistas e enriqueceram a análise do estudo;

Às colegas do Serviço Social do IFF que direta e indiretamente contribuíram para que eu tivesse um bom aproveitamento durante o curso de doutorado;

À chefia do Serviço Social, assistente social Dolores Vidal, pelo apoio e compreensão, especialmente na fase da escrita da tese;

À amiga Antília Januária Martins e também companheira do curso de doutorado, pelo apoio, parceria e pelos bons momentos que passamos juntas durante essa difícil empreitada;

À minha mãe Lucy, meu companheiro Nilton e meus filhos Marcel e Lucas que durante esses quatro anos souberam conviver com uma “doutoranda”, trabalhadora, filha, mãe e mulher.

Lista de abreviaturas e siglas

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância em Saúde

BEMFAM - Sociedade Civil Bem-estar Familiar no Brasil

CPAIMC - Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e à Criança

CPMF - Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira

CSS - Contribuição Social para a Saúde

DAE - Departamento de Atenção Especializada

DAPES - Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

DISAMI - Divisão de Saúde Materno-Infantil

GM - Gabinete ministerial

GPEPD - Grupo de Parlamentares para Estudos de População e Desenvolvimento

IMART - Comitê Internacional para Monitoração da Tecnologia Reprodutiva Assistida

IMIP - Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira

LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros

NTRS – Novas tecnologias reprodutivas

ONGS – Organizações não governamentais

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PL – Projeto de Lei

PNAISM – Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNDS – Pesquisa nacional de Demografia e Saúde

PNPM – Plano Nacional de Políticas para as Mulheres

PPGAR - Programa de Prevenção de Gravidez de Alto Risco

PSMI - Programa de Saúde Materno-Infantil

RA - Reprodução assistida

RHA - Reprodução Humana Assistida

SAS - Secretaria de Atenção à Saúde

SEDH - Secretaria Especial de Direitos Humanos

SEPM - Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres

TRA – Tecnologias de Reprodução Assistida

Lista de tabelas

Tabela 1 Atores entrevistados e numeração das entrevistas-----18

Tabela 2 Documentos analisados e principais objetivos em relação às
temáticas da concepção, infertilidade e reprodução humana assistida-----48

Tabela 3 Projetos apensados ao PL 1.184/2003-----76

Resumo

Esta tese analisou os processos políticos e institucionais que têm contribuído ou dificultado o desenvolvimento de uma política de atenção em reprodução humana assistida no SUS. Partiu-se da premissa que múltiplas dimensões e processos estão envolvidos no debate sobre reprodução, saúde e direitos no Brasil, e procurou-se investigar aqueles que contribuíram para que o tema tenha aparecido mais recentemente na agenda governamental, com o lançamento da Política Nacional de Atenção Integral à Reprodução Humana Assistida, em 2005. Reconstruiu-se analiticamente o campo do debate político e os processos de conflito e negociação da política de direitos reprodutivos, em uma perspectiva histórica e contemporânea, dando ênfase à temática da reprodução humana assistida. Utilizaram-se fontes escritas e orais, abrangendo perspectivas, propostas e posicionamentos de vários atores institucionais, técnicos e da sociedade civil organizada, permitindo a compreensão da gênese dos debates, os contextos que os envolvem, as motivações, interesses e perspectivas dos participantes, conflitos e negociações, canais e espaços sociais por onde eles fluem. Pode-se considerar que a formulação da Política de Atenção em Reprodução Humana Assistida no SUS foi motivada, principalmente, por demandas do Departamento de DST/AIDS do Ministério da Saúde e dos movimentos de pessoas vivendo com HIV/AIDS, especialmente casais sorodiscordantes, pelo acesso às tecnologias de reprodução assistida, tendo em vista a redução da transmissão vertical e horizontal da infecção. Pessoas inférteis e com doenças genéticas foram incorporadas, porém outros sujeitos foram excluídos, como pessoas sozinhas e homossexuais. Apesar da política ter sido concebida através de uma linha de cuidados integrais articulando prevenção e assistência, inclusive de alta complexidade, utilizou-se de critérios psicossociais de elegibilidade que podem comprometer a equidade no acesso, a integralidade da atenção e restringir direitos.

Ainda que seja um caminho com avanços e retrocessos, com potencialidades e limites, a efetivação da atenção em reprodução humana assistida, no SUS, se fundada nos princípios de autonomia, integridade corporal, equidade e não discriminação pode significar uma grande contribuição em termos de direitos sexuais e reprodutivos.

Palavras-chaves: políticas de saúde, reprodução, infertilidade e Sistema Único de Saúde

Abstract

This thesis analyzed the institutional and political processes that have either contributed or hampered the development of an assisted human reproduction care policy within Brazil's Unified Health System. The premise that multiple dimensions and processes are involved in the debate over reproduction, health and rights in Brazil was the starting point of the study. The research investigated those processes which contributed to the recent insertion of the theme in the government's agenda, with the implementation of the Assisted Human Reproduction Total Care National Policy, in 2005. The field of political debate and the processes of conflict and negotiation of reproduction rights were reconstructed, from both a historic and contemporary perspective, emphasizing the theme of assisted human reproduction. Oral and written sources, encompassing the positions, proposals and perspectives of several institutional actors, technicians and the organized civil society were used, allowing the understanding of the genesis of debates, their contexts, motivations, interests and the perspectives of participants, conflicts and negotiations, the social spaces and channels through which they flow. It can be considered that the formulation of the Assisted Human Reproduction Care Policy within the Unified Health System was motivated mainly by the demands from the STD/AIDS Department in the Ministry of Health and from the initiatives of people living with HIV/AIDS, mainly mixed-status (HIV-positive/negative) couples, by the access to assisted reproduction technologies, focusing on the infection's horizontal and vertical transmission reduction. People who are infertile and who have genetic diseases were incorporated, but others were excluded, like persons who are alone and homosexuals. Although the policy was conceived adopting a total care line articulating with prevention and care, including high complexity, psychosocial eligibility criteria were used which may hamper access equity, the totality of care and may restrict rights. Even though it can be a progression with both advances and setbacks, with potentialities and limits, the offering of assisted human reproduction in the Unified Health System, if based on principles of autonomy, body integrity, equity and non-discrimination, can mean an important contribution in terms of sexual and reproductive rights.

Key words: health policies, reproduction, infertility and Unified Health System

SUMÁRIO

Introdução

1. Do objeto e dos objetivos -----	10
2. Organização da tese -----	13
3. Percurso metodológico -----	14
4. Pressupostos e questões teórico-analíticas do estudo -----	20
Capítulo 1 - Trajetória dos debates políticos sobre reprodução e fecundidade no Brasil -----	33
Capítulo 2 - As temáticas da concepção, infertilidade e reprodução humana assistida na agenda da saúde pública brasileira -----	47
Capítulo 3 - Reprodução Humana Assistida no Brasil: breve histórico -----	70
Capítulo 4 - As temáticas da concepção, infertilidade e reprodução humana assistida na agenda dos movimentos de mulheres -----	86
Capítulo 5 - O desenvolvimento do tema da atenção em reprodução humana assistida no SUS, nos anos 2000-----	102
Capítulo 6 - Considerações finais: potencialidades e limites para o desenvolvimento de uma política de atenção em reprodução humana assistida no SUS -----	145
Referências bibliográficas -----	152
Apêndice 1 - Roteiros de entrevista -----	162
Apêndice 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-----	168
Anexo 1 - Portaria nº 426/2005 -----	170
Anexo 2 - Portaria nº 388/2005 -----	174
Anexo 3 - Carta-resposta Departamento da Ouvidoria do SUS-----	191

INTRODUÇÃO

1. Do objeto e dos objetivos

A escolha de um objeto de estudo nunca é algo por acaso e, geralmente, reflete uma aproximação com a temática, seja por experiências pessoais, profissionais ou mesmo por posições ideológicas e valores que merecem ser defendidos. No entanto, a decisão por estudar **as potencialidades e limites para o desenvolvimento de uma política de atenção em reprodução humana assistida no SUS** não foi tarefa fácil, pois sabíamos que se tratava de um tema pouco explorado e recente na política pública brasileira. Ao mesmo tempo, considerávamos que se tratava de um tema instigante, com múltiplas dimensões, carente de análises e passível de muitas indagações ainda não respondidas ou respondidas de forma insuficiente.

O campo dos direitos sexuais e reprodutivos vem se legitimando através de diferentes institucionalidades¹ nos últimos vinte e cinco anos, no Brasil. Um exemplo emblemático desta legitimação foi a formulação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM (MS, 1984). Este programa foi considerado pioneiro ao incorporar as demandas dos movimentos de mulheres pelo direito de regular a sua fertilidade com acesso às informações e aos métodos contraceptivos, além de abarcar outras ações considerando as diferentes necessidades e etapas da vida das mulheres. Aos poucos, outros

¹ A noção de institucionalidade se refere a expressões concretas de relações políticas, práticas sociais e visões de mundo que se legitimam, cristalizam e institucionalizam como coisas públicas e/ou oficiais, por meio de processos históricos que envolvem lutas políticas (Guzmán *et al*, 2000)

atores sociais e institucionais (negros, gays e ONGS) foram ocupando novos espaços de negociação e disputa política pela efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos na área da saúde e dos direitos humanos não só no âmbito da formulação de políticas públicas, mas também do Direito. É neste contexto que assistimos o desenvolvimento de uma série de institucionalidades, tais como leis, resoluções e normas técnicas, instâncias gestoras, programas e serviços de saúde específicos que inicialmente se voltam às várias temáticas e esferas de ação previstas no PAISM, mas que vão se ampliando e revelando o crescimento do campo da saúde sexual e reprodutiva.

Apesar dos desdobramentos e avanços importantes, nesse processo houve também a percepção de que alguns temas foram tratados de uma maneira muito tímida. Temas como a infertilidade e a reprodução humana assistida (RHA), por exemplo, só recentemente, adquiriram algum destaque na agenda da saúde. Os motivos do pouco desenvolvimento da temática da concepção, da infertilidade e da reprodução humana assistida, assim como as razões do por quê recentemente esses temas têm sido reconhecidos como problemas e questões que devem ser respondidas pela esfera governamental foram as principais indagações que suscitaram o desenvolvimento desta pesquisa. Este estudo teve a intenção de enfrentar estas questões e partiu das seguintes perguntas: a) Por quê a temática da assistência à concepção e os programas de saúde na área da infertilidade tão pouco se desenvolveram ao longo dos últimos vinte e cinco anos, considerando os objetivos do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM e das políticas de saúde e direitos reprodutivos? b) Em que contexto, a assistência à concepção e a abordagem da infertilidade ganharam maior visibilidade na agenda

governamental, expressada pela Portaria 426/2005 que cria a Política Nacional de Assistência Integral em Reprodução Humana Assistida? Que atores contribuíram? Que propostas trouxeram, que visões disputaram e quais foram predominantes? c) Em que medida, o atual debate de uma política na área da reprodução humana assistida no SUS pode apontar no sentido da ampliação da saúde e dos direitos reprodutivos de todas as pessoas em condições de equidade?

Compreender as razões do “silêncio” e/ou do “pouco desenvolvimento”, em torno de certas questões requer uma investigação das dinâmicas de construção das políticas públicas, pois essas são expressões concretas de processos históricos de disputa política, envolvendo inúmeros atores sociais, através dos quais se legitimam certas visões de mundo, agendas públicas e projetos de ação/intervenção (Walt, 2004; Viana, 1996). Por essa razão, os motivos para a difícil formulação da agenda pública visando à assistência à concepção e à infertilidade, inclusive o acesso às tecnologias de reprodução assistida (TRA) são de grande relevância para a saúde pública.

Frente a estas questões, **analisar processos políticos que têm contribuído ou dificultado o desenvolvimento de uma política de atenção em reprodução humana assistida no SUS** foi o principal objetivo do estudo. Esta opção nos fez traçar outros dois objetivos mais específicos que foram: **a) analisar o desenvolvimento da temática da assistência à concepção e à infertilidade na agenda das políticas públicas de saúde no Brasil, partindo do PAISM (1984) até o lançamento da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida (2005); e b) analisar a gênese do debate sobre uma política de atenção em reprodução humana**

assistida no SUS, nos anos correntes, identificando motivações, contexto, atores participantes, visões, interesses, propostas, conflitos, negociações e perspectivas de implementação.

2. Organização da tese

O desenvolvimento desse estudo foi sistematizado em seis capítulos.

No capítulo 1, nossa proposta foi resgatar a trajetória dos debates políticos sobre reprodução e fecundidade no Brasil em três períodos distintos: a) da República até 1960, quando a reprodução e a fecundidade foram instrumentos importantes para a reorganização da sociedade; b) dos anos 1960 a 1980, quando se instauraram no país as políticas de controle da fecundidade e c) anos de 1980 a 2010 – quando o debate sobre os direitos reprodutivos se fez presente.

No capítulo 2, analisamos o desenvolvimento das temáticas da concepção, da infertilidade e da reprodução humana assistida na agenda da saúde pública brasileira. Para isso, foram analisados os principais documentos nacionais e internacionais, relacionados parcial ou integralmente com o campo dos direitos reprodutivos, a partir da década de 1980 quando foi formulado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

No capítulo 3, fizemos um breve histórico do desenvolvimento da reprodução humana assistida no Brasil, a partir de sua entrada pela iniciativa

privada, suas tentativas de regulamentação e construção de legislação nacional.

No capítulo 4, analisamos o desenvolvimento das temáticas da concepção, da infertilidade e da reprodução humana assistida na agenda dos movimentos de mulheres, especialmente movimentos feministas, considerando seus posicionamentos políticos frente a estas temáticas específicas.

No capítulo 5, analisamos o desenvolvimento do tema da atenção em reprodução humana assistida nos anos 2000 e o processo político de construção de uma política específica nesta área.

No capítulo 6, tecemos as nossas considerações finais sobre as potencialidades e limites de desenvolvimento de uma política de atenção em reprodução humana assistida no SUS.

3. Percurso metodológico

Trata-se de um estudo qualitativo, com abordagem das ciências sociais, cuja finalidade foi compreender os processos políticos e institucionais que têm contribuído ou dificultado o processo de desenvolvimento de uma política de atenção integral em reprodução humana no SUS. Nesse estudo, as políticas públicas são entendidas como respostas a determinados temas ou questões que, a partir de demandas, conflitos ou interesses, são legitimados como problemas sociais que merecem intervenção (Viana, 1997). Consideramos, como Walt (2004), que a política de saúde pode ser compreendida através da

análise dos processos e do poder, o que significa, entre outras questões, explorar a interação entre distintos atores sociais e institucionais, nacionais e internacionais, mecanismos de participação política que possibilitam uma maior influência na construção da agenda das políticas públicas de saúde, o contexto socioeconômico, político e cultural que emolduram esses processos.

Nossa proposta foi reconstruir o *campo político* e os *processos políticos* envolvidos no debate sobre reprodução, saúde e direitos no Brasil, em uma perspectiva histórica e contemporânea, dando ênfase ao estatuto do debate sobre atenção em reprodução humana assistida. O conceito de campo político foi inspirado em Bourdieu (1989) e utilizado como uma categoria analítica que se refere a um conjunto historicamente estruturado de relações sociais, resultado de ações e interações entre atores sociais e institucionais em determinados contextos sócio-históricos. A ênfase nos processos de interação e no jogo de conflitos, negociações, oposições e alianças é crucial em nosso esquema teórico-analítico e neste sentido, compartilhamos com Bonan (2002):

“a noção de campo deve nos permitir a análise das hierarquias e hegemonias cambiantes, produto das interações e conflitos entre atores, das conseqüências não premeditadas de suas ações e de contingências. Desse modo, podemos falar de estruturas de relações de poder, capital político e simbólico, e de campo especializado ou sistema social diferenciado sem o risco de reificá-los, e, ademais, apreender o campo social em suas dimensões sincrônicas e diacrônicas” (Bonan, 2002).

a) Fontes da pesquisa e técnicas de coleta de informações

Neste estudo, utilizamos fontes escritas e orais. As fontes escritas foram os documentos oficiais do Estado brasileiro (leis, projetos de lei, resoluções, políticas, portarias ministeriais e de secretarias, manuais técnicos, etc.), documentos de organismos internacionais (ONU, OMS, etc.), produções bibliográficas nacionais e internacionais (meio escrito e meio digital), páginas da *web* de sociedades científicas e organizações da sociedade civil relacionadas com a temática da saúde e dos direitos reprodutivos e mídia escrita e eletrônica. Isso nos proporcionou aprofundar o delineamento do campo político onde esses temas têm sido debatidos e mapear o conjunto de atores sociais e institucionais envolvidos. As fontes orais foram obtidas através das entrevistas semiestruturadas com atores governamentais e não governamentais, considerados por sua relevância no campo político onde se processa o desenvolvimento da temática da reprodução humana assistida. As entrevistas foram baseadas em roteiros temáticos, que funcionaram como guias na demarcação das questões-chaves trabalhadas (Apêndice 1).

Foram entrevistados:

- a) Técnicos do Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção à Saúde (Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica da Saúde da Mulher, Departamento de Atenção Especializada) e Secretaria de Vigilância em Saúde (Departamento de DST/AIDS).

- b) Participantes dos movimentos sociais e organizações não governamentais: organizações não governamentais feministas e redes de pessoas vivendo com HIV/AIDS.
- c) Especialistas em reprodução humana que trabalham no setor público de saúde: profissionais médicos que atuam com RHA nos serviços de saúde do SUS;
- d) Especialistas em reprodução humana que trabalham do setor privado de saúde: profissionais médicos que atuam com RHA nos serviços privados;
- e) Representantes das Sociedades científicas e de especialistas: Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida (SBRA) e Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO).

Aos entrevistados foram solicitadas autorizações para a gravação e transcrição das entrevistas, através da assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido garantindo seu anonimato (Apêndice 2). No desenvolvimento da tese foram identificados somente os atores entrevistados e as entrevistas foram enumeradas sequencialmente, conforme foram sendo realizadas:

TABELA 1: ATORES ENTREVISTADOS E NUMERAÇÃO DAS ENTREVISTAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS)	ENTREVISTA
Departamento de Atenção Especializada (DAE)	nº 1
Área Técnica de Saúde da Mulher (ATSM)	nº 2 e nº 3
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES)	nº 4 e nº 13
Departamento de DST/AIDS	nº 5
REDE DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS	nº 6
ESPECIALISTA EM REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA DO SERVIÇO PÚBLICO	nº 7 e nº 8
SOCIEDADE BRASILEIRA DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA e FEBRASGO	nº 9
ESPECIALISTA EM REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA DO SERVIÇO PRIVADO	nº 10
ATIVISMO FEMINISTA/ ORGANIZAÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS	nº 11 e nº 12

O processo de desenvolvimento do estudo observou os aspectos éticos aplicados à pesquisa em saúde: autonomia, consentimento informado, confidencialidade e bom uso das informações e justiça, conforme determinação da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde.

O projeto de pesquisa foi cadastrado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto Fernandes Figueira/ FIOCRUZ sob o nº FR293887 e aprovado em 15/10/2009.

b) Procedimentos de análise

Os procedimentos de análise foram adotados visando a compreensão dos processos que têm contribuído ou dificultado o desenvolvimento de uma política de atenção integral em reprodução humana no SUS em suas dimensões diacrônicas e sincrônicas, articulando a análise do *campo político* à análise de *processos políticos*, em uma perspectiva sócio-histórica. Nesse sentido, tomando como ponto de partida algumas ferramentas analíticas inspiradas em Walt (2004) foi desenhado um quadro analítico para uma aproximação do objeto de estudo em suas múltiplas dimensões:

- Estruturas de oportunidades de distintos contextos sociopolíticos nacionais e internacionais, ao longo das últimas três décadas, para o desenvolvimento do debate e das políticas no âmbito da saúde e dos direitos reprodutivos e, especificamente, da reprodução humana assistida.
- Atores participantes do debate político, sua natureza institucional, suas formas de organização, suas agendas, seus projetos prioritários e estratégias.
- Marcos de sentido, campos ideológicos e trajetórias discursivas dos distintos atores participantes, nos distintos contextos.
- Locais/espços do debate político e o uso privilegiado destes espaços pelos diferentes atores (organismos ministeriais, outros setores do Executivo, Legislativo, Judiciário, instâncias de controle social, mídia, partidos políticos, universidades e instituições de pesquisa, sociedades

profissionais, organismos e fóruns internacionais, espaços próprios da sociedade civil como redes associativas, etc);

- Qualidade/natureza das interações entre os diferentes atores participantes em distintos contextos: conflitos e negociações, alianças e oposições, distanciamentos e aproximações e colaborações técnico-políticas;
- Institucionalidades construídas no campo da saúde reprodutiva e dos direitos reprodutivos (leis, normas, instituições, políticas, programas, serviços, etc) e o *status* da questão da reprodução humana assistida.

Conforme aponta Bourdieu (1989) com o objetivo de pensar relacionalmente as questões inerentes ao objeto de estudo fizemos com que os vários componentes analisados fossem processados segundo um quadro definitivo de questões políticas e institucionais que têm desempenhado um papel no itinerário de legitimação da questão da atenção em reprodução humana assistida na agenda das políticas de saúde no Brasil.

4. Pressupostos e questões teórico-analíticas do estudo

A pesquisa aqui apresentada partiu de alguns pressupostos que orientaram a composição do quadro de questões teóricas e analíticas do estudo.

Em primeiro lugar, as temáticas da concepção e da infertilidade pareciam ter sido negligenciadas pelos principais atores que impulsionaram o PAISM, em destaque os movimentos de mulheres e o movimento de reforma sanitária. Sob a égide dos princípios dos direitos e da integralidade, a agenda do PAISM, inicialmente mais concentrada nas questões relacionadas à gravidez, ao parto e à contracepção, desdobrou-se em outras áreas da atenção, como câncer de colo uterino e de mama, violência doméstica e sexual, atenção humanizada ao aborto, HIV/AIDS, entre outras questões. Outro provável motivo do silêncio que envolveu os temas da concepção e da infertilidade parecia estar relacionado com a rejeição à prescrição cultural e social da “maternidade obrigatória”.

Em que pese a crescente participação dos movimentos sociais no contexto da formulação de políticas públicas no SUS, perguntávamos em que medida os movimentos de mulheres, AIDS e LGBT teriam participado das disputas políticas e negociações inerentes ao processo de formulação de uma política na área da atenção em reprodução humana assistida. Além disso, indagávamos se as reflexões teóricas acerca da utilização das tecnologias de reprodução assistida produzidas pelas ciências sociais, pela saúde coletiva e bioética teriam tido ressonância nestes debates. Da mesma forma, perguntávamos o interesse efetivo de certos atores na formulação desta política específica como indústria farmacêutica e de equipamentos, pesquisadores da biomedicina e especialistas em Reprodução Humana (RH), o próprio MS, outros setores governamentais e a mídia.

Em segundo lugar, questionávamos até que ponto a recrudescência do pensamento neomalthusiano² entre planejadores, gestores e profissionais de saúde do SUS estaria desvalorizando os direitos reprodutivos de pessoas desfavorecidas economicamente, ou mesmo alimentando a defesa do controle da natalidade como solução para problemas sociais, vide discursos de certas autoridades.

Em terceiro lugar, como se sabe, a infertilidade, nas tradições judaico-cristãs, tem sido um tema tabu e organizar-se como sujeito que reivindica direitos e expõe suas necessidades nessa esfera pode significar enfrentar estereótipos e preconceitos. A infertilidade traz implicações para as pessoas em diferentes contextos sociais e aspectos da vida. No Brasil, muito recentemente passou a ser valorizada como um problema de saúde ganhando maior visibilidade para os formuladores de políticas públicas. Um possível fator para o atraso dessa discussão está relacionado às suas representações culturais, já que múltiplas dimensões estão envolvidas³.

² Os neomalthusianos se inspiraram no pensamento do inglês Thomas Malthus que, em 1798, publicou o livro *The Essay on Principles of Population*, alertando para a fome como consequência do desequilíbrio entre o crescimento da população e a produção de alimentos. Para os neomalthusianos o controle da natalidade com a utilização de tecnologias contraceptivas seria a melhor forma de diminuir a pobreza nesses países com altas taxas de crescimento demográfico.

³ Desde o Antigo Testamento a ausência de filhos é temida e descrita como extremamente negativa para as mulheres. Neuenfeldt (2007) mostra como os textos bíblicos e, principalmente, suas interpretações tornaram fundantes as concepções de sexualidade atrelada à procriação e da fertilidade como benção divina. Há uma motivação social junto ao desejo de homens e mulheres em procriar relacionada ao status social que a descendência proporciona. Del Priore (1993) aponta que desde o século XVI, a preocupação quanto à capacidade de gerar filhos estava representada não só em textos teológicos, mas também na literatura e textos médicos. A autora mostra que no Brasil Colônia, a medicina, na impossibilidade de uma compreensão mais científica do corpo feminino, avaliava a capacidade de fecundação “*pelos ciclos cósmicos e a presença de um aparelho 'a madre', absolutamente imprevisível: ora adormecida, ora ativa como um vulcão.*” (p.173) As explicações médicas para a esterilidade faziam-se impregnadas de magias e várias receitas e práticas eram utilizadas na tentativa de enfrentamento deste mal que estigmatizava a mulher na sociedade, e colocava em risco os projetos de colonização e desenvolvimento.

Com o avanço das ciências modernas, especialmente da biologia e da fisiologia, entre os séculos XIX e XX, a medicina desenvolveu uma nova compreensão do fenômeno da fecundação, mas a atividade reprodutiva continuou representada culturalmente como sendo uma necessidade intrínseca à mulher. Para Badinter (1985), a própria construção social e cultural da idéia do amor materno instintivo, como algo inerente à natureza feminina, foi em grande parte produto das novas verdades médicas. Na atualidade, a maternidade continua sendo entendida como um projeto de muitas mulheres, mas não de todas, o que demonstra uma certa relativização dos projetos de vida e compreensão da diversidade humana. No entanto, para algumas mulheres que a desejam e não conseguem exercê-la ainda prevalecem sentimentos de inferioridade, tristeza e falta de plenitude (Trindade e Enumo, 2002), o que pode manter a infertilidade como tabu e estigma, ocultando necessidades e evidências de que é um problema que envolve o direito à saúde.

Considerou-se, nesse estudo, que as dificuldades para a formulação de uma política de atenção em reprodução humana assistida no SUS poderiam estar relacionadas ao difícil debate em torno da efetivação dos direitos reprodutivos. A institucionalização desses direitos e sua implementação exige não somente uma discussão mais ampla e o surgimento de políticas, serviços, práticas e abordagens, como também precisa ser parte integrante de um contexto político e econômico de enfrentamento das desigualdades sociais que, definitivamente, restringem direitos e impossibilitam o exercício da cidadania.

Os direitos reprodutivos têm sido definidos normativamente nos documentos internacionais e nacionais. Na Plataforma de Ação de Cairo, em 1994, eles se pautaram no direito dos indivíduos decidirem livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de fazê-lo. Esta definição deslocou a questão da reprodução humana das discussões geopolíticas, demográficas e de crescimento econômico e as assentou na perspectiva dos direitos humanos e do direito à saúde. Os direitos reprodutivos foram definidos em oposição a qualquer intervenção de caráter coercitivo na esfera reprodutiva, seja para o controle ou imposição da natalidade.

Os direitos reprodutivos adquiriram uma expressão normativa no Brasil com a Lei nº 9.263/96 (Lei do Planejamento Familiar). Ela definiu o planejamento familiar “como um conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal”, ou seja, referiu-se a um conjunto de ações destinadas a homens e mulheres e não se restringiu à contracepção. Incluiu em seu conteúdo também a assistência à concepção, o que implicaria na obrigação do Estado de disponibilizar o tratamento da infertilidade, inclusive o acesso às técnicas de reprodução assistida no SUS. No entanto, a liberdade de escolha para definir a oportunidade de ter filhos, de ter informações e os meios de fazê-lo precisaria ser mais problematizada. Muitas pessoas não têm oportunidade de levar a cabo suas decisões reprodutivas seja por questões econômicas, sociais ou culturais.

É bom lembrar, que a sociedade tem muito que avançar nesse sentido.

Correa e Petchesky (1996) trouxeram contribuições importantes para a definição dos direitos reprodutivos. Para essas autoras os direitos reprodutivos devem ser concebidos em termos de *poder* e *recursos*. No primeiro sentido, significa ter poder para tomar decisões informadas sobre a própria fecundidade, ter ou não ter filhos, quando e como, e também decidir sobre a própria vida sexual. No segundo sentido, ter acesso a recursos materiais, técnicos, educacionais, simbólicos e políticos para levar a cabo as próprias decisões de maneira segura e efetiva. Dessa forma, as autoras formularam um conjunto de princípios éticos que deveriam reger a construção normativo-jurídica, política, institucional e cultural dos direitos sexuais e reprodutivos. São eles: princípio da integridade corporal; princípio da autodeterminação e autonomia pessoal; princípio da igualdade e princípio da diversidade. Respeitar esses princípios significa compreendê-los de forma relacional.

No que tange ao princípio da integridade corporal, temos que pensar como equacionar esse princípio já que as técnicas de reprodução assistida têm sido bastante intervencionistas no corpo feminino, fato que foi contextualizado nos primeiros estudos socioantropológicos sobre a RA, diante das práticas com graus de iatrogenidade importantes. Tanto as mulheres quanto os profissionais tendem a sublimar os riscos ou tornar de menor importância as consequências dos procedimentos e das técnicas em nome do desejo por filhos. A utilização do termo de consentimento livre e esclarecido é importante, mas pode minimizar a discussão e não garante o entendimento das mulheres na compreensão sobre os riscos e possibilidades de insucesso, fato não raro nos procedimentos.

Em relação ao princípio da autodeterminação e autonomia pessoal, as pessoas precisam ser respeitadas em suas escolhas reprodutivas, independente de sua inserção social, econômica, cultural, seja qual for a sua condição e arranjo familiar. Por isso a ausência involuntária de filhos e a fecundidade dos pobres precisam ser compreendidas e acatadas como direitos reprodutivos e demandas para a agenda das políticas públicas.

O princípio da igualdade, que inclui o acesso aos bens sociais e materiais, a igualdade de oportunidades, de poder e de recursos para tomar decisões reprodutivas é, sem dúvida, um ideal a ser conquistado. Na atualidade, as respostas governamentais a determinados problemas e demandas de grupos específicos no campo dos direitos reprodutivos revelam que é árduo o caminho para a concretização desse princípio. São escassos os serviços de atenção à concepção e à infertilidade o que prejudica a igualdade no acesso no SUS, nas diferentes regiões do país.

O princípio da diversidade significa, seja qual for a forma assumida pelo direito, respeitar as diferenças em um tempo, sentido de pertencimento ou experiências singulares entre as pessoas valores, a cultura, estilos e opções de vida. Significa, portanto, respeitar e reconhecer as necessidades e demandas das pessoas no campo da saúde sexual e reprodutiva, incluindo, por exemplo, o acesso aos meios e recursos das tecnologias reprodutivas conceptivas e contraceptivas.

Em quarto lugar, diz respeito à reprodução de normas sexuais, de gênero, normas de procriação biológica e de formação tradicional de família. Apesar do Brasil se constituir um Estado democrático de direito, sofre pressão

de grupos religiosos nos debates políticos, nos poderes judiciário e legislativo e outros espaços públicos, a fim de fazer valer suas convicções e crenças. Os direitos sexuais e reprodutivos são permanentemente visados por bancadas religiosas que imprimem seu conservadorismo moral e religioso na elaboração e aplicação das leis. A formulação de políticas públicas no campo dos direitos sexuais e reprodutivos também sofre a interferência desses grupos. Políticas de saúde na área da reprodução humana podem reforçar normas de gênero e reproduzir modelos tradicionais de formação de famílias biparentais e de matriz heterossexual, restringir direitos individuais e levar à perpetuação de desigualdades sociais.

E por fim, as necessidades de saúde não podem ser apreendidas numa perspectiva essencialmente biológica. Mattos (2003) chama a atenção para o fato de que formuladores de políticas não podem ter uma apreensão das necessidades de saúde da população exclusivamente através de indicadores epidemiológicos. As necessidades de saúde relacionadas à infertilidade, por exemplo, não são passíveis de serem medidas por estes indicadores, pois no Brasil não se conhece ao certo sua magnitude. No entanto, nem por isso devem ser negligenciadas. Da mesma forma, as necessidades de saúde relacionadas à atenção em reprodução humana assistida não podem ser exclusivas dos grupos que tem condições medicamente definidas, como inférteis e portadores de doenças infecto-contagiosas e genéticas. A apreensão ampliada das necessidades de saúde de determinados sujeitos poderia estender a oferta dessa atenção para outros grupos que também necessitam dessa atenção quando desejam filhos biológicos. São pessoas não

necessariamente inférteis (no sentido biomédico), mas que não podem se reproduzir pelas vias sexuais tradicionais, como pessoas sozinhas e homossexuais.

- **Questões teórico-conceituais acerca das noções de infertilidade e reprodução humana assistida: um balanço da literatura brasileira**

No Brasil, a partir de meados dos 90, as ciências sociais, a saúde coletiva e a bioética feminista têm produzido importantes contribuições teóricas sobre a reprodução humana e o impacto das novas tecnologias reprodutivas neste âmbito da vida⁴. Estes estudos tem focado as diversas dimensões implícitas no uso das tecnologias de reprodução assistida na vida, tais como: normas de gênero, normas reprodutivas, padrões tradicionais de formação de famílias e novas configurações de filiação e parentesco, representações sociais sobre infertilidade, questões relacionadas aos riscos dos procedimentos à saúde da mulher e das crianças (iatrogenia), eugenia e personificação do embrião. A partir dos anos 2000, as questões éticas e legais relacionadas às técnicas de reprodução assistida tem sido objeto de investigação da área do Direito⁵, o que reflete os desdobramentos sociojurídicos do desenvolvimento do campo científico-tecnológico da reprodução assistida.

4 Destacamos as produções de Corrêa (1997), Rotania (1998), Barbosa (1999) Diniz e Guilhem (2000), Luna (2000 e 2004), Diniz (2002;2005), Tamanini (2003), Ramírez-Gálvez (2003) e mais recentemente Vargas (2006), Costa (2008) e Alfano (2009).

⁵ Na ocasião da qualificação do projeto da tese foi feita uma revisão bibliográfica no Banco de Teses da CAPES que nos possibilitou fazer um levantamento das áreas do conhecimento e o enfoque das produções no período de 1997 a 2007. Observa-se que a área do Direito tem aumentado a sua produção sobre as questões éticas e legais relacionadas às tecnologias de reprodução humana assistida.

Antes do desenvolvimento destas técnicas a infertilidade tinha pouca visibilidade como problema de saúde e objeto de estudo de disciplinas não biomédicas, especialmente aquelas com abordagem socioantropológicas. Com a expansão do tema da reprodução assistida pela mídia, a questão da infertilidade, medicamente definida, ganhou visibilidade constituindo-se como o critério por excelência de acesso a essas tecnologias. O casal infértil surgiu como categoria a serviço da institucionalização da medicina reprodutiva, diante de outras especialidades médicas, e as técnicas foram marcadamente destinadas para os casais heterossexuais e em situação de conjugalidade (Correa, 2001; Luna, 2004; Diniz e Costa, 2006).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta que a infertilidade é um problema vivido por 8% a 15% dos casais.

A noção biomédica da infertilidade sofreu modificações ao longo do desenvolvimento dessa tese. A infertilidade até recentemente era definida pela OMS como uma condição caracterizada pela incapacidade de um casal para alcançar a concepção ou levar uma concepção a termo após um ano ou mais de relações sexuais regulares, sem proteção contraceptiva. Em 2009, o Comitê Internacional para Monitoração da Tecnologia Reprodutiva Assistida (ICMART) e a OMS divulgaram o novo Glossário revisado da Terminologia das Técnicas de Reprodução Assistida (TRA)⁶. Nesta nova terminologia, a definição clínica de infertilidade passa a ser “doença do sistema reprodutivo definida pela falha de se obter gravidez clínica após 12 meses ou mais de coito regular desprotegido”. A mudança aparentemente sutil de terminologia transforma algo que era uma condição em uma doença e garante o *status* de patologia que

⁶ O referido glossário foi traduzido e publicado pela Red Latinoamericana de Reproducción Asistida em 2010. Disponível em www.redlara.com

deve ser tratada ou mesmo “compensada” pelas tecnologias de alta complexidade, reforçando-se a importância da busca por causas medicamente definidas. O reconhecimento da infertilidade como doença tem um significado ambíguo. Ao mesmo tempo em que deu mais legitimidade a um problema até então estigmatizado e pouco valorizado no campo da saúde pública, reforçou a qualificação de quem deve ser beneficiado pelas tecnologias de reprodução assistida.

Outras noções de infertilidade, no entanto, se fazem presentes no campo da sociologia e da antropologia. O uso da noção de infertilidade, entendendo-a simplesmente como uma ausência de filhos por motivos indesejados tem sido utilizado em diversas situações onde não há necessariamente uma condição medicamente definida, mas há impedimentos para a procriação por vias tradicionais. Alguns autores, no entanto, propõem que a noção de infecundidade poderia discriminar melhor, as situações de ausência de filhos voluntária ou involuntária (Becker, 1992; 1994; Corrêa, 1997; Diniz e Costa, 2006). Quando voluntária a infecundidade é parte de um projeto pessoal e não se expressa como problema biomédico, apesar de muitas vezes ser questionada diante das normas culturais hegemônicas de constituição nuclear de família (pai, mãe e filhos) em nossa sociedade. A infecundidade involuntária nem sempre está relacionada a restrições clínicas de fertilidade e por isso não deve ser tratada como sinônimo de infertilidade. Encontram-se pessoas infecundas por razões não biomédicas, como homossexuais e pessoas sozinhas que não querem o intercuro sexual com o objetivo de se reproduzirem e por essa razão, poderiam ser beneficiadas pelas tecnologias de RA, caso houvesse o desejo por filhos.

As tecnologias de reprodução assistida são compreendidas, nesse estudo, como um importante recurso para a efetivação dos direitos reprodutivos. Elas apresentam um grande potencial de atender a necessidades diferenciadas diante da ausência involuntária de filhos. Neste sentido, podem significar um instrumento a favor da transformação das relações sociais, legitimando novos arranjos familiares, de filiação e parentesco.

A TRA é uma terminologia médica, definida pela OMS⁷ e que engloba “todos os tratamentos ou procedimentos que incluem a manipulação *in vitro* tanto dos oócitos humanos quanto dos espermatozóides, ou embriões, com o propósito de se estabelecer uma gravidez”. Esta terminologia ainda inclui, mas não se limita à fertilização *in vitro* com transferência de embriões, a transferência intratubária de gametas, a transferência intratubária de zigotos, a transferência intratubária de embriões, a criopreservação de gametas e embriões, a doação de oócitos e embriões e a cessão temporária de útero. A TRA não inclui a inseminação assistida (inseminação artificial) utilizando espermatozóides, sejam do parceiro da mulher ou de um doador.

O termo Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas (NTRS), por sua vez, é utilizado por estudiosos das Ciências Sociais e da Saúde Coletiva e expressa o campo multidimensional que envolve as tecnologias de reprodução assistida.

A atenção em reprodução humana assistida (RHA) foi compreendida nesse estudo como o conjunto de ações de saúde articuladas de promoção,

⁷Definição do novo Glossário revisado da Terminologia das Técnicas de Reprodução Assistida (TRA) divulgado pelo Comitê Internacional para Monitoração da Tecnologia Reprodutiva Assistida (ICMART) e a OMS.

prevenção e assistência especializada que devem ser implementadas em função da concepção de pessoas e da abordagem da infertilidade humana.

Capítulo 1

Trajectoria dos debates políticos sobre reprodução e fecundidade no Brasil

1.1 Da República até 1960 – a reprodução e a fecundidade como instrumentos de reorganização da sociedade

A medicina higiênica teve grande importância na transformação dos valores e reorganização da sociedade brasileira na passagem do século XIX para o século XX. Através de um discurso normalizador e disciplinar, a racionalidade médica higienista teve como proposta cuidar da população, educando e ensinando novos hábitos e estilos de vida, diante dos altos índices de mortalidade infantil e das precárias condições de saúde dos adultos. Para isso, sustentou-se nas idéias do evolucionismo darwiniano, do positivismo e do conhecimento médico em ascensão para mostrar que a organização da vida social moderna no âmbito dos espaços públicos e domésticos seria a base para o alcance da civilização de uma sociedade industrial emergente que deveria crescer quantitativa e qualitativamente. A ação do Estado esteve focada nas medidas ordenadoras da vida social, salubridade, fiscalização das habitações populares, da venda de alimentos e de bebidas alcoólicas e, logicamente das epidemias (Scorel *et al* 2008).

A regulação das práticas sexuais que no período colonial fora marcada pelos preceitos do catolicismo, ou seja, com fins à reprodução, passou a ser pautada pela preocupação com a “falta sexual” no casamento, que não favorecia a perpetuação da prole e hereditariedade (Costa,1983). O sexo continuou tendo seu lugar privilegiado no casamento e, por essa razão, este se

constituiu como uma instituição higiênica voltada para a defesa da raça e do Estado nacional. A proteção da prole representava a promessa futura de desenvolvimento e soberania do país, agora republicano. Neste contexto a reprodução (no casamento) seria antes de tudo um ato higiênico, pois a saúde do futuro concepto não dependeria apenas do tratamento recebido após o nascimento. Ela estava condicionada à saúde dos pais que deveriam ser fortes, dotados de boa saúde e boa constituição moral (Costa, 1983).

No campo da saúde, não só os higienistas iriam atuar com ênfase na administração da vida privada, como também os ginecologistas e obstetras ocupariam um lugar privilegiado na vida das mulheres. Através dos conhecimentos científicos inicialmente trazidos dos centros europeus, estes especialistas contribuíram para a compreensão moderna da diferenciação sexual feminina e suas singularidades, como o fenômeno da menstruação, puberdade, ovulação e maternidade, e reforçaram os discursos normativos que levariam à demarcação política dos espaços que as mulheres deveriam ocupar em sociedade (Martins, 2004). A maternidade passaria a ser, portanto, a função política mais importante das mulheres. Evitar a gravidez ou praticar o aborto era atitude condenável diante da natureza feminina biológica e social.

A esterilidade, até então, não era bem compreendida pela medicina. Sua interpretação desde o período colonial guardava elementos religiosos: a presença da “impureza moral ou física” na vida conjugal, levando à estigmatização daquelas que não conseguiam procriar. Seu enfrentamento envolvia a prescrição de receitas mágicas e fórmulas caseiras na tentativa de vencer este mal misterioso (Del Priore, 1993).

Enfim, as formas de regulação social da sexualidade e da reprodução no limiar do Brasil república estiveram intimamente relacionadas aos projetos de construção nacional e ordenamento da população. Era fundamental para o desenvolvimento social e econômico do país a formação de uma sociedade mais afinada com os projetos da burguesia em ascensão, ou seja, mais “educada” e mais “limpa” e também mais numerosa para ocupar território e alavancar o desenvolvimento econômico. Além disso, havia a preocupação com o alto índice de mortalidade infantil e condições de saúde dos adultos. A população tinha como característica a forte presença de ex-escravos e posteriormente, imigrantes estrangeiros que eram atraídos por novas oportunidades de trabalho. Mais tarde, o êxodo da população rural também provocaria um aumento populacional nas cidades que foram consolidando-se num processo de urbanização crescente (Alves, 2004).

A partir da década de 30, as medidas governamentais da era getulista⁸ realizadas na esfera do trabalho e da previdência social promoveram direitos políticos e sociais e mudanças na organização do processo de trabalho, que também incidiram sobre a dinâmica da natalidade e do crescimento demográfico. Tudo isso, reforçou a tese de que houve um projeto pró-natalista no governo de Getúlio Vargas. Com essa mesma intenção, também houve mudanças legislativas para proibir os médicos de impedir a concepção e favorecer a interrupção da gravidez⁹.

⁸Alves (2004) refere que no primeiro governo de Vargas (1930-1945) foram implantadas políticas sociais que, de forma intencional ou não, tiveram efeitos pró-natalistas e que posteriormente, foram reforçadas por uma legislação explicitamente anticontrolista

⁹ Esta afirmação refere-se ao Art.16, alínea f do Decreto Federal nº. 20.291, de 11 de janeiro de 1932.

“É vedado ao médico: f) dar-se a práticas que tenham por fim impedir a concepção ou interromper a gestação, só sendo admitida a provocação do aborto e o parto prematuro, uma vez verificada, por junta médica, sua necessidade terapêutica”

No final da metade do século XX, continuava a política de fortalecimento das classes trabalhadoras. A saúde pública estava mais estruturada e voltava-se principalmente para a erradicação de doenças infectocontagiosas e epidêmicas. A assistência médica previdenciária (de caráter individual) tinha como objetivo atender aos trabalhadores formais acometidos por doenças que lhes impediam de trabalhar. Tanto a saúde pública quanto a assistência médica previdenciária tinham projetos de ação inspirados nos paradigmas higienistas e maternalistas, e apoiavam o crescimento de uma sociedade industrial saudável e produtiva.

1.2 Os anos 1960 a 1980 – O “problema demográfico” e as políticas do controle da fecundidade

Após a Segunda Guerra Mundial, configurou-se uma nova ordem internacional polarizada em dois blocos: de um lado os Estados Unidos e seus aliados da Europa ocidental e de outro o bloco soviético (União das Repúblicas Socialistas Soviéticas e o Leste Europeu). Consolidou-se a chamada Guerra Fria, período histórico que trouxe a necessidade de novas intervenções na dinâmica populacional em face dos interesses capitalistas que, para isso, utilizaram estratégias relacionadas à ajuda e às alianças com os países do chamado Terceiro Mundo. No mundo todo emergiu o alerta sobre a “explosão demográfica”, principalmente nas décadas de 50 e 60, quando se constatou que a população mundial havia saltado de 1,7 bilhão para 2,5 bilhões, entre 1900 e 1950 (Berquó, 1993). Os paradigmas que anteriormente haviam inspirado as políticas de população dos Estados nacionais – higienistas, maternalistas, eugenistas, etc declinaram em favor de um novo paradigma que

se convencionou chamar de neomalthusiano. A partir daí tivemos a formulação de políticas de controle de aumento populacional de alcance global, debatidas em instâncias supranacionais e implementadas nos países pobres com forte participação de organismos internacionais. Surgiram recursos, fundações, institutos e organismos internacionais dedicados, explicitamente, cada qual à sua maneira, a combater a ameaça do rápido crescimento demográfico gerando uma cruzada global a favor da redução da fecundidade¹⁰ (Martine, 2005).

Nos países subdesenvolvidos as políticas internacionais de controle da natalidade foram apresentadas como políticas de “planejamento familiar” ou “paternidade responsável” e foram financiadas por fundos públicos e privados, norte-americanos e europeus. Os programas das agências internacionais¹¹ de planejamento familiar consistiram, basicamente, em ações de distribuição maciça de métodos contraceptivos artificiais entre mulheres em idade fértil (pílulas, DIU, diafragmas etc.) – principalmente entre aquelas de classes menos favorecidas que não poderiam obtê-los com recursos próprios – e na prática sistemática de esterilização cirúrgica de mulheres.

Na primeira metade do século XX devido à concomitância de duas características em sua dinâmica demográfica, o Brasil havia aumentado consideravelmente a sua população¹². Por um lado começava a apresentar um

¹⁰ A preocupação neomalthusiana com o crescimento demográfico originou a rápida expansão dos estudos de população no mundo inteiro, a partir da década de 60. Para um aprofundamento sobre a influência das agências internacionais na evolução dos estudos populacionais no Brasil, ver Martine (2005)

¹¹ Entre as agências financiadoras mais atuantes, destacam-se a United States Agency for International Development (Usaid), organismos das Nações Unidas (Fnuap, Unicef etc), Population Council e fundações privadas como a Ford e Rockefeller. (Martine, 2005)

¹² O comportamento reprodutivo da família brasileira até meados dos anos 40 se caracterizava por uma concepção de família numerosa, típica de sociedades agrárias e precariamente urbanizadas e industrializadas (IBGE, 2009).

declínio nos níveis de mortalidade relacionado a vários fatores, entre os quais: o avanço da indústria químico-farmacêutica favorecendo a produção de antibióticos fundamentais para o enfrentamento de doenças infecto-contagiosas; a infraestrutura das cidades, o impulso dado à saúde pública, à previdência social e à regulamentação do trabalho (IBGE, 2009). Por outro lado, a natalidade mantinha-se elevada fazendo com que em 1950 o país apresentasse a maior diferença entre os níveis de natalidade e mortalidade e um crescimento demográfico de cerca de 3,0% ao ano. (IBGE, 2009).

Dentro deste contexto, as primeiras ações controlistas se difundiram no Brasil, em meados dos anos 60, mesmo período de instalação do regime militar. Através de redes de entidades privadas e beneficentes, em convênios com centros universitários ligados às cátedras de ginecologia e obstetrícia e prefeituras de cidades do interior, foram se expandindo sem maiores dificuldades. As agências internacionais de controle demográfico não encontraram obstáculos diante da posição ambígua dos governos militares em relação à regulação da fecundidade e regulamentação/fiscalização dos programas promovidos por estas entidades. Não havia um consenso entre os militares sobre a temática da população, entretanto predominava uma visão muito particular sobre crescimento demográfico, qual seja que o tamanho da população era importante para a ocupação do país e para a segurança nacional. Um país grande, em território e população, seria um país também mais forte do ponto de vista político e militar (Paiva e Wajnman, 2005). Todavia, os militares não assumiram o planejamento familiar no rol das políticas públicas até meados dos anos 70, facilitando com isso a propagação das ações controlistas no país.

De 1960 até meados dos anos 70, foram fundadas as principais entidades privadas de planejamento familiar no país: a Sociedade Civil Bem-estar Familiar no Brasil (BEMFAM)¹³, em 1965 e o Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e à Criança (CPAIMC), em 1975. Ambas atuaram fortemente em todo o território nacional, através de ações assistenciais e treinamento de profissionais vinculados ao ensino da medicina e da enfermagem (Fonseca Sobrinho, 1993). Ainda assim, os programas internacionais de controle demográfico não passaram imunes a críticas e foram alvos de intensos conflitos políticos e de denúncias de abusos. No mesmo período de atuação destas entidades outros atores assumiram posições anticontrolistas, por motivos diferentes e por essa razão não conseguiram ter um projeto comum de enfrentamento da questão: a Igreja Católica – com seus argumentos morais e doutrinários – mantinha a sua posição pró-natalista e de regulação da sexualidade para fins da procriação; intelectuais nacionalistas de esquerda e direita, grupos de esquerda de resistência à ditadura e setores médicos de esquerda, ligados ao movimento de reforma sanitária também assumiram uma posição anticontrolista, motivadas por questões políticas: necessidade de ocupação do território para a soberania nacional; avanço imperialista dos países desenvolvidos e projeto político de um novo modelo de atenção à saúde universal que atendesse tanto necessidades individuais quanto coletivas.

Ainda nos anos 70, sob o regime militar, mediante um cenário de indicadores sanitários materno-infantis (mortalidade materno-infantil,

¹³A BEMFAM foi fundada por médicos e pesquisadores durante a XV Jornada Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia. Esta jornada estabeleceu como desafios prioritários dos ginecologistas e obstetras o combate ao “aborto criminoso” e à “excessiva taxa de crescimento da população” (Fonseca Sobrinho, 1993).

complicações por aborto, desnutrição materna, etc.), o Ministério da Saúde incorporou algumas atividades de planejamento familiar (com o nome de paternidade responsável) no Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI) e, em 1977, elaborou o Programa de Prevenção de Gravidez de Alto Risco (PPGAR). Este último recebeu críticas, principalmente dos movimentos sociais que o identificava como programa de cunho controlista, já que entre os chamados critérios de identificação de risco encontravam-se as populações pobres e negras ¹⁴ (Costa, 1996). Ainda assim, a ambiguidade dos militares permanecia em seus discursos e atitudes. Em 1971, o governo Médici havia concedido à Bemfam o estatuto de entidade de utilidade pública, o que dava margem a especulações sobre seu posicionamento em relação às ações controlistas. No entanto, em 1974, a posição do governo brasileiro na I Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, ocorrida em Bucareste, abriu espaço para a incorporação do planejamento familiar no rol das políticas públicas, através de um discurso que declarava o direito de decisão das famílias sobre o tamanho de suas proles e o dever do Estado de garantir recursos para o controle da fecundidade. Por outro lado, os militares reafirmaram a importância do crescimento populacional para o desenvolvimento e a ocupação do território brasileiro (Baltar, 1988). Além disso, neste período os militares se abriram ao processo mundial de incremento do capital estrangeiro trazendo para o setor saúde a expansão das indústrias químicas, farmacêuticas e de equipamentos médicos, levando à priorização dos atos curativos (em detrimento dos preventivos); à valorização da especialidade médica, dos centros hospitalares e ao consequente aumento

¹⁴ O PSMI inspirava-se nas recomendações da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Foi um programa restrito ao período gravídico-puerperal da mulher e pautava-se pela estratégia da intervenção priorizada a grupos de risco ou situações de vulnerabilidade (Costa, 1996).

da utilização de insumos, equipamentos e fármacos modernos, contraceptivos inclusive.

Nos anos 70, intensificou-se a luta pela retomada das liberdades democráticas e vários grupos ativistas emergentes no país (mulheres, negros, profissionais de saúde, reforma da saúde, esquerda, novo sindicalismo) fizeram oposição à perspectiva de controle demográfico, assim como reivindicaram o direito à saúde e a reorganização do sistema de saúde, com base nos princípios da universalidade, equidade, integralidade e participação da sociedade (Mattos, 2001; Bonan *et al*, 2007).

1.3 Os anos de 1980 a 2010 – o debate sobre os direitos reprodutivos em pauta.

Em meio à crise econômica mundial, a década de 80 marcou a transição democrática no Brasil. Neste período, projetos de controle populacional encontraram maior resistência por parte dos movimentos pela liberdade democrática, porém encontraram em setores parlamentares apoio aos seus projetos antinatalistas e mantiveram estratégias para continuar colocando em prática suas ações.¹⁵

Em 1983, num contexto político de expansão de direitos, a equipe da Divisão de Saúde Materno-Infantil (DISAMI) do Ministério da Saúde, formada por participantes do movimento sanitário e movimento feminista, assumiu a

¹⁵Bonan(2002) ressalta a formação, em 1981, do Grupo de Parlamentares para Estudos de População e Desenvolvimento (GPEPD), com a colaboração técnica, política e administrativa da Bemfam. Este grupo apresentou inúmeros projetos de lei no sentido de fomentar a redução da natalidade, desde aqueles que previam a distribuição gratuita e ampla de anticoncepcionais às populações carentes e a esterilização cirúrgica voluntária, até um projeto de lei de 1985, que estabelecia uma política nacional de população com fixação de taxas de aumento e diminuição da natalidade. Este é um exemplo claro da coexistência de vários enfoques no país.

tarefa de formular uma proposta avançada que foi denominada de Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Este programa, publicado em 1984, teve como proposta romper com a visão restritiva de saúde da mulher atrelada ao período gravídico-puerperal para contemplar a saúde da mulher em todas as fases de sua vida. Deveria ser desenvolvido pela rede pública e conveniada de saúde, ajustando-se às necessidades e especificidades epidemiológicas e às prioridades de cada município e sua base populacional (Costa,1999).

No plano institucional, o PAISM foi a primeira política pública a incorporar princípios que vinham sendo formulados pelo movimento de reforma sanitária (integralidade, equidade e direito à saúde), daí o seu pioneirismo. Através do PAISM, pela primeira vez o governo brasileiro se posicionava oficialmente sobre o planejamento familiar, rejeitando a perspectiva do controle demográfico e do exercício da sexualidade atrelado à reprodução. O planejamento familiar enfatizava a atenção à concepção (com a abordagem da infertilidade) e à contracepção de forma livre e consciente. Por essa razão, o programa destacava o papel fundamental das ações educativas e a necessária mudança das relações entre os profissionais de saúde e as mulheres que deveriam ser vistas como sujeitos e não objetos da ação profissional.

“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. Para que esse direito possa ser efetivamente exercido, é necessário que os indivíduos tenham conhecimento das possibilidades de influir no ritmo da procriação e tenham acesso às informações e aos meios para que possam intervir, se assim o desejarem, para separar o exercício da sexualidade, da função reprodutiva e, em consequência, exercer em plenitude o planejamento de sua prole, objetivo complexo, porém de alcance possível com a implantação e firme execução da proposta de

assistência integral à saúde da mulher e o apoio desejado de todos os segmentos da sociedade. Ao planejamento familiar deve ser atribuído, portanto o lugar adequado no contexto das ações de saúde, não devendo ser encarado como solução dos problemas sociais e econômicos e nem ter ignorada a sua inegável interface com o setor saúde". Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática, MS, 1984, pág. 15.

O PAISM apontava que para a efetivação do princípio da integralidade as políticas voltadas para a saúde da população feminina deveriam contemplar outras necessidades (não somente relacionadas à saúde reprodutiva), articulando ações de promoção, prevenção, cura e recuperação da saúde. Essas primeiras noções de integralidade farão do PAISM uma política exemplar. Suas diretrizes gerais e objetivos programáticos expressam alguns sentidos de integralidade almejados no programa:

Diretrizes gerais:

- O sistema de saúde deve estar orientado e capacitado para o atendimento das necessidades de saúde da população feminina, dando ênfase às ações dirigidas ao controle das patologias mais prevalentes nesse grupo.
- O conceito de integralidade da assistência estará contido em todas as ações desenvolvidas no âmbito da atenção clínica e ginecológica. Para tanto, exige-se uma nova postura de trabalho da equipe de saúde e, conseqüentemente, uma nova abordagem dos conteúdos de programas de capacitação de recursos humanos.
- O conceito de integralidade da assistência pressupõe uma prática educativa que permeie todas as ações desenvolvidas, assegurando a apropriação pela clientela dos conhecimentos necessários a um maior controle sobre sua saúde.
- O planejamento familiar é atividade complementar no elenco de ações de saúde materno-infantil. As motivações que levam o Ministério da Saúde a propor uma ação efetiva nesta área são baseadas nos princípios da equidade - oportunidade de acesso às informações e aos meios para a regulação da fertilidade por parte da população - e, de ordem médica, traduzido no risco gravídico.
- Todas as atividades atinentes à questão do planejamento familiar devem ser desenvolvidas através de serviços de assistência materno-infantil, complementando outras ações que estes proporcionam, desvinculando-se de qualquer caráter coercitivo para as famílias que venham a utilizá-los.

Objetivos programáticos:

- Aumentar a cobertura e concentração do atendimento pré-natal, proporcionando iguais oportunidades de utilização desses serviços a toda a população.
- Melhorar a qualidade da assistência ao parto, ampliando a cobertura do atendimento prestado por pessoal treinado tanto no sistema formal como no informal (parteiras tradicionais), e diminuindo os índices de cesáreas desnecessárias.

- Aumentar os índices de aleitamento materno, fornecendo as condições para implantação do alojamento conjunto.
- Implantar ou ampliar as atividades de identificação e controle das doenças sexualmente transmitidas.
- Implantar ou ampliar as atividades de identificação e controle de outras patologias de maior prevalência no grupo.
- Desenvolver atividades de regulação da fertilidade humana, implementando métodos e técnicas de planejamento familiar, diagnosticando e corrigindo estados de infertilidade.
- Evitar o aborto provocado, mediante a prevenção da gravidez indesejada.

Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática, MS, 1984

Nos vinte e cinco anos seguintes ao lançamento do PAISM, no campo político da regulação da sexualidade e da reprodução, pouco a pouco foram emergindo novos atores sociais e foi se legitimando a noção de direitos sexuais e reprodutivos. No período assistimos o desenvolvimento de uma série de institucionalidades, tais como leis, resoluções e normas técnicas, instâncias gestoras, programas e serviços de saúde específicos que inicialmente se voltam às várias temáticas e esferas de ação previstas no PAISM, mas que vão se ampliando e revelando o crescimento desse campo.

Primeiramente, tivemos a promulgação da Constituição Federal de 1988 que no seu Art. 226, parágrafo 7 estabeleceu o planejamento familiar como direito reprodutivo e parte do direito à saúde. A carta magna definiu as responsabilidades do Estado com a prestação da atenção ao planejamento familiar e proibiu coerções de qualquer tipo na área da regulação da fecundidade. Dois anos depois, a Lei 8.080 e a Lei 8.142 criaram o Sistema Único de Saúde (SUS) e os Conselhos de Saúde regulamentando o capítulo de saúde da Constituição Federal. Essa legislação garantiu mecanismos de participação da sociedade civil organizada nas decisões da área de saúde, e também propiciou as condições para o desenvolvimento das ações relacionadas à saúde reprodutiva.

No plano internacional, em 1994, a III Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, em Cairo, representou um marco internacional na luta por direitos sexuais e reprodutivos consagrando-os como parte dos direitos humanos, e, em 1995, a IV Conferência Mundial da Mulher, em *Beijing*, reiterou a importância destes direitos. Isso foi possível principalmente pelo fato de que, nos anos 90, os movimentos feministas mais fortalecidos, organizados em redes internacionais e com um acúmulo de conhecimentos e participação política vão aparecer como uma das principais forças propulsoras nos debates que consolidariam a mudança da hegemonia do paradigma neomalthusiano para o paradigma fundamentado nos direitos das pessoas¹⁶

Em 1996, a Lei Federal 9263 (Lei do Planejamento familiar) definiu o planejamento familiar como “o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal”, colocando-o como parte iniludível do atendimento global e integral à saúde e articulando as ações de atenção à concepção e contracepção às demais ações na esfera da saúde sexual e reprodutiva. Mais tarde, no âmbito da formulação de políticas públicas, a elaboração da Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (MS, 2004) que, entre outras, estabeleceu a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM/MS, 2004), a Política Nacional de Assistência Integral em Reprodução Humana Assistida (Portaria ministerial GM 426/2005) e a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (MS,

¹⁶ Neste período, as Nações Unidas organizam um ciclo de conferências com temáticas sociais e de direitos humanos. O ciclo começou com a Conferência sobre Meio Ambiente (ECO/92), na qual a perspectiva de equidade de gênero foi introduzida pela primeira vez, de forma explícita nos debates, e apareceu em documentos oficiais. O evento representou um passo importante no diálogo entre as mulheres e os ambientalistas e na introdução da perspectiva feminista sobre a questão populacional (Corrêa e Gouveia, 1995).

2005). Ressaltamos também o Marco Teórico e Referencial: Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes e Jovens (MS, 2006), o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres I e II, este último em 2008 da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SEPM), o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT da Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH, 2009) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (MS, 2009).

Não há dúvidas que o campo dos direitos reprodutivos tem se expandido, no Brasil e no mundo. No entanto é importante conhecermos o estatuto que as temáticas da concepção, da infertilidade e da reprodução humana assistida têm recebido nas políticas brasileiras, e isso será objeto do próximo capítulo.

Capítulo 2

As temáticas da concepção, infertilidade e reprodução humana assistida na agenda da saúde pública brasileira.

As temáticas da concepção, da infertilidade e da reprodução humana assistida são partes integrantes da agenda da saúde reprodutiva e dos direitos reprodutivos que por sua vez, dizem respeito aos direitos humanos e ao direito à saúde. Por essa razão, elas precisam ser pensadas à luz dos princípios da integralidade, universalidade e equidade da atenção e, formuladas e implementadas como políticas públicas de saúde em resposta às necessidades das pessoas.

Para compreender o estatuto que estas temáticas têm recebido nas políticas públicas no Brasil e identificarmos questões nas leis e conferências nacionais e internacionais relacionadas parcial ou integralmente com o campo dos direitos reprodutivos fizemos um levantamento dos principais documentos e enfoque dados às temáticas citadas, a partir da década de 80, início de um período de transformações no sistema de saúde e nas políticas de saúde brasileiras, marcadas principalmente pela participação dos movimentos sociais na elaboração das políticas e controle de sua execução.

Na tabela 2 apresentamos o mapeamento dos documentos analisados destacando seus principais objetivos no que diz respeito à saúde reprodutiva.

TABELA 2 - DOCUMENTOS ANALISADOS E PRINCIPAIS OBJETIVOS EM RELAÇÃO ÀS TEMÁTICAS DA CONCEPÇÃO, INFERTILIDADE E REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA.

DOCUMENTO	OBJETIVOS
Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM, MS, 1984.	Estabelece diretrizes para uma política de saúde integral da mulher. Faz um diagnóstico dos problemas de saúde femininos. Propõe atenção clínico-ginecológica e obstétrica voltadas para o aprimoramento do controle pré-natal, do parto e puerpério; a abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; o controle do câncer cérvico – uterino e mamário e a assistência para a concepção e contracepção.
Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.	Estabelece o direito à saúde como direito fundamental e dever do Estado. Estabelece a proteção à maternidade Estabelece o planejamento familiar como direito do cidadão e responsabilidade do Estado, não associada ao controle demográfico.
III Conferência Internacional de População e Desenvolvimento – CIPD, 1994	Estabelece um programa de ação sobre população e desenvolvimento, com ênfase no atendimento às necessidades de homens e mulheres como indivíduos, e não na consecução de objetivos demográficos. Consagra os direitos reprodutivos como direitos humanos fundamentais.
IV Conferência das Nações Unidas sobre a Mulher, Pequim, 1995.	Estabelece a necessidade de se promover a igualdade entre homens e mulheres como requisito essencial para a conquista de melhores condições de saúde e de qualidade de vida das mulheres. Reitera as propostas de ação de Cairo dando ênfase aos direitos sexuais.
Lei 9.263 (Lei do Planejamento Familiar), 1996.	Regulamenta o direito constitucional ao planejamento familiar (§ 7 do art. 226 da CF), dentro do paradigma da atenção integral à saúde e do direito à livre decisão reprodutiva. Inclui ações para a concepção e contracepção articuladas ao conjunto de ações de saúde integral.
Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PNAISM, MS, 2004.	Amplia a agenda da assistência à saúde integral da mulher, considerando a diversidade das mulheres, o enfoque de gênero e a incorporação de grupos aliados das políticas públicas. Reitera o compromisso em reduzir a morbimortalidade por causas evitáveis, a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, atenção ao abortamento inseguro, planejamento familiar, combate à violência doméstica e sexual e prevenção e tratamento de mulheres vivendo com HIV/AIDS e atenção às portadoras de doenças crônicas não transmissíveis.
Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (SEPM/PR), 2004.	Reforça as propostas do PNAISM. A concepção é abordada em relação à melhoria da qualidade da assistência ao pré-natal e parto e do enfrentamento das condições que levam à mortalidade materna, como o abortamento inseguro.
Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, MS, 2005.	Estabelece diretrizes para garantir os direitos de homens, mulheres, adultos(as) e adolescentes, em relação à saúde sexual e reprodutiva, enfocando, principalmente o planejamento familiar. Aponta para as prioridades e ações propostas pelo MS entre elas a atenção em reprodução humana assistida no SUS.
Política Nacional de Assistência Integral em Reprodução Humana Assistida (Portaria ministerial GM426/ MS), 2005.	Estabelece uma política específica para a atenção em reprodução humana assistida de casais inférteis e portadores de doenças infecto-contagiosas, especialmente hepatites virais, HIV e doenças genéticas. Propõe uma linha de cuidados integrais nos vários níveis de atenção à saúde.
Plano Integrado de Enfrentamento da feminização da Epidemia de Aids e outras DST, MS, 2007	Estabelece diretrizes para o enfrentamento da feminização da epidemia do HIV/aids e outras DST por meio da redução das vulnerabilidades que atingem as mulheres, criando políticas de prevenção, promoção e atenção integral.
Planejamento reprodutivo para casais que convivem com o HIV – Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida/ Adoção”, MS, 2007	Editado como Texto complementar 3 do documento “Recomendação para a profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes” o documento visa estabelecer os fluxos e diretrizes para o planejamento reprodutivo de casais sorodiscordantes ou soroconcordantes através de uma linha de cuidados integrais articulada com a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida.

DOCUMENTO	OBJETIVOS
Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa, MS, 2008.	Estabelece diretrizes para qualificar a atenção integral à mulher na fase do climatério, considerando as diversidades e especificidades femininas.
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, MS, 2009.	Estabelece diretrizes para implementar a assistência em saúde sexual e reprodutiva, no âmbito da atenção integral à saúde. Entre os objetivos pretende ampliar e qualificar a atenção a planejamento reprodutivo, inclusive a assistência à infertilidade; estimular a participação do homem nas ações de planejamento sexual e reprodutivo enfocando a paternidade responsável e garantir oferta de contracepção cirúrgica voluntária nos termos da lei.
Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT, SEDH/PR, 2009.	Estabelece diretrizes em vários âmbitos da saúde. Na saúde sexual e reprodutiva tem como objetivo obter o acesso universal e integral de reprodução humana assistida às Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais em idade reprodutiva.
Portaria GM 2.048 Aprova o Regulamento do SUS, MS, 2009.	Revoga a portaria nº426/2005 e recoloca a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida.
Política Nacional de Saúde Integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, MS, 2010.	Estabelece vários objetivos específicos entre eles garantir direitos sexuais e reprodutivos para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, no âmbito do SUS.
Estratégias de Redução de Risco de Transmissão Sexual do HIV no Planejamento da Reprodução para pessoas que vivem e convivem com HIV e AIDS – Suplemento 3 MS, 2010.	Estabelece as estratégias para a redução da transmissão vertical e horizontal do vírus HIV para casais sorodiscordantes e sorocordantes. retoma as diretrizes da linha de cuidados integrais com tecnologias leves e tecnologias mais complexas (reprodução humana assistida).

O PAISM foi lançado num contexto de redemocratização do país e de importantes debates sobre o direito à saúde e a reforma sanitária. A crítica feita principalmente pelos movimentos feministas e da saúde às intervenções das agências internacionais de controle da fecundidade impulsionou estes debates e levaram o Estado brasileiro a tomar uma posição oficial assumindo a questão reprodutiva como política de saúde e não como problema demográfico. Por essa razão, o programa consagrou-se como a primeira política pública nacional a dar consequência prática à noção de saúde integral, ao articular ações de saúde em resposta às diferentes necessidades femininas. Todavia, estas necessidades e as propostas formuladas pelo programa estiveram circunscritas à saúde reprodutiva das mulheres, inclusive na adolescência. Os principais problemas

identificados foram as morbidades relacionadas à função reprodutiva, como o câncer de colo uterino e mama; as doenças sexualmente transmissíveis (DST's); as morbidades clínicas que agravam a gestação, o parto e o puerpério, e o acesso às técnicas de regulação da fertilidade.

Para responder a estes problemas o programa traçou vários objetivos, entre os quais incrementar atividades de assistência à regulação da fertilidade humana através da implementação de métodos e técnicas de planejamento familiar e o diagnóstico e correção da infertilidade. Percebe-se que na ocasião da formulação do programa a expressão “planejamento familiar” foi utilizada para referir-se somente à contracepção. Esta expressão foi redimensionada mais tarde, com a promulgação da Lei do Planejamento Familiar, que incluiu a assistência à concepção como parte integrante do planejamento familiar. O PAISM rejeitava discursos neomalthusianos que atrelavam crescimento demográfico aos problemas sociais, violência e degradação ambiental e respondia às demandas da sociedade civil organizada, principalmente dos movimentos feministas ao priorizar em suas ações a não violação da saúde, o respeito à integridade física das pessoas e uma nova concepção sobre a mulher, como sujeito de direitos. Constrói um modelo teórico de assistência à contracepção que é fundado no discurso da livre escolha dos padrões de reprodução de homens, mulheres e casais, o que traz uma perspectiva de direito individual.

O programa partia do pressuposto de que a população não usava os métodos contraceptivos de forma consciente e correta, e com o devido acompanhamento dos serviços de saúde. Este diagnóstico retratava a forma pouco participativa e descomprometida com que as práticas das entidades

privadas atuavam na saúde das mulheres. Isto fez com que o PAISM incorporasse a oferta de recursos materiais e educativos que deveriam estar disponíveis para o acesso dos indivíduos e casais, conforme suas necessidades. Segundo a imagem-objetivo do programa, os serviços deveriam se estruturar promovendo ações de saúde articuladas a partir de um projeto de saúde integral a da expansão da rede de atenção primária. Neste sentido, pode-se considerar que o programa se antecipou à Conferência de Cairo na medida em que pautou a contracepção como um direito à saúde, e não como solução para os problemas sociais, e a concebeu dentro de um projeto político mais amplo em face da autonomia das pessoas em relação as suas aspirações reprodutivas e do acesso universal à saúde. Mas ainda assim, o PAISM apresentou prioridades para a agenda da saúde reprodutiva governamental e alguns temas foram pouco desenvolvidos.

No programa, a esterilidade, usada como sinônimo da infertilidade aparecia em último lugar na relação dos problemas de saúde listados. O pouco acesso da população aos serviços para investigação e tratamento da esterilidade foi reconhecido, no entanto, esta lacuna assistencial parece ter sido amenizada diante da afirmativa de que não se tratava de um problema fundamental de saúde pública.

“Ainda que não seja um problema fundamental de saúde pública assume dimensões graves no âmbito familiar, cultural e social, precisando, portanto, de atenção dos serviços de saúde.” (p.13) Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática, MS, 1984.

A verdade é que pouco se sabe sobre a estimativa de infertilidade no país. Apesar disso, as atividades para o diagnóstico e tratamento da

infertilidade foram citadas como ações a serem desenvolvidas, inclusive vislumbrou-se o acesso aos níveis de complexidade superior.

“Desenvolver atividades de regulação da fertilidade humana, implementando métodos e técnicas de planejamento familiar, diagnosticando e corrigindo estados de infertilidade (...) Identificação, mediante anamnese, e referência em nível de complexidade superior dos casos de infertilidade conjugal, para diagnóstico e terapêutica.”
Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática, MS, 1984

Não se sabe ao certo ao que o documento se referia ao chamar de nível de complexidade superior, pois a reprodução humana assistida (RHA) era incipiente e começava a despontar no país naquele ano, com a divulgação pela mídia do nascimento do primeiro bebê de proveta brasileiro em serviços privados de saúde. Acreditamos que naquele momento o programa almejasse a implantação de uma estrutura para viabilizar algumas ações para o diagnóstico da infertilidade que em boa parte das vezes não pode prescindir da atenção da média complexidade, como determinados exames ginecológicos mais invasivos. Esta suposição pode ser mais bem compreendida posteriormente através dos relatos das entrevistas realizadas cujos conteúdos serão tratados em capítulo posterior.

Após a criação do PAISM, a saúde e o planejamento familiar são legitimados pela Constituição Federal de 1988 e definitivamente incorporados como direito dos cidadãos e responsabilidade do Estado. Desta vez, através de um instrumento normativo-jurídico o Estado assume o dever em oferecer recursos e proibir coerções de qualquer natureza na área da regulação da fertilidade. Mais uma vez, o planejamento familiar parece ser utilizado somente para tratar da contracepção.

“Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.”

Constituição Federal 1988, Cap. VII, Art 226 § 7.

Observa-se no texto constitucional que o planejamento familiar foi abordado no Título VII - da Ordem Social, no capítulo VII que trata da família, da criança, do adolescente e do idoso, e não no capítulo da saúde, o que aponta para a preocupação do legislador em assegurar a manutenção e responsabilização da constituição da família. O direcionamento do planejamento familiar exclusivamente para o casal, e não para o indivíduo, reitera o ideário de proteção e reprodução da família heterossexual. Dentro desta mesma lógica, a concepção já realizada se manteve como objeto de garantias legais. A maternidade foi bastante valorizada e ampliou-se a alçada de sua proteção. Inicialmente aparece na relação dos direitos sociais a serem protegidos (Cap. II, art 6)¹⁷ e depois é contemplada na relação dos atendimentos da previdência social (Cap II, art. 201)¹⁸ e da assistência social às gestantes (Cap. II, art. 203)¹⁹.

¹⁷ Art. 6.º (*) São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (CF,1988)

(*) Emenda Constitucional Nº 26, de 2000

¹⁸ Art. 201. (*) Os planos de previdência social, mediante contribuição, atenderão, nos termos da lei, a: III - proteção à maternidade, especialmente à gestante(CF,1988)

(*) Emenda Constitucional Nº 20, de 1998

¹⁹ Art. 203. A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos:

I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice. (CF,1988)

Após a Constituição, a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Lei 8.080/90, consolidaria as condições necessárias para a expansão das ações de planejamento familiar no país.

No âmbito internacional, a participação do Brasil na III Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), realizada em Cairo, em 1994, representou uma ampliação do compromisso brasileiro em incrementar ações de promoção da saúde reprodutiva no país, que já se encontrava com o Sistema Único de Saúde (SUS) instituído através da Lei 8.080/90.

No capítulo VII do Programa de Ação de Cairo, o documento trata dos direitos sexuais e reprodutivos e conceitua a saúde reprodutiva contemplando a importância da concepção e da contracepção e todos os aspectos relacionados às funções reprodutivas:

“A saúde reprodutiva é um estado de bem-estar físico, mental e social completo em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e com as suas funções e processos. Ela implica que as pessoas tenham a capacidade de se reproduzir e a liberdade de decidir se, quando e quantas vezes o pretendem fazer.”

Resumo da Plataforma de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (1995:17)

Supõe-se que a “*capacidade de se reproduzir*” pautada no texto refira-se ao que as autoras Corrêa e Petchesky (1996) definiram como poder e recursos para a viabilização dos direitos reprodutivos, ou seja, ter poder para tomar decisões informadas sobre a própria fecundidade e ter acesso a recursos materiais, técnicos, educacionais, etc, para levar a cabo as próprias decisões de maneira segura e efetiva. Entretanto, as pessoas inférteis, por razões biomédicas e as infecundas, por razões sócio-culturais podem não possuir uma capacidade plena de se reproduzir no sentido estrito da palavra e, por

essa razão, seriam consideradas “sem saúde reprodutiva”. Suas condições não são problematizadas no documento, o que gera uma grande lacuna em meio a importantes discussões políticas ocorridas nesta Conferência. Da mesma forma, a chamada “*liberdade de decidir se, quando e quantas vezes, o pretendem fazer...*” mais uma vez, naturaliza a capacidade de reprodução humana para todos de forma igualitária ignorando a diversidade dos sujeitos, e excluindo aqueles que não tem poder nem recursos para acessar a atenção integral em reprodução humana assistida. A liberdade de decidir “como” também deveria estar contemplada para beneficiar as necessidades reprodutivas destes grupos através dos meios científicos e tecnológicos e da implementação de políticas públicas no SUS.

Em seguida o texto do programa de ação passa a interpretar o que estaria implícito no conceito de saúde reprodutiva:

“Está implícito neste conceito o direito dos homens e mulheres à informação e ao acesso a métodos de planejamento familiar de sua escolha, seguros, eficazes, aceitáveis e que estejam dentro das suas posses, assim como outros métodos de sua escolha para regular a fecundidade, que não infrinjam a lei, e o direito de acesso a serviços de cuidados sanitários que permitam à mulher uma gravidez e parto seguros. A saúde reprodutiva inclui também a saúde sexual, cujo objetivo é o melhoramento das relações pessoais.”
Resumo do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (1995)

A interpretação do conceito de saúde reprodutiva deu ênfase às ações de contracepção ao utilizar a expressão planejamento familiar. Quanto à concepção o texto trata somente da concepção já realizada ao focar o direito de acesso a serviços para uma gravidez e parto seguro, excluindo, portanto, as pessoas com dificuldades para conceber e aquelas que poderiam ser

beneficiadas com a orientação de sua concepção através das tecnologias de reprodução assistida.

A prevenção e o tratamento da esterilidade aparecem citados na lista dos cuidados primários que todos os países devem promover tendo em vista a saúde reprodutiva das pessoas, porém não há nenhuma reflexão sobre seu significado social e cultural na vida de mulheres e homens, nem tampouco uma discussão política que a potencialize na luta pelos direitos reprodutivos, principalmente nos países em desenvolvimento, como o Brasil, que sofreram intervenção no seu crescimento populacional por parte das agências internacionais de controle da fecundidade.

Na seção B do capítulo 7, o planejamento familiar ganha um espaço específico, porém é mais uma vez tratado com total ênfase na contracepção e na importância do envolvimento dos homens no compartilhamento da responsabilidade com as mulheres em praticar o planejamento reprodutivo. Na seção C, a esterilidade reaparece no documento ao ser citada como exemplo de complicação das DST's que devem ser foco das ações de saúde preventivas e curativas.

No ano seguinte, o Brasil participa da IV Conferência das Nações Unidas sobre a Mulher, em Pequim. O documento intitulado Plataforma de Ação de Pequim consagrou o conceito de gênero, a noção de empoderamento e o enfoque da transversalidade como fundamentais na luta pela promoção dos direitos da mulher. Estabeleceu, entre outras questões, uma série de medidas que devem ser tomadas para viabilizar a promoção da igualdade de gênero, a autonomia, o respeito e não discriminação de qualquer natureza de mulheres e meninas, a não violação de sua integridade física e de sua saúde. No que diz

respeito à saúde sexual e reprodutiva reitera as determinações da plataforma de Cairo, com ênfase na saúde sexual, na co-responsabilização de homens e mulheres nas decisões reprodutivas e na família. Não há qualquer menção a respeito das temáticas da infertilidade e da reprodução humana assistida no documento.

“Direito de controle e decisão, de forma livre e responsável, sobre questões relacionadas à sexualidade, incluindo-se a saúde sexual e reprodutiva, livre de coerção, discriminação e violência. A igualdade entre mulheres e homens, no que diz respeito à relação sexual e reprodução, incluindo-se o respeito à integridade, requer respeito mútuo, consentimento e divisão de responsabilidades pelos comportamentos sexuais e suas conseqüências”. (Conferência Internacional sobre a Mulher, 1995).

Os avanços obtidos em Cairo e Pequim estiveram relacionados ao consenso dos movimentos feministas de todo o mundo em torno da transformação da reprodução humana num fato social e não num fenômeno meramente natural. Desta forma, foi possível chamar a atenção para a necessária corresponsabilização entre homens, mulheres nas decisões reprodutivas e fazer com que os representantes governamentais se comprometessem em apoiar a implementação de ações que promovessem os direitos reprodutivos e fomentassem a igualdade de gênero em sociedade. Desnaturalizar o papel social da mulher como reprodutora e galgar outras posições em sociedade continuava a ser uma bandeira de luta dos movimentos feministas e talvez tenha obscurecido demandas relativas à concepção e à infertilidade.

Após estas conferências, no Brasil, pela primeira vez, concepção e contracepção serão tratadas como facetas inerentes ao planejamento

reprodutivo das pessoas. A Lei do Planejamento Familiar criada em 1996, oito anos após a promulgação da Constituição Federal, teve como proposta principal regulamentar o planejamento familiar no país, inclusive a prática da esterilização cirúrgica voluntária. Como visto no capítulo anterior, diante da falta de regulamentação e fiscalização, as laqueaduras tubárias foram por muito tempo, realizadas, basicamente, por serviços privados de saúde, com fins de controle da fecundidade, ou nos serviços públicos após a realização de partos por cesariana (Berquó e Cavenaghi, 2003).

O planejamento familiar foi concebido na lei mais amplamente e não só as ações para a limitação da fertilidade foram contempladas. Ao incluir ações para a constituição e aumento da prole a lei incorporou as demandas reprodutivas conceptivas, o que implica na responsabilidade do Estado em estruturar o acesso a serviços de saúde que abordem a infertilidade e oferecem as tecnologias de reprodução humana assistida no SUS.

Art. 2º Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal. Lei 9.263/96

Na lei, o planejamento familiar foi reconhecido como parte iniludível do atendimento global e integral à saúde, valorizando e articulando as ações de atenção à concepção e contracepção às demais ações na esfera da saúde sexual e reprodutiva. Outro aspecto importante foi a valorização das técnicas para a concepção sem prejuízo da saúde da mulher, do homem e do casal. Isto significou o reconhecimento da proteção da integridade física dos sujeitos e do

direito individual do cidadão independente de qualquer condição como estado civil, idade, orientação sexual, etc.

Art. 9º “Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção”. Lei 9.263/96

A lei estabeleceu as bases legais para a realização da esterilização cirúrgica voluntária no país. Dos vinte e dois artigos, doze são destinados à regulamentação das esterilizações cirúrgicas, inclusive prevendo penalidades nos casos contrários ao estabelecido na lei. Tal fato demonstra a tentativa de conter o número desenfreado de esterilizações cometidas no país, ao longo das últimas décadas sem a devida informação e esclarecimento das pessoas submetidas ao processo. Dez anos após a promulgação da lei, dados da Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar – PNDS 2006²⁰ apontam para o fato de que são as mulheres sem instrução que mais se esterilizam no país, gerando dúvidas quanto às condições do processo de escolha pela esterilização nos serviços públicos de saúde.

Em 2004, diante das dificuldades encontradas para se implementar ações de saúde com enfoque de gênero e que respeitassem a diversidade das mulheres e suas necessidades, o MS elabora a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM).

O PNAISM reconheceu a existência de lacunas em várias áreas como atenção ao climatério, infertilidade e reprodução assistida, saúde mental, saúde

²⁰ O PNDS (2006) mostrou que o percentual de mulheres entrevistadas pertencentes ao grupo sem nenhuma instrução é de 50,9%, ou seja, mais do que o dobro do grupo de mulheres esterilizadas com 9 a 11 anos de estudo que representam 20,9% .

ocupacional, saúde da mulher adolescente, etc. No entanto, a grande inovação da política foi enfatizar as especificidades e necessidades de saúde de alguns grupos populacionais como lésbicas, negras, indígenas, mulheres em situação prisional e mulheres de áreas rurais. Havia também a proposta de ampliar e fortalecer a agenda da saúde da mulher com temas como violência, aborto inseguro, anticoncepção e HIV/AIDS.

A política apresenta dois documentos que se complementam. No documento Princípios e Diretrizes há referência aos temas que necessitam ser desenvolvidos, inclusive a atenção à infertilidade e à reprodução humana assistida. No entanto, ao focar a situação da saúde da mulher no Brasil estes temas não são problematizados como são a mortalidade materna, o aborto inseguro, a anticoncepção e outros temas da saúde reprodutiva. A reprodução humana assistida é retomada quando são apresentadas as necessidades de saúde das mulheres lésbicas, fruto das demandas dos movimentos organizados pautadas nas discussões do V Seminário Nacional de Mulheres Lésbicas, realizado em 2003. Entre as demandas específicas deste grupo o PNAISM faz referência “ao acesso à inseminação assistida na rede do SUS, que deve incluir na clientela-alvo as mulheres lésbicas que desejam exercer o direito à maternidade voluntária” (p.49). Esses são os primeiros sujeitos que são explicitamente referenciados no uso destas tecnologias. Mulheres inférteis, mulheres sozinhas, mulheres na fase do climatério que também poderiam ser beneficiadas não são mencionadas no texto. Porém, posteriormente, a política apresenta como objetivo específico ampliar e qualificar a atenção ao planejamento familiar, incluindo a assistência à infertilidade. Isto apresenta maior consistência na segunda parte do documento intitulada plano de ação 2004 -

2007, na qual apresenta em suas metas implementar centros de referência para assistência à infertilidade e para o atendimento à fertilização de casais chamados soros-diferentes para o HIV. Neste momento defini-se claramente mais um grupo de possíveis beneficiados: pessoas vivendo com HIV. Em suas estratégias a política novamente prevê a inclusão da assistência à infertilidade no planejamento familiar e propõe ações com vistas a incluir os procedimentos de reprodução assistida na tabela do SUS, inclusive as ações dirigidas de atenção aos casais sorodiferentes para o HIV. Também há referência a participar da elaboração da normatização dos bancos de células e tecidos germinativos e apoiar técnica e financeiramente a organização de 27 Centros de Referência, para a assistência à infertilidade, e pelo menos 5 Centros de Referência (1 por região), para o atendimento de casais sorodiferentes para HIV. Percebe-se que já havia a intenção em adequar a assistência em reprodução assistida de modo a atender tanto aos inférteis como à orientação da concepção de pessoas vivendo com HIV. As motivações que pautaram esse projeto puderam ser compreendidas posteriormente quando analisamos a criação de uma política específica nesta área.

Também em 2004, a Secretaria Especial de Política para as Mulheres (SEPM)²¹ coordena a elaboração do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, fruto de uma construção coletiva envolvendo diversos setores governamentais. O documento enfoca basicamente o enfrentamento das desigualdades de gênero, desigualdades sociais e o combate às discriminações raciais e étnicas.

²¹ A Secretaria Especial de Política para as Mulheres é um órgão com *status* de ministério, subordinado à Presidência da República e tem como missão desenvolver ações conjuntas com todos os Ministérios e Secretarias Especiais. Tem como desafio a incorporação das especificidades das mulheres nas políticas públicas e o estabelecimento das condições necessárias para a sua plena cidadania. Fonte: SEPM/PR

O capítulo sobre os direitos sexuais e reprodutivos apresenta um panorama da situação de saúde das mulheres brasileiras, levando em consideração suas especificidades como raça, etnia, orientação sexual, deficiências (físicas, mentais, visuais, etc) e reforça as propostas da Política Nacional de Assistência à Saúde da Mulher – PNAISM (2004). A atenção à concepção é abordada em relação à melhoria da qualidade da assistência ao pré-natal e parto e do enfrentamento das condições que levam à mortalidade materna, entre elas a prática do aborto inseguro. Neste sentido, o documento abre uma nova perspectiva ao propor que haja uma revisão da “legislação punitiva que trata da interrupção voluntária da gravidez”. A contracepção também é problematizada na medida em que há a constatação de um número maior de laqueaduras tubárias entre as mulheres com menor escolaridade e residentes de regiões mais pobres. Além disso, o documento critica a dificuldade de produção, distribuição e monitoramento do uso dos contraceptivos reversíveis no país. As DST's e HIV/AIDS também são objeto do plano de ação. Além da redução dos casos de HIV, a sífilis é lembrada e é proposta a sua erradicação.

A infertilidade e a reprodução humana assistida são apontadas como ações a serem executadas pelo MS nos termos também encontrados no PNAISM. No entanto não há nenhuma discussão sobre as questões políticas que poderiam estar implícitas nesta lacuna assistencial, nem tampouco referência à participação desta secretaria nas discussões de trabalho para a elaboração da política de atenção em reprodução humana assistida, que nesta ocasião já estava sendo rascunhada no MS.

Em 2005, o Ministério da Saúde lança a Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos onde retoma os avanços e compromissos em

promover os direitos sexuais e reprodutivos da população brasileira. O documento alerta para o fato de que a taxa de fecundidade total vem declinando gradativamente e reitera a posição de que a situação de superação da pobreza não passa por controle da natalidade. A partir de uma leitura sobre as dificuldades inerentes à assistência ao planejamento familiar estabelece suas propostas de ação em três eixos: a ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis; a melhoria do acesso à esterilização cirúrgica voluntária e a introdução da reprodução humana assistida no SUS. Este último eixo de ação culminou na elaboração da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, através da portaria ministerial 426/2005. Nesta política específica, a orientação da concepção de pessoas com doenças infecto-contagiosas e genéticas e a assistência aos inférteis ganharam *status* através de uma linha de cuidados integrais com a articulação de vários níveis de atenção, cujo processo de formulação será tratado em capítulo posterior.

Ainda como desdobramento da Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, o MS lançou normas e manuais técnicos para gestores de políticas públicas e profissionais de saúde, tais como a norma técnica Atenção Humanizada ao Abortamento; a reedição da norma de Prevenção e Tratamento de Agravos Resultantes da Violência Sexual contra à Mulher e Adolescentes e o Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa. Este último traz uma importante discussão sobre as necessidades femininas na fase do climatério, considerando suas diversidades e especificidades. No plano da saúde reprodutiva discute protocolos de investigação da infertilidade e uso das tecnologias de reprodução humana assistida por mulheres no climatério. É enfatizado o fato de muitas mulheres estarem optando por vivenciar a

maternidade numa idade de menor fertilidade. Esta é uma realidade a ser considerada pelos elaboradores das políticas, gestores e profissionais de saúde, já que potencialmente traz uma maior demanda por serviços de saúde que orientem a concepção destes grupos.

Em 2007, foi elaborado o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST's, pelo MS e outros setores governamentais como a Secretaria Especial de Política para as Mulheres (SEPM). O plano apontou para a necessidade de se promoverem ações transversais que favoreçam o enfrentamento das múltiplas vulnerabilidades que contribuem para que as mulheres brasileiras estejam mais suscetíveis à infecção do vírus HIV, como as desigualdades de gênero, a violência doméstica e sexual e a falta de empoderamento das mulheres. O plano apresenta ações relacionadas à saúde reprodutiva das mulheres infectadas, inclusive com o objetivo claro de reforçar a efetivação do planejamento reprodutivo de casais que convivem com HIV, no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida no SUS. Neste mesmo ano, o Departamento de DST/AIDS do MS publica o documento Planejamento reprodutivo para casais que convivem com o HIV, onde estabelece os fluxos e rotinas para a atenção em reprodução humana assistida de pessoas com HIV, como estratégia articulada à Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida (2005).

Em 2009 o tema da infertilidade aparece na primeira política específica para a saúde integral dos homens. O documento enfatiza a implementação da assistência em saúde sexual e reprodutiva, no âmbito da atenção integral à saúde e traz à tona a importância dos homens participarem efetivamente do

planejamento da vida sexual e reprodutiva e da co-responsabilidade pela decisão em ter ou não ter filhos. Entre os objetivos a política prevê a qualificação da atenção ao planejamento reprodutivo, inclusive ofertando a assistência à infertilidade. No entanto, não há menção sobre a importância das causas masculinas na epidemiologia da infertilidade em geral, nem sobre a utilização das tecnologias de reprodução assistida para a orientação da concepção de homens inférteis. Da mesma forma, não há nenhuma menção ao uso destas tecnologias por parte dos homens infectados pelo vírus HIV, apesar do potencial de sucesso na prevenção da transmissão horizontal que estas técnicas podem proporcionar. No mesmo ano, o ministro Temporão publicou a Portaria nº 2048 que aprova o novo regulamento para o SUS, revoga vários atos normativos, inclusive a portaria GM nº426/2005 e recoloca a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida na pauta governamental.

Também em 2009, como resultado da articulação dos movimentos sociais de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (chamados movimentos LGBT's) e dos setores governamentais, foi elaborado o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT, sob a coordenação da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SEDH)²². O plano representou o fortalecimento do Programa Brasil sem Homofobia ao pretender responder às necessidades, potencialidades e direitos dos grupos envolvidos. Estabeleceu diretrizes em vários âmbitos da saúde, e no que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva apresentou como um dos objetivos “obter o acesso universal e integral de reprodução humana assistida

²² A Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) é considerado um órgão essencial da Presidência da República e atua na articulação e implementação de Políticas Públicas voltadas para a proteção e promoção dos direitos humanos.

às Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais em idade reprodutiva”. Este fato demonstrou a demanda por parte destes grupos para a utilização das tecnologias de reprodução assistida no SUS, apesar de não terem sido contemplados na ocasião da elaboração da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida. No ano seguinte, o MS lançou a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, e apesar de tratar de questões específicas da saúde, não apresentou explicitamente esta demanda. Nos seus objetivos específicos o documento faz uma referência geral em “garantir direitos sexuais e reprodutivos para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, no âmbito do SUS.”, entretanto não especifica o acesso à utilização destas tecnologias no SUS. Enquanto isso, atento às demandas destes grupos e na ausência de uma legislação nacional, no final de 2010, o Conselho Federal de Medicina (CFM) revogou a antiga resolução²³ que orientava a prática dos profissionais e serviços de RHA, desde 1992, e limitava o acesso à mulher ou casal infértil e a substituiu pela Resolução nº 1.957. Com a nova resolução o CFM trouxe modificações importantes ao referir que os pacientes das técnicas de reprodução assistida são “todas as pessoas capazes, que tenham solicitado o procedimento e cuja indicação não se afaste dos limites desta resolução” tornando possível o acesso dos grupos LGBT e de pessoas sozinhas.

Também no final de 2010, o Departamento de DST/AIDS atualizou as diretrizes para prevenção e tratamento do HIV e publicou o suplemento 3 que aborda as Estratégias de redução de risco de transmissão sexual do HIV no planejamento da reprodução de pessoas que vivem e convivem com o HIV.

²³ Trata-se da Resolução do CFM nº 1.358/92 que apresenta a norma ética que há 18 anos orientava à prática da reprodução humana assistida no país.

Neste documento, o MS discutiu a utilização de tecnologias leves e tecnologias de reprodução assistida como estratégias possíveis para a redução da transmissão da infecção pelo HIV.

Uma das principais características do SUS tem sido o diálogo entre os setores governamentais e os movimentos sociais e a participação efetiva destes na formulação e controle da execução de políticas públicas.

Podemos considerar que nos anos 2000, três grupos de atores sociais tiveram forte atuação nas discussões políticas que culminariam na elaboração de políticas públicas no campo dos direitos reprodutivos e saúde reprodutiva. São eles os movimentos de mulheres, os movimentos de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT's) e os movimentos de pessoas vivendo com HIV. Guardadas as suas especificidades, necessidades e demandas distintas, estes três grupos possuem em comum o fato de poderem ser beneficiados com a implementação de uma política de atenção em reprodução humana assistida no SUS.

Os documentos analisados apontam para o fato de que os movimentos de pessoas vivendo com HIV e mais recentemente os movimentos de LGBT têm ampliado seus canais de participação e negociações políticas e assegurado a incorporação de diferentes demandas na elaboração e implementação de políticas específicas. Quando discutem questões relacionadas aos direitos reprodutivos e saúde reprodutiva o tema da RHA aparece explicitamente como demanda e objeto de ação que deve ser implementada.

Os movimentos de mulheres, principalmente os movimentos feministas, atuantes desde os anos 80 na formulação de políticas públicas de saúde vêm tentando garantir antigas e novas demandas no campo dos direitos reprodutivos e da saúde reprodutiva. O acesso à contracepção de forma livre e consciente, a melhoria da qualidade da atenção ao pré-natal, parto e puerpério e o enfrentamento do abortamento inseguro e da mortalidade materna continuam a representar desafios a serem conquistados de forma igualitária para as mulheres brasileiras. O enfrentamento da violência doméstica e sexual, do crescimento da epidemia de HIV/AIDS e a busca efetiva por políticas transversais que estimulem mudanças sociais e culturais diante das desigualdades de gênero, raça, etnia e orientação sexual se expressam como importantes focos de ação política destes movimentos. Os temas da infertilidade e da reprodução humana assistida, apesar de serem partes integrantes da saúde reprodutiva, não são abordados com a mesma ênfase dada a outras temáticas da saúde feminina e a formulação de uma política específica nesta área parece não estar relacionada às demandas destes movimentos da mesma forma que, por exemplo, a atenção humanizada ao abortamento. Em que pese o fato de que todas essas demandas são legítimas e necessárias para uma atenção integral à saúde das mulheres, nos perguntamos em que medida os movimentos de mulheres tem apoiado a luta por direitos reprodutivos de forma integral, incorporando tanto ações de promoção e assistência à concepção, quanto ações de contracepção.

A fim de compreendermos com mais propriedade essa questão, analisaremos o desenvolvimento dos temas da concepção, da infertilidade e da reprodução humana assistida na agenda dos movimentos de mulheres, em

capítulo posterior. Em seguida discutiremos o desenvolvimento da reprodução humana assistida no Brasil.

CAPÍTULO 3

Reprodução Humana Assistida no Brasil: breve histórico.

As tecnologias de reprodução assistida (TRA) entraram no país pelo setor privado na década de 1980, e rapidamente ganharam espaço na mídia. Seu surgimento representou a possibilidade de dar consequência ao desejo de filhos, através de procedimentos que iriam ajudar a natureza, garantir a formação de famílias e a continuidade da espécie. No entanto, em 1982 a notícia mais marcante foi a divulgação pública da morte de Zenaide Maria Bernardo em decorrência dos procedimentos realizados durante o “Primeiro Curso Internacional de Fertilização *In Vitro* e Transferência de Embrião” pela equipe do dr. Milton Nakamura no Hospital Santa Catarina da cidade de São Paulo (Oliveira, 2001; Ferreira, 2002). Em 1984 a mídia noticiou o nascimento do primeiro bebê de proveta brasileiro proveniente do serviço do mesmo médico. O que se viu, a partir daí, foi uma intensificação do tema na mídia e nas narrativas publicitárias da indústria farmacêutica que vislumbravam a realização do sonho de ter um filho através da RA .

Na década de 1990 surgiram várias institucionalidades que contribuíram para que a RA se fortalecesse como especialidade médica e campo científico e tecnológico. Primeiramente, o Conselho Federal de Medicina (CFM), em 1992, lançou a resolução nº1.358 estabelecendo as normas éticas para utilização das técnicas de reprodução assistida. Esta foi formulada em consonância com as

recomendações internacionais advindas do Relatório Warnock²⁴ (Corrêa, 2001; Diniz, 2003) e permaneceu, até recentemente, como única norma de orientação para profissionais e serviços. O texto da resolução estabeleceu que as tecnologias de RA deveriam ser utilizadas para orientar a procriação de mulheres inférteis com capacidade civil, mediante consentimento informado do cônjuge (quando se tratasse de mulher casada ou em união estável). Também determinou a exigência de anonimato na doação de gametas, a limitação das transferências embrionárias (no máximo quatro), a obrigatoriedade da criopreservação de embriões, as regras para a gestação de substituição, além de proibir a redução embrionária, o descarte de embriões e a comercialização de gametas.

Nesta mesma época, essas tecnologias foram chegando aos serviços públicos de saúde de alguns centros universitários, trazidas por médicos especialistas que pertenciam às cátedras de ginecologia daquelas instituições e que estavam estimulados pela perspectiva de produção de conhecimentos na área²⁵.

Em 1995, foi criada a Rede Latino-Americana de Reprodução Assistida (RedLara) com o objetivo de apoiar o avanço científico e educacional. Segundo informações da sua página na *web*, a Redlara agrupa mais de 90% dos centros que realizam estas técnicas na América Latina. Dos 149 centros cadastrados atualmente, 58 estão localizados no Brasil, sendo que 53 destes possuem

²⁴ Produzido na Grã-Bretanha em 1984, este relatório foi pioneiro ao formular recomendações sobre o uso das NTRS, sendo considerado um marco ético para o debate legislativo internacional.

²⁵ O setor de Reprodução Humana do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP), fundado em 1991 e o Centro de Reprodução Humana do Hospital Regional da Asa Sul (HRAS), fundado em 1998, são dois exemplos.

certificado de acreditação²⁶. A instituição promove atividades de educação continuada, produz e publica desde 1990 o registro latino - americano dos procedimentos realizados pelos centros membros proporcionando um panorama dos resultados das técnicas realizadas²⁷.

Em 1996, foi criada a Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida (SBRA), que afirma ter como missão “minimizar os anseios da prática diária e alcançar representatividade junto às entidades e estruturas governamentais através da consultoria técnico-científica”²⁸. Conforme entrevistas realizadas com representante da SBRA e especialista da iniciativa privada, a criação da SBRA foi uma importante estratégia de delimitação de espaço e fortalecimento político da medicina reprodutiva.

“A Sociedade começou com um grupo pequeno, uma dissidência da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH), pra tentar ver se colocava os temas da reprodução assistida mais em evidência, porque dentro de uma sociedade muito grande não se conseguiria evoluir nessa área.” (representante da SBRA, entrevista nº9).

“A Sociedade Brasileira de Reprodução Humana se juntou com a Sociedade de Menopausa, por uma questão financeira, porque ela

²⁶ O processo de acreditação ocorre desde 1997 e é realizado pela própria RedLara. Estas informações foram obtidas em 21 de março de 2011, através do site www.redelara.com

²⁷ A partir das informações recebidas pelos centros membros, a RedLara produz e publica as informações sobre os procedimentos de RA realizados e sobre os bebês nascidos. Segundo informações da página *web*, estes registros são realizados desde o ano de 1990 (impressos), estando disponíveis para consulta *on line* somente os registros realizados a partir de 1999. Se fizermos uma comparação entre os anos 1999 e 2008, podemos observar que um número maior de serviços tem contribuído com o envio das informações para o registro. Em 1999 foram relatados por 93 centros, um total de 14.872 procedimentos, enquanto em 2008 foram relatados por 140 centros, um total de 35.496 procedimentos. Disponível em www.redlara.com, consultado em 21 de março de 2011.

²⁸ Segundo informações da página *web* da SBRA, disponível em www.sbra.com.br

não conseguia patrocínio para congressos. A menopausa tinha dinheiro dos laboratórios, então fez uma fusão da endocrinologia ginecológica, menopausa e reprodução humana. E aí meio que desvirtuou a reprodução humana. Aí se fez essa sociedade de reprodução assistida na idéia de congregar pessoas que não tivesse política no meio, que fosse uma coisa que tivesse um congresso para troca de experiências. E vem fazendo assim com bastante resultado. É uma sociedade pequena que congrega um número de sócios razoáveis, e que é capitaneada pelos especialistas que têm clínicas de RA". (especialista em RHA do setor privado, entrevista n°10)

A SBRA é uma instituição de âmbito nacional e funciona como um importante espaço de troca de experiências entre especialistas. Atualmente, a sociedade possui 208 profissionais associados, 67 serviços cadastrados, sendo 36 destes, localizados na região sudeste (dos quais 19 estão situados no Estado de São Paulo). A SBRA mantém fóruns de discussão, coordena o Congresso Brasileiro de Reprodução Assistida, divulga eventos científicos e edita o Jornal Brasileiro de Reprodução Assistida, um periódico indexado com publicações disponibilizadas *on line*, desde 2003. Estas publicações caracterizam-se por seus conteúdos basicamente biomédicos.

Em 2005, um importante acontecimento colocou novamente à RA na mídia: a notícia sobre a tramitação e publicação da lei nº 11.105/2005 (Lei de Biossegurança). A lei prevê a utilização de células-tronco embrionárias para fins de pesquisa e terapia no país²⁹. No seu art. 5º prevê a utilização de células-tronco obtidas de embriões humanos produzidos por fertilização *in vitro* (FIV) e não utilizados no respectivo procedimento, desde que sejam embriões inviáveis; ou sejam embriões congelados há 3 (três) anos ou mais. No entanto, em ambos os casos é necessário o consentimento dos genitores. A lei proíbe a

²⁹ A Lei de Biossegurança, no seu art. 3, inciso XI, define células-tronco embrionárias como células de embrião que apresentam a capacidade de se transformar em células de qualquer tecido de um organismo.

comercialização de gametas e também prevê que as instituições de pesquisa e serviços de saúde que realizem pesquisa ou terapia com células-tronco embrionárias humanas submetam seus projetos à apreciação e aprovação dos respectivos comitês de ética em pesquisa.

A aprovação da lei, de certa forma, traz a possibilidade de contribuir para a resolução do problema do número excedente de embriões criopreservados nos serviços, já que oficialmente não é permitido seu descarte. Além disso, a utilização dos embriões para o desenvolvimento das pesquisas científicas pode trazer novas perspectivas para a terapia de doenças.

A partir da publicação da lei de Biossegurança tornou-se mais concreto planejar (ainda que parcialmente) o controle sobre o funcionamento dos serviços de RA. A fim de estabelecer um monitoramento, até então inexistente para os serviços que mantêm materiais genéticos criopreservados, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) estabeleceu nos anos recentes duas medidas resolutivas. A primeira, a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 33 de 2006 que aprovou o regulamento técnico para o funcionamento dos Bancos de Células e Tecidos Germinativos (BCTG). Posteriormente, a RDC nº 29 de 2008 que aprovou o regulamento técnico para o Cadastramento Nacional dos Bancos de Células e Tecidos Germinativos (BCTG) e o envio da informação de produção de embriões humanos produzidos por fertilização *in vitro* e não utilizados no respectivo procedimento. Esta última resolução implantou o Sistema Nacional de Produção de Embriões (SisEmbrio) que tem como objetivo criar um banco de dados sobre o número de embriões armazenados nos Bancos de Células e Tecidos Germinativos das clínicas de fertilização *in vitro*, bem como sobre aqueles classificados como inviáveis.

A atuação da ANVISA visa um dos aspectos polêmicos da utilização de tecnologias de RA no país, porém falta uma legislação federal que contemple a regulamentação do acesso e a utilização das técnicas em seus vários aspectos.

Desde o final da década de 1990 vários Projetos de Lei (PL) tramitam no Congresso Nacional em função de regulamentar a utilização das tecnologias de RA no país. O PL nº 1.184/2003 foi aprovado pelo Senado Federal e enviado à Câmara dos Deputados em junho de 2003.

O PL nº1.184/2003 é bem restritivo, apesar de ter passado pelo escrutínio público das sociedades científicas e dos movimentos sociais durante sua tramitação no Senado Federal (Diniz, 2003). O PL determina a transferência de até dois embriões a fresco, de acordo com a vontade da mulher; proíbe a gestação de substituição; permite a doação de gametas, porém prevê a possibilidade de quebra do sigilo do doador(a). Apesar de afirmar que os beneficiários serão mulheres e homens que solicitarem o emprego das técnicas, o projeto condiciona sua utilização desde que se verifique infertilidade ou para a prevenção de doenças genéticas ligadas ao sexo. O PL estabelece os critérios para o licenciamento dos serviços e prevê penalidades para as infrações que contrariem o estabelecido nesta lei.

Atualmente existem 9 (nove) projetos de lei apensados ao nº1.184/2003 na Câmara, o que significa dizer que a tramitação legislativa será realizada em conjunto.

TABELA 3 PROJETOS APENSADOS AO PL 1.184/2003.

Projeto	Elegibilidade	Doação de gametas	Gestação de substituição	Transferência embrionária	Criopreservação de embriões	Descarte de Embriões
PL n°2.855/1997 autor: Dep. Confúncio Moura (PMDB/RO)	Toda mulher capaz independente do estado civil. A utilização da RA será permitida ante a esterilidade e infertilidade humana.	Autoriza	Autoriza	Não menciona o número de embriões a ser transferidos	Autoriza criopreservação de gametas e embriões até cinco anos	Autoriza após cinco anos
PL n° 4.664/2001. autor: Dep. Lamartine Posella PMDB/SP	Não menciona os beneficiários.	Não menciona	Não menciona	Fecundação de um óvulo. com transferência imediata. Somente dois quando a mãe desejar gêmeos.	Proíbe.	Proíbe
PL n°6296/2002 autor: Dep. Magno Malta PL/ES	Não menciona	Proíbe a doação de óvulos	Não menciona	Não menciona	Não menciona	Não menciona
PL n°120/2003 autor: Dep. Roberto Pessoa (PFL/CE)	Não menciona os beneficiários da RA. Dispõe sobre a investigação de maternidade e paternidade dos nascidos das técnicas	Não menciona	Não menciona	Não menciona	Não menciona	Não menciona
PL n°2061/2003 autora: Dep. Maninha PT/DF	Todo homem ou mulher (doadores e reeptores), capazes nos termos da lei. Prevê a utilização da RA através dos serviços públicos e privados para solução de infertilidade.	Autoriza	Autoriza	Autoriza até quatro embriões	Autoriza	Não menciona
PL n°4889/2005 autor: Salvador Zimbaldi PTB/SP	Não menciona.	Proíbe a fecundação de óvulo para obter células-tronco embrionárias.	Não menciona	Proíbe a fecundação de mais de um óvulo de uma mesma mulher para cada gestação. Somente poderão ser fecundados dois óvulos quando a mãe quiser ter filhos gêmeos.	Proibi a criopreservação.	Não menciona

Projeto	Elegibilidade	Doação de gametas	Gestação de substituição	Transferência embrionária	Criopreservação de embriões	Descarte de em
PL n°5624/2005 autor: Neucimar Fraga PL/ES	Institui a RA no SUS. Objetiva prestar auxílio, assistência e orientação dos órgãos de saúde à pessoa com problemas de fertilidade, portadoras de doenças genéticas e infecto-contagiosas	Não menciona	Não menciona	Não menciona	Não menciona	Não menciona
PL n° 3067/2008 autor: Dr. Pinotti DEM/SP	Altera a lei de Biossegurança ao propor regras mais rígidas para a realização de pesquisa com células-tronco embrionárias.	Não menciona	Não menciona	Não menciona	Não menciona	Prevê a cessão utilizados para p
PL n°7701/2010 autora: Dalva Figueiredo PT/AP	Dispõe sobre a utilização <i>pos mortem</i> do sêmem do marido/companheiro com o consentimento do mesmo e até trezentos dias da data do óbito.	Não menciona	Não menciona	Fecundação até trezentos dias após o óbito.	Prevê a criopreservação do sêmem	Não menciona

Fonte: www.camara.gov.br, consultado em 23 de março de 2011.

Estes projetos dispõem sobre vários aspectos relacionados à RA e, na sua maioria, condicionam o acesso às técnicas à restrição de fertilidade. Quando analisamos seus conteúdos percebemos que os beneficiários da RA nem sempre estão explicitados no texto, no entanto a ênfase dada à infertilidade, sugere o seu uso no sentido estritamente médico, ou seja, em decorrência de uma história de práticas de relações sexuais heterossexuais sem o resultado da gravidez. Também percebemos nos textos formas indiretas de restringir o acesso à RA. O projeto do Dep. Magno Malta, por exemplo, proíbe a doação de óvulo, o que inviabilizaria que mulheres mais velhas (que produzem óvulos de baixa qualidade ou não mais produzem) possam receber óvulos doados

anônimamente; ou mesmo, a prática controvertida da chamada “doação compartilhada de óvulos”³⁰, estratégia utilizada pelos especialistas diante das desigualdades sociais e econômicas das mulheres no acesso à RA. Em sua justificativa, o deputado refere que os avanços da engenharia genética possibilitam fertilizar um óvulo com material genético de outra mulher e sem nenhum sêmem, o que significa “criar uma menina com duas mães e nenhum pai”. Seu entendimento é que essa técnica “afronta os valores morais predominantes em nossa sociedade e traz o risco mesmo de que se torne a figura paterna, tão necessária quanto a materna na formação do caráter humano, algo descartável”, o que reforça normas reprodutivas tradicionais de vinculação biológica. O projeto do dep. Roberto Pessoa, por sua vez, permite a investigação de paternidade nos casos de pessoas que tenham nascido de reprodução assistida. Apesar de garantir que o conhecimento da maternidade e da paternidade biológica não gerará direito sucessório, a possibilidade do conhecimento da origem biológica, que trata o projeto, desvaloriza o vínculo da filiação social, coloca em risco a prática da doação anônima de gametas e valoriza padrões reprodutivos heterossexuais de vinculação biológica. O PL n° 5.624/2005, do deputado Neucimar Fraga do PL/ES é o único que trata fundamentalmente da oferta pública das tecnologias. Ao pretender instituir na rede pública de saúde a oferta da atenção em reprodução humana assistida, o projeto tenta fazer valer a Lei do Planejamento familiar, apesar de não fazer qualquer menção à responsabilidade do Estado em oferecer ações de

³⁰Corrêa (2000) mostra que a chamada doação compartilhada de óvulos tem sido uma estratégia questionável, do ponto de vista ético, pois se caracteriza pelo fato de uma mulher (com problemas de fertilidade) ter o seu tratamento viabilizado ao doar óvulos para uma outra (também com problemas de fertilidade) que vai custear o tratamento de ambas.

concepção e contracepção. Este projeto de lei pretende instituir na rede pública a prestação de auxílio, assistência e orientação “às pessoas com problemas de fertilidade”, permitindo uma interpretação dúbia sobre quem poderá ser beneficiado pelas técnicas (inférteis, pessoas sozinhas, casais homossexuais, etc). Além disso, contempla portadores de doenças genéticas e infecto-contagiosas que podem ser beneficiados com a orientação da reprodução e não transmissão de doenças. No entanto, a discussão sobre a oferta de assistência em reprodução humana assistida através dos serviços públicos de saúde não é algo que tenha sido objeto de defesa da maioria dos PL. Percebe-se que os legisladores se preocuparam mais em assegurar em que situações as tecnologias poderão ser utilizadas.

Durante os anos 2000, dificuldades orçamentárias no setor saúde, o alto custo dos procedimentos tecnológicos envolvidos e o aumento da demanda por RA contribuíram para que os poucos serviços públicos que oferecem atenção nessa área tenham estabelecido critérios de elegibilidade médica e social para o acesso aos tratamentos que acabam por desrespeitar os princípios do SUS.³¹ No entanto, não se observa por parte dos demandantes um posicionamento político diante das dificuldades de acesso. A Associação Brasileira de Casais

³¹ A página *web* do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo apresenta no protocolo para encaminhamento para o ambulatório de esterilidade um primeiro informe datado de 03/9/2010 que diz respeito à participação do casal nos custos do tratamento da reprodução assistida: “o Hospital das Clínicas não dispõe das medicações necessárias para a estimulação ovariana e, portanto ao casal caberá a necessidade de providenciar as medicações para o seu próprio uso. Estes valores são variados, mas giram em torno de R\$1000,00 para inseminação intra-útero ou R\$ 2500,00 a 5000,00 para Fertilização *in vitro*”. Em seguida o protocolo informa os critérios de inclusão e de exclusão. Os critérios de exclusão na maioria biomédicos são justificados “por não apresentarem uma relação custo / benefício” Entre eles encontramos um critério essencialmente social “Condições sócioeconômicas precárias em que não haja condições mínimas para manter um filho”. Isso mostra que idéias neomalthusianas podem estar determinando quem deve ter acesso ao tratamento de RA, desrespeitando o princípio da equidade do acesso.

Ver: <http://www.hcrp.fmrp.usp.br/sitehc/arqs/pdf/AmbEsterilidade.pdf>

Pró-fertilidade, mais conhecida como PRÓ-FERTILIDADE³² é um exemplo emblemático. Esta associação civil sem fins lucrativos foi fundada por casais inférteis e apesar disso afirma que seu objetivo “não é tentar tratamentos gratuitos, pois isso no Brasil ainda é uma utopia”. Afirma que seu objetivo é “fornecer formas de auxílio e esclarecimento sobre os tratamentos de infertilidade (RA), ao maior número de casais que estejam em busca de formar uma família”. Para isso, a associação refere trabalhar “para todos terem acesso a diagnósticos e tratamentos honestos com alta qualidade e o máximo de facilidades para pagamento, com parcerias em todas as áreas que são necessárias ao nosso grupo [grupo dos inférteis]”.

A saída encontrada por alguns casais vem de encontro às estratégias de ampliação do consumo forjadas pela iniciativa privada. Destinados a pessoas da classe média programas ditos de acesso ou inclusão têm proposto diferentes formas de redução dos custos do tratamento de RA³³, porém não atendem às condições sócio-econômicas da maioria da população brasileira.

Recentemente, uma nova legislação trouxe perspectivas para a ampliação do acesso aos serviços de RA. A publicada a Lei federal n° 11.935, em 2009 obrigou os planos e seguros privados de assistência à saúde a darem cobertura do atendimento nos casos de planejamento familiar. Considerando a definição do planejamento familiar “como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.”, conforme art 2° da Lei n° 9.263/96, pode-se esperar que haja demandas judiciais para a garantia do

³² Ver: www.profertilidade.org.br

³³ São exemplos destas iniciativas o projeto Acesso (www.queroterumfilho.com.br), projeto Beta (www.projetobeta.com.br) e projeto Alfa (www.programaalfa.com.br). Consulta feita em 25 de março de 2011.

acesso aos procedimentos mais complexos pela parcela da população que utiliza a saúde suplementar. No entanto, em 2010, a Agência Nacional de Saúde Suplementar publicou uma Resolução Normativa nº 211, onde atualizou o rol de procedimentos para a cobertura assistencial mínima dos planos privados de saúde e permitiu várias exclusões assistenciais, entre elas as relacionadas às técnicas de reprodução assistida³⁴.

Enquanto a oferta pública dos procedimentos pelo SUS não é objeto de investimento governamental, nem o debate no legislativo sobre a regulamentação da RA é conclusivo, a discussão sobre o acesso e a utilização das tecnologias é retomada pelo CFM. Atento às transformações advindas do conhecimento científico e da sociedade, o CFM lançou recentemente duas resoluções que se voltam para as práticas médicas na RA. A primeira foi a Resolução nº 1.931 de 2009, que dispõe sobre o novo Código de Ética Médica.

No tocante à responsabilidade profissional, o capítulo III do Código de Ética Médica apresenta dois artigos específicos proibindo determinadas práticas médicas na RA. O artigo 15 faz menção ao não descumprimento de legislação específica em várias áreas, inclusive na RA. O § 1 do artigo faz referência a não conduzir sistematicamente à ocorrência de embriões supranumerários na procriação medicamente assistida. O artigo 15 § 2 faz menção ao que os médicos não devem fazer, como criar seres humanos geneticamente modificados; criar embriões para investigação ou criá-los com a finalidade de escolha do sexo, eugenia ou para originar híbridos ou quimeras.

³⁴ Na referida resolução são excluídas: “a inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas” Subseção 1, §1º, alínea c, inciso III, da Resolução Normativa nº211/2010.

O § 3, por sua vez, reforça sobre importância do devido esclarecimento e concordância dos participantes antes da realização dos procedimentos. O artigo 16 menciona a respeito da intervenção sobre o genoma humano com vista à sua modificação, exceto na terapia gênica, excluindo-se qualquer ação em células germinativas que resulte na modificação genética da descendência. Embora estes artigos se refiram a questões que sempre foram motivo de preocupação e resistência por parte de vários setores da sociedade, inclusive do mundo feminista, chegam depois de quase três décadas de total liberdade de ação por parte dos profissionais e serviços.

A segunda inovação do CFM foi a Resolução nº 1.957 de 2010, que dispõe sobre as novas diretrizes éticas para profissionais e serviços de RA e revoga a antiga Resolução nº 1.358/92. A nova norma ética para profissionais e serviços de RA traz inovações e busca responder às preocupações internacionais no que diz respeito à redução das altas taxas de gestações múltiplas, assim como a necessidade de se adequar à realidade das demandas sociais. Uma mudança significativa foi notada em relação ao acesso: antes a norma mencionava que as técnicas estavam voltadas para as mulheres ou casais inférteis e, no caso de mulheres casadas ou em união estável, era necessária a aprovação do cônjuge. Agora os procedimentos estão voltados para “todas as pessoas capazes” (no sentido da capacidade civil), deixando explícita a possibilidade para o acesso de casais homossexuais e pessoas solteiras, além de acabar com a necessidade do consentimento do cônjuge para pessoas casadas. Uma outra inovação diz respeito à permissão da reprodução assistida *pos mortem* desde que haja autorização prévia específica de quem morreu quanto ao uso do material genético criopreservado.

Na antiga resolução a transferência embrionária limitava a quatro o número de embriões implantados de cada vez na paciente, independente da idade. Agora se segue uma escala de acordo com a idade: até dois embriões para mulheres com até 35 anos, até três para mulheres com idade entre 36 e 39 e até quatro para mulheres com 40 anos ou mais. Os limites para a transferência embrionária fazem parte de um debate internacional e não podiam continuar respondendo ao único objetivo de aumentar as chances de sucesso da RA.³⁵

Segundo o relator da medida, conselheiro José Hiran Gallo “Apesar de a antiga resolução ter representado grande avanço, o CFM sentiu a necessidade de se adaptar à evolução tecnológica e modificações de comportamento social”. Já na opinião do presidente do CFM, Roberto d’Ávila a aprovação da medida é um avanço porque “permite que a técnica seja desenvolvida em todas as pessoas, independentemente de estado civil ou orientação sexual. É uma demanda da sociedade moderna. A medicina não tem preconceitos e deve respeitar todos de maneira igual”.³⁶

Algumas questões polêmicas, no entanto, não foram modificadas: a redução embrionária continua proibida; os gametas e a barriga de aluguel não podem ser comercializados; os doadores de gametas devem permanecer

³⁵ Luna (2001) aponta que uma das polêmicas entre os especialistas de diferentes partes do mundo diz respeito à prática da transferência embrionária ocasionando gestações múltiplas. Refere que especialistas europeus consideram os riscos das gestações múltiplas não somente pelo alto índice de prematuridade e morbimortalidade neonatal, mas pela falta de infraestrutura social e econômica para a assistência dessas crianças considerando o contexto local. A autora cita que as porcentagens de gestações múltiplas decorrentes de transferências embrionárias são baixas no norte da Europa, Austrália e Nova Zelândia e altas na América Latina, nos Estados Unidos e sul e leste da Europa (2001,p.86)

³⁶ Ambos os depoimentos estão disponíveis na seção destaque no site da SBRA, www.sbra.com.br, consultada em 16 de março de 2011.

anônimos e, o destino das células e embriões criopreservados deve respeitar o que tiver sido expresso pelos genitores previamente por escrito.

A nova resolução parece atender expectativas relacionadas aos direitos reprodutivos daqueles que, até então não eram públicos-alvos dos serviços, porém há a necessidade de se avançar em dois aspectos fundamentais: nas garantias legais que estabelecerão o reconhecimento das novas relações de filiação e parentesco e, na discussão da oferta dessa assistência pelo SUS. Por enquanto, a única certeza é que a resolução abre espaço para uma parcela do mercado com certo poder de consumo, principalmente se levarmos em consideração as iniciativas já criadas de incorporação de camadas de renda média nos projetos para o acesso à RA citados anteriormente. Apesar de representar um ganho político, a nova resolução não resolve o problema da grande parcela da população excluída pela pouca oferta de atenção em reprodução humana assistida nos serviços públicos de saúde.

Os procedimentos científicos e tecnológicos relativos à reprodução humana, sejam conceptivos ou contraceptivos foram introduzidos no Brasil antes de qualquer discussão mais ampla de seus impactos na saúde das pessoas envolvidas e de seus aspectos éticos e legais. No entanto, suas trajetórias guardam especificidades.

As tecnologias contraceptivas foram objeto de demanda dos movimentos de mulheres num contexto de direito à saúde e de reforma do sistema de saúde. Sua incorporação pelo Estado foi legitimada pela Constituição Federal de 1988, pela Lei do Planejamento Familiar e pela implementação de serviços públicos de planejamento familiar no país. As tecnologias conceptivas, principalmente de reprodução assistida surgiram no país através da iniciativa

privada e, ao contrário, não foram objeto de demanda dos movimentos de mulheres ou de qualquer outro segmento social. Seu desenvolvimento se deu pela lógica do mercado, num ambiente de falta de regulamentação e monitoramento. Apesar de serem parte integrantes do planejamento familiar e dos direitos reprodutivos, a utilização destas tecnologias no bojo da atenção integral em reprodução humana assistida, até então, não havia sido objeto de política pública estatal. Seu desenvolvimento é acompanhado de muitas controvérsias e posicionamentos políticos, como veremos a seguir.

Capítulo 4

As temáticas da concepção, infertilidade e reprodução humana assistida na agenda dos movimentos de mulheres.

A partir da década de 1960, a difusão crescente dos métodos anticoncepcionais, como pílula e DIU, nos países ocidentais, inclusive o Brasil, representou a possibilidade de avanço no controle da fecundidade pelas mulheres. Num cenário político de contestação cultural, a pílula representava a liberação feminina permitindo dissociar a sexualidade da reprodução. No entanto, não passou muito tempo para que as mulheres constatassem que o acesso aos contraceptivos não conseguiria fazer com que deixassem de ser consideradas, por natureza, reprodutoras e que continuassem a sofrer desigualdades nas relações de gênero, na esfera privada e na pública. Além do mais, descobririam que estes métodos estavam sob forte controle médico e sua oferta, em muitos contextos, era limitada e sem assistência adequada (Xavier *et al*, 1989).

Em nosso país, a experiência das mulheres, principalmente das camadas populares, foi marcada pela atuação das agências internacionais de planejamento familiar que introduziram a contracepção e a esterilização com objetivo de controle demográfico e não direito à saúde.

No início dos anos 1980, com o processo de transição e redemocratização do Brasil, as mulheres organizadas intensificaram suas reivindicações por políticas sociais que assegurassem direitos de cidadania. No campo da saúde, essas reivindicações se expressaram nos movimentos pela

reforma sanitária e nos debates nacionais sobre o planejamento familiar e o aborto. Os movimentos de mulheres instituíram a noção de que a “assistência à contracepção deveria compor uma política ampla de saúde reprodutiva, passando a questão reprodutiva a ser vista como decisão ética individual e um direito social” (Correa, 1992).

A agenda da saúde integral da mulher, cuja primeira expressão pública foi o PAISM, teve forte influência dos movimentos de mulheres, especialmente das feministas ligadas à área da saúde (Osis, 1998). As principais questões reivindicadas por estes grupos estiveram relacionadas à saúde reprodutiva, principalmente ao planejamento familiar, ao aborto e à mortalidade materna e deveriam ter como princípio a autonomia e o respeito ao livre arbítrio das mulheres em suas escolhas reprodutivas (Correa, 1992). Tais reivindicações refletiam um processo mais amplo de luta do feminismo em todo o mundo. A noção de direitos reprodutivos se expandiu nos movimentos feministas internacionais depois do Congresso Internacional de Saúde e Direitos Reprodutivos, ocorrido em Amsterdã em 1984. A pauta de então privilegiava denúncias às políticas demográficas em curso nos países do Sul, ao mesmo tempo, assinalava questões emergentes, como o incremento das técnicas reprodutivas conceptivas nos países do Norte (Scavone, 1999).

Na década de 90, com a realização da Conferência de Cairo e a Conferência de Beijing, o conceito de direitos reprodutivos é legitimado no debate público e institucional e, rapidamente, ganha visibilidade social em todo o mundo. Scavone (1999) refere que “os direitos reprodutivos nasceram da luta do movimento feminista internacional para obtê-los – direito à livre escolha da maternidade, ao aborto e à contracepção”p:1 De fato, as noções de direitos

reprodutivos estiveram muito atreladas às reivindicações feministas, porém foram sendo apropriadas e redimensionadas por diferentes atores sociais e institucionais (por exemplo, movimentos LGBT e pessoas vivendo com HIV/AIDS) fazendo com que temas pouco privilegiados fossem recuperados como parte integrante e indissociável desses direitos.

Este capítulo tem como objetivo se aproximar das discussões sobre as temáticas da concepção, da infertilidade e da reprodução humana assistida na agenda política dos movimentos de mulheres, no Brasil, considerando o crescimento do campo dos direitos reprodutivos e a institucionalização destes movimentos através da formação de organizações não governamentais (ONGs) e instituições de pesquisa.

Para viabilizar esta aproximação fizemos um levantamento das ONGs³⁷ e redes que atuam com mulheres e/ou produzem conhecimentos feministas relacionados às temáticas da saúde, gênero e direitos. Da mesma forma, procedemos à busca de revistas científicas que se dedicam a essa área de conhecimento. Nesse processo selecionamos para a análise um conjunto de materiais impressos ou disponíveis em sítios da *web* das seguintes entidades: SOS CORPO - Instituto Feminista para a Democracia³⁸, Centro Feminista de Estudos e Assessoria (CFEMEA)³⁹, Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e

³⁷As organizações não governamentais foram identificadas através do diretório da Associação Brasileira de Organizações Não Governamentais (ABONG). www.abong.org.br, site consultado em 02/02/2010.

³⁸SOS CORPO foi fundado em 1981 e tem como missão “contribuir para a democratização da sociedade brasileira por meio da promoção da igualdade de gênero com justiça social”. www.soscorpo.org.br, site consultado em 02/02/2011.

³⁹O CFÊMEA, fundado em 1989, tem como missão “contribuir para o fortalecimento do feminismo e da democracia incidindo nos Poderes Públicos para a garantia de direitos das mulheres. A instituição tem como traço característico o trabalho junto ao Poder Legislativo e na *advocacy* das questões de interesse dos movimentos de mulheres www.cfemea.org.br, site consultado em 02/02/2011.

Ação (CEPIA)⁴⁰, Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, mais conhecida como Rede Feminista de Saúde (RFS)⁴¹, e Comissão de Cidadania e Reprodução (CCR)⁴². Selecionamos também materiais das publicações científicas Revista Estudos Feministas (REF)⁴³ e Cadernos Pagu⁴⁴.

Entrevistas com feministas que atuam na área da saúde também foram materiais importantes para a reflexão sobre o debate dos temas da infertilidade e reprodução humana assistida nesses grupos militantes.

Na revisão das páginas *web* do SOS CORPO, da CFEMEA e da CEPIA encontramos boletins informativos, notícias e textos de debate e análise que versam sobre uma variedade de temas como política, trabalho e renda, violência, educação, Estado laico e fundamentalismo religioso, direitos humanos, direitos sexuais e homofobia, mídia, entre outros, debatidos e analisados na perspectiva dos direitos das mulheres e da equidade de gênero.

⁴⁰ A CEPIA, fundada em 1990, é uma ONG “voltada para a execução de projetos que contribuam para a ampliação e efetivação dos direitos humanos e o fortalecimento da cidadania especialmente dos grupos que, na história de nosso país, vêm sendo tradicionalmente excluídos de seu exercício” www.cepia.org.br, site consultado em 02/02/2011.

⁴¹ A RFS, criada em 1991, “é uma articulação política que reúne grupos de mulheres, ONGS, núcleos de pesquisa, organizações sindicais/profissionais e ativistas feministas que atuam com saúde da mulher, direitos sexuais e reprodutivos”. www.redesaude.org.br, site consultado em 02/02/2011

⁴² A CCR foi criada em 1991. “É uma entidade civil de âmbito nacional e sem fins lucrativos cujo objetivo é a promoção dos direitos reprodutivos segundo os princípios das Declarações da ONU, mais especificamente os da Convenção pela Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher. www.ccr.org.br, site consultado em 02/02/2011.

⁴³ A REF, sediada no Instituto de Estudos de Gênero, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), iniciou suas atividades em 1992. Tem como missão “divulgar a vasta produção de conhecimento no campo dos estudos feministas e de gênero, buscando dar subsídios aos debates teóricos nessa área, bem como instrumentos analíticos que possam contribuir às práticas dos movimentos de mulheres”. www.scielo.br, site consultado em 02/02/2011.

⁴⁴ Os Cadernos Pagu, sediado no Núcleo de Estudos de Gênero Pagu, da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), iniciou suas atividades em 1993. Tem como missão “contribuir para a ampliação e consolidação do campo de estudos de gênero no Brasil, através da veiculação de resultados de pesquisas inéditas e de textos ainda não traduzidos no país, viabilizando, assim, a difusão de conhecimentos na área e a leitura crítica da produção internacional”. www.scielo.br, site consultado em 02/02/2011.

Em todas essas publicações, o tema da saúde e dos direitos reprodutivos tem grande destaque.

A produção impressa e *on line* da RFS e CCR concentra-se nos temas da saúde, dos direitos reprodutivos, dos direitos sexuais e da violência contra a mulher. Na página da CCR encontramos uma cobertura temática diária da pauta da mídia sobre esses temas.

Dentro da temática da saúde e direitos reprodutivos, os assuntos mais frequentes nas páginas dessas entidades ligadas aos movimentos de mulheres são: aborto, violência e mortalidade materna e assistência ao pré-natal e parto, seguidos dos assuntos relacionados ao HIV/AIDS, à saúde da mulher negra e contracepção. Nos anos mais recentes, outros recortes temáticos emergem, especialmente, a discussão de necessidades de saúde de grupos específicos de mulheres como lésbicas, indígenas, presidiárias e trabalhadoras rurais. Temas como climatério, envelhecimento e saúde mental aparecem pouco, mas estão presentes desde a década de 1990. Os temas da concepção e da infertilidade têm pouca expressão nos materiais disponíveis nas páginas web e aparecem somente a partir dos anos 2000.

Dos materiais impressos, dois livros produzidos pelo SOS CORPO na última década⁴⁵ e um dossiê produzido pela RFS⁴⁶ tratam com centralidade do tema da reprodução humana assistida e são subsídios importantes para a análise das posições feministas sobre o assunto.

⁴⁵ Scavone L, *et al.* In: Ferreira V, Ávila MB, Portella AP (Orgs) *Novas Tecnologias Reprodutivas*. Recife: SOS CORPO, 2006.

Portella, AP & Bezerra, S (Orgs) *Anais Seminário Nacional Biopoder e Tecnologias Reprodutivas: uma análise crítica feminista*. SOS CORPO, Recife, 2008.

⁴⁶ *Dossiê Reprodução Humana Assistida*. Rede Feminista de Saúde – Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Belo Horizonte. 2003

Na revisão das publicações científicas, encontramos cinco artigos sobre reprodução humana assistida publicados pela Revista Estudos Feministas⁴⁷ e três nos Cadernos Pagu⁴⁸. Essas revistas são periódicos indexados e interdisciplinares, ligados a núcleos de pesquisa universitários. Ambas têm como objetivos divulgar a produção de conhecimento no campo dos estudos de gênero, com base principalmente na sociologia, antropologia e literatura. As revistas têm sido espaços importantes para uma geração de pesquisadoras que, desde o final dos anos de 1990 e ao longo de 2000, tem se dedicado a investigar o tema da reprodução humana assistida (ou novas tecnologias reprodutivas).

No material selecionado para análise o tema da concepção e o tema da infertilidade são articulados a partir dos debates e reflexões sobre as novas tecnologias reprodutivas. Essa literatura introduz no Brasil problemas debatidos na produção científica feminista europeia e norte-americana. A sistematização de Scavone (2006) demonstra bem isso. São questões relevantes que a produção brasileira vai recuperar sob a perspectiva da realidade nacional e que constituem os seguintes eixos de discussão:

⁴⁷Luna, Naara. Pessoa e parentesco nas novas tecnologias reprodutivas. Rev. Estud. Fem., Florianópolis, 2001, v. 9, n. 2, pp. 389-413.

Costa, Rosely Gomes. Reprodução e gênero: paternidades, masculinidades e teorias da concepção. Rev. Estud. Fem., Florianópolis, 2002, v. 10, n. 2, pp. 339-356.

Tamanini, M. Novas Tecnologias reprodutivas conceptivas: bioética e controvérsias. Estudos Feministas, Florianópolis, 2004, 12(1):73-107, janeiro-abril.

Tain, Laurence. Um filho quando eu quiser?: o caso da França contemporânea. Rev. Estud. Fem. 2005, vol.13, n.1: 53-67

Fonseca, C. Homoparentalidade: novas luzes sobre o parentesco. Rev. Estud. Fem., 2008, vol.16, n.3, pp. 769-783.

⁴⁸Costa, R G. Sonho do passado versus plano para o futuro: gênero e representações acerca da esterilidade e do desejo por filhos. Cad. Pagu, Campinas, n. 17-18, 2002 . pp:105-130

Luna, Naara. Maternidade desnaturada: uma análise da barriga de aluguel e da doação de óvulos. Cad. Pagu, 2002, Campinas, n. 19, pp 233-278

Ramirez-Gálvez, Martha. Corpos fragmentados e domesticados na reprodução assistida. Cad. Pagu, 2009, Campinas, n. 33, dez. pp:83-115

- reforço das normas de gênero;
- medicalização da ausência involuntária de filhos;
- acesso/elegibilidade para os serviços de saúde segundo normas de gênero.
- reforço das normas reprodutivas biológicas, filiação consanguínea e parentalidade;
- biossegurança, riscos dos procedimentos;
- fragmentação e mercantilização do corpo.

As reivindicações feministas da década de 70 em torno da contracepção e do aborto foram formuladas em oposição à maternidade obrigatória e ao mesmo tempo “ao direito à concepção entendido como direito de viver a gravidez e o parto com segurança e dignidade” (Ramirez-Gálvez, 2006:23). Uma das principais críticas feministas foi a constatação de que as NTRS significaram a nova forma de imposição da maternidade e de valorização da filiação consanguínea na composição das famílias contemporâneas, representando para o feminismo o não rompimento com as determinações biológicas que dão suporte à dominação masculina (Tain, 2005; Scavone, 2006; Reis, 2006 e 2008; Werneck, 2008). Os discursos feministas se pautaram no fato de que as NTRS, apesar de propiciarem a reprodução sem o sexo, estariam levando à medicalização do desejo de filhos biológicos, à maternidade e ao reforço das normas de gênero e de reprodução, contando para isso com a ajuda das narrativas publicitárias sobre RA. (Ramirez-Gálvez, 2006)

A ausência involuntária de filhos motivada pela infertilidade foi a condição principal para o acesso às NTRS. Apesar de poderem solucionar a ausência involuntária de filhos por razões diversas, como, por exemplo de pessoas sozinhas e casais homossexuais, e de representarem um instrumento potente de transformação das relações de filiação e parentesco, “as NTRS não se posicionaram contra a natureza, mas sim como complementares à reprodução natural” (Diniz e Costa, 2006) reforçando normas reprodutivas tradicionais ao privilegiarem o acesso aos inférteis. A infertilidade (biomedicamente definida) não havia sido objeto de reflexão sócio-antropológica até o surgimento das NTRS. Ainda assim é um tema pouco problematizado.

Costa (2004) investigou as representações dos usuários de um serviço público de saúde e constatou que enquanto para as mulheres a esterilidade representava uma ameaça à feminilidade e à vocação “natural” de ser mãe, para os homens guardava relação com a sexualidade e virilidade, não sendo uma vocação naturalizada e sim um projeto de futuro mais relacionado com o casamento. A autora chama a atenção para o fato de que a esterilidade, por motivos distintos, colocava mulheres e homens em patamares “mais baixos” numa hierarquia de “mais ou menos” feminilidade e masculinidade. O estudo de Costa trouxe elementos que contribuem para a discussão sobre demandas públicas, acesso e a qualificação da atenção em reprodução humana assistida no SUS, pois são questões que remetem às dificuldades de se tornar pública uma condição que guarda estigmas e preconceitos.

Como dissemos, as tecnologias de RA podem estar voltadas para orientar a reprodução de pessoas não necessariamente inférteis, mas que não

podem (ou não querem) ter uma procriação sexuada. Nestas situações, as novas relações de filiação e parentesco possibilitadas pela RA podem transformar padrões tradicionais de formação de famílias, principalmente quando legitimadas por regulamentações jurídicas da realidade local. É o que Luna (2005) chama de ressignificações do campo reprodutivo. No entanto, as relações sociais advindas destas novas configurações de parentalidade não escapam de representações pautadas em papéis sociais de gênero. Souza (2006), ao problematizar a maternidade lésbica no Canadá confirma isso. A autora mostrou que a lei canadense não se pauta na distinção de gênero para reconhecer duas pessoas como *parents*⁴⁹, o que viabiliza que mulheres lésbicas que recorram às NTRS tenham o reconhecimento jurídico de duas parentalidades: a mãe biológica e a mãe adotiva. Todavia, tal reconhecimento jurídico não impede que culturalmente os significados atribuídos à mãe biológica sejam diferenciados daqueles atribuídos à mãe não biológica (mãe adotiva), reforçando padrões de gênero, numa relação entre mulheres. Talvez por essa razão, Ramirez-Gálvez (2006) questione o caráter transformador das tecnologias de RA. Para a autora “pairam dúvidas acerca de seu potencial subversivo ou contra-hegemônico, que possa ser equiparado à condição libertadora que as tecnologias contraceptivas tiveram nas décadas de 1960 e 1970.”p.35 Contudo outras visões se fazem presente. Fonseca (2008) ao abordar os novos arranjos familiares nas conjugalidades homossexuais, questionou até que ponto estes casais estão reproduzindo a norma hegemônica de reprodução heterossexual ao buscar a filiação consanguínea, o laço biológico. A autora contesta que estejam simplesmente reproduzindo

⁴⁹ A autora refere que manteve o termo *parents* em inglês dada a sua neutralidade de gênero, o que permite, segundo a mesma falar de diferentes arranjos familiares.

noções naturalizantes de parentesco. Para ela, as práticas de parentalidade das conjugalidades homossexuais são consequências que ultrapassam os valores do casal. São “resultados das possibilidades institucionais que circundam a reprodução”. Isso poderia ser traduzido, por exemplo, por leis que permitam a doação de gametas e a gestação de substituição; pela existência ou não de regulamentação jurídica das novas relações de filiação e parentesco advindas da RA; pela implementação de políticas públicas que promovam o acesso aos serviços de RA independente da condição de infertilidade biomédica. Na realidade brasileira, estes questionamentos se fazem presentes num contexto de total inexistência de regulamentação jurídica sobre as novas relações de parentalidade advindas destas tecnologias. Elas se constituíram um tema bastante controverso no país, gerando diferentes posicionamentos na sociedade e no parlamento, inclusive, resistências que podem estar atrasando a publicação de uma legislação mais abrangente nessa área, conforme vimos no capítulo 3. Arán e Correa (2004) chamam a atenção para o fato da filiação homoparental muitas vezes “ser considerada uma verdadeira ameaça para a cultura e para a sobrevivência da espécie”, gerando preconceitos, estigmas e o desrespeito à igualdade e à diversidade, violando direitos fundamentais.

A biossegurança e os riscos dos procedimentos constituem um outro eixo de discussão da crítica feminista e das discussões acadêmicas. Uma das questões principais diz respeito ao fato das tecnologias de RA terem sido introduzidas no país pela iniciativa privada sem qualquer monitoramento e regulamentação possibilitando que houvesse experimentações e um total desconhecimento sobre essas práticas, suas taxas de insucesso e seus riscos

para a saúde feminina, apesar da atuação da mídia e das narrativas publicitárias da indústria farmacêutica e dos próprios serviços superestimarem o potencial destas tecnologias no país (Rotania, 2003; Tamanini, 2004; Reis, 2006).

As práticas de RA envolvem riscos físicos que são inerentes ao procedimento, tais como a hiperestimulação ovariana e as gestações múltiplas. Portanto, sua prevenção e controle são fundamentais para a saúde feminina. Além disso, suas diferentes etapas e chances de insucesso trazem danos emocionais e psíquicos para os envolvidos que precisam ser considerados. Alguns estudos mostram as estratégias utilizadas para que o conhecimento sobre os riscos não impeça a realização dos procedimentos. Tamanini (2004) aponta que a interação das mulheres com os profissionais médicos têm alimentado um encorajamento para suportar todas essas questões, numa relação de cumplicidade que se estabelece em função de uma meta em comum – a geração de uma criança. No entanto, muitas vezes o termo de consentimento informado tem sido utilizado como forma (muitas vezes exclusiva) de comunicação sobre os riscos na RA. Focado na proteção do médico, o termo não garante o estabelecimento de “uma ética da responsabilidade” pautada em relações mais dialógicas entre profissionais e usuárias (Menegon e Spink, 2006).

As críticas feministas aos riscos têm ignorado o fato destas tecnologias representarem para muitas mulheres o último (e às vezes único) recurso possível para auxiliar a produção de um filho. Uma das ativistas feministas entrevistadas para este estudo faz referência ao caráter ambíguo da utilização da RA:

“A questão do dano fica minimizada pelo ganho que é um bebê. Então você tem aí uma coisa de perdas e ganhos também meio complicada se você vai ter um discurso só de acentuar danos. Eu acho que você dificilmente teria, nas próprias mulheres que estão se submetendo à R.A, aliadas, pois é uma opção. Existem danos? Existem. Há um custo altíssimo durante o processo, tanto físico quanto emocional, de cada perda, de cada novo implante, enfim uma coisa muito complicada, mas ela é consciente. Ela é feita de forma consciente para um ganho....”
(Ativista feminista, entrevista nº11)

As produções feministas também têm se preocupado com as possibilidades de interferência científico-tecnológica sobre o embrião fora do útero. Envolvem diagnósticos pré-implantacionais, escolha do sexo, destruição do embrião ou sua criopreservação, clonagem, podendo causar diferentes repercussões, conforme legislação e cultura local. (Tamanini, 2004) No entanto, também nesta questão não há uma posição única nos discursos. Para Cook, *et al* (2004), o acesso ao diagnóstico pré-implantacional tem se configurado como um dos maiores benefícios dos conhecimentos da genética, pois permite alcançar outros direitos como, por exemplo “o direito de fundar uma família e o direito tanto da criança como dos pais ao mais alto padrão de saúde possível” p:365. Entretanto, as demandas relacionadas às qualidades do embrião a ser implantado podem revelar questões sexistas e eugênicas que precisam ser debatidas (Menegon e Spink, 2006; Ramírez-Gálvez, 2006).

Um último eixo de discussão das críticas feministas diz respeito à fragmentação e mercantilização do corpo das mulheres na utilização das tecnologias de RA. A produção demasiada de óvulos tem sido denunciada pelas feministas, pois pode levar à síndrome da hiperestimulação ovariana ocasionando complicações clínicas e até a morte de mulheres (Rotania, 2003;

Reis, 2008; Ramírez-Gálvez, 2009). A produção de óvulos pode significar também moeda de troca para o acesso ao tratamento através da chamada doação compartilhada de óvulos – procedimento praticado em serviços brasileiros em que uma mulher doa parte dos óvulos para outra que não os tem, mas pode pagar pelo tratamento de ambas. (Ramírez-Gálvez, 2006). Da mesma forma, a gestação de substituição também tem sido objeto de negociação, pois sua utilização em contextos de maior liberalidade jurídica e econômica pode gerar a mercantilização do útero. É o que Reis (2006) chama de bionegócio. A autora propõe que a proibição da doação de óvulos e o fim da hiperestimulação ovariana sejam medidas a serem tomadas para impedir a mercantilização do corpo.

A produção acadêmica sócio-antropológica trouxe contribuições importantes sobre as representações sociais na utilização de óvulos doados e de gestação de substituição. Luna (2004) mostra que a doação de óvulos é mais facilmente recebida do que a gestação de substituição, pois “a dimensão simbólica da maternidade parece mais identificada com a gestação do que com o laço genético de parentesco” p:236 Dessa forma, utilizar um óvulo doado parece ser menos problemático do que aguardar o nascimento do filho gerado no útero de outra mulher. Essas representações refletem a forma como a maternidade é legitimada no ocidente - a mãe é quem pariu a criança. A nova resolução do CFM (nº 1.957/2010) manteve a exigência de que a gestação de substituição seja possível com parentes de até segundo grau da doadora genética. Dessa forma, se evita não só a comercialização do útero, mas se

mantem o compromisso moral em não vincular a gestação com a maternidade social.

As produções brasileiras das ONGs e das revistas científicas feministas mostram que a temática da reprodução humana assistida abre espaço para uma série de discussões por suas múltiplas dimensões. Nem mesmo as críticas feministas apresentam uma visão unívoca das questões. Por isso, a tentativa de Rotania (2003) em sistematizar as tendências dos pensamentos feministas em mais ou menos moderadas, talvez não seja tarefa fácil, pois estes são heterogêneos, mas não necessariamente contrários. Percebe-se que as produções acadêmicas encontradas caracterizam-se por apresentarem reflexões sócio-antropológicas dos diferentes aspectos da utilização da RA. Não se encontram explicitamente posições contra ou a favor, mas a intenção em contribuir com a análise do tema como um fenômeno social. Já os dois livros publicados pela SOSCORPO retratam momentos onde o ativismo feminista debateu o tema das NTRs com o propósito de posicionar-se criticamente e fortalecer o tema na agenda política feminista.

De uma forma geral, nas publicações consultadas não há uma discussão em defesa do direito à oferta pública dos serviços de RA. Reis (2008), por exemplo, questiona em que medida “é certo lutar pelo acesso das mulheres pobres às tecnologias, se estas fazem mal à saúde”. Para ela “as mulheres são estimuladas a reivindicarem esses procedimentos como direito” p:110. Acredita que a conjuntura de ampliação geral do acesso guarda relação com interesses pela mercantilização do corpo da mulher:

“Eu tenho certeza que as grandes produtoras de óvulos para as indústrias serão as mulheres pobres e as mulheres negras – o argumento do acesso será decisivo para que o SUS ofereça os procedimentos” p:110

Além disso, a autora questiona a viabilidade de investimentos nessa área reforçando as discussões encontradas entre os técnicos do MS de viabilidade econômica e de hierarquização das necessidades de saúde.

“Se não há ultrassonografia para as grávidas que estão precisando, para as mulheres que têm miomas, que têm câncer, esses gastos são aceitáveis?” p.58

Essa posição, no entanto, não é hegemônica. Saar (2010), representando o CFEMEA em pronunciamento na Câmara Legislativa do Distrito Federal apresentou a defesa do acesso e oferta pública dos serviços de tecnologias de RA.

“Não vamos entrar em consideração sobre os aspectos que levam as pessoas a desejarem ter ou não ter filhos, mas pensamos que é um dever social apoiá-las nas decisões que tomam e para ambas as possibilidades, ter ou não ter filhos, tenham todas as informações disponíveis e tenham segurança técnica sobre o caminho pelo qual optaram seguir. No caso de RA essa questão torna-se vital tamanha a sua complexidade.”p.1

Saar afirmou que a reflexão sobre RA remete a discussão sobre a autonomia das pessoas, a necessidade de regulamentação da RA e a consulta democrática sobre a regulamentação. Referiu:

“a reprodução humana é uma questão pública, do Estado e por ele deve ser assumida, através de suas esferas executiva e legislativa(...) ao judiciário cabe a sua fiscalização(...) não podemos deixar de reconhecer a demanda por esse tipo de atendimento no serviço público. É uma demanda social e é parte dos direitos sexuais e reprodutivos, direitos que a sociedade já conquistou ”

Também encontramos no depoimento de uma segunda ativista e pesquisadora feminista entrevistada para este estudo, o reconhecimento de que não há uma posição unívoca sobre o tema da RA na agenda feminista:

“A Associação brasileira, de mulheres brasileiras, também discutiu pouco porque focaliza outras questões. Eu acho que essa questão, ela é uma questão que ficou polarizada em alguns pequenos grupos. Um grupo que fecha com a Ana Reis, da Bahia, e outro grupo que não, e somos absolutamente solidárias e respeitadas, né? Porque isso não é um tema que vai pra movimento social de mulheres, isso é um tema que vai pra grupos feministas” (Ativista feminista, entrevista n°12)

As palavras de Arilha (2008) definem bem o estado da arte das discussões sobre os temas da reprodução humana assistida na agenda dos movimentos feministas.

“Nós não fomos capazes de criar um debate público, político, onde os diferentes representantes da sociedade pudessem vir a público manifestar um pouco suas perspectivas e que a gente conseguisse criar algum tipo de consenso e dizer: até aqui a sociedade brasileira pode tolerar, conviver, construindo assim parâmetros éticos de existência para o mercado e para o funcionamento das políticas públicas.”p:65

No capítulo 5 analisaremos o desenvolvimento do tema da atenção em reprodução humana assistida nos anos 2000 e o contexto político que favoreceu a construção da Política Nacional de Assistência Integral em Reprodução Humana Assistida em 2005

CAPÍTULO 5

O desenvolvimento do tema da atenção em reprodução humana assistida no SUS, nos anos 2000

- **A Política Nacional de Assistência Integral em Reprodução Humana Assistida: propostas, fundamentos e diretrizes**

Em 2005, o Ministério da Saúde (MS) deu um novo passo para cumprir os compromissos inscritos na legislação nacional e pactuados nas Conferências de Cairo e Beijing de promover os direitos sexuais e reprodutivos da população brasileira com políticas de saúde reprodutiva, sem qualquer tipo de imposição de metas populacionais. A partir do diagnóstico das dificuldades ainda presentes na implementação da assistência ao planejamento familiar (Lei nº 9.263/96) e das necessidades de implementação de ações no âmbito da concepção e da infertilidade, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, propondo ações em três eixos: ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis, melhoria do acesso à esterilização cirúrgica voluntária e introdução da reprodução humana assistida no SUS. Este último eixo de ação culminou na elaboração da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, publicada pelo então ministro da saúde Humberto Costa, através da Portaria GM nº 426/2005. Pela primeira vez, a agenda governamental propôs uma política específica para a efetivação de um direito já previsto na Lei do Planejamento Familiar – a atenção à concepção.

A análise da portaria sinalizou uma reiteração dos compromissos do MS com a saúde reprodutiva, na medida em que procurou incorporar as diretrizes da integralidade, da universalidade e dos direitos. Logo no início do texto, enunciou-se a necessidade de se criar uma rede de serviços “regionalizada” e “hierarquizada” para prestar atenção à RHA. A idéia de regionalização foi importante porque sabemos que ao longo dos últimos vinte e cinco anos esses serviços se desenvolveram em grande parte no setor privado, concentrando-se basicamente, na região sudeste do país, onde estão os grandes centros tecnológicos e científicos (RedLara). Com essa preocupação, o MS apontou que a incorporação das tecnologias reprodutivas, no SUS deveria contemplar desde o início as diversas regiões do país, o que é importante do ponto de vista da universalidade e da integralidade, pois conforme diagnóstico de alguns estudos a abordagem da infertilidade é inexistente em algumas regiões do país (Costa *et al*, 2006; Bonan *et al*, 2010).

Na portaria, foi planejado o conjunto de ações que conformam a atenção à RHA numa estrutura hierarquizada, que deveria articular os seus três níveis de complexidade (atenção básica, de média e alta complexidade). A noção de reprodução humana assistida tem sido utilizada pela literatura médica, fundamentalmente, como assistência de maior complexidade tecnológica. No entanto, a proposta do MS apontou para uma perspectiva mais ampla, ao atender às diferentes necessidades em relação à concepção e à infertilidade, valorizando tanto as tecnologias mais leves⁵⁰ quanto o acesso às tecnologias mais complexas de reprodução assistida, quando necessário. Como estratégia

⁵⁰As tecnologias leves são citadas, neste trabalho, como em Merhy e Franco (2003) para falar da “produção do cuidado de forma integralizada, operando em linhas de cuidado por toda extensão dos serviços de saúde, centrado nas necessidades dos usuários.”p.1

propôs a organização de uma linha de cuidados integrais e interdisciplinares, realizada por diferentes profissionais, onde a porta de entrada seria a atenção básica. Foi importante que o MS tenha planejado que essa assistência começasse pela atenção básica, pois estimativas do grupo de trabalho que construiu a proposta de regulamentação da política, apontam que 70% dos casos de infertilidade podem ser resolvidos nesse nível de atenção e pela média complexidade. Dentro dessa estratégia, o MS propôs investimentos em educação permanente dos profissionais envolvidos nos três níveis, o que sugere uma preocupação com a qualificação das práticas realizadas desde a atenção básica. Esta preocupação se faz necessária, pois a atenção básica não tem acolhido de forma satisfatória as demandas relacionadas à investigação da infertilidade. Há uma certa invisibilidade para as questões relacionadas à infertilidade, dificultando o diagnóstico e a articulação com os outros níveis de atenção, quando necessários (Costa *et al*, 2006; Bonan *et al*, 2010). A alta complexidade, por sua vez, tem se dedicado pouco à discussão sobre riscos nos tratamentos que utilizam às tecnologias de reprodução assistida, o que sugere a necessidade de mecanismos mais participativos da população assistida (Menegon e Spink, 2006).

Na portaria, considerou-se importante a intermediação de uma central de regulação para garantir a articulação entre os níveis de atenção. Da mesma forma, valorizou-se o incremento de mecanismos de regulação, fiscalização e avaliação da assistência prestada, além do estabelecimento de critérios mínimos para o credenciamento e habilitação dos serviços de média e alta complexidade. Isso foi importante, pois naquele momento não havia regulamentação, exceto a

resolução nº 1.358 do CFM que desde 1992 era a única norma ética de orientação para os profissionais e serviços de RHA no país⁵¹.

Na portaria também foi apresentada a proposta de se desenvolver ações transeitoriais de responsabilidade pública no âmbito da infertilidade, fato que trouxe perspectivas de ação no âmbito da promoção da saúde⁵².

Ao dar visibilidade às diretrizes de regionalização, hierarquização e integralidade na atenção à RHA, procurou-se criar através da política uma estrutura que garantisse o acesso aos usuários do SUS. No texto da portaria, mencionou-se a necessidade de “melhoria do acesso”. Entretanto, apesar de existirem alguns serviços ligados ao SUS, não havia nesse momento uma política da atenção à RHA estruturada que pudesse ser “melhorada”. Os poucos serviços existentes, localizados em universidades públicas, foram criados por docentes que já eram expoentes especialistas em reprodução assistida na iniciativa privada e estavam interessados em expandir o campo da pesquisa nessa área. Muitos desses serviços ainda hoje se estruturam oferecendo assistência parcial pelo SUS, o que significa dizer que os usuários precisam arcar financeiramente com parte dos custos do tratamento⁵³. Além disso, algumas instituições têm estabelecido, cada qual a sua maneira, critérios para a entrada nos serviços, como, por exemplo, condições socioeconômicas⁵⁴. Essa é

⁵¹ A Resolução nº 1.358/92 do CFM foi substituída recentemente pela Resolução nº 1.957/2010. Apesar de não ter força de lei, tem sido a base de alguns projetos de lei em tramitação no Congresso Nacional para a regulamentação da reprodução humana assistida no país.

⁵² É importante que o MS tenha apontado para essa perspectiva, pois estudos têm relacionado fortemente à infertilidade com fatores ambientais (Koifman *et al*, 2002; Queiroz *et al*, 2006).

⁵³ São exemplos os serviços de reprodução humana assistida do Hospital São Paulo/ Escola Paulista de Medicina/UNIFESP, do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto/USP e o setor de reprodução humana do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/ UFRGS.

⁵⁴ Segundo informações divulgadas no site institucional, os critérios de exclusão para o acesso ao ambulatório de esterilidade do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da USP são aqueles que não apresentam uma relação custo / benefício que justifique a fertilização assistida. Entre eles encontramos “Condições sócio-econômicas precárias em que não haja condições mínimas para manter um filho”. Ver em www.hcrp.fmrp.usp.br. Consultado em março de 2011.

uma questão muito importante, pois diz respeito a quem é reconhecido como sujeito de direitos nos serviços públicos que oferecem reprodução humana assistida e porque pode agravar iniquidades e discriminação no acesso. A portaria não faz qualquer menção a questões relacionadas às condições sócio-econômicas das pessoas que utilizarão os serviços de reprodução humana, mas esse tema precisa ser enfrentado para que a estruturação da atenção não crie barreiras inviabilizando o acesso aos serviços de saúde. Estudos têm mostrado que ainda se reproduzem no meio dos profissionais visões neomalthusianas sobre reprodução quando, por exemplo, questionam os direitos de pessoas pobres se reproduzirem (Alfano, 2009; Bonan *et al*, 2010). Esta é uma questão relevante para os direitos reprodutivos, pois num país onde o neomalthusianismo teve grande impacto e foi motivo de intensos debates, idéias de controle da natalidade como forma de resolução dos problemas sociais ainda têm gerado consequências nos serviços de saúde - mesmo após as propostas neomalthusianas terem sido rejeitadas pelo artigo 226 da Constituição Federal que proibiu discriminações na esfera da reprodução.

Outros aspectos relacionados à definição dos sujeitos que terão acesso à RHA no SUS também são problemáticos. O MS estabeleceu que os beneficiários da atenção fossem os casais inférteis e os portadores de doenças infecto-contagiosas e doenças genéticas, ou seja, portadores de condições medicamente definidas. Em relação aos primeiros, partiu-se do argumento que a infertilidade é um problema de saúde que afeta muitas pessoas no mundo e no Brasil e além do atendimento às necessidades dessas pessoas, um dos objetivos da política seria permitir um maior conhecimento do quadro epidemiológico nacional e dos determinantes e condicionantes dos principais

problemas de infertilidade dos casais em idade fértil. Em relação aos portadores de doenças infecto-contagiosas e genéticas houve a justificativa de que estes possam ser beneficiados evitando o alto risco de transmissão vertical ou horizontal de doenças.

Ao fazer essa delimitação do acesso a pessoas com causas medicamente definidas, o MS ignorou um debate nacional e internacional sobre o acesso de outras pessoas que poderiam ser beneficiadas pelas tecnologias reprodutivas, como, por exemplo, homossexuais. Inclusive, ignorou o fato de que o acesso desses segmentos, já tenha sido diretriz de políticas anteriores do próprio ministério⁵⁵. As dificuldades de regulamentação do acesso às técnicas de RA por pessoas sem causas medicamente definidas podem estar enviesadas por questões morais, como aquelas relacionadas à maternidade lésbica. Alguns estudos das ciências sociais e da saúde coletiva têm contribuído com reflexões sobre as implicações do uso das técnicas de RA nas novas configurações de filiação e parentesco, rompendo com padrões tradicionais de formação de família (Arihã, 1996; Corrêa e Diniz, 2000; Ramírez-Gálvez, 2003; Diniz e Costa, 2005). A não inclusão destas e outras pessoas como beneficiárias da política acaba por não reconhecer os direitos reprodutivos e o direito à saúde de muitos usuários que dependem exclusivamente do SUS para serem assistidos. Na portaria, a invisibilidade política das dimensões sociais e culturais implicadas no acesso da atenção em reprodução humana assistida ameaça os preceitos constitucionais e os princípios do SUS. Incorporar essas dimensões contribuiria

⁵⁵Em 2004, a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher já havia estabelecido em suas diretrizes demandas relacionadas à saúde das mulheres lésbicas, através do acesso à "inseminação artificial". Após a publicação da política em 2005, os segmentos LGBT excluídos da atenção em reprodução humana assistida continuaram a apresentar essas demandas, vide o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT, em 2009.

para a consolidação dos compromissos assumidos em face dos direitos reprodutivos das pessoas, independente de sua condição socioeconômica, orientação sexual, estado conjugal, raça, cor, e outras características que se façam presentes.

Em julho de 2005, foi publicada uma outra portaria cujo objetivo foi estabelecer as condições para a regulamentação dessa atenção no SUS. A Portaria nº 388, formulada pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), na gestão do secretário Jorge Solla, detalhou de forma mais precisa questões pertinentes à política e trouxe novas indagações a respeito da questão do acesso. Ela estabeleceu mecanismos para permitir o acesso dos grupos-alvo aos serviços de média e alta complexidade, definiu ações assistenciais para os três níveis de atenção (básica, de média e alta complexidade) e, protocolos clínicos, cirúrgicos e de atenção psicossocial com critérios de diagnóstico e tratamento, baseados em princípios éticos e técnicos. Além disso, previu o auxílio aos gestores no controle e avaliação da atenção em RA e a inclusão dos procedimentos de reprodução assistida nas tabelas de pagamento do SUS.

Na atenção básica, porta de entrada para os casais inférteis, os casos considerados inadequados para a atenção de média e alta complexidade, “por possuírem patologias ou fatores concomitantes que possam interferir numa futura gestação **ou alguma outra situação que não se enquadre nos critérios para encaminhamento a serviço de média e alta complexidade**” [grifo nosso] deverão ser avaliados pelo serviço social tendo em vista o oferecimento e o encaminhamento para o processo de adoção na Vara da Infância ou órgão responsável. Essa diretriz guarda elementos de subjetividade. Não se sabe, ao certo, o que se quis dizer com “alguma outra situação que não se enquadre nos

critérios para o encaminhamento (...)” Poderíamos pensar que aqui serão enquadradas diversas situações, inclusive aquelas relacionadas às pessoas consideradas com condições socioeconômicas desfavoráveis para acessar o tratamento de alta complexidade ou relacionadas às pessoas que poderiam ser beneficiadas pela utilização das tecnologias, mas que não apresentam uma condição medicamente definida, como homossexuais e pessoas sozinhas.

Foi previsto que o casal infértil que se enquadre nos critérios clínicos de encaminhamento para a média complexidade passe por uma avaliação psicossocial neste nível de atenção com a finalidade de que se emita um parecer favorável à continuidade do tratamento. Nesta etapa seriam avaliadas pela psicologia questões pertinentes à dinâmica relacional do casal, tais como história de vida, expectativas presentes e futuras; desejo de maternidade/paternidade; projeto de vida (significado da gestação /filho e possibilidade de adoção); relação com a família de origem; dinâmica constituída (outros casamentos, outros filhos). Segundo a portaria, essa entrevista também teria como propósito identificar possíveis transtornos psiquiátricos, assim como o uso de drogas lícitas ou ilícitas e suas implicações para a maternidade e paternidade. Através do parecer do serviço social seriam avaliadas outras questões, como a rede de apoio social (moradia, trabalho, renda, acesso a benefícios sociais, estrutura social), a presença de violência doméstica⁵⁶ e a existência de contracepção definitiva (esterilização cirúrgica)⁵⁷.

⁵⁶ A identificação por parte do profissional da presença de história de violência doméstica é critério de exclusão, no entanto não é mencionada nenhuma ação do setor saúde em função de contribuir com o rompimento do ciclo de violência, apenas a exclusão.

⁵⁷ Na portaria é determinado que será considerado critério de exclusão para a atenção em reprodução humana assistida quando a mulher tiver realizado esterilização cirúrgica, e tenha filhos vivos do parceiro atual. Nestes casos, deverá ser realizada avaliação para a possibilidade de encaminhamento para o processo da adoção. A inclusão da mulher esterilizada somente

Na portaria não se fez referência a fluxos específicos para o portador de HIV e das hepatites virais, no entanto o Departamento de DST/AIDS do MS publicou em 2007⁵⁸ as diretrizes e protocolos para a atenção em reprodução humana desses segmentos. Segundo este documento, os protocolos tiveram como objetivo traçar recomendações que reforçassem o controle do risco de transmissão horizontal, reduzir o risco da transmissão vertical, além de proteger a saúde materna, quando for a mulher a portadora do vírus. Uma das diretrizes lançadas neste documento estabeleceu que a porta de entrada dos portadores do HIV ou das hepatites virais que desejam engravidar será feita dentro da estrutura dos serviços de assistência especializada, onde serão realizados anamnese e exames específicos. Esta etapa da atenção estabeleceu não só critérios clínicos e laboratoriais de inclusão e exclusão para a orientação da concepção, mas também previu a avaliação psicológica e social em função do projeto de paternidade e maternidade. O documento sinalizou que nas situações onde houver necessidade de encaminhamento para a alta complexidade (como nos casos de lavagem de esperma e inseminação artificial) as avaliações psicossociais serão realizadas novamente tendo em vista o acesso aos procedimentos mais complexos, da mesma forma como ocorre com casais inférteis. Na portaria não são citados fluxos específicos para o portador de doenças genéticas.

Ambas as avaliações, psicológicas e sociais, visam à apreensão da realidade dos usuários, sejam inférteis, portadores do HIV ou das hepatites

nas situações onde o parceiro atual não possui filhos reforça normas de gênero e representações sobre virilidade e masculinidade.

⁵⁸ Trata-se do “Planejamento reprodutivo para casais que convivem com o HIV – Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida/ Adoção”, editado como Texto complementar 3 do documento “Recomendação para a profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes”, Série Manuais nº46, MS, Brasília – DF, 2007.

virais, e podem gerar pareceres desfavoráveis ao acesso às tecnologias mais complexas. São avaliações técnicas, porém não estão isentas de expressarem os valores e ideologias dos profissionais ao determinar quem merece ou não acessar o tratamento para ter filhos com a ajuda tecnológica. Portanto, são também procedimentos éticos que precisam ser discutidos mais amplamente para que não se reproduzam mais discriminações sociais e culturais.

Um outro ponto que merece discussão diz respeito ao planejamento quantitativo para a estruturação de serviços nas diferentes regiões do país. A portaria estabeleceu que a área de cobertura assistencial dos serviços de média e alta complexidade deva ser de 1 serviço para a abrangência de no mínimo 6.000.000 de habitantes, com a justificativa de que se possa garantir a viabilidade econômica. Não se conhecem os parâmetros para se chegar a esses números, nem as reais necessidades de atenção de média e alta complexidade em reprodução humana assistida no país, entretanto, estudos mostram que há uma demanda reprimida expressa pelas filas de espera nos poucos serviços públicos que oferecem esta atenção, o que pode gerar a manutenção das dificuldades de acesso (Samrla, 2007).

Pouco tempo após a publicação da Portaria nº 388 houve troca do comando ministerial. Ao assumir, o novo ministro da saúde Saraiva Felipe suspendeu um conjunto de portarias recém-editadas pelo ministro anterior, inclusive a portaria nº388, com a justificativa de que seria necessário analisar os impactos financeiros destas, bem como submeter algumas delas à apreciação da Comissão Intergestores Tripartite e pactuação com os gestores estaduais e

municipais. Meses depois, a Portaria nº388 foi considerada insubsistente⁵⁹ através da portaria GM nº2.442. O MS informou na ocasião, que para a implementação da política se fazia necessária a pactuação entre gestores dos três níveis de governo e o pagamento dos procedimentos envolvidos na tabela do SUS.

Apesar da suspensão da Portaria nº388/2005 de regulamentação da atenção integral em reprodução humana assistida a discussão do tema manteve-se presente na agenda institucional⁶⁰. Em 2007, na gestão do ministro José Temporão, foi lançado o programa “Mais Saúde – direito de todos”, conhecido como “PAC da Saúde”, numa conjuntura em que o Governo Lula anunciou vários projetos para acelerar o desenvolvimento social e econômico do país. Uma das medidas propostas foi a expansão das ações de planejamento familiar. Entre as metas planejadas estava o investimento de R\$ 92.750.000,00 para a implantação de centros de reprodução assistida em cinco universidades, entre 2008 e 2011. Nesse período, de fato foi criado apenas um novo centro de reprodução humana assistida no âmbito do SUS, que foi o do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), localizado na cidade de Recife, Estado de Pernambuco.⁶¹

⁵⁹ Segundo relato de técnico do MS “Tornar-se insubsistente significa que a portaria fica aguardando uma decisão. Ela não é revogada, mas não tem valor legal para ser aplicada. Tem que ficar aguardando a decisão do que será feito.” (Dep. de Assistência Especializada/SAS entrevista nº1).

⁶⁰ Com a aprovação da Lei de Biossegurança em 2005, a ANVISA estabeleceu duas medidas resolutivas que colocaram em discussão as práticas e o funcionamento dos serviços de RA. Foram a RDC nº 33 de 2006, que aprovou o regulamento técnico para o funcionamento dos Bancos de Células e Tecidos Germinativos (BCTG) e, posteriormente, a RDC nº 29 de 2008 que aprovou o regulamento técnico para o Cadastramento Nacional dos Bancos de Células e Tecidos Germinativos (BCTG) e a implantação do Sistema Nacional de Produção de Embriões (SisEmbrio). Em 2009, o presidente Lula decretou a Lei nº 11.935 obrigando os planos e seguros privados de assistência à saúde a darem cobertura do atendimento nos casos de planejamento familiar, trazendo novas perspectivas para o acesso à atenção em reprodução humana assistida, conforme vimos no capítulo 3.

⁶¹ Em 2009 a instituição atuava na atenção em RHA em parceria com a iniciativa privada. Na ocasião da inauguração do serviço de reprodução humana pelo MS, em 26 de maio de 2009, o

Em 2009, ainda na gestão do ministro Temporão foi lançada a portaria GM nº 2.048 que institui um novo regulamento para o SUS. Ela revogou vários atos normativos do MS, inclusive a Portaria GM nº426/2005, entretanto reafirmou o compromisso do ministério com a atenção em reprodução humana assistida e recolocou muitas das diretrizes da política anterior. Neste novo regulamento menciona-se a intenção em implantar a atenção em RHA em todas as unidades federadas, respeitando-se as competências das três esferas. Há também a perspectiva de articulação dos três níveis de atenção e a porta de entrada no serviço continua sendo a atenção básica. O público-alvo foi mantido: o “casal infértil” e as pessoas que possam se beneficiar das técnicas para o controle da transmissão vertical ou horizontal de doenças, conforme a política anterior. O papel da atenção básica continuou sendo importante para afastar patologias ou fatores concomitantes que possam interferir numa futura gestação, porém não se fala mais em afastar “outra situação que não se enquadre nos critérios para encaminhamento a serviço de média e alta complexidade”. Observam-se mudanças no conteúdo que havia sido proposto na política em 2005, pois há previsão de que a rede de atenção em média e alta complexidade seja composta por dois tipos de serviços: serviços de referência em média e alta complexidade em reprodução humana assistida e serviços de assistência especializada para referência em DST/HIV/AIDS. Esta menção sugere que o MS possa ter considerado importante discriminar a atenção às pessoas infectadas que desejam se reproduzir utilizando a estrutura dos serviços de assistência especializada em HIV/AIDS. Estudos têm mostrado

serviço estava estruturado com recursos do próprio IMIP e havia feito convênio com a Secretaria Estadual da Saúde para a aquisição dos medicamentos necessários. Segundo o site institucional, “o IMIP é uma entidade filantrópica voltada para o atendimento da população carente pernambucana e atua nas áreas de assistência médico-social, ensino, pesquisa e extensão comunitária”. Fonte: www.imip.org.br, consultado em 02/05/2011.

que há a necessidade de uma maior capacitação e sensibilização dos profissionais para a abordagem do planejamento reprodutivo de pessoas vivendo com HIV/AIDS. (Santos *et al*, 2002; Paiva *et al*, 2002; Rossi, 2010), no entanto pergunta-se se a discriminação é a melhor solução para reverter esta situação.

Nesta portaria afirma-se que a regulamentação suplementar e complementar da atenção em reprodução humana assistida ficará a cargo dos Estados, Distrito Federal e Municípios. Em que pese, a propriedade das propostas de descentralização e de autonomia da gestão, segundo atribuições dos diferentes âmbitos da esfera pública do setor saúde, algumas questões têm que ser pactuadas político e eticamente em nível nacional, seja com regulamentações ministeriais ou mesmo com leis. Questões relacionadas às pessoas que podem ter ou não acesso, por exemplo, não podem ficar a cargo de regulamentações suplementares e complementares nos contextos locais, pois dizem respeito aos direitos fundamentais.

- **Debates, negociações e conflitos em torno Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida**

Na segunda parte deste capítulo, procuramos analisar em que contexto a assistência à concepção e a abordagem da infertilidade ganharam maior visibilidade na agenda governamental, tornando possível o lançamento da

Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, em 2005, e seus desenvolvimentos posteriores.

As entrevistas realizadas com atores envolvidos⁶² direta ou indiretamente na formulação da política possibilitaram que analisássemos os processos políticos que contribuíram para a formulação dessa política, perpassando aspectos do contexto, atores participantes e conteúdos propostos.

A primeira questão que buscamos identificar através da análise das entrevistas foi como o tema da RHA foi trazido para a agenda governamental nos momentos que antecederam a publicação da portaria.

Na visão de duas integrantes de diferentes gestões da Área Técnica da Saúde da Mulher (ATSM), o tema da atenção em reprodução humana está presente desde a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, antes mesmo da criação do SUS, quando a atenção à infertilidade já havia sido incorporada como parte integrante das ações de planejamento familiar. Relataram que as primeiras experiências no que diz respeito à atenção em RHA foram incipientes, diante das várias dificuldades que o PAISM teve em implementar o conjunto de ações propostas no programa, mas ainda assim houve as primeiras iniciativas de capacitação de profissionais para essa abordagem, inclusive, com a articulação entre o MS e os serviços que já haviam implantado ações de média e alta complexidade no SUS.

⁶²Os setores entrevistados relacionados à formulação da política foram: Ministério da Saúde (Departamento de Atenção Especializada/DAE, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/DAPES, Área Técnica de Saúde da Mulher/ATSM, Departamento de DST/AIDS) e especialistas em RHA dos serviços públicos. Também foi considerada a entrevista do representante da rede de pessoas vivendo com HIV/AIDS.

“(…) Isso já estava previsto lá atrás nas bases do próprio PAISM e foi experimentado, sim, de uma forma isolada ou não, por exemplo, quando nós tivemos a chance de coordenar a implantação do PAISM no Estado de Goiás. Nós criamos o serviço de infertilidade em Goiás que funcionava como a referência para todos os Estados. Nós treinamos os serviços de menor complexidade a identificar e fazer orientação nos casos protocolados de infertilidade. Então, essa possibilidade de uma referência ficou garantida numa maternidade chamada Nossa Senhora de Lourdes. Na época mandamos médicos se capacitarem no serviço especializado, compramos equipamentos bastante sofisticados, porque as cirurgias são todas muito delicadas e requerem tecnologias sofisticadas. Nós tivemos essa iniciativa. E alguns outros Estados por certo também fizeram, tiveram a iniciativa ou contrataram serviços que pudessem dar conta dessa demanda. Mas quando eu avaliei a situação da infertilidade na minha pesquisa, eu vi a ausência, a lacuna da oferta no campo dos municípios pesquisados, e, realmente, uma das fraturas, digamos, do sentido de integralidade na oferta tava exatamente nessa questão da infertilidade. Do ponto de vista da necessidade, sem dúvida, eu volto a dizer, sem dúvida que há necessidade de se valorizar isso como demanda”(ATSM, entrevista nº2).

“Eu acho que esse tema esteve na agenda desde o início da política de atenção integral à saúde da mulher, lançada em 84. Eu entrei no MS em 1990 e fiquei até 2008 trabalhando diretamente com esse tema. E esse tema foi muito importante pelo seguinte: a questão do planejamento familiar era importante, ela estava na agenda, você tinha que dar resposta. Você tinha que marcar sua posição. Sua posição vai ser uma posição de estimular uma política de controle de natalidade ou vai ser uma posição de garantia de direitos? Eu acho que ainda em 84, 86 começamos a distribuir métodos, numa quantidade simbólica, porque eram métodos que a gente comprava com recursos do projeto FNUAP. O governo não tinha uma linha de investimento pra essa questão. E a primeira ação que a gente começou a ter com relação à questão da reprodução humana foi introduzir um capítulo na norma de assistência ao planejamento familiar, um capítulo de assistência à infertilidade. (...) Nós tínhamos uma política de organização de centros docentes assistenciais. Eram serviços que poderiam tanto estar ligado à universidade quanto à assistência e que tinham que desenvolver o conjunto das ações de política de assistência à saúde da mulher. Então, a gente fazia um alinhamento conceitual. A gente botava aqueles serviços pra falar exatamente o que estava definido nas nossas normas técnicas e passava a dar apoio financeiro pra eles reproduzirem, pra eles fazerem a formação de quadros. O MS teve um peso muito grande na construção dos conceitos dentro da Conferência de Cairo e das Mulheres. Depois, com o SUS, em uma outra conjuntura a nossa função enquanto Ministério era muito mais normativa e regulatória. Então decidimos que não tínhamos que “ganhar” os Estados pra eles montarem essas estruturas de uma forma regionalizada. Pra quanto mais perto do município isso chegar, melhor, porque sai mais barato ainda. Fomos apoiando e mantendo. A nossa função seria de atualizar as normas, trazendo consenso, trazendo diferentes entidades que tão envolvidas com a questão. Começamos a identificar quais eram os serviços que já estavam atuando no SUS com reprodução humana assistida. Que é pra eles funcionarem como um pólo de formação até pra outros estados. Nós promovemos, nós apoiamos, por exemplo, a ida de serviços de um Estado para outro para poder organizar a ação de atenção à infertilidade. Nós identificamos, eu me lembro, naquela época,

por exemplo, aqui o Hospital Materno-Infantil de Brasília já fazia reprodução humana assistida com Joaquim da Costa Lopez(...) As pessoas acham que tudo começou agora. Não começou! O que muda é a maneira de você trabalhar o tema. É o investimento financeiro que você faz.” (ATSM, entrevista nº 3)

Segundo uma das técnicas da ATSM, enquanto o tema foi tratado como capítulo de uma norma técnica do planejamento familiar, publicada nos anos de 1980, não houve a institucionalização das ações. Considerou que quando a assistência à saúde integral da mulher tornou-se uma política, com o PNAISM, em 2004, houve a ampliação da agenda das mulheres, o reconhecimento das lacunas assistenciais e a percepção que seria impossível dar consequência a essa agenda dentro de uma área técnica. A estratégia de diálogo intersetorial dentro do MS fortaleceu as perspectivas de ação no que diz respeito às várias ações, inclusive a atenção em RHA que passou por um processo de desenvolvimento, com as discussões que culminaram na elaboração da política.

“Eu sempre tive uma preocupação muito grande com institucionalização da política, quer dizer eu sempre achava que quando a coisa fica na saúde da mulher, ela está como uma política de área. Se ela entra nos caminhos que são os caminhos de coordenação do SUS, ela se fortalecesse. É o contrário do que os coordenadores sempre achavam. Para eles estávamos perdendo poder. Eu achava que não! A política estava se fortalecendo. E o que a gente buscava era isso, era o fortalecimento da política, não é a área estar com poder (...).” (ATMS/MS, entrevista nº3)

O depoimento de uma técnica do Departamento de Ações Programáticas Especializadas (DAPES), instância que incorpora a ATSM, também teve essa compreensão. Para ela, a partir da formulação da Política

Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) a ATSM passou a tratar a saúde da mulher de forma transversal dentro de todas as secretarias do ministério. Isso se intensificou justamente com a proposta da atenção em reprodução humana assistida onde se iniciou o diálogo com outros setores da própria Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), como o Departamento de Atenção Básica (DAB) e o Departamento de Atenção Especializada (DAE).

Alguns depoentes mencionaram outros processos que estariam acontecendo nos anos 2000 dentro do Departamento DST/AIDS/MS e dos movimentos de pessoas vivendo com HIV/AIDS que fomentaram o debate sobre a oferta dessa atenção no SUS. Para o técnico que ocupava, na ocasião das discussões da política, posição estratégica no Departamento de Atenção Especializada (DAE) o tema da atenção em reprodução humana assistida foi trazido meses antes da elaboração da Portaria N°426, por técnicos do Programa de DST/AIDS do MS, que tinham o objetivo de incrementar novas estratégias para a redução dos riscos da transmissão vertical e horizontal do HIV. Segundo ele, o departamento havia avaliado que era preciso abordar de forma adequada os soropositivos e estruturar os serviços para a atenção ao planejamento reprodutivo. Por essa razão, solicitou à SAS a inclusão dos procedimentos de alta complexidade na tabela de pagamento do SUS para viabilizar a orientação da concepção destes casais com tecnologias de reprodução assistida.

“ Eu entrei para o MS pelo Programa de DST/AIDS e depois de dois anos e oito meses fui para a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). O início desse processo se deu dentro do Programa de (DST-AIDS), solicitando à SAS que fizesse a inclusão de procedimentos de lavagem de esperma e de inseminação artificial em casais soros-discordantes(...) o secretário determinou que a média e alta complexidade (DAE) é quem ia coordenar essa discussão. Nós

analisamos o processo e apesar de ter vindo do Programa de (DST-AIDS) eu tinha algumas (ainda tenho até hoje) algumas divergências com relação a estratégia de programas específicos, porque a idéia de você fazer programas específicos é pra ampliar acesso e tentar atender a própria Constituição que dentro das suas diretrizes que é lidar com a equidade, ou seja, tratar os iguais, iguais e os diferentes de forma diferente(...) eu falei que não ia discutir uma estratégia só pra soro-positivo, ou só pra soro-discordante. Aí foi onde eu chamei a sociedade de especialistas pra conversar, identifiquei alguns serviços que já lidavam com isso” (DAE, entrevista 1)

Segundo este técnico, partiu dele a inclusão de outros beneficiários dessa atenção, pois a demanda apresentada pelo Departamento e a ATSM referiu-se aos casais sorodiscordantes e soroconcordantes. Na sua visão não houve pressão direta dos movimentos organizados de pessoas vivendo com HIV/AIDS pela implementação da atenção em reprodução humana assistida no SUS. No entanto, admitiu que o programa de DST/AIDS sempre trabalhou “afinado” com as demandas dos movimentos sociais, porque parte dos diretores e dos técnicos do departamento eram oriundos destes movimentos. Na sua opinião, isso fazia com que tivessem uma visão focada nos direitos “de que precisa ter aquilo e não importa como”, o que às vezes dificultava às discussões com outros setores do MS.

O representante do Departamento de DST/AIDS, entrevistado para este estudo, não participou diretamente dos grupos de trabalho, porém acompanhou o processo de desenvolvimento do tema no seu departamento. Reiterou que a estratégia de oferecer atenção em reprodução humana assistida com a finalidade de reduzir os índices de transmissão vertical e horizontal partiu de dentro do próprio departamento. Segundo ele, para os movimentos de pessoas vivendo com HIV/AIDS, a reprodução não representava a maior demanda junto ao ministério, e sim as novas estratégias de prevenção, como profilaxia pré e

pós-exposição sexual devido ao que ele chama de “fadiga das práticas sexuais seguras”.

“A pressão hoje está muito mais localizada na questão da diversificação das estratégias de prevenção. O movimento social mais atuante no campo da AIDS é formado por populações excluídas que são mais vulneráveis, principalmente homens que transam com homens (HSH), travestis, profissionais do sexo, mas principalmente HSH. E uma parte, de pessoas vivendo com o HIV... as mais militantes, pessoas vivendo com HIV são principalmente do movimento gay. E o movimento social, eu acredito que pela própria fadiga das práticas sexuais seguras, vêm demandando a diversificação dessas áreas de prevenção. A reprodução não chega a haver nenhum tipo de resistência por parte do movimento social organizado pra reprodução. Mas não é um tema que vem, que tenha sido trazido por eles. Nós que resolvemos, começamos a abrir essa frente, na verdade, aqui no ministério. Com exceção da questão do tratamento como prevenção e da profilaxia pré-exposição, pós-exposição sexual, isso sim vem sendo trazido como uma questão importante para o movimento social”. (Departamento DST/AIDS/MS, entrevista n°5)

A entrevista realizada com representante de uma rede de pessoas que vivem com HIV/AIDS reforçou, em parte, a visão do técnico do Departamento de DST/AIDS. Segundo ele, os movimentos de pessoas vivendo com HIV/AIDS sempre foram propulsores de políticas públicas, todavia as principais reivindicações vêm dos homossexuais masculinos. Estes, na sua avaliação, não têm a reprodução como uma demanda prioritária, e sim a continuidade do fornecimento dos antirretrovirais, a produção nacional dos medicamentos, entre outras questões. No entanto, afirma que a reprodução sempre foi uma demanda das mulheres soropositivas pela questão de gênero relacionada ao projeto da maternidade, sendo importante que a política pública tenha respondido às especificidades deste grupo.

“O papel do movimento social de luta contra AIDS, dentro da política pública de HIV/AIDS dentro da política do Sistema Único de Saúde foi de

ser o propulsor, e ainda é um propulsor de políticas públicas. Do acesso universal ao tratamento, do acesso a kits, exames e uma série de outras conquistas que têm advindo com o tempo. A questão dos direitos sexuais reprodutivos é uma questão que sempre esteve presente. No início da epidemia de AIDS tinha-se o conceito que a mulher soropositiva não podia engravidar. Alguns médicos defendiam até uma laqueadura de trompas, a esterilização das mulheres, pra que essas mulheres não engravidassem. O tempo passou, tivemos o advento do coquetel que mudou muito essa realidade (...) eu acho que essa demanda existe mais por parte das próprias mulheres. Várias cidadãs engravidaram. Tem uma ótica até diferente, porque eu faço parte dentro do movimento que é de uma rede de pessoas soropositivas, mas que o grupo maior é predominantemente de homossexuais. Então você acaba tendo umas especificidades que diferenciam, mesmo sendo um grupo soropositivo. O maior o desejo de é de mulheres terem filhos do que de homens. Principalmente homens gays (...) Isso é uma demanda do movimento, com certeza, faz parte da política do Departamento de DST/AIDS que sempre teve uma política de inclusão das pessoas vivendo com HIV/AIDS. A sociedade tem que ser vista como um todo. Não pode só pensar na política pública para um grupo específico. A política pública vai ter uma maior efetividade quando ela incluir um maior número de pessoas que vão se beneficiar daquela política específica".(Rede de pessoas vivendo com HIV/AIDS, entrevista nº6)

Uma das especialistas em RHA do serviço público referiu que o que impulsionou às discussões para a formulação da política foi a pressão dos casais sorodiscordantes, apesar de existir uma grande demanda de inférteis nos serviços públicos. Avaliou que isso se deu devido à atuação política dos portadores do HIV/AIDS, mas ressaltou que essa atenção poderia beneficiar a reprodução de outras pessoas como homossexuais, pessoas sozinhas, tetraplégicas e pessoas com câncer.

Segundo informações do técnico do DAE, em agosto de 2004, sob a coordenação da média e alta complexidade foi instituído um grupo de trabalho para elaboração da política, no qual foram convidados a participar diversos setores do Ministério da Saúde (Área Técnica da Saúde da Mulher, Departamento de Atenção Básica, Departamento de DST/AIDS), alguns serviços públicos ou filantrópicos que já realizavam reprodução assistida como o Centro de Reprodução Humana Assistida do Hospital Regional da Asa

Sul/DF, o Centro de Referência em Saúde da Mulher/SP (Hospital Pérola Byington), o Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), o Hospital Universitário de Ribeirão Preto/USP/SP, o Hospital Universitário da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), o Hospital das Clínicas da UFRGS e algumas sociedades científicas e de especialistas como a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), a Sociedade Brasileira de Reprodução Humana, Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida, o Núcleo de Bioética da UNB e a Sociedade Brasileira de Urologia. Enfatizou que o grupo de trabalho foi constituído tendo em vista a construção de uma linha de cuidados que tinha como base o atendimento integral, conforme os princípios do SUS.

A técnica do DAPES relatou que, paralelamente ao início das discussões sobre a formulação da política, existia um movimento forte e organizado de homens e mulheres, casais sorodiscordantes que estavam amadurecendo a idéia de ter filhos apesar da infecção viral. Estes expressavam suas demandas reprodutivas em congressos da área de DST/AIDS, o que reiterou a hipótese de que estas demandas possam ter chegado ao departamento de DST/AIDS, através das reivindicações e articulações com os técnicos nestes eventos. Para ela, a área técnica da mulher também trouxe discussões importantes das demandas dos segmentos de mulheres soropositivas para a discussão do grupo de trabalho. No entanto, refere que o mesmo não foi visto em relação à população em geral, pois em sua avaliação não há uma demanda explícita das mulheres inférteis por essa atenção, além desse tema ser tratado erroneamente pela sociedade como um assunto de “elite”. Este relato foi significativo, pois reafirmou as evidências encontradas neste estudo sobre a

falta de expressão de movimentos organizados de pessoas inférteis que fizessem reivindicações junto ao MS.

Um outro ponto importante de seu depoimento refere-se ao papel que a ATSM teve, na ocasião das primeiras discussões do grupo de trabalho, na defesa de uma linha de cuidados integrais que perpassasse todos os níveis da atenção em reprodução humana assistida e não valorizasse só a atenção especializada que era o foco de interesse dos especialistas da alta complexidade.

“Começa a haver um sítio de conversa dentro do Ministério, a partir do DAE que é o primeiro ator a querer conversar sobre isso. Não é nenhum grupo organizado de casais inférteis ou que estejam com problemas de procriação, não. É a Sociedade Brasileira de Reprodução Humana Assistida, quer dizer existem interesses corporativos aí em colocar essa política pra dentro do SUS. E aí se começa a conversar com a Sociedade, a ATSM representando o DAPES, a atenção básica, ainda muito discreta, e o DAE coordenando(...) então vem essa demanda da importância de se colocar pra dentro do SUS esse oferecimento, só que quando começa a partir da reprodução humana assistida nós temos uma coisa que a gente perde a linha de cuidado inicial que é uma linha ainda desprovida de recursos tecnológicos mais pesados. A gente tem a tecnologia leve do diálogo, a tecnologia mediana que são os primeiros exames, tratamentos com antibióticos, tratamentos com antifúngicos, ou mesmo orientação sexual, apoio psicológico, tudo isso se dá na atenção básica. Ainda não passamos esse indivíduo pra atenção especializada, mas a política começa aqui, na atenção especializada e na atenção hospitalar. Então, o papel da área técnica da saúde da mulher foi justamente trazer essa preocupação da gente não olhar o final da linha de cuidado, que é reprodução humana assistida, mas olhar a linha de cuidado como um todo.” (DAPES/MS, entrevista nº4)

O técnico do DAE apontou que os primeiros encontros para discutir o conteúdo da portaria foram marcados por divergências entre os técnicos do MS em função da estruturação da assistência aos portadores do HIV. A coordenação do grupo defendeu a não discriminação dos serviços para a

atenção ao soropositivo, diferente da proposta do Departamento de DST/AIDS que concebia esta atenção dentro de serviços especializados para esses segmentos.

“Dentro da estratégia, a lavagem de esperma e a inseminação para os soroconcordantes e sorodiscordantes era um componente dentro da linha de cuidado. Eu não ia fazer discriminação, eu não teria serviço próprio só pro pessoal do programa de DST-AIDS. Eu estava tentando quebrar a segmentação que existe hoje, porque o Serviço de Atendimento Especializado do programa de DST-AIDS segmenta. Ele diz que só atende soro-positivo e com doenças, como tuberculose, hepatite. Então, quem não está dentro desses critérios... pode ter infectologista lá com tempo disponível, mas não atende. Então pra não ter essa segmentação falamos em não criar esses nichos, e sim fazer o serviço de reprodução humana dentro de universidades, dentro de hospitais especializados, mas que atenda a população. Que eu faça a inclusão desse soro positivo dentro da lógica de atendimento e que essas pessoas saibam respeitar o soropositivo como ser humano. Não é porque ele é soro positivo que ele é um cara diferente dos outros, não é?” (DAE, entrevista n°1)

Após esta questão ter sido aparentemente superada com a definição de uma única estrutura não diferenciada para a atenção de média e alta complexidade de soropositivos e demais beneficiários, identificou-se um segundo ponto de conflito entre os técnicos do ministério. Desta vez, o embate relacionou-se à concepção sobre direitos e deveres dos soropositivos na formação de famílias. O técnico do DAE afirmou que havia por parte dele uma preocupação com o suporte familiar das crianças nascidas com a ajuda das tecnologias, considerando o tempo de sobrevivência dos pais soropositivos. Segundo ele, o Departamento de DST/AIDS defendia que o direito do portador do HIV estava “acima de tudo” e tinha autonomia em sua decisão. Ele contra-argumentava com a afirmação de que um dos problemas do portador do HIV

era não contar com uma rede de apoio social. Enfatizava que o MS havia criado, ao longo da epidemia, estratégias para atender as pessoas que a família discriminou após o diagnóstico e que a decisão por ter filhos deveria ser bem trabalhada. Após muitos debates sobre as discussões de direito, autonomia e livre-arbítrio, referiu que houve consenso de que o aconselhamento do casal fosse um componente fundamental da linha de cuidados do portador do HIV, para que se garantisse um maior amadurecimento sobre a decisão por ter filhos.

Evidenciou-se a presença de visões que restringiam os direitos das pessoas que vivem e convivem com HIV, pelo fato destas serem portadoras de um mal que ainda não tem cura. Além disso, questionou-se se o Estado deveria apoiar a decisão por ter filhos de pessoas em condições sociais desfavoráveis, reiterando, no âmbito do SUS, uma visão elitista do acesso às tecnologias de RHA.

“Eu tenho que dar a opção ao usuário, ao casal de ter ou não o filho e das complicações que podem acontecer a partir dessa decisão, que vai desde eu ter um a seis filhos, porque a reprodução [assistida] dá isso: o casal vai pra reprodução querendo ter um filho, recebe de presente três, quatro (...) E aí esse casal tem condição de ter esses cinco filhos, esses três filhos, ou esse um filho? Porque o próprio grupo que já trabalhava com isso no serviço dizia que o casal tem direito de decidir se vai ter ou não filho, mas nós como entes de governo temos o dever de dizer pro casal e orientar o casal que ele vai ter complicações com esse procedimento. Porque uma coisa sou eu que tenho nível superior, estou formado, ganho bem, tenho estrutura familiar, querer ir lá fazer reprodução humana assistida. Outra coisa é um cara que mal consegue comer eu vou lá oriento ele e facilito a vida dele pra ter mais filho (...) Mas mesmo esse cara que já tem dois e quer ter mais, ele vai ter condição de sustentar esses filhos? A discussão de parte do grupo era de que isso não era uma decisão nossa, e sim dele. Eu não concordava! É uma responsabilidade nossa, porque se esse cara tiver filho, eu como ente de governo vou ter que disponibilizar saúde, escola, educação e trabalho. Eu sei do direito, mas eu também sei do dever e aí tem o dever do cidadão e tem o dever do Estado. Como dever do Estado eu vou ter uma responsabilidade muito grande de arcar com todas as consequências desse processo, que não são pequenas. Então, eu não

posso ser irresponsável de jogar uma política para fazer com que a população tenha o seu direito, mas ao mesmo tempo eu ser cobrado, porque eu dei o direito e depois eu não dei suporte pra ela usufruir daquele direito. Então, em cima disso a gente teve a seguinte idéia da adoção. Eu tenho duas situações, uma o direito da população ter filho, e o direito do filho ter pai e de ter condição social de sobrevivência (...) (DAE, entrevista n°1)”.

Ele apresentou para o grupo um discurso que reforçava o papel do técnico do MS como “ente” do Estado responsável por antever as consequências dos seus atos no processo de construção dessa atenção. Em alguns momentos o técnico expressava uma visão de base neomalthusiana e deixava escapar o questionamento sobre o direito de pessoas pobres se reproduzirem. Percebe-se que a tese sobre a responsabilidade do técnico como ente do Estado na formulação de uma política específica serviu para fortalecer a proposta de que esta atenção fosse estruturada de forma a atender simultaneamente “o direito da população de ter filho e o direito do filho de ter pai”. Segundo ele, a oferta da adoção articulada às etapas da linha de cuidados foi concebida como uma estratégia “responsável” do Estado que respondia ao desejo de filhos, evitava o desgaste físico e emocional relacionado aos procedimentos mais complexos e agravado por sua baixa performance, além de ajudar a solucionar um problema social no país que era o número de crianças a espera de adoção.

“Dentro da lógica da linha de cuidados colocamos pra cada momento, que vai desde a orientação até a própria fertilização *in vitro*, o aconselhamento para a adoção. O serviço ele seria interligado ao fórum municipal, ao fórum estadual, a estrutura que cuidava da adoção na cidade para agilizar o processo. Se o casal falasse “não, não quero fazer a adoção agora”, passava pro próximo momento da linha de cuidado. Não deu certo, de novo a oferta da adoção. Então aquela coisa martelando até o casal ver, porque chega um momento que todos os relatos que a gente tinha dos processos de fertilização são um sofrimento muito grande. Não é tão simples como todo mundo

pensa. A mulher come o “pão que o diabo amassou” pra fazer esse processo todo, e tenta uma vez, tenta duas, tenta três, tem gente que tenta cinco ou seis vezes. E aí então pra tentar diminuir esse sofrimento toda hora fazendo o aconselhamento, então isso foi aceito por todo mundo. Essa proposta eu achei que foi a sacada da política de reprodução humana assistida, que eu resolvia o problema do direito, que dava o direito de todos os casais independente de ser soropositivo ou não, de passar pelo procedimento, pelo processo da reprodução humana assistida dentro da linha de cuidado, mas que ele era orientado a ter um filho adotado.” (DAE, entrevista nº1)

A técnica do DAPES ressaltou que a oferta da adoção tinha como pressuposto o fato de que era uma oferta e não uma obrigatoriedade. Segundo ela, apesar disso a proposta foi recebida com espanto por parte de alguns especialistas de reprodução assistida. Afirma ainda que a oferta da adoção foi bem vista nas discussões dentro do Conselho Nacional de Saúde e, apesar da forte presença de entidades religiosas nesses espaços, não houve resistência em relação à reprodução assistida.

Nenhum dos setores entrevistados mencionou questionamentos em função da proposta de incorporação da oferta da adoção na linha de cuidados. Isto pode ter ocorrido pela falta da presença dos beneficiários nestas discussões. Estudos têm mostrado que o acesso às técnicas de reprodução assistida tem se concretizado como a última oportunidade de filhos biológicos (Borlot e Trindade, 2004). A oferta de adoção como eixo central que perpassava toda a linha de cuidados expressou a visão de que a solução para o desejo de filhos de usuários do SUS poderia ser atendida pelo Estado, prioritariamente através de outra política social e não pela ajuda das técnicas de RHA.

Duas especialistas de diferentes serviços públicos de reprodução assistida que participaram dos grupos de trabalho disseram em suas

entrevistas que suas contribuições estiveram circunscritas às discussões técnicas para o estabelecimento dos protocolos clínicos, inclusive critérios médicos de inclusão e exclusão dessa atenção, escolha dos medicamentos e equipamentos necessários, não havendo nenhum questionamento quanto à articulação da oferta de adoção nesse processo.

O técnico do DAE relatou que a resolução normativa do CFM nº1.358/92 funcionou como base legal de orientação das discussões e conteúdos propostos. Conta que inicialmente houve uma certa dificuldade para avançar nas discussões porque cada serviço queria impor sua experiência como modelo da atenção. Ao analisarmos a portaria nº 388, é possível verificarmos a presença de critérios de elegibilidade psicossocial que retratam a influência dos protocolos de alguns serviços que participaram do grupo de trabalho, que não guardam nenhuma relação com a norma deontológica do CFM.

Ele referiu que após o amadurecimento da proposta foram calculados os gastos mínimos necessários para garantir a realização da linha de cuidados desde a atenção básica até as ações mais complexas de fertilização *in vitro*, de forma que estas ocorressem com segurança e maior chance de sucesso. Para isso, foram cortados os medicamentos desnecessários e orçados os gastos para três tentativas de fertilização, num valor aproximado de R\$5.000,00 (cinco mil reais). Apesar de reconhecer que alguns especialistas do grupo tinham um discurso sutil favorável aos interesses da indústria farmacêutica, o técnico do DAE planejava que o pagamento dos procedimentos fosse feito através da realização de um “bloco” de ações e não por procedimentos individuais, o que segundo ele, “fomentaria a indústria da alta complexidade”, comprometendo a proposta dessa atenção. Quando questionado sobre o papel dos chamados

projetos de inclusão social da indústria farmacêutica no acesso às tecnologias de RHA, o técnico do DAE argumentou que era impossível pensar em inclusão social com venda de medicamentos.

“A indústria farmacêutica é um problema no mundo. Ela não é um problema só no Brasil e ela sustenta serviço, sustenta médico, ela faz de tudo, ela usa de uma agressão comercial muito grande e os profissionais se submetem a agressão porque o volume de recurso é alto demais que envolve esse negócio. E eles usam dessa discussão aqui de inclusão social e tal como uma forma de ganhar o apoio da população em estratégia em que eles estão desenvolvendo. Mas a lógica em si desse negócio aqui é venda de medicamento pura, crua, por isso que nós não chamamos ninguém da indústria pra conversar. Deixamos de fora, mas sabidamente alguns discursos de algumas figuras dentro do grupo era discurso vindo daqui, da indústria, mas que a gente também de uma forma sutil, quebrávamos essa discussão. Porque eu não posso discutir inclusão social com necessidade de medicamento. Não tem o menor fundamento nisso! Quer discutir inclusão social? Beleza! Vamos discutir adoção! Então, quer maior inclusão do que essa?” (DAE, entrevista n°1)

O técnico mencionou também que no decorrer do processo de trabalho do grupo, o ministro da saúde recebeu a visita de um conhecido especialista da iniciativa privada de São Paulo que além de questionar não ter sido chamado para as discussões do grupo, propôs que o MS realizasse a atenção básica e o seu serviço fosse a principal referência nacional para a alta complexidade. Além disso, pretendia que só os serviços privados habilitados pela avaliação dele fossem credenciados para fazer as técnicas de reprodução assistida para os usuários do SUS. O técnico contou que esta proposta foi imediatamente descartada pelo ministro e por ele como coordenador dos trabalhos.

Um relato importante feito por ele no decorrer da entrevista foi que a discussão da atenção em reprodução humana assistida atendia a um segundo objetivo do MS que era fomentar a discussão sobre a necessidade de se

organizar a alta complexidade tendo em vista a regulamentação do funcionamento dos bancos de células embrionárias e a utilização de material criopreservado para fins de pesquisas com células-tronco, discussão que ocorria paralelamente no Judiciário.

Quando questionado sobre os critérios para a definição do público-alvo, o técnico do DAE relatou que a inclusão dos portadores de doenças genéticas foi uma demanda proveniente dos próprios especialistas em RHA que estavam preocupados com os casos que chegavam em suas clínicas. No entanto, apesar da presença nos grupos de setores relacionados à bioética, a técnica do DAPES avaliou que não se avançou nas discussões sobre a atenção em RHA para esses segmentos, possivelmente pelas dificuldades dos debates em função da eugenia.

Quanto à definição no texto do “casal infértil” e não homens e mulheres ou mesmo, pessoas, o técnico do DAE utilizou um argumento de cunho moral e de caráter inconstitucional⁶³. Afirmou que o Estado não poderia arcar com a monoparentalidade sob o risco de que não houvesse a “responsabilidade” necessária para a formação da família, confirmando, com isso que a atenção em RHA, na visão dele, deveria estar voltada para a formação de padrões tradicionais de família.

“Era o casal, e nunca a mulher e o homem! (...) Tinha uma questão de gênero, e por isso que a gente não focava homem e mulher. Tinha a discussão de chamar o casal pra responsabilidade que é de construção de uma família em si, não na discussão da família hoje heterossexual essa coisa, mas discussão da família de quem cuida, porque se eu pegar simplesmente você solteira que quer fazer reprodução, vai lá num banco de esperma, escolhe um perfil (que é o formato que tem nos Estados Unidos hoje) e faz inseminação artificial. Eu como ente de governo não posso arcar com isso, porque é uma decisão sua

⁶³ O artigo 226 §4, da Constituição Federal, reconhece a monoparentalidade como entidade familiar que deve ser protegida pelo Estado.

isoladamente querer ter uma montoeira de filho. Agora quando um casal quer se responsabilizar por uma criança e o casal não pode ter filho em decorrência de problema “a, b, c, d” fica mais fácil de você criar a responsabilização na base legal que a gente tem hoje. Se construísse uma outra base constitucional aí era outra história, mesmo o código civil que reformaram não dava condição de eu fazer outra coisa que não considerar o casal (...) Então, o casal a gente cria pressão, primeiro para não discriminar homem, mulher e nem responsabilizar mais a mulher ou mais o homem. E segundo, para focar a idéia da importância do compromisso que esses indivíduos têm que ter com aquele momento futuro que eles vão viver.(DAE,entrevista nº1)

Para ele, a posição em defesa da entrada de homossexuais e pessoas sozinhas nessa atenção partiu do Departamento de DST/AIDS. Percebemos que esta questão significou mais um momento de conflito no grupo. Os técnicos do departamento justificavam o direito desses segmentos com base nos preceitos constitucionais. O técnico do DAE contra-argumentava, questionando se a atenção em RHA era uma real “necessidade de saúde” para essas pessoas, e se o Estado deveria respondê-la.

“Foi porque o programa de DST/AIDS ele parte da premissa que qualquer um pode ter qualquer coisa de qualquer jeito. A história do acesso previsto na Constituição eu tenho que garantir tudo que todo mundo quer de qualquer maneira, não era a visão de todos e não é a minha visão. Assim, eu crio o direito irresponsável! Porque senão não precisa ter regra, que é o ideal da civilização, que diz que a civilização caótica é aquela em que consegue conviver com o caos, não é? Então, o ideal é que não tivesse regra pra nada e as pessoas conseguissem conviver com essa não regra harmonicamente, mas a gente não tem isso, e por isso que ainda existe polícia, por isso que ainda existe justiça, juiz, advogado e legislação. Então, logo eu não posso simplesmente dizer que um travesti, ou uma homossexual sozinha possa ir lá e participar de uma reprodução humana assistida, não dá pra ter isso. Não que ela não possa fazer, mas que ela gaste o dinheiro dela, que ela faça por conta própria. É a mesma coisa de cirurgia estética, porque senão eu misturo as duas coisas. Isso foi tão complicada essa discussão, porque é exatamente isso assim, quando a gente entra no lado do direito todo mundo tem direito a tudo(...) A hora que tiver o momento cultural, social que possibilite isso, a gente abre espaço. Mas nesse momento não tem possibilidade financeira ” (DAE, entrevista nº1)

Apesar dos setores do MS não compartilharem uma visão unívoca sobre esta questão, a técnica da ATSM reconheceu que as demandas relacionadas ao acesso de homossexuais e pessoas sozinhas não foram defendidas da forma necessária nos grupos de trabalho e acabaram acontecendo num momento secundário da discussão da política devido, em parte, pela falta de um consenso interno dos técnicos da própria ATSM.

“A ATSM botou o tema na agenda, mas não atentou... Foi participando do processo... Eu acho, assim, por exemplo, olhar pra questão da reprodução humana como uma ação de saúde importante para mulheres, homens, para os homossexuais não foi uma coisa que nós trabalhamos bem desde do início. Nós não nos posicionamos! Não entramos na discussão com uma posição clara com relação a essa questão e defendemos. Foi no “fritar dos ovos”, foi quando a gente começou a ter dentro da equipe a participação de [uma pessoa ligada aos movimentos LGBT] É, porque ela foi levada pra equipe pra a gente construir toda uma linha de trabalho de atenção às mulheres que faziam sexo com mulheres. Ela tinha essa visão muito clara que a [outra] não tinha. Quer dizer, eu acho que houve até uma evolução, isso é natural, dentro da equipe mesmo que foi amadurecendo. É um tema que embora fosse um tema trabalhado desde 90. Em 90 era trabalhado de uma forma muito incipiente e é um tema que vem amadurecendo e que avançou mais, realmente, nos últimos anos. Porque, sob o ponto de vista de uma política pública, o próprio conceito do que são os direitos sexuais reprodutivos tem aí 15 anos. Sob o ponto de vista histórico, 15 anos é muito pouco. Quer dizer, é um conceito que foi construído muito recentemente. Eu acho até que a gente andou. Eu sempre tenho uma visão muito otimista. Eu não perco essa perspectiva história e acho que se você tem um tema que amadureceu em tão pouco tempo e você já tem a história que o Brasil tem. De implantação de erros, de atuar de uma forma incipiente e ir caminhando. Em 96 a saúde da mulher passa a ser uma linha do Ministério, aparece no orçamento. Foi ontem! Só há 14 anos! O Ministério da Saúde percebeu que essa era uma questão importante que ele tinha que assumir, inclusive financeiramente. Então eu acho, assim, que no cômputo geral, quando você olha, andamos pra burro, porque em 84 não tinha paçaroca. Ninguém estava nem aí pra, nem pra contracepção, imagina para reprodução humana(...)” (ATSM, entrevista nº3)

Na opinião do técnico do DAE, não houve pressão direta dos movimentos LGBT para obter o acesso à atenção em RHA. Para ele, às necessidades de saúde desses segmentos em relação à atenção em

reprodução humana assistida são questionáveis, porém passíveis de reavaliação após a implementação da atenção.

“Eles se manifestaram para o programa, então como o programa foi construído em cima da sociedade civil, e eu vivenciei isso com eles (...) Eles faziam a manifestação e a deliberação para o programa de DST/AIDS e o representante do programa de DST/AIDS vinha com a solicitação deles. E aí debatia com a gente em cima da solicitação deles. E no primeiro momento foi muito ruim, porque fica parecendo que a gente é contra homossexual, que é contra travesti. Não é nada disso! Não tem nada uma coisa a ver com a outra. **É só uma questão de momento, de condição e de real necessidade** [grifo nosso] É porque vira modismo, se você acompanhar a própria sociedade civil, um problema de modismo no Rio Grande do Sul, onde todo mundo acha que por causa das benditas “bombadeiras” a saúde tem que arcar com implantes de silicones em travesti, não tem cabimento isso, um problema de polícia querem trazer pra saúde a responsabilidade “ah... vai ter gente morrendo, adolescente morrendo, porque a “bombadeira” põe silicone industrial, cria uma necrose, vira “um boné velho”. A pessoa morre! A decisão é dele, fazer isso! Ele sabe que é ruim, sabe que mata, e por causa disso ele ainda se submete a esse tipo de situação? E o Estado tem que arcar com isso? Não pode! É uma visão equivocada da responsabilidade do Estado. Então no primeiro momento foi muito difícil por causa disso, mas com o passar do tempo a gente foi colocando que: “olha, vamos pôr o serviço pra funcionar, a gente vai avaliando conforme a demanda vai aparecendo, será que isso é necessidade mesmo ou é mais um “oba-oba” da sociedade civil?” Porque tem isso, principalmente nesse seguimento o negócio é fazer escândalo, eu tenho que aparecer de alguma forma, se eu não apareço eu não ganho aquilo que eu quero, né? Então, assim, **vamos avaliar primeiro o impacto dessa política no formato que está hoje e a cada ano a gente revisa pontos dela, se dá, olha a demanda realmente é importante pro seguimento de mulheres homossexuais** [grifo nosso] ? É importante pro o seguimento de homens homossexuais, homens heterossexuais que vivem sozinhos? **É importante! A gente cria estratégias fazendo um adendo na política pra isso, mas nesse momento se eu abrir demais o próprio serviço não dá conta de lidar com isso, porque não sabe ainda como lidar com isso** [grifo nosso] Então, eu não posso começar uma casa pelo telhado, eu tenho que começar pelo alicerce, e aí foi onde a gente foi conseguindo chegar ao consenso.” (DAE, entrevista nº1)

Para a técnica do DAPES, as principais demandas das mulheres lésbicas para o MS estiveram relacionadas à prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama, e não à reprodução, o que para ela explicava a pouca pressão por atenção em RHA. No entanto, avaliou que após a implementação da política no SUS poderá haver demanda para o acesso às tecnologias mais

complexas, conforme demonstrado nas diretrizes do Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBT (2009).

A discussão sobre a ausência de uma legislação nacional para embasar as práticas de RHA esteve presente em alguns depoimentos sob diferentes pontos de vista. O técnico do DAE avaliou que a atenção em RHA já tinha as bases legais que precisava: a Constituição e as leis orgânicas, e que o conteúdo da política era mais abrangente que alguns projetos de lei que chegavam ao MS para pareceres técnicos. Uma especialista em RHA do serviço público avaliou que alguns projetos de lei sobre RHA eram extremamente restritivos e que o avanço tecnológico na área da reprodução assistida tornava necessária a revisão da Resolução nº 1.358/92, do CFM. Outra especialista ressaltou que muitas questões da prática profissional precisavam de respaldo legal (e, não só de orientações normativas), como a doação de gametas, a transferência embrionária e a criopreservação de embriões e que a perspectiva de implantação das práticas no SUS tornava mais urgente uma legislação no país.

O técnico do DAE contou que após a portaria nº 388 ter sido publicada e posteriormente suspensa, foram feitas várias tentativas junto ao novo ministro para que a atenção em reprodução humana assistida fosse vista como algo viável financeiramente, inclusive propondo que o recurso fosse parcial e cada município arcasse com o restante, porém isso não foi suficiente. Uma outra tentativa foi feita na gestão do ministro Temporão, no programa “Mais Saúde – direito de todos”, em 2007, quando foi proposta a implantação de cinco serviços de reprodução humana assistida, independente da política. Segundo o técnico do DAE, seriam escolhidos pelo menos quatro serviços que

participaram das discussões: IMIP, Hospital Regional da Asa Sul, Pérola Byington e Hospital das Clínicas da UFRGS, mas a perspectiva era que após essa fase outros serviços fossem incorporados.

Na opinião da técnica do DAPES, essa proposta foi inviabilizada com a retirada do imposto do CPMF⁶⁴ no final daquele ano, porém, segundo ela, o MS planejava retomar a proposta de implementação após a aprovação da Contribuição Social para a Saúde (CSS).

No ano de 2007, demandas da sociedade para o acesso à atenção em RHA parecem ter se intensificado e provocado a necessidade de se normatizar uma resposta institucional. Neste período, o Departamento de Ouvidoria Geral do SUS formulou junto ao setor responsável um modelo de carta-resposta às manifestações que chegavam ao MS quanto ao oferecimento da atenção em reprodução humana assistida no SUS. O texto da carta informava que a política havia sido instituída e regulamentada por uma portaria que havia sido revogada por falta de dotação orçamentária “não sendo, portanto financiada pelo SUS no momento”. Chama a atenção o fato de que a carta encerrava a mensagem com a seguinte menção: “Orientamos que algumas Universidades Federais oferecem este tipo de tratamento de maneira gratuita a um número restrito de pessoas”, sem maiores esclarecimentos sobre as perspectivas futuras de implementação da política. (Anexo 1).

A técnica do DAPES afirmou que em setembro de 2009, ainda na gestão do ministro Temporão, apesar do tema da atenção em RHA ter sido retomado dentro de um pacote de políticas que foram incorporadas na Portaria nº 2.048, não houve tempo suficiente para que a política fosse revisada e a

⁶⁴O CPMF é o tributo da Contribuição Provisória sobre a Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira – CPMF que foi extinto em dezembro de 2007.

oferta da adoção não ficou explícita no texto. Relata que, naquele mesmo período, o tema continuava a ser trabalhado por casais sorodiscordantes e o Departamento de DST/AIDS, o que culminou na elaboração de diretrizes para o planejamento reprodutivo através de uma linha de cuidados, baseada em tecnologias leves e tecnologias de reprodução assistida. Este fato sugeriu que os movimentos de pessoas com HIV/AIDS e o Departamento de DST/AIDS mantiveram-se atuantes em função da perspectiva de implementação da atenção em RHA.

O técnico do DAE avaliou que a retomada das discussões sobre a implementação dessa atenção por novos atores possa ameaçar o projeto de articulação da oferta de adoção e a realização de toda a linha de cuidados, pois, segundo ele haverá priorização das ações de alta complexidade.

A técnica do DAPES reiterou essas impressões e chamou a atenção para o fato de que os especialistas da alta complexidade já se convenceram da importância da atenção em reprodução humana assistida, mas “a atenção básica precisa se convencer e se apropriar da política”. Sua afirmação reforçou a preocupação de que a linha de cuidados integrais seja apreendida de forma fragmentada, respondendo aos interesses dos especialistas da alta complexidade. Segundo ela, o maior desafio será fazer com que a atenção básica assuma a sua parcela nessa atenção⁶⁵.

Um outro ponto importante de seu depoimento foi a avaliação sobre o papel político dos movimentos organizados de mulheres. Para ela, os movimentos de mulheres precisam, de fato, incorporar a atenção à concepção

⁶⁵ Estudos têm mostrado que a infertilidade apresenta um quadro diversificado de causas e muitas delas são passíveis de prevenção no sentido de evitar as suas complicações (Corrêa, 2001). Podemos considerar que muitas ações da atenção básica, se realizadas no tempo necessário, poderiam contribuir para o combate das causas preveníveis.

como parte integrante da saúde e dos direitos reprodutivos, e colocar o tema na pauta dos fóruns de discussão.

“Olha quando se fala em direitos reprodutivos, normalmente se fala da não concepção. A gente nunca está falando dos que desejam engravidar. Eu acho que isso veio fortemente dentro dos direitos reprodutivos, das lutas feministas mesmo (...). É também em relação às posições sobre o aborto inseguro que matam milhões de mulheres no mundo todo. Então, pensar isso mesmo dentro de movimentos sociais é muito incipiente, ainda hoje. Eu acho que precisamos criar locais, sítios de conversa em relação a esse tema, viabilizar esse tema. Esse é um tema muito pontual e é tido, erroneamente, como um tema de elite. Porque como, como eu te falei, a entrada veio lá pela alta complexidade, por inseminação *in vitro* e tudo mais. O acesso a esse tema é meio discriminado. Pra que você quer ter filho? Muito dentro do conceito emblemático do Banco Mundial de que pobreza é igual a muito filho, que é igual à violência. A gente luta contra, pra derrubar isso aí. Mas é esse o consciente coletivo em relação à reprodução. Esse é um tema que precisa estar mais dentro das conferências (...)” (DAPES, entrevista nº 4)

Em 2010, no último ano do governo Lula, entrevistamos um técnico que ocupava uma posição importante no DAPES. Este revelou as suas impressões sobre a possibilidade de retomada da atenção em RHA num contexto de outras prioridades ministeriais. Segundo ele, a falta de uma regulamentação legal nessa área inviabilizou a implementação da atenção, principalmente em relação a determinados aspectos éticos. Ao mesmo tempo, acreditava que a implementação da atenção em RHA marcaria a posição do MS frente às diferentes questões que envolvem essa atenção e serviria como base para o legislativo. Para ele, isso contribuiria para que não houvessem retrocessos nas conquistas realizadas por homens e mulheres, no país. No entanto, referiu que o momento político de 2010 era desfavorável para a atenção em RHA, não só pelo fato da transição de governo, mas pelo seu diagnóstico de que o setor passava por um “vazio de liderança” que podia estar relacionado ao fato dessa

atenção envolver uma complexidade importante, principalmente do ponto de vista ético.

“Em dois mil e nove fomos atravessados pela prioridade presidencial de redução da mortalidade neonatal, na Amazônia Legal e no Nordeste. Quer dizer, isso fez com que os nossos recursos humanos, principalmente acabassem sendo utilizados para organizar as ações específicas na área da saúde da mulher nessas duas regiões, incluindo, visitas locais. Isso contribuiu muito pra que houvesse uma focalização maior, o que antes não tinha. Antes a área técnica da mulher tinha diferentes frentes, todas elas com a participação dos técnicos envolvidos. E uma das frentes era essa dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos. Nós fomos chamados a retomar a conversa sobre a reprodução humana assistida pelo próprio gabinete do ministro. E eu inclusive participei de um congresso de reprodução humana regional, na Bahia e percebi que existe entre as lideranças dessa área, uma demanda muito forte do Ministério se manifestar (...)Ao retomar essa discussão, percebi a complexidade que essa temática tem. Inclusive não tenho muito claro por onde caminhar na medida em que outras áreas do Ministério acabam sendo envolvidas. Bom, então essa é uma discussão que ficou represada. Ela vem à tona agora num momento que não é muito feliz, quer dizer, um momento de fim de governo, um momento de transição de gestão. Mas tem um problema que eu considero central e pra mim é uma grande interrogação. Como regulamentar uma política se nós não temos uma base legal pra se assentar? Então como eu estabeleço uma política mais abrangente possível se eu não tenho uma legislação? Eu posso estabelecer ações específicas, mas não uma política. Uma política em princípio, no meu ponto de vista, ela tem que ter uma legislação que a embasa. Então nós temos problemas éticos importantes nessa área. Questões que envolvem opções sexuais. Casais homossexuais que querem ter filhos. Mulheres que querem ter um filho, a partir da reprodução assistida. Como é que a gente regulamenta uma política se ela não tem uma sustentação legal? Por outro lado, isso não significa paralisia, pelo contrário. Quer dizer, o Ministério deveria ter uma posição, até para pautar os parlamentares a respeito do olhar da saúde pública. Quais são as questões de saúde pública para reprodução humana assistida? Essa é uma reflexão que pelo menos no meu ponto de vista ainda é muito pouco trazida à tona. E caberia ao Ministério da Saúde liderar esse processo. Não tanto preocupado no imediato dessa regulamentação, mas de pautar essa discussão no Senado Federal, na Câmara dos Deputados. Pra que não tenhamos surpresas de projetos de lei sendo aprovados, que acabam sendo um retrocesso nas conquistas que as mulheres e homens desse país.”(DAPES, entrevista nº13)

Em 2011, encontramos no portal do Ministério da Saúde a divulgação no site “cidadão” da existência de cinco instituições (públicas e filantrópica)

vinculadas ao SUS que oferecem atenção em reprodução humana assistida. O site informa que são elas: o Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP), o Hospital Regional da Asa Sul (HRAS), o Hospital Pérola Byngton, o Hospital Universitário de Ribeirão Preto/USP e o Hospital Universitário da Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP. Com exceção do IMIP, todos os outros serviços já ofereciam, antes de 2005, atenção em RHA vinculada ao SUS (parcial ou total), o que sugere que possa não ter havido mudanças significativas na estrutura dessa atenção.

- **Algumas reflexões sobre a proposta governamental para a atenção em reprodução humana assistida no SUS**

A formulação de uma política específica para a atenção em reprodução humana assistida foi algo recente e poderia significar um passo importante na luta pelos direitos reprodutivos. Os processos políticos que estiveram presentes nas discussões que culminaram na formulação da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida sugerem que diferentes fatores influenciaram para que o tema da atenção em reprodução humana assistida estivesse presente na agenda governamental, nos anos 2000. Até então, a atenção em RHA era um tema secundário em relação a outros temas da saúde das mulheres. A mudança do quadro epidemiológico da AIDS fez com a feminização dessa epidemia fosse uma preocupação para os movimentos

sociais e diferentes setores do MS. A perspectiva de transmissão vertical e horizontal e a vulnerabilidade da mulher diante dessa infecção intensificaram os debates em torno das estratégias de prevenção e assistência a esses grupos. O aumento da sobrevivência das pessoas infectadas a partir do uso dos antirretrovirais, fez com que as pessoas passassem a ter novos projetos de vida que incluíam formar famílias com filhos biológicos. Foi neste cenário de reivindicações dos movimentos organizados e de maior vulnerabilidade e aumento da transmissão vertical e horizontal do vírus que o Departamento de DST/AIDS, apoiado pela Área Técnica da Saúde da Mulher, trouxe a discussão da atenção em reprodução humana assistida para a agenda do MS. A não transmissão vertical e horizontal do HIV foi o principal motivador para que o MS começasse a discutir uma linha de cuidados integrais para esta atenção, muito baseada na necessidade de saúde e menos nos direitos reprodutivos.

A presença de um técnico na coordenação do grupo de trabalho com alto poder de decisão e persuasão, inicialmente significou a ampliação do escopo de atuação da atenção para outros beneficiários com causas medicamente definidas, como casais inférteis, e, posteriormente, a partir da demanda dos especialistas, os portadores de doenças genéticas. Ele definiu a entrada de alguns grupos de interesse como especialistas em reprodução humana assistida e sociedades científicas, no entanto, excluiu a presença de outros grupos que poderiam ser beneficiados, como homossexuais, pessoas sozinhas e outros sujeitos que poderiam ser beneficiados como deficientes físicos e portadores de neoplasias.

Podemos considerar que alguns princípios do SUS estiveram presentes no conteúdo da política. A estruturação dos serviços de forma regionalizada, em todo o país, e hierarquizada em diferentes níveis de complexidade significou a proposta de não fragmentação das ações através da construção de uma linha de cuidados integrais e interdisciplinares. Essa foi idéia de “integral” inscrita no nome da política. Uma política que não priorizaria só a alta complexidade dessa atenção. A proposta de desenvolver ações transeitoriais significou a perspectiva de atuar com vistas a promoção da saúde das pessoas, algo bastante interessante quando se pensa nas várias causas preveníveis da infertilidade. A percepção da necessidade de maior investigação do quadro epidemiológico e das condições relacionadas à infertilidade também são importantes, pois estamos diante de um problema estigmatizado e pouco conhecido no Brasil. A proposta de educação continuada dos profissionais nos diferentes níveis da atenção valorizou não só a formação de profissionais para a alta complexidade, mas também aqueles que trabalham na atenção básica e que precisam valorizar o seu papel na abordagem aos sujeitos beneficiários dessa atenção.

Por um outro lado, a elegibilidade exclusiva dos sujeitos com condições medicamente definidas e o estabelecimento de protocolos psicossociais sugerem que o debate sobre o acesso à ajuda tecnológica para ter filhos esteve permeado por questões sociais e morais que feriram garantias constitucionais e os princípios do SUS. Não foi respeitado, por exemplo, o princípio da “igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”, conforme preconizado no inciso 4, art 7º, Título II, Cap.II da Lei 8.080/90. O conteúdo proposto na portaria de regulamentação da política reproduziu normas de reprodução biológica de matriz heterossexual, restringiu direitos individuais e

ameaçou o direito à saúde e os direitos reprodutivos. O debate direto com os movimentos LGBT foi evitado pois implicaria numa ampla discussão sobre novas configurações de filiação e parentesco que as tecnologias reprodutivas poderiam proporcionar e que o MS, naquele momento não quis discutir. O Departamento de DST/AIDS e a Área Técnica da Saúde da Mulher, apesar de serem setores historicamente comprometidos politicamente com as demandas dos movimentos dos LGBT, não foram suficientemente fortes para fazer valer interesses desses segmentos, já sinalizadas em outras políticas do próprio ministério. Ao mesmo tempo, não se viu, nos depoimentos, relatos sobre a pressão desses grupos para discutir, naquele momento, as bases para a formulação de uma política de atenção em RHA.

A idéia de “necessidade de saúde”, do coordenador do grupo, foi interpretada exclusivamente como presença de doença e serviu como fator de exclusão de sujeitos sem causas medicamente definidas. Na medida em que homossexuais e pessoas sozinhas não têm necessariamente uma doença que os impeça de conceber, não foram vistos, por ele, como sujeitos com “necessidades de saúde” a serem respondidas pelo Estado. Também a falta de regulamentação legal para referendar novas relações de filiação e de parentesco advindas das tecnologias de RHA foi um importante argumento utilizado para a não incorporação destes segmentos nessa atenção.

A referência à família monoparental, apesar de ser reconhecida pela Constituição Federal de 1988, conforme CF art. 226, § 4.º, foi evitada na portaria. Mesmo sendo um fenômeno cada vez mais comum na sociedade brasileira não foi permitido que mulheres e homens solteiros homossexuais ou heterossexuais formassem suas famílias com a ajuda tecnológica. A portaria

privilegiou a reprodução de padrões tradicionais de família, casais heterossexuais com causas medicamente definidas. A medicalização da reprodução dos sujeitos eleitos como beneficiários da política, ou seja, casais inférteis, sorodiscordantes, soroconcordantes ou com doenças genéticas reforçou um modelo de organização social baseado em na formação de famílias, de matriz heterossexual, questionou a viabilidade de pobres se reproduzirem com a ajuda do Estado e, por fim, estabeleceu que no âmbito do SUS devam ser, estimulados a abdicar de seus projetos de filhos biológicos em nome da adoção.

Não foi nossa pretensão neste estudo aprofundar as discussões sobre desejo de filhos biológicos, mas nos chama a atenção o fato dessa política ter sido concebida fortemente como veículo de sensibilização e estímulo à adoção. Sabemos que a adoção de crianças tem sido uma alternativa mais usualmente utilizada por quem tentou, sem sucesso, ter filhos com a ajuda tecnológica, no entanto, a oferta da adoção planejada desde a primeira etapa da linha de cuidados parece desvalorizar os projetos de pessoas que dependem exclusivamente do SUS para acessar às tecnologias de reprodução assistida.

No que diz respeito à ausência de legislação nacional, pergunta-se até que ponto a falta dela implicou na não implementação da atenção em reprodução humana assistida de forma regionalizada e hierarquizada no SUS, considerando que muitos centros já vêm realizando essas práticas nos serviços públicos e privados? Por outro lado, até que ponto a implementação dessa atenção com base no direito à saúde e nos direitos reprodutivos das pessoas potencializaria a elaboração de uma legislação mais abrangente e condizente com as novas demandas da sociedade? Pergunta-se ainda se os investimentos

necessários para a implementação dessa atenção continuarão a serem vistos como gastos dispendiosos e não como necessidades de saúde, principalmente quando comparados com outros problemas também negligenciados no campo da saúde pública? E, por fim, se o desejo de filhos por pessoas sem causas medicamente definidas se qualificaria ou não como “necessidade de saúde”? São questões que precisam ser amplamente debatidas, pois dizem respeito a um tema complexo e repleto de controvérsias éticas e morais que precisam ser enfrentadas para que a sociedade brasileira possa efetivamente ser atendida em seus direitos reprodutivos.

CAPÍTULO 6

Considerações finais: potencialidades e limites para o desenvolvimento de uma política de atenção em reprodução humana assistida no SUS

Nos capítulos anteriores vimos que múltiplos fatores e dimensões têm influenciado o processo de desenvolvimento de uma política pública na área da reprodução humana assistida, gerando uma imbricada teia de oportunidades e barreiras que se fazem presentes, ainda no período atual.

O contexto histórico dos anos de 1990 foi marcado pelo processo de conformação de um novo sistema de saúde – o SUS, fundado em uma concepção ampliada de saúde e alicerçado nos princípios de descentralização da gestão, integralidade da assistência, participação e controle social que deveriam se constituir eixos estruturantes do sistema e da formulação e implementação das políticas de saúde. Deve-se destacar que numa conjuntura de maior participação de diferentes atores, ampliaram-se os mecanismos de pressão de diferentes grupos de interesse para que determinados problemas ou questões da saúde fossem incorporados (ou não), pela agenda governamental como questões que precisam (ou não) ser respondidas (Walt, 2004).

Considerou-se, nesse estudo, que uma confluência de fatores contribuiu para que nos anos 2000 a atenção em reprodução humana assistida fosse formulada como uma política específica de saúde para o SUS. Estes fatores estão relacionados a contexto específicos, aos atores envolvidos e aos conteúdos propostos.

Os anos de 1990 foram marcados por dois importantes contextos de desenvolvimento tecnológico que criaram antecedentes que favoreceram o debate sobre RHA no SUS, na década seguinte. Um primeiro contexto é aquele relacionado às tecnologias de reprodução assistida que, após um acúmulo de conhecimentos científicos e tecnológicos, expandiram-se largamente no país e popularizaram-se através da divulgação midiática e das propagandas da indústria farmacêutica. Outro desdobramento importante desse processo foi o debate e a promulgação da Lei de Biossegurança, em 2005, permitindo o uso de células-tronco embrionárias para fins de pesquisa e terapia.

O segundo contexto tecnológico que viria impactar as discussões sobre RHA foi a produção de antirretrovirais eficazes para o tratamento do HIV/AIDS, que na segunda metade da década de 1990 provocou importantes desdobramentos no país, como a estratégia governamental do acesso universal e gratuito desses insumos através dos serviços públicos de saúde e o incremento da produção nacional dos medicamentos. A redução da morbimortalidade pela infecção, das taxas de transmissão vertical e o aumento da expectativa e qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/AIDS transformaram o cenário da epidemia, e novas demandas puderam ser observadas, inclusive projetos de maternidade e paternidade. (MS, 2008). O planejamento reprodutivo de pessoas que vivem e convivem com o HIV/AIDS foi se configurando como uma necessidade e demanda de diferentes atores: dos movimentos de pessoas vivendo com HIV/AIDS, especialmente dos casais sorodiscordantes, de profissionais de saúde, da academia e do Departamento de DST/AIDS. A efetivação do planejamento reprodutivo foi planejada tendo em vista o uso de tecnologias leves e complexas e, por essa razão, o acesso à

reprodução assistida passou a ser uma importante estratégia de prevenção dessa infecção.

A questão da vulnerabilidade de gênero na transmissão da infecção do HIV e o enfrentamento da feminização da epidemia da AIDS parecem ter sido as principais motivações para que, nos anos de 2000, a Área Técnica da Saúde Mulher do Ministério da Saúde começasse a participar mais visivelmente das discussões sobre a assistência em RHA.

As principais redes e ONGS dos movimentos de mulheres que trabalham com saúde da mulher não se engajaram no debate e nem articularam de maneira clara a demanda pela oferta da RHA no SUS, embora, há anos, tenham uma agenda extensa de interlocução com o Ministério da Saúde, porém concentrada em outros temas como contracepção, pré-natal, parto, aborto, mortalidade materna e violência. Exceção deve ser feita a uma parcela específica desses movimentos, representadas pelas redes de mulheres que vivem com HIV e aquelas envolvidas na discussão sobre sorodiscordância.

Entre os grupos feministas, a questão da infertilidade sempre esteve presente, porém como um tema secundário de sua pauta, mesmo após a difusão das técnicas de reprodução assistida no Brasil. Nos debates realizados em alguns fóruns que pudemos analisar, são enfatizados principalmente aspectos negativos ou perigosos das técnicas, relacionados à eugenia, à iatrogenia e aos riscos para autonomia e integridade corporal das mulheres. Em função disso, há postura de desconfiança quanto ao significado da oferta pública da RHA para as mulheres. Pesquisadoras feministas, no entanto, têm produzido reflexões importantes sobre o significado das tecnologias de reprodução assistida no reforço ou na subversão de normas de gênero, de

formação de família e na configuração de novas relações de filiação e parentesco, mas se engajaram pouco no debate sobre uma política pública nessa área.

Por outro lado, não houve pressão de pessoas em situação de infertilidade para que a atenção em RHA fosse implementada no SUS. A infertilidade ainda é um tema tabu e reivindicar atenção nessa área é assumir estereótipos sociais de deficiência e inferioridade. Isso faz com que muitas mulheres e homens tenham dificuldades em expressar suas demandas publicamente, pelo menos de forma organizada⁶⁶, o que corrobora para certa invisibilidade dessa questão, enquanto necessidade de saúde que deve ser respondida.

Outros atores, ao contrário, têm funcionado como grupos de pressão para que a atenção à infertilidade seja implantada no SUS - são os especialistas em reprodução assistida. Estes, organizados em sociedades científicas e de especialistas, têm divulgado amplamente as potencialidades das técnicas de reprodução assistida diante de diferentes problemas e contextos. Seus depoimentos, durante as entrevistas para este estudo, apontaram que é de grande interesse que a atenção de alta complexidade em RHA seja incorporada pelo SUS e vá não só ampliar o acesso dos sujeitos, como também apoiar a produção de conhecimentos científicos na área. As recentes mudanças incorporadas pela Resolução do CFM nº 1.957/2010 mostram que os especialistas têm ampliado suas perspectivas de ação “ao

⁶⁶ Demandas individuais parecem chegar através do Departamento de Ouvidoria Geral do SUS, porém não identificamos movimentos organizados de pessoas inférteis que tenham reivindicado junto ao MS oferta pública da atenção em RHA. Como abordamos no capítulo 3, a associação “PRÓ-FERTILIDADE”, por exemplo, foi fundada por pessoas inférteis, mas não tem a perspectiva de trazer demandas para o MS, e sim auxiliar casais ao consumo de serviços de RHA de mais baixo custo.

possibilitar a procriação em diversas circunstâncias” respondendo às demandas “de pessoas capazes que tenham solicitado o procedimento e cuja indicação não se afaste dos limites dessa resolução”. Isso significa responder mais amplamente às demandas de diferentes sujeitos que podem ser beneficiados, porém se essas práticas se mantiverem restritas aos serviços privados não atenderão a maioria da população que depende exclusivamente do SUS para ser assistida. As mudanças trazidas pela resolução do CFM contribuem para os debates em torno da discussão sobre “necessidade de saúde”, porém não podem estar isoladas dos debates sobre a oferta pública dessa atenção, para que a ampliação do acesso aos sujeitos beneficiários tenha, de fato uma perspectiva universal.

Os movimentos LGBT apesar de serem considerados possíveis interessados na implementação da atenção em RHA, não atuaram como grupos de pressão para o acesso a essa atenção, apesar de já terem reivindicado essa assistência na Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher e, posteriormente, no Plano Nacional LGBT.

Em suma, nem os movimentos de mulheres, nem as pessoas inférteis, nem os segmentos LGBT, nem outras pessoas da sociedade fizeram pressão para que houvesse uma política de atenção em reprodução humana assistida no SUS. Essas constatações reforçam a tese de que as discussões que culminaram na elaboração de uma política de atenção em RHA no SUS estiveram circunscritas ao espaço do MS, que fomentou um debate fechado entre alguns dos seus setores e especialistas da RHA dos serviços públicos, principalmente, em função, da atenção à reprodução dos casais sorodiscordantes. A atenção às pessoas inférteis veio “a reboque” da atenção

aos casais sorodiscordantes, por uma questão de oportunidade. Os debates promovidos pela coordenação dos grupos de trabalho revelaram, em determinados momentos, a presença de posicionamentos ideológicos que rearticularam idéias neomalthusianas, questionando, a pertinência de pobres se reproduzirem, ou seja, os direitos reprodutivos de certas pessoas em função de suas condições socioeconômicas. Além disso, questões morais também impediram que os direitos reprodutivos e as necessidades de saúde de pessoas sozinhas, homossexuais e outras possíveis beneficiárias dessa atenção fossem reconhecidas e atendidas por essa atenção.

As potencialidades e os limites em desenvolver uma política de atenção em reprodução humana assistida no SUS operam simultaneamente no MS, em outros setores governamentais e não governamentais e na sociedade brasileira.

Na esfera governamental, a justificativa de que essa atenção é algo dispendioso e sem viabilidade econômica tem sido utilizada como principal argumento, ofuscando outras dificuldades relacionadas ao debate em torno das questões sociais e morais da reprodução humana assistida. Um dos maiores desafios é fazer com que haja uma rediscussão sobre a atenção em RHA, de forma que essa seja redimensionada e se mantenha na agenda governamental com uma perspectiva ampliada de saúde e sem restrição de direitos. Esse redimensionamento, no entanto, não é tarefa fácil, mas poderá ser fruto dos novos processos de negociação que estarão em curso na rediscussão da política e de sua implementação, principalmente se considerarmos o poder de alguns técnicos do MS na condução dos debates e tomada de decisão e da pressão de alguns movimentos organizados da sociedade civil.

Claro está que esse tema também precisaria ser redimensionado em outros espaços institucionais privilegiados. No legislativo, a discussão sobre a regulamentação da reprodução assistida vem sendo pouco discutida e represada há anos com a lenta tramitação de alguns projetos de lei que mais impõe restrições do que garantem direitos à população. Cada qual com suas especificidades e justificativas morais e éticas, acabam, na maioria das vezes, por restringir o acesso das pessoas às técnicas e reproduzir normas de gênero e de formação de família, evitando as discussões sobre as novas configurações de filiação e parentesco e as necessárias mudanças nas relações jurídicas.

A sociedade brasileira tem o desafio de potencializar suas reivindicações relacionadas às necessidades ampliadas de saúde e não permitir que seus direitos reprodutivos sejam inviabilizados por questões sociais, morais e econômicas. Todos os sujeitos que podem ser beneficiários da atenção em reprodução humana assistida precisam se apropriar das discussões em torno do acesso à atenção em reprodução humana assistida e ampliar seu canal de participação nos fóruns de discussão sobre as questões éticas e jurídicas implícitas na utilização das tecnologias de reprodução assistida.

Ainda que seja um caminho com avanços e retrocessos, com potencialidades e limites, a efetivação da atenção em reprodução humana assistida, no SUS, se fundada nos princípios de autonomia, integridade corporal, equidade e não discriminação pode significar uma grande contribuição em termos de direitos sexuais e reprodutivos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alfano B. REPRODUÇÃO E BIOPOLÍTICA: infertilidades e práticas de saúde em um serviço público no Rio de Janeiro. [Tese de Doutorado] Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2009.

Alves JED. As políticas populacionais e os direitos reprodutivos: "o choque de civilizações" versus progressos civilizatórios. In: Caetano AJ, Alves JED. e Corrêa S. (Orgs.) Dez anos do Cairo: tendências da fecundidade e direitos reprodutivos no Brasil. Campinas: Abep e UNFPA, 2004, p. 21-47

Arán M, Corrêa MV Sexualidade e Política na Cultura Contemporânea: o Reconhecimento Social e Jurídico do Casal Homossexual. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva* 2004; 14(2):329-341.

Arilha M. Infertilidade, práticas conceptivas e políticas públicas. Entre desejos e direitos. In Parker R & Barbosa R (ORGS) *Sexualidades Brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996.

Arilha M. Desafios estratégicos e políticos no campo das tecnologias reprodutivas. Portella, AP & Bezerra S (Orgs) *Anais Seminário Nacional Biopoder e Tecnologias Reprodutivas: uma análise crítica feminista*. SOS CORPO, Recife, 2008.

Badinter E. Um amor conquistado: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1985.

Baltar M I. População, reprodução e saúde: anotações sobre a questão de uma política social In: *Rev Bras de Estud de Popul* 1988; 5(2).

Barbosa R. M. Desejo de filhos e infertilidade: um estudo sobre a reprodução assistida no Brasil. [Tese de Doutorado] São Paulo: Sociologia, USP, 1999

Becker G, Nachtigall RD. Eager for Medicalization: the social production of infertility as a disease *Sociology of Health and Illness*. 1992; vol 14. nº 4, 1992.

Becker G. Metaphors in disrupted lives: infertility and cultural constructions of continuity *Medical Anthropology Quarterly*. 1994; vol 8. n. 4, p.383-410, 1994

Berquó E. Brasil, um caso exemplar, anticoncepção e partos cirúrgicos, à espera de uma ação exemplar. *Rev. Estud. Fem.* 1993; 1:366-381.

Berquó E , Cavenaghi S. Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação sobre esterilização voluntária. *Cad Saúde Pública* 2003; 19 Suppl 2:S 441-53.

Bonan C. Reflexividade, sexualidade e reprodução. Processos políticos no Brasil e no Chile. [Tese de Doutorado] Rio de Janeiro: Instituto de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2002.

Bonan C, Sequeira, ALT *et al.* Direitos e saúde reprodutiva: revisitando trajetórias e pensando desafios atuais. *Saúde em Debate* 2007; v.31, n.75/76/77, p.25-33, jan./dez.

Bonan C, Silva KS. *et al.* Avaliação da implementação da assistência ao planejamento reprodutivo em três municípios do estado do Rio de Janeiro entre 2005 e 2007. *Rev Bras Saúde Mater Infant* 2010; 10 (Supl.1): S107-S118 nov.

Bourdieu P. Introdução a uma Sociologia Reflexiva. In: *O Poder Simbólico*. Trad. De Fernando Tomaz, Ed. Bertrand Brasil. Rio de Janeiro, 1989.

Borlot AMM, Trindade ZA. As tecnologias de reprodução assistida e as representações sociais de filho biológico. *Estudos de Psicologia* 2004; 9(1), 63-70

Brasil. Constituição Federativa do Brasil. Diário Oficial da União 1988;05 out disponível em www.planalto.gov.br

Brasil. Lei Federal nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 19 set.

Brasil. Lei Federal nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o §7º do artigo 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União 1996; 15 jan

Brasil. Lei nº11.105, de 24 de março de 2005. Lei de Biossegurança. Disponível em www.planalto.gov.br, acesso em 17 de março de 2011.

Brasil. Lei nº11.935, de 11 de maio de 2009. Altera o art. 36-c da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de saúde. Disponível em www.planalto.gov.br acesso em 23 de março de 2011.

CFEMEA. Plataforma Política Feminista. Aprovada na Conferência Nacional de Mulheres Brasileiras - Brasília, DF, 6 e 7 de junho de 2002

Coelho, E. A. C. *et al.* O planejamento familiar no Brasil contexto das políticas de saúde: determinantes históricos. *Rev. Esc. Enf. USP*, 2000; v. 34, n. 1, p. 37-44, mar.

Conselho Federal de Medicina. Resolução nº1.358, de 11 de novembro de 1992. Adota normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução humana assistida, como dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 nov. 1992, Seção 1,

p. 16053. Disponível em: www.portal.cfm.org.br, acesso em 17 de março de 2011.

Conselho Federal de Medicina. Resolução nº1931 de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. Publicada no D.O.U. de 24 de setembro de 2009, Seção I, p. 90, Disponível em www.portal.cfm.org.br, acesso em 17 de março de 2011.

Conselho Federal de Medicina. Resolução nº1957, de 15 de dezembro de 2010. Adota as Normas Éticas Para a Utilização das Técnicas de Reprodução Assistida, anexas à presente resolução, como dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos. Revoga a resolução nº1.358, de 11 de novembro de 1992. Publicada no D.O.U. de 06 de janeiro de 2011, Seção I, p.79. Disponível em: www.portal.cfm.org.br, acesso em 17 de março de 2011.

Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº196. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União 1996; 10 de out.

Cook RBB, Tathala M. Saúde reprodutiva e direitos humanos: integrando medicina, ética e direito. Rio de Janeiro: Cepia, 2004.

Corrêa M.V. A tecnologia a serviço de um sonho. Um estudo sobre a reprodução assistida no Brasil [Tese de Doutorado] Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1997.

Corrêa, M.V. Diniz,D. Novas Tecnologias Reprodutivas no Brasil: Um debate à espera de regulamentação. In: Carneiro, F. e Emerick (Orgs). Limite – A ética e o Debate Jurídico sobre o Acesso e Uso do Genoma Humano. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

Corrêa, M.V. Novas Tecnologias Reprodutivas: doação de óvulos. O que pode ser novo nesse campo? Cad. Saúde Pública 2000; Rio de Janeiro, 16(3):863-870, jul-set

Corrêa, M.V. Novas Tecnologias Reprodutivas: limites da biologia ou biologia sem limites? Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

Corrêa, S. PAISM: uma história sem fim. Recife: SOS Corpo, 1992. 10 p.

Corrêa, S. Petchesky, R. Los derechos sexuales y reproductivos: una perspectiva feminista". In: *Population policies reconsidered (health, empowerment, and rights)*. Org. G. Sen, A. Germain e L. Chen. Harvard University Press. Tradução do inglês, Juan Guillermo Figueroa Perea e Susan Beth Kapilian. 1994

Corrêa, S. & Gouveia, T. As conferências da ONU – As mulheres na política global: uma resenha. Coordenação Editorial da Secretaria Executiva da Articulação de Mulheres Brasileiras para Beijing/95. Rio de Janeiro. 1995.

Costa, AM. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: anotações para um debate. mimeo. 1986.

Costa AM. Desenvolvimento e implementação do PAISM no Brasil. In: Giffin K, Costa SH, organizadoras. Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. p. 319-35.

Costa AM, Guilhem D, Silver, LD. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. Rev Bras Saúde Matern Infant 2006; 6:75-84.

Costa, JF. Ordem médica e norma familiar. Editora Graal. 1983.

Costa, R.G. Reprodução e gênero: paternidades, masculinidades e teorias da concepção. Rev Estud Fem 2002; v. 10, n. 2, pp. 339-356

Costa, R.G. Sonho do passado versus plano para o futuro: gênero e representações acerca da esterilidade e do desejo por filhos. Cad Pagu 2002; n. 17-18, pp:105-130

Costa, T. Infertilidade e reprodução humana: um estudo sobre a percepção social dos riscos. [Tese de doutorado] Rio de Janeiro: Instituto Oswaldo Cruz/FIOCRUZ, 2008.

Del Priore, M. Ao Sul do Corpo: condição feminina, maternidade e mentalidades no Brasil Colônia. Rio de Janeiro: José Olympio Editora.1993.

Diniz, D., Guilhem, D. A bioética feminista: o resgate política do conceito de vulnerabilidade. Série Anis 02, Brasília: Letras Livres, 2000.

Diniz D. Tecnologias reprodutivas conceptivas: o estado da arte do debate legislativo brasileiro. JBRA Assist Reprod 2003; 7(3):10-19.

Diniz D, Costa RG. Infertilidade e Infecundidade: acesso às novas tecnologias reprodutivas. In: Ferreira V. Ávila, MB & Portella AP (Orgs) Feminismo e Novas Tecnologias Reprodutivas. Recife: SOS CORPO, 2006.

Escorel , S, Teixeira LA. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: Giovanella L. et al (org.) Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. P. 333 - 384.

Ferreira, de M.F. Gênero e Reprodução Assistida: um olhar sobre o jornal impresso diário no Brasil. In: Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação, 25, 2002, Salvador/BA Ed. Intercom, São Paulo, 2002, CD-ROM

Fonseca, C. Homoparentalidade: novas luzes sobre o parentesco. Rev. Estud Fem 2008; vol.16, n.3, pp. 769-783

Fonseca Sobrinho, D. Estado e população: uma história do planejamento familiar no Brasil. Rio de Janeiro. Editora Rosa dos Tempos. 1993.

Fundo de População das Nações Unidas. Resumo do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento/CIPD, 1994 disponível em www.unfpa.org.br

Guzmán, V., Araújo, K. e Mauro, A. El surgimiento de la violencia doméstica como problema público y objeto de políticas. Revista de la Cepal. 2000, n 70, Santiago do Chile.

Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. A dinâmica demográfica brasileira e os impactos nas políticas públicas. In: Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil 2009.

Koifman, Sergio; Koifman, Rosalina Jorge e Meyer, Armando. Distúrbios do sistema reprodutivo humano e exposição a pesticidas no Brasil. Cad Saúde Pública 2002; vol.18, n.2, pp. 435-445.

Luna, F. (2001) Reproducción asistida y "sabor local": contexto y mujer en latinoamérica. Bioética 2001; vol. 9(2):83-98.

Luna, N. Bebê de proveta, barriga de aluguel, embriões de laboratório; as representações sociais das novas tecnologias reprodutivas. [Dissertação de mestrado] Rio de Janeiro: Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ. 2000

Luna, N. Pessoa e parentesco nas novas tecnologias reprodutivas. Rev Estud Fem 2001; v. 9, n. 2, pp. 389-413

Luna, N. Maternidade desnaturada: uma análise da barriga de aluguel e da doação de óvulos. Cad Pagu 2002; n. 19, pp 233-278

Luna, N. Provetas e Clones: Teorias da concepção, pessoa e parentesco nas novas tecnologias reprodutivas. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, UFRJ. 2004.

Martine, G. O papel dos organismos internacionais na evolução dos estudos populacionais no Brasil. Rev bras estud popul 2005; v. 22, n. 2, p. 257-275, jul./dez.

Martins. AP.V. Visões do Feminismo – A medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Ed. Fiocruz., 2004.

Mattos R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2001. p. 39-64.

Mattos, R.A. Integralidade e Formulação de Políticas Específicas. In: Pinheiro e Mattos (Orgs) Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde. Rio de Janeiro. UERJ, IMS:ABRASCO, 2003.

Menegon, V.S.M. Spink, M.J. Novas Tecnologias Reprodutivas: problematizando a comunicação sobre riscos. In: Ferreira V., Ávila MB. & Portella AP (Orgs) Feminismo e Novas Tecnologias Reprodutivas. Recife, 2006.

Merhy, E.E.; Franco, T.B., Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. Saúde em Debate 2003: ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez.

Ministério da Saúde. Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases para uma ação programática. Brasília (DF): Textos Básicos de Saúde, Série B,V.6, 1984.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004

Ministério da Saúde. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

Ministério da Saúde. Portaria GM nº 426 de 22/3/2005, dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida. Diário Oficial da União, Brasília (DF), Edição número 56 de 23/3/2005.

Ministério da Saúde. Portaria SAS nº 388, de 06/7/2005, dispõe sobre a definição de ações para implementação e regulamentação da política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida.

Ministério da Saúde. Portaria GM nº2.442, de 9 de dezembro de 2005, torna várias portarias insubsistentes.

Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 2006. Disponível em www.bvsms.saude.gov.br

Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância em Saúde. RDC nº 33/2006, aprova o regulamento técnico para o funcionamento dos Bancos de Células e Tecidos Germinativos (BCTG)

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância de Saúde. Departamento de DST/AIDS. “Planejamento reprodutivo para casais que convivem com o HIV – Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida/ Adoção” Texto complementar 3 do documento “Recomendação para a profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes” Série Manuais nº46 , Brasília – DF, 2007.

Ministério da Saúde. Mais Saúde: direito de todos 2008-2011, Série C. Projetos, programas e relatórios. 2007

Ministério da Saúde. Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST, MS, 2007

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância de Saúde. Departamento de DST/AIDS. Planejamento reprodutivo para casais que convivem com o HIV – Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida/Adoção”, MS, 2007

Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância em Saúde. RDC nº 29, aprova o regulamento técnico para o Cadastro Nacional dos Bancos de Células e Tecidos Germinativos (BCTG), MS, 2008.

Ministério da Saúde. Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa, 2008.

Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, 2009.

Ministério da Saúde. Portaria GM 2.048, Aprova o Regulamento do SUS. 2009.

Ministério da Saúde. Mais Saúde – direito de todos: 2008-2011. 3a Ed. Brasília: MS; 2009.

Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar – Resolução Normativa nº 211 de 11 de janeiro de 2010.

Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, MS, 2010.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância de Saúde. Ministério da Saúde. Departamento de DST/AIDS. Recomendação para terapia antirretroviral em adultos infectados (2008). Suplemento 3 - Estratégias de Redução de Risco de Transmissão Sexual do HIV no Planejamento da Reprodução para Pessoas que Vivem e Convivem com HIV e AIDS. 2010.

Neuenfeldt. E. G. Fertilidade e infertilidade na Bíblia: suspeitas a partir da teologia feminista. Karina K. Bellotti & Mairon Escorsi Valério (Orgs). Revista Aulas Dossiê Religião 2004; n.4, abril/julho.

Oliveira, F. As novas tecnologias reprodutivas conceptivas a serviço da materialização de desejos sexistas, racistas e eugênicos? Bioética 2001; vol 9, nº2, p.107

Osis, MJMD. Paim: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. Cad Saúde Pública 1998; 14 Suppl 1:S 25-32

Paiva, P.T.A., W, S. Das causas às conseqüências econômicas da transição demográfica no Brasil. Rev bras estud popul 2005; São Paulo, v. 22, n. 2, p. 303-322, jul./dez.

Paiva, V. Latorre, MR. *et al* Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. *Cad. Saúde Pública* 2002; 18(6):1609-1620, nov-dez.

Portella, AP & Bezerra, S (Orgs) *Anais Seminário Nacional Biopoder e Tecnologias Reprodutivas: uma análise crítica feminista*. SOS CORPO, Recife, 2008.

Queiroz EKR de, Waissmann W. Occupational exposure and effects on the male reproductive system. *Cad. Saúde Pública* 2006; Mar 22(3): 485-493.

Ramírez-Gálvez MC. *Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: fabricando a vida, fabricando o futuro*. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas; 2003.

Ramírez-Gálves MC. A Fertilização Tecnológica de Nossos Corpos. In: Ferreira V. Ávila MB. & Portella AP (Orgs) *Feminismo e Novas Tecnologias Reprodutivas*. Recife, SOS CORPO, 2006.

Ramirez-Gálvez Martha. *Corpos fragmentados e domesticados na reprodução assistida*. *Cad. Pagu* 2009; n. 33, dez. pp:83-115

Rede Feminista de Saúde – Rede Nacional Feminista de saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. *Dossiê Reprodução Humana Assistida*. Belo Horizonte. 2003, disponível em www.redesaude.org.br

Reis AR O Ethos em Tempos de Bioética: o site como Tropo. In: Ferreira V. Ávila MB & Portella AP(Orgs) *Feminismo e Novas Tecnologias Reprodutivas*. Recife: SOS CORPO, 2006.

Reis AR. *As cédula\$ - T@onco e os corpos das mulheres*. In: Portella AP & Bezerra S. (Orgs) *Anais Seminário Nacional Biopoder e Tecnologias Reprodutivas: uma análise crítica feminista*. Recife:SOS CORPO, 2008.

Rossi AS. *Demandas e barreiras para o acesso a serviços de reprodução assistida para pessoas vivendo com HIV no Brasil: perspectivas de gestores, profissionais e usuários*. [Tese de Doutorado].Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (FCM/UNICAMP), 2010.

Rotania A. *Novas tecnologias reprodutivas genéticas, ética e feminismo: a celebração do temor*. [Tese de Doutorado]: Rio de janeiro: Pós-graduação em Engenharia – COPPE, Universidade Federal do Rio de janeiro, 1998.

Rotania A. *Por uma Ecologia da Procriação Humana ou Novas Tecnologias Reprodutivas*. In: Ferreira,V. Ávila, M.B. & Portella, A.P.(Orgs) *Feminismo e Novas Tecnologias Reprodutivas*. Recife, 2006.

Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, SEPM/PR. *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres*, 2004.

Secretaria Especial de Direitos Humanos, SEDH/PR. Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT, 2009.

Santos NJS. Buchallab CM et al Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. Rev Saúde Pública 2002; 36(4Supl):12-23

Samrsla M et al Expectativa de mulheres à espera de reprodução assistida. Rev Assoc Med Bras 2007; 53 (1): 47-52

Scavone L. Direitos Reprodutivos, Política de Saúde e Gênero. Artigo apresentado no GT Família e Sociedade da ANPOCS (Associação Nacional de Pós-graduação em Ciências Sociais), em outubro de 1999.

Scavone L. Novas Tecnologias Conceptionais: teorias e políticas feministas. In: Ferreira,V. Ávila, M.B. & Portella, A.P.(Orgs) Feminismo e Novas Tecnologias Reprodutivas. Recife, 2006.

Souza ER Maternidade Lésbica e Novas Tecnologias Reprodutivas- um relato sobre casos canadenses. In: Ferreira,V. Ávila, M.B. & Portella, A.P.(Orgs) Feminismo e Novas Tecnologias Reprodutivas. Recife, 2006.

Tain L. Um filho quando eu quiser?: o caso da França contemporânea. Rev. Estud. Fem. 2005; vol.13, n.1 , pp. 53-67

Tamanini M. Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptionais à Luz da Bioética e das Teorias de Gênero: casais e médic@as no sul do Brasil. [Tese de Doutorado] Ciências Humanas, UFSC, 2003

Tamanini M. Novas tecnologias reprodutivas conceptionais: bioética e controvérsias. Rev. Estud. Fem. 2004; vol.12, n.1, pp. 73-107

Trindade Z. e Enumo SRF. Triste e Incompleta: Uma visão feminina da mulher infértil. Psicol. USP, 2002; v. 13, n.2, 2002.

Vargas EP. Casais inférteis: usos e valores do desejo de filhos entre casais de camadas médias no Rio de Janeiro, [Tese de doutorado] Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ. 2006.

Viana AL. Abordagens metodológicas em políticas públicas. RAP- Revista Brasileira de Administração Pública. 1996; v 30, p.5-43, mar/abr.

Viana AL. Enfoques metodológicos em políticas públicas: novos referenciais para estudos sobre políticas sociais. In: Canesqui, AM, org. Ciências Sociais e Saúde. São Paulo: Ed. Hucitec.1997; Cap.10, p.205-15

Vieira FB. O debate feminista sobre a reprodução assistida e direitos sexuais e reprodutivos. Trabalho apresentado durante o XIII Congresso Brasileiro de Sociologia, Local: UFPE, Recife (PE), 29 de maio à 1º de junho de 2007.

Walt G. Health Policy An Introduction to Process and Power. New Jersey: Zed Books, London & New Jersey; 2004.

Werneck J. Os esquerdos da procriação revisitados. In: Portella, AP & Bezerra, S (Orgs) Anais Seminário Nacional Biopoder e Tecnologias Reprodutivas: uma análise crítica feminista. SOS CORPO, Recife, 2008.

World Health Organization. Currents Practices and Controversies in Assisted Reproduction. Report of meeting on Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction held at WHO Headquarters in Geneva, Switzerland: 2001, 17- 21 september.

Xavier D. et al. Questões femininas para a ordem médica. In: Labra AME. (Org.). Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil. Petrópolis, Vozes, 1989,. p. 204 322.

Apêndice 1

ROTEIROS DE ENTREVISTA

1) Ministério da Saúde

- O status da questão da assistência à reprodução humana assistida na agenda de prioridades ministeriais (questões atuais e históricas)
- A demanda da sociedade em relação a ações na área da assistência em reprodução humana assistida (questões atuais e históricas).
- Concepção de uma política assistência à reprodução humana assistida no SUS e sua relação com o tema dos direitos reprodutivos, o direito à saúde e a integralidade na assistência.
- Histórico dos debates da década atual que culminaram o lançamento das portarias ministeriais n 426/2005 e 388/2005 (atores, motivações, interesses, pontos de convergência e consenso, etc)
- Planejamento, estratégias e propostas atuais do MS para a implantação da política de RHA (questões orçamentárias e de infra-estrutura técnica e tecnológica; estruturação da assistência em vários níveis de complexidade; participação do setor público e do setor privado; cronograma e ações prioritárias; avaliação e monitoramento; controle social e participação da sociedade no desenvolvimento da política)

- Públicos-alvo e critérios de acesso, necessidades e demandas que a política de RHA atenderá (perspectivas e atuais).
- Problemas relacionados à regulação legal, normativa e ética da RHA e estratégias do MS para avançar a regulamentação nessa área.
- Primeiras experiências na implementação da política.
- Percepção sobre os projetos de inclusão social para a RHA e possibilidades de projetos dessa natureza no SUS.

2) Movimentos sociais

- Prioridades para os segmentos representados por esses movimentos no que diz respeito às demandas de saúde em geral, e especificamente em saúde e direitos reprodutivos.
- Importância da temática da RHA na agenda desses movimentos e percepções sobre seu potencial para o fortalecimento dos direitos reprodutivos.
- Participação dos movimentos sociais nos debates sobre RHA: presença/ausência, motivações, interlocutores, propostas/reivindicações,
- Concepções sobre uma política assistencial à reprodução humana assistida no SUS, incluindo públicos-alvo e critérios de acesso, necessidades e demandas que a política de RHA poderá atender.

- Oportunidades, dificuldades e desafios para a construção e implementação de uma política de reprodução humana assistida no SUS.
- Problemas relacionados à regulação legal, normativa e ética da RHA e estratégias para avançar a regulamentação nessa área.

3) Especialistas em RHA nos serviços públicos de saúde

- Início da RHA no Brasil
- Trajetória de implementação nos serviços públicos de saúde
- Experiência da instituição na implementação da RHA
- Importância, sentidos e objetivos de uma política de assistência à RHA no SUS, incluindo públicos alvo, necessidades que podem ser atendidas e critérios de acesso.
- Oportunidades, dificuldades e desafios para a construção e implementação de uma política de reprodução humana assistida no SUS.
- Participação no desenvolvimento e implementação da política dos diversos atores: setor público, setor privado, sociedades científicas, indústria farmacêutica e de equipamentos e movimentos sociais, outros.

- Problemas relacionados à regulação legal, normativa e ética da RHA e estratégias para avançar a regulamentação nessa área (participação na formulação da Resolução nº 1.358 do CFM e outras tentativas de regulamentação).
- Percepção sobre os projetos de inclusão social para a RHA e possibilidades desses projetos no SUS.

4) Especialistas em RHA no setor privado da saúde.

- Início da RHA no Brasil
- Trajetória de implementação nos serviços privados de saúde
- O papel das sociedades científicas e da RedLara.
- Interlocução do setor privado de RHA com o MS e outros setores do Estado (participação da elaboração das portarias n. 426 e 388).
- Importância, sentidos e objetivos de uma política de assistência à RHA no SUS, incluindo públicos alvo, necessidades que podem ser atendidas e critérios de acesso.
- Oportunidades, dificuldades e desafios para a construção e implementação de uma política de reprodução humana assistida no SUS.

- Participação no desenvolvimento e implementação da política dos diversos atores: setor público, setor privado, sociedades científicas, indústria farmacêutica e de equipamentos e movimentos sociais, outros.
- Problemas relacionados à regulação legal, normativa e ética da RHA e estratégias para avançar a regulamentação nessa área (participação na formulação da Resolução nº 1.358 do CFM e outras tentativas de regulamentação).
- Percepção sobre os projetos de inclusão social para a RHA e possibilidades de projetos dessa natureza no SUS.

5) Sociedades científicas e de especialistas

- Início da RHA no Brasil
- Trajetória de implementação nos serviços privados de saúde
- O papel das sociedades científicas e da RedLara.
- Interlocução do setor privado de RHA com o MS e outros setores do Estado (participação da elaboração das portarias n. 426 e 388).
- Importância, sentidos e objetivos de uma política de assistência à RHA no SUS, incluindo públicos alvo, necessidades que podem ser atendidas e critérios de acesso.

- Oportunidades, dificuldades e desafios para a construção e implementação de uma política de reprodução humana assistida no SUS.
- Participação no desenvolvimento e implementação da política dos diversos atores: setor público, setor privado, sociedades científicas, indústria farmacêutica e de equipamentos e movimentos sociais, outros.
- Problemas relacionados à regulação legal, normativa e ética da RHA e estratégias para avançar a regulamentação nessa área (participação na formulação da Resolução nº 1.358 do CFM e outras tentativas de regulamentação).
- Percepção sobre os projetos de inclusão social para a RHA e possibilidades de projetos dessa natureza no SUS
- Contribuição das sociedades científicas na implementação, aperfeiçoamento e avaliação das políticas e das tecnologias de RHA.

Apêndice 2

PROJETO DE PESQUISA: Política de assistência à reprodução humana no SUS: oportunidades e dificuldades para o seu desenvolvimento.

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Ana Lúcia Tiziano Sequeira

NOME DA ORIENTADORA: Claudia Bonan Jannotti

INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL PELA PESQUISA: Instituto Fernandes Figueira.

ENDEREÇO: Av. Rui Barbosa, 716 - 4º Andar - Flamengo - Rio de Janeiro

TEL. 2554-1774

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Venho solicitar sua participação voluntária na pesquisa “Oportunidades e dificuldades para o desenvolvimento de uma política de assistência em reprodução humana no SUS”, desenvolvida como parte dos requisitos do curso de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz. O estudo tem como objetivo analisar processos culturais, políticos e institucionais que têm contribuído ou dificultado o desenvolvimento de uma política de assistência à reprodução humana assistida no SUS.

Sua participação consiste em conceder entrevista com questões relacionadas a essa temática. É seu direito de solicitar todos os esclarecimentos necessários, recusar-se a participar da pesquisa ou interromper a participação a qualquer momento, sem que isso venha causar qualquer problema na sua relação com a instituição promotora. As entrevistas serão registradas em fita cassete ou meio digital e serão transcritas com fins de facilitar a análise. O material de áudio e as transcrições ficarão sob minha guarda e o acesso a eles será restrito a mim e a minha orientadora. As informações obtidas nas entrevistas serão analisadas e apresentadas sem a

identificação nominal e direta das pessoas que as forneceram, sendo mencionado apenas seu campo institucional de atuação, por exemplo: Ministério da Saúde, especialista em reprodução humana, movimento de mulheres, Conselho Federal de Medicina, etc.

Os resultados da pesquisa serão apresentados em tese de doutorado a ser avaliada por banca aceita pela Comissão de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz. Também poderão ser apresentados em um livro ou artigos a serem publicados em revistas científicas (nacionais e internacionais) e divulgados em congressos, simpósios, reuniões científicas, conferências, mesas redondas (nacionais e internacionais).

Ana Lúcia Tiziano Sequeira/Responsável pela pesquisa

Declaro que li e entendi o que me foi explicado sobre este trabalho e concordo voluntariamente em participar desta pesquisa.

Local/ Data : _____

Nome do entrevistado

Assinatura do entrevistado

Anexo 1

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 2

PORTARIA Nº 388 DE 06 DE JULHO DE 2005

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições, e

Considerando a Portaria GM/MS nº 426 de 22 de março de 2005, que institui a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida;

Considerando a necessidade de regulamentar a atenção em reprodução humana assistida aos casais inférteis, aos portadores de doenças genéticas e aos portadores de doenças infecto-contagiosas, em especial os portadores do HIV e das Hepatites virais;

Considerando a necessidade de adotar mecanismos capazes de permitir o acesso dos casais inférteis, dos portadores de doenças genéticas e dos portadores de doenças infecto-contagiosas, em especial os portadores do HIV e das Hepatites virais usuários do Sistema Único de Saúde - SUS aos serviços de Média e Alta Complexidade em Reprodução Humana Assistida;

Considerando a necessidade de definir as ações de assistência à concepção por meio de técnicas de reprodução humana assistida nos três níveis de atenção, bem como a de determinar os respectivos papéis desses níveis e as qualidades técnicas necessárias ao bom desempenho de suas funções;

Considerando a necessidade de estabelecer protocolos clínicos, cirúrgicos e de atenção psicossocial em reprodução humana 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;

Considerando a necessidade de auxiliar os gestores no controle e avaliação da atenção em reprodução humana assistida;

Considerando a necessidade de incluir procedimentos nas Tabelas do Sistema Único de Saúde para contemplar a atenção em reprodução humana assistida;

Considerando a necessidade de estabelecer normas e critérios para o credenciamento e habilitação dos serviços de Média e Alta Complexidade;

Considerando a necessidade do estabelecimento de um sistema de fluxo de referência e contra-referência no âmbito do Sistema Único de Saúde, resolve:

Art. 1º - Determinar 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, sendo o Estado o responsável pela coordenação da rede, conforme Anexo I e III desta Portaria,

Art 2º - As redes Estaduais e do Distrito Federal para a atenção em reprodução humana assistida serão compostas por serviços de saúde que contemplem ações de prevenção e recuperação na Atenção Básica, na Média e Alta Complexidade, descritas na forma do Anexo III desta Portaria.

§1º - Entende-se por serviços de referência em reprodução humana assistida na Média Complexidade, os serviços que ofereçam atenção diagnóstica e terapêutica especializada, acompanhamento psicossocial, com condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento dos casais com infertilidade, dos portadores de doenças genéticas e dos portadores de doenças infecto-contagiosas, em especial os portadores do HIV e das Hepatites virais, devendo estar articulados a uma central de regulação estadual, e/ou municipal e do Distrito Federal que garanta a integração com o sistema local e regional, complementando as

ações da Atenção Básica e que ofereçam os procedimentos constantes no anexo II desta Portaria e, sendo facultativo e desejável a realização, nestes serviços, de histeroscopia diagnóstica, histeroscopia cirúrgica, laparoscopia, microcirurgias, inseminação artificial e avaliação genética.

§2º - Entende-se por serviços de referência em reprodução humana assistida na Alta Complexidade, os serviços que ofereçam atenção diagnóstica e terapêutica especializada, acompanhamento psicossocial, com condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento dos casais inférteis, dos portadores de doenças genéticas e dos portadores de doenças infecto-contagiosas, em especial os portadores do HIV e das Hepatites virais, devendo estar articulados a uma central de regulação estadual e/ou municipal e do Distrito Federal que garanta a integração com o sistema local e regional, que complementem as ações da Atenção Básica e de Média Complexidade e, que ofereçam todos os procedimentos de Média Complexidade e realizem a fertilização assistida, conforme constante no Anexo II.

Art 3º - Estabelecer que, na definição dos quantitativos e na distribuição geográfica dos serviços de saúde que integrarão as Redes de atenção em Reprodução Humana Assistida, as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal devam observar os respectivos Planos Diretores de Regionalização e utilizar os seguintes critérios que deverão estar detalhados nos Planos Estaduais e Municipais de atenção integral em reprodução humana assistida:

- a) população a ser atendida;
- b) necessidade de cobertura assistencial;
- c) nível de complexidade dos serviços;
- d) distribuição geográfica dos serviços;
- e) capacidade técnica e operacional dos serviços;
- f) mecanismos de acesso com os fluxos de referência e contra-referência.

Parágrafo Único - Para a organização dos serviços de atenção em reprodução humana assistida na Média e Alta Complexidade devem ser observados os quantitativos de serviços, definidos por Unidade da Federação, onde a área de cobertura assistencial deve ser de 01 (um) serviço para abrangência de no mínimo 6.000.000 de habitantes, para garantir a viabilidade econômica destes serviços;

Art. 4º - Estabelecer que os serviços de atenção em reprodução humana assistida na Média e na Alta Complexidade devem ser de ensino públicos/filantrópicos certificados pelo Ministério da Saúde, designados pela Comissão Intergestores Bipartite.

Parágrafo Único - No caso da não disponibilidade de unidades de ensino públicas/filantrópicas certificadas, a referida Comissão poderá designar instituições da rede complementar, preferencialmente, instituições públicas e filantrópicas, com experiência comprovada nesta área de atenção, conforme Anexo I;

Art. 5º - Determinar que as Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal em conjunto com os Municípios, ao constituírem as suas redes estaduais de atenção em reprodução humana assistida, estabeleçam os fluxos e mecanismos de referência e contra-referência.

Art. 6º - Determinar que os serviços de Média e Alta Complexidade para a atenção em Reprodução Humana Assistida aos casais inférteis, aos portadores de doenças genéticas e aos portadores de doenças infecto-contagiosas, em especial os portadores de HIV e das Hepatites virais, realizem esta atenção de acordo com as

diretrizes de indicações clínicas e de acompanhamento psicossocial, descritas no Anexo III desta Portaria.

Art. 7º - Estabelecer que, para serem credenciados no Sistema Único de Saúde, todos os serviços de atenção em reprodução humana assistida na Média e na Alta Complexidade, devem ser vistoriados pelo órgão de Vigilância Sanitária local e estar em conformidade com o Regulamento Técnico da Resolução de Diretoria Colegiada - RDC/ANVISA;

§ 1º Os serviços de reprodução humana assistida da rede pública e privada de saúde, devem ser submetidos à inspeção sanitária para obtenção de liberação de funcionamento;

§ 2º Para fins de credenciamento e habilitação deve constar no processo relatório conclusivo da Vigilância Sanitária Local e liberação para funcionamento do serviço.

Art. 8º - Aprovar, na forma de anexos desta Portaria, o que segue:

- Anexo I: Normas para o Credenciamento e Habilitação dos Serviços de Referência de Média e Alta complexidade em Reprodução Humana Assistida;
- Anexo II: Relação de Procedimentos Incluídos nas Tabelas SIA e SIH/SUS para a Reprodução Humana Assistida nos Três Níveis de Atenção;
- Anexo III: Diretrizes para Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida.

Art. 9º - Determinar que os atuais serviços de Média e Alta Complexidade públicos ou filantrópicos, que já realizam os procedimentos em Reprodução Humana Assistida, devem se adaptar às normas da presente Portaria, e solicitar credenciamento e habilitação ao gestor estadual ou municipal em Gestão Plena do Sistema, no prazo de 180 dias a contar da data de publicação desta Portaria.

Art 10 - Os serviços de atenção em reprodução humana assistida na Média e na Alta Complexidade devem submeter-se à regulação, fiscalização, controle e avaliação do gestor estadual e municipal e Distrito Federal, conforme as atribuições estabelecidas nas respectivas condições de gestão.

Parágrafo único - Os procedimentos de Média e Alta Complexidade de atenção em reprodução humana assistida, discriminados nas tabelas de procedimentos do Sistema Único de Saúde (SUS), devem ser submetidos à autorização prévia pelo gestor local correspondente.

Art 11 - Instituir, no âmbito da Secretaria de Atenção a Saúde, uma Câmara Técnica da Assistência à Reprodução Humana Assistida, com a finalidade de proceder a implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida.

§ 1º - A Câmara Técnica de que trata este Artigo será composta pelos seguintes membros, e atuará sob a coordenação do primeiro:

- 04 (quatro) representantes do Ministério da Saúde, indicados pela Secretaria de Atenção a Saúde;
- 01 (um) representante da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana - SBRH;
- 01 (um) representante da Sociedade Brasileira de Urologia - SBU;
- 01 (um) representante da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO;
- 01 (um) representante Núcleo Brasileiro de Embriologistas em Medicina Reprodutiva – PRONÚCLEO;

- 01 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS;
- 01 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS;

§ 2º - Estabelecer o prazo de 60 dias, a contar da data de publicação desta Portaria, para que esta Câmara Técnica defina uma proposta de mecanismo de financiamento e valores de remuneração das ações e serviços objeto desta Portaria.

Art.12 - Estabelecer o prazo de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da data de publicação desta Portaria, para que a Secretaria de Atenção à Saúde defina indicadores e instrumentos de monitoramento e avaliação da qualidade das unidades habilitadas.

Art. 13 - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JORGE SOLLA
Secretário

ANEXO I

Normas para o credenciamento e habilitação dos Serviços de Referência de Média e Alta Complexidade em Reprodução Humana Assistida

Inicialmente serão credenciados e habilitados serviços de Média e Alta Complexidade, de referência regional, preferencialmente de natureza jurídica pública ou filantrópica, conveniado ao SUS, que já estejam realizando atendimento de Média e/ou Alta Complexidade em Reprodução Humana Assistida (RHA) para casais com infertilidade conjugal e que se disponibilizem a implantar/implementar este atendimento para os casais portadores de doenças genéticas e de doenças infecto-contagiosas em especial os portadores do HIV e hepatites virais, que possam se beneficiar das técnicas de RHA para redução do risco de transmissão vertical e/ou horizontal.

I - Credenciamento dos serviços de referência em reprodução humana assistida:
O processo de credenciamento dos serviços de referência para reprodução humana assistida de Média e Alta Complexidade será realizado pelo gestor estadual, do Distrito Federal ou municipal em gestão plena do sistema, observado os Planos Estaduais e Municipais de Saúde e o Plano Diretor de Regionalização das Secretarias Estaduais de Saúde, onde devem estar estabelecidos os fluxos assistenciais.

A instalação de qualquer Serviço de Reprodução Humana Assistida (SRHA) com vistas a integrar o Sistema Único de Saúde deve:

- 1) Ser precedida de solicitação de consulta ao gestor local, que deverá seguir o determinado neste anexo.
- 2) Demonstrar a necessidade de credenciamento do serviço à luz do Plano Diretor de Regionalização.
- 3) Ser cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.
- 4) Estar dimensionado de acordo com os Planos Estadual, do Distrito Federal e Municipal de Saúde, onde deve ser considerado o seguinte:
 - a) a área de cobertura assistencial deve ser de abrangência regional, contemplando no mínimo 6.000.000 habitantes por SRHA, para garantir a viabilidade econômica destes serviços;
 - b) os mecanismos de acesso com fluxos de referência e contra-referência;
 - c) a capacidade técnica e operacional do serviço;
 - d) a série histórica de atendimento realizados, levando em conta a demanda reprimida;
 - e) a distribuição geográfica dos serviços;
 - f) a integração com a rede de referência hospitalar e psicossocial e com a central de regulação e com os demais serviços assistenciais – ambulatoriais e hospitalares – disponíveis no estado;
- 5) Apresentar a seguinte documentação, necessária para o processo de credenciamento:
 - a) Plano de atenção demonstrando a necessidade do serviço e os parâmetros assistenciais – população de abrangência, em conformidade com as diretrizes para atenção integral em reprodução humana assistida, definidas no Anexo III desta Portaria;
 - b) Parecer do gestor Estadual e Municipal e do Distrito Federal quanto ao mérito do credenciamento do SRHA.
 - c) Cópia do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde.
 - d) Relatório conclusivo de vistoria realizado pela Vigilância Sanitária local com Liberação de Funcionamento.
 - e) Declaração do responsável jurídico pelo SRHA, onde conste a quantidade de consultas que o serviço disponibilizará e realizará para os casais referenciados pelo SUS.
 - f) Termo de compromisso entre o SRHA, o gestor local, o Hospital de retaguarda vinculado ao SUS, para a referência aos casos que necessitem de procedimentos e internação por intercorrências decorrentes do tratamento.
 - g) Termo de compromisso entre o SRHA e o serviço de diagnose para ser garantida a realização dos exames.
 - h) Declaração do impacto financeiro do SRHA a ser credenciado, segundo os valores dos procedimentos necessários conforme protocolo clínico – Anexo III - constate na tabela de procedimentos do Sistema Único de Saúde.
 - i) Deliberação da Comissão intergestores Bipartite favorável ao credenciamento do SRHA.
 - j) Comprovação das condições necessárias para a oferta de todas as modalidades de procedimentos propostos nas alíneas e e f.
 - k) Quando aprovado fazer o encaminhamento de solicitação de habilitação, pelo Secretário de Estado da Saúde, onde o SRHA está localizado, à Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade - Departamento de Atenção Especializada /SAS/MS.

II - Habilitação dos serviços de referência em reprodução humana assistida.

Além dos critérios estabelecidos pelo Art. 3º desta Portaria SAS/MS nº 388/05, para que possam habilitar-se como Serviço de Referência de Média e/ou Alta Complexidade em Reprodução Humana Assistida, os SRHA devem:

l) ter sido credenciado conforme item I deste anexo;

m) ter integração com o sistema local e regional do SUS que permita exercer o papel auxiliar, de caráter técnico, aos gestores na Política de Atenção em Reprodução Humana Assistida nos diversos níveis de Atenção à Saúde, em sua área de abrangência, com vistas a colaborar e capacitar nas seguintes ações: medidas diagnósticas e terapêuticas específicas e complementares (ver Anexo III), educação e suporte social e psicológico, ações educativas visando o controle das condições de risco, orientação psicológica para os casais e familiares (ver Anexo III desta Portaria);

n) ter estrutura para pesquisa e para ensino organizada, , conforme legislação vigente, com programas e protocolos estabelecidos, que se prestem inclusive para a formação de outros SRHA da rede SUS;

o) subsidiar os gestores e suas ações de capacitação e treinamento na área específica de acordo com a política de educação permanente do SUS, participando dos Pólos de Educação Permanente uma vez constituídos.

p) ter adequada estrutura gerencial capaz de zelar pela eficiência, eficácia e efetividade das ações prestadas;

q) subsidiar as ações dos gestores na regulação, fiscalização, controle e avaliação, incluindo estudos de qualidade e estudos de custo – efetividade tecnológica.

III. Documentação a ser encaminhada ao Ministério da Saúde

A documentação que deve ser encaminhada a Coordenação de Média e Alta Complexidade – Departamento de Atenção Especializada /SAS/MS é a seguinte:

a) Anuência do Serviço para ser referência de Média e/ou Alta Complexidade em Reprodução Humana Assistida;

b) Projeto onde o SRHA candidato descreva a forma de integração com a Rede Estadual/Regional de Atenção em Reprodução Humana Assistida, de acordo com as exigências constantes nos itens I e II deste Anexo;

c) Parecer conclusivo do gestor estadual quanto a credenciamento do SRHA;

d) Parecer conclusivo da Comissão Intergestores Bipartite.

ANEXO II

Relação de procedimentos incluídos nas Tabelas SIA e SIH/SUS para a Reprodução Humana Assistida nos três níveis de atenção

A atenção em RHA deve ser garantida nos três níveis: Atenção Básica, Atenção de Média e Alta complexidade. Os procedimentos previstos para cada nível de atenção, constantes nas Tabelas SIA e SIH/SUS, serão conforme descrição abaixo:

I. Atenção Básica

a. Consultas médicas e de enfermagem

ATIVIDADE	QUANT.
Consulta medica	3
atendimento individual de enfermagem	2

b. Exames complementares a serem solicitados e vacinas a serem realizadas na

Atenção Básica que precederão o atendimento especializado:

ATIVIDADE	QUANT.
coleta de citologia oncótica	1
colpocitologia oncótica	1
sorologia anti-HIV	2
sorologia para hepatite B	2
sorologia para hepatite C	2
sorologia para sífilis (VDRL)	2
sorologia para toxoplasmose IgG	1
glicemia de jejum	1
Vacinação contra rubéola	1
Espermograma	1

I – Atenção de média complexidade

a) Consultas .

ATIVIDADE	QUANT.
Consulta em ginecologia	2
Consulta especializada em urologia	1

Atendimento individual em psicologia	2
Atendimento individual serviço social	1
Atendimento em grupo multidisciplinar	1

b) Exames complementares a serem disponibilizados nos serviços de referência de Média Complexidade:

- Para o casal

ATIVIDADE	QUANT.
ultrassonografia transvaginal	1
Histerossalpingografia	1
biópsia de endométrio	1
avaliação muco cervical	1
Dosagem de prolactina	2
Dosagem de TSH	2
Dosagem de T4 livre	2
Dosagem de FSH	2
Dosagem de LH	1
Dosagem de estradiol	2
Dosagem de SDHEA	1
Dosagem de testosterona	2
Dosagem de insulina	1
cultura de esperma	1
antibiograma simples	1
Processamento Seminal Diagnóstico	1

Observação: caso necessário, disponibilizar os exames que deveriam ter sido realizados na Atenção Básica (ver Tabela item I).

c) Pesquisa especial feminina para: Coito programado com estimulação ovariana, Inseminação Intra-uterina e Fertilização *in vitro*.

ATIVIDADE	QUANT.
histeroscopia diagnóstica	1
laparoscopia diagnóstica	1
pesquisa de cariótipo por banda	1

d) Pesquisa especial masculina considerando o Coito programado com estimulação ovariana, Inseminação Intra-uterina e Fertilização *in vitro*.

ATIVIDADE	QUANT.
ultrasonografia transretal	1
ultrasonografia bolsa escrotal	1
biópsia testicular	1
pesquisa de cariótipo por banda	1

e) Procedimentos cirúrgicos e não cirúrgicos para patologias do casal infértil, como contrapartida do gestor local:

- Cirurgias para a Mulher:

- Via laparotômica: salpingoplastia (reanastomose tubárica, salpingolise, salpingoneostomia, salpingostomia, reimplante tubárico), miomectomia, tratamento da endometriose.

- Via laparoscópica – “facultativo”: as mesmas cirurgias, incluindo ooforoplastia e indução laparoscópica da ovulação

- Via histeroscópica – “facultativo”: polipectomia, miomectomia, ressecção de sinéquias e septo.

- Cirurgias para o Homem:

- Correção de varicocele, vasoanastomose, vasoepididimoanastomose, correções de malformações genitais (pênis torto congênito, doença de Peyronie, hipospádia)

Procedimentos não cirúrgicos:

f) coito programado (por ciclo);

ATIVIDADE	QUANT.
Consulta ginecológica	2
Ultrasonografia transvaginal	2

g) Coito Programado com estimulação da ovulação (por ciclo);

ATIVIDADE	QUANT.
Consulta ginecológica	2
Ultrasonografia transvaginal	2
Citrato de clomifeno 50 mg / cp	10

h) Inseminação artificial

1. Estimulação da ovulação para Inseminação intra uterina (por ciclo)

ATIVIDADE	QUANT.
Consulta ginecológica	3
Ultrasonografia transvaginal	2
Gonadotrofina urinária 75 UI / fa	4
Citrato de clomifeno 50 mg / cp	10

Gonofotrofina coriônica humana 5000 UI / fa	1
progesterona micronizada 100 mg / cp	30

2. Inseminação intra uterina (por ciclo)

ATIVIDADE	QUANT.
Consulta ginecológica	1
Estimulação ovariana	1
Processamento seminal terapêutico	1

III. Atenção de Alta Complexidade

1. Consultas especializadas: a) urologia, b) ginecologia, c) psicologia, d) assistência social.

2. Oferecer todos procedimentos realizados nos serviços de Média Complexidade, mencionados no item II, III e IV.

3. Procedimentos para o tratamento:

a) Estimulação ovariana para Fertilização *in vitro*:

ATIVIDADE	QUANT.
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

b) Fertilização *in vitro* convencional sem ovócito

ATIVIDADE	QUANT.
Consulta ginecológica	1
Estimulação ovariana	1
Punção do fundo do saco vaginal	2

c) Fertilização *in vitro* convencional sem fertilização

ATIVIDADE	QUANT.
Consulta ginecológica	1
Estimulação ovariana	1
Processamento seminal terapêutico	1
Punção do fundo do saco vaginal	2
Identificação/fertilização/incubação/acompanhamento	1

d) Fertilização *in vitro* com fertilização

ATIVIDADE	QUANT.
Consulta ginecológica	1
Estimulação ovariana	1
Processamento seminal terapêutico	1
Punção do fundo do saco vaginal	2
Identificação/fertilização/incubação	1

4. Fertilização *in vitro* (FIV) com injeção intracitoplasmática de espermatozóide (ICSI);

a) Fertilização *in vitro* (FIV) com injeção intracitoplasmática de espermatozóide (ICSI) sem espermatozóide

ATIVIDADE	QUANT.
Consulta ginecológica	1
Estimulação ovariana	1
Processamento seminal terapêutico	1
Punção do fundo do saco vaginal	2
Coleta alternativa de espermatozóide	1

b) Fertilização *in vitro* (FIV) com injeção intracitoplasmática de espermatozóide (ICSI) sem fertilização

ATIVIDADE	QUANT.
Consulta ginecológica	1
Estimulação ovariana	1
Processamento seminal terapêutico	1
Punção do fundo do saco vaginal	2
Identificação / fertilização / incubação / injeção do espermatozóide/acompanhamento	1

c) Fertilização *in vitro* (FIV) com injeção intracitoplasmática de espermatozóide (ICSI) com fertilização

ATIVIDADE	QUANT.
Consulta ginecológica	1
Estimulação ovariana	1
Processamento seminal	1
Punção do fundo do saco vaginal	2
Identificação / incubação / injeção do espermatozóide / acompanhamento	1

5. Criopreservação e transferência embrionária

ATIVIDADE	OBSERVAÇÕES
dimensionar: PGD, Assisted hatching, criopreservação, descongelamento, carga viral do semem.	da população que vai ter embrião no máximo 5% utilizarão estas técnicas
Criopreservação (CONGELAMENTO)	40% dos casos vão congelar embriões
Criopreservação (DESCONGELAMENTO)	70% do item anterior vão descongelar
Descongelamento com transferência embrionária	60% do item anterior vão ser transferidos
Preparo endometrial para a transferência de pré embrião descongelado	70% dos casais que congelaram pré-embriões

ANEXO III

Diretrizes para Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida

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. Esses serviços deverão estar vinculados a uma central de regulação, conforme descrito no Anexo I desta Portaria SAS/MS nº 388/05. Os procedimentos previstos para cada nível de atenção estão relacionados no Anexo II desse documento.

I. Diretrizes para o acompanhamento psicossocial

A abordagem psicossocial deve considerar os direitos sexuais, os direitos reprodutivos e a Legislação vigente, como a Lei Nº 9.263/1996 e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a fim de promover uma maternidade e/ou paternidade responsáveis.

1. Na Atenção Básica

Os casais inférteis identificados e avaliados na Atenção Básica que possuam patologias e fatores concomitantes que possam interferir em uma futura 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.

Nesse atendimento, deverão ser observadas a disponibilidade do casal para adoção e as suas condições reais, de acordo com os critérios estabelecidos pelos órgãos competentes. Também serão fornecidas informações a respeito do processo de adoção e, caso seja pertinente, o casal será encaminhado formalmente, com o relatório social, para o serviço social da Vara da Infância ou órgão responsável, identificado em seu estado ou município, para dar início ao processo de avaliação para adoção.

Os casais com problema de infertilidade que se enquadrem nos critérios clínicos de encaminhamento para serviço de Média Complexidade em RHA serão submetidos à avaliação psicossocial naquele nível de atenção.

2. Na Atenção de Média Complexidade

No serviço de referência de Média Complexidade em RHA, O casal deve passar por avaliação prévia da equipe psicossocial para emissão de parecer e definição do encaminhamento para a reprodução humana assistida.

Para a realização dessa avaliação prévia, o casal deverá passar por, no mínimo, duas consultas com o (a) psicólogo (a) e uma com o (a) assistente social para elaboração de parecer. O parecer deverá ser registrado em formulário próprio, no prontuário único do casal, representando decisão do serviço.

Deverão ser considerados os seguintes pontos:

2.1 Psicologia

a) Dinâmica relacional do casal: história do casal – expectativas (presente e futuro); desejo de maternidade/ paternidade; projeto de vida (significado da gestação

/filho e possibilidade de adoção); relação com a família de origem; dinâmica constituída (outros casamentos, outros filhos).

b) Identificação de transtornos psiquiátricos:

- transtorno mental grave – em caso de suspeita de transtorno mental grave deverá ser realizado o encaminhamento para um serviço de saúde mental. Na confirmação do diagnóstico, fica definido como critério de exclusão para reprodução humana assistida.

- transtorno mental moderado – encaminhar para acompanhamento em um serviço de saúde mental. O serviço deverá referenciar para a reprodução humana assistida quando a equipe de saúde mental assim indicar.

c) Identificação do uso de drogas lícitas ou ilícitas: constituem-se critérios de exclusão para a RHA as seguintes situações:

- quando a avaliação do padrão de uso (quantidade e frequência) indicar uso abusivo, que implique na incapacidade de assumir as responsabilidades inerentes a paternidade/maternidade;

- envolvimento com situações de violência e tráfico;

- o uso de drogas implicar em desestruturação da estrutura familiar;

- o uso de drogas implicar na não adesão ao tratamento com anti-retrovirais, quando estes estiverem indicados no tratamento dos portadores do HIV.

Caso seja identificada a demanda de redução no padrão de uso de drogas lícitas ou ilícitas, o casal deverá ser encaminhado para acompanhamento com equipe de saúde mental.

2.2 Serviço Social:

O atendimento do serviço social deverá ser realizado em pelo menos um encontro para emissão do laudo de avaliação, onde deverão ser considerados os seguintes pontos:

a) Rede de apoio social – moradia (local e tempo de moradia); trabalho, renda e o acesso a benefícios sociais; apoio concreto e operacional da família, amigos, estrutura social;

b) Violência doméstica, que caso identificada, constitui-se em critério de exclusão;

c) Existência de contracepção definitiva, com filhos vivos da atual relação, com o mesmo parceiro, constitui-se em critério de exclusão para encaminhamento para reprodução humana assistida. Neste caso, deverá ser realizada avaliação para a possibilidade de adoção.

II. Diretrizes clínicas para atenção aos casais inférteis

Segundo a OMS, é considerado infertilidade conjugal, a ausência de gravidez em um casal com vida sexual ativa, sem uso de medidas contraceptivas, em um período de 1 ano ou mais.

Pode-se classificar a infertilidade em:

a) Infertilidade primária: na 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.

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

1. Atenção Básica

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, 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.

De acordo com a avaliação clínica, deve ser realizada a orientação ao casal quanto a prática sexual adequada, para que a mesma seja compatível com a obtenção de gravidez, por um período de três meses, segundo o que se segue:

- a) Identificar o período fértil;
- b) Recomendar concentração das relações sexuais no período fértil;
- c) Eliminar qualquer fator que interfira com o depósito do sêmen, ou que dificulte a migração espermática através do trato genital feminino (lubrificantes, duchas vaginais, e outros).

Na falha das recomendações supra-citadas, e enquadrando-se o casal nos critérios abaixo relacionados, encaminhar, por meio de resumo clínico, para um serviço de referência de Média Complexidade em RHA, através da Central de Regulação.

Critérios de seleção dos candidatos para o acesso aos serviços de 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.

2. Atenção de Média Complexidade

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, 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 in vitro.

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.

Critérios de Avaliação em RHA para a Atenção de Média Complexidade

a) Além dos procedimentos elencados no Anexo II, para as mulheres acima de 40 anos deverá ser também investigada a reserva ovariana através dos seguintes recursos diagnósticos: FSH basal, teste clomifeno, dosagem de estradiol e contagem de folículos antrais pela ultrassonografia transvaginal na fase folicular inicial (terceiro ao quinto dia do ciclo). Na presença de alteração da reserva ovariana, será avaliada a possibilidade de utilização da técnica de RHA com doação de óvulos, em serviços que disponibilizem esta alternativa.

b) Os casais que não responderem aos tratamentos realizados nesse nível de atenção, ou que necessitem de procedimentos não disponíveis nessa instância de cuidado, deverão ser encaminhados, por meio de resumo clínico, para um serviço de referência de Alta Complexidade, através da central de regulação;

c) Uma vez conseguida a gestação, a mulher deverá ser acompanhada no serviço de Média Complexidade até a 12ª semana de gestação. Durante esse período, deverá ser estabelecido o vínculo da mulher com um serviço de Gestação de Alto Risco que a acompanhará posteriormente. Esse encaminhamento deverá se dar por meio de resumo clínico.

Equipe Mínima Necessária em um Serviço de Referência de Média Complexidade em RHA:

- a) ginecologista;
- b) urologista;

- c) enfermeiro;
- d) psicólogo;
- e) assistente social.

Observação: caso o serviço de média complexidade ofereça os procedimentos referentes a inseminação artificial, deverá contar em sua equipe mínima com profissional da área biológica.

3. Atenção de Alta Complexidade

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. Caracterizam-se pela disponibilização da fertilização assistida (inseminação artificial e fertilização in vitro).

Além disso, esses serviços deverão:

- a) disponibilizar avaliação clínica especializada para as pacientes acima de 40 anos, ou, em qualquer idade para as que tenham patologias intercorrentes;
- b) oferecer assistência médica na vigência de complicações dos procedimentos;
- c) disponibilizar assistência hospitalar para o controle das intercorrências apresentadas por pacientes submetidas aos tratamentos previamente instituídos;
- d) Oferecer assistência pré-natal até a 12ª semana de gestação e estabelecer vínculo com um serviço de gestação de Alto Risco para o acompanhamento posterior.

Equipe mínima necessária em um serviço de referência de Alta Complexidade em RHA:

- a) ginecologista;
- b) urologista;
- c) enfermeiro;
- d) psicólogo;
- e) assistente social;
- f) ultrassonografista,
- g) profissional da área biológica

Anexo 3



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA
DEPARTAMENTO DE OUVIDORIA GERAL DO SUS**

CARTA RESPOSTA/SUS Nº -2007/DOGES/SGEP/MS

Brasília-DF, de de 2007.

Prezado (a) Nome do Cidadão (a),

Recebemos sua manifestação neste Departamento de Ouvidoria Geral do SUS em xx/xx/xxxx, proveniente da/do Presidência da República, Controladoria-Geral da União ou Gabinete do Ministro. Após análise do teor de sua manifestação foi gerado o seguinte protocolo: xxxxxx.

Esclarecemos que o Departamento de Ouvidoria Geral do SUS tem como atribuições, dentre outras: receber solicitações, reclamações, denúncias, elogios, informações e sugestões encaminhadas pelos usuários do SUS e levá-las ao conhecimento dos órgãos competentes sejam eles federais, estaduais ou municipais.

Cumpre-nos informar que o Ministério da Saúde com representantes das Sociedades Científicas e de Especialistas, Organizações Cívicas e Sociedade, elaboraram a Política de Reprodução Humana Assistida com objetivo de ampliar o acesso de casais as soluções para Infertilidade. A Política foi instituída a partir da Portaria GM nº 426, de 22 de março de 2005 e regulamentada pela Portaria SAS nº 388, de 6 de julho de 2005, com o intuito de determinar diretrizes na condução desta tarefa. No entanto esta última foi revogada por falta de dotação orçamentária para a Política supramencionada, não sendo, portanto financiada pelo SUS no momento.

Orientamos que algumas Universidades Federais oferecem este tipo de tratamento de maneira gratuita a um número restrito de pessoas.

Agradecemos a sua manifestação, como contribuição ao aprimoramento do Sistema Único de Saúde, e nos colocamos à disposição para futuros contatos por meio do Serviço Disque Saúde: 0800-61-1997.

Atenciosamente,

**Carlos Saraiva e Saraiva
Diretor**

