



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
Centro de Ciências Jurídicas e Políticas – CCJP
Programa de Pós-Graduação em Direito – PPGD
Mestrado em Direito

**REPRODUÇÃO ASSISTIDA: DESAFIOS E PERSPECTIVAS PARA UMA
POLÍTICA PÚBLICA**

CATARINA CRUZ SALLES

Rio de Janeiro
Março de 2020



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
Centro de Ciências Jurídicas e Políticas – CCJP
Programa de Pós-Graduação em Direito – PPGD
Mestrado em Direito

**REPRODUÇÃO ASSISTIDA: DESAFIOS E PERSPECTIVAS PARA UMA
POLÍTICA PÚBLICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito – PPGD do Centro de Ciências Jurídicas e Políticas – CCJP da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Direito.

Linha de pesquisa: Estado, Constituição e Políticas Públicas.

Orientador: André Luiz Coelho Farias de Souza

CATARINA CRUZ SALLES

Rio de Janeiro
Março de 2020

Catálogo informatizado pelo(a) autor(a)

S168 Salles, Catarina Cruz
Reprodução assistida: desafios e perspectivas
para uma política pública. / Catarina Cruz Salles. --
Rio de Janeiro, 2020.
199

Orientador: André Luiz Coelho Farias de Souza.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do
Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação
em Direito, 2020.

1. Políticas Públicas. 2. Dignidade Humana. 3.
Planejamento familiar. 4. Reprodução assistida. 5.
Autodeterminação. I. Souza, André Luiz Coelho Farias
de, orient. II. Título.

CATARINA CRUZ SALLES

**REPRODUÇÃO ASSISTIDA: DESAFIOS E PERSPECTIVAS PARA UMA
POLÍTICA PÚBLICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito – PPGD do Centro de Ciências Jurídicas e Políticas – CCJP da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Direito.

Linha de pesquisa: Estado, Constituição e Políticas Públicas.

Data de aprovação: 23/03/2020.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. André Luiz Coelho Farias de Souza

Orientador

Universidade Federal do Estado do Rio de

Janeiro – UNIRIO

Prof. Dr. Antônio Macena de Figueiredo

Universidade Federal Fluminense – UFF

Prof^a. Dr^a. Patrícia Ribeiro Serra Vieira

Universidade Federal do Estado do Rio de

Janeiro – UNIRIO



CATARINA CRUZ SALLES

**REPRODUÇÃO ASSISTIDA: DESAFIOS E PERSPECTIVAS PARA UMA
POLÍTICA PÚBLICA**

Esta dissertação foi julgada adequada para obtenção do grau de Mestre em Direito e Políticas Públicas, sendo aprovada em sua forma final pelo curso de Mestrado em Direito e Políticas Públicas da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

Rio de Janeiro, 23 de março de 2020.

Prof. Dr. André Luiz Coelho Farias de Souza

Orientador

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO



AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que, de alguma forma, colaboraram para a concretização deste trabalho, em especial ao meu orientador, André Luiz Coelho Farias de Souza, pelas sugestões e recomendações e, pelo estímulo.

À memória da minha mãe Nazira - falecida no curso deste trabalho - e, ao meu pai Ronaldo,
aos quais devo tudo.

Ao meu marido Rafael, pelo incentivo constante.

“Dificuldades e obstáculos são fontes valiosas
de saúde e força para qualquer sociedade”.

Albert Einstein

“É melhor tentar e falhar, que preocupar-se e ver a vida passar.
É melhor tentar, ainda que em vão que sentar-se, fazendo nada até o final.
Eu prefiro na chuva caminhar, que em dias frios em casa me esconder.
Prefiro ser feliz embora louco, que em conformidade viver”.

Martin Luther King

SALLES, Catarina Cruz. **Reprodução assistida**: desafios e perspectivas para uma política pública. 2020. 211 f. Dissertação (Mestrado em Direito), Centro de Ciências Jurídicas e Políticas, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, Rio de Janeiro, 2020.

RESUMO

A gradual inversão da pirâmide etária no Brasil, decorrente do aumento da expectativa de vida e da diminuição das taxas de fecundidade, trará, num futuro próximo, implicações socioeconômicas relevantes ao país. O progressivo aumento de uma população com fatores de infertilidade vem contribuindo para tal cenário. Ademais, é necessária a garantia pelo Estado de direitos constitucionais fundamentais como saúde, e planejamento familiar – no seu estrito viés de assistência à concepção – como forma de respeito à autodeterminação e realização da dignidade da pessoa infértil. Nesse contexto, o corrente estudo busca analisar o tema, a partir de uma abordagem comparativa entre as normativas constitucionais e infraconstitucionais brasileiras e argentinas e, através de pesquisa bibliográfica e de campo – realizada por meio do envio de questionários relativos à estrutura e funcionamento das nove unidades de saúde contempladas pela Portaria nº 3.149/2012 do Ministério da Saúde. Assim, a partir das respostas obtidas, verificou-se a insuficiência de recursos financeiros recebidos para a prestação dos serviços de saúde e a dificuldade de acesso da população aos mesmos. Objetivou-se, portanto, refletir sobre a necessidade de formação e implementação efetiva de política pública sobre reprodução assistida, com participação da sociedade, a partir de diálogos entre a sociedade civil e as autoridades públicas, bem como delinear propostas para um melhor acesso da população brasileira às técnicas médicas de reprodução assistida.

PALAVRAS-CHAVE: Políticas Públicas. Dignidade da pessoa. Autodeterminação. Planejamento Familiar.

ABSTRACT

The gradual inversion of the age pyramid in Brazil, due to the increase in life expectancy and the decrease in fertility rates, will bring, in the near future, relevant socioeconomic implications for the country. The progressive increase in a population with infertility factors has contributed to this scenario. Furthermore, it is necessary for the State to guarantee fundamental constitutional rights such as health, and family planning - in its strict bias of assistance to conception - as a way of respecting self-determination and realizing the dignity of the infertile person. In this context, the current study seeks to analyze the theme, from a comparative approach between Brazilian and Argentine constitutional and infraconstitutional regulations, and through bibliographic and field research - carried out by sending questionnaires related to the structure and functioning of the nine health units covered by Ordinance n° 3.149/2012 of the Ministry of Health. Thus, from the responses obtained, there was an insufficiency of financial resources received for the provision of health services and the population's difficulty in accessing them. The objective was, therefore, to reflect on the need for the creation and effective implementation of public policy on assisted reproduction, with the participation of society, based on dialogues between civil society and public authorities, as well as to outline proposals for better access to techniques reproduction assisted by the Brazilian population.

KEYWORDS: Public Policies. Human dignity. Self-determination. Family Planning.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1. FAMÍLIA, POLÍTICA POPULACIONAL BRASILEIRA E O PLANEJAMENTO FAMILIAR SOB NOVA PERSPECTIVA – A DIGNIDADE DA PESSOA	20
1.1. A CONSTRUÇÃO E EVOLUÇÃO DA FAMÍLIA E SEUS NOVOS CONTORNOS	20
1.2. A POLÍTICA POPULACIONAL BRASILEIRA E OS IMPACTOS DEMOGRÁFICOS DECORRENTES DO BAIXO CRESCIMENTO POPULACIONAL	25
1.3. O PLANEJAMENTO FAMILIAR SOB NOVA PERSPECTIVA: DIGNIDADE E AUTODETERMINAÇÃO PESSOAL	31
2. A INFERTILIDADE E OS PRINCIPAIS TRATAMENTOS MÉDICOS	38
2.1 BREVE HISTÓRICO DA INFERTILIDADE E OS IMPACTOS ADVINDOS DO SEU DIAGNÓSTICO	38
2.2 REPRODUÇÃO ASSISTIDA: EVOLUÇÃO CIENTÍFICA E PRINCIPAIS TÉCNICAS MÉDICAS	43
2.2.1. A inseminação intrauterina (IIU):	45
2.2.2 Fertilização <i>in vitro</i> (FIV):	46
2.2.3 Injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI):	48
2.2.4 Transferência de embrião congelado (TEC):	49
3. POLÍTICA PÚBLICA DE ENFRENTAMENTO À INFERTILIDADE: A REPRODUÇÃO ASSISTIDA COMO ÚLTIMA OPÇÃO DE TRATAMENTO	51
3.1. O DIREITO BRASILEIRO E A REPRODUÇÃO ASSISTIDA	52
3.2. POLÍTICAS PÚBLICAS: O PAPEL DO ESTADO PARA A PROMOÇÃO DE DIREITOS FUNDAMENTAIS	54
3.3. POLÍTICA PÚBLICA DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA NO BRASIL: PANORAMA HISTÓRICO NORMATIVO E CENÁRIO ATUAL	57

3.4. UNIDADES DE SAÚDE COMTEMPLADAS PELA PORTARIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE Nº 3.149/2012: UMA REALIDADE BRASILEIRA	70
3.5. REPRODUÇÃO ASSISTIDA NA AMÉRICA LATINA: A OPÇÃO PELO RECORTE ARGENTINO	74
4. A CONSTRUÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICA PÚBLICA BRASILEIRA A PARTIR DA EXPERIÊNCIA ARGENTINA COMO FORMA DE REALIZAÇÃO DA DIGNIDADE DA PESSOA E CONCRETIZAÇÃO DE DIREITOS FUNDAMENTAIS	84
4.1. ABSORÇÃO DE PARTE DA DEMANDA PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR.....	84
4.2. DO PROCESSO DE FORMAÇÃO DE UMA POLÍTICA PÚBLICA EFETIVA SOBRE REPRODUÇÃO ASSISTIDA E A RELEVÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL	92
4.3. A POLÍTICA PÚBLICA SOBRE REPRODUÇÃO ASSISTIDA NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE: PROPOSTAS DE CONCRETIZAÇÃO	99
CONCLUSÃO.....	104
REFERÊNCIAS	109
ANEXO 1	117
ANEXO 2	167
ANEXO 3	171
ANEXO 4	173
ANEXO 5	175
ANEXO 6	180
ANEXO 7	183
ANEXO 8	186
ANEXO 9	189
ANEXO 10	192
ANEXO 11.....	195

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 – Minuta da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida (2005);

Anexo 2 – Informações prestadas pelo Ministério da Saúde acerca da Portaria nº 3.149/2012;

Anexo 3 – Questionário padrão enviado às nove unidades de saúde contempladas com repasse de verba federal, pela Portaria Ministerial nº 3.149/2012;

Anexo 4 – Resposta do Hospital das Clínicas FAEPA Ribeirão Preto (SP) ao questionário padrão;

Anexo 5 – Resposta do Hospital Materno Infantil de Brasília (DF) ao questionário padrão;

Anexo 6 – Resposta do Hospital das Clínicas da UFMG (MG) ao questionário padrão;

Anexo 7 – Resposta do 04) Hospital Nossa Senhora da Conceição SA – Fêmeina (Porto Alegre/RS) ao questionário padrão;

Anexo 8 – Resposta do Hospital das Clínicas de Porto Alegre (RS) ao questionário padrão;

Anexo 9 – Resposta do Centro de Referência da Saúde da Mulher São Paulo - Pérola Byington (SP) ao questionário padrão;

Anexo 10 – Resposta da Maternidade Escola Januário Cicco, de Natal (RN) ao questionário padrão;

Anexo 11 – Resposta do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (SP) ao questionário padrão.

INTRODUÇÃO

O progressivo envelhecimento da população é fenômeno evidente e uma tendência mundial, que afetará, inevitavelmente, o Brasil, de modo que é necessário uma reflexão urgente acerca das profundas consequências sociais e econômicas advindas do envelhecimento da população.

Verifica-se atualmente uma transição demográfica no Brasil, com a gradual inversão da pirâmide etária, antes mesmo do seu enriquecimento, gerada pela composição de dois fatores: o aumento da expectativa de vida e a diminuição das taxas de fecundidade. Esse quadro é fruto do avanço da medicina, das melhorias nas condições de saneamento básico, do maior desenvolvimento social, dentre outros elementos.

Tal panorama trará, em um futuro próximo, implicações relevantes ao país, especialmente na previdência social e no sistema de saúde, decorrentes da redução da população economicamente ativa e do aumento da população de idosos.

Os dois fatores responsáveis pelo crescente aumento de uma população idosa - redução da fecundidade e da mortalidade -, foram desejados, num passado não muito distante, pela sociedade e pelo Estado, pois resultaram de políticas públicas tanto de saúde como de controle da natalidade, impulsionados pelo progresso tecnológico e médico. Entretanto, as consequências desse envelhecimento da população começam suscitar a preocupação dos gestores públicos e da sociedade, havendo consenso no sentido de que é preciso agir para diminuir os efeitos sociais e econômicos advindos da inevitável inversão da pirâmide etária no Brasil.

Oportuno salientar que a infertilidade, que constitui-se como um dos elementos ligados à redução da taxa de fecundidade, é considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como doença do sistema reprodutivo, sob a classificação CID 10 N 46 e N97, segundo a última relação de patologias publicada em 18 de junho de 2018, sendo definida como a falha em alcançar uma gravidez clínica após doze meses ou mais de relações sexuais regulares sem proteção.

O drama de pessoas inférteis torna-se ainda mais complexo quando faltam recursos para custear um tratamento médico adequado, que representa a única alternativa real e disponível para a realização da dignidade e concretização do direito fundamental e humano à saúde e ao planejamento familiar, em sua vertente da concepção.

Apesar das críticas e das tentativas de relativizar ou minimizar a questão, é preciso considerar a infertilidade não só como patologia, mas também como uma questão de saúde pública. Certo é que, o tema ainda é pouco abordado e tem sido negligenciado e subestimado pelas autoridades públicas em países em desenvolvimento como o Brasil, devendo ser averiguado como o não acesso ou acesso deficiente às novas tecnologias de reprodução assistida tem o condão de afetar os direitos fundamentais das pessoas inférteis.

Assim, deve-se refletir acerca dos problemas decorrentes de uma população envelhecida e como mitigar tais efeitos, bem como de que forma é possível a superação da quase ausência reflexiva sobre a infertilidade nos variados espaços da sociedade moderna e, também no meio acadêmico, possibilitando a inclusão de tão relevante tema na agenda governamental, com vistas à implementação de política pública eficiente voltada à assistência à concepção, viabilizando a concretização dos diversos direitos fundamentais em jogo.

No contexto brasileiro atual, alguns avanços tímidos foram feitos no que se refere às normativas e políticas públicas que envolvem o enfrentamento à infertilidade. Verifica-se que atualmente vige a Portaria nº 3.149/2012 do Ministério da Saúde. A referida norma apenas determina o repasse de verbas federais, em cota única, no valor total de dez milhões de reais, distribuídos entre nove centros de saúde relacionados em seu texto normativo, que atualmente são os únicos que disponibilizam o tratamento médico na rede pública de saúde. Vige, ainda, a Portaria de Consolidação nº 02/2017, do Ministério da Saúde, que traz normas genéricas sobre o assunto que não são capazes de implementar efetivamente uma política pública e a Resolução nº 2.168/2017, do Conselho Federal de Medicina, que estabelece normas éticas sobre a reprodução assistida.

Na prática brasileira, o que se verifica é que o acesso às técnicas de reprodução assistida está restrito a quem por elas pode pagar. Desse modo, a inclusão destas medidas numa política pública nacional destinada ao enfrentamento da infertilidade na rede pública de saúde tem o condão de conferir melhor acesso da população que necessita dos mencionados procedimentos médicos.

Logo, considerando diversos preceitos constitucionais, como saúde, o primado da dignidade da pessoa - que permite à pessoa deliberar livremente sobre questões referentes à sua vida privada, exercendo a sua autodeterminação – e, que a família, nas suas mais diversas formas de constituição, se constitui como pilar da sociedade, nos termos do artigo 226 da Constituição Federal de 1988, é possível afirmar a existência de um direito fundamental e humano ao planejamento familiar, sendo a assistência à concepção, como forma de superação

da infertilidade, uma de suas vertentes e o foco do estudo ora desenvolvido. Como deve e pode atuar o Estado brasileiro diante da infertilidade, tendo em vista que há determinação expressa na Carta Magna para que o Poder Público propicie recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito?

Para tanto, é necessário a correta interpretação de preceitos constitucionais com o afastamento de conceitos conservadores de família - admitindo-se, conforme a mais moderna doutrina e jurisprudência, novas modalidades de entidades familiares criadas pelas dinâmicas das relações sociais, e não apenas as explicitadas na Carta Constitucional – e de planejamento familiar - que não devem se restringir à mera limitação e controle de natalidade. Objetiva-se, portanto, a formação de conceitos de maior amplitude, consentâneos com os imperativos constitucionais de respeito à dignidade e garantia de solidariedade social, que reconhece no âmbito de proteção do artigo 226, §7º, da Constituição Federal o direito à concepção e ao projeto parental.

É necessário, pois, solucionar a divergência observada entre a promessa constitucional e a efetiva realização de direitos fundamentais e da dignidade de pessoas com problemas de infertilidade e que necessitem ter acesso às técnicas médicas de reprodução assistida.

Assim, propõe-se que a observância da experiência e histórico da criação normativa da Argentina, primeiro país da América Latina a possuir uma legislação nacional sobre a reprodução assistida, é capaz de influenciar e trazer indicativos de possíveis diagnósticos de problemas e soluções para a realidade brasileira, sobretudo no que se refere à relevância da participação social para a formação de normativas sobre o tema.

Brasil e Argentina, países da América Latina que, apesar de possuírem dimensões continentais e número de habitantes completamente diferentes, estão sobre forte influência da religião e se apresentam em condições políticas e econômicas semelhantes, inclusive no que se refere ao Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*, segundo dados recentes do Fundo Monetário Internacional¹.

A Constituição Nacional Argentina de 1995, diversamente do que se verifica na Constituição brasileira, não traz de forma específica qualquer norma sobre o direito ao planejamento familiar, fazendo menção expressa somente ao direito à saúde e à proteção

¹ Segundo números divulgados em outubro de 2019 pelo Fundo Monetário Internacional, a Argentina apresenta um Produto Interno Bruto *per capita* de US\$ 9.89 mil dólares, enquanto no Brasil esse índice é de US\$ 8.8 mil dólares. Fonte: FUNDO MONETÁRIO INTERNACIONAL. GDP per capita. Disponível em <https://www.imf.org/external/datamapper/NGDPDPC@WEO/OEMDC/ADVEC/WEOORLD>> Acesso em 19 nov. 2019.

integral da família. Entretanto, há um reconhecimento público dos problemas causados pela infertilidade e da relevância da garantia dos direitos em jogo, em todas as suas vertentes, observando-se a existência de uma ampla e inclusiva legislação nacional sobre reprodução assistida, bem como a criação e implementação de política pública nacional que permite o acesso gratuito de pessoas inférteis aos tratamentos médicos como forma de superar a infertilidade.

Assim, é importante consignar que na Argentina, a Província de Buenos Aires foi pioneira naquele país - ao considerar a relevância do enfrentamento à infertilidade -, ao sancionar e regulamentar a Lei Provincial nº 14.208/2010 que assegurou o acesso de cidadãos inférteis (residentes nessa província) às técnicas de reprodução assistida obrigando – no âmbito da Província de Buenos Aires – o Estado e os planos de medicina de grupo a cobrirem os referidos tratamentos médicos. Assim, é preciso que se avalie a importância do impulso inicial dado pela Província de Buenos Aires, antes mesmo da formação de uma legislação nacional sobre o tema e de política pública nacional abrangente capaz de assegurar a todos os cidadãos do país o acesso aos referidos tratamentos médicos para a superação da infertilidade.

Destarte, a experiência argentina, em que se verificou, também, a intensa participação social para a criação de uma legislação nacional específica sobre a reprodução assistida, é capaz de influenciar positivamente a realidade brasileira. Na Argentina, movimentos desenvolvidos por Organizações Não Governamentais, como as denominadas “*Sumate a dar vida*” e “*Concebir*”, reuniram as assinaturas necessárias e ensejaram, em 2013, a formação da lei nacional 26.862, específica sobre o tema.

A Lei Nacional 26.862 é um projeto avançado e bastante inclusivo. Permitiu, na Argentina, a criação de uma política pública e a implementação de um programa nacional de reprodução assistida, possibilitando que todos os cidadãos do país, independentemente de estado civil, sexo ou idade, possam ter acesso, de forma gratuita e universal, aos tratamentos médicos e técnicas de reprodução assistida que, por seu elevado custo, poucas pessoas podiam ter. A mencionada lei nacional abrange, inclusive, novas técnicas e procedimentos que venham a ser desenvolvidos pela Medicina, desde que autorizados pelo Ministério da Saúde.

No modelo brasileiro atual, constata-se que não há, como na Argentina, uma legislação nacional sobre reprodução assistida e nem tampouco uma política pública efetiva. Há, como já ressaltado, meras portarias do Ministério da Saúde e resolução do Conselho Federal de Medicina.

Revela-se, no Brasil a desídia e desinteresse do Estado que, além de violar os direitos e a dignidade de pessoas inférteis, insiste em encarar tais questões como gastos, e não como um investimento social e econômico a longo prazo para o país que está envelhecendo de forma acelerada, podendo gerar custos ainda mais elevados para os cofres públicos.

Traz-se a importância de se construir na sociedade brasileira um modelo de Constitucionalismo Democrático, indicado por Reva Siegel e Robert Post (2007, p.374). O referencial teórico, aqui adotado, parte da premissa de que a Constituição Federal e os direitos nela contidos dependem de uma legitimidade democrática, de que os cidadãos reconheçam as determinações constitucionais como produto de uma construção coletiva de sentidos, através da participação de todos. Em tal modelo, os cidadãos apresentam sentidos para a Constituição, que são respondidos, aceitos ou rejeitados de modo fundamentado pelas autoridades públicas, cujas decisões poderão, novamente, ser alteradas por manifestações da sociedade. Através desses diálogos, podem ser definidos os significados das normas constitucionais relativas à dignidade, ao planejamento familiar e à saúde, bem como a extensão e meios de concretização de políticas públicas voltadas a esses direitos.

Por outro vértice, a criação de uma nova política pública como forma de realizar a dignidade e concretizar um direito fundamental social reporta-se ao aparente dualismo existente entre a necessidade prestacional pelo Estado de um mínimo existencial e o argumento da escassez de recursos públicos.

O corrente estudo tece propostas para conferir um melhor acesso da população brasileira às técnicas de reprodução assistida. Preliminarmente, como forma de diminuir os custos gerados com uma política pública e a elevada demanda aos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), propõe-se que os referidos tratamentos médicos sejam absorvidos, inicialmente, como ocorre na Argentina, por entidades privadas de saúde suplementar, com a inclusão do tratamento no rol de procedimentos obrigatórios a serem cobertos por planos e seguros de saúde, em atenção ao que determina o artigo 35-C, *caput* e inciso III, da Lei n.º 9.656/98.

Destaca-se a importância de se pensar, também, na criação e implementação de uma política pública eficiente acerca da reprodução assistida, vez que parte considerável da população sequer possui acesso aos serviços de saúde suplementar, sendo necessária a utilização da rede pública de saúde para a realização de sua dignidade e concretização de direitos fundamentais sociais.

Assim, o tema proposto será desenvolvido sobretudo através da pesquisa bibliográfica, estudo comparativo e de campo – por meio do envio de questionários às nove unidades de saúde elencadas na Portaria ministerial nº 3.149/2012. Inicialmente, será desenvolvida uma análise detida das características comuns ao Brasil e à Argentina, com relação aos direitos humanos e fundamentais, a fim de delinear os direitos à saúde e ao planejamento familiar como prerrogativas essenciais para a realização da dignidade da pessoa.

A partir da análise dos modelos vigentes no Brasil e na Argentina, investigar-se-á de que forma e em que medida a experiência normativa argentina, apesar de ainda necessitar de ajustes para o seu melhor funcionamento, pode influenciar e, assim, contribuir para a criação de diagnósticos de problemas e de soluções possíveis para a realidade brasileira. Para tanto, observar-se à duas questões importantes: a) se a solução argentina funciona de forma satisfatória naquele país e; b) se tal solução pode funcionar no Brasil. A partir desse estudo, avaliando-se a capacidade de influência da experiência argentina no cenário brasileiro, serão realizadas proposições para a aplicação de possíveis soluções à realidade brasileira atual.

O estudo encontra-se dividido em quatro capítulos. No primeiro capítulo, tecer-se-á alguns esclarecimentos acerca dos novos contornos do instituto família, avaliando as suas diversas configurações e a sua evolução no tempo, sua relevância perante o Estado e para a realização da dignidade de pessoas inférteis, bem como a política populacional até então adotada, fazendo-se uma análise da demografia brasileira atual e seus impactos sociais e econômicos para o futuro do país, contribuindo, assim, para uma melhor e correta compreensão da relevância e urgência das questões aqui suscitadas. Traz-se, ainda, a importância de pensarmos no planejamento familiar sob uma nova perspectiva, em atenção e respeito à autodeterminação e dignidade da pessoa.

No segundo capítulo, objetiva-se delinear os conceitos de infertilidade e as consequências psicológicas e sociais advindas para a pessoa que recebe tal diagnóstico, que passa a sofrer com a frustração do filho que não vem e de um projeto de vida que não se concretiza. A infertilidade para essas pessoas configura uma experiência dolorosa e frequentemente devastadora, trazendo prejuízos biopsicossociais. Para a melhor compreensão do assunto, o capítulo trata, em seção própria, da evolução científica e das principais técnicas de reprodução assistida utilizadas atualmente pela medicina reprodutiva.

No terceiro capítulo, delinear-se-á, inicialmente, como o Estado brasileiro vem tratando o tema e como a ausência de interesse das autoridades públicas, de legislação

específica sobre reprodução assistida e de política pública nacional efetiva é capaz de afetar os direitos fundamentais das pessoas.

O modelo apresentado pela Portaria nº 3.149/2012 do Ministério da Saúde, conforme constatado a partir das respostas obtidas após o envio de questionários às unidades de saúde, apresenta diversos entraves e limitações, como as enormes filas de espera, o oferecimento de alguns tratamentos médicos gratuitos por alguns deles, mas não de medicamentos, que ficam por conta do paciente (os medicamentos podem representar até cerca de 50% do custo do tratamento), o limite de idade da mulher e de tentativas e a insuficiência de recursos para custear todos os tratamentos e medicamentos.

O capítulo terceiro traz, também, o panorama atual do tema na Argentina, investigando-se a influência e a relevância dos diálogos entre autoridades públicas e sociedade civil na formação das normativas sobre a reprodução assistida e como se dá a estruturação e funcionamento prático da política pública naquele país.

No quarto e último capítulo, procurar-se-á apresentar proposições que possam contribuir para a superação dos obstáculos e desafios apresentados no modelo brasileiro, visando propiciar um melhor acesso da população às técnicas de reprodução assistida. Abordar-se-á, sobretudo, a importância diálogos entre instituições públicas e a sociedade civil, num modelo de constitucionalismo democrático - como forma de se superar tabus e preconceitos e de fazer incluir tão relevante tema na agenda governamental para a formação de norma nacional e de implementação de política pública, com a superação do aparente dualismo existente entre a “reserva do possível”² e a necessidade prestacional do estado ao mínimo existencial.

² A reserva do possível surgiu em julgamento realizado pelo Tribunal Constitucional alemão, em 1972. À época, o tribunal alemão analisou ação proposta por alunos que pleiteavam o aumento do número de vagas no curso de medicina de determinada universidade pública. Decidiu-se que não seria razoável obrigar o Estado a disponibilizar o acesso a todos que pretendessem cursar medicina, eis que esta exigência estaria acima de um limite social básico. Os direitos seriam efetivados dentro da reserva do possível, ou seja, de acordo com a capacidade financeira do Estado. A partir de então, a “reserva do possível” passou a ser adotada em diversos países com o escopo de limitar exigências para a efetivação de direitos fundamentais sociais daqueles que exigem uma contraprestação do Estado (MALDONADO, 2018).

1. FAMÍLIA, POLÍTICA POPULACIONAL BRASILEIRA E O PLANEJAMENTO FAMILIAR SOB NOVA PERSPECTIVA – A DIGNIDADE DA PESSOA

1.1. A CONSTRUÇÃO E EVOLUÇÃO DA FAMÍLIA E SEUS NOVOS CONTORNOS

Para a plena e correta compreensão do presente estudo, que perpassa pelo direito fundamental ao planejamento familiar, é imprescindível que se faça uma breve análise da instituição família, delineando a sua importância para a pessoa e dentro da sociedade brasileira, a sua evolução no tempo e os seus novos contornos e estruturas.

Etimologicamente, o termo família tem origem no latim *familia*, que denotava o conjunto de propriedades de alguém, incluindo seus parentes e escravos. O termo latino, por seu turno, deriva da expressão *famulus*, que significa servo ou escravo doméstico (GROENINGA; PEREIRA, 2003, p. 125) e nasceu há 4.600 anos na Roma antiga para indicar as pessoas que eram submetidas à escravidão agrícola.

Para Aristóteles (384 a.C – 322 a.C.), filósofo grego cujos escritos abrangem diversas reflexões referentes à formação, à conservação e ao desenvolvimento da vida em sociedade, a família é definida como uma comunidade que serve de base para a cidade. Desde então, costuma-se falar que a família é a base da sociedade e é a responsável pela sua continuidade através da procriação (SILVA, 2019, p.10).

Assim, segundo o mencionado filósofo, a família precede o Estado, sendo este composto por comunidades estabelecidas por famílias. Segundo o filósofo grego, a família - sempre formada por muitas pessoas - constituía-se pela união de filhos, da mulher, dos bens e dos escravos, além do homem, entendido esse como senhor e chefe da família. (FÉLIX, 2019).

Assim, historicamente, a família ocidental era definida como um agrupamento doméstico de pessoas e era essencialmente constituída pela mãe, filhos e servos, todos submissos à autoridade absoluta do pai (o chefe da família, o patriarca), considerado o responsável pela entidade familiar, pelos rumos dela e de seus bens materiais. O *pater* era, de forma simultânea, chefe político, sacerdote e juiz. Comandava os negócios, o culto dos deuses, distribuía justiça, exercia poder sobre todos os integrantes da família - inclusive sobre o direito de vida e de morte deles - e sobre todos os bens familiares. (PEREIRA, 2009, p. 29).

Em tal modelo de organização patriarcal de família, o homem procurava exercer sua autoridade sobre todos sob sua influência e não se verificava a importância da existência de laços de afetividade entre os seus membros integrantes, que se uniam por mera conveniência

para a preservação dos bens, para a prática de um ofício ou para a manutenção de suas honras e subsistência de suas vidas. (BARRETO, 2012, p. 206).

Sobre o tema, veja-se a clássica citação do filósofo e escritor Jean Jacques Rousseau, na obra O Contrato Social, que atribuía à família um papel de destaque, conferindo-lhe *status* de primeiro modelo de sociedade política:

A mais antiga de todas as sociedades, e a única natural, é a da família. As crianças apenas permanecem ligadas ao pai o tempo necessário que dele necessitam para a sua conservação. Assim que cesse tal necessidade, dissolve-se o laço natural. As crianças, eximidas da obediência devida ao pai, o pai isento dos cuidados devidos aos filhos, reentram todos igualmente na independência. Se continuam a permanecer unidos, já não é naturalmente, mas voluntariamente, e a própria família apenas se mantém por convenção. Esta liberdade comum é uma consequência da natureza do homem. Sua primeira lei consiste em proteger a própria conservação, seus primeiros cuidados os devidos a si mesmo, e tão logo se encontre o homem na idade da razão, sendo o único juiz dos meios apropriados à sua conservação, torna-se por si seu próprio senhor. É a família, portanto, o primeiro modelo das sociedades políticas; o chefe é a imagem do pai, o povo a imagem dos filhos, e havendo nascido todos livres e iguais, não alienam a liberdade a não ser em troca da sua utilidade. Toda a diferença consiste em que, na família, o amor do pai pelos filhos o compensa dos cuidados que estes lhe dão, ao passo que, no Estado, o prazer de comandar substitui o amor que o chefe não sente por seus povos. (ROSSEAU, 2019)

O modelo tradicional, baseado no liberalismo individual, conservador e hierarquizado de família patriarcal – centralizado na figura do pai - foi o adotado por muitas sociedades durante séculos, inclusive a brasileira. A igreja católica tinha grande influência sobre a organização das famílias, que se constituíam sempre a partir do matrimônio, e tinha como objetivos precípuos a procriação, a manutenção do *status* social e do patrimônio e a subsistência e proteção de seus membros, todos sob o domínio e a autoridade absoluta do patriarca. (CASTANHO, 2014, p. 20).

Neste contexto, verifica-se que, no Brasil, desde o início do período colonial – compreendido entre os anos de 1500 e 1822 - a família brasileira, família patriarcal e família extensa passaram a ser expressões sinônimas, sendo predominante à época, por influência dos portugueses, a existência de famílias constituídas por muitos filhos, escravos e agregados (SAMARA, 1983, p.17).

Não é demais destacar que as disposições existentes no antigo Código Civil de 1916 atribuía ênfase às relações patrimoniais no Direito de Família (FERRAZ, 2016, p. 91). A

título de exemplo, a diferenciação de filhos legítimos e ilegítimos tinha como finalidade única a preservação do patrimônio, e não do núcleo familiar ou dignidade da pessoa.

No entanto, a partir de meados do século XVIII, com a eclosão de revoluções econômico-sociais - como a francesa e a industrial -, a evolução das ciências e a globalização, as sociedades de todo o mundo iniciam um processo de crise, mas também de grandes transformações comportamentais, deflagradas com o êxodo rural, a urbanização, a emancipação gradativa das mulheres, a valorização e divisão sexual do trabalho, atrelados a ideais de liberdade igualdade e fraternidade (GROENINGA; PEREIRA, 2003, p. 155). E é, a partir de grandes transformações e com o enfraquecimento de regras rígidas, que a instituição família passa a se adaptar à nova realidade e às novas exigências da vida moderna.

Todas essas mudanças trouxeram novas concepções do modo de vida e ensejaram o declínio gradual do modelo patriarcal e conservador de organização familiar. Na segunda metade do século XX, com o advento da Declaração Universal dos Direitos do Homem e a compreensão dos Direitos Humanos, a partir da ideia de dignidade da pessoa, hoje presente em quase todas as constituições democráticas e cidadãs, a ideia de liberdade restou bastante consolidada. Dentro desse ideal de liberdade está inclusa a liberdade das pessoas de formarem famílias distintas do modelo conservador e convencional (GROENINGA; PEREIRA, 2003, p. 157).

Assim, a instituição família, antes marcada pelo domínio e autoridade absolutos do patriarca, passa a sofrer adaptações frente às necessidades de seu tempo. Logo, a família passa a ser definida de forma mais aberta e menos conservadora e os Estados passaram a reconhecer diversas outras formas de constituição da entidade familiar. A família passa a ser vista não apenas como um agrupamento conveniente de pessoas submissas ao *pater*, mas como um local de convivência afetiva entre os seus membros, passando-se a valorizar os sentimentos e a diversidade, na busca pela felicidade e dignidade de todos os seus membros. (BARRETO, p.208).

Nesse diapasão, destaca-se o esclarecimento trazido por Jacques Lacan (1981, p. 10) – psicanalista do início do século XX e um dos grandes intérpretes de Freud – que identifica a base cultural da família, onde cada um dos membros possui um lugar e uma função e possuem relações de afeto sem necessariamente haver um vínculo biológico entre eles.

É possível afirmar que a família sempre foi, e sempre será, o núcleo básico e essencial para a estruturação de toda e qualquer sociedade que nos ajuda a explicar a sua estrutura

econômica e política, apesar de passar por constantes alterações nas suas formas de constituição ao longo do tempo. A organização da família se modifica e se adapta de acordo com as suas finalidades e com o ambiente, dada a crescente interação entre seus membros e entre eles e a sociedade. É na família que tudo se origina e é ela que ampara física e psiquicamente os seus integrantes, que buscam nela a base para a sua formação como sujeitos, sua própria realização e bem-estar. (GROENINGA; PEREIRA, 2003, p.157).

Nesse sentido, verifica-se que a evolução das sociedades e as mudanças de hábitos, costumes e valores morais e sociais ao longo dos anos vem interferindo de forma significativa na estruturação familiar. É necessário que se reconheça a renovação da instituição família, com atenção aos seus novos arranjos e contornos, sem olvidar de suas finalidades e, com isso buscar compreender a essência e a estrutura da família moderna.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988, ao fixar a dignidade humana como fundamento do Estado Democrático de Direito, estabeleceu que a pessoa seria o centro da proteção pela ordem jurídica, de modo que se verificou, de modo gradativo, a despatrimonialização e a maior personalização dos institutos jurídicos, valorizando-se, precipuamente, a pessoa, e não mais apenas o patrimônio.

Assim, conforme o escólio de Gustavo Tepedino (2009, p.349), a Constituição de 1988 operou uma transformação do modelo de proteção da família enquanto instituição de produção e reprodução de valores culturais, éticos, religiosos e econômicos, passando a tutelar e realizar a dignidade de seus integrantes. A norma constitucional traz um elemento nuclear diferente que define o suporte fático da família por ela protegida e busca, desse modo valorizar os vínculos de afetividade, a realização da personalidade das pessoas, seus sentimentos e esperanças, como elementos essenciais para que alcancem a felicidade, tutelando os mais variados tipos de entidades familiares. Observa-se que

A família contemporânea é identificada pelo vínculo afetivo que une as pessoas com objetivos de vida comuns, gerando o comprometimento recíproco. A família de hoje não mais se condiciona ao casamento, ao sexo e à procriação. O casamento deixou de ser uma única forma de união afetiva, o contato sexual deixou de ser a única forma de procriar (FERRAZ, 2016, p. 94).

Muito embora o foco desse estudo seja o direito à procriação, não se pode olvidar que a família também pode ser formada a partir de vínculos afetivos entre os seus membros, e não apenas consanguíneos. Certo é que, atualmente, entende-se de forma predominante na doutrina e jurisprudência pátrias, que a norma contida no artigo 226, §§ 3º e 4º, da Carta

Magna de 1988, que enumera alguns tipos de entidades familiares, deve ser interpretada de modo aberto e de acordo com os demais preceitos constitucionais, especialmente o da dignidade humana (LOBO, 2008, p.58). Estabelece o mencionado dispositivo que:

Art. 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado.

(...)

§ 3º Para efeito da proteção do Estado, é reconhecida a união estável entre o homem e a mulher como entidade familiar, devendo a lei facilitar sua conversão em casamento.

§ 4º Entende-se, também, como entidade familiar a comunidade formada por qualquer dos pais e seus descendentes.

Dessa forma, sendo a família a base da sociedade que possui a afetividade como elemento norteador, o conceito trazido na norma constitucional acima referida deve ser interpretado de forma ampla, de modo a abarcar as mais diversas estruturas familiares, seja qual for a espécie, e não apenas aquelas expressas no texto constitucional. É preciso considerar que a dignidade da pessoa e a promoção do desenvolvimento da personalidade são os elementos centrais de proteção estatal e que todas as normas devem convergir para esse fim. (FERRAZ, 2016, p. 94).

O corrente estudo adota o conceito de família brasileira, sob uma ótica progressista e com respeito à pluralidade e à diversidade, em que a família passa a ser vista, assim, por uma perspectiva de promoção da dignidade de todos os seus integrantes, sendo a afetividade o seu elemento central. A entidade familiar pode, então, assumir uma multiplicidade de contornos e ser constituída pelo casamento ou por união estável, seja homo ou heteroafetiva. Os filhos podem ser naturais, adotados ou frutos da reprodução assistida, sendo admitida a família monoparental (mãe ou pai solteiro), multiparental, pluriparental ou mosaico (composta por membros provenientes de outras famílias) e parental ou anaparental (todos possuem vínculo sanguíneo). Assim, todos os tipos de estruturas familiares devem ser admitidos e merecem a salvaguarda total do Estado.

Nota-se que as novas configurações de entidades familiares, desenvolvidas por seus componentes, afetou diretamente a realidade populacional no Brasil. De fato, a maior possibilidade de moldar a família, acrescida à realidade econômica e à existência de problemas habitacionais e de espaço, ensejou uma notável redução numérica nos grupos familiares (PEREIRA, 2009, p. 31), tema a ser avaliado na próxima seção.

1.2. A POLÍTICA POPULACIONAL BRASILEIRA E OS IMPACTOS DEMOGRÁFICOS DECORRENTES DO BAIXO CRESCIMENTO POPULACIONAL

O desequilíbrio na relação entre o número de pessoas e a quantidade de recursos disponíveis no planeta para sustentá-las sempre foi uma preocupação entre os estudiosos do tema, de modo que, antes de dar início ao estudo da atual política populacional brasileira, é necessário tecer alguns comentários acerca dos conceitos envolvidos e das principais teorias demográficas - que tratam do ritmo do crescimento da população – com maior influência na política brasileira.

Nas sociedades organizadas, a política surge como forma de conciliar o bem comum com a diversidade de grupos, tradições e interesses de pessoas que se localizam dentro de um mesmo território, que precisa ser regido por normas pré-determinadas. Dentro dessa perspectiva, é possível definir política populacional como o conjunto de ações que objetivam influenciar as taxas de crescimento, positiva ou negativamente, da população, com a alteração da dinâmica da mortalidade, da natalidade e das migrações nacionais e internacionais, de acordo com os interesses sociais e econômicos da sociedade (ALVES, 2019).

A Teoria populacional Malthusiana, tida como uma das mais influentes, foi criada no final do século XVIII pelo economista e historiador inglês e pastor da Igreja Anglicana Thomas Robert Malthus (1766-1834). Segundo ele, o alto crescimento da população seria capaz de esgotar todas as reservas naturais e produção de alimentos disponíveis e seria a causa da miséria e da pobreza existentes no mundo, sendo imperioso que se fizesse um controle coercitivo de natalidade. (CASTANHO, 2014, p. 32).

Entretanto, em razão de sua filiação religiosa, Malthus não concordava com a utilização de métodos contraceptivos como forma de controle da natalidade e defendia que apenas as famílias mais favorecidas teriam o direito de formar as suas famílias, pois somente essas teriam recursos para alimentar e sustentar os seus filhos, enfatizando, ainda, que as políticas estatais voltadas ao auxílio de pessoas carentes somente serviam para fomentar a pobreza econômica da população, na medida em que essas pessoas não estariam sendo encorajadas a buscar a sua própria subsistência e nem a se conscientizar acerca da importância do controle de natalidade. (CASTANHO, 2014, p.36).

A Teoria Malthusiana ganhou força após a Segunda Guerra Mundial quando começaram a surgir discussões sobre os novos problemas econômicos e sociais relativos ao crescimento populacional de países do chamado terceiro mundo, inclusive o Brasil. Apesar de

ter desempenhado um relevante papel e de ter se baseado em dados demográficos da época, essa teoria foi alvo de muitas críticas em razão de seu caráter claramente discriminatório, ao defender a procriação como um privilégio de pessoas bem afortunadas, bem como por subestimar os avanços tecnológicos dos meios de produção de alimentos e os efeitos decorrentes da urbanização. (CASTANHO, 2014, p. 37).

Quase cinquenta anos depois, a Teoria Marxista, ou Reformista, adotando muitas ideias defendidas por Karl Marx, veio inverter a lógica da Teoria Malthusiana, passando a sustentar que a pobreza é geradora do alto crescimento da população, e não o contrário. Assim, o desequilíbrio entre os recursos naturais, alimentos e crescimento da população não encontrava justificativa no número de habitantes, mas sim na má distribuição de renda, que estaria concentrada nas mãos de determinada categoria de pessoas.

Verifica-se, portanto, que a Teoria Marxista não se coaduna com o controle coercitivo de natalidade defendido por Malthus. Sustenta-se que a adoção de políticas estatais sociais de combate à miséria são imprescindíveis, pois quanto mais as pessoas tiverem uma boa condição de vida, saúde e educação, maior consciência terão sobre questões econômicas e sociais da sociedade em que estão inseridas e a redução no número de filhos será uma consequência lógica advinda dessa mudança de comportamento. (CASTANHO, 2014, p. 40).

Como se constata, o debate sobre as políticas populacionais é repleto de discussões e possui um forte viés ideológico. À época da Guerra Fria, a discussão se concentrava em duas alternativas contrapostas: o controle da natalidade *versus* políticas estatais de desenvolvimento.

Com uma população pequena e território escassamente ocupado, o Brasil, desde a chegada dos portugueses, em 1500, até meados do século XX, sempre assumiu uma política populacional expansionista e de incentivo à natalidade como forma de acelerar o crescimento econômico e desenvolvimento do país num modelo capitalista. É o que observa Guertechin (1987, p. 15): “Uma característica fundamental da dinâmica populacional no Brasil foi sempre o seu considerável crescimento”.

Essa política populacional natalista foi reforçada com a eclosão da guerra do Paraguai, em 1864, onde muitas vidas brasileiras foram perdidas; com a abolição da escravidão, em 1888, e, com a proclamação da República, ocorrida em 1889, ocasião em que se tornou relevante a construção de uma unidade nacional mediante a formação de uma população

genuinamente brasileira como forma de fomentar o desenvolvimento e o crescimento econômico do país. (CASTANHO, 2014, p. 45).

A política natalista perdurou aproximadamente até a segunda metade do século XX, período em que a medicina obteve grande avanço, ensejando uma melhora na qualidade dos tratamentos de saúde e, por consequência, a redução da taxa mortalidade. Nessa conjuntura, observou-se que a população brasileira passou de 41 milhões de habitantes em 1940, para 140 milhões em 1990, sendo que a metade desse acréscimo verificou-se nos últimos 20 anos. (AGUINAGA, 1996, p.22).

Tendo em vista as possíveis repercussões sociais, políticas e econômicas desse expressivo aumento desordenado da população, surgiram debates sobre a necessidade de controle populacional, mediante o uso de técnicas contraceptivas. Neste contexto, despontam as primeiras reflexões acerca da criação de uma política estatal voltada para o planejamento familiar. O tema foi incluído na Constituição Federal de 1988, que, no entanto, deve ser interpretada de forma a conferir a maior amplitude possível ao instituto, como expressão do direito de liberdade e em respeito à pluralidade, como será visto na seção seguinte.

Observa-se, contudo, que diversos fatores, como o desenvolvimento social, o maior acesso à educação, saúde, informação, habitação e melhor distribuição da renda, ocasionaram espontaneamente a queda da taxa de fecundidade, alterando de forma progressiva a demografia no Brasil.

Acerca do tema, é oportuno ressaltar que a composição da demografia de uma nação pode ser aferida mediante a análise de três variáveis principais: fecundidade, mortalidade e migração (BORGES; SILVA; In: MUDANÇA, 2015, p. 10). Importam, para a corrente pesquisa, a relação entre fecundidade e mortalidade, que permitem a aferição de uma transição demográfica.

Como já ressaltado, a queda nos índices de mortalidade, e o consequente aumento na população de idosos, decorrem basicamente de ações de saúde, destacando-se as campanhas de vacinação em massa, atenção ao pré-natal, aleitamento materno, agentes comunitários de saúde e o Programa Saúde da Família, com início em 1994 (MUDANÇA, 2018, p. 50).

Aliada à baixa no índice de mortalidade, verifica-se atualmente uma queda nas taxas de fecundidade. Segundo estatísticas colhidas pelo IBGE (MUDANÇA, 2015, p. 30), a fecundidade outrora considerada natural no Brasil, com alto número de nascimentos, passou a apresentar níveis consideravelmente reduzidos, por vezes inferiores ao quantitativo necessário

para ao menos manter a população com dimensão semelhante em longo prazo. Essa transição de fecundidade

[...] representa a passagem de um regime com elevado número de nascimentos por mulher para outro regime em que esses níveis se situam em patamares relativamente baixos. **Embora, em nenhum desses regimes, o número de nascimentos se mantenha estável ao longo do tempo, eles nunca voltam a atingir os patamares observados previamente à transição.** Além disso, a queda do nível da fecundidade é acompanhada por alteração em seu padrão etário, ou seja, alteram-se as idades em que as mulheres têm seus filhos.

Praticamente todos os países experimentaram ou estão experimentando uma transição da fecundidade durante o chamado “processo de modernização” da sociedade. A queda da fecundidade é inclusive uma das características dessa modernização e uma condicionante de outras mudanças que tomam curso durante o processo, como as modificações nos papéis das mulheres na sociedade (MUDANÇA, 2015, p. 31).

Observa-se, nessa esteira, a passagem de uma taxa de fecundidade total de mais de seis filhos, em média, por mulher, em 1960, para menos de dois filhos, em média, por mulher, em 2010 (MUDANÇA, 2015, p. 37). Estudos realizados pelo IBGE projetam para o ano de 2030 uma taxa de fecundidade total de 1,45 filho, em média, por mulher para os estados das Regiões Sul e Sudeste, além de Goiás e do Distrito Federal. Para boa parte dos estados do Nordeste, estima-se uma taxa de 1,55 filho por mulher. Na Região Norte, as taxas seriam mais altas, atingindo 1,60 filho por mulher (MUDANÇA, 2015, p. 40).

Ademais, insta frisar que

A distribuição dos nascimentos por idade da mãe, caracterizando o padrão etário da fecundidade, também vem passando por grandes transformações. A tendência observada no Brasil, até o ano 2000, era de rejuvenescimento da fecundidade, indicado pela concentração dos nascimentos nas idades mais jovens do período fértil, de 15 a 24 anos de idade. Desde então, observam-se uma reversão dessa tendência e uma concentração dos nascimentos em torno de um pequeno intervalo etário (cada vez mais velho), embora ainda permaneçam altas taxas de fecundidade entre as adolescentes. (MUDANÇA, 2015, p. 34).

Logo, segundo estudo realizado por pesquisadores do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), esse novo perfil do padrão de fecundidade no Brasil decorre de uma mudança no comportamento reprodutivo, “em que a distribuição dos nascimentos por idade da mãe passou, de um padrão que englobava todo o período fértil, para a ocorrência em períodos específicos do ciclo reprodutivo feminino, cada vez mais concentrados em torno de algumas idades” (CAMPOS; BORGES, In: MUDANÇA, 2015, p. 30).

Precisar uma causa específica para a redução na taxa de fecundidade/natalidade é tarefa árdua, pois vincula-se a fatores culturais, econômicos e sociais. Coale (1973, p. 62), no entanto, afirma que a baixa no índice de fecundidade está diretamente relacionada a um cálculo racional, que revela uma vantagem à pessoas, bem como ao acesso aos métodos efetivos de controle da fecundidade.

Lesthaeghe (2010, p. 28), por seu turno, sustenta que as estatísticas demográficas não possuem uma tendência de estabilização do nível de fecundidade. Ao revés, tal variável sofre alterações constantes, sobretudo em virtude das diversas tecnologias de concepção e contracepção disponíveis às pessoas.

Verifica-se, pois, a existência de duas fases de transição da fecundidade. Na transição inicial, a redução da natalidade vincula-se a uma preocupação com a criança ou com o tamanho da família, utilizando-se a contracepção como meio de controle de nascimentos.

Por outro lado, em uma segunda fase da transição de fecundidade, observa-se que o controle da natalidade está relacionado com uma preocupação com o adulto, em questões de autorrealização. A fecundidade depende da interrupção da contracepção para dar início à reprodução, de acordo com as opções de vida das pessoas que compõem um determinado núcleo familiar (MUDANÇA, 2015, p. 33).

Observada, assim, a queda nas taxas de fecundidade e de mortalidade, verifica-se uma transição demográfica no Brasil, com redistribuição na proporção de crianças, adultos e idosos na população. De fato,

[...] o Brasil insere-se no grupo de países que experimentou uma transição demográfica acelerada, principalmente devido à queda acentuada dos níveis de fecundidade. Isso vem provocando mudanças significativas na estrutura etária da população. O formato triangular da pirâmide populacional, com uma base larga, vem dando lugar a uma pirâmide etária típica de uma população envelhecida, com a redução da participação relativa de crianças e jovens e o aumento proporcional de adultos e idosos. O Brasil vive um período de acelerado envelhecimento demográfico, com importantes implicações para indivíduos, famílias e sociedade (MUDANÇA, 2015, p. 141).

Segundo dados do IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - (MUDANÇA, 2018), verifica-se atualmente uma irreversível e inevitável transição demográfica no Brasil, com a gradual inversão da pirâmide etária, decorrente do aumento da expectativa de vida e da diminuição das taxas de fecundidade. Esse quadro é fruto do avanço da medicina, das melhorias nas condições de saneamento básico, do maior desenvolvimento social, dentre outros fatores.

Tal panorama trará, em um futuro próximo, implicações socioeconômicas relevantes ao país, especialmente na previdência social, decorrentes da redução da população economicamente ativa e do aumento da população de idosos. Segundo a pesquisadora Ana Amélia Camarano, do IPEA, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, "Nos próximos 30, 40 anos, essa tendência de envelhecimento da população brasileira é praticamente irreversível, a menos que a fecundidade volte a aumentar e a aumentar muito" (CAMARANO, 2013, p. 22).

De acordo com estudos realizados, "Pela 1ª vez, mundo tem mais avós do que netos" (INSTITUTO MILLENIUM, 2019). Segundo a Organização das Nações Unidas, existem mais idosos do que crianças pequenas no mundo, fato inédito na história da humanidade (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2016). O progressivo envelhecimento da população é, portanto, fenômeno evidente e uma tendência mundial que tende a afetar o Brasil, de modo que é necessário uma reflexão urgente acerca das profundas consequências advindas do envelhecimento das populações.

Os dois fatores responsáveis pelo crescente aumento de uma população idosa - redução da fecundidade e da mortalidade -, foram desejados, num passado não muito distante, pela sociedade e pelo Estado, pois resultaram de políticas públicas tanto de saúde como de controle da natalidade, impulsionados pelo progresso tecnológico e médico. Entretanto, as consequências começam a ensejar uma preocupação atual dos gestores públicos e da sociedade, havendo consenso no sentido de que é preciso agir para diminuir os efeitos sociais e econômicos advindos da inevitável inversão da pirâmide etária no Brasil (CAMARANO, 2013, p. 7)

Diante desse panorama, o presente estudo tem como foco a análise de um dos elementos ligados à redução da taxa de fecundidade, que é o progressivo aumento de uma população com fatores de infertilidade, mal que já acomete cerca de 10 a 20% dos brasileiros (PINHEIRO NETO, 2012, p. 96), sendo considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como doença do sistema reprodutivo definida como a falha em alcançar uma gravidez clínica após doze meses ou mais de relações sexuais regulares sem proteção, sob a classificação CID 10 N 46 e N97, segundo a última relação de patologias publicada em 18 de junho de 2018 (OMS, 2018).

Desse modo, aventa-se a possibilidade de concessão de suporte estatal, com planejamento e investimentos de longo prazo, como a formação e implementação de efetiva

política pública de enfrentamento à infertilidade, que possibilite o acesso da população às técnicas de reprodução assistida, como meio de mitigar os impactos sociais e econômicos decorrentes da redução da taxa de fecundidade e, ao mesmo tempo, possibilitar a concretização do direito fundamental e humano ao planejamento familiar sob uma nova ótica, isto é, oriundo da autodeterminação e com vistas à realização da dignidade da pessoa, tema a ser investigado na seção a seguir.

1.3. O PLANEJAMENTO FAMILIAR SOB NOVA PERSPECTIVA: DIGNIDADE E AUTODETERMINAÇÃO

A noção de neoconstitucionalismo retoma a importância de valores morais no Direito, atribuindo força normativa às normas constitucionais, as quais devem ser projetadas e respeitadas na formação e aplicação de toda a legislação infraconstitucional, deixando de figurar como meras orientações hermenêuticas. Neste passo, a Constituição passa a ser o elemento que confere unidade a todo o ordenamento jurídico.

Assim, o Direito Privado deixa de ter como eixo principal o Código Civil, espaço que passa a ser ocupado pelas normas constitucionais, ensejando a formação do que se denomina de Direito Civil Constitucional. Há, destarte, uma irradiação dos preceitos contidos nas regras e nos princípios constitucionais sobre o sistema normativo, com a incidência direta e imediata da Constituição Federal sobre todas as relações privadas (PEREIRA, 2018, p. 444-445). Promove-se, portanto, verdadeiro processo de integração entre a Constituição e a legislação infraconstitucional, com uma releitura do Direito Civil, adaptando seus institutos de maneira a concretizar os valores emanados da Constituição (MEIRELES, 2009 p. 12-13).

Oportuno salientar que os princípios constitucionais, que são expressões de valores reconhecidos por uma sociedade, possuem alto grau de abstração, não estipulando efeitos jurídicos específicos e concretos a determinadas condutas ou situações, mas orientando a decisão a ser adotada pelo intérprete do direito, dentro de critérios extraídos do próprio ordenamento jurídico e não definidos de modo solipsista pelo julgador.

Dentre os vetores axiológicos que permeiam o ordenamento pátrio brasileiro, o que apresenta maior relevância é o princípio da dignidade humana, que representa o fundamento máximo da República e o valor central do sistema jurídico, impondo a proteção integral da pessoa. Um dos fatores essenciais que integram a noção de dignidade é a garantia do direito à saúde, caracterizado pela Constituição Federal como direito social, de caráter prestacional,

exigindo-se do Estado um dever assistencial, um papel ativo para a promoção de condições fundamentais ao exercício desse direito (TEIXEIRA, 2010 p. 24).

O princípio da dignidade tem um significado de grande relevância nos ordenamentos jurídicos ocidentais. Após as grandes guerras mundiais, sobretudo após as atrocidades perpetradas pelo regime nazista, foi retomada a valorização da pessoa, despontando a importância de proteger a si mesmo e a seus pares (PEREIRA, 2018, p. 432-433). Assim, a pessoa passou a assumir o valor central dos sistemas jurídicos, de modo a tornar-se fim último do Direito, e não meio para a obtenção de outros fins.

Com a valorização crescente do ser humano, o princípio enunciado por Kant, segundo o qual as coisas têm preço e as pessoas possuem dignidade, é, ainda hoje, o marco reflexivo para a delimitação de um conceito de dignidade, fixando uma proibição absoluta de instrumentalização do ser humano (NICOLAO, 2010, p.7). O reconhecimento da igual dignidade de todos representa um dos grandes objetivos da República, que visa a assegurar a proteção integral da pessoa. Ademais, a inserção do princípio da dignidade humana no artigo 1º, inciso III, da CRFB/88, significa um marco fundamental, principalmente quando comparado com o ordenamento jurídico que a antecedeu, que fora criado por um Estado ditatorial e patrimonialista (TEIXEIRA, 2010, p. 114).

Não há como se definir, *a priori*, o que seja dignidade humana, dada a vagueza semântica da expressão. Segundo Maria Celina Bodin de Moraes (2003, p. 105), por exemplo, a dignidade constitui-se como um macroprincípio, que abrange quatro subprincípios, que seriam a igualdade, a solidariedade, a liberdade e a integridade psicofísica.

Para o corrente estudo, é interessante a análise da construção da dignidade através da autonomia, que permite ao sujeito erigir sua vida de acordo com valores pessoais, com aquilo que cada um entende ser mais relevante para si. A ideia de que todos tem liberdade de forma igualitária se mostra fundamental para a construção da própria dignidade. Nesse sentido, a dignidade funciona como objetivo a se concretizar em toda e qualquer situação jurídica, sempre com respeito à autonomia privada de cada um.

A dignidade também tem como objetivo limitar a atuação do legislador, com a preservação do espaço para a tomada de decisões pessoais em questões existenciais. Daí resulta a inadmissibilidade de uma determinada maioria política, ainda que democraticamente eleita, impor às pessoas concepções ou planos de vida que divirjam de suas íntimas certezas, por mais valiosas que essas concepções possam parecer à maioria (TEIXEIRA, 2010, p. 124).

Entendimento contrário ensejaria uma conduta paternalista por parte do Estado, que seria não apenas moral e politicamente inaceitável, mas também juridicamente vedada, tendo em vista que representaria inequívoca restrição ao livre desenvolvimento da personalidade, de todo incompatível com o princípio da dignidade da pessoa.

Desse modo, verifica-se que a observância das liberdades individuais em questões existenciais, isto é, a autonomia privada, deve sempre ser respeitada. Tal autonomia, no entanto, não possui caráter absoluto, devendo ser conciliada com os direitos de outras pessoas, com a necessidade de manutenção de uma solidariedade social e com observância da segurança jurídica, sendo a intervenção estatal admissível somente em tais hipóteses (MEIRELES, 2009, p.83).

De forma objetiva, Dworkin (2006, p. 9) trata de dois princípios éticos que se constituem como dimensões da dignidade. O primeiro princípio, denominado de valor intrínseco, estabelece que cada vida humana possui um valor objetivo, de maneira que cada um deve considerar seriamente os destinos de sua vida, ou seja, deve aceitar que é importante que sua vida seja bem-sucedida e não uma oportunidade perdida.

Dworkin (2009, p. 99) considera que toda vida humana tem um valor intrínseco e é valiosa pelo que representa em si. Toda vida humana tem potencial, de modo que, iniciada uma vida, torna-se importante como ela se desenvolve. Ademais, o sucesso ou o fracasso de uma vida humana não é importante apenas para a própria pessoa, mas é importante em si mesmo, é algo que todos nós temos razão para desejar ou lamentar.

Oportuno frisar que o valor da vida se vincula à igualdade, vez que não há razões para atribuir um valor maior a um determinado sujeito ou grupo de pessoas (DWORKIN, 2014, p. 296). De fato, uma pessoa não pode negar dignidade e o valor inerente de outrem, sem violar sua própria dignidade, igualmente sujeita a apreciação de outros.

O segundo princípio, denominado de responsabilidade pessoal ou autenticidade (Dworkin, 2014, p. 320), estabelece que cada pessoa possui uma responsabilidade especial pelo sucesso de sua própria vida, inclusive pela definição do que considera como sucesso. Rejeita-se, desse modo, a imposição de valores sem o consentimento do próprio sujeito. Cada pessoa pode até seguir padrões de conduta religiosos ou tradicionais; mas, se o fizer, será após uma reflexão sobre o que a responsabilidade para sua vida requer. Tal princípio vincula-se à liberdade, reconhecendo a capacidade das pessoas de tomar decisões relevantes para a condução de sua própria vida e personalidade. O pensamento de Dworkin (2014, p. 295),

nesse ponto, se assemelha à ideia de autonomia proposta por Kant, o qual preconiza que a autonomia é o fundamento da dignidade da natureza humana e de toda a natureza racional.

Segundo Dworkin (2014, p. 641), uma pessoa vive bem quando procura uma boa vida para si e o faz com dignidade, ou seja, com respeito pela importância da sua vida e da vida dos outros e pela responsabilidade pessoal que tem por suas escolhas.

Deste modo, o intérprete do Direito deve buscar a efetiva tutela das escolhas existenciais indispensáveis ao atendimento da dignidade da pessoa, conferindo primazia à concretização do ideal de vida eleito pela pessoa. Atualmente, no Estado Democrático de Direito, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu um catálogo aberto de direitos fundamentais, que podem ser livremente exercidos pelos sujeitos. São possibilidades atribuídas a cada um para que ele escolha a melhor forma de se realizar.

Em suma, a liberdade para decisões pessoais em dimensão existencial tem seu fundamento prioritário na CRFB/88, que possui dois pilares essenciais. O primeiro deles é o pluralismo, o qual representa uma forma de proteção dos mais variados estilos de vida, sendo possível a cada pessoa delinear uma concepção do que é bom para si, a partir da individualização do seu projeto de vida (TEIXEIRA, 2010, p.72). O segundo pilar é a dignidade da pessoa (MEIRELES, 2009, p. 38), que tem, entre os seus diversos desdobramentos, a liberdade como forma de garantir que cada um construa e viva de forma coerente com seu projeto de vida, permitindo o livre e pleno desenvolvimento da personalidade.

As questões relacionadas à construção da família, aqui admitidas todas as diversas estruturas familiares, inclusive mediante a utilização de procedimentos de reprodução assistida, estão vinculadas a tais espaços de liberdade pessoal, adstritas unicamente à decisão individual (MEIRELES, 2009, p.105). E é nesse sentido que deve ser compreendido o princípio da dignidade, o qual exige que todos sejam respeitados em suas liberdades, para que possam, autonomamente, construir-se a si mesmos, a agir segundo seus próprios valores, desde que sua ação seja responsável e que tenha plenas informações sobre as consequências de seus atos.

Observa-se, dessa maneira, que a possibilidade de a pessoa fazer escolhas em questões existenciais, intimamente ligadas à sua personalidade, decorre do espaço de liberdade deixado pela CRFB/88. Neste âmbito decisório, a única opção verdadeiramente legítima será aquela definida pela própria pessoa, sem imposições externas. Constitui-se, assim, a autonomia privada, com estreita ligação com a da tutela da privacidade (TEIXEIRA, 2010, p. 68).

Os direitos em análise – saúde e planejamento familiar – e seu reconhecimento como direitos humanos e fundamentais dentro do Estado Democrático de Direito estão diretamente relacionados a questões atuais como as diversas formas de construção da entidade familiar, de filiação e de métodos contraceptivos e de concepção, além dos costumes praticados numa sociedade. (PEGORER, 2016, p.13 e 14)

Diversos documentos internacionais contribuíram para que os direitos aqui estudados pudessem ser constituídos e reconhecidos como direitos humanos e, nas leis constitucionais, como fundamentais. A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) do Cairo, realizada em 1994 é considerada como marco histórico, trazendo, de forma inédita, importantes considerações sobre o planejamento familiar, bem como o conceito de direitos reprodutivos – constituídos por princípios e normas de direitos humanos -, que visam garantir o exercício individual, livre e responsável, da sexualidade e da reprodução humana. (VENTURA, 2009, p.19). A IV Conferência Mundial da Mulher (1995) em Pequim também foi bastante significativa, vez que conferiu amplitude às discussões sobre o tema e ratificou as conquistas até então alcançadas, apontando os direitos em estudo como parte indissociável dos direitos humanos (PEGORER, 2016, p.25). São, portanto, direitos humanos e fundamentais, pois, além de previstos em documentos internacionais, estão pautados na dignidade da pessoa humana.

Um dos fatores essenciais que integram a noção de dignidade é a garantia do direito à saúde, caracterizado pelos tratados e convenções internacionais como direito humano e, pela Constituição Federal, como direito fundamental social, de caráter prestacional, exigindo-se do Estado um dever assistencial, um papel ativo para a promoção de condições fundamentais ao exercício desse direito (TEIXEIRA, 2010 p. 24).

O direito à saúde reprodutiva está implicitamente abarcado no direito fundamental à saúde e, assim como este, deve ser observado e garantido pelo Estado. Registre-se que o direito que aqui se defende, isto é, o de assistência à concepção como forma de superação da infertilidade, por meio do acesso às técnicas de reprodução assistida, é uma das espécies do gênero “direitos reprodutivos”, que engloba também, entre outros, o acompanhamento pré-natal, aborto e a contracepção (PINHEIRO NETO, 2012, p.13).

Os direitos reprodutivos estão diretamente ligados a dimensões essenciais da pessoa, envolvendo considerações sobre a vida, liberdade e saúde. Ademais, considerando que essas dimensões geram repercussões sobre a sociedade, e não apenas sobre interesses individuais,

os direitos reprodutivos passam a receber atenção do ordenamento jurídico. O desenvolvimento de procedimentos médicos com a finalidade de permitir a reprodução assistida constituem um relevante avanço tecnológico para a humanidade. De igual modo, representa uma conquista para pessoas inférteis que concebem o ato de filiação e de procriação como um objetivo de vida a ser perseguido para a realização da dignidade ou valor essencial ao planejamento familiar.

O direito fundamental ao planejamento familiar, por seu turno, é garantido tanto na Constituição Federal de 1988 quanto na Lei Federal nº 9.263/96. Foi reconhecido como direito humano, tendo como marco histórico a Conferência Internacional de Teerã, realizada em 1968 (ALMEIDA JUNIOR, 2015, p.109).

Reitere-se que o Brasil, desde o século XIX, assumiu uma política de incentivo à natalidade com o objetivo de acelerar o crescimento da população e, por conseguinte da economia e desenvolvimento do país. Até meados de 1960, não existia polêmica com relação à adoção de uma política natalista. No entanto, nos anos seguintes, verificou-se que o aumento da população teria se iniciado naturalmente com a queda das taxas de mortalidade, começando a surgir uma preocupação do Estado acerca das implicações sócio econômicas que poderiam surgir a partir daí, como a diminuição dos níveis de qualidade de vida da população e enfraquecimento da capacidade de organização e coesão do Estado, surgindo então a necessidade de se discutir questões relacionadas ao planejamento familiar (CASTANHO, 2014, p.46-48).

Nesse sentido, pode-se afirmar que o planejamento familiar ganhou força e entrou na agenda governamental na década de 70 e, com o advento da Constituição Federal de 1988, uma política populacional voltada ao planejamento familiar se delineou, limitando a intervenção do Estado (CASTANHO, 2014, p.53).

Importante consignar que o planejamento familiar, sob uma nova perspectiva, envolve liberdade e dignidade humana e deve ser entendida não só como contracepção, mas também como concepção. Não é demais destacar que a assistência à concepção, como espécie do gênero direitos reprodutivos, é uma forma de concretização do direito fundamental ao planejamento familiar, viabilizando o enfretamento da infertilidade e a construção do projeto parental às pessoas inférteis, por meio do acesso às técnicas de reprodução assistida, sendo necessária a investigação do papel do Estado na garantia de acesso a tal prerrogativa.

Nesse sentido, no atual sistema constitucional brasileiro o direito ao planejamento familiar decorre do direito fundamental de liberdade, razão pela qual as pessoas são livres para decidir de que forma querem estruturar suas famílias e planejar, se assim desejarem, a sua prole sem interferências estatais ou privadas, senda essa a dimensão negativa do planejamento familiar. (CASTANHO, 2014, p.69-71). Simultaneamente, tal direito possui uma dimensão positiva, na medida em que, segundo o artigo 226, §7º da Constituição Federal de 1988, compete ao Estado “*propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito*”.

Com efeito, desde o final do século XX questões referentes à dignidade da pessoa, como raça, etnia e gênero vêm se destacando dentre os assuntos que compõem a agenda governamental, vez que instam por reflexões e soluções que devem ser dadas pelo Estado. Podemos falar, portanto, em direitos existenciais emergentes, isto é, direitos que nascem a partir de uma necessidade individual e visam a proteção da dignidade humana, devendo o Estado ter um papel ativo para a concretização dos direitos (ADEODATO, 2016, p. XXV).

No corrente trabalho, parte-se da premissa de que a infertilidade é uma doença a ser combatida e que a procriação, inclusive mediante a reprodução assistida, se revela essencial para a sobrevivência da espécie humana e da sociedade, além de concretizar diversos direitos existenciais, como liberdade, dignidade humana, igualdade, respeito, autodeterminação pessoal e planejamento familiar (CASTANHO, 2014, p.77).

Certo é que, as técnicas de reprodução assistida desempenham papel de grande importância na atualidade como forma de superação de uma doença e têm o escopo de, simultaneamente, mitigar os efeitos sociais e econômicos decorrentes de uma crescente população envelhecida e auxiliar a pessoa infértil na concretização de seus direitos e realização de sua dignidade, viabilizando o processo de reprodução quando outras possibilidades terapêuticas tenham sido ineficazes ou ineficientes para a solução da situação de infertilidade (FRANÇA, 2010, P. 318).

Necessário, assim, tecer maiores esclarecimentos sobre os procedimentos vinculados à reprodução assistida e os impactos psicológicos decorrentes de um diagnóstico de infertilidade e seus respectivos tratamentos médicos, tema a ser abordado no próximo capítulo.

2. A INFERTILIDADE E OS PRINCIPAIS TRATAMENTOS MÉDICOS

2.1 BREVE HISTÓRICO DA INFERTILIDADE E OS IMPACTOS ADVINDOS DO SEU DIAGNÓSTICO

Embora o foco do corrente estudo não seja a área médica, é relevante o destaque de alguns aspectos relacionados a essa área, com o escopo de demonstrar a importância do surgimento e desenvolvimento das técnicas de reprodução assistida como forma de enfrentamento à infertilidade e, assim, provocar reflexões acerca dos desafios que devem ser superados para a concretização de direitos fundamentais e para a realização da dignidade da pessoa portadora de tal patologia.

A infertilidade é um tema antigo, que vem sendo abordado desde a Bíblia e da mitologia greco-romana. Desde os primórdios, existe o desejo de procriar e a fecundidade da mulher era associada à uma dádiva de Deus, à fartura e à felicidade. A infertilidade, assim, era tida como castigo divino e motivo de vergonha e infelicidade e sempre gerou polêmicas na sociedade. Na Grécia antiga e em Roma, acreditava-se que a mulher, à semelhança da mãe natureza, devia ser capaz de exercer o seu papel, isto é, gerar novos seres. A mulher infértil era, portanto, a que mais sofria, pois era repudiada pelo marido e podia ter o seu casamento anulado. Ela era tida como portadora de uma maldição divina e de um defeito inaceitável, o que justificava, também, a sua exclusão da sociedade (FERRAZ, 2016, p.39 e 40).

Até o final do século XV, atribuía-se a incapacidade reprodutiva exclusivamente à mulher, que, numa tentativa de superar a tal infortúnio, recorria às poucas terapêuticas disponíveis à época, como chás e rituais religiosos. A infertilidade masculina não era cogitada como causa do problema e isso não era sequer investigado, situação que perdurou até a invenção do microscópio, no final do século XVI. A partir de então, começou-se a admitir a possibilidade de infertilidade masculina, que passou a ser cientificamente estudada a partir de 1677, quando Johann Ham verificou que a ausência involuntária de filhos poderia ser decorrente, em alguns casos, de um fator masculino de infertilidade, como a ausência ou escassez de espermatozoides (PINHEIRO NETO, 2012, p. 19 e 20).

A infertilidade, masculina ou feminina, impedia, assim, a reprodução natural da espécie e a construção do projeto parental e era bastante comum que ela fosse considerada também a causa de desunião familiar e marginalização social das pessoas afetadas, pois era vista como um mal intransponível e uma condição estigmatizante dentro da sociedade.

Ante a grande relevância dada à reprodução natural e à concepção de filhos como forma de perpetuação da espécie e da família, ainda que a causa da infertilidade fosse atribuída pela ciência ao homem, é possível afirmar que a mulher ainda era quem mais sofria as consequências psíquicas e sociais dessa situação. À época, ainda não estavam em pauta discussões relacionadas à igualdade de gênero e direitos à saúde e reprodutivos das mulheres, o que só veio a ocorrer no início do século XX, com a eclosão de movimentos feministas, da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) e de diversas Conferências Mundiais, como as realizadas no Cairo (1994) e em Pequim (1995), conforme já enunciado na seção anterior do corrente trabalho (PINHEIRO NETO, 2012, p.21).

Mesmo na atual sociedade contemporânea, que já reconhece formalmente valores como a dignidade e direitos, como os reprodutivos; que já admite as mais diversas formas de estruturas familiares e que, por conta dos avanços da medicina que permitem a superação de fatores de infertilidade – masculinos e femininos - através das técnicas de reprodução assistida, o que se verifica é que assuntos relativos à infertilidade ainda são considerados tabus e, por isso, relativizados e minimizados pelas autoridades públicas e pela sociedade civil.

O tema, no entanto, clama por atenção. Constatase, atualmente, que a infertilidade, doença do sistema reprodutivo que afeta cerca de 10 a 15% da população mundial, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), se caracteriza como a falha em alcançar uma gravidez clínica após doze meses ou mais de relações sexuais regulares sem proteção, sob a classificação CID 10: N46 (infertilidade masculina) e N97 (infertilidade feminina), segundo a última relação de patologias publicada em 18 de junho de 2018 (OMS, 2018).

Nesse ponto, não é raro que infertilidade e esterilidade sejam empregadas como expressões sinônimas. No entanto, o corrente estudo optou por empregá-las de forma técnica. Infertilidade, tecnicamente, é uma doença que pode ser tratada e revertida por meio das técnicas de reprodução assistida, ao passo que a esterilidade é termo que se refere a uma incapacidade permanente e irreversível de gerar descendência genética, ante a completa ausência de gametas masculinos ou femininos (SOUSA, 2016, p.38).

Diversos estudos constataam que o número de pessoas inférteis vem aumentando nos últimos anos atingindo até 30% de casais do mundo em idade reprodutiva. As causas de infertilidade do homem e da mulher tem as mais diversas origens. Estima-se que os fatores femininos e masculinos contribuem igualmente para essa estatística, com uma taxa de 35%

cada. Cerca de 20% se referem ao conjunto de fatores masculinos e femininos e 10% são por causas inexplicáveis (FARIA; GRIECO; BARROS, 2012, p.795).

A infertilidade é, assim, uma patologia que atinge homens e mulheres, ainda pouco abordada e divulgada pelas autoridades públicas brasileiras, mas que impossibilita o processo natural de procriação e pode ser considerada uma condição estigmatizante de anormalidade e incapacidade para o paciente. É importante avaliar que a infertilidade, quando não tratada, atinge não só a dimensão física da pessoa assim diagnosticada, mas também o seu lado psicológico e social.

Assim, a primeira orientação a ser observada no presente estudo é a necessidade de se enfrentar todos os impactos – médicos, psicológicos e sociais - ocasionados pela infertilidade e pela consequente ausência involuntária de filhos para que seja possível a superação pelo paciente que deve ser considerado sempre em sua integralidade.

O presente estudo adota, nessa esteira, o moderno conceito de saúde, já aceito pela Organização Mundial de Saúde, de que a saúde está diretamente relacionada ao bem-estar individual, noção que envolve a realização integral de aspectos psíquicos e sociais, e não meramente de aspectos físicos.

A presente seção do estudo traz reflexões acerca do tema, por um viés psicológico e social que, assim como a questão médica, deve receber o tratamento adequado, visto que os efeitos decorrentes de um diagnóstico de infertilidade podem impactar negativamente na vida e saúde do paciente, dificultando ou impossibilitando a plena realização da sua dignidade.

O desejo de formação familiar faz parte da cadeia simbólica constitutiva da própria identidade de cada pessoa. De um modo geral, as pessoas tendem a acreditar que poderão ter filhos quando assim desejarem, sendo a infertilidade um fato quase nunca esperado ou considerado por elas, seja por falta de informação ou preconceito.

Desejar ter filhos e não conseguir significa a frustração de projetos parentais e de vida desejados, podendo provocar efeitos devastadores tanto no paciente como nas suas relações pessoais e sociais, que passa a apresentar uma série de sentimentos, como ansiedade, medo, estresse, tristeza e vergonha, que vão influenciar diretamente na sua qualidade de vida (FARINATI; RIGONI; MÜLLER, 2006, p.434).

Na maioria das culturas, inclusive na nossa, a parentalidade decorrente da concepção de filhos biológicos revela a valorização de importantes aspectos culturais e sociais pela sociedade. Ter um filho consiste, muitas vezes, em iniciar uma importante etapa para a

concretização de projetos de vida e realização da dignidade humana (FARIA; GRIECO; BARROS, 2012, p.795).

Desse modo, a ausência involuntária de filhos e a impossibilidade de descendência genética como fatores decorrentes da infertilidade tem o condão de desestruturar, nos mais diversos aspectos, a vida da pessoa, como bem explicitado por FERNANDES (2005, p.25):

“(…) Se for verdade que a fecundidade confere ao homem a capacidade de se multiplicar, de se imortalizar através dos filhos, a ausência destes, como decorrência da infertilidade, pode desestruturar o casamento, rompendo com a cadeia familiar, não permitindo a perpetuação da vida, pois durante toda a existência, o homem espera continuar vivendo através dos filhos”. (FERNANDES, 2005, p.25).

A infertilidade tem impactos médicos, psicológicos e sociais na vida do paciente. Na esfera individual pode haver uma crise de identidade e uma diminuição na autoestima, causando tristeza, ansiedade elevada, frustração, culpa, entre outros sentimentos. Na seara conjugal, podem surgir dificuldades relacionadas à sexualidade. No âmbito social, por sua vez, pode ocorrer uma tendência ao isolamento por conta de sentimentos de inferioridade e de infelicidade (FARINATI, p. 6).

Nesse diapasão, verifica-se que a infertilidade e o intenso sofrimento causado pela impossibilidade de procriação causam transtornos psíquicos importantes para pessoas acometidas pela patologia e, também, para aqueles que os cercam. Veja-se, a título de exemplo, o relato de Anne Hathaway, conhecida atriz americana que, recentemente, revelou publicamente a sua condição, deixando a seguinte mensagem às mulheres que enfrentam o “o inferno da infertilidade” (VEJA, p.31):

Cada vez que eu queria engravidar e não conseguia, outra mulher ficava grávida. Intelectualmente, sabia que não era só para me atormentar, mas, para dizer a verdade, tinha essa sensação, sim.

Diante disso, é importante observar que a infertilidade é vivida como um evento dramático para a maioria das pessoas, sendo entendida por eles como o evento mais estressante de suas vidas. (Klonoff; Chu; Natarajan; Sieber, 2001, p. 680).

Na prática, estudos demonstram que a infertilidade causa maiores impactos na mulher, manifestando significativas alterações emocionais negativas, mesmo quando a causa da infertilidade está relacionada a um fator masculino. Tal panorama decorre de uma construção cultural na qual, historicamente, atribui-se à mulher a responsabilidade e o papel de conceber e criar filhos (FARIA; GRIECO; BARROS, 2012, p.799).

Não é demais destacar que a sociedade contemporânea brasileira ainda é marcada por um forte viés conservador, de modo que ainda existem fortes pressões sociais e familiares para que as pessoas tenham filhos biológicos. Some-se a isso o fato de a infertilidade ainda ser um assunto pouco divulgado e cercado de tabus e preconceitos. Essas circunstâncias fazem com que as pessoas posterguem a procura por ajuda médica especializada para a investigação e superação de fatores de infertilidade por temerem a estigmatização de sua condição considerada fora do padrão de normalidade.

Veja-se que a infertilidade é doença que, quando diagnosticada precocemente, dentro de uma idade adequada, principalmente da mulher, pode ser tratada, com a realização de diversas possibilidades terapêuticas disponibilizadas pela medicina (Souza; Bastos; Mancebo; Rocha, 2006, p.39).

Constata-se, ademais, uma quase ausência reflexiva sobre a infertilidade nos variados espaços da sociedade moderna e, também no meio acadêmico, principalmente no campo das ciências humanas que quase sempre faz parecer ser esse um tema de menor importância que, parece configurar-se, ainda hoje, como de foro íntimo, embora já não o seja, ignorando-se a sua relevância social e econômica e os direitos fundamentais dos cidadãos (STRAW; VARGAS; CHERRO; TAMANINI, 2016, p.7).

Revela-se a necessidade, portanto, de um olhar mais cuidadoso por parte das autoridades públicas brasileiras, que devem iniciar reflexões profundas sobre as consequências ocasionadas pela infertilidade e sobre os tratamentos médicos de enfrentamento à doença, bem como cogitar da relevância de formação e implementação de política pública que inclua uma assistência multidisciplinar de qualidade para as pessoas inférteis, conectando-a com os desafios de saúde e demográficos em nosso país.

Assim, o acelerado avanço da ciência e da tecnologia e, por consequência, da medicina, com o desenvolvimento de procedimentos médicos que viabilizam a reprodução assistida como forma de assistência à concepção, são fundamentais para ajudar pessoas inférteis a realizar o seu desejo de procriação, com a construção plena de sua identidade e a realização de projetos de vida que vão contribuir para a plena concretização de sua dignidade.

A reprodução assistida é definida como uma técnica médica utilizada no tratamento da infertilidade, na qual envolve a manipulação de gametas masculinos e/ou femininos. Diversas são as técnicas existentes no âmbito da reprodução assistida. No corrente estudo, para uma melhor compreensão do tema, far-se-á uma breve explanação sobre as principais técnicas reprodutivas voltadas à concepção, assim denominadas: inseminação intrauterina

(IIU), fertilização *in vitro* (FIV), injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICIS) e a transferência de embriões congelados (TEC), tema a ser desenvolvido na seção seguinte (SOUZA; ALVES, 2016, p.29).

2.2 REPRODUÇÃO ASSISTIDA: EVOLUÇÃO CIENTÍFICA E PRINCIPAIS TÉCNICAS MÉDICAS

A reprodução assistida como técnica médica de assistência à concepção foi descrita pela primeira vez na Idade Média, por volta de 1300, com inseminações artificiais, sem sucesso, em animais. Cientificamente, a primeira inseminação artificial foi realizada em 1779, ocasião em que o italiano Lázaro Spalanzani obteve êxito após colher o sêmen de um cachorro e o inseminar em uma cadela no cio, que pariu três filhotes (MOURA; SOUZA; SCHEFFER, 2009, p. 32).

No final do século XVIII, em 1791, o médico inglês Jon Hunter foi pioneiro ao realizar com sucesso uma inseminação artificial numa mulher. Em 1883, a Sociedade de Medicina Legal de Paris declarou-se favorável à prática da inseminação artificial, dando continuidade aos estudos sobre esse procedimento. Entretanto, em 1897 - época marcada por grande influência da Igreja sobre a sociedade e o Estado, a Congregação do Santo Ofício de Roma, declarou a ilicitude de tal prática, sem, contudo, conseguir frear o desenvolvimento das pesquisas sobre o assunto (FERRAZ, 2016, p. 42).

Observe-se que até meados do século XX, a inseminação artificial como técnica médica de assistência à concepção foi bastante divulgada e utilizada. No entanto, com pouca precisão e com reduzidas taxas de sucesso (SOUZA; ALVES, 2016, p.28).

No século XX, foram realizados importantes estudos e conquistas no campo da genética, sendo a descoberta mais relevante a da estrutura do DNA, resultado do trabalho dos cientistas James Watson e Francis Crick, contemplados em 1962 com o prêmio Nobel de fisiologia e medicina por esse grande feito científico (FERRAZ, 2016, p.43). A partir daí, dada a possibilidade de leitura e manipulação do material genético, a ciência iniciou o aprimoramento das técnicas de reprodução assistida, em especial para a fertilização *in vitro*.

Na década de 1970, com os avanços da ciência e da tecnologia, intensificaram-se os estudos sobre a fertilização *in vitro*. Em 25 de julho de 1978, iniciou-se uma nova era na reprodução assistida. Nascia a inglesa Louise Brown, o primeiro bebê de proveta do mundo, deixando todos perplexos ante o enorme poder da ciência. Com um bloqueio nas tubas uterinas, sua mãe, Leslie Brown, não podia conceber naturalmente e só obteve êxito em

engravidar após se submeter à técnica de fertilização *in vitro*, realizada pelo embriologista Robert Edwards e pelo ginecologista Patrick Steptoe (MOURA; SOUZA; SCHEFFER, 2009, p.36).

A partir de então, a fertilização *in vitro* ganha grande repercussão mundial e, com o surgimento de técnicas médicas mais modernas, fez nascer a esperança para milhares de pessoas acometidas pela infertilidade que, até então, viam seus projetos parentais se esvaírem ante a escassez de terapêuticas médicas adequadas para o enfrentamento da patologia.

No Brasil, essa técnica médica foi realizada com êxito pela primeira vez em 1984, em São José dos Pinhais (Paraná). Após a realização de tratamento de reprodução assistida pelo médico ginecologista Milton Nakamura, nasceu, em 07 de outubro de 1984, Anna Paula Caldeira, primeiro bebê concebido por meio de fertilização *in vitro* no país e símbolo de esperança para mulheres que não conseguiam engravidar (SOUZA; ALVES, 2016, p. 28).

Após 1984, a medicina reprodutiva evoluiu rapidamente e passou a transformar em realidade o sonho da paternidade e maternidade de milhares de pessoas que antes não tinham possibilidades de enfrentar a infertilidade. Estima-se que o total global de crianças nascidas como resultado dos significativos avanços das técnicas de reprodução assistida, principalmente da fertilização *in vitro*, já ultrapasse oito milhões, segundo informação divulgada em 2018 pelo presidente do Comitê Internacional para Monitoramento de Técnicas de Reprodução Assistida (ICMART, na sigla em inglês), David Adamson. (MAIS, 2019).

Impende consignar que a infertilidade pode ser ocasionada, como já registrado, tanto por fatores femininos (disfunções na ovulação, endometriose, obstrução das tubas uterinas, dentre outros) como por fatores masculinos (varicocele, malformações congênitas, azoospermia, dentre outros). Verifica-se que, na medicina reprodutiva moderna, para cada fator de infertilidade - masculino ou feminino -, existe uma técnica médica adequada para o tratamento e superação da patologia.

Nesse passo, o que se constata é que vem crescendo no Brasil a procura por tratamentos na área da medicina reprodutiva. Estima-se que 15% dos casais em idade fértil apresentam algum tipo de dificuldade para engravidar. Os principais fatores femininos de infertilidade são: a idade avançada, alterações hormonais, infecções pélvicas, endometriose, obstrução tubária, bem como as consequências dos tratamentos oncológicos e a laqueadura das trompas.

Com relação aos homens, os principais fatores de infertilidade são: a redução do número e motilidade dos espermatozoides ou ausência de espermatozoides por algumas

doenças como a varicocele, alterações hormonais, cromossômicas ou neurológicas, sequelas de tratamentos oncológicos, impotência sexual, ejaculação precoce e a vasectomia. Importante consignar, também, que o tabagismo e o uso excessivo de álcool e de drogas, doenças crônicas como o diabetes e o hipotireoidismo, assim como a obesidade são fatores que podem contribuir para a infertilidade de homens e mulheres (TÉCNICAS, 2019).

Atualmente existem muitas técnicas médicas usadas no tratamento aos diversos fatores de infertilidade, mas algumas delas tem se destacado pela sua eficácia e entre elas estão a inseminação intrauterina (IIU), a fertilização *in vitro* (FIV), a injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICIS) e a transferência de embrião congelado (TEC).

Assim, buscando uma correta e mais abrangente compreensão do estudo, passaremos a analisar brevemente as principais técnicas médicas de reprodução assistida que, segundo a Resolução 2.168/2017 do Conselho Federal de Medicina, tem o condão de auxiliar na superação da infertilidade e na resolução dos problemas de reprodução humana, facilitando o processo de procriação e que podem ser utilizadas desde que haja probabilidade de sucesso e não se incorra em risco grave de saúde para o paciente ou o possível descendente. É necessário destacar que os médicos somente devem optar pelo uso das técnicas de reprodução assistida quando não existir outra terapêutica adequada ao enfrentamento da infertilidade, na medida em que são procedimentos que podem gerar grandes expectativas e frustrações para as partes envolvidas.

2.2.1. A inseminação intrauterina (IIU):

A inseminação intrauterina, ou inseminação artificial como é mais conhecida, foi a primeira técnica médica de reprodução assistida praticada pela medicina, como já explicitado na seção anterior. Passou a ser usada com mais frequência a partir de 1932, ocasião em que se tornou possível determinar com mais precisão o período fértil da mulher e, principalmente a partir de 1945, quando se desenvolveu o processo de criopreservação de espermatozoides, ou seja, o processo onde os gametas são preservados através do congelamento a temperaturas muito baixas (FERRAZ, 2016, p.45).

Trata-se de uma técnica médica de reprodução assistida, considerada de baixa complexidade e com baixo custo, podendo ser recomendada a pacientes com fatores leves ou moderados de infertilidade, como para mulheres com alterações cervicais, isto é, alterações no colo uterino, com disfunções ovulatórias, endometriose mínima ou leve e, nos homens com leve diminuição no número e motilidade dos espermatozoides. Também pode ser usada em

casais com discordância para o vírus do HIV e em pacientes com causas não aparentes de infertilidade (SOUZA; ALVES, 2016, p.30).

Na referida técnica médica é fundamental que o médico faça o cálculo exato da ovulação, visto que a fecundação ocorre dentro do corpo da mulher. O que ocorre é apenas um auxílio a essa fecundação, ultrapassando os obstáculos que a impediam de se realizar naturalmente. Assim, primeiramente, faz-se a chamada estimulação ou indução da mulher, cujo objetivo é estimular mais de um ovócito, o que normalmente é feito com a utilização de medicamentos orais ou injetáveis com o escopo de aumentar a eficácia do tratamento.

Num segundo momento, faz-se a coleta de espermatozoides do parceiro (inseminação homóloga) ou de um doador (inseminação heteróloga, ou seja, realizada com material genético de um terceiro, no caso de homens com ausência de espermatozoides ou alterações cromossômicas, mulheres solteiras e casais homoafetivos). Em seguida, realiza-se o processamento e capacitação dos espermatozoides em laboratório, onde são analisadas quantidade e mobilidade, separando-se os saudáveis (FERRAZ, 2016, p.45).

Por fim, como última etapa, no dia em que a mulher estiver ovulando, faz-se a inseminação dos espermatozoides móveis dentro da cavidade uterina com o auxílio de um cateter específico (carregado de espermatozoides capacitados) através do colo do útero, devendo, a partir daí, se desenvolver naturalmente a gestação. Não é necessário o uso de anestesia ou internação da paciente e o procedimento é realizado em consultório. (TÉCNICAS, 2019).

A inseminação intrauterina não costuma ser uma técnica médica realizada por mais de três vezes consecutivas. Não havendo sucesso nas tentativas, recomenda-se a utilização de outra técnica médica, como a fertilização *in vitro*. “Apesar de ser método efetivo e consagrado no tratamento da infertilidade, sua eficácia apresenta significativa redução após várias tentativas sem sucesso, restringindo-se a 3 ou 4 ciclos” (SOUZA; ALVES, 2016, p.31).

Assim, pessoas que não obtiveram êxito em engravidar com a utilização da inseminação intrauterina ou que não se incluem nas indicações para tanto, podem recorrer às técnicas reprodutivas de maior complexidade como a fertilização *in vitro*, método que passamos a analisar brevemente na próxima seção.

2.2.2 Fertilização *in vitro* (FIV):

A fertilização *in vitro* é definida como, uma técnica de reprodução assistida de alta complexidade em que a fecundação ocorre fora do corpo da mulher, após a manipulação e

união de gametas (espermatozoides e óvulos) em laboratório, com o objetivo de se obter um número adequado de embriões de boa qualidade que serão, posteriormente, transferidos para o útero da mulher.

Na fertilização *in vitro*, a taxa de sucesso pode variar entre 30% e 35% em mulheres com até 35 anos e, a partir dos 40 anos, a taxa de gravidez cai para 15%. Vale destacar que as chances de êxito através dessa técnica dependem de vários fatores, entre eles, a idade da mulher, a qualidade dos embriões produzidos e a causa da infertilidade (SOUZA; ALVES, 2016, p. 31 e 32).

Essa técnica médica, também conhecida como “bebê de proveta”, foi realizada com sucesso pela primeira vez em 1978, pelos médicos ingleses Steptoe e Edwards, que culminou com o nascimento de Louise Brown, conforme já mencionado nas seções anteriores. Trata-se de técnica indicada para pacientes que apresentam obstrução tubária ou de trompas, endometriose, infertilidade devido a fator masculino grave, infertilidade sem causa aparente e todos os outros fatores de infertilidade que não responderam a outros tipos de tratamento (FERRAZ, 2016, p.46).

Na fertilização *in vitro*, faz-se necessário a coleta dos gametas masculinos e femininos para a fecundação em laboratório. Em primeiro lugar, realiza-se o processo de indução da ovulação da mulher. Em ciclos naturais, a mulher produz um óvulo por mês. Na fertilização *in vitro*, esse número pode ser superior a vinte. Sendo assim, o controle e estímulo da ovulação é feito por meio de medicamentos hormonais, com o escopo de aumentar o número de folículos, dentro dos quais haverá um ovócito. O acompanhamento da estimulação ovariana é feito por meio de exames de sangue e ecografias. (ALMEIDA JUNIOR, 2015, p.65 e 66).

Após essa fase, havendo o crescimento e número adequado de folículos, a mulher se submete à denominada punção folicular, com o auxílio de uma agulha e sob sedação leve, para que os óvulos maduros sejam aspirados de dentro dos folículos. Em seguida, ocorre a coleta dos espermatozoides, que passam por uma preparação seminal.

Cumprida essa etapa, estando disponíveis os óvulos maduros e os espermatozoides, faz-se a fecundação em laboratório, que pode ser realizada pela fertilização *in vitro* tradicional ou por injeção intracitoplasmática de espermatozoide (ISCI). Na FIV tradicional, os gametas são colocados em uma placa de cultivo em meio de cultura para que fecundem espontaneamente. Os embriões formados ficam alguns dias em incubadora e posteriormente são transferidos para o útero da mulher (SOUZA; ALVES, 2016, p.32).

Assim, podemos afirmar que “A FIV consiste em propiciar, em condições específicas para tal fim, em laboratório, a fecundação do óvulo pelo espermatozoide fora do corpo da mulher. Cumprida esta etapa o embrião é transferido ao útero da mãe” (WRIGHT; CHANG; JEN; MACALUSO, 2008, p.123).

Passa-se, na próxima seção, a uma breve explanação acerca da técnica médica chamada de injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), que nada mais é que uma variante da fecundação *in vitro* ou em laboratório.

2.2.3 Injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI):

Como já citado na seção anterior, a fertilização *in vitro* pode ser realizada pela forma clássica ou por meio da injeção intracitoplasmática de espermatozoides. A ICSI foi realizada pela primeira vez na Bélgica em 1992 e só chegou ao Brasil dois anos depois. Sendo considerada uma das maiores inovações na área da medicina reprodutiva no início dos anos noventa, ela é atualmente utilizada em centenas de clínicas de reprodução assistida no Brasil e no mundo.

A ICSI é uma variante da fecundação *in vitro* (FIV) e se destaca no tratamento da infertilidade masculina grave. Essa técnica médica, após a fase de coleta de óvulos e de espermatozoides, se diferencia da fertilização *in vitro* clássica, pois envolve a seleção e a injeção de um único espermatozoide vivo, previamente selecionado, diretamente no interior do óvulo coletado com a utilização de um aparelho de precisão absoluta, ultrapassando todos os obstáculos da fecundação e tornando essa uma técnica de micromanipulação de gametas mais invasiva, mas com alto índice de sucesso de gravidez – que pode chegar a 35% -, possibilitando a superação da infertilidade para muitas pessoas (SANTOS, 2010, p.289).

Trata-se da técnica médica indicada quando houve repetidos fracassos nas tentativas de fecundação *in vitro* clássica, sendo recomendada, principalmente, para casais cujo homem tenha um fator grave de infertilidade, como a ausência ou uma pequena quantidade de espermatozoides, algum problema de motilidade dos gametas, pacientes que não tenham conseguido a reversão da vasectomia ou que tenham se submetido a rádio ou quimioterapia ou quando a fecundação acontece numa percentagem reduzida de ovócitos após a punção ou quando for necessário fazer a análise genética dos embriões. (SOUZA; ALVES, 2016, p. 32).

Assim, considerando que a FIV realizada por meio da ICSI possibilita maior grau de precisão na manipulação de gametas e uma maior taxa de êxito de gravidez, muitos pesquisadores vem defendendo a utilização desse método para todos os casos recomendados

de fertilização *in vitro*, com a seleção e transferência de um único embrião para o útero da mulher, com vistas a mitigar as complicações médicas e os impactos econômicos decorrentes das gestações múltiplas, situação geradora de maior risco de prematuridade, com maior custo hospitalar e de acompanhamento neonatal. Nesse sentido, a redução do número de gestações múltiplas pela transferência eletiva de um único embrião teria o condão de economizar quantidades substanciais de recursos em todos os setores (SANTOS, 2010, p.289).

2.2.4 Transferência de embrião congelado (TEC):

As técnicas de reprodução assistida evoluíram bastante nos últimos anos e aumentaram as chances de sucesso de transferência de embriões congelados que giram, hoje, em torno de 45%. Trata-se de uma moderna técnica e que vem ganhando espaço e popularidade justamente por ser uma forma de preservação da fertilidade. Isso porque o embrião congelado possui altas chances de fertilização e pode ser usado em outros momentos da vida. O congelamento de embriões, também chamado de criopreservação, é feito por uma técnica denominada vitrificação, que isola e mantém os embriões em baixas temperaturas para que sua composição e a sua funcionalidade sejam mantidas inalteradas e funcionais. (SOUZA; ALVES, 2016, p.33).

É a técnica médica de reprodução assistida recomendada para pessoas que pretendem adiar o projeto parental por motivos pessoais, profissionais ou quando vão se submeter a um procedimento médico ou cirúrgico que possa comprometer a fertilidade.

Na transferência de embriões congelados, cumprem-se as mesmas etapas da fertilização *in vitro*. Ou seja, inicialmente e após estimulação ovariana da mulher, os gametas femininos e masculinos são selecionados e coletados. Posteriormente, os gametas são fertilizados em laboratório especializado e preparados para o desenvolvimento adequado dos embriões. Os referidos embriões ficarão congelados pelo tempo que os envolvidos quiserem e poderão ser descongelados no momento mais oportuno a eles. Após o descongelamento, os embriões serão testados quanto à qualidade e à viabilidade e, posteriormente, transferidos³ para o útero da mulher que, nesse caso, apenas necessitará passar por um preparo de endométrio com o uso de medicamento para uma maior taxa de êxito de implantação em seu útero (SOUZA; ALVES, 2016, p34).

³ o número de embriões transferidos vai depender da idade da mulher, conforme o item 7 da Resolução nº 2.168/2017 do Conselho Federal de Medicina: mulheres até 35 anos: até 2 embriões; mulheres entre 36 e 39 anos: até 3 embriões; mulheres com 40 anos ou mais: até 4 embriões;

Feitas essas breves e singelas missivas, o que se constata é que a medicina reprodutiva evolui rapidamente e disponibiliza diversas e modernas técnicas que vão auxiliar os cidadãos na superação da infertilidade e na realização de seus projetos parentais, concretizando seus direitos fundamentais e realizando sua dignidade.

Diante do exposto, passa-se, então, a analisar, nas seções seguintes, qual seria o papel do Estado para a garantia de tão relevantes direitos e de que forma se delineia o panorama prático brasileiro sobre o tema, avaliando-se, também, o cenário atual na Província de Buenos Aires, na Argentina, investigando-se a possibilidade de extrair contribuições positivas que possam ser aproveitadas à nossa realidade.

3. POLÍTICA PÚBLICA DE ENFRENTAMENTO À INFERTILIDADE: A REPRODUÇÃO ASSISTIDA COMO ÚLTIMA OPÇÃO DE TRATAMENTO

Com o advento da Constituição Federal de 1988 que, como já dito, consagrou a dignidade humana como fundamento máximo da ordem jurídica, a pessoa passou a ocupar posição de destaque e a receber integral proteção do ordenamento jurídico, com a valorização dos interesses da pessoa em detrimento das relações patrimoniais. A entidade familiar – em todas as suas vertentes - é a base da sociedade, segundo preconiza o artigo 226 da Carta de 1988. Deve, portanto, receber especial proteção estatal, na medida em que passa a ser vista num contexto de promoção da dignidade e personalidade de todos os seus integrantes (FERRAZ, 2016, p.92).

Nessa esteira, de acordo com o que dispõe o §7º do artigo 226 da Constituição Federal de 1988, o direito ao planejamento familiar pode ser entendido como a liberdade que cada um possui nas relações de família, incluindo-se a decisão de ter ou não filhos e quantos filhos almejam ter, sem que haja interferência estatal. A Lei federal nº 9.263/1996, ao regulamentar esse dispositivo constitucional, determina que o planejamento familiar é um direito de todos e, em seu artigo 9º, dispõe que os métodos de concepção e de contracepção cientificamente aceitos serão oferecidos pelo Sistema Único de Saúde, garantindo, com isso, o direito à procriação, inclusive artificialmente, de todos os cidadãos e respeitando, portanto, todos os arranjos familiares.

E é dentro desse contexto que o corrente capítulo objetiva investigar qual o papel do Estado – vez que ele, segundo a própria Carta de 1988, deve propiciar recursos educacionais e científicos para que seja possível o exercício ao direito ao planejamento familiar - e de que forma ele vem atuando para a realização da dignidade das pessoas que padecem de infertilidade e, que por razões médicas, não podem procriar naturalmente.

Num primeiro momento, o capítulo em foco abordará brevemente a importância do Direito e da produção estatal de normas jurídicas para a harmonia e ordem social, ressaltando a importância da construção e implementação de políticas públicas eficientes e abrangentes que sejam capazes de efetivar os direitos fundamentais dos cidadãos. e demonstrando como a insuficiência ou ausência de normatização acerca da reprodução assistida é capaz de afetar e violar a dignidade e os direitos essenciais de pessoas que apresentam algum fator de infertilidade.

Em seguida, após essas breves missivas, o capítulo passa a analisar o panorama histórico normativo brasileiro acerca dos dispositivos legais e aspectos relativos

especificamente à reprodução assistida, como questão referente ao exercício de direitos reprodutivos – na sua vertente de assistência à concepção -, no âmbito do sistema único de saúde, desde a promulgação da Constituição Federal de 1988 até o presente momento, fazendo-se um exame de que como se delinea juridicamente o tema no país.

Por fim, o presente capítulo investiga, com breves comparações ao cenário brasileiro, como se apresenta o panorama histórico normativo da Argentina, primeiro país latino-americano a publicar lei nacional e a implementar política pública específica sobre reprodução assistida como forma de enfrentamento à infertilidade e à realização da dignidade dos seus cidadãos. Tal política pública, como se verá, ainda carece de ajustes, mas a sua construção e implementação, após diálogos intensos e necessários entre as autoridades públicas e a sociedade civil, representam um enorme passo rumo à concretização de direitos fundamentais, como saúde reprodutiva e planejamento familiar.

3.1. O DIREITO BRASILEIRO E A REPRODUÇÃO ASSISTIDA

Inicialmente, e para a plena compreensão da importância do tema ora abordado, faz-se necessário rememorar que o Direito pode ser definido, em apertada síntese, como um conjunto de regras obrigatórias que visa garantir uma convivência social ordenada e pacífica, na medida em que impõe limites às condutas de cada um dos membros de determinada sociedade.

A partir daí, com o objetivo de regular e impor padrões de condutas ou de organização social, é que o Estado cria as chamadas normas jurídicas, como elementos constitutivos do Direito positivo e instrumentos de promoção da ordem social. As normas jurídicas têm o condão de dispor sobre fatos e consagrar valores, com o escopo de sistematizar e descrever a ordem jurídica vigente para se alcançar o equilíbrio numa sociedade (NADER, 2016, p. 84).

Pode-se afirmar, portanto, que o direito, através da produção de normas jurídicas, é instrumento que, ao mesmo tempo, protege-nos do poder estatal arbitrário e, quando aplicado corretamente, confere igual oportunidade a todos, amparando também os membros mais desfavorecidos da sociedade. No entanto, não se pode olvidar que o direito pode servir também como um instrumento de manipulação e dominação, vez que é acessível e produzido por pequena parcela de especialistas, que, ao fazerem uso equivocado ou desidioso de tal prerrogativa, frustram as expectativas e direitos subjetivos dos demais membros da sociedade, normalmente dos menos privilegiados (FERRAZ JUNIOR, 2016, p.11).

Como já dito, atualmente, no Estado Democrático de Direito, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu um catálogo aberto de direitos fundamentais, que devem ser garantidos pelo Estado. São possibilidades atribuídas a cada um para que possa escolher a melhor forma de desenvolver plenamente a sua personalidade.

A Constituição Federal de 1988 não dispõe de normas expressas e específicas referentes à reprodução assistida. Entretanto, não podemos ignorar a presença de diversos princípios que versam sobre matérias diretamente ligadas ao tema.

Certo é que existe a previsão de direitos fundamentais para além daqueles descritos no bojo do texto constitucional, de modo que os direitos reprodutivos, isto é, aqueles referentes à autonomia e autodeterminação das funções reprodutivas e livre escolha da maternidade e paternidade, já reconhecidos em pactos e acordos internacionais de direitos humanos que foram ratificados Brasil, também encontram base principiológica na Constituição Federal de 1988 (VENTURA, 2009, p.19).

Assim, considerando que os direitos reprodutivos são formados por princípios e normas de direitos humanos que garantem o exercício livre e responsável da autonomia reprodutiva e, considerando que a Constituição Federal dispõe expressamente sobre direitos e garantias ao exercício dos direitos reprodutivos – como liberdade, vida, planejamento familiar, saúde e personalidade, além, incontestavelmente, da dignidade da pessoa como vetor axiológico de maior relevância - que conferem consistência normativa e aplicação adequada aos documentos internacionais sobre o tema, pode-se afirmar que os chamados direitos reprodutivos também se configuram como fundamentais e possuem uma dimensão social (VENTURA, 2009, p.58).

Nesse diapasão, por abranger direitos essenciais da pessoa, os direitos reprodutivos devem ser compreendidos a partir do enfoque constitucional e merecem proteção estatal. Importante reforçar que a Constituição Federal dispõe sobre a garantia de direitos fundamentais sociais, como saúde e planejamento familiar, exigindo-se do Estado um dever assistencial, isto é, um papel ativo, inclusive com a formação e implementação de política pública que assegure de forma ampla o acesso de todas as pessoas, promovendo as condições essenciais ao exercício desses direitos e à realização da sua dignidade. (TEIXEIRA, 2010 p. 24).

Assim, em decorrência das normativas constitucionais é dever da Administração Pública efetivar, garantir e promover os direitos fundamentais a todos os cidadãos. Para tanto, será necessário a concretização de ações e programas – “as políticas públicas constituem

atualmente a forma precípua dessa ação estatal” (ARZABE, 2006, p.52) – para a satisfação dos anseios da sociedade. Com efeito, conforme abordagem a ser feita na seção seguinte, é por meio das políticas públicas que o Estado garante tais preceitos de forma sistemática e abrangente, sobretudo, no que se refere aos direitos fundamentais aqui abordados.

3.2. POLÍTICAS PÚBLICAS: O PAPEL DO ESTADO PARA A PROMOÇÃO DE DIREITOS FUNDAMENTAIS

No contexto até aqui desenvolvido pelo corrente estudo, é possível se afirmar que as políticas públicas são fundamentais para um país e são capazes de repercutir na economia e na sociedade e devem ser capazes de fomentar o desenvolvimento econômico e de promover a inclusão social das pessoas. Segundo Celina Souza (In: HOCHMAN, Gilberto, ARRETCHE, Marta, MARQUES, 2007, p.69), a formação de políticas públicas se constitui de ações e programas que revelam os propósitos e metas de governos democráticos, cujo objetivo é a produção de mudanças positivas no mundo real.

Existem diversas definições de “política pública”, mas o conceito até hoje mais conhecido é o de Laswell (In: HOCHMAN, Gilberto, ARRETCHE, Marta, MARQUES, 2007, p.68), segundo o qual decisões e análises de políticas públicas devem responder às questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz. Significa dizer que é necessário fixar as prioridades e escolher em que e onde o dinheiro público será investido, tendo por base os princípios constitucionais e os objetivos específicos estabelecidos pela política governamental. O Estado é, portanto, de grande relevância, enquanto instituidor de ações, ao programar, organizar, limitar e direcionar a atividade social.

Alguns autores, como Secchi (2016, p.3-4), adotam um conceito multicêntrico de política pública, segundo o qual o Estado não é o único ator responsável pela criação de políticas públicas. Para esse autor, atores não estatais (organizações privadas, organizações não governamentais etc.) também podem ser protagonistas na formação de políticas públicas. Assim, segundo esse entendimento, é possível afirmar que, por exemplo, uma campanha nacional lançada por uma organização não governamental (ator não estatal) para o replantio de árvores nativas de determinada área é uma política pública, pois tem como escopo solucionar um problema público.

No corrente estudo, porém, optamos por adotar a definição tradicional de política pública, trazida por Bucci (2006, p.39), segundo a qual:

Política pública é o programa de ação governamental que resulta de um processo ou conjunto de processos juridicamente regulados – processo eleitoral, processo de planejamento, processo de governo, processo orçamentário, processo legislativo, processo administrativo, processo judicial – visando coordenar os meios à disposição do Estado e as atividades privadas, para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados. Como tipo ideal, a política pública deve visar a realização de objetivos definidos, expressando a seleção de prioridades, a reserva de meios necessários à sua consecução e o intervalo de tempo em que se espera o atingimento dos resultados. (Bucci, 2006, p.39)

Com efeito, políticas públicas são deliberações tomadas por atores governamentais que visam modificar significativamente a realidade, com a influência (ou não) de atores não estatais, para a resolução de um problema coletivamente relevante (com implicações para uma quantidade notável de pessoas), quando a situação atual é inadequada, mas tem a possibilidade de se transmutar numa situação ideal.

Consigne-se que, partindo da concepção de política como uma diretriz, ou seja, uma orientação, entende-se, no presente estudo, que situações de omissão ou negligência estatal não devem ser consideradas políticas públicas, mas tão somente falta de interesse governamental para a inserção do problema na sua agenda formal (SECCHI, 2016, p.2-3).

Destaque-se que o processo de formação e implementação de uma política pública é também conhecido como ciclo de política pública, composto em fases sequenciadas e correlatas que visam facilitar os atores envolvidos na organização de ideias e de estratégias. Esse ciclo é constituído, segundo Secchi (2016, p.43), de sete fases ou estágios principais, que podem ser assim sintetizados:

A primeira fase do ciclo de uma política pública é a de identificação e delimitação do problema público (passível de solução) por algum ator político (social ou estatal); em seguida, tem-se a segunda fase, onde há a formação da agenda governamental, com a inclusão de problemas públicos que devem ser reconhecidos e merecem maior atenção e atuação prioritária do Estado (SECCHI, 2016, p. 45-47).

Na terceira fase ou estágio do ciclo, tem-se a formulação de alternativas de solução ao problema público, estabelecendo-se objetivos e o estudo das potenciais consequências de cada alternativa, bem como os potenciais custos e benefícios de cada uma; a quarta fase, por sua vez, diz respeito à tomada de decisão, ou seja, representa a ocasião em que os interesses dos atores são considerados e as intenções de enfrentamento do problema público são expostos, com a escolha de soluções que possam resolvê-lo (SECCHI, 2016, 48-53).

A quinta fase é a de implementação da política pública, isto é, momento em que as intenções se transmudam em ações políticas e são produzidos os resultados concretos da política pública. Trata-se do momento em que a administração pública reveste-se de sua função típica, com a execução das políticas públicas por meio dos inúmeros instrumentos disponíveis para tanto, tais como: aplicação da lei, subsídio e incentivo fiscal, prestação direta ou terceirizada do serviço público, informação à população, transferência de renda etc (SECCHI, 2016, p.55).

Na sexta fase do ciclo de uma política pública, tem-se a sua avaliação. Trata-se do estágio em que se verifica, através de critérios como economicidade, produtividade, eficiência econômica e administrativa, eficácia e equidade, se houve ou não a redução do problema público ensejador da formação da política pública e se haverá a reestruturação de aspectos materiais da mesma, continuidade da forma que se encontra ou a sua extinção (SECCHI, 2016, p.62-65).

A sétima e última fase diz respeito à extinção da política pública, o que pode ocorrer quando: o problema público restou resolvido; ineficácia das ações e programas implementados; ou quando o problema não foi resolvido, mas perdeu importância e saiu das agendas governamentais (SECCHI, 2016, p.67).

Compreende-se, portanto, que as políticas públicas, quando criadas e implementadas, são ações governamentais que tem por escopo a concretização de direitos fundamentais e sociais, cujos princípios, limites e prioridades mínimas são inerentes à Constituição Federal de 1988. Ademais, precipuamente se amparam em normas jurídicas que ditam as suas diretrizes, objetivos e resultados pretendidos em determinado lapso temporal. Logo, tanto a análise política das prioridades a serem alcançadas no contexto social específico quanto a regulamentação normativa obtida pelo direito são relevantes para a viabilização e realização de uma política pública.

Certo é que, muito embora a Constituição Federal de 1988 não disponha de normas específicas acerca da reprodução assistida, não se pode olvidar, como já explicitado em capítulo anterior, que a dignidade da pessoa é um dos fundamentos da República. Ademais, a existência de previsão constitucional de direitos fundamentais, como saúde, planejamento familiar sob uma nova perspectiva (em todas as suas vertentes, isto é, concepção e contracepção), vida, igualdade e liberdade, atribuem consistência normativa e aplicação adequada às normas constitucionais e aos documentos internacionais de direitos humanos que versam sobre direitos reprodutivos e matérias diretamente relacionadas ao tema. Torna-se

necessário, nessa ordem de ideias, que tais direitos devem ser objeto de proteção estatal, através de políticas públicas que assegurem de forma ampla o acesso de toda a sociedade.

Considerando essas ponderações, indispensável identificar no ordenamento pátrio vigente se existe ou não uma política pública específica sobre a reprodução assistida, bem como de mecanismos e instrumentos que permitam a concretização dos direitos em estudo. É necessário observar se os princípios e normas constitucionais estão sendo, de fato, cumpridos nas legislações nacionais e nas políticas e ações estatais, vez que para a efetivação de direitos não basta a existência de garantias legais. Exige-se também garantias sociais e políticas, que devem ser pensadas e construídas de forma integrada pelos diversos setores da sociedade (VENTURA, 2009, p.60-61).

Feitas essas breves missivas, passa-se, conforme delineado na seção seguinte, à análise do panorama histórico normativo brasileiro acerca dos dispositivos legais e aspectos relativos especificamente à reprodução assistida, como questão referente ao exercício de direitos reprodutivos – na sua vertente de assistência à concepção -, no âmbito do sistema único de saúde, desde a promulgação da Constituição Federal de 1988 até o presente momento, fazendo-se um exame de que como se delinea juridicamente o tema no país.

3.3. POLÍTICA PÚBLICA DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA NO BRASIL: PANORAMA HISTÓRICO NORMATIVO E CENÁRIO ATUAL

Todas as pessoas têm o direito à descendência e à concepção (DINIZ, 2014, p. 179). No corrente estudo, parte-se dessa premissa para refletir acerca dos principais aspectos que norteiam a reprodução assistida e o dever estatal na promoção dos direitos em jogo. O planejamento familiar, não previsto nas constituições anteriores, foi incorporado pela Constituição Federal de 1988 como um direito fundamental e humano, como expressão do direito de liberdade e forma de autodeterminação da vida privada com vistas à realização da dignidade humana, de aplicação imediata e com o condão de vincular cidadãos e poderes estatais. Nesse sentido, estatui o artigo 226, §7º:

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 educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.

Repise-se, portanto, que não cabe ao Estado interferir na escolha de um cidadão no que se refere à formação do livre desenvolvimento de sua família – seja ela de que tipo for -, mas tão somente propiciar recursos educacionais e científicos para a realização plena desse direito e de sua dignidade, conferindo-se uma interpretação em harmonia com os postulados internacionais sobre direitos humanos e direitos reprodutivos e os demais preceitos constitucionais. Assim, a vida privada e a liberdade de cada pessoa devem ser respeitadas, sob todos os aspectos, desde que não violem direitos de terceiros (PINHEIRO NETO, 2012, p.59).

Como forma de regulamentar o §7º do artigo 226 da Constituição Federal, o legislador ordinário publicou a Lei federal nº 9.263/96 que trata do planejamento familiar e dispõe em seu artigo 3º, parágrafo único, inciso I, o seguinte:

Art. 3º O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde.

Parágrafo único - As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas no caput, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua, como atividades básicas, entre outras:

I - a assistência à concepção e contracepção;

Veja-se que no Brasil, conforme já explicitado em capítulo anterior, o planejamento familiar sempre teve como característica principal as medidas de contracepção para o controle de natalidade com vistas a frear o acelerado crescimento populacional do país no início do século XX, que se via impulsionado pelo avanço técnico e científico da medicina e pela consequente queda das taxas de mortalidade. No entanto, deve-se ter em mente que o planejamento familiar, sob uma nova perspectiva, fundado na plena liberdade da pessoa e na realização da sua dignidade, deve ser visto não só sob o aspecto de controle da prole, mas também, pelo aumento dela quando o cidadão assim optar.

Assim, o planejamento familiar, sob essa nova ótica, envolve liberdade e dignidade humana e deve ser entendida não só como contracepção, mas também como concepção. Não é demais destacar que a assistência à concepção, como espécie do gênero direitos reprodutivos, é uma forma de realização da dignidade da pessoa, viabilizando a construção do projeto parental às pessoas inférteis, por meio do acesso às técnicas de reprodução assistida, sendo necessária a investigação do papel do Estado na garantia de acesso a tal prerrogativa.

Nesse diapasão, verifica-se que o inciso I do artigo 3º da Lei federal nº 9.263/96 que prevê a assistência à concepção é um ponto de extrema relevância para a compreensão do estudo aqui desenvolvido. Tal dispositivo legal prevê a necessidade de auxílio estatal que deve ser prestado às pessoas inférteis que querem ter filhos (concepção), por meio do Sistema Único de Saúde, com a viabilização do acesso às técnicas de reprodução assistida.

Destaque-se que o artigo 9º da Lei federal nº 9.263/96 também é de suma importância para o presente estudo e tem o condão ratificar o dever estatal de propiciar meios para o livre incremento da família, incentivando a possibilidade de pessoas inférteis realizarem a sua dignidade (PINHEIRO NETO, 2012, p.63). Confira-se:

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.

Assim é que, com base nos referidos dispositivos legais, sustenta-se o dever estatal de criar e implementar política pública efetiva e promover ações e programas eficientes que sejam capazes de oferecer integral proteção aos direitos em jogo, viabilizando o acesso da população às técnicas de reprodução assistida como forma de efetivação do projeto parental e de todos os outros direitos fundamentais em jogo: liberdade, saúde (mais especificamente a saúde reprodutiva) e planejamento familiar (em todas as vertentes).

Rememore-se que, com o advento da Constituição Federal de 1988, a saúde passa a ser definida como direito fundamental social de todos e dever do Estado. É criado o Sistema Único de Saúde (SUS) para a realização das ações e serviços de saúde, tendo como características a igualdade no acesso, a universalidade, a gratuidade e a integralidade (VENTURA, 2009, p.65). Nesse ponto, é necessário que se ressalte que a concretização efetiva dos direitos em estudo perpassa pela formação e implementação, principalmente, de uma política pública específica de saúde.

Contudo, o que se verifica é que a implementação dessa nova política pública de saúde tem sido marcada, ao longo das décadas, por enormes dificuldades econômicas, políticas e administrativas. As obrigações estatais referentes aos serviços de saúde se mostram, na maioria das vezes, insuficientes e deficientes, ensejando um aumento da demanda judicial (fenômeno denominado de “judicialização da saúde”).

Veja-se que o direito à saúde reprodutiva está implicitamente abarcado no direito fundamental à saúde e, assim como este, deve ser observado e garantido pelo Estado.

Registre-se, mais uma vez, que o direito que aqui se defende, isto é, o de assistência à concepção, por meio do acesso às técnicas de reprodução assistida, é uma das espécies do gênero “direitos reprodutivos”, que engloba também, entre outros, o acompanhamento pré-natal, aborto e a contracepção (PINHEIRO NETO, 2012, p.13).

Certo é que, diante desse panorama, é possível afirmar que existe a previsão normativa tanto a Constituição Federal de 1988 como a Lei federal nº 9.263/96, cujo objetivo é conferir proteção à saúde reprodutiva e às mais variadas espécies de família, que é a base da sociedade e merece especial guarida do Estado.

Com efeito, considerando o acesso universal e igualitário do SUS, a infertilidade como doença e, portanto, como problema relativo à saúde reprodutiva, a questão não pode ser ignorada pelo Estado. Devem ser disponibilizados, por meio do SUS, recursos financeiros e científicos, nos termos da Constituição Federal de 1988 e da Lei federal nº 9.263/96, para a concretização do projeto parental de pessoas inférteis, assegurando, assim, a realização da dignidade humana. Ademais, observa-se que esses recursos devem ser aplicados de modo organizado e eficiente, o que somente pode ser alcançado mediante objetivos e ações sistematizadas através de políticas públicas efetivas de assistência à concepção, com acesso amplo da população às técnicas de reprodução assistida.

Atualmente, com os avanços da medicina, diversas técnicas de reprodução assistida foram desenvolvidas e podem envolver várias modalidades, sendo as mais usadas e conhecidas, como já descrito no capítulo anterior, a inseminação artificial e a fertilização *in vitro*, esta última considerada como procedimento de alta complexidade. O acesso às técnicas de reprodução assistida é, assim, a última forma possível de superação da infertilidade para as pessoas acometidas por ela. No entanto, o que se verifica, hoje, é a ausência de uma regulamentação eficaz sobre o tema, muito embora exista, apenas no papel, política pública específica sobre a reprodução assistida, em evidente desrespeito aos direitos fundamentais e dignidade de parcela significativa da população.

Registre-se que, no Brasil, cada vez mais pessoas, geralmente as que possuem condições financeiras de arcar com os custos - buscam clínicas especializadas em tratamentos de reprodução assistida, o que revela a necessidade de se fazer reflexões sobre a importância de se reconhecer publicamente a infertilidade como doença e implementar e regulamentar de forma efetiva a política pública (que atualmente dispõe de forma superficial sobre o tema e integra a Portaria de Consolidação nº 02/2017, do Ministério da Saúde).

Embora pouco debatido na sociedade brasileira, as problemáticas relativas à infertilidade e à reprodução assistida possuem grandes dimensões, não podendo ser ignoradas pelo Estado. Corroborando essa assertiva, dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e que fazem parte do 12º Relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões (SisEmbrio), publicado em 2019, demonstram que foram realizados 43.098 ciclos de fertilização *in vitro* (cada ciclo é composto de várias etapas, como estimulação da ovulação com o uso de medicamentos, aspiração folicular, coleta de espermatozoides, fecundação dos gametas *in vitro* e transferência do embrião para o útero materno) no ano de 2018, contra 36.307 em 2017. Um aumento de quase 19% no número de procedimentos. Além disso, a região Sudeste lidera o número de procedimentos realizados e congelamentos de embriões, representando 65% dos que são feitos no país, seguida pela região Sul, com 14% (ANVISA, 2019, p.3).

Entretanto, apesar desses dados significativos e que demonstram a importância do tema e o aumento no número de pessoas que necessitam recorrer às técnicas de reprodução assistida para verem os seus direitos concretizados, o que se verifica é que, no contexto brasileiro atual, apenas alguns avanços tímidos foram feitos no que se refere ao reconhecimento público da infertilidade como doença e como problema de saúde pública, bem como no que se refere à construção e implementação de política pública que envolva especificamente o tema, com o escopo de efetivar direitos fundamentais como saúde e planejamento familiar.

Em 2005, durante a gestão do então Presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva, numa tentativa de implementar uma política pública de atenção integral à reprodução assistida no âmbito do SUS, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 426, cuja pasta era de responsabilidade de Humberto Costa, ministro da saúde à época.

Interessante destacar que para a formação dessa política pública, segundo informações contidas na minuta da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida (Anexo 1) - disponibilizada, via e-mail, em 05 de setembro de 2019, pelo Dr. Rui Ferriani – participante da comissão do Ministério da Saúde que em 2005 publicou a Portaria nº 426, professor titular da USP e chefe do setor de Reprodução Humana do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (HCPR) - levou-se em conta relevantes dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) - e de diversas sociedades científicas como a Rede Latino Americana de Reprodução Assistida (REDLARA), Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH), Sociedade Brasileira de Urologia e Federação Brasileira das Sociedades de

Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Estudos desenvolvidos por essas instituições revelam que - apesar de não haver dados exatos acerca da incidência de infertilidade conjugal no país, que varia de acordo com a região geográfica - aproximadamente, 8% a 15% dos casais brasileiros apresentavam algum problema de infertilidade durante sua vida fértil.

Relevante consignar que, ainda segundo a minuta acima referida, após a inclusão do tema em agenda governamental e o reconhecimento de sua relevância, o Ministério da Saúde instituiu, em 2004, um grupo de trabalho para a elaboração de uma proposta de política pública no âmbito do SUS, conforme informações obtidas por meio da minuta acima referida. Tal grupo de trabalho foi composto por diversos setores do Ministério da Saúde, instituições públicas e filantrópicas vinculadas aos SUS e variadas sociedades científicas⁴.

Tal grupo de trabalho realizado com o objetivo de apresentar a proposta de política pública de atenção integral à reprodução assistida, definiu as linhas de cuidado às pessoas que necessitavam ter acesso às técnicas de reprodução assistida. Delimitou, também, os fluxos de atendimento e as competências dos três níveis de atenção – de Atenção Básica, de Média Complexidade e de Alta Complexidade. Segundo esse grupo, cerca de 70% da totalidade dos casos de infertilidade poderiam ser resolvidos por ações previstas na Atenção Básica e de Média Complexidade. Ainda segundo dados constantes da mencionada minuta de política pública, cerca de 30% dos casos seriam encaminhados para as ações de Alta Complexidade (inseminação artificial e fertilização *in vitro*).

Ressalte-se, também, que a política pública de atenção integral à reprodução assistida foi criada visando, também, a diminuição da transmissão vertical e/ou horizontal de doenças infectocontagiosas e genéticas, em especial para os portadores do HIV e das hepatites virais usuários do SUS.

Tal política deveria ser implantada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde. Para a organização

⁴ Fizeram parte desse grupo de trabalho, além de diversos setores do Ministério da Saúde (o Departamento de Atenção Especializada – Coordenação de Média e Alta Complexidade –, o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Área Técnica de Saúde da Mulher –, o Departamento de Atenção Básica, o Departamento de Regulação Avaliação e Controle, pertencentes à Secretaria de Atenção à Saúde – SAS -, o Programa Nacional de DST/AIDS e o Programa Nacional de Hepatites Virais, pertencentes à Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS, Departamento de Ciência e Tecnologia, da Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos – SCTIE e a ANVISA), e as seguintes instituições públicas e filantrópicas vinculadas ao SUS, com serviços de reprodução humana assistida, e sociedades científicas: 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), a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), a Sociedade Brasileira de Reprodução Humana, o Núcleo de Bioética da UNB e a Sociedade Brasileira de Urologia.

dos serviços de atenção em reprodução assistida na Média e Alta Complexidade, a portaria SAS/MS nº 388/2005 – que regulamentou a portaria ministerial nº 426/2005 -, previa que deveriam ser observados os quantitativos de serviços, definidos por Unidade da Federação, onde a área de cobertura assistencial deveria ser de 01 (um) serviço para abrangência de no mínimo 6.000.000 (seis milhões) de habitantes, para garantir a viabilidade econômica dos referidos serviços.

No entanto, por falta de alocação de recursos financeiros suficientes, a referida portaria SAS/MS nº 388/2005 – que regulamentava a portaria ministerial nº 426/2005 - foi suspensa apenas sete dias após a sua publicação, pela Portaria do Ministério da Saúde nº 1.187/2005 e revogada totalmente em 09 de dezembro de 2005 através da portaria ministerial nº 2.442. Nesse passo, a portaria ministerial nº 426/2005, que instituiu a política pública de atenção integral à reprodução assistida - foi suspensa cinco meses após a sua publicação e, todas as suas disposições foram revogadas em 2017, durante a gestão do então Presidente da República Michel Temer, pelo artigo 9º, LXXXIX, da Portaria de Consolidação nº 2/2017, do Ministério da Saúde, sem nunca ter sido realmente implementada.

Observe-se que essa mesma Portaria de Consolidação nº 2/2017, apesar de revogar todas as normas previstas na Portaria nº 426/2005, reconhece publicamente a relevância do tema ao prever, em seu artigo 7º, inciso II, uma Política Pública de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida. No entanto, o que se verifica é que a referida Portaria ministerial, apesar de dispor sobre a criação dessa política pública específica, traz, em seu Anexo XXX normativas um tanto quanto genéricas, que ainda carecem de regulamentação especial e previsão orçamentária própria para que haja, de fato, a ação coordenada pelos entes federados e a implementação efetiva dessa relevante política pública.

Em síntese: a Portaria 426/2005 e todas as suas disposições foram revogadas pela Portaria de Consolidação nº 2 de 2017. No entanto, a então chamada Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida passou a integrar a Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Porém, existe apenas a menção de tal política na Portaria de Consolidação nº 2, em brevíssimas linhas gerais e sem qualquer regulamentação a respeito, o que inviabiliza, na prática, a implementação de tão relevante política. Na verdade, é uma política pública que existe apenas formalmente.

Diante disso, pode-se afirmar que, apesar da previsão normativa da Portaria de Consolidação nº 02/2017, ainda existe um vácuo legislativo no que se refere ao tema, deixando desamparados os direitos fundamentais estabelecidos tanto na Constituição Federal

como na Lei Federal nº 9.263/96, que rege o planejamento familiar e prevê direitos reprodutivos amplos, que inclui a assistência à concepção. (VENTURA, 2009, p.98).

Atualmente o tema está amparado, também, pela Resolução nº 2.168/2017 do Conselho Federal de Medicina, - que trata tão somente de normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida – e pela Portaria do Ministério da Saúde nº 3.149/2012, que não regulamenta o tema, apenas determina o repasse de verbas federais a nove unidades de saúde específicas⁵.

Com relação à escolha das unidades de saúde contempladas pela Portaria nº 3.149/2012, foi realizada consulta, em 22 de outubro de 2019, ao Ministério da Saúde, através do Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão (E-SIC), que permite que qualquer pessoa, física ou jurídica, encaminhe pedidos de acesso à informação, acompanhe o prazo e receba a resposta da solicitação realizada para órgãos e entidades do Executivo Federal, em atenção a Lei de Acesso à Informação, a Lei nº 12.527/2011. Obteve-se, em 11 de novembro de 2019 (Anexo 2), a resposta que foram destinados recursos financeiros aos estabelecimentos de saúde que realizavam procedimentos de atenção à Reprodução Humana Assistida no âmbito do SUS.

Na prática, o que se verifica é que os atuais serviços prestados pelas unidades de saúde que receberam, em cota única, verba federal específica para a implementação desses serviços para a realização de tratamentos médicos gratuitos relacionados à reprodução assistida – através da Portaria acima referida -, que são restritos e insuficientes, constatando-se que são poucas as pessoas que conseguem se beneficiar, em tempo, desse relevante serviço de saúde.

Oportuno salientar que não há qualquer ato normativo que estipule quais serão as ações governamentais para a efetiva implementação da Política Nacional contida na Portaria de Consolidação nº 02/2007. Não há, portanto, qualquer disciplina dos critérios de admissão, procedimentos passíveis de realização, medicamentos fornecidos entre outros elementos essenciais para caracterizar a efetiva existência de uma política pública sobre o tema.

Sobre as Portarias ministeriais nº 426/2005 e 3.149/2012, como já dito linhas acima, em 22 de outubro de 2019, foi realizada consulta ao Ministério da Saúde, através do Sistema

⁵ As unidades de saúde que recebem verbas federais para a realização de tratamentos referentes à reprodução assistida são as seguintes: Hospital Materno Infantil de Brasília (DF); Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (MG); Hospital Nossa Senhora da Conceição SA - Fêmeina em Porto Alegre (RS); Hospital das Clínicas de Porto Alegre (RS); Hospital das Clínicas de São Paulo (SP); Centro de Referência da Saúde da Mulher São Paulo - Pérola Byington (SP); Hospital das Clínicas FAEPA de Ribeirão Preto (SP); Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira- IMIP em Recife (PE); e Maternidade Escola Januário Cicco em Natal (RN).

Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão (E-SIC). Sobre esse ponto, recebemos a seguinte resposta (com grifos nossos), datada de 11 de novembro de 2019, elaborada pelo responsável do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde:

Prezada cidadã,

Em atenção a Lei de Acesso à Informação, o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, do Ministério da Saúde (DAPES/SAPS/MS) informa que **a Portaria nº 426/2005/GM/MS, de 22 de março de 2005, que instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida e dá outras providências, atualmente integra a Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Como toda política, ela precisa ser regulamentada e os procedimentos e medicamentos específicos necessitam de avaliação junto à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC) para sua incorporação no Sistema Único de Saúde.**

Esta avaliação se utiliza de análise baseada em evidências, levando em consideração aspectos como eficácia, acurácia, efetividade e a segurança da tecnologia, além da avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já existentes. Tendo em vista o alto custo dos procedimentos avançados e medicamentos relacionados à RHA, a incorporação dos mesmos aguarda sinalização orçamentária e financeira para que se avance na incorporação enquanto oferta pelo SUS.

Assim o repasse financeiro ocorreu uma única vez, na publicação da Portaria nº 3.149/2012/GM/MS, de 28 de dezembro de 2012, que destinou recursos financeiros aos estabelecimentos de saúde que realizavam procedimentos de atenção à Reprodução Humana Assistida no âmbito do SUS, incluindo fertilização in vitro e/ou injeção intracitoplasmática de espermatozoides.

Ressalta que alguns procedimentos são pagos pelo SUS e podem ser utilizados para o tratamento de infertilidade primária: consulta médica, colpocitologia oncótica, sorologia anti-HIV, sorologia para hepatite B, sorologia para hepatite C, sorologia para sífilis (VDRL), sorologia para toxoplasmose IgG e IgM, glicemia de jejum, vacinação contra rubéola, espermograma, consulta em ginecologia, consulta especializada em urologia, atendimento individual em psicologia, atendimento individual serviço social, atendimento em grupo multidisciplinar, ultrassonografia transvaginal, histerossalpingografia, biópsia de endométrio, dosagem de prolactina, dosagens de TSH, FSH, T4 livre, LH, estradiol, SDHEA, testosterona, insulina, cultura de esperma, antibiograma simples, histeroscopia diagnóstica, laparoscopia diagnóstica, ultrassonografia transretal, ultrassonografia bolsa escrotal, biópsia testicular, pesquisa de cariótipo por banda, punção do fundo do saco vaginal, gonadotrofina urinária e gonadotrofina coriônica humana.

Ao se investigar o modelo atual, o que se nota na prática é que o acesso da população a essas unidades de saúde contempladas pela portaria ministerial nº 3.149/2012 – que, repita-se, receberam o repasse de verba federal, uma única vez, quando da publicação da referida portaria - e o uso das técnicas de reprodução assistida pela via gratuita em quase todos os centros de saúde ainda carece de efetividade, conforme se demonstrará a seguir.

A realização de técnicas de reprodução assistida, nos centros de saúde abrangidos pela portaria ministerial acima referida, encontra diversos entraves e limitações, verificando-se, por vezes, o não acesso (pessoas portadoras de doenças crônicas e infecciosas, pessoas solteiras e que vivem em parcerias homoafetivas, v.g.), àqueles que necessitam do serviço público de saúde para a concretização de seu projeto parental.

Superada a limitação informacional acerca da existência de centros de saúde que oferecem gratuitamente os tratamentos de reprodução assistida, haja vista que não existe no Brasil conteúdo midiático que incentive ou oriente acerca do uso das referidas técnicas, a primeira das dificuldades apresentadas pelo modelo atual se refere à localização geográfica das unidades de saúde abarcadas pela Portaria MS nº 3.149/2012. Dos nove centros de saúde que receberam verba federal específica para os tratamentos de reprodução assistida, a maioria deles está localizada na região sudeste do país – mais especificamente em São Paulo -, não havendo qualquer unidade localizada, por exemplo, na região norte do país.

O Brasil é um país de dimensões continentais e, como se pode constatar, possui pouquíssimos centros de saúde que oferecem, através do SUS, os tratamentos de saúde em questão. Assim, o local de residência das pessoas que necessitam dos respectivos serviços de saúde para a concretização de seus direitos fundamentais é, de fato, um fator que limita (ou inviabiliza, em alguns casos) o acesso e agrava a desigualdade social já existente no país, vez que, quase sempre, apenas os cidadãos mais abastados têm, na prática, a possibilidade de superar a infertilidade. Com efeito, a localização geográfica das unidades de saúde implica que as pessoas residentes em outros pontos do território nacional devem arcar com os custos de passagens, hospedagem e alimentação, constituindo muitas vezes um obstáculo intransponível.

Além disso, em consulta aos sítios eletrônicos de cada centro de saúde contemplado pela portaria ministerial, verifica-se que, na quase totalidade deles, existe pouca ou nenhuma informação sobre os serviços médicos de reprodução assistida oferecidos à população, o que já caracteriza, em si, uma dificuldade de acesso das pessoas a esses relevantes serviços de saúde.

Pelas informações colhidas nos sítios eletrônicos de cada unidade de saúde, constata-se que nenhum deles oferece gratuitamente o tratamento médico completo, sendo necessário, em quase todos os casos, que a pessoa suporte os custos, por exemplo, dos medicamentos (podem representar até cerca de 50% do valor do tratamento), o que, por certo, é um fator que acaba por limitar ou impossibilitar o acesso de muitas pessoas ao tratamento médico oferecido. Os medicamentos indispensáveis aos tratamentos médicos são de custo relativamente elevado e não são fornecidos pelo SUS e, portanto, não estão disponíveis nos postos de saúde para a população.

Sabe-se, também, que a idade da mulher está diretamente relacionada ao sucesso dos procedimentos referentes à reprodução assistida e, que, em todas as unidades de saúde que oferecem os tratamentos de forma gratuita, a idade da mulher (ora até 35, ora até 40 anos) figura como principal critério de admissão nas listas.

Soma-se a isso as longas filas de espera nos centros de saúde gratuitos, que podem chegar a até 06 (seis) anos, o que ocorre, por exemplo, no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP, em Recife, Pernambuco. (MULHERES, 2010).

Além disso, em praticamente todos os centros de saúde abrangidos pela portaria ministerial analisada, verifica-se que a ausência de doenças crônicas ou infecciosas (como HIV, hepatite, diabetes e hipertensão) é critério determinante para a admissão das pessoas que procuram o serviço de saúde. Isso se explica em razão da ausência de laboratórios isolados e de técnicas especializadas para o atendimento de pacientes portadores de doenças crônicas ou infectocontagiosas, que estariam, assim, impossibilitadas de efetivar os seus projetos reprodutivos.

Ressalte-se, também, que, na quase totalidade das unidades de saúde contempladas pela portaria ministerial, não se admite pessoas solteiras ou em uniões homoafetivas, porque não dispõem de banco de gametas e programas de útero de substituição (mais conhecido como “barriga solidária”).

Nesse sentido, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo é um dos poucos centros de saúde a oferecer um acesso mais amplo e inclusivo. No entanto, ainda carece de ajustes, vez que admite em suas filas de espera apenas os casais homoafetivos femininos, e mulheres solteiras, desde que não apresentem os critérios de exclusão especificados em seu sítio eletrônico. (<https://reproducao.fmrp.usp.br/como-agendar/>).

Destaque-se, portanto, que cada centro de saúde abrangido pela Portaria MS nº 3.149/2012 possui regras e critérios próprios de admissão das pessoas que podem se submeter aos tratamentos médicos oferecidos, ou seja, não existe qualquer tipo de padronização no que se refere à oferta dos serviços de saúde e à admissão de pacientes. Conforme preconiza o Ministério da Saúde, a organização de cada serviço de saúde é definida pelo gestor local. Por isso, o tempo médio de espera e o número de tentativas autorizadas para cada pessoa dependem de cada serviço.

O que se constata é que as informações disponibilizadas à população nos sítios eletrônicos das unidades de saúde são, em geral, insuficientes, gerando dúvidas acerca do funcionamento, de quais tratamentos médicos são disponibilizados e de que forma se dá o acesso das pessoas aos serviços de saúde oferecidos.

Assim, para o melhor desenvolvimento da corrente pesquisa, para a validação das afirmativas aqui apresentadas e com o escopo de tentar compreender melhor como se delineia o panorama prático das nove unidades de saúde abrangidas pela Portaria nº 3.149/2012 do Ministério da Saúde, optou-se pelo envio, ora via e-mail, ora via sistema eletrônico do serviço de informação ao cidadão (E-SIC), de questionários simples e objetivos (Anexo 3) a todos os referidos centros de saúde.

Vale ressaltar que, das 09 (nove) unidades de saúde contempladas pela mencionada portaria ministerial, apenas uma não enviou respostas aos questionamentos feitos, mesmo após registro de pedido de informações através do E-SIC, qual seja: o Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira- IMIP, em Recife (PE). Assim, tem-se que 08 (oito) unidades de saúde responderam aos questionários a elas remetidos, conforme se especifica a seguir.

- 01) Hospital das Clínicas FAEPA Ribeirão Preto (SP): questionário enviado, via e-mail, em 03 de setembro de 2019 e respondido na mesma data pelo chefe do setor de reprodução humana da unidade de saúde, Dr. Rui Ferriani (Anexo 4);
- 02) Hospital Materno Infantil de Brasília (DF): questionário enviado, via e-mail, em duas datas: 03 de setembro e 10 de outubro de 2019. Resposta não obtida, motivo pelo qual, em 21 de outubro de 2019, registrou-se pedido de informações via Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão (E-SIC) do Distrito Federal, sob o protocolo de nº 00060.000636/2019-65. Questionário respondido em 25 de outubro de 2019, pelo diretor do Hospital Materno Infantil de Brasília, Rodolfo Alves Paulo De Souza (Anexo 5);

- 03) Hospital das Clínicas da UFMG: questionário enviado, via e-mail, em 03 de setembro de 2019. Recebido na ouvidoria e encaminhado, nessa mesma data, para tratamento via plataforma Fala.BR - Plataforma Integrada de Ouvidoria e Acesso à Informação, da Controladoria Geral da União (CGU), sob o protocolo nº 23546.041847/2019-09. Resposta não obtida, mesmo após prorrogação de prazo. Registro de pedido de informações via E-SIC, em 19 de novembro de 2019, sob o protocolo nº 99945.001663/2019-67. Questionário respondido em 11 de dezembro de 2019 (Anexo 6);
- 04) Hospital Nossa Senhora da Conceição SA – Fêmeina (Porto Alegre/RS): questionário enviado, via e-mail, em 03 de setembro de 2019. Questionário não respondido, o que motivou o registro de pedido de informações via E-SIC em 10 de outubro de 2010, sob o protocolo nº 99934.000041/2019-41. Questionário respondido em 18 de outubro de 2019, pela Dra. Andrea Nácul, responsável técnica da Unidade de Reprodução Humana dessa unidade de saúde (Anexo 7);
- 05) Hospital das Clínicas de Porto Alegre (RS): questionário enviado, via e-mail, em duas datas: 03 de setembro e 08 de outubro de 2019. Questionário respondido em 10 de outubro de 2019 (Anexo 8);
- 06) Centro de Referência da Saúde da Mulher São Paulo - Pérola Byington (SP): questionário enviado, via e-mail, em 03 de setembro de 2019. Não obtenção de resposta, ensejando, em 21 de novembro de 2019, o registro de pedido de informações, via E-SIC do Estado de São Paulo, sob o protocolo nº 466431923662. Questionário respondido em 10 de dezembro de 2019 (Anexo 9);
- 07) Maternidade Escola Januário Cicco, de Natal (RN): questionário enviado, via e-mail, em 03 de setembro de 2019. Não obtenção de resposta, motivando, em 10 de outubro de 2019, o registro de pedido de informações via E-SIC, sob o protocolo nº 99945001267201930. Questionário respondido em 13 de novembro de 2019 (Anexo 10);
- 08) Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (SP): questionário enviado, via e-mail, em duas datas: 03 de setembro e 10 de outubro de 2019. A não obtenção de resposta motivou o registro de pedido de informações através do E-SIC do Estado de São Paulo, sob o protocolo nº 503411923541. Em razão da inércia da unidade de saúde, houve a interposição de recurso que foi,

posteriormente, deferido. Questionário respondido em 29 de janeiro de 2020 (Anexo 11).

Passa-se, desse modo, à análise dos principais pontos relatados.

3.4. UNIDADES DE SAÚDE COMTEMPLADAS PELA PORTARIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE Nº 3.149/2012: UMA REALIDADE BRASILEIRA

O Hospital das Clínicas FAEPA Ribeirão Preto, dentre todos, parece ser o centro de saúde a oferecer de modo mais satisfatório os tratamentos médicos de reprodução assistida, conferindo um abrangente e inclusivo acesso aos cidadãos que necessitam dos serviços de saúde ali ofertados para a concretização de seus projetos parentais.

Conforme o questionário enviado, respondido pelo Dr. Rui Alberto Ferriani, chefe do setor de reprodução humana daquela unidade, pode-se dizer que, dentre todas, é das poucas unidade de saúde que viabiliza o acesso de pessoas solteiras e casais homoafetivos (femininos ou masculinos) aos tratamentos de reprodução assistida, uma vez que possui banco terceirizado de gametas e programa de útero de substituição.

No que se refere à admissão de pessoas em uniões homoafetivas, devemos acrescentar o Hospital Materno Infantil de Brasília, no Distrito Federal, que, segundo respostas ao questionário enviado, afirmou a possibilidade de realização de tratamentos de reprodução assistida também nesses casos. Sobre esse ponto, vale destacar, também, a informação prestada pelo Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG), no seguinte sentido: “Casais homoafetivos entram no mesmo fluxo de casais hetero e podem fazer o tratamento neste serviço, desde que tenhamos sêmen/ovulo de doador disponível para o casal”. Entretanto, essa unidade de saúde afirma possuir apenas banco de sêmen, e não de ovúlos.

Vale ressaltar, ainda, que o Hospital Materno Infantil de Brasília, além da Maternidade Escola Januário Cicco, localizada em Natal, no Rio Grande do Norte; do Centro de Referência da Saúde da Mulher São Paulo - Pérola Byington e, do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, são as únicas a oferecer gratuitamente aos pacientes admitidos todos os medicamentos necessários à realização dos tratamentos médicos de reprodução assistida. Mas, não deixam de ressaltar a insuficiência de recursos financeiros recebidos para tanto. Nesse sentido, o Hospital Materno Infantil de Brasília faz a seguinte

afirmação: “... muitas vezes o serviço para por períodos curtos devido à falta de recursos financeiros”.

É importante ressaltar também que pessoas portadoras de doenças crônicas e infectocontagiosas são admitidas para os tratamentos médicos oferecidos pelo Hospital das Clínicas FAEPA Ribeirão Preto. Nessa unidade de saúde, apenas as pessoas portadoras de HIV estão impossibilitadas de realizar os tratamentos médicos nessa unidade de saúde, tendo em vista a ausência de laboratório isolado para tanto.

Nesse ponto, vale ressaltar a resposta apresentada também pelo Hospital das Clínicas de Porto Alegre, no seguinte sentido: “Pacientes com doenças crônicas controladas e que não impossibilitem ou contraindiquem o tratamento de reprodução assistida podem ser atendidas em nossa unidade. No momento, não conseguimos atender paciente com sorologias virais positivas (HIV, Hepatites B e C e HTLV)”.

O Hospital Materno Infantil de Brasília (DF), quando questionado sobre esse ponto, assim se manifestou: “Depende da gravidade da doença e do tipo de tratamento. As doenças crônicas não infecciosas como diabetes e hipertensão não impedem a paciente de engravidar se estão bem controladas. São encaminhadas previamente para uma consulta com o médico especialista (cardiologista, endocrinologista, etc), após liberação para gravidez damos continuidade ao tratamento. A gestação é acompanhada pela equipe do serviço de Alto Risco deste hospital. Nos casos de infecções como HIV, não temos material necessário exigido pela ANVISA para realizar a Fertilização *in vitro*”.

Ainda sobre a disponibilização de tratamentos médicos de reprodução assistida para pessoas portadoras de doenças crônicas ou infectocontagiosas, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP assim respondeu: “Não temos autorização da ANVISA para realizar tratamentos de alta complexidade em casais portadores de doenças infecto contagiosas. Nos casais com algum tipo de doença crônica após avaliação e liberação do setor competente, fazemos o tratamento”.

No que se refere especificamente ao Hospital das Clínicas FAEPA Ribeirão Preto, chama a atenção o seguinte esclarecimento prestado, via e-mail (Anexo 4), pelo Dr. Rui Alberto Ferriani, o que reforça a tese de insuficiência de verbas para a prestação dos serviços médicos:

“Prezada Catarina, em anexo o questionário respondido referente ao HC de Ribeirão Preto. Devo esclarecer que fomos o primeiro serviço público a oferecer FIV, em 1992, conseguido com verbas orçamentárias do HC via Secretaria de Saúde. **A única alínea**

específica recebida do SUS foi a da resolução 3149, em cota única de R\$ 1,5 milhão, mas nunca houve tabela SUS com remuneração específica, e nosso centro funciona desde seu início com verba orçamentária, sem nunca ter interrompido suas atividades. Por isso mesmo não fornecemos medicações e estamos sempre sob pressão da judicialização, fácil de ser obtida tendo em vista a obrigatoriedade legal do estado em conceder o tratamento”. (grifo nosso)

Em sentido semelhante, foram as respostas apresentadas pelos demais centros de saúde que responderam ao nosso questionamento relativo ao repasse de verbas federais e à sua insuficiência. Confira-se, a seguir, a resposta apresentada pelo Hospital Nossa Senhora da Conceição, de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul:

“Não existem recursos específicos do Governo Federal para o nosso Serviço. Houve apenas um incentivo inicial de R\$1.000.000,00 disponibilizado pelo Governo Federal para a implantação do Serviço”.

Veja-se, ainda, que, à exceção do Hospital das Clínicas FAEPA Ribeirão Preto, do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, do Hospital Materno Infantil de Brasília e do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, nenhum dos outros centros de saúde contemplados pela portaria ministerial admite pessoas solteiras, nem tampouco pessoas que convivem em uniões homoafetivas, que pretendem concretizar os seus projetos parentais, porque não dispõem da estrutura e técnicas necessárias para tanto, como programa de doação de gametas (óvulos e sêmen) ou programa de utilização de útero de substituição, o que inviabiliza o acesso de tais pessoas que não possuem condições financeiras de arcar com os custos de um tratamento médico particular. Estariam elas impossibilitadas de concretizar o mesmo projeto parental?

Negar as pluralidades das entidades familiares e negar a tais pessoas o acesso às técnicas de reprodução assistida seria transmudar a infertilidade em uma condição familiar e familiar tradicional não mais em um problema individual de saúde, o que não se pode admitir dentro de uma sociedade plural e democrática. (PELLEGRINELLO, 2014, p.194).

Um outro ponto que chama a atenção é a quantidade expressiva de pessoas nas filas de espera para admissão nas unidades de saúde e o tempo de espera para a realização do primeiro atendimento. Veja-se, por exemplo, a resposta apresentada pelo Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais: “Temos hoje 6008 casais cadastrados na nossa fila de espera para FIV, sendo que o último casal chamado esse ano foi o de número 3270, portanto temos 2738 casais na fila de espera para FIV. Conseguimos atender em médica

15 casais por mês, para FIV”. Já o Hospital Nossa Senhora da Conceição SA – Fêmeina (Porto Alegre/RS), afirma que: “A média de tempo para consultar na Unidade de Reprodução Humana através da Unidade Básica de Saúde é em torno de 3 anos”.

Com efeito, as unidades de saúde em questão adotam critérios diferenciados de admissão de pessoas em suas listas de espera e da disponibilização de tratamentos e técnicas médicas, agravando um pouco mais as desigualdades sociais existentes, vez que as pessoas, em alguns casos, não poderão sequer se inscrever para figurar nas listas de espera e acabam por ver suas esperanças de concretizar seu projeto reprodutivo se esvaírem de modo definitivo.

Neste contexto, contata-se que

[...] para essas pessoas que não são o público das clínicas privadas de reprodução assistida, os constrangimentos financeiros são apresentados como sendo a maior dificuldade. Nesse sentido, a descoberta da existência de um serviço que seria financiado pelo SUS passa a ser visto por essas pessoas como uma “luz no fim do túnel”. No entanto, vimos que essa luz dificilmente chega a se efetivar. Os obstáculos ao longo do caminho (preço dos remédios, recursos suplementares...) dificultam o êxito de um tratamento que possui, nas melhores das condições, uma probabilidade de dar certo estimada entre 15 e 20%. Além do mais, como foi narrado por profissionais do mesmo serviço, onde parte da pesquisa foi feita, não são “exatamente os pobres” que chegam até o serviço. Se chegam às primeiras etapas de investigação de possível infertilidade, são “peneirados” pelo próprio sistema em suas dificuldades de diversas ordens (NASCIMENTO, 2009, p.196).

Sendo assim, o que se pode observar é que ainda existe um grande vácuo entre o que está disposto na Constituição Federal de 1988 e nas normativas existentes sobre o assunto e a realidade. Apesar da instituição de uma política pública sobre o tema pela Portaria de Consolidação nº 02/2017 – que trouxe apenas algumas disposições genéricas sobre o assunto - e da previsão feita pela Portaria ministerial nº 3.149/2012 – que determinou o repasse de verba federal, em cota única a nove unidades de saúde por ela abrangidas -, o que se verifica é que ainda não existe uma legislação nacional sobre a reprodução assistida, sendo certo que tal política pública carece de regulamentação e de uma previsão orçamentária própria para a sua efetiva implementação.

Constata-se, na prática, que o acesso de pessoas inférteis às técnicas de reprodução assistida, por meio do SUS, ainda é limitado e insuficiente e apresenta diversos entraves, que devem ser corrigidos para que o acesso possa ser mais efetivo e mais abrangente, minorando as desigualdades sociais existentes e os impactos socioeconômicos advindos da inversão da pirâmide etária.

O corrente estudo, com o escopo de trazer proposições que possam contribuir positivamente para a realidade brasileira, passa a investigar, a seguir, o funcionamento da política pública implementada na Argentina, país da América Latina pioneiro na formação de legislação e política pública sobre a reprodução assistida.

3.5. REPRODUÇÃO ASSISTIDA NA AMÉRICA LATINA: A OPÇÃO PELO RECORTE ARGENTINO

Desde o nascimento de Louise Brown, o primeiro “bebê de proveta” do mundo, em 1978, as técnicas de reprodução assistida foram evoluindo e se propagando de forma acelerada, por meio dos mais diversos e modernos meios de comunicação. Atualmente, a medicina reprodutiva está presente em quase todos os continentes, inclusive em países não industrializados ou pobres. No entanto, apesar dessa globalização, o que se verifica é que os parâmetros legais, éticos e sociológicos variam entre os diversos países, assim como as principais causas de infertilidade que levam as pessoas a procurar por tais tratamentos médicos.

Com efeito, as características culturais, religiosas (mesmo em países laicos, como no caso do Brasil), econômicas, éticas e históricas, bem como as ideologias, tradições, usos e costumes de cada país exercem uma relevante influência na escolha dos temas que devem ser considerados como prioridade e incluídos na agenda governamental, bem como na decisão dos cidadãos em buscar, ou não, a superação da infertilidade através das técnicas de reprodução assistida (LEITE, 1995, p.266).

Como já explicitado, o acesso de pessoas às técnicas de reprodução assistida envolve os mais variados direitos, conhecidos internacionalmente e reconhecidos constitucionalmente, como liberdade, saúde e planejamento familiar, além de envolver questões fundamentais relacionadas à dignidade da pessoa. Por essa razão, vários países começam a se preocupar em regulamentar o tema, a fim de tentar efetivar os direitos fundamentais e humanos envolvidos.

Quando se pretende regulamentar o acesso às técnicas de reprodução assistida, um erro comum reside no fato de se tentar simplesmente importar a realidade de países ricos e desenvolvidos para os países em desenvolvimento da América Latina, o que serve muitas vezes de argumento para não levar adiante projetos de lei sobre o tema ou a formação e implementação de política pública que viabilize o acesso da camada mais pobre da população às técnicas de reprodução assistida.

O corrente estudo não objetiva fazer uma abordagem de todas as diferentes legislações sobre reprodução assistida já existentes em outros países, até porque fugiria ao propósito dessa pesquisa. Em vista disso, considerando o contexto econômico e regional ao qual o Brasil está inserido, a inegável influência religiosa que ainda permeia as questões de Estado e, em razão de já existirem na Argentina e no Uruguai, leis recentes e em vigor (Lei 26.862/2013 e Lei 19.167/2013, respectivamente) que tratam da reprodução assistida – exatamente o tema objeto desse estudo –, optou-se pelo recorte latino-americano, onde as realidades regionais, econômicas e religiosas são muito similares, inclusive as principais causas que levam à infertilidade.

Brasil e Argentina, dois países da América Latina que, apesar de possuírem dimensões continentais, número de habitantes e densidade demográfica completamente diferentes⁶, se apresentam em condições sociais, políticas e econômicas semelhantes, inclusive no que se refere ao Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*, segundo dados recentes, divulgados pelo Fundo Monetário Internacional (2018), motivo pela qual optou-se, na corrente investigação, pelo recorte argentino, com vistas a analisar de que forma e em que medida a experiência argentina é capaz de contribuir positivamente para a realidade brasileira.

A Argentina foi o primeiro país da América Latina a ter uma lei federal regulamentando a reprodução assistida. Porém, o caminho percorrido foi difícil e longo, sofrendo uma constante pressão da Igreja Católica e de grupos da sociedade civil, com intensos debates bioéticos e jurídicos, inclusive, acerca de quando se inicia a vida, culminando na necessidade de se regulamentar a reprodução assistida de modo específico.

A Constituição Nacional Argentina deixou textualizado desde o artigo 36 até o artigo 42 os novos direitos e garantias fundamentais de seus cidadãos. Da análise sistemática do texto constitucional argentino é possível se depreender que o direito de cada cidadão argentino à paternidade ou à maternidade e a formar uma família foi levado em consideração, em estreita conexão com a dignidade da pessoa e com os direitos à proteção da saúde, vida, liberdade, intimidade, igualdade e não discriminação, todos reconhecidos pela Constituição Nacional de 1995 e em diversos tratados internacionais de hierarquia constitucional – incorporados à Constituição Argentina, na forma do artigo 75, inciso 22 –, como a Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem e a Declaração Universal dos Direitos

⁶ Brasil: densidade demográfica 24.81 p/km²; população de 211.24 milhões e área de 8515770 km². Argentina: densidade demográfica 15.92 p/km²; população de 44.27 milhões e área de 2780400 km². (DENSIDADE, 2017).

Humanos, ambas de 1948; a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979; a Convenção sobre os Direitos da Criança, de 1990.

É necessário ressaltar que a Constituição Nacional Argentina de 1995, ao contrário da brasileira, não traz em seu texto de forma específica qualquer norma sobre a dignidade da pessoa ou sobre o direito ao planejamento familiar, fazendo menção expressa somente ao direito à proteção integral da família e à saúde⁷. Entretanto, todos esses direitos, mesmo os não expressos, têm a guarida do Estado, porque incorporados ao texto constitucional argentino por serem considerados direitos fundamentais e humanos.

Com efeito, existe uma inegável correlação entre os direitos à saúde e ao de constituir uma família, que inclui o direito de procriar. Nesse ponto, também não se pode negar a estreita ligação entre tais direitos e as técnicas de reprodução assistida. Nesse sentido, o direito ao acesso às técnicas de reprodução assistida foi incorporado ao Código Civil e Comercial da Nação Argentina, em seu artigo 1607, como fonte de filiação, com base no princípio da vontade de procriar e do direito de liberdade sobre o próprio corpo (PAZ, 2005, p.41). É possível afirmar, assim, que há um reconhecimento público da relevância desses direitos, em todas as suas vertentes.

Até 2013 a Argentina não tinha uma lei em nível nacional sobre o tema. As seguintes leis provinciais podem ser consideradas antecedentes legais na Argentina: Lei 11.028/1991, da província de Buenos Aires, sobre práticas médicas de fertilização assistida; a Lei 14.208/2010, da província de Buenos Aires, a primeira a reconhecer a infertilidade como patologia e a garantir cobertura abrangente para a realização de procedimentos médicos por meio de técnicas de reprodução assistida e, no mesmo sentido, a Lei 3.225/2011, da província de Santa Cruz. Essas duas leis provinciais foram as únicas sancionadas acerca do tema até a ulterior publicação da Lei Nacional nº 26.862/2013.

É importante consignar que o antecedente legal mais relevante foi o da Província de Buenos Aires que, considerando a relevância do direito ao planejamento familiar, na vertente assistência à concepção, sancionou e regulamentou a Lei Provincial nº 14.208/2010, pioneira em reconhecer a infertilidade como patologia e que assegurou o acesso de cidadãos (residentes nessa província) às técnicas de reprodução assistida obrigando – no âmbito da Província de Buenos Aires – o Estado e os planos de medicina de grupo a cobrirem os referidos tratamentos médicos.

⁷ Artigos 14 e 42, respectivamente, da Constituição Nacional Argentina.

No entanto, essa lei provincial era bastante restritiva e limitava o acesso aos tratamentos médicos apenas a casais (não considerava a família monoparental) e permitia somente a utilização de técnicas de fertilização *in vitro* homólogas, isto é, com o uso de gametas do próprio casal. Além disso, o decreto nº 2.980/2011, que regulamentava tal lei, determinava que a mulher deveria ter entre 30 (trinta) e 40 (quarenta) anos de idade para que pudesse se submeter aos tratamentos médicos de reprodução assistida.

Assim, sem olvidar a importância do impulso inicial dado pela Província de Buenos Aires em 2010, que intensificou os debates entre as autoridades públicas e a sociedade civil e trouxe à tona a necessidade de se reconhecer publicamente essa questão, é necessário que se avalie, também, a imprescindibilidade da formação de uma legislação nacional sobre o tema e de uma política pública abrangente capaz de assegurar a todos os cidadãos do país o acesso aos referidos tratamentos médicos.

A partir de 2011, projetos de lei que tinham como objetivo regular o uso e o acesso da população às técnicas de reprodução assistida entraram em discussão no Congresso Nacional da Argentina. Houve intensos debates, uma vez que os parlamentares divergiam sobre diversos aspectos do tema. A principal polêmica recaiu sobre dispositivos que determinavam que o Estado deveria oferecer cobertura integral para os tratamentos médicos de reprodução assistida como forma de efetivar direitos fundamentais. O primeiro esboço de uma política pública sobre o assunto delineava ações e programas estatais bem restritas, voltados apenas para casais heterossexuais inférteis (FARJI NEER, 2015, p.355).

Na Argentina, a utilização de um impulso inicial para a criação de uma legislação nacional específica sobre a reprodução assistida ocorreu a partir da influência de movimentos organizados pela sociedade civil, através de ações desenvolvidas pela Organização Não Governamental denominada *Sumate a dar vida*⁸, que reuniram as assinaturas necessárias e ensinaram, em 2013, a formação da Lei Nacional argentina nº 26.862 - específica sobre o tema -, que, com apenas doze artigos preconiza os principais pontos a seguir:

- a) Acesso gratuito aos procedimentos médicos para todos os cidadãos argentinos, sejam eles heterossexuais ou homossexuais, ou ainda pessoas solteiras, que tenham ou não algum problema de saúde.

⁸ A página na internet do movimento social *Summate a Dar Vida* pode ser encontrada no endereço: <http://sumateadarvida.blogspot.com>.

- b) O sistema de saúde pública oferece cobertura a todos os argentinos e a todos que comprovem residência definitiva no país. O único requisito previsto por lei é que o consentimento informado do paciente tenha sido explicitado.
- c) Não há menção de limites de idade para a mulher dar início aos tratamentos médicos;
- d) Em situação de reprodução assistida que requeira gametas ou embriões doados, esses deverão ser oriundos dos bancos de gametas ou embriões devidamente inscritos no Registro Federal de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde. A doação nunca poderá ter caráter lucrativo ou comercial;
- e) Estão incluídos na cobertura prevista em lei os serviços de preservação de gametas ou tecidos reprodutivos destinados àquelas pessoas, incluindo menores de 18 anos, que em caso de não poder passar por uma gestação por problemas de saúde ou tratamentos médicos, ou ainda intervenções cirúrgicas, possam evitar o comprometimento da capacidade de procriar.

Verifica-se que, a adoção de decisões politicamente relevantes, em que se incluem a criação e execução de leis que desenvolvem políticas públicas, foi impulsionada pela participação social, após a realização de intensos diálogos entre a sociedade civil e as autoridades públicas para a formação de soluções para o problema da infertilidade e para a realização da dignidade da pessoa.

Nesse sentido, observa-se que, comparada com a antiga lei da província de Buenos Aires, a nova lei nacional de reprodução assistida da Argentina - a lei nacional nº 26.862/2013 - é um projeto avançado e bastante inclusivo. Ensejou, na Argentina, a criação de uma política pública e de um programa nacional de reprodução assistida, possibilitando que todos os cidadãos do país, independentemente de estado civil, sexo ou idade ou comprovação da infertilidade, possam ter acesso, de forma gratuita e universal, aos tratamentos e técnicas médicas (de alta e baixa complexidade) que, por seu elevado custo, poucas pessoas podiam ter. A mencionada lei abrange, inclusive, novas técnicas e procedimentos que venham a ser desenvolvidos pela Medicina, desde que autorizados pelo Ministério da Saúde.

Assim, depreende-se que a intenção do legislador argentino foi expandir os direitos relacionados à saúde e ao planejamento familiar, concedendo maior inclusão social, estabelecendo o livre acesso aos benefícios da medicina reprodutiva a todas as pessoas maiores de idade e sem a exigência de requisitos discriminatórios relativos à orientação sexual ou ao estado civil das pessoas.

A lei nacional argentina, ao dispor sobre a garantia desses direitos e, ao impor em seu artigo 9º, que o Estado deverá fazer a alocação anual de verba orçamentária para o cumprimento dos objetivos legais, abre, portanto, um panorama de esperança para os cidadãos argentinos que antes se viam limitados pelas condições econômicas (Medina y González Magaña, 2013).

O texto normativo da Lei nacional 26.862/2013 está, assim, alinhado com o conceito de saúde reprodutiva estabelecido em diversos acordos internacionais e pela Organização Mundial da Saúde e no reconhecimento da infertilidade como patologia. A lei nacional conjuga perfeitamente o direito à privacidade com a autonomia reprodutiva de cada um, bem como o acesso a serviços de medicina reprodutiva com o direito à saúde e ao planejamento familiar em todas as suas vertentes. Até a publicação da referida lei nacional, o vácuo regulatório significava um grande prejuízo para a autonomia e a liberdade reprodutiva do cidadão (Medina y González Magaña, 2013).

Nesse diapasão, desde o advento da Lei nacional nº 26.862/2013, os prestadores de serviços públicos de saúde e os planos privados de saúde devem oferecer cobertura integral aos tratamentos médicos e medicamentos necessários para o cumprimento dos objetivos dessa lei, que contempla os direitos à paternidade ou maternidade e a constituir uma família (Otiñano Lucero, 2015).

Antes da publicação da Lei nacional 26.862/2013, as técnicas de reprodução assistida não eram reguladas e eram oferecidas por prestadores privados de saúde, que contavam com licenças expedidas por órgãos sanitários para funcionar como estabelecimentos ambulatoriais ou de alta complexidade, num modelo de funcionamento bem próximo ao que se encontra hoje no Brasil. As técnicas de reprodução assistida de baixa complexidade, por sua vez, eram oferecidas por prestadores públicos de saúde. As técnicas médicas reprodutivas eram, em geral, financiadas pelo setor privado, com exceção de algumas províncias como Buenos Aires, Córdoba, San Luis e Santa Cruz, que com leis locais, se anteciparam ao regular o atendimento de prestadores públicos ou financiamento pela previdência social (MADIES, 2013, p.89).

De acordo com o Decreto Nacional 956/2013, que regulamentou a Lei Nacional nº 26.862, uma pessoa poderá ter acesso a um máximo de quatro tratamentos anuais de reprodução assistida de baixa complexidade, e até três tratamentos de alta complexidade, com intervalo mínimo de três meses entre cada um, devendo começar com técnicas de baixa complexidade antes da utilização das técnicas mais complexas. Para que sejam executadas as técnicas mais complexas, devem ser atendidas pelo menos três tentativas anteriores com baixa

complexidade técnica, a menos que por razões médicas, devidamente documentadas, justifiquem o uso direto de técnicas mais complexas.

A Lei nacional argentina traz ainda diversos pontos positivos em seu texto, como a promoção de campanhas de informação relacionadas aos cuidados da fertilidade (artigo 6º, “c”); fomentar a formação e capacitação contínua de recursos humanos especializados (artigo 6º, “d”), bem como o registro único de instituições de saúde autorizadas a realizar as técnicas de reprodução assistida (artigo 4º), o que parece ter o intuito de facilitar a supervisão estatal e favorecer a melhoria dos serviços oferecidos à população.

As unidades de saúde são aptas à realização de procedimentos relativos à reprodução assistida após receberem o registro e autorização das autoridades públicas argentinas. Nesse sentido, após consulta ao sítio eletrônico do governo federal argentino, verifica-se que existem, hoje, 131 (cento e trinta e um) estabelecimentos de saúde (públicos e privados) habilitados para a realização dos tratamentos médicos de reprodução assistida, conforme lista criada em 01 de outubro de 2018, pelo Sistema Integrado de Informação Sanitária da Argentina (ARGENTINA, 2018).

A publicação da referida lista contendo os centros de referência habilitados a oferecer os tratamentos médicos tem o condão de melhorar o conhecimento da população sobre a existência e a localização dos centros de saúde registrados no Sistema Integrado de Informação Sanitária da Argentina. Com isso, possibilita-se maior transparência e um melhor acesso das pessoas às técnicas de reprodução assistida. Favorece, também, a melhora da qualidade dos serviços oferecidos, ante a concorrência entre as instituições de saúde.

Embora se aplique em todo o território argentino e tenha caráter de ordem pública, o artigo 10 da Lei Nacional nº 26.862/2013 “convida” todas as 24 (vinte e quatro) províncias, incluindo a Cidade Autônoma de Buenos Aires a sancionar, no âmbito de suas competências, as normas correspondentes. Assim, cada localidade do país tem autonomia administrativa para regulamentar, de forma específica, a implementação da Lei Nacional nº 26.862 em seu território, levando em consideração a sua situação atual e os recursos humanos e físicos disponíveis.

O Estado argentino ao publicar a Lei nacional nº 26.862/2013 repara uma situação aonde se refletia uma desigualdade social, eis que, antes do advento da mesma, somente as pessoas com boas condições financeiras podiam arcar com os elevados custos do tratamento médico de reprodução assistida e tinham, assim, a possibilidade de realizar o sonho de ter um filho. Com a nova lei, os tratamentos médicos passam a estar incluídos no Programa Médico

Obrigatório (ou seja, a oferta de uma gama comum de serviços médico-hospitalares, subsidiados pelo Estado), e devem ser cobertos integralmente pelas companhias de medicina de grupo, pelas obras sociais e hospitais públicos (COSTA JUNIOR, 2016, p.265).

Considerando o sistema de saúde como um todo, a lei nacional argentina representa um grande desafio aos gestores públicos que devem, ao mesmo tempo, garantir à população uma boa cobertura desses serviços médicos de reprodução assistida por um lado, bem como a adequada alocação de recursos financeiros (geralmente escassos) e a priorização de necessidades de saúde em geral, por outro (PESCE; PERMAN, 2013, p.42).

O reconhecimento público da infertilidade como doença e a necessidade de se garantir efetivamente direitos fundamentais, como saúde reprodutiva e planejamento familiar, se consolidou na Argentina como base essencial do desenvolvimento individual e social. No entanto, na realidade, a Lei nacional 26.862/2013 parece ainda carecer de ajustes, não se podendo olvidar a existência de dificuldades práticas em realizar os objetivos legais.

Observa-se, por exemplo, que, o Decreto Nacional 956/2013 - que regulamentou a Lei Nacional nº 26.862 -, possui apenas onze artigos, dando margem a lacunas e suscitando dúvidas, justamente porque o Direito não acompanha todas as inovações técnicas e científicas da Medicina, o que inviabiliza, por certo, a previsão legal de todas as hipóteses reais possíveis. Ainda que tenha sido um grande avanço, a lei nacional requer uma regulamentação mais precisa sobre alguns pontos – como a necessidade de acreditação dos centros de saúde autorizados para que se tenha uma qualidade na atenção, o destino de embriões excedentes congelados e campanhas de prevenção e conscientização sobre saúde reprodutiva - para que realmente possa alcançar toda a sociedade e melhor o acesso das pessoas que perseguem o sonho da maternidade/paternidade.

Certo é que, a lei argentina não abrange todas as hipóteses possíveis em reprodução assistida e, na prática, ao que parece, as lacunas normativas vem servindo para que os prestadores de saúde tentem eximir-se de algumas obrigações, não realizando os objetivos constitucionais e legais ao não oferecer, por exemplo, a cobertura integral dos medicamentos, realizando a cobertura da doação de ovócitos, mas não dos medicamentos envolvidos no procedimento, a não cobertura para a pessoa doadora de gametas e a não cobertura do diagnóstico médico pré-implantação de embrião.

Fato é que, apesar da vigência de uma lei nacional sobre o tema, esse quadro acima descrito, com diversas lacunas normativas, vem ensejando a propositura de muitas ações judiciais para que os direitos fundamentais envolvidos sejam, de fato, concretizados. Embora

a judicialização do assunto não seja o objeto da corrente pesquisa, pode-se afirmar, por oportuno, que a jurisprudência argentina tem, na maioria dos casos, proferido decisões favoráveis aos cidadãos, em atenção aos seus preceitos constitucionais, obrigando os prestadores de saúde a cobrir integralmente os tratamentos médicos, na forma preconizada pela Lei nacional (ANALIA, 2016, p.103).

Outro problema prático que se verifica é o de pessoas que se deparam com limitações na hora de eleger a unidade de saúde onde irão realizar o tratamento médico, já que devem fazê-lo onde sua obra social ou convênio de saúde indique, e não no local que lhe seja mais acessível ou conveniente. Veja-se que, em tratamentos desse tipo, que ensejam grandes expectativas e uma grande carga emocional e que requer uma empatia mínima entre o paciente e seu médico, isso se revela um problema. A importância que tem para o paciente a livre escolha de um centro de saúde e de um profissional de saúde acarreta uma melhor aderência do paciente ao tratamento e otimiza não só os recursos financeiros, como também os resultados esperados (COSTA JUNIOR, 2016, p. 271).

Após a publicação da Lei nacional nº 26.862/2013, observou-se um aumento significativo na quantidade de pessoas solicitando os tratamentos de reprodução assistida. Entretanto, muitos ainda encontram dificuldades com seguros de saúde, que muitas vezes colocam empecilhos para a cobertura integral dos tratamentos médicos requeridos. Outro ponto a se considerar, é que o sistema público de saúde ainda não está totalmente estruturado para arcar com os custos necessários à realização de todos os procedimentos relativos à reprodução assistida (COSTA JUNIOR, 2016, p. 273).

O que se constata é a existência de uma lei nacional ampla e inclusiva sobre reprodução assistida na Argentina, concebida com a melhor das intenções, mas que ainda apresenta algumas limitações práticas e que carece de ajustes. A referida lei é inovadora e moderna em diversos aspectos, tendo inclusive disposição expressa acerca de dotação orçamentária anual específica para o cumprimento dos objetivos legais. A lei nacional, nesse passo, deu ensejo à criação de um programa nacional com vistas a conferir um melhor acesso da população argentina às técnicas de reprodução assistida.

No entanto, dadas as limitações orçamentárias e estruturais do sistema de saúde e, considerando que a acessibilidade aos serviços, a qualidade e os custos em saúde formam uma tríade indissociável que não pode ser ignorada, o que se indaga é como implementar de forma eficiente essa política pública tão relevante em um sistema fragmentado e subfinanciado. É imprescindível, portanto, que se considere a relação existente entre o acesso, a qualidade e os

custos da saúde, com vistas a garantir uma forma genuína de financiamento da política pública em questão, sem tirar recursos de outras temas fundamentais, evitando que o sistema se autorregule, em prejuízo, de um desses pilares. A grande dificuldade é, portanto, conciliar todos os interesses (públicos e privados) envolvidos, para que seja possível um acesso equitativo e de qualidade à população e que se alcance um consenso social e uma aceitação dos novos tipos de família e valores. (COSTA JUNIOR, 2016, p.272).

O impasse enfrentado atualmente pelos argentinos ocorrerá, sem dúvidas, no Brasil, caso uma lei nacional sobre reprodução assistida seja publicada, vez que a dificuldade será justamente encontrar o ponto de equilíbrio para a prestação de um serviço de saúde acessível à população, que tenha qualidade e que esteja de acordo com o orçamento previsto. Em nosso país, de dimensões continentais, encontrar uma solução viável que evite ao máximo a judicialização da questão será muito mais desafiador.

Assim, o corrente trabalho fará, no capítulo que se segue, proposições para um melhor acesso da população às técnicas de reprodução assistida, partindo do pressuposto essencial de se reconhecer publicamente a infertilidade como doença e como problema de saúde pública a ser enfrentada pelos gestores públicos, na medida em que se deve encontrar meios de se efetivar os direitos fundamentais envolvidos e a dignidade da pessoa previstos não só na Constituição Federal de 1988, mas em diversos acordos internacionais assinados pelo Brasil e, ao mesmo tempo, tentar minorar os aspectos socioeconômicos decorrentes de uma população cada vez mais envelhecida.

4. A CONSTRUÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICA PÚBLICA BRASILEIRA A PARTIR DA EXPERIÊNCIA ARGENTINA COMO FORMA DE REALIZAÇÃO DA DIGNIDADE DA PESSOA E CONCRETIZAÇÃO DE DIREITOS FUNDAMENTAIS

O corrente capítulo tem como objetivo trazer propostas para que as técnicas de reprodução assistida possam estar mais acessíveis às pessoas que necessitam de tratamentos médicos para a superação da infertilidade e concretização de seus direitos fundamentais constitucionais e, concomitantemente, minorar os efeitos sociais e econômicos advindos do processo de transição demográfica já em transcurso no Brasil.

Nesse contexto, a primeira seção do capítulo abordará como é necessário que os seguros e as operadoras de planos de saúde ofereçam cobertura obrigatória para os tratamentos médicos relacionados à reprodução assistida. Assim, seria possível corrigir a distorção atualmente existente no sistema de saúde brasileiro, em que tais tratamentos de saúde são cobertos, mesmo que precariamente, pelo sistema único de saúde, mas não pelos serviços de saúde suplementar.

Em seguida, na segunda seção, o estudo abordará a importância da formação e implementação de políticas públicas a partir dos movimentos sociais organizados pela sociedade civil, como ocorreu no caso da Argentina, em um modelo que prestigia o constitucionalismo, através da proteção de direitos e, a democracia, mediante a participação popular.

Na terceira e última seção, o estudo discorrerá sobre as propostas de concretização de uma política pública de reprodução assistida no Brasil, ressaltando a relevância de se pensar não somente nos custos e benefícios imediatos da implementação de tal política pública, mas também no fato de se tratar de um investimento de longo prazo que poderá evitar diversos impactos sociais e econômicos de uma população que envelhece progressivamente.

4.1. ABSORÇÃO DE PARTE DA DEMANDA PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Analisado o panorama legislativo brasileiro referente à reprodução assistida, a pesquisa encaminha-se à proposição de alternativas para a efetiva garantia de acesso aos tratamentos e técnicas de reprodução assistida a toda a população, com a consequente garantia dos direitos fundamentais à saúde reprodutiva e ao planejamento familiar, inerentes à

dignidade humana, perpassando pela necessidade de atuação efetiva de grupos da sociedade civil organizada para a criação de uma política pública eficaz sobre a reprodução assistida.

No entanto, antes de atingir o almejado atendimento às demandas de pessoas inférteis na rede pública de saúde, é preciso verificar medidas de minoração dos impactos no SUS com a adoção de novas tecnologias e medicamentos, sobretudo com a exigência de cobertura em planos e seguros de saúde.

Nesse contexto, é oportuno salientar que o artigo 199 da Constituição Federal autoriza a livre iniciativa privada na assistência à saúde, sendo certo que nas últimas décadas os serviços suplementares de saúde tiveram enorme expansão no Brasil, passando a cobrir milhões de brasileiros (VENTURA, 2009, p.67-69). Entretanto, a cobertura limitada oferecida nos planos e seguros de saúde, no que se refere aos serviços de saúde reprodutiva e reprodução assistida, leva os usuários desses serviços a procurarem os serviços de saúde do SUS, aumentando ainda mais a demanda na rede pública.

De fato, o que se constata hoje é que as entidades privadas de saúde complementar negam aos seus usuários a cobertura de atendimento no que se refere aos tratamentos de reprodução assistida, tendo como amparo o disposto no inciso III do artigo 10 da Lei Federal nº 9.656/98 – que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde – que possui o seguinte teor:

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

[...]

III - inseminação artificial;

A Resolução nº 428 de 2017 da Agência Nacional de Saúde (ANS) - que define o rol de eventos e procedimentos e eventos em saúde, que compõem a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde - segue a mesma linha de raciocínio (equivocada) da Lei dos Planos de Saúde, ao dispor, em seu artigo 20, que:

Art. 20. A cobertura assistencial de que trata o plano-referência compreende todos os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos e os atendimentos de

urgência e emergência, na forma estabelecida no art. 10 da Lei nº 9.656, de 1998.

§ 1º São permitidas as seguintes exclusões assistenciais:

[...]

III - 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;

Nota-se que há uma confusão conceitual nos dispositivos transcritos, sendo tratadas como sinônimos a inseminação artificial e a reprodução assistida, sendo, entretanto, procedimentos completamente distintos, inclusive no que tange a sua eficácia, conforme já analisado no Capítulo 2 deste trabalho. Observa-se que através desse ato normativo, a ANS permite o afastamento de cobertura de quaisquer procedimentos de reprodução assistida, e não somente da inseminação artificial.

Certo é que, os mencionados dispositivos constituem clara e expressa violação não só à Constituição Federal, mas também ao disposto no artigo 35- C, *caput* e inciso III, da Lei Federal nº 9.656/98, que traz como obrigatória a cobertura pelos operadores de planos de saúde dos serviços e ações de planejamento familiar. Veja-se:

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

[...]

III - de planejamento familiar.

Observe-se que, a própria Lei Federal nº 9.656/98 – que rege os planos e seguros privados de saúde – parece possuir uma clara antinomia, ou seja, dispositivos que se contrapõem e chegam a conclusões diametralmente opostas: ao mesmo tempo que o artigo 10, inciso III, exclui a inseminação artificial do rol de eventos a serem cobertos pelos planos e seguros privados, o artigo 35- C, *caput* e inciso III prevê a cobertura obrigatória para as ações relativas ao planejamento familiar.

Oportuno repisar que o direito fundamental ao planejamento familiar se caracteriza, conforme preconiza o artigo 3º, *caput*, da Lei Federal nº 9.263/96 – que regulamenta o artigo 226, §7º da Constituição Federal de 1988, que trata do tema - como parte integrante do conjunto de ações de atenção à pessoa, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde. Nesse panorama está inserida tanto a assistência à concepção quanto à contracepção,

nos exatos termos do artigo 3º, parágrafo único, inciso I da mencionada lei federal de planejamento familiar.

Apesar de não ser o foco do corrente estudo, é oportuno destacar que a jurisprudência pátria, sem qualquer aprofundamento sobre o tema, viola, de forma reiterada, as disposições contidas na Constituição Federal de 1988 e endossa os equívocos conceituais contidos tanto no artigo 10, III da Lei dos Planos de Saúde, como na Resolução nº 428 de 2017 da ANS, afirmando a desnecessidade de cobertura obrigatória pelas operadoras de planos de saúde de todo e qualquer tratamento médico de reprodução assistida relacionados à saúde reprodutiva e ao planejamento familiar.

Nesse sentido, confira-se a ementa do Recurso Especial nº 1795867, proferido recentemente, por decisão unânime da Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça (STJ), publicado em 04 de abril de 2019, cuja relatora foi a Ministra Nancy Andrighi, com grifos nossos⁹:

RECURSO ESPECIAL. DIREITO DA SAÚDE SUPLEMENTAR. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. INFERTILIDADE. PLANEJAMENTO FAMILIAR. INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL. EXCLUSÃO DE COBERTURA. ABUSIVIDADE. NÃO CONFIGURADA. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. RESOLUÇÕES NORMATIVAS. FUNDAMENTO NA LEI 9.656/98 - LEI DOS PLANOS DE SAÚDE - LPS.

1. Ação ajuizada em 29/11/16. Recurso especial interposto em 31/07/18 e concluso ao gabinete em 21/02/19.

2. O propósito recursal é definir se a inseminação artificial por meio da técnica de fertilização in vitro deve ser custeada por plano de saúde.

3. A Lei 9.656/98 (LPS) dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde e estabelece as exigências mínimas de oferta aos consumidores (art. 12), as exceções (art. 10) e as hipóteses obrigatórias de cobertura do atendimento (art. 35-C).

4. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com a autorização prevista no art. 10, §4º, da LPS, é o órgão responsável por definir a amplitude das coberturas do plano-referência de assistência à saúde.

5. A Resolução Normativa 387/2015 da ANS, aplicável à hipótese concreta, define planejamento familiar como o “conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal” (art. 8º, I).

⁹ Essa conclusão foi consolidada no âmbito da Terceira Turma do STJ, por meio do julgamento do Recurso Especial nº 1590221/DF, publicado no DJe em 13/11/2017 e do Recurso Especial nº 1692179/SP, publicado no DJe em 15/12/2017 e tem se reiterado no julgamento de outros recursos sobre a matéria.

6. Aos consumidores estão assegurados, quanto à atenção em planejamento familiar, o acesso aos métodos e técnicas para a concepção e a contracepção, o acompanhamento de profissional habilitado (v.g. ginecologistas, obstetras, urologistas), a realização de exames clínicos e laboratoriais, os atendimentos de urgência e de emergência, inclusive a utilização de recursos comportamentais, medicamentosos ou cirúrgicos, reversíveis e irreversíveis em matéria reprodutiva.

7. A limitação da lei quanto à inseminação artificial (art. 10, III, LPS) apenas representa uma exceção à regra geral de atendimento obrigatório em casos que envolvem o planejamento familiar (art. 35-C, III, LPS). Não há, portanto, abusividade na cláusula contratual de exclusão de cobertura de inseminação artificial, o que tem respaldo na LPS e na RN 387/2015 (BRASIL, 2019).

De acordo com o julgado em questão, a Terceira Turma do STJ entende que a fertilização *in vitro* (pretensão postulada pela parte recorrida) consiste em um procedimento artificial expressamente excluído do plano de assistência à saúde, conforme fixado pelo artigo 10, inciso III, da Lei 9.656/1998 (Lei dos Planos de Saúde) e pela Resolução 387/2015 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigente à época dos fatos. Observe-se que, por desconhecimento técnico acerca do assunto, se valem dessa confusão conceitual para negar todos os procedimentos de reprodução assistida, ainda que o artigo 10, III, da Lei de Planos de Saúde faça referência tão somente à inseminação artificial que, como já visto, representa apenas um dos diversos procedimentos médicos de reprodução assistida.

Por consequência, no inteiro teor do acórdão acima referido, afirma-se, de modo equivocado ao nosso ver, que: “A limitação da lei quanto à inseminação artificial apenas representa uma exceção à regra geral de atendimento obrigatório em casos que envolvem o planejamento familiar, na modalidade concepção”. Ora, se assim fosse, apenas a inseminação artificial, como modalidade de procedimento de reprodução assistida, deveria estar excluída da cobertura obrigatória dos planos e seguros de saúde, sendo, *a contrario sensu*, obrigatórios todos os demais procedimentos de reprodução assistida, como a fertilização *in vitro*. No entanto, devido a tamanha confusão conceitual que perpassa o tema, não é isso o que ocorre na prática dos tribunais brasileiros, sendo corriqueiras as decisões que eximem os planos e seguros privados de saúde de cobrir todo e qualquer procedimento de reprodução assistida.

Note-se que o Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro (TJRJ) vem adotando, de forma reiterada, o mesmo posicionamento defendido pelo STJ. Confira-se, a seguir, a título de exemplo, a ementa da Apelação nº 0173933-16.2017.8.19.0001, de relatoria da Desembargadora Natácha Nascimento Gomes Tostes Gonçalves De Oliveira, da 26ª Câmara Cível, julgado em 14 de dezembro de 2017, com grifos nossos:

Apelação. **Negativa do Plano de Saúde em arcar com a fertilização in vitro.** Autora com 37 anos de idade e portadora de endometriose profunda. Sentença de improcedência. Apelo da parte autora. Manutenção da sentença. **A patologia apresentada pela autora não traz risco à sua saúde** ou à sua vida. Em que pese o desejo de a parte autora querer engravidar o procedimento de fertilização in vitro não se encontra dentre os de cobertura obrigatória. Exclusão contratual válida. **A Lei dos Planos de Saúde (Lei n° 9.656/98), ao tratar sobre o tema, dispôs expressamente quanto à possibilidade de exclusão da cobertura para inseminação artificial no art. 10, III, 3. A previsão contida no art. 35-C, III, da aludida Lei no que tange à cobertura para o planejamento familiar não alberga a hipótese de inseminação artificial,** porque o parágrafo único daquele dispositivo prevê a necessidade de observância das normas regulamentares da ANS, que no exercício de seu poder normativo, editou a Resolução Normativa RN 387/2015, a qual no art. 8º, caput, estabeleceu que a cobertura para o planejamento familiar se restringe às atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico nela previstos, possibilitando a exclusão para inseminação artificial no seu art. 20, §1º, III, **não havendo, portanto, qualquer antinomia na Lei n. 9656/98. RECURSO DESPROVIDO (BRASIL, 2017).**

Depreende-se da leitura das referidas ementas que os próprios operadores do Direito, por evidente desconhecimento técnico sobre o assunto, confundem os conceitos básicos inerentes à reprodução assistida, tratando a inseminação artificial (procedimento de baixa complexidade) e a fertilização *in vitro* (procedimento de alta complexidade) como se fossem a exata mesma espécie de técnica médica, o que não corresponde à realidade. Na verdade, são procedimentos que não devem ser confundidos, vez que requerem técnicas médicas diferenciadas e são indicados de acordo com o quadro clínico apresentado individualmente por cada paciente.

Diante desse panorama, o que se verifica é o surgimento de uma distorção evidente no sistema de atenção à saúde, vez que a reprodução assistida é um dos poucos tratamentos de saúde (se não o único) coberto (mesmo que de forma insuficiente) pelo SUS, mas não pelos planos e seguros privados de saúde, conforme julgados reiterados dos tribunais brasileiros.

Assim, como forma de solucionar, ao menos parcialmente, a questão do acesso da população infértil aos serviços médicos adequados, propõe-se que os tratamentos de reprodução assistida sejam absorvidos, primeiramente, por entidades privadas de saúde suplementar, com a inclusão, em lei e por Resolução da ANS, dos tratamentos referidos no rol de procedimentos obrigatórios a serem cobertos por planos e seguros privados de saúde, em atenção ao disposto na Constituição Federal de 1988; no artigo 3º, parágrafo único, III, da lei federal que trata do planejamento familiar e no artigo 35-C, *caput* e inciso III, da Lei Federal n° 9.656/98 – que rege as operadoras de planos e seguros privados de saúde.

Por certo, a inclusão desses procedimentos é capaz de gerar impactos financeiros, elevando o custo em mensalidades dos planos e seguros privados de saúde. Contudo, esse aumento de custos não constitui razão suficiente para a simples negativa de cobertura de procedimentos de reprodução assistida, inerentes à saúde e ao planejamento familiar, por consequência, à dignidade da pessoa, devendo ser buscadas alternativas para a redução de despesas.

De fato, é possível que a negociação entre operadoras de planos e seguros de saúde com as clínicas privadas especializadas em reprodução assistida resulte no interesse em realizar o tratamento de pessoas inférteis, sendo capaz de reduzir os custos envolvidos, tais como honorários médicos e materiais, considerando a perspectiva de aumento no número de atendimentos e consequente aumento no ingresso de receitas a longo prazo.

Outrossim, nada impede que sejam construídas modalidades de planos privados de saúde de valor reduzido que não ofereçam cobertura aos procedimentos de reprodução assistida (como já existem nos casos de não cobertura para partos e obstetrícia), cabendo a cada consumidor, levando em consideração seus projetos de vida, aderir à modalidade de contratação que lhe parecer mais conveniente. Ademais, é possível definir critérios para o fornecimento da cobertura aos tratamentos médicos, com a finalidade de reduzir gastos. Tais critérios, entretanto, devem ser bem avaliados pela ANS, para que as restrições aplicadas pelas operadoras de planos e seguros de saúde não sejam tão severas a ponto de significar, na prática, a negativa de cobertura aos tratamentos em questão.

Dessa forma, com a absorção de considerável número de pacientes pela rede privada de saúde, seria possível reduzir a demanda que recai sobre SUS, possibilitando um acesso mais abrangente e inclusivo às pessoas inférteis que não possuem condições de arcar com os custos de tratamento médico particular, e que também não são usuárias dos planos e seguradoras de saúde suplementar.

Entretanto, deve-se atentar para que exista, de fato, um atendimento no âmbito da rede pública. A garantia de acesso a técnicas de reprodução assistida apenas àqueles que dispõem de recursos financeiros para arcar com os custos de manutenção de planos e seguros privados de saúde, gera questionamentos sobre uma possível eugenia social, em que são propiciadas condições para a realização do planejamento familiar, em seu aspecto da concepção, apenas àqueles que apresentem melhores condições financeiras.

Nesse contexto, é necessário que os avanços da ciência sejam guiados por normas legais e éticas, de modo a evitar a defesa de ideais elitistas que violam a dignidade humana, com a falsa justificativa de melhoramento de técnicas de reprodução assistida (SIQUEIRA; CURTI, 2018, p. 253).

Acerca do possível agravamento de desigualdades pela ausência de ações do Estado no campo da reprodução assistida, Bianca Alfano (2014, p.41) observou em sua tese de doutorado que:

A “falta de interesse político” para a questão relaciona-se à persistência de normas de reprodução social e normas de gênero, que definem quem pode e quem não pode procriar. A falta de políticas públicas relacionadas ao tratamento da infertilidade e do acesso às tecnologias reprodutivas nos serviços públicos de saúde representa uma reafirmação de normas excludentes de reprodução social.

Discursos higienistas ainda persistem nas práticas de saúde e, no serviço público, que atende prioritariamente uma camada mais desfavorecida econômica e socialmente da população, são encontrados sem muito esforço exemplos de falta de acesso a um direito reprodutivo. No caso da reprodução assistida, mulheres e casais pobres são penalizados quando necessitam de IUI, FIV e ICSI, pois não têm condições econômicas para tentar um tratamento particular e não encontram recursos, nem tecnológicos, nem humanos, nos serviços públicos de saúde (ALFANO, 2014, p. 41).

Para superação dessa distorção social, é imprescindível a criação e implementação de uma política pública efetiva sobre o tema, assegurando que todas as pessoas realizem seus direitos fundamentais à saúde e ao planejamento familiar, independentemente da posição social que ocupe. Tal política, no entanto, deve adotar critérios justos e isonômicos para o acesso aos serviços públicos de saúde, sem restrições excessivas ou desproporcionais, como atualmente ocorre na rede pública, conforme ressaltado no capítulo anterior, evitando, assim, a reprodução de desigualdades ou de um padrão familiar pré-estabelecido e predominante, de modo que sejam atendidas todas as modalidades de entidades familiares.

Como já ressaltado nessa pesquisa, estima-se que cerca de oito milhões de pessoas no Brasil são acometidas pela infertilidade. Apenas a título comparativo, tem-se que o número de brasileiros acometidos com o transtorno do espectro do autismo (TEA) gira em torno de dois milhões, segundo dados do CDC (*Center of Diseases Control and Prevention*), órgão ligado ao governo dos Estados Unidos (OLIVEIRA, 2018). Trata-se de enfermidade que, apesar de acometer um quantitativo bem menor de pessoas, parece chamar mais a atenção da sociedade civil e dos gestores públicos, já havendo inclusive a inserção do tema na agenda

governamental, que resultou em uma política nacional instituída através da Lei Federal nº 12.764/2012.

Assim, considerando que quase 70% da população total do Brasil não possui planos ou seguros de saúde (Bocchini, 2018), é razoável afirmar que uma quantidade expressiva de brasileiros dependeria de uma política pública de reprodução assistida para a concretização de seus projetos de vida. Nessa esteira, será avaliado na seção seguinte o instrumental necessário para a efetiva construção e implementação dessa tão relevante política pública.

4.2. DO PROCESSO DE FORMAÇÃO DE UMA POLÍTICA PÚBLICA EFETIVA SOBRE REPRODUÇÃO ASSISTIDA E A RELEVÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Conforme registrado no Capítulo 3 dessa pesquisa, a Portaria de Consolidação nº 2/2017 do Ministério da Saúde, incorporou as disposições da já revogada Portaria nº 426/2005, delineou, de modo superficial, uma Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida. Todavia, embora haja uma inclusão formal na agenda governamental, não parece existir, na prática, uma política pública efetiva sobre o tema.

O artigo 2º da mencionada Portaria ministerial disciplina que a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida será implantada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde. Com vistas a concretizar a assistência à Saúde Reprodutiva, o artigo 6º da Portaria de Consolidação nº 2/2017 determina que “A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), isoladamente ou em conjunto com outras Secretarias do Ministério da Saúde, adotará todas as providências necessárias à plena estruturação da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida”.

Todavia, a estruturação e regulamentação da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida nunca chegou a ser realizada, como informado pelo próprio Ministério da Saúde (Anexo 2), por razões financeiras e operacionais. Portanto, o que se observa é que, não obstante o elevado número de pessoas acometidas pela infertilidade e o reconhecimento público do problema, ainda de modo apenas formal, por ato normativo federal, não há uma resposta adequada do Poder Público para o problema.

Uma Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida requer, para sua eficácia, a regulamentação específica de ações e responsabilidades dos entes

federados, definição de protocolos de atendimento, incorporação de medicamentos e tecnologias, entre outras medidas. Entretanto, não há sequer, conforme informação prestada pelo próprio Ministério da Saúde (Anexo 2) a submissão dos procedimentos e medicamentos específicos para avaliação junto à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC), para sua incorporação no Sistema Único de Saúde, o que revela a completa inércia dos agentes públicos quanto ao tema.

O que se observa é que o planejamento familiar, no seu aspecto da procriação, é tratado na rede pública de saúde de modo circunstancial, sendo concretizada de modo restrito e insuficiente por convênios entre Municípios e Estados da Federação, muitas vezes relegado à vontade política temporária, sem qualquer atuação relevante por parte do ente público federal.

No Estado do Rio de Janeiro, a título de exemplo, não há qualquer menção à assistência ao planejamento familiar através da reprodução assistida no Plano Diretor de Regionalização (PRD) para as ações de saúde desenvolvidas no Estado, embora haja determinação expressa no artigo 3º, §2º, da Portaria de Consolidação nº 2/2017, para a inclusão do tema nos PRDs.

Como destaca Bianca Alfano (2014, p. 83), no Rio de Janeiro os serviços públicos de reprodução assistida, fornecidos pelo Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro e o Ambulatório de Infertilidade do Hospital Pedro Ernesto, vinculado à Universidade do Estado do Rio de Janeiro, limitam-se a atendimentos de baixa complexidade, com a realização de exames simples. As referidas unidades apenas foram instituídas mediante interesses e esforços individuais de profissionais que trabalham na rede pública de saúde, com ou sem o apoio dos gestores públicos, não sendo fornecido qualquer apoio direto com recursos financeiros do SUS, mas apenas pelo auxílio do orçamento participativo das Universidades às quais às unidades de saúde estão vinculadas.

Para que uma política pública em reprodução assistida seja eficiente é necessário, por exemplo, que sejam definidos ao menos a população atendida, a cobertura fornecida, o nível de complexidade dos serviços médicos oferecidos, os protocolos para diagnósticos e tratamentos da infertilidade, distribuição geográfica e quantitativo de serviços (ALFANO, 2014, p. 57), entre outros elementos.

Oportuno salientar que a realização de procedimentos de reprodução assistida demanda, além de conhecimentos especializados, estruturas específicas, como equipamentos

de criopreservação e de manipulação de gametas. Esses recursos somente serão incluídos nos serviços públicos de saúde mediante a estruturação e organização das ações e responsabilidades dos entes federados, de modo que a falta de sistematização equivale à negação (inconstitucional) do serviço, criando embaraços, ainda na hipótese de existir determinação judicial para a realização dos procedimentos médicos.

O tratamento público da infertilidade parece ser acometido pelo tabu, pela invisibilidade e pelo preconceito existente no imaginário social, de modo que a relevância do tema fica obscurecida pela ausência de conversação sobre a patologia e sobre os respectivos meios de tratamento, para manutenção da saúde reprodutiva, como se a reivindicação de ações nesse setor significasse a assunção de estereótipos sociais de inferioridade ou deficiência (ALFANO, 2014, p. 152).

É necessário, portanto, a superação do silêncio; que haja um engajamento da sociedade civil organizada para que o assunto seja tratado com o comprometimento necessário, como problema de saúde que afeta direta e indiretamente inúmeras pessoas, especialmente se considerados os efeitos negativos de uma população envelhecida, como destacado no Capítulo 1 dessa pesquisa. Para que a reprodução assistida chegue a ocupar o devido espaço na agenda pública, deve-se ressaltar que “o que diferencia a alta e a baixa prioridade não é a formulação de políticas, mas sim as disputas mais afloradas, as mobilizações e monitoramento mais intenso no temas ditos prioritários, ganhando mais visibilidade” (ALFANO, 2014, p. 87).

Para a superação do silêncio e pretensa invisibilidade de que se revestem os problemas de fertilidade, e efetivo fornecimento de atenção integral em reprodução assistida no SUS, o passo inicial poderia consistir na formação e organização de movimentos sociais e grupos de pressão, oriundos da sociedade civil organizada, capazes de influenciar a criação e implementação efetiva de uma política pública. Além disso, as medidas a serem adotadas por esses movimentos devem encontrar consonância com os conhecimentos científicos existentes, de modo que é preciso unir as práticas cotidianas de saúde com a atuação social.

Conforme ressaltado por Scherer-Warren (2008, p. 506),

[...] quando necessidades materiais transformam-se em representações simbólicas de carências de determinados grupos e, conseqüentemente, eles constroem pautas políticas reivindicatórias ou para a transformação social dessa situação, temos o nascimento de uma ação coletiva ou de movimento social específico, como é frequentemente designado.
[...]

O movimento resulta do sentido coletivo atribuído a essa carência e da possibilidade de identificação subjetiva em torno dela. Resulta também da subsequente transformação dos sujeitos em atores políticos, da respectiva transformação das carências em demandas, dessas demandas em pautas políticas e das pautas políticas em ações de protestos. Além disso, para se observar o surgimento de um movimento social propriamente dito, esse deve ter a capacidade de autoidentificação coletiva em torno de conflitos, de adversários centrais a serem enfrentados e da construção de projetos e utopias de mudança (SCHERER-WARREN, 2008, p. 506).

De igual modo, afirma Paulo Roberto de Souza Junior (2016, p. 102),

Os movimentos sociais constituem-se em ações coletivas de caráter democrático, onde debatem e sugerem temáticas, anteriormente, de ordem privada (gênero, orientação sexual e etnia) e compartilham lutas (melhoria de vida) propondo uma (re)avaliação da realidade social. Suas decisões são tomadas em assembléia, fórum ou em outras formas de democracia direta (SOUZA JUNIOR, 2016, p. 102).

A formação e organização desses movimentos depende da conscientização de toda a sociedade sobre seus direitos e sobre a relevância do planejamento familiar e da saúde reprodutiva para a realização da dignidade humana. Essa tarefa é facilitada pela possibilidade de rápida difusão de informações pela internet, sobretudo através de redes sociais. Nesse meio, é facilitada a comunicação, o debate e a troca de materiais, fomentando a criação de uma rede mais ampla de cooperação e solidariedade, bem como a rápida articulação de manifestações em benefício de uma causa de interesse comum.

Aliada a esses movimentos, é possível que a imprensa produza conteúdos que ensejem sensibilização para o tema do tratamento da infertilidade, observando, assim, o respeito aos valores éticos e sociais da pessoa e da família, e de realização de finalidades educativas e informativas, conforme preconizado no artigo 221 da Constituição da República de 1988.

O maior conhecimento sobre o assunto enseja maior empatia com o outro, gera a vontade de ajuda mútua entre pessoas para alcançar um objetivo comum. A experiência coletiva de problemas e respectivas soluções, mediante reuniões e debates, permite a construção de consensos mais amplos e, por consequência, maiores possibilidades de ações coletivas. A partir disso, é possível que as demandas, que outrora eram privadas, ocupem o espaço público da democracia, gerando movimentos sociais que podem ser capazes de influenciar os rumos das políticas públicas a serem desenvolvidas pelo Estado. Nesse sentido, afirma Jürgen Habermas que

Na perspectiva de uma teoria da democracia, a esfera pública tem que reforçar a pressão exercida pelos problemas, ou seja, ela não pode limitar-se

a percebê-los e a identifica-los, devendo, além disso, tematizá-los, problematizá-los e dramatizá-los de modo convincente e eficaz, a ponto de serem assumidos e elaborados pelo complexo parlamentar (HABERMAS, 1997: p.91).

Cria-se, desta forma, um espaço deliberativo no qual a dinâmica dos movimentos sociais, amplia o sistema político (VENERANDA, 2011, p. 203), através de processos coletivos de decisão, baseados na cooperação e na reciprocidade.

Cogita-se, desse modo, a utilização da comunicação como meio de mudança social, destacando-se

A comunicação pode desempenhar um papel mais decisivo ao facilitar para as pessoas o controle das próprias vidas e dar uma contribuição maior para possibilitar que cidadãos e comunidades definam suas próprias agendas em relação ao desenvolvimento político, econômico e social. Em particular, pode contribuir para ampliar as vozes dos econômica e politicamente marginalizados, incorporando-os aos debates públicos e públicos da sociedade como um todo (Chiavetta, 2011, p. 21)¹⁰.

Nesse contexto, a concretização dos objetivos da República, com a promoção do bem de todos, depende não somente da atuação estatal, mas também da sociedade civil, numa comunhão de esforços entre os diversos segmentos sociais, garantindo maior eficiência aos comandos constitucionais e efetivação de direitos sociais (CASTANHO, 2014, p.166). De fato,

Assim, quanto a sua efetivação, a gestão em saúde envolve os sujeitos em suas experiências concretas de relações cotidianas, em que as mudanças não se fazem sem um processo de produção de subjetividade que é sempre coletivo, histórico e determinado por múltiplos vetores como: sujeitos que possuem desejos, necessidades, interesses; processos de trabalho ou saberes; poder que se apresenta nos modos de estabelecer as relações; e políticas públicas que se legitima na coletivização dessas relações. Assim, uma política pública só se concretiza quando “o que fazer” está em sintonia com o “como fazer” (BERTI, 2014, p. 2).

Dessa forma, revela-se a importância de se pensar num modelo de Constitucionalismo Democrático, indicado por Reva Siegel e Robert Post (2007, p.374). Tal perspectiva teórica parte da premissa de que a Constituição Federal e os direitos nela contidos dependem de uma legitimidade democrática, isto é, de que os cidadãos reconheçam as determinações

¹⁰ Tradução livre. No original: “*La comunicación puede jugar un papel más determinante en facilitarle a la gente la toma de control de sus propias vidas y hacer una mayor contribución a que sea posible para los ciudadanos y la comunidades establecer sus propias agendas en relación com el desarrollo político, económico y social. En particular, puede contribuir a amplificar las voces de los económica y politicamente marginalizados, incorporándolas a los debates públicos y públicos del conjunto de la sociedad*”.

constitucionais como produto de uma construção coletiva de sentidos, através da participação de todos.

Nesse contexto, destaca-se que os cidadãos, ao promoverem suas reivindicações junto ao Poder Público, em todas as suas esferas, apresentam uma interpretação em relação a norma jurídica, sobretudo aquelas previstas na Constituição, que dependem de ações específicas do Estado, atribuindo ao texto normativo sentido desejado pelo grupo social e reforçando, desse modo, a própria legitimidade democrática do texto constitucional.

Assim,

[...] percebemos que efetivamente - por meio da mediação no diálogo público - a arena constitucional pode funcionar como um cenário simbólico de lutas por reconhecimento, refletindo-se nos processos por meio dos quais os indivíduos tematizam publicamente suas aspirações normativas, de forma que os diferentes movimentos sociais e minorias insulares passam a delinear interpretações constitucionais, que serão administradas judicialmente com base em argumentos jurídicos racionais (Bunshaft, 2011, p. 167).

Busca-se, dessa forma aperfeiçoar a democracia, para que esta não se limite a meros aspectos de representação, mas também a padrões mais participativos, em coordenação, e não em contraposição aos poderes instituídos, ampliando o espaço público de debates para tomada de decisões que gerem impacto de modo coletivo, com o fim de assegurar direitos assegurados no texto constitucional.

Além dos instrumentos de pressão próprios de movimentos sociais, como manifestações populares, lançamento de temas em instrumentos de mídia e conversação direta com parlamentares, há diversos instrumentos que possibilitam a alteração da realidade sobre a regulamentação sobre reprodução assistida no país. A título de exemplo, verifica-se que a Câmara dos Deputados¹¹ e o Senado Federal¹² possuem plataformas próprias na internet para encaminhamento de propostas de leis e de requerimentos de audiências públicas.

Desse modo, a sociedade civil organizada, com o apoio de médicos atuantes em reprodução assistida, poderia encaminhar melhores propostas legislativas para o Congresso,

¹¹ Na Câmara dos Deputados, é possível encaminhar propostas para a Comissão de Legislação Participativa através do endereço: <https://www.camara.leg.br/organizadores/sugestao>. Uma vez aprovada, a sugestão passa a tramitar na Câmara dos Deputados como propostas da referida Comissão, seguindo os trâmites legislativos regulares.

¹² O Senado Federal, através do portal e-Cidadania disponibiliza a plataforma Ideia Legislativa, pela qual é possível apresentar propostas para formação de legislação específica. Ao receber o apoio de 20.000 pessoas, a ideia se tornará uma Sugestão Legislativa, e será debatida pelos Senadores.

com a finalidade de regulamentar a matéria no âmbito do SUS de modo definitivo, acompanhando a proposta até sua aprovação.

Um exemplo da relevância dos movimentos sociais na formação e implementação de ações públicas pode ser extraída da recente experiência argentina sobre o aborto. Em 13 de junho de 2018, o projeto de lei que permitia o aborto livre até a 14ª semana de gestação foi aprovado na Câmara dos Deputados, por 128 votos, após intensa manifestação e vigília de grupos sociais defensores dos direitos das mulheres, que tinham como símbolo um lenço verde.

Entretanto, no Senado os movimentos favoráveis ao aborto tiveram sua atuação limitada. Não foi permitida a entrada de pessoas com lenços verdes no Salão Arturo Illia do Senado Argentino. Os ativistas foram revistados, sendo os lenços verdes retidos pelos guardas do Senado. Também não era permitido aplaudir manifestações dos senadores. (ALCARAZ, 2018, p.264). Em 08 de agosto de 2018, o projeto de lei favorável ao aborto foi rejeitado, sendo, no entanto, mantidos vivos os movimentos feministas a favor do aborto.

Por outro lado, um exemplo de participação social, também polêmico, mas que obteve melhor sucesso na formação de política pública na argentina pode ser extraído justamente dos movimentos que buscavam a garantia de tratamento médico de reprodução assistida, no âmbito da rede pública, para pessoas acometidas pela infertilidade.

Em 17 de maio de 2008 foi fundada a organização civil *Sumate a dar vida*, com o objetivo de auxiliar pacientes com dificuldades para realizar o seu projeto de concepção. No ano de 2010, o movimento desenvolveu uma campanha nacional para conferir maior visibilidade ao tema, solicitando o apoio da população para a causa. Foram organizadas diversas manifestações por essa organização civil, simbolizadas por camisetas e balões na cor roxa. O grupo acompanhou, também, o processo legislativo acerca do assunto na província de Buenos Aires, enriquecendo as discussões com depoimentos de seus integrantes e ensejando, ao final, a formação da Ley 12.208 (DIPUTADOS, 2018).

Após a edição de leis semelhantes em outras províncias, e a colheita, pelo grupo *Sumate a dar vida*, de mais de quatrocentas e trinta e três mil assinaturas de apoio, o Congresso Nacional editou a Ley 26.862/2013, regulando o tema em âmbito nacional (INTEGRANTES, 2012).

Para a formação dessa legislação nacional, verificou-se também o apoio da Associação Civil *Concebir*¹³, que, entre outras medidas, participou das Comissões de Assesores e de Legisladores de Deputados e Senadores nacionais; apresentou projetos que lei que embasaram a legislação debatida; apresentou denúncia na Comissão Interamericana de Direitos Humanos contra a Argentina, em virtude da falta de sanção da Lei de Reprodução Humana Assistida; além de atuar em audiências públicas sobre a infertilidade.

A formação da lei nacional argentina sobre reprodução assistida, fundada na demanda ativa desses grupos sociais, assegurou amplo acesso aos tratamentos médicos de reprodução assistida na Argentina, muito embora o modelo lá instituído ainda careça de ajustes para o seu perfeito funcionamento. A experiência argentina revela, assim, a importância da atuação de grupos sociais para a formação de um amplo debate social sobre a reprodução assistida, e a consequente formação e implementação concreta de uma política pública sobre o tema. Entretanto, não menos importante, é a questão de como delinear um modelo de política pública que seja de possível implementação na rede pública de saúde no Brasil, tema a ser analisado na próxima seção.

4.3. A POLÍTICA PÚBLICA SOBRE REPRODUÇÃO ASSISTIDA NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE: PROPOSTAS DE CONCRETIZAÇÃO

Como implantar uma política pública de reprodução assistida no âmbito do SUS? O principal argumento utilizado para a não inclusão de qualquer atendimento, tecnologia ou medicamento, sobretudo aqueles vinculados a serviços de alta complexidade, na rede pública de saúde possui matiz econômico, sendo destacado, para a exclusão da medida, o elevado custo dos procedimentos e medicamentos necessários ao tratamento. A consequência inevitável dessa postura é que, “As pessoas já frustradas em seus projetos reprodutivos, por razões adicionais – basicamente a indisponibilidade de técnicas de alta complexidade no setor público (SUS) – têm sua situação de vulnerabilidade moral e social agravada” (CORRÊA; LOYOLA, 2015, p. 763).

Como já ressaltado nesse trabalho, há um desvio de perspectiva na negativa de realizações de procedimentos de reprodução assistida por razões puramente econômicas, vez que se trata, em realidade, de um investimento a longo prazo para a sociedade em geral,

¹³ A Associação Civil argentina *Concebir* possui diversas informações sobre as suas atividades no sítio eletrônico <http://concebir.org.ar/>

sobretudo no que se refere à força de trabalho e à previdência social. Vale lembrar que o Brasil caminha para o envelhecimento de sua população, já tendo se iniciado o processo de transição demográfica que vai acarretar, num futuro não muito distante, grandes impactos econômicos e financeiros ao país. Deve-se apreciar, nesse contexto, não apenas os benefícios e custos imediatos da incorporação concreta dos tratamentos médicos de reprodução assistida ao SUS, vez que as vantagens decorrentes dos investimentos serão perceptíveis ao longo dos próximos anos.

Porém, o fato de se tratar de um investimento de longo prazo não deve afastar preocupações com as despesas envolvidas, vez que se trata da boa gestão de recursos públicos. Assim, é preciso cogitar soluções que não gerem altos impactos nos cofres públicos e, concomitantemente, assegurem às pessoas de poucos recursos econômico-financeiros os seus direitos fundamentais.

Nesta ordem de ideias, é oportuno destacar que não é defensável a implementação e fornecimento na rede pública de tratamentos de baixo custo que apresentem, por decorrência, baixa qualidade e reduzida eficácia. O oferecimento de tratamentos médicos singelos para os pobres apenas agravaria a desigualdade social, já tão acentuada no país. Não é suficiente, por exemplo, propor que a rede pública de saúde forneça apenas exames simples e procedimentos de inseminação intrauterina (considerado de baixa complexidade), como ocorre nos hospitais universitários do Rio de Janeiro (ALFANO, 2014, p. 67), alternativa esta que raramente é utilizada em clínicas particulares, precisamente em virtude do menor índice de sucesso dessa tecnologia.

Pretende-se, ao revés, que seja garantido acesso a técnicas com alto rendimento, mas com o barateamento de custos para os envolvidos. Para alcançar esse objetivo é preciso realizar ações de planejamento, junto aos profissionais de saúde, com o estabelecimento de critérios mínimos para o cadastramento de centros de alta complexidade em infertilidade; estimativas anuais de custos; parâmetros de inclusão e exclusão de atendimento; construção de protocolos de atendimento a serem utilizados nas unidades de saúde; definição de materiais e medicamentos, bem como de custos para os procedimentos de reprodução assistida, registros de eficácia dos procedimentos, entre outras medidas. Desse modo, os procedimentos, por se tornarem previsíveis em sua realização, tornaria possível a negociação em larga escala e a consequente redução de custos.

Superadas as questões preliminares, propõe-se, nesse modelo, que os atendimentos iniciais de pacientes que necessitem de tratamento médico de reprodução assistida sejam realizados em unidades municipais de saúde de atenção primária, com equipe de pessoas capacitadas para efetuar exames simples e fazer o diagnóstico de infertilidade, com o consequente encaminhamento do paciente, se for esse o caso, para uma unidade de saúde particular devidamente conveniada com o poder público.

A maior dificuldade está no fornecimento de atendimentos de alta complexidade, justamente em virtude dos valores elevados para a sua concretização. Quanto a esses tratamentos de alta complexidade, e tomando como parâmetro o modelo argentino, a União Federal, através do Ministério da Saúde, poderia ditar diretrizes básicas sobre eles com a regulamentação e fiscalização dos atendimentos a serem realizados em clínicas particulares, previamente conveniadas com o Poder Público.

Pelo artigo 6º do Decreto argentino nº 956/2013, que regulamentou a Lei nacional nº 26.862/2013, o Ministério da Saúde tem como funções: coordenar com os diversos entes federados a criação de serviços de reprodução assistida de diferentes complexidades; manter em seu sítio eletrônico a lista atualizada de estabelecimentos públicos e privados, distribuídos em todo o território nacional, que realizam procedimentos e técnicas de reprodução assistida; realizar campanhas de informação para promover o cuidado à fertilidade de mulheres e homens por meio de programas específicos para tanto e, promover, em conjunto com o Ministério da Educação, a atualização de recursos humanos nessa área, envolvendo, inclusive, a formação de universidades nas ciências da saúde.

Assim, para a efetiva realização dos procedimentos médicos, é possível que o setor público, através da União, celebre convênios com entidades privadas, para que os serviços de saúde, especialmente os de alta complexidade, sejam realizados junto a clínicas particulares, mediante remuneração negociada por procedimento. Idêntica medida poderia ser adotada em relação aos medicamentos a serem utilizados, após incorporação aprovada pelo CONITEC. Alternativamente, as despesas com os serviços realizados em clínicas particulares para pacientes oriundos da rede pública poderiam ser compensadas através de incentivos fiscais. Assim como na relação com os planos privados de saúde, as clínicas e laboratórios poderiam reduzir os custos de medicamentos e tratamentos, pela perspectiva de aumento no número de atendimentos a serem realizados.

Com a utilização de clínicas particulares, através de convênios, é possível haver considerável redução de custos para o Poder Público, tendo em vista a possibilidade de aproveitamento das estruturas materiais, equipes multidisciplinares e mesmo dos bancos de gametas e de embriões disponibilizados em entidades privadas.

Por seu turno, o aproveitamento da estrutura de clínicas privadas possui o benefício de afastar, ainda, gastos públicos diretos com a manutenção de equipamentos de alto custo, evitando, ainda, o não fornecimento de serviços de saúde em razão do sucateamento de aparelhos e equipamentos, realidade frequentemente observada nas unidades de saúde do Sistema Único de Saúde.

Além disso, a utilização de clínicas privadas reduziria uma segregação social entre os que podem e aqueles que não podem pagar pelos serviços médicos de reprodução assistida, tendo em vista que todos usariam os mesmos serviços, com idêntica qualidade, em uma única estrutura, como bem observou Menicucci (2010, p. 195) ao apreciar a cooperação entre o setor público e o privado de saúde:

O maior desafio para uma construção institucional do sistema de saúde do Brasil que garanta maior efetividade e sustentabilidade parece estar relacionado à definição das formas de articulação do mix privado/público que se constituiu ao longo do tempo. Dada a institucionalização de um sistema dual, é necessária a demanda da construção social de uma agenda radicalmente inovadora que supera a discussão focada apenas no sistema 'único' e possa levar a uma reconstrução do arcabouço regulatório do sistema de saúde como um todo e não apenas centrado em seus segmentos [...]. Acima de tudo, o desafio é promover uma ressignificação do SUS para que ele não continue sendo o 'SUS para os pobres'. Isso passa pela constituição de uma agenda pública sobre as consequências do formato da relação público-privado para a igualdade e eficácia da assistência à saúde no país. Muito além da universalidade, o desafio maior é alcançar a equidade (MENICUCCI, 2010, p. 195).

Paralelamente ao modelo de parceria entre a rede pública e privada de atenção à reprodução assistida, e com a intenção de reduzir ainda mais os gastos públicos, é possível cogitar a utilização de um padrão de coparticipação pelos usuários. Assim, parte dos valores poderiam ser custeados pelos próprios pacientes, parte seria paga com recursos públicos, com a utilização de clínicas particulares, a quem competiria reduzir a perspectiva de lucro por operação, considerando a elevação no número de pacientes.

Em tal modelo de coparticipação, seria cabível a instituição de taxas progressivas de valores a serem pagos pelos pacientes, partindo da isenção para pessoas mais carentes até valores mais elevados, para pacientes que possuam alguma capacidade financeira de arcar

com os custos do tratamento. Os recursos arrecadados pelo Poder Público poderiam ser direcionados a fundo específico, criado por lei, cujos valores retornariam para o sistema público de saúde, financiando os custos para realização de procedimentos de reprodução assistida.

Utilizando tais medidas, parece ser possível alcançar, sem significativo impacto sobre os gastos públicos, a efetiva concretização dos direitos fundamentais a todos os brasileiros, com respeito à dignidade humana, fundamento de nossa República Federativa.

CONCLUSÃO

Verifica-se atualmente uma irreversível e inevitável transição demográfica no Brasil, contatando-se a gradual inversão da pirâmide etária, gerada pela composição de dois fatores: o aumento da expectativa de vida e a diminuição das taxas de fecundidade. Tal panorama trará implicações sociais e econômicas, especialmente na previdência social e no sistema de saúde.

O Estado deve iniciar reflexões acerca da necessidade de inclusão efetiva de tão relevante tema na agenda governamental, com vistas à formação de política pública eficiente voltada à assistência à concepção de pessoas inférteis, possibilitando não só a mitigação dos efeitos sociais e econômicos decorrentes de uma crescente população de idosos, mas também que pessoas que não possuem condições financeiras suficientes para arcar com os custos de um tratamento médico tenham acesso a eles, inclusive às técnicas de reprodução assistida, para a realização da dignidade e a efetivação de direitos fundamentais e humanos, como saúde e planejamento familiar - no seu estrito viés de assistência à concepção -, sendo admitidas e respeitadas as mais diversas formas de estruturas familiares.

Embora pouco debatido na sociedade brasileira, as problemáticas relativas à infertilidade e, mais especificamente à reprodução assistida, possuem grandes dimensões, não podendo ser ignoradas pelo Estado que deve passar a encarar políticas públicas nesse sentido como um investimento a longo prazo para o país, e não como mero gasto público.

Nesse estudo, definiu-se como políticas públicas as deliberações tomadas por atores governamentais que visam modificar significativamente a realidade, com a influência (ou não) de atores não estatais (como, por exemplo, movimentos sociais), para a resolução de um problema coletivamente relevante (com implicações para uma quantidade notável de pessoas), quando a situação atual é inadequada, mas tem a possibilidade de se transmutar numa situação ideal.

Consigne-se que, partindo da concepção de política pública como uma diretriz, ou seja, uma orientação, entendeu-se, aqui, que situações de omissão ou negligência estatal não devem ser consideradas políticas públicas, mas tão somente falta de interesse governamental para a inserção do problema na sua agenda formal, o que parece ser o caso brasileiro.

O que se verifica, na prática, é que a implementação de uma política pública sobre reprodução assistida tem sido marcada, ao longo das décadas, por enormes dificuldades

econômicas, políticas e administrativas. As obrigações estatais referentes aos serviços de saúde se mostram, na maioria das vezes, insuficientes e deficientes.

Uma política pública requer, para sua eficácia, a regulamentação específica de ações e responsabilidades dos entes federados, definição de protocolos de atendimento, incorporação de medicamentos e tecnologias médicas, entre outras medidas. Na realidade brasileira, no entanto, o cenário é bastante distinto do ideal, o que revela a completa inércia dos agentes públicos quanto ao tema.

Para a melhor compreensão do modelo em funcionamento no Brasil, essa pesquisa promoveu consultas diretas (por meio de questionários) às unidades contempladas pela Portaria do Ministério da Saúde nº 3.149/2012, constatando-se, a partir de uma análise crítica às respostas obtidas, que, na prática, a estrutura e funcionamento dos serviços de saúde disponibilizados à população são precários e insuficientes. Verificou-se que, por vezes, o não acesso (pessoas portadoras de doenças crônicas e infecciosas, pessoas solteiras e que vivem em parcerias homoafetivas, por exemplo) daqueles que necessitam do serviço público de saúde para a concretização de seu projeto parental.

Superada a limitação informacional acerca da existência de centros de saúde que oferecem gratuitamente os tratamentos de reprodução assistida, haja vista que não existe no Brasil conteúdo midiático que incentive ou oriente acerca do uso das referidas técnicas, a primeira das dificuldades apresentadas pelo modelo atual se refere à localização geográfica das unidades de saúde abarcadas pela Portaria MS nº 3.149/2012. Dos nove centros de saúde que receberam verba federal específica para os tratamentos de reprodução assistida, a maioria deles está localizada na região sudeste do país – mais especificamente em São Paulo -, não havendo qualquer unidade localizada, por exemplo, na região norte do país.

Pelas informações colhidas nos sítios eletrônicos de cada unidade de saúde, constatou-se que nenhum deles oferece gratuitamente o tratamento médico completo, sendo necessário, em quase todos os casos, que a pessoa arque com os custos, por exemplo, dos medicamentos (podem representar até cerca de 50% do valor do tratamento), o que, por certo, é um fator que acaba por limitar ou impossibilitar o acesso de muitas pessoas ao tratamento médico oferecido.

Sabe-se, também, que a idade da mulher está diretamente relacionada ao sucesso dos procedimentos referentes à reprodução assistida e, que, em todas as unidades de saúde que oferecem os tratamentos de forma gratuita, a idade da mulher (ora até 35, ora até 40 anos) figura como principal critério de admissão nas listas.

Soma-se a isso as longas filas de espera nos centros de saúde gratuitos, que podem chegar a até 06 (seis) anos, o que ocorre, por exemplo, no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP, em Recife, Pernambuco.

Necessário, portanto, formular políticas públicas que regulamentem de modo definitivo e eficaz o tema, buscando reduzir os problemas atualmente verificados.

Assim, considerando o contexto econômico e regional ao qual o Brasil está inserido, a inegável influência religiosa que ainda permeia as questões de Estado e, em razão de já existir na Argentina lei nacional sobre o tema, onde as realidades regionais, econômicas e religiosas são muito similares às nossas.

Na Argentina, a utilização de um impulso inicial para a criação de uma legislação nacional específica sobre a reprodução assistida ocorreu a partir da influência de movimentos organizados pela sociedade civil, que ensejaram, em 2013, a formação da Lei Nacional argentina nº 26.862.

A lei nacional argentina, ao dispor sobre a garantia desses direitos e, ao impor em seu artigo 9º, que o Estado deverá fazer a alocação anual de verba orçamentária para o cumprimento dos objetivos legais, abre, portanto, um panorama de esperança para os cidadãos argentinos que antes se viam limitados pelas condições econômicas.

A Lei nacional argentina traz ainda diversos pontos positivos em seu texto, como a promoção de campanhas de informação relacionadas aos cuidados da fertilidade (artigo 6º, “c”); fomentar a formação e capacitação contínua de recursos humanos especializados (artigo 6º, “d”), bem como o registro único de instituições de saúde autorizadas a realizar as técnicas de reprodução assistida (artigo 4º), o que parece ter o intuito de facilitar a supervisão estatal e favorecer a melhoria dos serviços oferecidos à população.

Apesar disso, o modelo argentino ainda apresenta lacunas que, por vezes impedem a integral realização de direitos fundamentais, como a saúde e o planejamento familiar. No entanto, fornece relevantes diretrizes para aprimoramento das ações e serviços de saúde pública para assistência à infertilidade no Brasil e, quase sempre, as decisões judiciais são favoráveis aos cidadãos, diversamente do que ocorre no Brasil.

Com efeito, extrai-se da experiência argentina que, para a superação do silêncio e pretensa invisibilidade de que se revestem os problemas de fertilidade, e efetivo fornecimento de atenção integral em reprodução assistida no SUS, o passo inicial seria a formação de movimentos sociais, oriundos da sociedade civil organizada, capazes de influenciar a criação e implementação de normativas, revelando-se a importância de se pensar num modelo de

constitucionalismo democrático, principal referencial teórico adotado no corrente estudo. Além disso, as medidas a serem adotadas por esses movimentos devem encontrar consonância com os conhecimentos científicos existentes, de modo que é preciso unir as práticas cotidianas de saúde com a atuação social.

Desse modo, a sociedade civil organizada, com o apoio de médicos atuantes em reprodução assistida, poderia encaminhar melhores propostas legislativas para o Congresso Nacional, com a finalidade de regulamentar a matéria no âmbito do SUS de modo definitivo, acompanhando a proposta até sua aprovação.

Pelo foco aqui adotado, fez-se proposições para um melhor acesso da população brasileira às técnicas de reprodução assistida. O passo inicial proposto, como forma de solucionar a questão, ao menos parcialmente, é que os tratamentos de reprodução assistida sejam absorvidos, primeiramente, por entidades privadas de saúde suplementar, com a inclusão, em lei e por Resolução da ANS, dos tratamentos referidos no rol de procedimentos obrigatórios. Elimina-se, assim, a incoerência de haver, mesmo que de forma precária, tratamento médico para a infertilidade na rede pública, mas não na rede de saúde suplementar.

Entretanto, deve-se atentar para que exista, de fato, um atendimento no âmbito da rede pública, assegurando que todas as pessoas realizem seus direitos fundamentais à saúde e ao planejamento familiar, independentemente da posição social que ocupe. A formação e implementação de tal política pública constituem verdadeiros desafios ao Estado brasileiro, ante a dificuldade de se equilibrar os interesses públicos e privados envolvidos.

Propõe-se, assim, que, para a formação de uma política pública nesse sentido, é necessário que haja, sobretudo, uma conscientização da sociedade civil e das autoridades públicas sobre a relevância do tema, em todos os seus aspectos. Destacou-se, nesse ponto, a relevância da organização de movimentos sociais e dos diálogos entre as instituições para o encaminhamento de melhores propostas legislativas ao Congresso Nacional.

Superado o primeiro desafio, essa pesquisa investigou como seria possível a efetiva implementação da política pública. Nessa esteira, aventou-se que os atendimentos iniciais de pacientes que necessitem de tratamento médico de reprodução assistida sejam realizados em unidades municipais de saúde de atenção primária (como já ocorre atualmente, conforme respostas obtidas nos questionários elaborados nessa pesquisa), com equipe de pessoas capacitadas para efetuar exames e fazer o diagnóstico de infertilidade com o consequente encaminhamento do paciente, se for esse o caso, para uma unidade de saúde particular. A

partir daí, vislumbrou-se dois caminhos possíveis para a realização de tratamentos médicos ao usuário do SUS.

O primeiro caminho possível: que o setor público celebre convênios com unidades privadas de saúde, para que tais serviços de saúde sejam realizados em clínicas particulares, mediante remuneração negociada por procedimento. Idêntica medida poderia ser adotada em relação aos medicamentos a serem utilizados, após incorporação aprovada pelo CONITEC. Alternativamente, as despesas com os serviços realizados em clínicas particulares para pacientes oriundos da rede pública poderiam ser compensadas através de incentivos fiscais. Assim como na relação com os planos privados de saúde, as clínicas e laboratórios poderiam reduzir os custos de medicamentos e tratamentos, pela perspectiva de aumento no número de atendimentos a serem realizados.

Paralelamente a esse modelo de parceria entre a rede pública e privada de atenção à reprodução assistida e como um segundo caminho possível, cogitou-se da utilização de um padrão de coparticipação pelos usuários. Assim, parte dos valores poderiam ser custeados pelos próprios usuários do SUS, parte seria paga com recursos públicos, com a utilização de clínicas particulares, a quem competiria reduzir a perspectiva de lucro por operação, considerando a elevação no número de pacientes.

Em tal modelo de coparticipação, seria cabível a instituição de taxas progressivas de valores a serem pagos pelos pacientes, partindo da isenção para pessoas mais carentes até valores mais elevados, para pacientes que possuam alguma capacidade financeira de arcar com os custos do tratamento. Os recursos arrecadados pelo Poder Público poderiam ser direcionados a fundo específico, criado por lei, cujos valores retornariam para o sistema público de saúde, financiando os custos para realização de procedimentos de reprodução assistida.

Utilizando tais medidas, parece ser possível alcançar, com redução do impacto sobre os gastos públicos, a efetiva concretização dos direitos fundamentais a todos os brasileiros, com respeito à dignidade da pessoa e, ao mesmo tempo, mitigar os efeitos advindos do processo de transição demográfica que já se iniciou no Brasil.

REFERÊNCIAS

ADEODATO, Benedito Fonseca e Souza. **Direitos existenciais emergentes**: uma análise sociológica de casos difíceis no Supremo Tribunal Federal. 1.ed. Rio de Janeiro: Gramma, 2016.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **12º Relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões**. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/4048533/4994015/12%C2%BA+Relat%C3%B3rio+do+Sistema+Nacional+de+Produ%C3%A7%C3%A3o+de+Embri%C3%B5es+-+SisEmbrio.pdf/29f37c42-803d-4fe9-8f16-cf6cfc70f40e>>. Acesso em 12 nov. 2019.

AGUINAGA, Hélio. **A saga do planejamento familiar no Brasil**. Rio de Janeiro: Top Books, 1996.

ALCARAZ, María Florencia. **Que sea ley**: La lucha de dos feminismos por el aborto legal. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Marea, 2018.

ALFANO, Bianca. **Reprodução assistida**: a organização da atenção às infertilidades e o acesso às técnicas reprodutivas em dois serviços público-universitários no Estado do Rio de Janeiro. 2014. 172f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

ALMEIDA JUNIOR, Jesualdo Eduardo de. **Descendência Genética**: Direitos Fundamentais e Princípios Sociais. Curitiba: Juruá, 2015.

ALVES, José Eustáquio Diniz. **As Políticas Populacionais e os Direitos Reprodutivos**: “O Choque de Civilizações” versus Progressos Civilizatórios. Disponível em: <www.abep.org.br/publicacoes/index.php/livros/article/download/121/119>. Acesso em: 15 fev. 2019.

ANALIA, Vera Cristina. **Reproducción humana asistida en Argentina**: evolución desde el punto de vista jurídico. 2016. 116f. (Tese).Universidad Empresarial Siglo 21, 2016.

ARGENTINA. Presidência de la Nación. Ministerio de Salud. **Listado de datos de establecimientos de salud**. Disponível em: <<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/listado-fertilizacion-asistida-20180110.pdf>>. Acesso em 12 nov. 2019.

ARZABE, Patrícia Helena Massa. Direitos Humanos e políticas públicas. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (org.). **Políticas públicas**: reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Saraiva, 2006.

BARRETO, Luciano Silva. **Evolução História e Legislativa da Família**. 2012. Disponível em: <http://www.emerj.tjrj.jus.br/serieaperfeicoamentodemagistrados/paginas/series/13/volumeI/10anosdocodigocivil_205.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2019.

BERTI, Juce Maria Appio. Política nacional de atenção integral em reprodução humana assistida. **III Congresso Nacional de Pesquisa em Ciências Sociais Aplicadas – III CONAPE** Francisco Beltrão/PR, 01, 02 e 03 de outubro de 2014. Disponível em: <

php.unioeste.br/eventos/conape/anais/iii_conape/Arquivos/Artigos/Artigoscompletos/MEDICINA/11.pdf>. Acesso em: 01 jan. 2020.

BOCCHINI, Bruno. **Pesquisa mostra que quase 70% dos brasileiros não têm plano de saúde particular.** Agência Brasil. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2018-02/pesquisa-mostra-que-quase-70-dos-brasileiros-nao-tem-plano-de-saude-particular>>. Acesso em 18 de jan. 2020.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Terceira Turma Recurso Especial 1.795.867 – SP. Recorrente: Bradesco Seguro S.A. Recorrido: Debora Brito dos Santos. Relatora: Ministra Nancy Andrighi. Julgamento em 02 abr. 2019. Publicado em 04 abr. 2019. Disponível em: <<https://scon.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/toc.jsp?processo=1795867&b=ACOR&thesaurus=JURIDICO&p=true>>. Acesso em 27 jan. 2020.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. 26ª Câmara Cível. Apelação Cível 017933-16.2017.8.19.0001. Apelante: Lucinéa Muniz Rodrigues. Apelado: UNIMED Rio Cooperativa de Trabalho Médico do Rio de Janeiro S.A. Relatora: Desembargadora Natacha Nascimento Gomes Tostes Gonçalves de Oliveira. Julgamento em 14 jan. 2017. Disponível em: <www.tj.rj.jus.br>. Acesso em 27 jan. 2020.

BUCCI, Maria Paula Dallari. O conceito de política pública em direito. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (org.). **Políticas públicas**: reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Saraiva, 2006.

CASTANHO, Maria Amélia Belomo Castanho. **Planejamento Familiar**: O Estado na construção de uma sociedade inclusiva e a participação social para o bem comum. Curitiba: Juruá, 2014.

CHIAVETTA, Vanina. Comunicación y desarrollo. Hacia una comunicación para el cambio social. In: MENDICOA, Gloria Edel (Org.). **La comunidad y sus actores**. Hacia un proyecto de mejor ciudadanía, intensidad participativa y fortalecimiento de los valores sociales. Buenos Aires: Espacio Editorial, 2011.

COALE, A. J. The demographic transition reconsidered. In: **International Population Conference**, 1973, Liège. Proceedings... Liège: International Union for the Scientific Study of Population - IUSSP, 1973. v. 1, p. 53-73.

COOK, Rebecca J.; DICKENS, Bernard M. e FATHALLA, Mahmoud F. **Saúde reprodutiva e direitos humanos**: integrando medicina, ética e direito. Tradução de Andrea Romani, Renata Perrone e equipe. Rio de Janeiro: CEPIA, 2004.

CORRÊA, M. V. **Novas tecnologias reprodutivas** - limites da biologia ou biologia sem limites? Rio de Janeiro: Editora UERJ; 2001.

CORRÊA, Marilena C. D. V. **Ética e Reprodução Assistida**: a medicalização do desejo de ter filhos. **Revista Bioética**, Brasília, v. 9, n. 2, 2001, p.71-82.

CORRÊA, Marilena C. D.; LOYOLA, Maria Andrea. Tecnologias de reprodução assistida no Brasil: opções para ampliar o acesso. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, V. 25, N. 3, pp. 753-777, 2015

COSTA E SOUZA, Daniela. **Técnicas de reprodução humana assistida para o tratamento da infertilidade**. 2016. 150 f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Ciências. Universidade do Porto. Porto, 2016.

DELGADO, Maria João Coito. **O desejo de ter um filho: as vivências do casal infértil**. 2007. 213 f. Dissertação (Mestrado). Universidade Aberta de Lisboa, 2016.

DENSIDADE POPULACIONAL. Disponível em: <https://www.populationpyramid.net/pt/densidades-populacionais/argentina/2017/>>. Acesso em: 12 nov. 2019.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

DIPUTADOS BONAERENSES DECLARARON DE INTERÉS LEGISLATIVO EL DÉCIMO ANIVERSARIO DE LA ASOCIACIÓN CIVIL “SUMATE A DAR VIDA”. **Mirador virtual**. 2018. Disponível em: < <http://miradorvirtual.com.ar/diputados-bonaerenses-declararon-de-interes-legislativo-el-decimo-aniversario-de-la-asociacion-civil-sumate-a-dar-vida/>>. Acesso em: 23 jan 2020.

DWORKIN, Ronald. **A raposa e o porco-espinho: Justiça e Valor**. São Paulo: Martins Fontes, 2014.

DWORKIN, Ronald. **Domínio da vida: Aborto, eutanásia e liberdades individuais**. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

DWORKIN, Ronald. **Is Democracy possible here?** New Jersey: Princeton University Press, 2006.

FARIA, Dieime Elaine Pereira de; GRIECO, Silvana Chedid, BARROS, Sônia Maria Oliveira de. Efeitos da infertilidade no relacionamento dos cônjuges. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, v. 46, n. 4, 2012, p. 794-801.

FARINATI, Débora Marcondes. **Aspectos Emocionais da Infertilidade e da Reprodução Medicamente Assistida**. Disponível em: <<http://sig.org.br/wp-content/uploads/2015/05/aspectosemocionaisdainfertilidadeedareproduomedicamenteadassistida.pdf>>. Acesso em 29 ago 2019.

FARINATI, Débora Marcondes; RIGONI, Maisa dos Santos; MÜLLER, Marisa Campio. *Infertilidade: um novo campo da psicologia da saúde*. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 23, n. 4, out-dez 2006, p. 433-439.

FARJI NEER, Anahí. Cuerpo, derechos y salud integral: Análisis de los debates parlamentarios de las leyes de Identidad de Género y Fertilización Asistida (Argentina, 2011-2013). **Salud colectiva**, 2015, V. 11, N. 3, p. 351-365.

FELIX, Luciene. Família. In: **Conhecimento sem fronteiras: artigos de filosofia da Escola Superior de Direito Constitucional**. Disponível em: <http://www.esdc.com.br/CSF/artigo_2010_01_Familia1.htm>. Acesso em: 21 fev. 2019.

FERNANDES, Mónica. Aspectos emocionais da Procriação Medicamente Assistida – Perspectiva Psicológica. **Nascer e Crescer**. v. XX, n. 3, 2011, p. 180-191.

FERNANDES, Silva da Cunha. **As técnicas de reprodução humana assistida e a necessidade de sua regulamentação jurídica**. Rio de Janeiro: Renovar, 2005.

FERRAZ JUNIOR, Tercio Sampaio. **Introdução ao estudo do direito: técnica, decisão, dominação**, 9ª edição. São Paulo: Atlas, 2016.

FERRAZ, Ana Claudia Brandão de Barros Correia. **Reprodução humana assistida e suas consequências nas relações de família**. 2.ed. Curitiba: Juruá, 2016.

FERREIRA, Italo Emmanuel Rodrigues; ALVES, Leonardo Teixeira; CARVALHO, Rômulo Rangel Leal de; ALMEIDA, Daniela Moura Parente Ferrer de. O avanço da genética no contexto da reprodução humana: uma revisão de literatura. **Revista Interdisciplinar Ciências e Saúde**, v. 4, n. 2, 2017, p. 61-70.

FRANÇA, Genival Veloso de. **Direito Médico**. Rio de Janeiro: Forense, 2010.

FUNDO MONETÁRIO INTERNACIONAL. GDP per capita. Disponível em <<https://www.imf.org/external/datamapper/NGDPDPC@WEO/OEMDC/ADVEC/WEOWORLD>>. Acesso em 08 fev. 2019.

GROENINGA, Giselle Câmara; PEREIRA, Rodrigo da Cunha. **Direito de Família e Psicanálise: Rumo a uma nova epistemologia**. Rio de Janeiro: Imago, 2003.

GUERTECHIN, Thierry Linard de, et al. **Controle de Natalidade x Planejamento Familiar no Brasil**. Rio de Janeiro: Achiamé, 1987, p. 15.

HABERMAS, Jurgen. **Direito e Democracia: entre faticidade e validade**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997. V. I.

HOCHMAN, Gilberto, ARRETCHE, Marta, MARQUES, Eduardo (org.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

HOWLETT, Michael. **Política pública: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integradora**. Rio de Janeiro. Elsevier, 2013.

INTEGRANTES DE SUMATE A DAR VIDA JUNTARON FIRMAS POR UNA LEY NACIONAL DE FERTILIZACIÓN ASISTIDA. **El Eco de Tandil**. 2012. Disponível em: <<https://www.eleco.com.ar/interes-general/integrantes-de-sumate-a-dar-vida-tandil-juntaron-firmas-por-una-ley-nacional-de-fertilizacion-asistida/>>. Acesso em 23 jan. 2020.

IVO BASÍLIO DA COSTA JÚNIOR. **Reprodução humana assistida: O acesso universal e igualitário à Fertilização in vitro no Sistema Público de Saúde como garantia do Direito Fundamental ao Planejamento Familiar**. 2016. 430f. (Tese – Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Direito. Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro,. 2016.

JUNIOR, Aimar Joppert. **Reprodução Assistida: Aspectos Históricos**. Disponível em: <<http://intertemas.unitoledo.br>>. Acesso em: 29 ago 2019.

KLONOFF-COHEN, H., CHU, E., NATARAJAN, L., & Sieber, W. (2001). A prospective study of stress among women undergoing in vitro fertilization or gamete intrafallopian transfer. **Fertility and Sterility**, v. 76, n. 4, 2001, pp. 675- 687.

LACAN, Jacques. **A Família**. Lisboa: Assírio e Alvim, 1981.

LEITE, Eduardo de Oliveira. **Procriações Artificiais e o Direito** (Aspectos médicos, religiosos, psicológicos, éticos e jurídicos). São Paulo: Revista dos Tribunais, 1995, p. 266.

LEITE, Renata Ramalho Queiroz; FROTA, Ana Maria Monte Coelho. O desejo de ser mãe e a barreira da infertilidade: uma compreensão fenomenológica. **Revista da Abordagem Gestáltica**, v. XX, n. 2, jul-dez 2014, p. 151-160.

LESTHAEGHE, R. J. **The unfolding story of the second demographic transition**. Michigan: University of Michigan, Population Studies Center - PSC, Jan. 2010. 45 p. (PSC research report, n. 10-696). Trabalho originalmente apresentado na Conferência Fertility in the History of the 20th Century: Trends, Theories, Policies, Discourses, realizada em Berlin, 2010. Disponível em: <<http://www.psc.isr.umich.edu/pubs/pdf/rr10-696.pdf>>. Acesso em: fev. 2019.

LOBO, Paulo Luiz Netto. **Direito Civil**. Famílias. São Paulo: Saraiva, 2008, p.58)

LUKASSEN, H. G. Marieke et al. Cost Analysis of singleton versus twin pregnancies after in vitro fertilization. **Fertility and Sterility**, v. 81, n. 5, 2014, p. 1.240-1.246.

LUNA, Naara. Infertilidade e ausência de filhos: a origem do drama. In: **Provetas e clones: uma antropologia das novas tecnologias reprodutivas** [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007, pp. 53-81.

MADIES, Claudia. **Nueva ley argentina de reproducción médicamente asistida – Limitaciones y nuevos desafíos**. Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit., Brasília, v. 2, n. 1, 2013, p. 89

MAIS de oito milhões de bebês nasceram por técnicas de reprodução assistida desde 1978. **O Globo**. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/sociedade/mais-de-oito-milhoes-de-bebes-nasceram-por-tecnicas-de-reproducao-assistida-desde-1978-22847419>>. Acesso em 29 ago 2019.

MARQUES, Patrícia Pinheiro; MORAIS, Normanda Araujo de. A vivência de casais inférteis diante de tentativas inexitosas de reprodução assistida. **Avances en Psicología Latinoamericana**, Bogotá (Colombia), n. 36, n. 2, 2018, pp. 299-314.

MEDINA, G; GONZÁLEZ MAGAÑA, I. La ley nacional sobre fertilización asistida. Análisis doctrinario y jurisprudencial entre su texto y el antecedente de la ley 14.0208 de la provincia de Buenos Aires. **L. L. AR/DOC/2303/2013**.

MEIRELES, Rose Melo Vencelau. **Autonomia Privada e Dignidade Humana**. Rio de Janeiro: Renovar, 2009.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. A reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado. In: SANTOS, Nelson Rodrigues dos; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2010, p. 180-196.

MORAES, Maria Celina Bodin de. **Danos à Pessoa Humana**. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

MOURA, Marisa Decat de; SOUZA, Maria do Carmo Borges de; SCHEFFER, Bruno Brum. Reprodução Assistida: um pouco de história. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 12 n. 2, Rio de Janeiro, dez., 2009, p. 23-42.

MUDANÇA Demográfica no Brasil no Início do Século XXI. *Subsídios para as projeções da população*. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 156 p. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/bibliotecacatalogo?view=detalhes&id=293322>>. Acesso em: out. 2018.

MULHERES realizam sonho da maternidade através do serviço de reprodução assistida do IMIP. Disponível em: < http://www1.imip.org.br/imip/noticias/antigas/mulheres_realizam_sonho_da_maternidade_atraves_do_servico_de_reproducao_assistida_do_imip_0206.html>. Acesso em 12 nov. 2019.

NADER, Paulo. **Introdução ao estudo do Direito**, 38ª edição. Rio de Janeiro: Forense, 2016.

NASCIMENTO, Pedro Francisco Guedes do. **Reprodução, desigualdades e políticas públicas de saúde**: Uma etnografia da construção do “desejo de filhos”. 2009. 213 f. (Tese – Doutorado). Programa de Pós-Graduação em antropologia social do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

NICOLAO, Hamilton Pessota. Direitos Fundamentais: Princípio da dignidade da pessoa humana frente à autonomia privada nas relações entre particulares. **Revista Direito & Justiça** v. 36, n. 2, p. 123-143, jul./dez. 2010. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fadir/article/view/9085/6344>>. Acesso em: 10 mai. 2018.

OLIVEIRA, Carolina. Um retrato do autismo no Brasil. **Espaço Aberto** – USP. N. 170, 2018. Disponível em: <http://espaber.uspnet.usp.br/espaber/?page_id=593>. Acesso em: 27 jan. 2020.

OTIÑANO LUCERO, W. R.; PANDIELLA MOLINA, J. C. (2015). Fertilización asistida y su falta de cobertura por los prestadores de salud. **L. L. AR/DOC/2051/2015**.

PAZ, Sonia. **Los derechos humanos em la reproducción asistida**. Ediciones Pirámide (Gripo Anaya, S.A.), 2005.

PEGORER, Mayara Alice Souza. **Os direitos sexuais e reprodutivos da mulher**: Das políticas públicas de gênero à diferença múltipla. Rio de Janeiro: Lumen Iuris, 2016.

PELLEGRINELLO, Ana Paula. **Reprodução humana assistida**: A tutela dos direitos fundamentais das mulheres. Curitiba: Juruá, 2014.

PEREIRA, Caio Mário da Silve. **Instituições de Direito Civil**: Direito de Família. Rio de Janeiro: Forense, 2009. 5.v.

PEREIRA, Jane Reis Gonçalves. **Interpretação Constitucional e Direitos Fundamentais**. São Paulo: Saraiva, 2018.

PESCE, Romina; PERMAN, Gastón. Ley Nacional de Fertilización Asistida: avances y desafíos. **EVIDENCIA - Actualización en la Práctica Ambulatoria**. V. 16, N. 2. Abr./Jun 2013.

PINHEIRO NETO, Othoniel. **O direito à reprodução humana assistida**: Da teoria à concretização judicial. Curitiba: Juruá, 2012.

RESENDE, Augusto Cesar Leite de; PESSOA, Adélia Moreira. **A proteção do direito à reprodução assistida perante a corte interamericana de direitos humanos**. Disponível em: < <http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=53adb96c287c3931>>. Acesso em: 29 ago 2019.

REVISTA VEJA. São Paulo, edição 2.647, ano 52, n. 33, 14 ago 2019.

ROUSSEAU, Jean Jacques. **O contrato social**. Disponível em: < <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cv00014a.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2019.

SANTOS, Maria de Fátima Oliveira dos. Injeção intracitoplasmática de espermatozoides: questões éticas e legais. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 10, supl. 2, p. 289-296, Dez. 2010 . Disponível em> <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000600005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 ago 2019.

SCHECER-WARREN, Ilse. Redes de movimentos sociais na América Latina – Caminhos para uma política emancipatória? **Cad. CRH**, Salvador , v. 21, n. 54, p. 505-517, Dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext &pid=S0103-49792008000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 Jan. 2020.

SECCHI, Leonardo. **Políticas públicas**: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. 2ª edição. São Paulo: Cengage Learning, 2016.

SIQUEIRA, Dirceu Pereira; CURTI, Leticia Márcico. **Eugenia, Neogenia e Bioética**: Aproximações e Distanciamentos sob uma Perspectiva Jurídica de Reconhecimento de Direitos. *Direito em Debate*. Revista do Departamento de Ciências Jurídicas da UNIJUÍ, ano XXVII, n. 49, jan.-jun. 2018, p. 248/276.

SOUZA, Karla Keila Pereira Caetano; ALVES, Oslania de Fátima. As principais técnicas de reprodução humana assistida. **Saúde & Ciência em Ação**. v.2, n.01: Jan-Jul 2016, p. 26-37.

SOUZA, M. C.B.; BASTOS, A.M.X.; MANCEBO, A.C.A.; ROCHA, C.A. Tratamento dos Casais Inférteis no Serviço Público do Município do Rio de Janeiro: Uma Demanda não Contemplada. **Jornal Brasileiro de Reprodução Assistida**, Rio de Janeiro, p. 1-50, 2006.

STRAW, Cecilia. La visión socio-política de los derechos reproductivos em Argentina. **RJUAM**, v.1 n.º 35, 2017, pp. 171-195.

STRAW, Cecilia; VARGAS, Eliane; CHERRO, Mariana Vieira; Tamanini (Org.). **Reprodução assistida e relações de gênero na América Latina**. Curitiba: CRV, 2016.

TÉCNICAS de baixa complexidade em Reprodução Assistida. *Revista Saúde*. Disponível em: <<https://rsaude.com.br/florianopolis/materia/tecnicas-de-baixa-complexidade-em-reproducao-assistida/9857>>. Acesso em 29 ago 2019.

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. **Saúde, corpo e autonomia privada**. Rio de Janeiro: Renovar, 2010.

TEPEDINO, Gustavo, **Temas de Direito Civil**. 2.ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2009.

VENERANDA, Luciana. Sobre las OSC y sus relaciones com el Estado y la comunidad. El desafio del paradigma relacional. *In*: MENDICOA, Gloria Edel (Org.). **La comunidad y sus actores**. Hacia um proyecto de mejor ciudadanía, intensidad participativa y fortalecimiento de los valores sociales. Buenos Aires: Espacio Editorial, 2011.

VENTURA, Miriam. **Direitos reprodutivos no Brasil**. Brasília: UNFPA, 2009.

WRIGHT, V. C., CHANG, J., JENG, G., MACALUSO, M. Assisted reproductive technology surveillance. *Surveillance Summaries*, v. 57, n. 05, 2008, pp. 123.

ANEXO 1

Informações - Reprodução Assistida

Rui Ferriani <ruiferriani@gmail.com>

5 de setembro de 2019 09:47

Para: Catarina Salles <catarinacruzsalles@gmail.com>

Bom dia, luto ha muito tempo contra a falta de reconhecimento da infertilidade como doença , por parte do SUS e dos planos de saude. Particpei em 2005 de comissoa do MS que publicou a lei de acesso, revogada pelo minisstro Paloci (mais um erro de meu ex-aluno. rsrs), anexas as politicas.

Qto aos centros contemplados pela portaria 3149, houve mais um, incluido posteriormente por ingerencia politica, de Natal

Qq coisa que precisar estou as ordens, se consegui sensibilizar gente com seu trabalho será otimo para a populacao!!

Rui Ferriani
Ribeirão Preto Medical School, University of São Paulo
Department of Gynecology & Obstetrics
Full Professor, Reproductive Medicine

[Texto das mensagens anteriores oculto]

2 anexos

 **Política de Reprodução Humana Assistida.doc**
1914K

 **portaria centros alta complexidade.rtf**
197K



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SECRETARIA DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS
AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**



Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida

**Minuta
14/06/2005**

A proposta da política de Reprodução Humana Assistida do ministério objetiva ampliar o acesso de casais às soluções para infertilidade Política. A Política foi instituída a partir da publicação da Portaria [GM nº 426](#), de 22/03/05 e regulamentada pela Portaria [SAS nº 388](#) de 06/07/05. A Portaria SAS foi suspensa pela portaria [GM nº 1.187](#) de 13 de julho de 2005.

A proposta tem relevancia dentro de nosso país, pois permite avaliar a precaria situacao de atendimento de casais inférteis dentro do SUS. Irá identificar se existem serviços de referência para o atendimento aos casos de infertilidade no Distrito Federal, nas capitais dos estados e nos municípios com mais de 500.000 habitantes, que ofereçam procedimentos de reprodução assistida e, nos casos em que existam, quais tipos de procedimento oferecem, bem como identificar a existência de projetos para a implantação desse tipo de serviço nos próximos 12 meses. Irá determinar também a fonte de financiamento dos procedimentos e irá descrever as características do atendimento, a demanda reprimida ou não pelos procedimentos de reprodução assistida nos referidos serviços, bem como as dificuldades para o seu atendimento. Baseia-se na portaria 388 do MS, mas a proposta da política de Reprodução Humana Assistida do ministério foi instituída a partir da publicação da Portaria GM nº 426, de 22/03/05 e regulamentada pela Portaria SAS nº 388 de 06/07/05. A Portaria SAS foi suspensa pela portaria GM nº 1.187 de 13 de julho de 2005, e portanto o projeto nao pode estar embasado nessa portaria. Entretanto, acho relevante a investigação do estado atual da atenção no SUS. Proponho que se reformule o embasamento, já que não há vigência da portaria 388.

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL EM REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA

INTRODUÇÃO

No Brasil, o direito ao planejamento familiar está assegurado constitucionalmente. A Constituição Federal, aprovada pelo Congresso Nacional em 1988, inclui no Título VII da Ordem Social, em seu Capítulo VII, Artigo 226, Parágrafo 7º, a responsabilidade do Estado no que se refere ao planejamento familiar, nos seguintes termos:

“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”.

Nos termos da Lei Nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regulamenta o mencionado dispositivo constitucional, o planejamento familiar é direito de todo cidadão, entendido “...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”.

Determina a mesma Lei que *“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.”*

O planejamento familiar, de acordo com o Artigo 3º da Lei que o regulamenta , é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde, que compreende, dentre suas atividades básicas, a assistência à concepção e contracepção. Portanto, as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os seus níveis, estão obrigadas a garantir atenção integral à saúde que inclua a assistência à concepção e à contracepção.

Portanto, o acesso às técnicas de reprodução humana assistida está assegurado juridicamente e deve se dar conforme os critérios estabelecidos na Portaria SAS/MS nº xxx, de xx de junho de 2005. Assim sendo, é recomendável que o recurso à essas técnicas se dê quando houver limitação à reprodução, ou risco aumentado de transmissão vertical e/ou horizontal de doenças infecto-contagiosas (particularmente os portadores do HIV e das hepatites virais) e doenças genéticas. Em qualquer hipótese, as técnicas de reprodução humana assistida devem ser uma prática excepcional e não habitual, justificando-se apenas como procedimento auxiliar na procriação, que gere sempre mais benefícios que riscos, inclusive para os filhos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e diversas sociedades científicas, como a Rede Latina Americana de Reprodução Assistida (REDLARA), Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH), Sociedade Brasileira de Urologia, Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), estima-se que, apesar de não haver dados exatos quanto à incidência da infertilidade conjugal, a qual varia de acordo com a região geográfica, aproximadamente 8% a 15% dos casais têm algum problema de infertilidade durante sua vida fértil.

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

A implementação da atenção em planejamento familiar para assistir a concepção de casais que convivem com o HIV e hepatites virais tem seus pilares pautados nos seguintes aspectos: traçar recomendações que reforcem o controle do risco de transmissão horizontal (transmissão do HIV e/ou vírus das hepatites virais para o parceiro); traçar recomendações que reduzam os riscos de transmissão vertical (transmissão do HIV e/ou vírus das hepatites virais da mãe para o filho); proteger a saúde materna, quando for a mulher a portadora do HIV e/ou do vírus das hepatites virais.

Considerando os elementos aqui apresentados, em agosto de 2003 foi instituída a Comissão sobre Acesso e Uso do Genoma Humano, por meio da Portaria GM Nº 1.679, tendo em vista a necessidade de discussão científica, ética e jurídica acerca do acesso e uso do genoma humano e seus impactos sobre a saúde e a necessidade de implementação dos avanços biotecnológicos nas ações e serviços do SUS, para melhoria das condições de saúde da população.

Para elaboração da Política de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida na rede SUS, o Ministério da Saúde, em agosto de 2004, instituiu um grupo de trabalho, do qual fazem parte além de diversos setores do Ministério da Saúde (o Departamento de Atenção Especializada – Coordenação de Média e Alta Complexidade –, o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Área Técnica de Saúde da Mulher –, o Departamento de Atenção Básica, o Departamento de Regulação Avaliação e Controle, pertencentes à Secretaria de Atenção à Saúde – SAS -, o Programa Nacional de DST/AIDS e o Programa Nacional de Hepatites Virais , pertencentes à Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS, Departamento de Ciência e Tecnologia, da Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos – SCTIE e a ANVISA), e as seguintes instituições públicas e filantrópicas vinculadas ao SUS, com serviços de reprodução humana assistida, e sociedades científicas: 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), a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), a Sociedade Brasileira de Reprodução Humana, o Núcleo de Bioética da UNB e a Sociedade Brasileira de Urologia.

Este grupo elaborou a linha de cuidados, apresentada neste documento, para os casais com infertilidade conjugal e para os portadores de doenças infecto-contagiosas (particularmente os portadores do HIV e das hepatites virais) ou genéticas que possam se beneficiar das técnicas de reprodução humana assistida, definindo o fluxo de atendimento e as competências dos três níveis de atenção – Atenção Básica, de Média Complexidade e de Alta Complexidade.

Segundo esse grupo, dos 8% a 15% dos casais com infertilidade conjugal, aproximadamente 70% dos casos podem ser solucionados por ações previstas na Atenção Básica e de Média Complexidade, com encaminhamento de aproximadamente 30% para as ações de Alta Complexidade (inseminação artificial e fertilização in vitro).

PORTARIA MS 426/2005

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GABINETE DO MINISTRO

PORTARIA Nº 426, DE 22 DE MARÇO DE 2005

Institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida e dá outras providências.

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, resolve:

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

D.O.U., 23/03/2005

Portaria SAS/MS nº xxx de xx de março 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 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 13.000.000 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 públicos, designados pela Comissão Intergestores Bipartite.

Parágrafo Único - No caso da não disponibilidade de unidades públicas, a referida Comissão poderá designar instituições da rede complementar, preferencialmente, instituições de ensino filantrópicas e instituições 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 desta publicação.

Art 10º - 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 11º - 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. 12º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Jorge Solla

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 13.000.000 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.

Para que possam habilitar-se como Serviço de Referência de Média e/ou Alta Complexidade em Reprodução Humana Assistida, além do contido no Artigo 3º da Portaria SAS/MS N° xx de xxx de 2005, os SRHA devem:

- a) ter sido credenciado conforme item I deste anexo;
- b) 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);
- c) ter estrutura para pesquisa,(ver norma que regulamenta isto – Portaria interministerial de maio de 2004) 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;
- d) 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.
- e) ter adequada estrutura gerencial capaz de zelar pela eficiência, eficácia e efetividade das ações prestadas;
- f) 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	CODIGO TAB SUS	QUANT.
Consulta medica	201204-9	3
atendimento individual de enfermagem	102200-8	2

b. Exames complementares a serem solicitados e vacinas a serem realizadas na Atenção Básica que precederão o atendimento especializado:

OBS: Acrescentar vacinação antitetânica

ATIVIDADE	CODIGO TAB SUS	QUANT.
coleta de citologia oncótica	0705101-8	1
colpocitologia oncótica	1201101-0	1
sorologia anti-HIV	1106401-3	2
sorologia para hepatite B	1106307-6	2
sorologia para hepatite C	1106308-4	2
sorologia para sífilis (VDRL)	1106159-6	2
sorologia para toxoplasmose IgG	1106336-x	1
glicemia de jejum	1101120-3	1
vacinação contra rubéola	0101128-x	1
espermograma	1102103-9	1

II. Atenção de Média Complexidade

I. Consultas .

ATIVIDADE	CODIGO TAB SUS	QUANT.
Consulta em ginecologia	0201206-5	2
consulta especializada em urologia	0701233-0	1
atendimento individual em psicologia	0702103-8	2
atendimento individual serviço social	0702103-8	1
atendimento em grupo multidisciplinar	0702101-1	1

II. Exames complementares a serem disponibilizados nos serviços de referência de Média Complexidade:

a. Para o casal

ultrassonografia transvaginal	1401202-2	1
histerossalpingografia	1310503-5	1
biópsia de endométrio	0803101-0	1
avaliação muco cervical		1
dosagem de prolactina	1105309-7	2
dosagem de TSH	1105308-9	2
dosagem de T4 livre	1105310-0	2
dosagem de FSH	1105202-3	2
dosagem de LH	1105205-8	1
dosagem de estradiol	1105304-6	2
dosagem de SDHEA	1105403-4	1
dosagem de testosterona	1105411-5	2
dosagem de insulina	1105204-0	1
cultura de esperma	1111201-8	1
antibiograma simples	1111219-0	1
Processamento Seminal Diagnóstico		1
VALOR TOTAL		

III - PROCEDIMENTO: Pesquisa especial feminina

ATIVIDADE	CODIGO TAB SUS	QUANT.
histeroscopia diagnóstica	0803304-8	1

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

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

ATIVIDADE	CODIGO TAB SUS	QUANT.
histeroscopia diagnóstica	0803304-8	1
laparoscopia diagnóstica	1711105-6	1
pesquisa de cariótipo por banda	1115101-3	1

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

ATIVIDADE	CODIGO TAB SUS	QUANT.
ultrasonografia transretal	1401912-4	1
ultrassonografia bolsa escrotal	1401401-7	1
biópsia testicular	0811401-3	1
pesquisa de cariótipo por banda	1115101-3	1

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

a) 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.

b) Cirurgias para o Homem:

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

IV. Procedimentos não cirúrgicos:

a. coito programado (por ciclo);

ATIVIDADE	CODIGO TAB SUS	QUANT.
consulta ginecológica	0201206-5	2
ultrassonografia transvaginal	1401202-2	2

b. Coito Programado com estimulação da ovulação (por ciclo);

ATIVIDADE	CODIGO TAB SUS	QUANT.
consulta ginecológica	0201206-5	2
ultrassonografia transvaginal	1401202-2	2
citrato de clomifeno 50mg / cp		10

c. Inseminação artificial

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

ATIVIDADE	CODIGO TAB SUS	QUANT.
consulta ginecológica	0201206-5	3
ultrassonografia transvaginal	1401202-2	2
gonadotrofina urinária 75 UI / fa		4
citrato de clomifeno 50mg / cp		10
gonadotrofina coriônica humana 5000 UI / fa		1
progesterona micronizada 100 mg / cp		30

2. Inseminação intra uterina (por ciclo)

ATIVIDADE	CODIGO TAB SUS	QUANT.
consulta ginecológica	0201206-5	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:

1) Estimulação ovariana para Fertilização *in vitro*:

ATIVIDADE	CODIGO TAB SUS	QUANT.
consulta ginecológica	0201206-5	5
ultrassonografia transvaginal	1401202-2	5
acetato de leuprolida 3,75 mg / fa	3616104-7	1
gonadotrofina urinária 75 UI / fa		32
gonadotrofina coriônica humana 5000 UI / fa		2
progesterona micronizada 100 mg / cp		120

1) Fertilização *in vitro* convencional sem ovócito

ATIVIDADE	CODIGO TAB SUS	QUANT.
consulta ginecológica	0201206-5	1
estimulação ovariana		1
punção do fundo do saco vaginal	0803111-8	2

2) Fertilização *in vitro* convencional sem fertilização

ATIVIDADE	CODIGO TAB SUS	QUANT.
consulta ginecológica	0201206-5	1
estimulação ovariana		1
processamento seminal Terapêutico		1
punção do fundo do saco vaginal	0803111-8	2
identificação/fertilização/incubação/acompanham ento		1

3) Fertilização *in vitro* com fertilização

ATIVIDADE	CODIGO TAB SUS	QUANT.
consulta ginecológica	0201206-5	1
estimulação ovariana		1
processamento seminal Terapêutico		1
punção do fundo do saco vaginal	0803111-8	2
identificação/fertilização/incubação/		1
transferência de pré-embrião		1

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

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

ATIVIDADE	CODIGO TAB SUS	QUANT.
consulta ginecológica	0201206-5	1
estimulação ovariana		1
processamento seminal		1
punção do fundo do saco vaginal	0803111-8	2
Coleta alternativa de espermatozóide	0811910-4	1

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

ATIVIDADE	CODIGO TAB SUS	QUANT.
consulta ginecológica	0201206-5	1
estimulação ovariana		1
processamento seminal		1
punção do fundo do saco vaginal	0803111-8	2
identificação/incubação/injeção do espermatozoide/acompanhamento		1
Coleta alternativa de espermatozóide	0811910-4	1

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

ATIVIDADE	CODIGO TAB SUS	QUANT.
consulta ginecológica	0201206-5	1
estimulação ovariana		1
processamento seminal		1
punção do fundo do saco vaginal	0803111-8	2
identificação/incubação/injeção do espermatozoide/acompanhamento		1
transferência de pré-embrião		1
Coleta alternativa de espermatozóide	0811910-4	1

3) Criopreservação e transferência embrionária

ATIVIDADE	CODIGO TAB SUS	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	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)			550,00		40% dos casos vão congelar embriões
Criopreservação (DESCONGELAMENTO)			250,00		70% do item anterior vão descongelar
Descongelamento com transferência embrionária			558,10		60% do item anterior vão ser transferidos
Preparo endometrial para a tranferência de pré embrião descongelado			700,00		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 da Portaria SAS n XXX de XXX de 2005. Os procedimentos previstos para cada nível de atenção estão relacionados no Anexo II desse documento.

I. DIRETRIZES PARA O ACOMPANHAMENTO PSICOSSOCIAL

Este protocolo será implementado após discussão com a área específica do Ministério da Justiça.

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 antiretrovirais, 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 do 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

III. PROTOCOLO PARA ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE EM RHA

Nesses níveis de atenção, o prontuário deverá ser do casal e todo casal após a inclusão no serviço de RHA deverá ser submetido a:

1. Pesquisa Básica:

A pesquisa básica neste nível de atenção se constituirá pelos seguintes procedimentos:

- a) 2 consultas para o homem com urologista;
- b) 2 consultas para a mulher com ginecologista;
- c) 2 consulta do casal com psicólogo(a);
- d) 1 consulta do casal com assistente social;
- e) 1 atendimento para o casal em grupo multidisciplinar.

1.1. Exames para a avaliação Básica Feminina:

- 1.1.1. Perfil hormonal: FSH, LH, estradiol, progesterona, prolactina, testosterona, TSH, T4 livre, insulina;
- 1.1.2. USG transvaginal;
- 1.1.3. Histerosalpingografia (HSG);
- 1.1.4. Biópsia endometrial;
- 1.1.5. Avaliação do muco cervical

1.2. Exames para a avaliação Básica Masculina:

- 1.2.1. Espermograma com processamento seminal prognóstico;
- 1.2.2. Espermiocultura + antibiograma; Perfil hormonal;
- 1.2.3. Testosterona, TSH, T4 livre, prolactina, FSH, estradiol.

Uma vez realizada a pesquisa básica, o casal poderá ser submetido a tratamento (item 2) ou ser submetido a pesquisa especial (item 3).

2. Tratamento após a Pesquisa Básica:

Avaliar após 3 ciclos menstruais a ocorrência ou não de gestação.

2.1. Coito Programado:

Até 3 tentativas (3 ciclos), com a realização de 2 USG transvaginais por ciclo.

Critérios de Indicação:

- a) Condições de coito normal;
- b) Homem com espermograma normal;
- c) Mulher com permeabilidade de pelo menos uma tuba uterina;
- d) Mulher com função ovulatória normal;

Observação: Mulher com idade superior a 35 anos e/ou sinais de comprometimento da reserva ovariana, considerar tratamentos de maior complexidade.

2.2. Coito Programado com Estimulação da Ovulação:

Até 3 tentativas (3 ciclos), com a realização de 2 USG transvaginais por ciclo.

Critérios de indicação:

- a) Condições de coito normal;
- b) Homem com espermograma normal;
- c) Mulher com distúrbio ovulatório;
- d) Mulher com permeabilidade de pelo menos uma tuba uterina;
- e) Falha do coito programado (item 2.1).

Observação: Mulher com idade superior a 35 anos e/ou sinais de comprometimento da reserva ovariana, considerar tratamentos de maior complexidade.

2.2.1. Medicação para Estimulação da ovulação:

Diretas:

- a. citrato de clomifeno;
- b. gonadotrofinas;
- c. hCG;
- d. progesterona micronizada.

Indiretas:

- a. Agonistas dopaminérgicos;
- b. Análogos do GnRH: agonistas e antagonistas;
- c. Hormônios tireoidianos;
- d. Corticoesteróides;
- e. Anticoncepcionais hormonais.

2.3. Inseminação Artificial com Estimulação Ovariana

Para a obtenção da gestação, serão realizadas até 3 tentativas de inseminação artificial, associada a estimulação ovariana e processamento seminal terapêutico.

Critérios de indicação:

- a) Homem com no mínimo 5 milhões de espermatozóides móveis progressivos recuperados no processamento seminal prognóstico;
- b) Mulher com permeabilidade de pelo menos uma tuba uterina;
- c) Falha dos procedimentos anteriores.

Observação: Mulher com idade superior a 35 anos e/ou sinais de comprometimento da reserva ovariana, considerar tratamentos de maior complexidade.

2.3.1. Medicação para Estimulação da ovulação para Inseminação Intra-uterina:

- a) citrato de clomifeno;
- b) gonadotrofina coriônica humana;
- c) gonadotrofina urinária;
- d) progesterona micronizada.

3. Pesquisa Especial

A pesquisa especial se constituirá pelos seguintes procedimentos:

- a) 1 consulta para o homem, e
- b) 1 consulta para a mulher

3.1. Exames para a avaliação Especial Feminina;

- a) Histeroscopia;
- b) Laparoscopia;
- c) Avaliação genética com cariótipo;
- d) Outros exames que se fizerem necessários.

3.2. Exames para a avaliação Especial Masculina;

- a) USG transretal;
- b) USG de bolsa testicular;

- c) Biopsia testicular;
- d) Avaliação genética com cariótipo;
- e) Outros exames que se fizerem necessários.

Uma vez realizada a pesquisa especial (item 3), o casal poderá ser submetido a tratamento cirúrgico, ou fertilização assistida ou aconselhamento genético.

3.3. Tratamento;

3.3.1. Cirurgias:

a) Na Mulher:

- Via laparotômica: salpingoplastia (reanastomose tubárica, salpingolise, salpingoneostomia, salpingostomia, reimplante tubárico), miomectomia, tratamento da endometriose;
- Via laparoscópica: as mesmas cirurgias citadas acima, incluindo ooforoplastia;
- Via histeroscópica: polipectomia, miomectomia, ressecção de sinéquias e septo.

b) No Homem:

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

3.3.2. Fertilização Assistida:

- 3.3.2.1.** Inseminação Artificial, como descrito no item 2.3;
- 3.3.2.2.** Fertilização In Vitro Convencional;
- 3.3.2.3.** Fertilização In Vitro com Injeção Intracitoplasmática de Espermatozóides – ICSI;
- 3.3.2.4.** Congelamento de Gametas e/ou Pré-embriões;
- 3.3.2.5.** Diagnóstico Genético Pré-implantacional (PGD): extração de corpúsculo; polar ou blastômero e estudo citogenético.

Fertilização In Vitro (itens 3.3.2.2 e 3.3.2.3):

- Até 2 aspirações foliculares, independente da técnica utilizada (FIV convencional ou ICSI).

Observação: caso haja embriões criopreservados, deverá se proceder, obrigatoriamente, à transferência de todos eles antes de se iniciar novo ciclo.

Exames obrigatórios para a Fertilização In Vitro:

a) Na Mulher:

- Teste anti-HIV 1 e 2;
- Sorologia para Hepatite B e C;
- VDRL e FTA Abs;
- Rubéola;
- Sorologia para Toxoplasmose;
- Sorologia para Citomegalovírus;
- Hemograma e coagulograma;
- Glicemia;
- Sorologia para Chagas;
- Histeroscopia diagnóstica, se necessário.

b) No Homem

- Teste anti-HIV 1 e 2;
- Sorologia para Hepatite B e C;
- Sorologia para Citomegalovírus;
- Sorologia para Chagas;
- VDRL e FTA Abs;
- Espermocultura;
- HB, HT e coagulograma, caso necessite de procedimento para obtenção de espermatozóides.

Observação: As sorologias serão válidas por um período de seis meses.

FIV convencional (item 3.3.2.2): 2 consultas para o casal.

1) Hiperestimulação Ovariana Controlada (HOC); esta deverá ser realizada com 05 USG transvaginais em média e utilização de medicações estimuladoras, tais como:

- a) moduladores estrogênicos: citrato de clomifene, inibidores da aromatase;
- b) análogos do GnRH: agonistas e antagonistas;
- c) Gonadotrofinas: HMG, FSH recombinante ou urinários, hCG recombinante ou urinário;
- d) Hormônios ovarianos: progesteronas orais, vaginais ou injetáveis e estradiol.

2) Aspiração Folicular Guiada por Ultrassom sob Analgesia;

3) Procedimentos Laboratoriais;

- a) identificação e preparo de gametas;
- b) inseminação in vitro e verificação de fertilização;
- c) classificação de pré-embriões;
- d) preparo de material para transferência;

4) Criopreservação de Gametas e/ou Pré- embriões; para uso do próprio indivíduo, como preservação da fertilidade.

5) Transferência Embrionária;

Critérios de Indicação:

- a) Fator tuboperitoneal com impossibilidade ou falha de correção;
- b) Fator masculino com mais de 2 milhões de espermatozoides vivos recuperados após processamento seminal e com morfologia normal;
- c) Mulher com idade superior a 35 anos, e/ou sinais de comprometimento da reserva ovariana;
- d) Falha dos procedimentos anteriores.

Observação: Para as mulheres acima de 40 anos, deverá ser 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, deverá ser avaliada a possibilidade de utilização da técnica de reprodução assistida com doação de óvulos, em serviços que disponibilizem esta alternativa.

FIV com Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoides – ICSI (item 3.3.2.3):

- 1) **Hiperestimulação Ovariana Controlada (HOC);** esta deverá ser realizada com 05 USG transvaginais em média e utilização de medicações estimuladoras, tais como:
 - a) moduladores estrogênicos: citrato de clomifene, inibidores da aromatase;
 - b) análogos do GnRH: agonistas e antagonistas;
 - c) Gonadotrofinas: HMG, FSH recombinante ou urinários, hCG recombinante ou urinário;
 - d) Hormônios ovarianos: progesterona oral, vaginal ou injetável e estradiol.

- 2) **Aspiração Folicular Guiada por Ultrassom sob Analgesia;**
- 3) **Coleta Alternativa de Espermatozóides:** eletroejaculação, PESA, MESA, TESE e TESA.
- 4) **Procedimentos Laboratoriais;**
 - a. identificação e preparo de gametas;
 - b. injeção intracitoplasmática de espermatozóides;
 - c. verificação de fertilização;
 - d. classificação de pré-embriões;
 - e. preparo de material para transferência;
- 5) **Criopreservação de Gametas e/ou Pré-embriões;** para uso do próprio indivíduo, como preservação da fertilidade.
- 6) **Transferência Embrionária;**
- 7) **Procedimentos Especiais:**
 - a) abertura ou afinamento de zona pelúcida ou eclosão embrionária assistida (Assisted hatching);
 - b) diagnóstico genético pré implantacional (PGD), a partir da extração de corpúsculo polar ou blastômero com estudo citogenético dos mesmos.

Critérios de Indicação:

- a) Fator masculino com menos de 2 milhões de espermatozóides recuperados após processamento seminal e/ou morfologia anormal;
- b) Espermatozóides provenientes de coletas alternativas;
- c) Falha de fertilização em FIV convencional;

Observação: Para as mulheres acima de 40 anos, deverá ser 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, deverá ser avaliada a possibilidade de utilização da técnica de reprodução assistida com doação de óvulos, em serviços que disponibilizem esta alternativa.

IV. PROTOCOLO PARA ATENÇÃO DE MÉDIA (SAE II b) E ALTA COMPLEXIDADE EM RHA PARA OS CASAIS QUE CONVIVEM COM O HIV

A implementação da atenção em planejamento familiar para assistir a concepção de casais que convivem com o HIV e hepatites virais tem seus pilares pautados nos seguintes aspectos:

- traçar recomendações que reforcem o controle do risco de transmissão horizontal (transmissão do HIV e/ou vírus das hepatites virais para o parceiro);
- traçar recomendações que reduzam os riscos de transmissão vertical (transmissão do HIV e/ou vírus das hepatites virais da mãe para o filho);
- proteger a saúde materna, quando for a mulher a portadora do HIV e/ou do vírus das hepatites virais.

Observação: essa linha de cuidado deve prevê, durante todo o processo, acompanhamento bio-psico-social, conforme as diretrizes do item I deste anexo.

Por possuir equipe mínima, composta por ginecologista, urologista, enfermeira; psicóloga e assistente social, os Serviços de Assistência Especializada (SAE), na classificação SAE II b, serão a porta de entrada para os casais que convivem com o HIV, e para os que convivem com as hepatites virais, que desejam engravidar. Nesse nível de atenção devem ser realizados na pessoa portadora:

1. A anamnese; o exame clínico; e o exame ginecológico/urológico.
2. Os testes de diagnóstico: avaliação de linfócitos CD4; e avaliação da Carga Viral do HIV.
3. **Na mulher:**
 - triagem das seguintes co-infecções: sorologia para as hepatites B e C; sorologia para sífilis (VDRL e TPHA ou FTA Abs); sorologia para Toxoplasmose (IgG e IgM); sorologia para Chagas; investigar a vacinação contra rubéola e imunizar se negativa e se liberada para vacina com vírus vivo atenuado; investigar sobre a vacinação antitetânica e vacinar se necessário;
 - citologia oncótica cérvico-vaginal tríplice.

No homem: triagem das seguintes co-infecções: sorologia para as hepatites B e C; sorologia para sífilis (VDRL e TPHA ou FTA Abs).

Observação: a maior parte dos exames mencionados nos itens 2 e 3 fazem parte da rotina dos SAE, repetir apenas os que se fizerem necessário.

4. Realizar tratamento da portadora com anti-retrovirais, segundo as recomendações do consenso terapêutico, do ano em vigência, *“Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes”*, preparando-a para iniciar a gestação em momento oportuno.
5. Realizar tratamento do portador com anti-retrovirais, segundo as recomendações do consenso terapêutico, do ano em vigência, *“Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV”*, preparando-o para fornecer o esperma com carga viral indetectável.

Com base nos resultados dessa avaliação/terapia, os seguintes critérios de inclusão e exclusão, foram adotados:

Para as Mulheres

- Critérios de inclusão:

- a) ausência de doença(s) ativa(s);
- b) ter o CD4 > 350 células/mm³;
- c) ter as duas últimas cargas virais com resultados < 1.000 cópias em vigência do esquema terapêutico que será usado durante a potencial gestação.

- Critérios de exclusão:

- a) presença de co-morbidades (hipertensão, diabetes, doença renal, doença auto-imune, etc.) não controladas;
- b) ser portadora do vírus da hepatite C;
- c) ter infecção pelo vírus das hepatites B, com necessidade de tratamento;
- d) estar em uso de droga teratogênica.

Para os Homens:

- **Critério de exclusão:** ser portador do vírus da hepatite C.

Encontrando-se o casal dentro dos critérios de inclusão acima mencionados, os seguintes exames pré-concepcionais deverão ser realizados:

1. Exames a serem realizados na mulher portadora do HIV:

- Tipagem sanguínea; Coombs indireto, se necessário.
- Triagem de co-morbidades não infecciosas: avaliação da pressão arterial; glicemia de jejum e teste de sobrecarga à glicose, se necessário; perfil lipídico (colesterol e triglicérides); provas de função renal (uréia e creatinina séricas); hemograma completo; enzimas hepáticas (ALT/AST).
- Reação de Mantoux;
- Sumário de Urina e Urocultura.

2. Exames a serem realizados no homem portador do HIV:

- Espermograma;
- Carga viral espermática (é fundamental ter níveis indetectáveis nas duas últimas avaliações).

Observação: repetir os exames, solicitados durante o período de definição de inclusão do casal para a concepção, que se fizerem necessário.

3. Exames a serem realizados no(a) parceiro(a) sem o HIV:

Na Mulher:

- Tipagem sanguínea; hemograma completo; glicemia de jejum;
- Sumário de Urina;

- Teste anti-HIV;
- sorologia para sífilis (VDRL e TPHA ou FTA Abs); sorologia para a hepatite B (HbsAg) e sorologia para a hepatite C; sorologia para Toxoplasmose (IgG e IgM); citologia oncótica cérvico-vaginal triplíce (de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde);
- investigar a vacinação contra rubéola e imunizar se negativa;
- investigar sobre a vacinação antitetânica e vacinar se necessário;

No Homem:

- Espermograma;
- Teste anti-HIV;
- sorologia para sífilis (VDRL e TPHA ou FTA Abs); sorologia para as hepatites B e C.

Encontrando-se o casal em condições bio (clínicas e laboratoriais), psico e social para a futura paternidade/maternidade, os seguintes procedimentos para a concepção deverão ser realizados:

Procedimentos para a concepção, em casais que convivem com o HIV:

1) quando apenas a mulher é portadora do HIV

- a) Inicialmente os casais devem receber orientação para durante três meses tentar a gravidez. Para isso, serão orientados para:
- durante o período fértil da mulher, logo após a ejaculação, realizar a deposição artificial do esperma na vagina (inseminação artificial vaginal, realizada pelo próprio casal);
 - 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).

Observações:

- - considerar tratamentos de maior complexidade nas mulheres com idade superior a 35 anos e/ou com sinais de comprometimento da reserva ovariana.
 - - na falha das recomendações supra-citadas, em especial quando a mulheres tiver mais de 35 anos, iniciar a avaliação básica, de infertilidade do casal, por meio das dosagens de FSH e Estradiol (2o ao 5o dia do ciclo), progesterona da fase lútea média, SDHEA (Sulfato de Dehidroepiandrosterona), ecografia transvaginal e pélvica, espermograma e capacitação, ecografia trans-retal (próstata e vesícula seminal), ecografia da bolsa testicular entre outros exames estabelecidos no protocolo para atenção de Média e Alta Complexidade em RHA (item III deste anexo).
- b) Casais sem problemas de fertilidade poderão ser orientados para manter as recomendações referidas acima, no item a, por mais três meses. Caso a gestação aconteça, a mulher fará seu acompanhamento pré-natal no próprio SAE. Não

acontecendo a gestação nesse período, o casal deverá ser reavaliado pela equipe e encaminhado para o serviço de reprodução assistida de Alta Complexidade, com resumo clínico e exames realizados, para realizar a inseminação intra-uterina.

- c) Casais com problemas de fertilidade deverão ser avaliados pela equipe (serviço social, psicologia ginecologia e infectologia), e encaminhados por meio de parecer conjunto favorável para um serviço de reprodução assistida de Alta Complexidade. Caso o parecer não seja favorável, o casal deverá receber atendimento no próprio SAE e/ou ser encaminhado, conforme a necessidade do caso, para serviços de outra(s) especialidade(s).

2) quando o homem é portador do HIV, sendo a mulher portadora ou não desse vírus:

- d) Nesses casos, o casal deverá ser encaminhado para o serviço de reprodução humana assistida de Alta Complexidade, por meio de parecer conjunto favorável da equipe (serviço social, psicologia ginecologia e infectologia), com resumo clínico e exames realizados, para: realizar a lavagem do esperma e a inseminação intra-uterina.
- e) Caso a gestação aconteça, a mulher fará seu acompanhamento pré-natal até a 12ª semana de gestação no serviço de RHA e no SAE de origem, ficando o acompanhamento posterior apenas com o SAE II de origem. A necessidade de acompanhamento psicossocial da gestação deverá ser discutida e avaliada em equipe.

Observação:

- a) Quanto aos encaminhamentos dos casais para os serviços SRHA:
- todos os encaminhamentos supracitados deverão ser realizados através da central de regulação;
- b) Quanto à avaliação da equipe do SAE:
- O casal deverá passar por no mínimo duas consultas com a psicologia e uma com o serviço social para avaliação e elaboração de parecer. O parecer deverá ser registrado em formulário próprio onde conste a avaliação da infectologia, da ginecologia, da psicologia e do Serviço Social. No caso de discordância na avaliação, a equipe deverá se reunir para discussão do caso e definição de parecer conjunto.
- c) Quanto à avaliação da equipe do SRHA:
- O serviço de RHA de Alta Complexidade deverá informar o casal do parecer em atendimento específico para devolutiva, por um dos profissionais da equipe que participaram da avaliação, retornando o casal ao SAE de origem por meio de parecer com resumo clínico e os resultados dos exames realizados.

- Previsão de Custos para Reprodução Humana Assistida

Este é um estudo preliminar que servirá de base para a construção da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida criada pela Portaria GM nº 426 de 22 de março de 2005 e publicada no D.O.U. de 23/03/2005.

Dizemos **preliminar e base** pois para chegarmos ao definitivo com o cálculo do impacto financeiro/ano dependemos de definições por parte do Ministério da Saúde principalmente no que se refere ao **Número de Centros que serão credenciados no Brasil e conseqüentemente a Capacidade de Atendimento/ano de cada um.**

A partir do Protocolo para Atenção Integral ao Casal Infértil baseado em linhas de cuidado foi elaborada Tabela de Custos dos procedimentos necessários para cada fase (estágio) da Reprodução Assistida.

1. Tabela de Custos dos Procedimentos

- 1.1. Atenção Básica para o Casal - R\$ 00,00
- 1.2. Triagem básica na Média Complexidade – R\$ 277,49 (o conjunto)
- 1.3. Pesquisa especial feminina – R\$ 88,53
- 1.4. Pesquisa especial masculina - R\$ 96,31
- 1.5. Coito Programado (por ciclo) - R\$ 24,78
- 1.6. Coito programado com estimulação ovariana (por ciclo) - R\$ 62,38
- 1.7. Estimulação ovariana para inseminação intra-uterina (por ciclo) (Custo incluído no item 1.9) - R\$ 471,31
- 1.8. Estimulação ovariana para fertilização *in vitro* (por ciclo) (Custo incluído nos itens de 1.10 a 1.14) - R\$ 3.059,12
- 1.9. Inseminação intra-uterina (por ciclo) - R\$ 603,95
- 1.10. Fertilização *in vitro* convencional sem ovócito (por ciclo) - R\$ 3.180,40
- 1.11. Fertilização *in vitro* convencional sem fertilização (por ciclo) - R\$ 3.727,04
- 1.12. Fertilização *in vitro* convencional com fertilização (por ciclo) - R\$ 4.035,14
- 1.13. Fertilização *in vitro* com injeção intracitoplasmática de espermatozóide sem ovócito ou sem espermatozóide (por ciclo) - R\$ 3.828,27
- 1.14. Fertilização *in vitro* com injeção intracitoplasmática de espermatozóide sem fertilização (por ciclo) - R\$ 4.386,42
- 1.15. Fertilização *in vitro* com injeção intracitoplasmática de espermatozóide com fertilização (por ciclo) - R\$ 4.694,52

2. Público Alvo

Em reuniões do Grupo de Trabalho criado para desenvolver o tema estabeleceu-se que a população considerada seria a feminina na faixa etária de 25 a 49 anos.

2.1. População Feminina na faixa etária de 25 a 49 anos, segundo estimativa do IBGE - 31.611.201

2.2. Calculado que em média 80 % são SUS dependente – 25.288.961

2.3. Considerado que o Casal Infértil, segundo estudos apresentados, corresponde a 14% da população feminina, – 3.793.344

2.4. Considerado que o Casal Infértil por ano corresponde a 7,345 % da população feminina infértil – 278.621

2.5. Destes 100 % se submetem aos procedimentos de Atenção Básica – 278.621.

2.6. Estima-se que destes serão triados, em média, 80 % para se submeterem aos procedimentos para a Triagem Básica na Média Complexidade (TBMC) – 222.897 – que serão distribuídos (com base na vivência e em estudos) da seguinte forma:

2.6.1. 10 % tem indicação para Coito Programado – 22.290

2.6.2. 15 % apresenta Disovulia e tem indicação para Coito Programado com estimulação – 33.435

2.6.3. 50 % necessitará de algum tipo de cirurgia – 111.448

2.6.4. 15% será submetida diretamente à Inseminação Intra-uterina – 33.435

2.6.5. 10 % será submetida diretamente à Fertilização *in vitro* - 22.290

Considerando a linha de cuidado passaremos a detalhar o público de cada estágio:

Coito Programado (CP):

Público alvo : 22.290

1º ciclo – 100 % - 22.290

2º ciclo – 85 % do 1º ciclo - 18.946

3º ciclo – 85 % do 2º ciclo - 16.104

Observação: estima-se que 60 % de 22.290 – público alvo do CP ou seja 13.374 serão encaminhados ao Coito programado com estímulo por falha no tratamento.

Coito Programado com estimulação (CPE) –

Público alvo : 33.435 mais os 13.374 (oriundos do CP por falha no tratamento) –

TOTAL : 46.808

1º ciclo – 100 % - 46.808

2º ciclo – 85 % do 1º ciclo - 39.787

3º ciclo – 85 % do 2º ciclo - 33.819

Observação: estima-se que após o 3º ciclo 85 % (28.746) serão encaminhados para Inseminação Intra-uterina.

Inseminação Intra-uterina –

Público alvo : 33.435 mais os 28.746 encaminhados do CPE

TOTAL : 62.181

1º ciclo – 100 % - 62.181

2º ciclo – 85 % do 1º ciclo - 52.854

3º ciclo – 85 % do 2º ciclo - 44.926

Observação: estima-se que após o 3º ciclo 85 % (38.187) serão encaminhados para Fertilização *in vitro*.

Tratamento Cirúrgico –

Público alvo : 111.448 destes 60% (66.869) serão encaminhados para Fertilização *in vitro*.

Fertilização *in vitro* –

Público alvo : 22.290 mais os 66.869 encaminhados após a cirurgia e mais os 38.187 encaminhados após falha na Inseminação Intra-uterina – total 127.346

FIVc - 10 % do público alvo (22.290) serão encaminhados para FIVc - 2.229 mais os encaminhados por falha na cirurgia (66.869) e na Inseminação Intra-uterina (38.187) totalizando 107.285

ICSI - 90 % serão encaminhados para ICSI - 20.061 mais 10.728 encaminhados da FIVc por falha de fertilização totalizando 30.789.

FIVc - Fertilização *in vitro* convencional

Público alvo : 10 % do público alvo serão encaminhados para FIVc - 2.229 mais os encaminhados por falha na cirurgia (66.869) e na Inseminação Intra-uterina (38.187) totalizando 107.285

FIVc - Fertilização *in vitro* convencional sem ovócito

Público alvo : 10 % da população inicial – 10.728

1º ciclo – 100 % - 10.728

2º ciclo – 1% do 1º ciclo - 107

3º ciclo – 80% do 2º ciclo - 86

FIVc - Fertilização *in vitro* convencional sem fertilização

Público alvo : 10 % da população inicial – 10.728

1º ciclo – 100 % - 10.728

Observação: estima-se que após os dois estágios acima 10.728 serão encaminhados para ICSI.

FIVc - Fertilização *in vitro* convencional com fertilização (inclui transferência de embrião)

Público alvo : 80% do público encaminhado para FIVc – 85.825

1º ciclo – 100 % - 85.825

2º ciclo – 80% do 1º ciclo - 68.662

ICSI - Fertilização *in vitro* com injeção intracitoplasmática de espermatozóide

Público alvo : 90 % serão encaminhados para ICSI - 20.061 mais 10.728 encaminhados da FIVc por falha de fertilização totalizando 30.789.

ICSI - Fertilização *in vitro* com injeção intracitoplasmática de espermatozóide com coleta alternativa (sem espermatozóide)

Público alvo : 10 % da população inicial – 3.079

1º ciclo – 100 % - 3.079

2º ciclo – 60% do 1º ciclo - 1.847

ICSI - Fertilização *in vitro* com injeção intracitoplasmática de espermatozóide sem fertilização

Público alvo : 5 % da população inicial – 1.539

1º ciclo – 100 % - 1.539

2º ciclo – 100 % do 1º ciclo - 1.539

ICSI - Fertilização *in vitro* com injeção intracitoplasmática de espermatozóide com fertilização (inclui transferência de embrião)

Público alvo : 85 % da população inicial – 26.171

1º ciclo – 100 % - 26.171

2º ciclo – 80 % do 1º ciclo - 20.937

3. Planilha comparativa dos procedimentos com o público alvo visando a não superposição de procedimentos

Definidas as Tabelas de Custos dos procedimentos por estágio e estabelecida a distribuição da população como público alvo por estágio e/ou procedimento foi montada uma planilha para que fosse evitada a superposição de procedimentos para um mesmo público.

4. Financeiro

A partir da planilha acima foram multiplicados os valores de cada procedimento pelo público alvo chegando-se assim **ao total geral de R\$ 1.184.454.845,69, na suposição de atendimento a 100 % dos casais inférteis SUS dependentes.**

5. Sugestão

No estudo apresentado o público alvo foi levantado na população feminina compreendida na faixa etária 25 a 49 anos.

Considerando que quando as crianças nascidas de mães na faixa etária entre 40 e 49 anos atingirem a idade de 20 anos, provavelmente ainda serão totalmente dependentes dos pais e estudando, os pais já estarão com idade entre 60 a 69 anos, e considerando ainda a possibilidade de nat morto, patologias, doenças congênitas e gravidez de alto risco devido à idade, projetamos um novo cenário com redução da idade limite para 39 anos.

Este cenário apresentou uma diminuição dos custos para atendimento de 100% dos casais, na ordem de R\$ 445.148.859,05 ou seja uma redução real de 37,58 % passando de R\$ 1.184.454.845,69 para R\$ 739.305.986,64.

Previsão de Custos para Reprodução Humana Assistida

Capacidade Instalada

Este é um estudo preliminar que servirá de base para a construção da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida criada pela Portaria GM nº 426 de 22 de março de 2005 e publicada no D.O.U. de 23/03/2005.

A partir do Protocolo para Atenção Integral ao Casal Infértil baseado em linhas de cuidado foi elaborada Tabela de Custos dos procedimentos necessários para cada fase (estágio) da Reprodução Assistida.

6. Tabela de Custos dos Procedimentos

- 6.1.** Atenção Básica para o Casal - R\$ 00,00 (o conjunto)
- 6.2.** Triagem básica na Média Complexidade – R\$ 277,49 (o conjunto)
- 6.3.** Pesquisa especial feminina – R\$ 88,53
- 6.4.** Pesquisa especial masculina - R\$ 96,31
- 6.5.** Coito Programado (por ciclo) - R\$ 24,78
- 6.6.** Coito programado com estimulação ovariana (por ciclo) - R\$ 62,38
- 6.7.** Estimulação ovariana para inseminação intra-uterina (por ciclo) (Custo incluído no item 1.9) - R\$ 471,31
- 6.8.** Estimulação ovariana para fertilização *in vitro* (por ciclo) (Custo incluído nos itens de 1.10 a 1.14) - R\$ 3.059,12
- 6.9.** Inseminação intra-uterina (por ciclo) - R\$ 603,95
- 6.10.** Fertilização *in vitro* convencional sem ovócito (por ciclo) - R\$ 3.180,40
- 6.11.** Fertilização *in vitro* convencional sem fertilização (por ciclo) - R\$ 3.727,04
- 6.12.** Fertilização *in vitro* convencional com fertilização (por ciclo) - R\$ 4.035,14
- 6.13.** Fertilização *in vitro* com injeção intracitoplasmática de espermatozóide sem ovócito ou sem espermatozóide (por ciclo) - R\$ 3.828,27
- 6.14.** Fertilização *in vitro* com injeção intracitoplasmática de espermatozóide sem fertilização (por ciclo) - R\$ 4.386,42
- 6.15.** Fertilização *in vitro* com injeção intracitoplasmática de espermatozóide com fertilização (por ciclo) - R\$ 4.694,52

7. Público Alvo

A partir de dados fornecidos por entidades que atuam na área de Reprodução Humana Assistida, foi calculada a média nacional de capacidade anual de atendimento por serviço credenciado.

- 7.1.** Capacidade anual de atendimento: 1.045 casais inférteis por serviço credenciado

- 7.2.** Destes 100 % se submetem aos procedimentos de Atenção Básica – **1.045**
- 7.3.** Estima-se que destes serão triados, em média, 80 % para se submeterem aos procedimentos para a Triagem Básica na Média Complexidade (TBMC) – **836** – que serão distribuídos (com base na vivência e em estudos) da seguinte forma:
- 7.3.1.** 10 % tem indicação para Coito Programado – **84**
- 7.3.2.** 15 % apresenta Disovulia e tem indicação para Coito Programado com estimulação – **125**
- 7.3.3.** 50 % necessitará de algum tipo de cirurgia – **418**
- 7.3.4.** 15% será submetida diretamente à Inseminação Intra-uterina – **125**
- 7.3.5.** 10 % será submetida diretamente à Fertilização *in vitro* - **84**

Considerando a linha de cuidado passaremos a detalhar o público de cada estágio:

Coito Programado (CP):

Público alvo : 84

1º ciclo – 100 % - **84**

2º ciclo – 85 % do 1º ciclo - **71**

3º ciclo – 85 % do 2º ciclo - **60**

Observação: estima-se que 60 % de 84 – público alvo do CP ou seja 50 serão encaminhados ao Coito programado com estímulo por falha no tratamento.

Coito Programado com estimulação (CPE) –

Público alvo : 125 mais os 50 (oriundos do CP por falha no tratamento) –

TOTAL : 175

1º ciclo – 100 % - 175

2º ciclo – 85 % do 1º ciclo - 149

3º ciclo – 85 % do 2º ciclo - 127

Observação: estima-se que após o 3º ciclo 85 % (108) serão encaminhados para Inseminação Intra-uterina.

Inseminação Intra-uterina –

Público alvo : 125 mais os 108 encaminhados do CPE

TOTAL : 233

1º ciclo – 100 % - 233

2º ciclo – 85 % do 1º ciclo - 198

3º ciclo – 85 % do 2º ciclo - 168

Observação: estima-se que após o 3º ciclo 85 % (143) serão encaminhados para Fertilização *in vitro*.

Tratamento Cirúrgico –

Público alvo : 418 destes 60% (251) serão encaminhados para Fertilização *in vitro*.

Fertilização *in vitro* –

Público alvo : 8 mais os **251** encaminhados após a cirurgia e mais os **143** encaminhados após falha na Inseminação Intra-uterina – total **478**

FIVc - 10 % do público alvo (836) serão encaminhados para FIVc - 8 mais os encaminhados por falha na cirurgia (251) e na Inseminação Intra-uterina (143) totalizando **402**

ICSI - 90 % serão encaminhados para ICSI - 75 mais 40 encaminhados da FIVc por falha de fertilização totalizando **115**.

FIVc - Fertilização *in vitro* convencional

Público alvo : 10 % do público alvo serão encaminhados para FIVc - 8 mais os encaminhados por falha na cirurgia (251) e na Inseminação Intra-uterina (143) totalizando **402**

FIVc - Fertilização *in vitro* convencional sem ovócito

Público alvo : 10 % da população inicial – 10.728

1º ciclo – 100 % - 40

2º ciclo – 1% do 1º ciclo - 1

3º ciclo – 80% do 2º ciclo - 1

FIVc - Fertilização *in vitro* convencional sem fertilização

Público alvo : 10 % da população inicial – 40

1º ciclo – 100 % - 40

Observação: estima-se que após os dois estágios acima 40 serão encaminhados para ICSI.

FIVc - Fertilização *in vitro* convencional com fertilização (inclui transferência de embrião)

Público alvo : 80% do público encaminhado para FIVc – 322

1º ciclo – 100 % - 322

2º ciclo – 80% do 1º ciclo - 258

ICSI - Fertilização *in vitro* com injeção intracitoplasmática de espermatozóide

Público alvo : 90 % serão encaminhados para ICSI - 75 mais 40 encaminhados da FIVc por falha de fertilização totalizando **115**.

ICSI - Fertilização *in vitro* com injeção intracitoplasmática de espermatozóide com coleta alternativa (sem espermatozóide)

Público alvo : 10 % da população inicial – 12

1º ciclo – 100 % - 12

2º ciclo – 60% do 1º ciclo - 7

ICSI - Fertilização *in vitro* com injeção intracitoplasmática de espermatozóide sem fertilização

Público alvo : 5 % da população inicial – 6

1º ciclo – 100 % - 6

2º ciclo – 100 % do 1º ciclo - 6

ICSI - Fertilização *in vitro* com injeção intracitoplasmática de espermatozóide com fertilização (inclui transferência de embrião)

Público alvo : 85 % da população inicial – 98

1º ciclo – 100 % - 98

2º ciclo – 80 % do 1º ciclo - 79

8. Planilha comparativa dos procedimentos com o público alvo visando a não superposição de procedimentos

Definidas as Tabelas de Custos dos procedimentos por estágio e estabelecida a distribuição da população como público alvo por estágio e/ou procedimento foi montada uma planilha para que fosse evitada a superposição de procedimentos para um mesmo público.

9. Financeiro

A partir da planilha acima foram multiplicados os valores de cada procedimento pelo público alvo chegando-se assim **ao total geral de R\$ 4.619.649,92, por serviço credenciado.**

A meta é o credenciamento de 14 serviços, prevendo uma despesa de R\$ 64.675.098,94 anual mas como no 1º ano somente serão credenciados 8 serviços a previsão de gasto para os primeiros 12 (doze) meses é de **R\$ 36.957.199.**

ANEXO 2

Dados do Pedido

Protocolo	25820008474201995
Solicitante	catarina cruz salles
Data de Abertura	22/10/2019 14:07
Orgão Superior Destinatário	MS – Ministério da Saúde
Orgão Vinculado Destinatário	
Prazo de Atendimento	11/11/2019
Situação	Respondido
Status da Situação	Acesso Concedido (Resposta solicitada inserida no e-SIC)
Forma de Recebimento da Resposta	Pelo sistema (com avisos por email)
Resumo	Obtenção de informações acerca da Portaria MS 3149/2012 e de serviços de saúde relacionados à reprodução humana assistida
Detalhamento	<p>Sou mestranda pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Para o melhor desenvolvimento da minha pesquisa, estou buscando informações acerca da Portaria MS 3149/2012, que destina recursos financeiros aos estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos de atenção à Reprodução Humana Assistida, no âmbito do SUS. Solicito informações sobre o repasse de verbas federais aos centros de saúde contemplados na Portaria:</p> <ol style="list-style-type: none">1- Houve apenas um único repasse de verbas em cota única para cada unidade de saúde? Isso ocorreu quando da publicação da portaria?2 - Alguma unidade de saúde ficou sem esse repasse?3- O repasse de verbas ocorre anualmente para que cada unidade de saúde possa dar continuidade aos serviços médicos de reprodução assistida?4- A União Federal destina mais alguma outra verba para algum programa de saúde do país relacionado à reprodução humana assistida?

Dados da Resposta

Data de Resposta	11/11/2019 11:13
Tipo de Resposta	Acesso Concedido
Classificação do Tipo de Resposta	Resposta solicitada inserida no e-SIC

Resposta

Prezada cidadã,

Em atenção a Lei de Acesso à Informação, o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, do Ministério da Saúde (DAPES/SAPS/MS) informa que a Portaria nº 426/2005/GM/MS, de 22 de março de 2005, que instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida e dá outras providências, atualmente integra a Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Como toda política, ela precisa ser regulamentada e os procedimentos e medicamentos específicos necessitam de avaliação junto à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC) para sua incorporação no Sistema Único de Saúde.

Esta avaliação se utiliza de análise baseada em evidências, levando em consideração aspectos como eficácia, acurácia, efetividade e a segurança da tecnologia, além da avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já existentes. Tendo em vista o alto custo dos procedimentos avançados e medicamentos relacionados à RHA, a incorporação dos mesmos aguarda sinalização orçamentária e financeira para que se avance na incorporação enquanto oferta pelo SUS.

Assim o repasse financeiro ocorreu uma única vez, na publicação da Portaria nº 3.149/2012/GM/MS, de 28 de dezembro de 2012, que destinou recursos financeiros aos estabelecimentos de saúde que realizavam procedimentos de atenção à Reprodução Humana Assistida no âmbito do SUS, incluindo fertilização in vitro e/ou injeção intracitoplasmática de espermatozoides

Ressalta que alguns procedimentos são pagos pelo SUS e podem ser utilizados para o tratamento de infertilidade primária: consulta médica, colpocitologia oncótica, sorologia anti-HIV, sorologia para hepatite B, sorologia para hepatite C, sorologia para sífilis (VDRL), sorologia para toxoplasmose IgG e IgM, glicemia de jejum, vacinação contra rubéola, espermograma, consulta em ginecologia, consulta especializada em urologia, atendimento individual em psicologia, atendimento individual serviço social, atendimento em grupo multidisciplinar, ultrassonografia transvaginal, histerossalpingografia, biópsia de endométrio, dosagem de prolactina, dosagens de TSH, FSH, T4 livre, LH, estradiol, SDHEA, testosterona, insulina, cultura de esperma, antibiograma simples, histeroscopia diagnóstica, laparoscopia diagnóstica, ultrassonografia transretal, ultrassonografia bolsa escrotal, biópsia testicular, pesquisa de cariótipo por banda, punção do fundo do saco vaginal, gonadotrofina urinária e gonadotrofina coriônica humana

Área responsável pela resposta: Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, do Ministério da Saúde (DAPES/SAPS/MS)

Responsável pela Resposta	Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, do Mini
Destinatário do Recurso de Primeira Instância:	Diretor do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, da Secretaria de Atenção Primária à Saú
Prazo Limite para Recurso	21/11/2019

Classificação do Pedido

Categoria do Pedido	Saúde
Subcategoria do Pedido	Legislação de saúde
Número de Perguntas	1

Histórico do Pedido

Data do evento	Descrição do evento	Responsável
22/10/2019 14:07	Pedido Registrado para para o Órgão MS – Ministério da Saúde	SOLICITANTE
11/11/2019 11:13	Pedido Respondido	MS – Ministério da Saúde

ANEXO 3

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
Centro de Ciências Jurídicas e Políticas – CCJP
Programa de Pós-Graduação em Direito – PPGD
Mestrado em Direito

Questionário:

- 1- Qual a média de tempo de espera para a primeira consulta nessa unidade de saúde?
- 2- Nessa unidade de saúde existe limite de idade máxima da mulher para a sua admissão na fila de espera e realização dos tratamentos?
- 3- É oferecida alguma cartilha informativa aos pacientes antes de se dar início ao tratamento?
- 4- Quais as etapas necessárias para a realização de tratamento de reprodução assistida nessa unidade de saúde (encaminhamento por unidade de saúde do SUS, número de consultas médicas, palestras educativas, entrevistas individuais, atendimento psicológico)?
- 5- Os exames necessários para o início dos tratamentos são realizados gratuitamente por essa unidade de saúde?
- 6- Para a realização de tratamentos, essa unidade de saúde fornece aos pacientes todos os medicamentos de forma gratuita?
- 7- Essa unidade de saúde realiza todos os tipos de tratamento de reprodução assistida, inclusive os de alta complexidade, como fertilização *in vitro*?
- 8- Essa unidade de saúde possui alguma orientação quanto ao número de embriões a serem transferidos por tentativa?
- 9- Nessa unidade de saúde existe limite de tentativas por paciente?
- 10- Pessoas portadoras de doenças crônicas (como diabetes e cardiopatias) e/ou infecciosas (como hepatite B e C ou AIDS) estão aptas a realizar o tratamento de reprodução assistida nessa unidade de saúde?
- 11- Pessoas ou casais homoafetivos podem realizar o tratamento nessa unidade de saúde?
- 12- Essa unidade de saúde possui banco de gametas (óvulos e sêmen) ou programa de útero de substituição (“barriga de aluguel”)?
- 13- Essa unidade de saúde realiza a cobrança de algum valor para a manutenção de gametas ou embriões congelados?
- 14- Havendo gametas ou embriões congelados, e caso o paciente/casal deseje fazer uma nova tentativa de gravidez, será necessário entrar no final da fila de espera para novo atendimento?
- 15- Essa unidade de saúde possui serviço de atendimento psicológico aos pacientes?
- 16- Qual o montante total de recursos públicos repassados anualmente pelo Governo federal a essa unidade de saúde destinados aos tratamentos de reprodução assistida?
- 17- Esses recursos financeiros são suficientes para o atendimento adequado da demanda da população que procura os serviços públicos de saúde dessa unidade?

ANEXO 4

Informações - Reprodução Assistida

Rui Ferriani <ruiferriani@gmail.com>

3 de setembro de 2019 21:43

Para: CLINICA CIVIL <ccivil@hcrp.usp.br>, catarinacruzsalles@gmail.com

Cc: Ilza Mazocatto <ilzarema@fmrp.usp.br>

Prezada Catarina, em anexo o questionario respondido referente ao HC de RIbeirao PReto. Devo esclarecer que fomos o primeiro serço publico a oferecer FIV, em 1992, conseguido com verbas orçamentárias do HC via Secretaria de Saude. A unica alinea especifica recebida do SUS foi a da resoluçao 3149, em cota unica de R\$ 1,5 milhao, mas nunca houve tabela SUS com remuneraçao espec'ifica, e nosso centro funciona desde seu inicio com verba orçamentária, sem nunca ter interrompido suas atividades. Por isso mesmo nao fornecemos medicacoes e estamos sempre sob pressao da judicializácao, facil de ser obtida tendo em vista a obrigatoriedade legal do estado em conceder o tratamento.

Estou a disposiçã, e por favor me envie seus resultados

Rui Ferriani

Professor Titular USP

Chefe Setor Reproduçao Humana HCRP

[Texto das mensagens anteriores oculto]

catarinacruzsalles@gmail.com

Attachments:

- Questionário - unid saúde.docx



Questionário - unid saúde 2.docx

31K

Questionário: (respondido por Dr Rui, Ferriani, do Hospital das Clínicas FAEPA Ribeirão Preto)

- 1- Qual a média de tempo de espera para a primeira consulta nessa unidade de saúde? 1 ano
- 2- Nessa unidade de saúde existe limite de idade máxima da mulher para a sua admissão na fila de espera e realização dos tratamentos? 38 anos
- 3- É oferecida alguma cartilha informativa aos pacientes antes de se dar início ao tratamento? Sim, todos a rede de atenção básica fornece nosso protocolo
- 4- Quais as etapas necessárias para a realização de tratamento de reprodução assistida nessa unidade de saúde (encaminhamento por unidade de saúde do SUS, número de consultas médicas, palestras educativas, entrevistas individuais, atendimento psicológico)? ,O encaminhamento é feito pela rede básica dentro do sistema de referencia CROSS, sem entrada direta no HC
- 5- Os exames necessários para o início dos tratamentos são realizados gratuitamente por essa unidade de saúde? Sim
- 6- Para a realização de tratamentos, essa unidade de saúde fornece aos pacientes todos os medicamentos de forma gratuita? Nao
- 7- Essa unidade de saúde realiza todos os tipos de tratamento de reprodução assistida, inclusive os de alta complexidade, como fertilização *in vitro*? Sim
- 8- Essa unidade de saúde possui alguma orientação quanto ao número de embriões a serem transferidos por tentativa? Dois independente da idade
- 9- Nessa unidade de saúde existe limite de tentativas por paciente? Sim, 3 ciclos de indução
- 10- Pessoas portadoras de doenças crônicas (como diabetes e cardiopatias) e/ou infecciosas (como hepatite B e C ou AIDS) estão aptas a realizar o tratamento de reprodução assistida nessa unidade de saúde? Não fazemos em soro positivas por falta de laboratório isolado
- 11- Pessoas ou casais homoafetivos podem realizar o tratamento nessa unidade de saúde? Sim
- 12- Essa unidade de saúde possui banco de gametas (óvulos e sêmen) ou programa de útero de substituição (“barriga de aluguel”)? Banco terceirizado, e sim para útero substituição
- 13- Essa unidade de saúde realiza a cobrança de algum valor para a manutenção de gametas ou embriões congelados? Nao
- 14- Havendo gametas ou embriões congelados, e caso o paciente/casal deseje fazer uma nova tentativa de gravidez, será necessário entrar no final da fila de espera para novo atendimento? Nao
- 15- Essa unidade de saúde possui serviço de atendimento psicológico aos pacientes? Sim
- 16- Qual o montante total de recursos públicos repassados anualmente pelo Governo federal a essa unidade de saúde destinados aos tratamentos de reprodução assistida? Nenhum
- 17- Esses recursos financeiros são suficientes para o atendimento adequado da demanda da população que procura os serviços públicos de saúde dessa unidade? Não

O centro de custo do HC gasta cerca de R\$ 700 mil anuais.

ANEXO 5



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Diretoria do Hospital Materno Infantil de Brasília

Despacho SEI-GDF SES/HMIB

Brasília-DF, 25 de outubro de 2019

À
OUVIDORIA/CONT/SES

Em atenção ao Memorando SEI-GDF Nº 799/2019 - SES/CONT/OUVIDORIA, encaminho as informações prestadas pela Comissão de Reprodução Humana do Hospital Materno Infantil de Brasília, conforme anexo 30430226.

Atenciosamente,



Documento assinado eletronicamente por **RODOLFO ALVES PAULO DE SOUZA - Matr.0159439-7, Diretor(a) do Hospital Materno Infantil de Brasília**, em 25/10/2019, às 15:45, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site:
[http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0](http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0&verificador=30460911)
verificador= **30460911** código CRC= **8664FCC3**.

"Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade"

Setor de Áreas Isoladas Norte (SAIN) - Parque Rural, lote s/n - Bloco B - Bairro Asa Norte - CEP 70770-200 - DF



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
Diretoria do Hospital Materno Infantil de Brasília
Comissão de Reprodução Humana do Hospital Materno Infantil de Brasília

Despacho SEI-GDF SES/HMIB/CRH

Brasília-DF, 25 de outubro de 2019

Ao GAB/HMIB,

Segue resposta ao relatório (30222300):

1. Esta resposta foi dada pela GIR/HMIB. As vagas são demandadas para as regiões de saúde do DF junto à SES e marcadas através do sistema de regulação. Informamos que cada região possui sua demanda e que não possuímos acesso atualizado da referida demanda.

2. Sim. Nosso serviço tem o seguinte protocolo de idade para as pacientes:

FIV: para lista de espera - <39 anos;

para tratamento - não temos limite de idade;

IIU: para lista de espera - <37 anos;

para tratamento até 39 anos.

3. Sim; entregamos uma folha com os exames necessários para o processo e algumas orientações gerais.

4. É marcada a primeira consulta pelo sistema de regulação. Durante a consulta, são solicitados os primeiros exames e orientada a marcar um retorno com os mesmos. As consultas subsequentes vão depender de cada caso. Após aguardar na fila de espera para o tratamento as pacientes passam por uma palestra com a equipe e, no mesmo dia, consulta com o médico.

Retorna com os resultados dos novos exames e passa por uma palestra com os biólogos antes do tratamento.

Todas as pacientes devem passar por atendimento psicológico antes de realizar Fertilização *in vitro*.

Atendimento com urologia ou genética será realizado quando necessário;

5. Não todos;

6. Sim; esta unidade fornece todas as medicações e material necessário de laboratório para realizar os tratamentos.

7. Realizamos coito programado, Inseminação intrauterina e Fertilização *in vitro*

8. Sim; seguimos as recomendações do CFM (conselho federal de medicina).

9. Sim, duas tentativas por paciente.

10. Depende da gravidade da doença e do tipo de tratamento. As doenças crônicas não infecciosas como diabetes e hipertensão não impedem a paciente de engravidar se estão bem controladas. São encaminhadas previamente para uma consulta com o médico especialista (cardiologista, endocrinologista, etc), após liberação para gravidez damos continuidade ao tratamento. A gestação é acompanhada pela equipe do serviço de Alto Risco deste hospital. Nos casos de

infecções como HIV, não temos material necessário exigido pela ANVISA para realizar a Fertilização in vitro.

11. Sim;
12. Sim. Mas não para fins de postergar fertilidade e nem de doação de gametas.
13. Não;
14. Não;
15. Sim;
16. Não sei informar, a chefe do serviço está de licença médica no momento.
17. Não, muitas vezes o serviço para por períodos curtos devido à falta de recursos financeiros.

Natalia Ivet Zavattiero Tierno

Médica



Documento assinado eletronicamente por **NATALIA IVET ZAVATTIERO TIERNO - Matr.0157263-6, Membro da Comissão de Reprodução Humana do Hospital Materno Infantil de Brasília**, em 25/10/2019, às 11:06, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site:
[http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0](http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0&verificador=30430226)
verificador= **30430226** código CRC= **3D9CFBC5**.

"Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade"

Setor de Áreas Isoladas Norte (SAIN) - Parque Rural, lote s/n - Bloco B - Bairro Asa Norte - CEP 70770-200 - DF

ANEXO 6

Resposta Ao Questionário enviado à Ouvidoria do HC-UFMG para tese de Mestrado da UNIRIO

- 1- As pacientes que são atendidas nesse setor são encaminhadas através da regulação da Prefeitura de BH e fazem o seguinte caminho: São atendidas no posto de Saúde, depois são encaminhadas para o PAM Sagrada Família e depois são encaminhadas para os ambulatórios do nosso serviço de Reprodução Humana ou para a fila de espera para consulta de Fertilização in vitro (FIV) . Os ambulatórios em geral não têm fila de espera. A Fila da FIV hoje tem uma média de espera de 5 anos, e todas as pacientes são avisadas dessa demora assim que se inscrevem na fila
A fila de espera para a FIV com óvulo doado é maior, de aproximadamente 8 anos.
- 2- Apenas os procedimentos de FIV têm limite de idade, que é de 42 anos 364 dias no dia da coleta ovular, para FIV com óvulos próprios; e até 50 anos em caso de utilizar óvulos doados.
- 3- Todos os pacientes passam por consulta médica no PAM Sagrada Família ou em algum outro ambulatório desse serviço, e portanto, são orientados pessoalmente sobre a demora d tratamento. Quando são chamados na fila, todos os casais passam obrigatoriamente por uma reunião explicativa antes de iniciarem o tratamento de FIV
- 4- Etapas: Postos de saúde, depois PAM Sagrada família e depois Fila FIV. Quando são chamados no programa participam de uma reunião educativa e são encaminhados para primeira consulta no ambulatório de FIV. Depois de realizarem todos exames de rotina são encaminhados para o ambulatório de Liberação de Ciclo para iniciarem os tratamento efetivamente
- 5- Os exames são realizados todos no hospital, com exceção do teste rápido para Zika vírus IGM, que é exigido pala ANVISA e prazo de validade em 30 dias.
- 6- Os medicamentos não são fornecidos pelo SUS, nem pelo Estado de MG, nem pela prefeitura de BH.
- 7- Sim realizamos todos os procedimentos, inclusive a FIV. Apenas não realizamos a biópsia de embrião para estudo genético.
- 8- Seguimos as orientações da resolução 2168/2017 do Conselho Federal de Medicina
- 9- Paciente tem direito a 3 tentativas de FIV ou um bebê em casa de Flv neste serviço, o que vier primeiro
- 10- Atendemos todas as pacientes que chegam no setor, e realizamos procedimentos em todas que não tenham contra-indicação à gravidez e/ou tratamento de FIV
- 11- Casais homoafetivos entram no mesmo fluxo de casais hetero e podem fazer o tratamento neste serviço, desde que tenhamos sêmen/ovulo de doador disponível para o casal.

- 12- Temos banco de sêmen apenas. Fazemos tratamento com ovodoação compartilhada (sem banco de óvulos congelados) e realizamos útero de substituição quando indicado
- 13- Não cobramos nenhum valor, para nenhum tipo de procedimento que é realizado neste serviço.
- 14- Após ser chamado o casal vai até o final do processo sem fila de espera: tem direito a 03 tentativas de coleta de óvulos e quantas transferências de embrião forem necessárias até que não tenham mais embriões congelados neste setor.
- 15- Não temos psicólogo suficiente para atender todos os nossos pacientes, mas conseguimos atendimento psicológico para casos que os médicos identificam necessário.
- 16- Não existe repasse anual fixo do Governo Federal, temos alguns repasses esporádicos. Alguns procedimentos temos na tabela do SUS, mas a Fiv não.
- 17- Temos hoje 6008 casais cadastrados na nossa fila de espera para FIV, sendo que o último casal chamado esse ano foi o de número 3270, portanto temos 2738 casais na fila de espera para FIV. Conseguimos atender em média 15 casais por mês, para FIV

ANEXO 7

Porto Alegre, 15 de Outubro de 2019

Respostas Questionário Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

1. A média de tempo para consultar na Unidade de Reprodução Humana através da Unidade Básica de Saúde é em torno de 3 anos.
2. A idade máxima da paciente para encaminhamento para o nosso Serviço é de 37 anos.
3. Os casais assistem uma palestra de orientações sobre o tratamento de fertilização in vitro com a equipe médica quando são chamados na fila para iniciar o tratamento.
4. Para tratamento de reprodução assistida em nosso Serviço é necessário encaminhamento através da Rede Básica de Saúde. Alguns casais já chegam com a investigação completa de infertilidade e são encaminhados para os tratamentos de inseminação intra-uterina (imediate) ou de fertilização in vitro (fila de espera) se todas as sorologias para doenças infecto-contagiosas estiverem negativas. Quando os casais ainda não investigaram a causa de infertilidade, são solicitados os exames laboratoriais e de imagem necessários. Dependendo do caso ainda são realizados procedimentos cirúrgicos complementares com a videolaparoscopia e a histeroscopia que podem ser diagnósticos e/ou terapêuticos. O encaminhamento para os Serviços de apoio como Nutrição, Psicologia, Psiquiatria e Assistente Social é realizado somente se há necessidade.
5. Todos os exames necessários para iniciar os tratamentos de reprodução assistida são realizados de forma gratuita.
6. Os medicamentos para a realização dos tratamentos de reprodução assistida são custeados pelo casal.
7. Sim, realizamos os de baixa complexidade (coito programado e inseminação intra-uterina) e o de alta complexidade (Fertilização in vitro-ICSI).
8. Sim, utilizamos como critério a idade da mulher de acordo com a Resolução do Conselho Federal de Medicina sobre Tratamentos de Reprodução Assistida de 2013.
9. São oferecidos 4 ciclos de inseminação intra-uterina e 3 ciclos de fertilização in vitro, incluindo a transferência de embriões congelados por casal.
10. Pacientes com doenças clínicas ou psiquiátricas descompensadas ou graves estão excluídos do Programa de Reprodução Assistida, podendo ser reintegrados após compensação da doença. Portadores crônicos de doenças infecto-contagiosas (hepatite B, hepatite C, HIV e HTLV 1 e 2) estão excluídos do Programa de Reprodução Assistida.
11. Casais homoafetivos estão excluídos do Programa de Reprodução Assistida devido ao Serviço não dispor de banco de sêmen nem programa de ovodação.

12. O nosso Serviço não dispõe de banco de sêmen nem programa de ovodoção ou doação de embriões.
13. A manutenção dos gametas e embriões é gratuita em nosso Serviço.
14. Se houver óvulos ou embriões armazenados após as 3 tentativas, o casal poderá levá-los para outro serviço ou entrar novamente na fila.
15. Sim, possuídos Serviço de psicologia e de psiquiatria à disposição dos casais.
16. Não existem recursos específicos do Governo Federal para o nosso Serviço. Houve apenas um incentivo inicial de R\$1.000.000,00 disponibilizado pelo Governo Federal para a implantação do Serviço.
17. Não são suficientes, tanto que a Direção do Grupo Hospitalar Conceição está no momento analisando a sustentabilidade do Serviço e a sua manutenção.

À disposição para outras informações.

Atenciosamente,

Dra. Andrea Nácul (Responsável Técnica Unidade de Reprodução Humana do Hospital Fêmina / Grupo Hospitalar Conceição)

ANEXO 8

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
Centro de Ciências Jurídicas e Políticas – CCJP
Programa de Pós-Graduação em Direito – PPGD
Mestrado em Direito

Questionário:

- 1- Qual a média de tempo de espera para a primeira consulta nessa unidade de saúde?
- Não temos essa informação. A regulação de consultas e encaminhamento para as unidades de atendimento com especialistas é feita pelas Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Assim, não temos como verificar o tempo de espera para consulta nesta unidade.
- 2- Nessa unidade de saúde existe limite de idade máxima da mulher para a sua admissão na fila de espera e realização dos tratamentos?
- Sim. O programa de Reprodução Assistida do HCPA estabeleceu como critério a idade máxima de 35 anos na data da primeira consulta nesta unidade.
- 3- É oferecida alguma cartilha informativa aos pacientes antes de se dar início ao tratamento?
- Todos os pacientes devem participar de um curso presencial, onde são oferecidas informações e instruções para o tratamento de reprodução assistida. Temos um projeto para uma cartilha para os pacientes, mas ainda está em processo de elaboração.
- 4- Quais as etapas necessárias para a realização de tratamento de reprodução assistida nessa unidade de saúde (encaminhamento por unidade de saúde do SUS, número de consultas médicas, palestras educativas, entrevistas individuais, atendimento psicológico)?
- O encaminhamento deve ser feito através da UBS e a paciente deve ter menos de 35 anos na data de sua primeira consulta. É obrigatório a participação em um curso onde são fornecidas instruções para o tratamento. No curso, temos uma palestra sobre aspectos psicológicos do tratamento de reprodução assistida
- 5- Os exames necessários para o início dos tratamentos são realizados gratuitamente por essa unidade de saúde?
- Todos os exames necessários pode ser feitos no HCPA, desde que esses exame seja padronizado no hospital. O exame de Zika Vírus IgM (exigido pela ANVISA) ainda não está padronizado no HCPA, mas já existe um tramite para que esse exame seja disponibilizado em breve.
- 6- Para a realização de tratamentos, essa unidade de saúde fornece aos pacientes todos os medicamentos de forma gratuita?
- Não. As medicações utilizadas não são fornecidas pelo MS.
- 7- Essa unidade de saúde realiza todos os tipos de tratamento de reprodução assistida, inclusive os de alta complexidade, como fertilização *in vitro*?
- Sim.
- 8- Essa unidade de saúde possui alguma orientação quanto ao número de embriões a serem transferidos por tentativa?
- Seguimos as orientações da RESOLUÇÃO CFM nº2.168/2017 para o número limite de embriões a serem transferidos. A quantidade de embriões transferidos é acordada com a paciente antes do procedimento após aconselhamento com a equipe de reprodução assistida.

- 9- Nessa unidade de saúde existe limite de tentativas por paciente?
- Sim.
- 10- Pessoas portadoras de doenças crônicas (como diabetes e cardiopatias) e/ou infecciosas (como hepatite B e C ou AIDS) estão aptas a realizar o tratamento de reprodução assistida nessa unidade de saúde?
- Pacientes com doenças crônicas controladas e que não impossibilitem ou contraindiquem o tratamento de reprodução assistida podem ser atendidas em nossa unidade. No momento, não conseguimos atender paciente com sorologias virais positivas (HIV, Hepatites B e C e HTLV).
- 18- Pessoas ou casais homoafetivos podem realizar o tratamento nessa unidade de saúde?
- Nosso programa não tem capacidade para atendimento de casais homoafetivos no momento. Também não temos capacidade para atendimento de pacientes que necessitam de doação de gametas.
- 19- Essa unidade de saúde possui banco de gametas (óvulos e sêmen) ou programa de útero de substituição (“barriga de aluguel”)?
- Não possuímos banco de gametas. No momento, não temos capacidade para atendimento de pacientes que necessitam de doação de gametas, embriões ou útero de substituição. Não é possível a realização com gametas, embriões ou úteros heterólogos.
- 20- Essa unidade de saúde realiza a cobrança de algum valor para a manutenção de gametas ou embriões congelados?
- Não
- 21- Havendo gametas ou embriões congelados, e caso o paciente/casal deseje fazer uma nova tentativa de gravidez, será necessário entrar no final da fila de espera para novo atendimento?
- Não
- 22- Essa unidade de saúde possui serviço de atendimento psicológico aos pacientes?
- Sim
- 23- Qual o montante total de recursos públicos repassados anualmente pelo Governo federal a essa unidade de saúde destinados aos tratamentos de reprodução assistida?
- R\$ 0,00
- 24- Esses recursos financeiros são suficientes para o atendimento adequado da demanda da população que procura os serviços públicos de saúde dessa unidade?
- Não

ANEXO 9

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO Centro de Ciências Jurídicas e Políticas – CCJP Programa de Pós-Graduação em Direito – PPGD Mestrado em Direito

Questionário:

1- Qual a média de tempo de espera para a primeira consulta nessa unidade de saúde?

Os agendamentos são feitos pelas unidades básicas de saúde (UBS) do Estado de São Paulo, por meio do sistema CROSS. É o sistema CROSS que tem essa informação, no Hospital já recebemos as pacientes agendadas.

2- Nessa unidade de saúde existe limite de idade máxima da mulher para a sua admissão na fila de espera e realização dos tratamentos?

Atendemos mulheres até 39 anos, 11 meses e 29 dias. A partir de 40 anos as pacientes não são admitidas no serviço.

3- É oferecida alguma cartilha informativa aos pacientes antes de se dar início ao tratamento?

Todas as informações são dadas em consulta médica e com a enfermagem.

4. Quais as etapas necessárias para a realização de tratamento de reprodução assistida nessa unidade de saúde (encaminhamento por unidade de saúde do SUS, número de consultas médicas, palestras educativas, entrevistas individuais, atendimento psicológico)? É necessário o encaminhamento da UBS. As demais avaliações são feitas no próprio Hospital.

5. Os exames necessários para o início dos tratamentos são realizados gratuitamente por essa unidade de saúde?

Sim.

6. Para a realização de tratamentos, essa unidade de saúde fornece aos pacientes todos os medicamentos de forma gratuita?

Sim.

7. Essa unidade de saúde realiza todos os tipos de tratamento de reprodução assistida, inclusive os de alta complexidade, como fertilização in vitro?

Sim.

8. Essa unidade de saúde possui alguma orientação quanto ao número de embriões a serem transferidos por tentativa?

Seguimos rigorosamente as normas do Conselho Federal de Medicina.

9. Nessa unidade de saúde existe limite de tentativas por paciente?

Sim, podemos oferecer no máximo duas tentativas.

10.- Pessoas portadoras de doenças crônicas (como diabetes e cardiopatias) e/ou infecciosas (como hepatite B e C ou AIDS) estão aptas a realizar o tratamento de reprodução assistida nessa unidade de saúde?

Não, pois não dispomos de laboratório separado para lidar com material biológico contaminado.

11- Pessoas ou casais homoafetivos podem realizar o tratamento nessa unidade de saúde?

Não, pois não dispomos de banco de sêmen ou óvulos.

12. Essa unidade de saúde possui banco de gametas (óvulos e sêmen) ou programa de útero de substituição (“barriga de aluguel”)?

Não possuímos banco de gametas.

13. Essa unidade de saúde realiza a cobrança de algum valor para a manutenção de gametas ou embriões congelados?

Não, é tudo gratuito.

14. Havendo gametas ou embriões congelados, e caso o paciente/casal deseje fazer uma nova tentativa de gravidez, será necessário entrar no final da fila de espera para novo atendimento?

Não, o atendimento é imediato. A espera é a necessária para atualização de exames e consultas.

15. Essa unidade de saúde possui serviço de atendimento psicológico aos pacientes?

Sim.

16. Qual o montante total de recursos públicos repassados anualmente pelo Governo federal a essa unidade de saúde destinados aos tratamentos de reprodução assistida?

Nenhum. O governo federal não repassa verba ao serviço de reprodução humana. Os tratamentos são custeados exclusivamente pela Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo.

17. Esses recursos financeiros são suficientes para o atendimento adequado da demanda da população que procura os serviços públicos de saúde dessa unidade?

Não. Haveria necessidade de verba maior para que pudessemos atender à demanda reprimida que existe nessa área.

Atenciosamente,

Elizama Alves de Carvalho – Gabinete do Coordenador
Coordenadoria de Serviços de Saúde/CSS
Secretaria de Estado da saúde de São Paulo – SES/SP

ANEXO 10

Questionário:

- 1- Qual a média de tempo de espera para a primeira consulta nessa unidade de saúde?
R. EM MÉDIA APÓS O CADASTRO DE 08 MESES A 01 ANO

- 2- Nessa unidade de saúde existe limite de idade máxima da mulher para a sua admissão na fila de espera e realização dos tratamentos? R
R. PARA ADMISSÃO ATÉ 38 ANOS COMPLETO

- 3- É oferecida alguma cartilha informativa aos pacientes antes de se dar início ao tratamento?
R. SIM TEMOS PANFLETOS INFORMATIVOS, TERMOS DE RESPONSABILIDADE INFORMATIVO PARA TODOS OS CASAIS QUE ENTRAM NA FILA PARA FERTILIZAÇÃO IN VITRO

- 4- Quais as etapas necessárias para a realização de tratamento de reprodução assistida nessa unidade de saúde (encaminhamento por unidade de saúde do SUS, número de consultas médicas, palestras educativas, entrevistas individuais, atendimento psicológico)?
R. PARA REALIZAÇÃO DO CADASTRO NECESSITA:
 - DO CARTÃO DO SUS DO CASAL;
 - EXAME CITLÓGICO NA VALIDADE DE 01 ANO
 - ENCAMINHAMENTO DO MÉDICO DO SUS
 - REALIZAÇÃO DO EXAME ESPERMOGRAMA
 - E DE UMA ULTRASSONOGRAMA PARA AVALIAR RESERVA OVARIANA
 - MARCAR CONSULTA DE 1 VEZ PARA DEFINIR O TRATAMENTO

- 5- Os exames necessários para o início dos tratamentos são realizados gratuitamente por essa unidade de saúde? **R. ALGUNS EXAMES SÃO OFERECIDOS E OUTROS PODERÃO SER REALIZADOS EM OUTRA UNIDADE DO SUS.**

- 6- Para a realização de tratamentos, essa unidade de saúde fornece aos pacientes todos os medicamentos de forma gratuita? **R. OS MEDICAMENTOS PARA ESTIMULO HORMONAL SÃO OFERECIDOS DE FORMA GRATUITA.**

- 7- Essa unidade de saúde realiza todos os tipos de tratamento de reprodução assistida, inclusive os de alta complexidade, como fertilização *in vitro*? **R SIM. SÃO OFERECIDOS COITO PROGRAMADO, INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL HUMANA E FERTILIZAÇÃO IN VITRO.**

- 8- Essa unidade de saúde possui alguma orientação quanto ao número de embriões a serem transferidos por tentativa? **R. SEGUE ORIENTAÇÕES DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM).**

- 9- Nessa unidade de saúde existe limite de tentativas por paciente?
R. SIM. PARA PROCEDIMENTO COITO PROGRAMADO ATÉ 5 TENTATIVAS, INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL HUMANA 3 TENTATIVAS E FERTILIZAÇÃO IN VITRO 1 TENTATIVA.

- 10- Pessoas portadoras de doenças crônicas (como diabetes e cardiopatias) e/ou infecciosas (como hepatite B e C ou AIDS) estão aptas a realizar o tratamento de reprodução assistida nessa unidade de saúde?
R. DOENÇAS CRÔNICAS NECESSITA DE UM PARECER DO ESPECIALISTA LIBERANDO A PACIENTE PARA O PROCEDIMENTO, JÁ AS DOENÇAS INFECCIOSAS NÃO SÃO REALIZADOS.

- 11- Pessoas ou casais homoafetivos podem realizar o tratamento nessa unidade de saúde?
R. NÃO, POIS NO MOMENTO NÃO DISPOMOS DE DOAÇÕES DE GAMETAS.

- 12- Essa unidade de saúde possui banco de gametas (óvulos e sêmen) ou programa de útero de substituição (“barriga de aluguel”)?

R. NÃO, POIS NO MOMENTO NÃO DISPOMOS DE DOAÇÕES DE GAMETAS.

13- Essa unidade de saúde realiza a cobrança de algum valor para a manutenção de gametas ou embriões congelados?

R. NÃO COBRAMOS POR NENHUM TIPO DE SERVIÇO REALIZADO.

14- Havendo gametas ou embriões congelados, e caso o paciente/casal deseje fazer uma nova tentativa de gravidez, será necessário entrar no final da fila de espera para novo atendimento?

R. NÃO, PACIENTES PARA REALIZAREM TRANFERÊNCIAS DE EMBRIÕES, NÃO ENTRARÃO EM FILAS.

15- Essa unidade de saúde possui serviço de atendimento psicológico aos pacientes?

R. SIM, PARA AS PACIENTES EM TRATAMENTO.

16- Qual o montante total de recursos públicos repassados anualmente pelo Governo federal a essa unidade de saúde destinados aos tratamentos de reprodução assistida?

R. ORIUNDOS DE RECUROSS DA PROPRIA INSTITUIÇÃO DA MATERNIDADE ESCOLA JANUÁRIO CICCO E DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

17- Esses recursos financeiros são suficientes para o atendimento adequado da demanda da população que procura os serviços públicos de saúde dessa unidade? **O TRATAMENTO DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA NÃO É RECONHECIDA PELA TABELA DO SUS.**

ANEXO 11

Folha da informação rubricada sob n° do processo
SPDOC N°3555029/2019

Ref. solicitação Sra. Catarina Cruz Salles

Ilma Dra Gisela de Souza Soares
Assistente Técnico
Diretoria Executiva - ICHC

Conforme solicitação, seguem abaixo as repostas do questionário:

1. Entre a primeira avaliação e a finalização do tratamento a intenção do serviço é que este período não ultrapasse 2 anos.
2. Na admissão a idade máxima da esposa é de 38 anos, se deve ao fato do prognóstico do tratamento.
3. Temos termos de orientação do tratamento que são entregues e assinados antes do início dos ciclos. No entanto, estamos em processo inicial de elaboração de folhetos de como funciona o tratamento.
4. O casal é encaminhado via sistema CROSS da Secretaria de Saúde do Governo do Estado de São Paulo, avaliados e se for indicada técnicas de reprodução humana, serão submetidos a rastreio básico, caso estejam aptos serão encaminhados para avaliação com o setor de Psicologia e Assistente Social. Exames específicos solicitados e realizados, serão alocados na lista de tratamentos. O número de consultas é extremamente variável.
5. Sim, todos os exames, o tratamento completo faz parte do escopo oferecido pelo Hospital das Clínicas.
6. Sim.
7. Sim, a única exceção são tratamentos que necessitem de doação de gametas.
8. Sim, pelas orientações vigentes no serviço não são transferidos mais de dois embriões. Em diversas situações transferimos de forma eletiva um único embrião.
9. Realizamos no máximo dois ciclos de Fertilização in Vitro por casal.
10. Não temos autorização da ANVISA para realizar tratamentos de alta complexidade em casais portadores de doenças infecto contagiosas. Nos casais com algum tipo de doença crônica após avaliação e liberação do setor competente, fazemos o tratamento.
11. Não, porque não fazemos tratamento com doação de gametas.
12. Não temos banco de gametas. Realizamos ciclos de cessão temporária de útero em casos com indicação precisa.
13. Não, não há qualquer tipo de cobrança no sistema de saúde público dentro do CRH do HC.
14. Sim, deve seguir a rotina do serviço, mas não necessitará encaminhamento pelo sistema Cross.
15. Sim, todo casal passa por avaliação psicológica prévia ao tratamento.

26

16. Os recursos são oferecidos pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e pelo Hospital das Clínicas.

17. Não são, mas é pouco provável que devido a demanda o sistema seria capaz de disponibilizar todo o financiamento necessário.

São Paulo, 23 de janeiro de 2020.

Pedro Augusto Augusto Araújo Monteleone
Coordenador Assistencial do Centro de Reprodução Humana
Disciplina de Ginecologi-a

AJICH 24/Jan/2020 09:45 000161 3/1

