Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social

Bianca Alfano

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

Rio de Janeiro
2014

Bianca Alfano

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

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Orientadora: Prof.ª Dra. Marilena Cordeiro Dias Villela Corrêa

Rio de Janeiro
2014

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

A385 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 / Bianca Alfano. – 2014.
172 f.

Orientadora: Marilena Cordeiro Dias Villela Corrêa.

Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Tecnologia da reprodução humana - Teses. 2. Política de saúde - Teses. 3. Sistema Único de Saúde (Brasil) – Teses. I. Corrêa, Marilena Cordeiro Dias Villela. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 612.6:57.089..3

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

_____ _____

Assinatura Data

Bianca Alfano

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

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Aprovada em 16 de julho de 2014.

Orientadora: Prof.ª Dra. Marilena Cordeiro Dias Villela Corrêa

Instituto de Medicina Social – UERJ

Banca Examinadora: _____

Prof. Dr. André Rios

Instituto de Medicina Social – UERJ

_____

Prof.ª Dra. Daniela Murta

Instituto de Medicina Social – UERJ

_____

Prof.ª Dra. Cláudia Bonan Jannotti

Fundação Oswaldo Cruz

_____

Prof.ª Dra. Maria do Carmo Borges de Souza

Universidade Feredal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2014

AGRADECIMENTOS

À Marilena Corrêa, pela generosa acolhida, desde o meu mestrado, e pela autonomia e confiança durante estes quatro anos de doutorado. Obrigada pelas trocas, dedicadas leituras e descontraídas orientações, e todo o auxílio nesta reta fina.

À Maria Andrea Loyola, à Cristina Guilam, à Daniela Murta e ao Ruben de Mattos, pelas contribuições essenciais na banca de qualificação deste trabalho, e por colaborarem novamente para o aprimoramento desta tese. Obrigada também à Maria do Carmo Borges de Souza, à Cláudia Bonan, ao André Rios, à Cláudia Regina Ribeiro, à Suely Marinho, pela disponibilidade em integrar a banca de defesa e darem suas contribuições.

A todos os sujeitos que participaram desta pesquisa, por permitirem minhas observações de campo, pelas entrevistas concedidas e por dividirem suas conquistas e dificuldades do trabalho no serviço público.

Aos professores do IMS/UERJ, em especial aos da Comissão de Pós Graduação, por entenderem minhas necessidades frente à deliciosa e mais importante surpresa da minha vida.

Aos funcionários do IMS, em especial à Márcia, à Silvia, à Eliete e à Simone, pelas lembranças por email e todo auxílio com as burocracias da vida acadêmica.

Aos amigos e amigas que fizeram parte, direta ou indiretamente, desta jornada.

À minha família, pelo encorajamento e torcida, e principalmente ao meu marido, Mauricio, que dividiu comigo a alegria de recebermos nosso filho no último ano de doutorado, e que me incentivou e ajudou muito para o desenvolvimento e término desta pesquisa.

Ao CNPq, à FAPERJ e à UERJ, pelos auxílios concedidos durante o doutorado.

RESUMO

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.

Nesta tese foram analisadas iniciativas e ações individuais e coletivas de gestores e profissionais de dois Hospitais Público-Universitários de Saúde, que mantêm serviços de referência no atendimento às infertilidades, no Estado do Rio de Janeiro. É visada a implementação de tecnologias de reprodução assistida (RA) pelo SUS, no Estado. O estudo constou de entrevistas com profissionais de saúde destes serviços e especialistas na área que ali atuam, leitura de prontuários e pesquisa documental no Departamento de Serviço Social de um dos serviços, além de atualização bibliográfica no campo estudado. Os resultados obtidos de material primário e documental evidenciam a não priorização da reprodução assistida em políticas públicas de saúde no Brasil. No entanto, foi possível encontrar importantes iniciativas dos próprios profissionais de saúde para a ampliação da atenção em *infertilidade* e do acesso às tecnologias reprodutivas no Rio de Janeiro. Em geral, foram mobilizações individuais, que dependeram do empenho direto dos médicos responsáveis dos serviços. As motivações para estas ações incluíam aspectos acadêmicos, assistenciais, de direitos reprodutivos, além de "interesses público-privados". A única mobilização interinstitucional, organizada inicialmente pelo Serviço Social, não conseguiu garantir o acesso à assistência integral em reprodução assistida no Rio de Janeiro. No caso da reprodução assistida, há uma forte desigualdade de base socioeconômica, já que mulheres e casais pobres são excluídos, ou quase, do acesso à IIU, Fiv e ICSI, pois não têm condições econômicas para tentar um tratamento particular, onde se encontram concentradas mais de 90% da assistência no país. Este segmento populacional não encontra recursos, nem tecnológicos, nem humanos, nos serviços públicos de saúde. Este quadro aumenta sua vulnerabilidade e reduz sua autonomia reprodutiva pela falta de acesso.

Palavras-Chave: Reprodução Assistida. Tecnologias de Reprodução Assistida.

Sistema Único de Saúde. Acesso. Direito à saúde. Biopolítica.

ABSTRACT

ALFANO, Bianca. *Assisted reproduction:* the organization of care for infertilities and access to reproductive techniques in two public-university services in the State of 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.

This thesis analyses initiatives and actions undertaken by managers and health professionals working in two public university hospitals that offer model health services to tackle the problem of infertility in the state of Rio de Janeiro. The aim of the study is to infer the implementation of Assisted Reproductive Technologies (ART) by the Brazilian Universal Health System (SUS) in these two different Units. The study was based on interviews with medical specialists and other health professionals; archived patient data and documental service papers, besides an update of the concerned scientific literature (critical reading). The results from our primary data (interviews) as well as patients' data show non-prioritizing policies and implementation of high complexity techniques at SUS. Nevertheless, we could find relevant initiatives emerging from actions by the health staff themselves, in order to try to guarantee access to ART techniques to women and couples living in the state of Rio de Janeiro. Most of them consisted of individual mobilization, depending on direct efforts undertaken by the heads of the medical facilities in the hospital. The motivations for these actions ranged from academic interests to the aim of improving availability of treatment, the concern with reproductive rights, and what we called in this text "public-private interests". We found the organization of a network initiative by health social works, but it did not achieve the integral access to treatment in the area of assisted reproduction (ART), in Rio de Janeiro.

In the case of ART, there is a huge socioeconomic inequality that almost completely excludes poor women and couples from the access to IIU, Fiv and Icsi, since these techniques are present in 90% of cases in private clinics and private health sector not integrated to the SUS. So, this population that cannot count on economic resources is also excluded from technologic and human resources for ART. This lack of access aggravates their vulnerability also reducing their reproductive autonomy in decisions making.

Keywords: Assisted reproduction. Assisted reproductive technologies (ART). Universal Health System. Access. Right to Health. Biopolitics.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição de recursos financeiros entre serviços de RA no âmbito do SUS..... 71

Tabela 2 - Estrutura física dos ambulatórios de reprodução humana: IG/UFRJ e HUPE/UERJ..... 94

Tabela 3 - Quantitativo e função dos profissionais dos setores pesquisados, segundo entrevistas, observações de campo e o Projeto NPFRH/UERJ..... 96

Tabela 4 - Funcionamento dos ambulatórios de RH: IG/UFRJ e HUPE/UERJ... 97

Tabela 5 - Técnicas/Procedimentos e equipamentos disponíveis nos dois setores de RH..... 99

Tabela 6 - Questões debatidas e encaminhamentos/tarefas firmados entre os participantes da reunião de 06/10/2008..... 147

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CFM	Conselho Federal de Medicina
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COEP	Comissão de Ética em Pesquisa
DAPE	Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
ESCA	Esterilidade sem causa aparente
FAPERJ	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FIV	Fertilização *In Vitro*
GF	Governo Federal
GM	Gabinete Ministerial
HUMF	Hospital Universitário Moncorvo Filho
HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ
IA	Inseminação Artificial ou Inseminação Intrauterina
IAD	Inseminação Artificial com Doador
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSI	Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoides
IESC	Instituto de Estudos em Saúde Coletiva/UFRJ
IFF	Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ
IG-UFRJ	Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro
MS	Ministério da Saúde
NTRc	Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISMCA	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente
PNH	Política Nacional de Humanização
PROEXT	Programa de Extensão
RA	Reprodução Assistida
Redlara	Rede Latino Americana de Reprodução Assistida

RH	Reprodução Humana
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SBRA	Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESDEC	Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamento Fora de Domicílio/SUS
UERJ	Universidade Estadual o Rio de Janeiro
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	11
1	**BREVE HISTÓRICO DA REPRODUÇÃO ASSISTIDA NO BRASIL**	20
1.1	**As técnicas de reprodução assistida disponíveis**	23
1.2	**Das teses, dissertações e artigos: breve revisão bibliográfica**	27
1.2.1	Medicalização da "ausência involuntária de filhos"	28
1.2.2	Gênero, Reprodução Social e o Discurso do Risco	31
1.2.3	O papel da Mídia	35
1.2.4	Desigualdades sociais, vulnerabilidades e acesso	36
1.3	**Das práticas médicas: associações e organização profissional**	37
2	**POLÍTICAS PÚBLICAS EM REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA**	45
2.1	**Direito à saúde: o que dizer sobre direitos reprodutivos?**	48
2.2	**O embate dos direitos reprodutivos nos projetos de lei em RA**	52
2.3	**Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida**	54
2.4	**Paradoxos e tensões nos direitos reprodutivos e RA**	58
2.4.1	O *Desejo* como Direito	58
2.4.2	"Soluções pobres para pobres"?	64
3	**REPRODUÇÃO ASSISTIDA NO SUS**	69
3.1	**Hospital Pérola Byington: um centro de referência**	74
3.1.1	Fazer a fila andar"	76
3.1.2	Ovodoação: fazer a fila andar mais rápido?	77
3.1.3	O auxílio de Protocolos	79
3.1.4	Judicialização e Indústria Farmacêutica	80
3.2	**A oferta de reprodução assistida em serviços públicos no RJ .....**	81
3.2.1	Políticas públicas: "falta de interesse" e "outras prioridades"	86
3.3	**Dois serviços público-universitarios em reprodução humana**	88
3.3.1	Os setores de reprodução humana	94
4.	**A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE REPRODUÇÃO HUMANA**	103

4.1 **Histórias cruzadas: o vínculo institucional** 104
4.1.1 Motivações acadêmicas 107
4.1.2 Motivações assistenciais - direitos reprodutivos 111
4.2 **Reprodução assistida e saúde pública: delicadas relações** 114
4.3 **Botando a "mão na massa"** 119
4.3.1 Equipe multidisciplinar e *staff* 119
4.3.2 A dimensão do cuidado 122
4.3.3 "Jeitinho brasileiro" 124
4.3.4 Encaminhamentos "quebra-galhos" 129
5. **REDE DE REFERÊNCIA EM ASSISTÊNCIA REPRODUTIVA NO RJ** 132
5.1 **A pesquisa documental** 135
5.1.1 Encaminhamentos 136
5.1.2 Credenciamento pelo SUS 137
5.1.3 Reunião com usuárias 139
5.1.4 Reuniões interinstitucionais 142
CONSIDERAÇÕES FINAIS: desdobramentos e (des) continuidades 149
REFERÊNCIAS 154
ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.. 169
ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (leitura de prontuários) 170
ANEXO 3 - ROTEIRO DE ENTREVISTAS (Diretores/ Gestores/ Profissionais de saúde) 171

INTRODUÇÃO

Este trabalho é um desdobramento do meu mestrado sobre *infertilidades* e práticas de saúde em um serviço público no Rio de Janeiro. No trabalho anterior, um estudo de cunho exploratório, foram observadas interações entre profissionais e pacientes atendidos no Setor de Reprodução Humana do Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro - IG/UFRJ. A discussão dos diagnósticos de *infertilidade* e de risco, duas importantes estratégias biopolíticas usadas como critério de elegibilidade para o acesso às novas tecnologias reprodutivas, revelou como algumas práticas de saúde reiteravam normas de gênero e de reprodução social. Atrelados à condição socioeconômica de seus usuários, estes diagnósticos tendem a agravar exclusões e desigualdades no exercício dos direitos reprodutivos no país. A análise da atenção médica possibilitou conhecer, em parte, o difícil cotidiano não apenas de homens e mulheres, que por anos persistem em seus desejos por filhos, mas também de profissionais que enfrentam antigas barreiras políticas, econômicas e burocráticas do serviço público de saúde[1].

Neste contato com o campo, fez-se necessário entender melhor sobre como um serviço de atenção em reprodução assistida (RA) poderia ser organizado pelo SUS. Naquele momento, tive a oportunidade de presenciar algumas ações profissionais em prol deste objetivo, tentativas de se implantar um serviço que ainda era inexistente no setor público do Rio de Janeiro, e que começaria a oferecer uma das técnicas de reprodução assistida: a inseminação intrauterina.

Assim, nesta tese de doutorado, estudou-se os desdobramentos nas articulações e mobilizações de gestores e profissionais de dois serviços público-universitários de saúde, serviços de referência em reprodução humana no Estado, para que fosse oferecida reprodução assistida pelo SUS no Rio de Janeiro. Objetivou-se identificar e analisar iniciativas para que procedimentos de média e alta complexidade em *infertilidade* fossem disponibilizados nestes dois serviços.

Algumas questões nortearam todo o trabalho:

[1] Alfano (2009)

1. Quais são as evidências, no plano organizacional, de que os serviços públicos de reprodução humana buscam estabelecer a atenção em reprodução assistida pelo SUS no Rio de Janeiro? São realizadas articulações institucionais, com quais setores governamentais, não governamentais ou privados? Há mobilização política para a garantia de acesso às tecnologias reprodutivas pelo SUS na capital fluminense? Quem está envolvido e por quais motivações?
2. Quais as principais barreiras enfrentadas pelos serviços nestas articulações/mobilizações? Como têm contornado estas dificuldades?
3. Quais os encaminhamentos realizados e como os serviços conduzem suas listas de espera em RA?
4. Existem ações para se estabelecer uma Rede de Referência em Reprodução Assistida pelo SUS no Rio de Janeiro? E como esta rede poderia auxiliar no atendimento a usuárias de RA no Estado?

É notório que a reprodução assistida não é prioridade nas políticas públicas em reprodução no Brasil. Não existe, até hoje, mesmo após 30 anos de RA no país, uma lei específica reguladora das práticas de saúde na área, e a única política formulada especificamente sobre o assunto foi revogada quatro anos após ser lançada. A "falta de interesse político" para a questão relaciona-se à persistência de normas de reprodução social e normas de gênero (Alfano, 2009), 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 economica 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 IIU, 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.

Em geral, as iniciativas para a implantação de serviços de reprodução assistida na rede pública são individuais, do responsável pelo serviço de reprodução humana, ou no máximo com o envolvimento de algum outro profissional do serviço. Parece não haver mobilização intrainstitucional, nem interinstitucional, para a oferta de uma assistência integral em saúde reprodutiva na cidade do Rio de Janeiro, especialmente na atenção da alta complexidade em reprodução assistida. Levando-se em consideração a histórica mobilização social e coletiva que caracterizou a reforma sanitária no país e a construção do Sistema Único de Saúde, não seria esperado que ações institucionais, principalmente de serviços públicos de saúde, fossem realizadas de forma tão isolada.

Pensando nisso, acredita-se haver uma disputa entre os serviços cariocas que disponibilizam tratamento de baixa complexidade em reprodução. Não é raro encontrarmos, na mídia, os responsáveis anunciando que seus serviços serão “o primeiro” centro de reprodução assistida no Rio de Janeiro, ou “o único” a disponibilizar determinada tecnologia. No trabalho de campo, evidenciou-se que um serviço desconhece, em geral, o que está sendo realizado no outro, quais técnicas estão sendo usadas, se existe ou não laboratório de sêmen, ou mesmo como conseguiram (ou não) avançar na promoção do acesso às tecnologias reprodutivas no SUS, mesmo sendo compartilhados dados dos serviços em congressos nacionais e internacionais da área.

Embora não se vá discutir neste trabalho, a relação público-privado nos serviços de saúde reprodutiva pesquisados é objeto de preocupação nas hipóteses que orientam a tese. Por um lado, a aproximação dos profissionais de saúde destes serviços com clínicas particulares de RA, muitas delas clínicas próprias, facilita o acesso às técnicas de RA para mulheres e casais sem condições financeiras e sem este acesso no SUS. Existem programas específicos de tratamento dirigidos à população de baixa renda em clínicas particulares, como o Programa Acesso, ou mesmo são oferecidas possibilidades de ovodoação fora destes programas, principalmente quando a mulher é jovem e o fator de *infertilidade* é masculino. Por outro lado, há toda uma discussão de autonomia reduzida das mulheres nestas condições de falta de acesso, além de questões éticas relacionadas às práticas de saúde nos serviços públicos, atreladas a possíveis interesses particulares.

Para esclarecer o desenvolvimento do presente estudo, pontua-se que na etapa empírica desta pesquisa foi adotada uma metodologia mista no que diz respeito aos dados coletados e à análise de resultados. Dados quantitativos, obtidos por meio de leitura de documentos institucionais e prontuários, auxiliaram no conhecimento empírico da demanda dos serviços pesquisados e do perfil socioeconômico das pessoas que aguardam nas listas de espera por tratamentos de média e alta complexidade. Estes dados podem servir, posteriormente, de base para planejamento dos serviços de saúde e de uma rede de atendimento em reprodução assistida no Rio de Janeiro. Já com os dados qualitativos, obtidos a partir de entrevistas e observações de campo, analisou-se com mais detalhes os processos percorridos pelos gestores e profissionais de saúde para se tentar efetivar o acesso à reprodução assistida na rede pública de saúde do Rio de Janeiro. A metodologia qualitativa permite maior abertura para que detalhes de um processo de decisão sejam compartilhados com a pesquisadora, por se adotar uma postura mais flexível, menos pré-planejada e controlada de pesquisa (Strauss e Corbin, 2008).

Para o levantamento de dados específicos sobre encaminhamentos, articulações e/ou mobilizações institucionais para a garantia do acesso à RA pelo SUS, foram realizadas 12 entrevistas em profundidade, guiadas por roteiro semi-estruturado (Anexo 3), gravadas e autorizadas pelos entrevistados, com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado (Anexo 1). Foi possível entrevistar especialistas, os médicos responsáveis pelos serviços público-universitários, a direção do IG, além de profissionais diretamente relacionados a estas ações, como assistentes sociais, técnicas em enfermagem, psicólogos e biólogos.

Na pesquisa documental, foram analisados documentos oficiais como projetos, protocolos e ofícios relacionados a ações e mobilizações institucionais ou individuais, de gestores ou de profissionais de saúde, cujo objetivo era a implantação ou melhoria da atenção de média e alta complexidade em reprodução humana nos serviços pesquisados. Também foram analisadas documentações produzidas pelas reuniões interinstitucionais para a organização de uma Rede de Referência em RA no Rio de Janeiro, realizadas entre 2006 e 2008, além de grupos informativos, de acolhimento e de politização de usuárias. A iniciativa partiu das assistentes sociais

do Hospital Moncorvo Filho, que tinham por *objetivo "dar visibilidade ao aspecto coletivo desta demanda, em contraponto às reivindicações individuais encaminhadas judicialmente"* (Masson e Oliveira, 2010, p. 33).

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social, da UERJ (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética/CAAE: 08661912.9.0000.5260; Número do Parecer: 343.711).

Faz-se necessário esclarecer a escolha de apenas dois serviços públicos em reprodução humana para a realização da pesquisa empírica desta tese. Diante do limite temporal de um doutorado e pessoal, por ser apenas uma pesquisadora, não seria possível o acompanhamento dos serviços públicos de saúde[2] que oferecem, segundo Masson e Oliveira (2010) e entrevistas junto a especialistas, atendimento em reprodução humana no Rio de Janeiro. A restrição do trabalho de campo a dois serviços de referência cariocas foi inevitável.

Mas por que o IG/UFRJ e o HUPE/UERJ? Algumas das variáveis levadas em conta para esta escolha são referentes a características comuns a ambos os serviços: são instituições universitárias, com importante papel histórico no desenvolvimento de pesquisas e na formação de profissionais na área da saúde reprodutiva do país; são os dois principais centros públicos de referência no atendimento à *infertilidade* no Rio de Janeiro.

O pioneirismo do Setor de Reprodução Humana do IG/UFRJ pode ser considerado outra variável de escolha. Até o momento, é o único serviço a oferecer inseminação intrauterina homóloga pelo SUS no Rio de Janeiro. Ainda incipiente, o setor realizou 52 procedimentos de IIU em 33 pacientes, de outubro de 2010 a dezembro de 2011, segundo registro do serviço (Lista de Pacientes que Fizeram IIU). Segundo esta mesma lista, de julho a setembro de 2012 foram realizadas 7 IIU no serviço.

A longa parceria de pesquisa estabelecida entre o IG/UFRJ e o IMS/UERJ também foi considerada para a escolha do setor como campo empírico. Em 1997, a

[2] Hospital Universitário Moncorvo Filho- IG/UFRJ, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Hospital do Andaraí, Hospital Geral de Bonsucesso, Instituto Fernandes Figueira-IFF/FIOCRUZ, Hospital Universitário Pedro Ernesto-HUPE/UERJ, Hospital Universitário Antônio Pedro/UFF; Santa Casa de Misericórdia; Hospital de Ipanema.

professora Marilena C. D. V. Corrêa defendeu sua tese de doutorado[3] no IMS/UERJ, cujo trabalho de campo incluiu o Setor de Reprodução Humana do IG/UFRJ. As professoras Marilena Corrêa e Maria Andréa Loyola continuaram a parceria do IMS/UERJ com o IG/UFRJ entre 2006 e 2008, coordenando a pesquisa "*Reprodução, gênero e ciência: um estudo sobre a reprodução assistida no Rio de Janeiro"*[4]. Facilitado por esta pesquisa, foi realizado meu primeiro contato com o setor no final de 2007, no mestrado, posteriormente sendo realizadas observações do funcionamento do setor durante três meses de 2008 (Alfano, 2009). Mesmo com a aposentadoria da antiga médica responsável pelo serviço, e a sua substituição por outro médico, meu retorno ao IG/UFRJ para a pesquisa de campo do doutorado, em 2012, foi autorizado e bem aceito pelo novo responsável e pela equipe profissional.

Já o Ambulatório de Infertilidade do HUPE/UERJ tem grande visibilidade midiática, sendo repetidamente divulgado como o primeiro centro público de reprodução humana do Rio de Janeiro a oferecer *tratamento* de alta complexidade em RA. Seria importante acompanhar a implantação deste serviço e seus primeiros passos no atendimento efetivo às mulheres e casais que aguardavam há anos em fila de espera. No entanto, até o momento, as notícias abaixo não se concretizaram.

> **O Rio de Janeiro contará com o 1º Serviço de reprodução humana gratuito:** O Rio de Janeiro passará a contar com um serviço gratuito de Reprodução Humana Assistida. O setor será instalado no Hospital Universitário Pedro Ernesto e contará com o fertileuta (...) como responsável técnico. A expectativa é de atender de 15 a 20 casais por mês. O novo serviço foi viabilizado após a doação de equipamentos próprios para a técnica, e o Estado arcará com as obras de adaptação do hospital, que ficarão em torno de R$ 200 mil. (...)[5]
>
> **Dr. (...) fala à BandNews FM sobre projeto pioneiro no Rio:**"Tenho a honra de conversar com o Dr. (...), que está à frente do Departamento de Ginecologia do HUPE, da UERJ, do centro que vai ser inaugurado no primeiro semestre do ano que vem. Atenção, é muito importante esta

[3] CORRÊA, Marilena C.D.V. *A tecnologia a serviço de um sonho. Um estudo sobre a reprodução assistida no Brasil.* [tese de doutorado] Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 1997.

[4] A pesquisa teve como objetivos conhecer a organização da atenção ao problema das infertilidades no Rio de Janeiro e as possibilidades de acesso às técnicas de RA, assim como compreender melhor o significado da ausência de filhos e das possíveis ressignificações trazidas pela RA aos papéis de gênero e reprodução. Como resultado, pretendeu contribuir para o avanço da discussão teórico-conceitual na área de gênero e reprodução e também para a formulação de políticas públicas para mulheres. A pesquisa teve início no Instituto de Ginecologia da UFRJ em 2006 e consistiu no levantamento de dados sociodemográficos, aplicação de questionários e entrevistas a usuários do setor de reprodução de humana. (Loyola e Corrêa, 2008).

[5] Revista Help, Edição 23, out/2011. Disponível em: http://www.revistahelp.com.br/materia.cfm?id=153 Acesso em: 08/02/2012.

> informação porque é o 1º centro que a gente tem público no Rio de Janeiro de reprodução humana assistida (...)[6].
>
> **ALERJ Debate - RJ ganha 1º programa de reprodução humana gratuito no HUPE:** Especialista foi um dos convidados do programa "Alerj Debate", para falar sobre causas de infertilidade em casais e dar mais detalhes sobre o projeto pioneiro, que presenteará o Rio de Janeiro com o primeiro centro gratuito de reprodução assistida.[7]

Foi curioso ler e ouvir que o hospital ofereceria alta tecnologia em Reprodução Assistida, conhecendo a dificuldade que o Setor de Reprodução Humana do IG/UFRJ teve em montar o modesto laboratório de sêmen para a oferta da IIU no serviço público. Sendo assim, seria interessante saber como estava a implantação do serviço de RA no HUPE, local que não tive oportunidade de pesquisar durante meu mestrado.

Para o presente projeto de doutorado ser apresentado ao atual responsável pelo Setor de Reprodução Humana do IG, foi agendada uma reunião entre o médico, a pesquisadora, sua orientadora e a bióloga, antiga responsável pelo laboratório de sêmen. O médico mostrou-se interessado pela pesquisa, disponibilizando o serviço para o que fosse necessário. Explicou que, apesar de trabalhar na área de reprodução assistida há anos, assumira recentemente o serviço, no início de 2012, e que ainda reestruturava os atendimentos.

O projeto também foi apresentado ao diretor do IG/UFRJ, que pediu apenas para ser entregue, no setor de educação do Instituto, algum documento que permitisse oficializar a entrada no campo. Por este histórico de parcerias, foi possível a autorização para o acesso a alguns dados e documentos junto ao Serviço Social do hospital, além do início da observação de atendimentos médicos e do funcionamento cotidiano do setor. Dentro dos compromissos éticos firmados anteriormente, durante meu mestrado, e reafirmados no doutorado, passei a comparecer no setor às 2as e 4as feiras pela manhã, a partir de abril de 2012. Observei consultas clínicas e, na sala de reuniões, orientações dadas pelo médico responsável a residentes e internos, referentes aos casos clínicos atendidos no setor. Outras vezes, permaneci nesta mesma sala fazendo leituras e anotações de

---

[6] Reportagem da rádio Band News. 27/01/2012. Disponível em: http://www.youtube.com/watch?v=k0yy3WGDW9o Acesso em: 08/02/2012

[7] ALERJ Debate. Programa exibido em 02/10/2011. Disponível em: http://www.youtube.com/watch?v=Hiv7baG2vL0 Acesso em: 08/02/2012.

prontuários no meu caderno de campo, garantindo-se o sigilo da identidade destas usuárias e dos dados pesquisados.

No HUPE, acreditando haver alguma facilidade no meu primeiro contato pelo fato de tanto o Ambulatório de Infertilidade quanto o Instituto de Medicina Social serem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, procurei pelo médico responsável no serviço. Antes, averiguei por telefone se o ambulatório estaria funcionando, já que a indicação no site era a de que este estaria "suspenso". Não foi o que encontrei no campo.

Já em meu primeiro contato com o ambulatório, o médico responsável mostrou-se solícito em auxiliar na pesquisa de doutorado, abrindo as portas do serviço para observação de campo. Na primeira entrevista, em 2012, entregou-me uma cópia do seu Projeto Final "Núcleo de Planejamento Familiar e Reprodução Humana da UERJ - Policlínica Piquet Carneiro da UERJ", que enviara à direção do hospital e ao reitor da Universidade no final de 2011.

Vale destacar que a maioria das entrevistas foi realizada no IG/UFRJ, assim como a pesquisa documental. Esta diferença se deve à própria estrutura do serviço do Instituto que, por oferecer a IIU, conta com equipe de laboratório, de técnicas de enfermagem e mais profissionais do que o setor do HUPE. Houve, também, a aposentadoria da médica responsável e mudança de equipe no Setor de Reprodução Humana do IG, sendo incluídos profissionais antigos e novos nas entrevistas. No entanto, outros profissionais, assim como a direção do HUPE, poderiam ter sido ouvidos para ampliar o conhecimento das ações desenvolvidas no hospital, o que não foi possível por limitações pessoais da pesquisadora.

A análise da pesquisa documental apontou que teria sido interessante ouvir sujeitos no âmbito governamental, como os participantes das reuniões interinstitucionais para a organização da Rede de Referência, incluindo representantes das secretarias de saúde, de setores específicos destas secretarias, além dos responsáveis pelo registro de dados referentes à RA junto à ANVISA, pelo SisEmbrio. Estes limites sugerem espaço para continuidades no estudo e não comprometem as análises apresentadas.

No que se refere à organização desta tese, o Capítulo 1 traz uma breve contextualização da Reprodução Assistida, segundo a introdução de suas

tecnologias no Brasil, seu impacto no campo acadêmico e nas organizações profissionais e práticas médicas. Em seguida, no Capítulo 2, as novas tecnologias reprodutivas são apresentadas sob a perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos, como um direito constitucional à saúde. Um panorama geral das Políticas Públicas em Reprodução Assistida no país é apresentado, levantando-se embates, paradoxos e tensões. O Capítulo 3 serviu para entrarmos, especificamente, nos serviços públicos de reprodução assistida pelo SUS. Apresentou-se a experiência de um Centro de Referência do Estado de São Paulo que, mesmo sendo um exemplo diferenciado de RA no serviço público, enfrenta dificuldades comuns aos demais que ofertam tecnologias de baixa e/ou alta complexidade em *infertilidade* no país. No Rio de Janeiro, não há nenhum atendimento de baixa ou alta complexidade em reprodução assistida “pelo SUS”, pelo menos não diretamente. Nem mesmo o Setor de Reprodução Humana do IG, que oferece IIU de maneira incipiente, é credenciado pelo SUS na área de RA. A descrição dos serviços do IG/UFRJ e do HUPE/UERJ neste momento serviu para contextualizar e complementar as discussões apresentadas no Capítulo 4, cujo objetivo foi analisar os resultados das entrevistas e observações de campo sobre a organização dos setores de reprodução pesquisados. Finalmente, o Capítulo 5 se ocupou da análise da pesquisa documental, referente à única mobilização interinstitucional encontrada, iniciada pelo Departamento de Serviço Social do IG, para a criação de uma Rede de Pública em Assistência Reprodutiva no Rio de Janeiro, envolvendo diferentes setores e serviços público-universitários de saúde, além de representantes governamentais.

1. BREVE HISTÓRICO DA REPRODUÇÃO ASSISTIDA NO BRASIL

Divulgadas e utilizadas em todo o mundo, as técnicas de reprodução assistida (RA) foram trazidas para o Brasil na década de 1980, por profissionais de clínicas particulares de reprodução humana. A iniciativa era e continua a ser privada, diferentemente de outras áreas da saúde, como a hemodiálise, o transplante de órgãos, a cirurgia cardíaca, cujas inovações tecnológicas foram, tradicionalmente, introduzidas no Brasil por grandes hospitais públicos ou universitários, para posteriormente serem ampliadas para os serviços privados[8]. Configurava-se um momento de declínio de investimentos no serviço público, com o setor privado recebendo, cada vez mais, deslocamento de recursos públicos a partir da terceirização de serviços[9].

> E[10]: A reprodução humana avançou muito e os hospitais universitários, pelo menos no Brasil, não acompanharam, pela questão do investimento.(...) Isso se desenvolveu na área privada porque se faz às custas do dinheiro privado, dinheiro do paciente, e os hospitais universitários não acompanharam esse ritmo por questão mesmo de investimento, falta de visão...
> P[11]: O que seria esta falta de visão, do que?
> E: Falta de visão que isso é uma realidade, né. A realidade de quem não quer engravidar, em outra dimensão, é tão importante como a de quem quer engravidar. Então, ligar a trompa ou dar anticoncepcional é tão importante... Evidentemente que é mais barato... Mas é tão importante quanto "eu quero engravidar"." (E1 IG)

Neste contexto, especialistas estrangeiros renomados vinham ao Brasil para formar e capacitar os médicos na prática da reprodução assistida, com forte investimento e apoio da indústria farmacêutica e da mídia local, tanto em congressos quanto nos próprios procedimentos de aprendizado das técnicas de fertilização *in vitro*[12]. Era grande a corrida pelo feito do "primeiro bebê de proveta brasileiro", e também pela primeira transmissão ao vivo deste feito. Foram realizados diversos

[8] (Corrêa, 1997; 2001)
[9] Um breve panorama de como se deu a reforma do sistema de saúde brasileiro será apresentado no início do capítulo2.
[10] Optou-se por enumerar os entrevistados (E) ao final de cada fala, diminuindo, assim, a exposição dos sujeitos que contribuiram com a pesquisa, identificando-se apenas a instituição na qual trabalham.
[11] P: Pesquisadora.
[12] Corrêa (1997)

treinamentos e tentativas de fertilização *in vitro* no país, em pacientes "voluntárias" de programas privados de RA, até que o nascimento da primeira brasileira fecundada em laboratório acontecesse, em 7 de outubro de 1984.

Já a transmissão ao vivo desta inovação tecnológica não ocorreu. Em 1982, uma dessas pacientes faleceu durante punção para retirada de folículos[13], e televisionar uma morte durante um procedimento médico não seria nada bom para a divulgação da reprodução assistida no Brasil. Mas a mídia não deixou de cumprir seu papel de grande disseminadora e incentivadora do uso dos "milagres" que estas novas tecnologias poderiam oferecer. Mais do que levar informação para um debate amplo sobre benefícios e riscos das novas formas de procriação a seu público, ela foi e ainda é responsável pela "publicização" da RA, pela reiteração de valores morais que impulsionam as pessoas a buscarem estes procedimentos, e por uma "cobrança" de filhos. Afinal, como ser feliz no último capítulo de uma novela sem que o casal protagonista (e os demais também, por que não?) engravide e tenha filhos[14]?

Nos mais de 30 anos de reprodução assistida no Brasil, houve um crescimento vertiginoso do número de clínicas particulares oferecendo suas técnicas, uma forte consolidação de especialistas brasileiros na área e um aumento considerável na demanda por seus procedimentos.

> A RA no Brasil não deixa nada a desejar para nenhum outro serviço do mundo. Nós desenvolvemos bastante a especialidade, temos excelentes especialistas no Brasil inteiro; temos um serviço e a tecnologia de ponta; o que tem de melhor a gente tem aqui no Brasil. (E2 IG)

Segundo a apresentação do Registro Latinoamericano de Reprodução Assistida[15], nasceram 50.775 bebês no Brasil entre 1990 e 2011, utilizando-se de

---

[13] Atualmente, é raro o risco de morte, mas o uso destas tecnologias ainda traz efeitos indesejáveis à saúde física e emocional de quem se submete a elas. Adiante será apresentada a discussão sobre os riscos da reprodução assistida. Vale ressaltar que o mesmo médico responsável pelo atendimento da mulher falecida, em 1982, não tocou no assunto ao anunciar que o nascimento do primeiro bebê de proveta no país, em 1984, ocorreu por suas mãos (Barbosa, 1999). Assim como àquela época, os casos de graves sequelas dos procedimentos da RA têm sido "esquecidos" atualmente, tanto pela mídia quanto pelos próprios médicos da área.

[14] E esta é a máxima para casais homoafetivos também, conforme demonstrou a última novela do horário nobre da Rede Globo, "Amor à vida", finalizada em fevereiro de 2014. O papel da mídia na divulgação e disseminação da RA no Brail tem sido analisado por diversos trabalhos, como Corrêa (1997, 2001); Ferreira (1998, 2012); Barbosa (1999); Luna (2000); Citeli (2002); Ramírez-Gálvez (2003); Diniz (2006).

[15] Registro Latinoamericano é um órgão da Rede Latinoamericana de Reprodução Assistida, cujas funções são a recompilação, a análise, a publicação e a distribuição dos resultados das Técnicas de

técnicas como a fertilização *in vitro* (Fiv), a inseminação intrauterina (IIU) ou inseminação artificial (IA), a injeção intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI), entre outras variações destes procedimentos (brevemente explicados a seguir).

Se considerarmos o fato de a pesquisa acima ter se baseado nos registros apenas das clínicas credenciadas à Rede Latinoamericana de Reprodução Assistida – RedLara[16], podemos supor que o número de crianças nascidas com a ajuda da reprodução assistida no Brasil é ainda maior. Segundo a presidente da RedLara em entrevista para esta tese, estima-se que existam 120 clínicas de reprodução assistida no Brasil, com diversos profissionais autônomos usando os equipamentos destes estabelecimentos para realizarem ciclos de fertilização em suas clientes. Em torno de 90 clínicas teriam importante atividade na área, enquanto as demais teriam atividades pontuais. As clínicas com maior número de ciclos de alta complexidade estariam associadas à RedLara.

Com relação a dados oficiais sobre reprodução assistida no Brasil, contamos também com os registros do SisEmbrio – Sistema Nacional de Produção de Embriões[17], criado em 2008 pela Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segundo o último relatório do SisEmbrio[18], no ano de 2012 foram feitas mais de 34.000 transferências de embriões para as pacientes que realizaram técnicas de

---

Reprodução Assistida (TRA) dos centros acreditados ou associados à Rede. Esta apresentação é o primeiro registro multinacional que traz dados, caso a caso, sobre o uso das técnicas, tipos de fecundação, número de gravidezes, de nascimentos, perfil de usuários das clínicas credenciadas à RedLara. Ver: Apresentação do Registro Latinoamericano de RA- "Primeiro registro multinacional – caso a caso", 2013. Disponível em: http://www.redlara.com/aa_portugues/default.asp. Acesso em: 16/10/2013.

[16] "A *Red Latinoamericana de Reproducción Asistida* (RED) é uma instituição científica e educacional, que agrupa mais de 90% dos centros que realizam técnicas de reprodução assistida na América Latina.". Disponível em: http://www.redlara.com/aa_portugues/quem_somos.asp Acesso em: 06/01/2014

[17] O SisEmbrio "permite conhecer quantos embriões humanos foram produzidos por fertilização *in vitro* e não utilizados no respectivo procedimento. O banco de dados criado pela Anvisa propicia, também, saber quantos embriões poderão ser usados para fins de pesquisa e terapia, além de aprimorar o controle sobre as atividades das clínicas de reprodução humana assistida existentes no Brasil. O envio dos dados coube aos Bancos de Células e Tecidos Germinativos –BCTG. Estes bancos são clínicas que selecionam os doadores, coletam e processam células e tecidos germinativos, podendo liberar o material para uso do próprio doador ou inclusive para uso terapêutico de terceiros". Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/sangue/sisembrio.htm Acesso em: 26/01/2014.

[18] 6º Relatório SisEmbrio (pdf). Atualizado em 22/09/2013. "Até 23/04/2013, o SisEmbrio recebeu dados de 91 (noventa e um) BCTGs referentes à produção de embriões do ano de 2012". Disponível em:
http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/c2ec8c00412ae76481f18b0ea338d2ac/6o+relat%C3%B3rio+sisembrio.pdf?MOD=AJPERES Acessado em: 26/01/2014.

fertilização *in vitro* no Brasil. Além disso, foram reportados mais de 21.000 ciclos[19] de fertilização, com cerca de 183.000 oócitos produzidos. Os dados foram enviados por 91[20] Bancos de Células e Tecidos Germinativos (BCTGs), mais conhecidos como clínicas de reprodução humana assistida. A Anvisa também estima que existam 120 clínicas de RA no Brasil.

Para entendermos melhor estes números, precisamos contextualizar a RA no Brasil, iniciando pela definição das principais técnicas disponíveis e utilizadas no país. É importante conhecer o impacto que o uso destas tecnologias tiveram nos campos teórico e prático da reprodução no Brasil: a repercussão entre estudos feministas, de bioética e das ciências sociais; o movimento profissional de médicos para que a RA se tornasse uma especialidade; e o impacto no campo das políticas públicas e do legislativo para o acesso a estas técnicas em serviços públicos de saúde.

1.1 As técnicas de reprodução assistida disponíveis

Basicamente, a reprodução assistida consiste no conjunto das seguintes principais técnicas[21]: a inseminação intrauterina (IIU) ou inseminação artificial (IA), a fertilização *in vitro* (Fiv) e a injeção intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI), com algumas variações destes três procedimentos. Acresce-se os estudos de base genética, com destaque para o diagnóstico pré-implantatório (DGI), a sexagem, a triagem de embriões, entre outros[22].

A mais antiga, considerada de baixa complexidade, é a inseminação intrauterina (IIU) ou inseminação artificial (IA). Neste procedimento, apenas os espermatozoides (gametas masculinos) são manipulados em laboratório. A IIU

[19] "Considera-se como ciclo de fertilização *in vitro* os procedimentos médicos nos quais a mulher é submetida para a produção (estímulo ovariano) e retirada de oócitos para realizar a Reprodução Humana Assistida". Idem.
[20] Distribuição de clínicas pelo Brasil: BA(1), CE(2), DF(3), ES(2), GO(2), MA(1), MT(3), MS(1), MG(9), PA(1), PR(14), PE(4), PI(2), RJ(9), RN(1), RS(4), SSC(6), SP(25), SE(1).
[21] Segundo Corrêa e Loyola (1999), diz-se que o tratamento é "paliativo", na medida em que a condição de *infertilidade* subsiste após os procedimentos de RA. Evita-se, inclusive, o uso do termo "tratamento" para se referir às novas tecnologias reprodutivas.
[22] Nesta tese não serão abordadas as tecnologias genéticas e cromossomiais.

consiste em depositar no útero da mulher, por meio de cateter flexível, somente espermatozoides com melhores chances de fertilização (móveis e normais), isolados em laboratório após a coleta do sêmen por masturbação. Diz-se que a IIU é homóloga quando o sêmen utilizado é do próprio parceiro sexual da mulher inseminada e heteróloga quando é necessário o uso de sêmen doado.

Em geral, a IIU acompanha a indução medicamentosa da ovulação feminina, com controle ultrassonográfico da ovulação e do rompimento dos folículos. Apesar desta técnica já não ser tão utilizada nas clínicas particulares[23], pela baixa eficácia e menor controle da fecundação, é indicada em alguns casos de infertilidade sem causa aparente (com mulheres jovens), infertilidade por fator masculino leve, por fator cervical (quando há produção de muco hostil à passagem do espermatozoide), ou por endometriose leve.

Nas outras duas técnicas de alta complexidade em reprodução assistida, na fertilização *in vitro* (Fiv) e na injeção intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI), todo o processo de manipulação de gametas (masculino/espermatozoide ou feminino/óvulo) é realizado em laboratório, fora do corpo humano. Na Fiv, o sêmen é também coletado via masturbação, mas quando há baixa contagem de espermatozoides viáveis para a fertilização, utiliza-se a técnica complementar ICSI, disponibilizada no Brasil desde 1993. Conforme os dados apresentados acima, a Fiv tornou-se uma técnica de fertilização "convencional" e a ICSI deixou de ser "complementar" para se tornar o principal procedimento utilizado nas clínicas de RA. Na ICSI, os espermatozoides são retirados diretamente do epidídimo ou do testículo por punção, sendo escolhido um de "melhor qualidade" (quanto à sua morfologia e motilidade), que será injetado diretamente no óvulo maduro, em laboratório, por agulha microscópica.

Em relação à coleta do gameta feminino, o processo é mais complexo e mais invasivo em ambos os procedimentos (Fiv e ICSI). Há uma hiperestimulação ovariana, com medicamentos hormonais injetáveis e orais, para que mais de um óvulo seja produzido por ciclo. O crescimento e amadurecimento desses óvulos são acompanhados quase diariamente, com ultrassonografia serial, até que estejam no

[23] No Registro Latinoamericano de Reprodução Assistida (2013), a IIU foi incluída entre os 0,4% de "outras técnicas" responsáveis pelos 114.279 recém nascidos vivos entre 1990 e 2013, frutos de tecnologias reprodutivas entre as clínicas credenciadas à RedLara.

tamanho ideal para serem aspirados por agulha fina, com o auxílio de anestesia local ou geral, e fecundados em laboratório. Os óvulos e espermatozoides com melhores chances de fecundação são colocados em um tubo de ensaio (por isso a antiga referência ao "bebê de proveta") e, após fecundação, quando chegam à fase de pré-embriões, são transferidos para o útero.

Ainda existem algumas variações dos três procedimentos descritos acima. Por exemplo, caso haja embriões excedentes, é possível que estes sejam congelados para futuras implantações em novos ciclos de tratamento, procedimento denominado de criopreservação de embriões. Também é possível a utilização de doação de gametas, conforme já citado, não apenas de espermatozoide, mas de óvulos (ovodoação) ou mesmo de embriões. E, por último, apesar de no Brasil ser um procedimento bastante restritivo e pouco usado, há a gestação por substituição ou doação temporária do útero, antigamente conhecida como "barriga de aluguel"[24].

Estas tecnologias, resumidamente descritas acima, tornaram a reprodução assistida um dos principais marcos da revolução tecnológica da Medicina[25]. Tornaram possível procriar sem depender, necessariamente, de relações sexuais entre homens e mulheres. A fecundação passou a ser definida pela intervenção médica, a partir de procedimentos realizados em laboratório, fora do corpo humano, com a seleção, manipulação, congelamento e descongelamento de gametas, femininos e/ou masculinos, doados ou não.

O potencial de transformação que a RA oferece para a parentalidade e as relações familiares é enorme: casais homossexuais podem ter filhos biológicos sem dependerem de intercurso sexual; pessoas solteiras ou sem parceria podem realizar a "produção independente" de outrora com doação de gametas; casais de lésbicas podem ser, ambas, mães "biológicas" (uma oferecendo o óvulo, com sua carga genética, e a outra o útero, para a gestação do embrião, com sua consanguinidade); tias ou avós podem gestar seus sobrinhos ou netos; entre tantos outros novos

[24] Neste procedimento, por alguma impossibilidade ou contraindicação de gestação da paciente ou em caso de união homoafetiva, o embrião com o material genético do casal que fez a Fiv é transferido para uma doadora temporária de útero. No Brasil, segundo a Resolução do Conselho Federal de Medicina n. 2013/13, esta doadora deve pertencer à família de um dos parceiros, num parentesco consanguíneo até o quarto grau (mãe, irmã/avó, tia ou prima), com a idade máxima de 50 anos. Segundo Makuch *et al* (2010a), entre os 50 pareceres encontrados em pesquisa feita nos *sites* do CFM e dos Conselhos Regionais de Medicina, referentes ao período de 1997 a 2011, o tema mais recorrente foi "útero de substituição", com 16 pareceres emitidos.

[25] Corrêa (1997).

arranjos e possibilidades. As tecnologias reprodutivas possibilitam acompanhar mudanças que estão presentes na contemporaneidade, como o aumento de famílias monoparentais, homoafetivas, recasadas, entre outras.

Mas se por um lado a reprodução assistida tem todo este potencial de transformação, por outro, na prática, tem tido um potencial ainda maior de reiteração de normas procriativas e sociais. Mais do que usadas para a subversão de modelos tradicionais existentes, as novas tecnologias reprodutivas têm sido destinadas à reprodução de valores biológicos e sociais, à reiteração do modelo tradicional de parentalidade e de família, qual seja: o de casais heterossexuais, que tenham recursos financeiros para realizar vários ciclos de RA, de determinada classe social, e que buscam ter filhos biologicamente relacionados a eles (com suas cargas genéticas e/ou consanguinidade)[26].

Vale ressaltar que as técnicas de RA também introduziram dilemas éticos envolvendo, por exemplo, a inviolabilidade e não comercialização do corpo humano, o anonimato da doação, o consentimento formal a todos os envolvidos, as regras para diminuir incesto inadvertido, a restrição do útero de substituição entre familiares, o destino de embriões excedentes (pesquisa, congelamento, intervenção, seleção, descarte, clonagem, etc), os riscos à saúde da mulher e do bebê nas gestações múltiplas e nos procedimentos, os limites entre a manipulação de embriões e o eugenismo, o direito ao acesso no serviço público de saúde, os potenciais efeitos somáticos dos tratamentos, as expectativas e desejos construídos por uma mídia que noticia o tratamento como rápido, simples e certeiro[27].

Trouxeram, também, problemáticas não previstas juridicamente, como a doação de gametas, a substituição de útero, a fertilização após a separação do casal e/ou a morte de um dos envolvidos no tratamento, a demanda de pessoas solteiras, de pessoas com idade considerada medicamente avançada para a maternidade ou paternidade, entre outras.

Estas e outras questões éticas e sociais levantadas acima foram foco de análise de teses, dissertações e artigos nas áreas das ciências sociais e humanas,

[26] A construção deste padrão foi discutida no Capítulo 1 (Sexualidade, Reprodução e Normas de Gênero) da minha dissertação de mestrado (Alfano, 2009), a ser retomada brevemente no debate a seguir.
[27] Alfano (2009)

da bioética, da psicologia, do direito. Um panorama geral da produção acadêmica sobre reprodução assistida no Brasil será apresentado no próximo subítem.

1.2 Das teses, dissertações e artigos: breve revisão bibliográfica

No âmbito teórico, não houve repercussão imediata do impacto das novas tecnologias nas representações sobre reprodução no Brasil, mesmo no campo da bioética, espaço consagrado de discussão de conflitos médico-tecnológicos[28]. Demorou mais de dez anos, desde o primeiro nascimento com o auxílio da reprodução assistida no país, para que estudos abordassem a temática na área acadêmica[29].

A partir do final da década de 1990, estudos nas ciências sociais, na bioética e na saúde[30] passaram a pesquisar como as novas tecnologias reprodutivas têm, prioritariamente, reiterado normas e perspectivas morais de constituição familiar. Discutiram a preferência pelo vínculo biológico para a definição de filiação e de parentesco, os valores sociais relacionados à maternidade e à paternidade, aos papéis de gênero e, mais recentemente, à informação genética. A reprodução assistida passou a ser analisada, justamente, como "a última etapa de um processo histórico de *medicalização social"*, continuação do mesmo processo de normalização social que forjou noções sobre o corpo, a sexualidade, os papéis de gênero, a gravidez, o parto, o aleitamento, a infância, enfim, sobre toda a sequência reprodutiva[31].

Também trouxeram à tona os riscos iatrogênicos das técnicas para mulheres e crianças, que continuam silenciados pela mídia e, muitas vezes, pelos próprios médicos; riscos que estão atrelados à baixa resolutividade das tecnologias, aos

[28] Corrêa e Loyola (2005).
[29] Hipóteses explicativas para este atraso e o posicionamento de estudos feministas sobre reprodução assistida foram debatidas por Alfano (2009).
[30] Entre outros, estão: Corrêa (1997; 2001; 2005); Corrêa e Loyola (1999; 2005); Ferreira (1998, 2002); Barbosa (1999; 2003); Luna (2000; 2004); Diniz e Guilhem (2000); Diniz e Buglioni (2002); Guilam (2003); Tamanini (2003); Ramírez-Gálvez (2003); Diniz e Costa (2005); Queiroz & Arruda (2006); Loyola e Corrêa, (2008); Vieira (2008); Alfano (2009); Sequeira (2011)
[31] Corrêa (1997)

procedimentos invasivos e ao uso de altas dosagens hormonais, e às repetidas tentativas de ciclos de Fiv e ICSI. Alguns trabalhos deram voz às/aos usuárias/os sobre o impacto da *infertilidade* em suas vidas, na feminilidade, na masculinidade, nas relações de gênero. Outros analisaram práticas de saúde em serviços públicos de reprodução humana, revelando dificuldades no acesso à RA pelo SUS e a visão de profissionais de saúde quanto ao direito à saúde reprodutiva. A partir dos anos 2000, a área do Direito também passou a investigar a temática, refletindo questões legais não previstas para o uso da reprodução assistida, principalmente em um país onde não existe legislação específica sobre o assunto até hoje.

1.2.1 Medicalização da "ausência involuntária de filhos"

Uma das primeiras teses de doutorado sobre a temática foi "A Tecnologia a Serviço de um Sonho. Um estudo sobre reprodução assistida no Brasil", de Marilena C. D. V. Corrêa (1997). A autora discutiu dois pontos cruciais que permanecem atuais nos debates sobre RA no país: o papel normativo destas técnicas e o papel da mídia na sua disseminação e na construção do próprio "*desejo de filhos"*. Analisou o impacto de a RA ter sido introduzida pelo setor privado de saúde, com forte investimento midiático. Os riscos à saúde da mulher e da criança, as implicações éticas e sociais da aplicação destas novas tecnologias, os possíveis impactos sociais, políticos, morais e sanitários da reprodução assistida eram silenciados pela mídia, impossibilitando um debate público sobre o tema no país. As técnicas eram (e continuam sendo) disseminadas como "seguras", "eficientes", "simples", "fáceis", aliadas do planejamento familiar ou, em último caso, "salvadoras" daqueles que possuissem dificuldades para procriar.

Corrêa analisou, justamente, como os meios de comunicação contribuiram para a construção e consolidação do chamado "*desejo de filhos*", exaltando-se os sucessos e silenciando-se os riscos, os efeitos colaterais e os "fracassos" da reprodução assistida. Para a medicina reprodutiva, este seria um "desejo nativo", uma demanda "espontânea" pelas novas tecnologias reprodutivas. No entanto, não

há como analisarmos este "*desejo*" sem considerá-lo uma categoria construída de forma intrinsecamente ligada à oferta das novas tecnologias reprodutivas, mais uma vez, em continuação ao processo de *medicalização social*.

Esta medicalização se traduziria no próprio conceito biomédico de *infertilidade*. Corrêa foi pioneira ao se referir a este conceito como "*ausência involuntária de filhos*", enfatizando que nem toda *ausência de filhos* é sinônimo da existência de uma patologia, no sentido biomédico da palavra. Em sua tese, é feita uma distinção entre *esterilidade*, definida como incapacidade ou baixa capacidade de fecundação/procriação por problemas reprodutivos, e *ausência involuntária de filhos*, termo utilizado para enfatizar o papel normativo do conceito de *infertilidade*. Casais homossexuais ou pessoas sem parceiros, por exemplo, podem *desejar ter filhos* e procurar a RA, sem necessariamente apresentarem problemas clínicos para procriar, sem serem *inférteis*[32].

Este tem sido um ponto de partida para os trabalhos brasileiros[33] sobre reprodução assistida: a problematização do conceito de *infertilidade* e da necessidade de seu diagnóstico para o acesso às tecnologias reprodutivas no país. Inicialmente, discutem o quão impreciso é este termo, cuja definição atual transformou o que antes era "incapacidade" em uma "doença do sistema reprodutivo, definida pela falha de se obter gravidez clínica após 12 meses ou mais de coito regular desprotegido[34]". Calcula-se que a gravidez ocorra no primeiro ano de relações sexuais para 80% dos casais; no segundo ano para 10%; sendo os outros 10% restantes considerados *inférteis*. Partindo-se desta conceituação, as *infertilidades* seriam *patologias* do corpo reprodutivo, devendo receber diagnósticos precisos, identificáveis medicamente, como no caso de obstruções tubárias, anomalias uterinas, endometrioses, disfunções hormonais, disfunções ejaculatórias, varicocele, causas imunológicas, entre outras. No entanto, a etiologia da *infertilidade* permanece incerta em muitos casos. Pelo menos 1⁄3 dos diagnósticos de

[32] Há autores que sugerem o termo *infecundidade* para o debate sobre *ausência involuntária de filhos*, em contraposição ao termo *infertilidade.* É o caso do artigo "Infertilidade e Infecundidade: Acesso às Novas Tecnologias Conceptivas", de Débora Diniz e Rosely Gomes Costa (2006).
[33] Das áreas da sociologia, da antropologia, da saúde coletiva e da bioética, prioritariamente.
[34] Definição do Comitê Internacional para Monitoração da Tecnologia Reprodutiva Assistida (ICMART) e da OMS, divulgada no Novo Glossário revisado da Terminologia das Técnicas de Reprodução Assistida (TRA), em 2009. Acesso: 14/01/2014. Disponível em: http://www.redlara.com/aa_portugues/glossario.asp

infertilidade são imprecisos, considerados "*sem causa aparente"* (ESCA- esterilidade sem causa aparente).

Mas a principal problematização do conceito de *infertilidade* está, justamente, na premissa moral que ele esconde: a pressuposição de uma normalidade a ser seguida em reprodução, de uma heteronormatividade. Na visão biomédica, somente pessoas heterossexuais em relação de conjugalidade e *inférteis* buscariam, a princípio, a reprodução assistida para realizar seus *desejos de filhos.*

No entanto, sob a perspectiva dos direitos reprodutivos, qualquer pessoa pode *desejar ter filhos*, seja ela homem ou mulher; casada, solteira, em união estável ou não; com ou sem problemas médicos reprodutivos; celibatária; de qualquer orientação sexual; com ou sem recursos financeiros, com ou sem outros filhos. E as novas tecnologias reprodutivas, estando a serviço da realização do "sonho da maternidade/paternidade", podem atender a esta diversidade de *desejos*. Ao possibilitar que as fronteiras fossem deslocadas, as técnicas de reprodução assistida expandiram os limites do modelo heterossexual de reprodução e da própria inteligibilidade cultural (Corrêa, 1997).

Na prática, o que se evidencia é uma verdadeira resistência a se pensar a procriação sem, necessariamente, haver relação sexual, com discursos conservadores e restrições ao acesso das tecnologias reprodutivas por quem não se enquadra na matriz heterossexual de procriação e/ou no modelo socioeconômico de reprodução social.

> Pensar a relação sexual sem necessariamente haver procriação pode ser visto, nas sociedades ocidentais e segundo o modelo moderno[35] de reprodução e controle da sexualidade, como uma conquista de direitos sexuais e reprodutivos. No entanto, o mesmo raramente tem acontecido quando a procriação ocorre sem necessariamente haver trocas sexuais entre os parceiros (isso quando há uma parceria). O que vemos é a persistência da elaboração de um "tipo-ideal" de trocas conjugais nas sociedades contemporâneas (Loyola, 2003; Peixoto, 2007), evidenciado nos discursos conservadores sobre "a crise da família" ou sobre a legitimidade de uma "ordem simbólica" cultural. Segundo estes discursos, tudo depende de *quem* e de *como* se está reproduzindo, seja no aspecto biológico, seja no aspecto social. (Alfano, 2009, p.37)

[35] Principalmente após mudanças no modelo de reprodução e controle da sexualidade, a partir do século XX, a escolha livre e individual do cônjuge passou a ser estimulada com base no amor-paixão, sendo possível tanto o rompimento do vínculo conjugal (divórcios e separações) a qualquer momento, quanto posteriores recasamentos. Neste modelo, a divisão dos papéis de gênero tornou-se menos rígida, existindo uma igualdade jurídica e social entre os sexos, baseada em direitos sexuais e reprodutivos, e a identidade deixou de ser familiar para ser individual (Loyola, 2003).

Débora Diniz e Samantha Buglione (2002) questionaram "*Quem Pode Ter Acesso às Tecnologias Reprodutivas?*". No livro, trouxeram artigos sobre discussão realizada, em 2001, durante um simpósio no Senado Federal, sobre o impacto das novas tecnologias reprodutivas no meio jurídico brasileiro. O que os estudos têm demonstrado, desde a década de 1990 até hoje, é que a expansão do modelo normativo de reprodução tem sido margeada pela questão do acesso à RA. Um acesso que depende do poder aquisitivo de quem o demanda; um acesso que é moldado por critérios de elegibilidade que escondem normas de gênero e de reprodução social; um acesso regulado por dispositivos normativos como o *diagnóstico de infertilidade* e o *discurso do risco*[36]. Nem todos podem fazer uso das novas tecnologias reprodutivas. Nem todos têm legitimados seus "*desejos de filhos*", desejos considerados "naturais e instintivos" para uns, que justificariam repetidos ciclos de procedimentos invasivos de fertilização para a biomedicina, mas que para outros são questionados e limitados pelos riscos (biológicos e morais) atrelados a eles.

1.2.2 Gênero, Reprodução Social e o Discurso do Risco

A abordagem de gênero nos estudos brasileiros sobre RA tem auxiliado na problematização de categorias naturalizadas e enraizadas culturalmente sobre maternidade/paternidade, feminilidade/masculinidade, natureza/cultura, filiação/ reprodução/ consanguinidade. Em geral, as discussões são embasadas por estudos feministas contemporâneos, como os de Judith Butler, Marilyn Strathern, Beatriz Preciado, Dona Haraway, entre outras. Estas autoras, em especial, discutem como a esfera tecnológica se relaciona com questões de gênero e de reprodução de forma diferente do que costumavam fazer os estudos feministas dos anos 70 e 80. Sem negar a importância do chamado feminismo radical, que contribuiu para a desnaturalização do gênero feminino, demonstrando como o corpo da mulher tem

[36] Ver: Guilam (2003); Menegon (2003); Corrêa e Guilam (2006); Alfano (2009)

sido produto de uma história política, as autoras supracitadas representam um contexto atual do feminismo frente às novas tecnologias reprodutivas.

Antes, estas técnicas eram descritas, basicamente, como formas de dominação patriarcal sobre o corpo da mulher, instrumentos de exploração e alienação masculina, adotando-se como crítica binarismos[37] como natureza/cultura, feminino/masculino, sexo/gênero, reprodução/produção, uma posição mais filosófica do que empírica[38]. Contraditoriamente, reforçava-se uma suposta "naturalização feminina", a mesma que se queria desconstruir, ao se acreditar que a ciência e a tecnologia reprodutiva assolavam um imaginário corpo orgânico feminino[39], ou então ao se acreditar que as mulheres que buscavam a reprodução assistida eram, necessariamente, "vítimas culturais".

As posições feministas frente à reprodução assistida não eram e nunca foram unânimes. Mas foi necessária uma virada teórica, no final dos anos 80, para que o feminismo redefinisse as relações entre tecnologia e gênero[40]. Permaneceu uma visão crítica frente à biomedicina, mas ao invés de dominação, as novas tecnologias reprodutivas passaram a fazer parte de um poder produtivo, a representar possibilidades de subversão, de resistência e de *empoderamento* feminino.

> (...)deixam de atribuir o poder às tecnologias em si, às máquinas ou outros artefatos, para atribui-lo às próprias relações entre tecnologias e sociedade, aos "jogos de verdades" propostos por uma rede de saberes ligada às técnicas específicas que as pessoas utilizam para entenderem a si mesmas. A técnica, conforme a visão foucaultiana, passa a ser concebida como um dispositivo complexo de poder e de saber que integra instrumentos, discursos, regimes do corpo, leis e regras que maximizam a vida, os prazeres do corpo e a regulação de enunciados de verdade. (Alfano, 2009, p.33)

A proposta é pensar a RA identificando as normatividades que regulam a sexualidade e o gênero. O que realmente está em jogo são normas e regras de inteligibilidade nas discussões atuais de gênero e RA, uma inteligibilidade baseada na matriz heterossexual e que pode ser subvertida pelas tecnologias. Nesta perspectiva, gênero é visto como o efeito de uma complexa tecnologia política que produz corpos, comportamentos e relações sociais ao invés de algo intrínseco aos

[37] Arán e Corrêa (2009)
[38] Van Balen e Inhorn (2002)
[39] Silva (2000); Haraway (2000)
[40] Arán e Corrêa (2009)

seres humanos. Somos todos sujeitos *gendrados* (Butler, 1998), verdadeiros *ciborgues* (Haraway, 2000). Segundo Haraway, rejeitar simplesmente as novas tecnologias reprodutivas não contribui para o *empoderamento* das mulheres, para o conhecimento e avaliação dos riscos e possibilidades individuais e sociais de se submeter ao processo da reprodução assistida. E os estudos brasileiros sobre a temática têm seguido esta perspectiva de gênero, não como algo pré-existente ou essencializado, mas sim construído e reiterado cotidianamente.

Rosana Machin Barbosa (1999), em sua tese de doutorado, discutiu como aspectos sociais e culturais relacionados ao uso das tecnologias reprodutivas foram experienciados por mulheres e homens que buscaram assistência em serviços de *infertilidade*, em Brasília. Ressaltou como a experiência feminina é circunscrita pelo desconforto físico, pela ansiedade e pelo desgaste psicológico. As mulheres oscilam de um estado de euforia inicial à depressão profunda quando vivenciam, na prática, os fracassos das técnicas e/ou as dificuldades das gestações, quando bem sucedidas (após diversas tentativas, no geral). O contexto social, cultural e de gênero revelam *desejos* constituídos por cobranças sociais pela maternidade, *desejos* que encontraram eco e são instigados por um mercado que oferece tecnologias de ponta, cuja resolutividade não acompanha a exaltada divulgação da mídia sobre o assunto.

Rosely Gomes Costa também estudou concepções sobre maternidade (Costa, 1995) e paternidade (Costa, 2001) entre usuárias/os de tecnologias de reprodução assistida. Encontrou, como outras autoras (Makuch, 2001; Ramirez-Gálvez, 2003; Tamanini, 2003), narrativas que reiteravam papéis hegemônicos de gênero. A maternidade mostrou-se fundamental na construção da noção de feminilidade entre as mulheres entrevistadas, como se fosse uma essência, enquanto a paternidade apresentou-se como um projeto a ser constituído. A questão da *infertilidade*, ainda que vivida de formas distintas entre mulheres e homens, revelou causar instabilidade tanto nas noções de masculinidades quanto nas de feminilidades, como se corressem o risco de serem, se não perdidas, ao menos diminuídas, dentro de uma escala hierárquica de mais ou menos masculino/feminino.

Quem não corresponde aos papéis de gênero esperados socialmente, quem se “desvia da norma” é marcado por um estigma social que persiste, inclusive, após

experiências bem sucedidas na reprodução assistida. Este estigma aumenta a cada tentativa fracassada, a cada ciclo sem sucesso, mas também se estende aos casais que conseguiram ser pais com o auxílio da RA. Foi o que mostrou o estudo de Straube (2007), ao encontrar pouca disposição destes pais em relatar suas experiências aos familiares, aos amigos e aos próprios filhos.

A estigmatização de não poder ou não conseguir procriar impossibilita, em geral, uma espera prazerosa e mais tranquila por filhos, entre aqueles que os "desejam", caracterizando situações de maior vulnerabilidade. Mais uma vez, como é sobre o corpo da mulher que recaem as intervenções e procedimentos reprodutivos, é comum surgir uma constante e obcecada vigilância do corpo feminino à procura do menor sinal de gravidez ou de insucesso do tratamento, aumentando-se a responsabilização e culpabilização pela *infertilidade*[41].

Se, por um lado, a noção biomédica de "casal infértil", segundo os especialistas da área, serve para diminuir esta estigmatização e culpabilização social da mulher pela *infertilidade*, por outro reitera aspectos de gênero discutidos anteriormente. Em sua grande maioria, a *infertilidade* é uma condição física ou da mulher, ou do homem (isso quando não "sem causa aparente"). No entanto, mesmo quando a dificuldade/impossibilidade é masculina, é sobre o corpo da mulher que são realizadas as intervenções médicas, e esta categoria "casal infértil" ofusca a centralidade das mulheres na RA[42].

> A despeito de todas as restrições de eficácia das técnicas reprodutivas, ainda é mais fácil produzir um bebê que identificar, tratar ou curar as causas físicas da infertilidade em mulheres e homens. Há uma parcela significativa dos casos de infecundidade involuntária para os quais não são identificadas as possíveis causas de infertilidade. (...) Transformar a infertilidade em uma condição familiar e não mais em um problema de saúde individual foi uma estratégia moral que facilitou o engajamento no tratamento médico mesmo de quem não apresentava qualquer restrição de fertilidade. (Diniz e Costa, 2005, p.2)

Segundo as autoras supracitadas, atribuir ao "casal" uma condição individualizada ofusca ainda outro ato, essencialmente moralizador, no campo da sexualidade e da reprodução: a restrição do acesso a casais heterossexuais em situação de conjugalidade.

---

[41] Corrêa (2001).
[42] Diniz e Costa (2005)

1.2.3 O papel da Mídia

Assim como analisado por Corrêa (1997, 1999), alguns trabalhos estudaram, especificamente, a relação entre mídia e RA, como a tese de doutorado de Maria de Fátima Ferreira (1998), que analisou matérias do jornal *Folha de S. Paulo*, no período de 1993-1994. Dez anos depois, Clecí KÖRBES (2008) também analisou publicações em 2005 do mesmo jornal sobre a temática. Ferreira (2012) retomou o debate, trazendo a cobertura dada pela *Folha,* entre dezembro/2010 e maio/2011, às mudanças das normas estabelecidas pela Resolução nº.1957/10, do CFM. Todos estes estudos[43] observaram um mesmo padrão: a ênfase dada pela mídia ao serviço privado de RA, confrontando interesses comerciais envolvidos, apesar de destacar os avanços tecnológicos como benefícios universais.

A mídia continua a não propiciar espaço para a discussão das desigualdades sociais que afetam o acesso a essas tecnologias, nem favorece o melhor conhecimento e tomada de decisão sobre benefícios e riscos da reprodução assistida pela população, na medida em que divulga os avanços tecnológicos como *bens de consumo* necessários, quase essenciais (ou mesmo banais), na vida das pessoas, sinônimo de modernidade.

Naara Luna (2000; 2004) analisou diversas menções ao tema, tanto na abordagem jornalística como na ficção (novelas), destacando o impacto das tecnologias reprodutivas nas noções de concepção, de parentesco e de pessoa. No estudo etnográfico, entre os usuários constatou haver um modelo de família centrada nos filhos, cujo parentesco ainda é representado por um sistema simbólico comum ao modelo ocidental moderno: pais e filhos estariam relacionados pelos laços de sangue; sangue este carregado de heranças genéticas, ou mesmo de tradições familiares (no caso de gestações com óvulos ou embriões doados). Não por acaso, houve maior receptividade na gestação com óvulo ou embrião doado, havendo comunhão de sangue e de outras substâncias entre mãe e feto, do que o uso da gestação de substituição.

[43] Incluindo artigos que abordaram a questão, como: (Corrêa, 2001); (Citelli, 2002); (Luna, 2001a; 2001b; 2002a; 2002b), entre outros.

Em casos de uso de gametas e/ou de embriões doados, não apenas a troca de substâncias durante a gestação mostra-se importante, mas principalmente as semelhanças fenotípicas entre doadores e receptores, assinaladas tanto por médicos como por pacientes, especificamente com relação à cor da pele. Rosely Gomes Costa (2004) discutiu noções sobre racialização e etnia ao analisar como é feita a seleção de doadores de gametas para Fiv. Observou que há aceitação, por parte das receptoras, de doadoras semelhantes ou "mais claras" que elas, mas não de “mais escuras”.

1.2.4 Desigualdades sociais, vulnerabilidades e acesso

Além dos aspectos discutidos no estudo acima, a ovodoação traz para o debate questões sociais importantes no campo da reprodução assistida. Diversos trabalhos têm analisado diretamente os chamados “programas de acesso” às tecnologias reprodutivas, proporcionados por indústrias farmacêuticas e/ou por clínicas particulares pelo mundo todo. No Brasil, estes programas[44] têm se valido de desigualdades sociais para existirem, principalmente quando a proposta é facilitar o acesso de mulheres que doarem parte de seus óvulos a mulheres que não têm óvulos. Em geral, as doadoras são mulheres de baixa renda, enquanto as receptoras têm maior poder aquisitivo e pagam pelo tratamento das doadoras[45].

Muitos estudos[46] demonstram que as situações de desigualdade e vulnerabilidade sociais presentes na RA estão, em grande parte, atreladas à carência de uma melhor estruturação da assistência à saúde reprodutiva, incluindo informação e acesso à contracepção, ao parto humanizado e ao aborto no país. O denunciado ciclo pernicioso *esterilização cirúrgica e aborto clandestino/ infertilidade/ reprodução assistida* ainda é facilmente encontrado nos ambulatórios de reprodução humana dos serviços públicos nos dias atuais. Em geral, as mulheres que chegam à

[44] A serem analisados no capítulo 2 desta tese.
[45] Corrêa (1997); Barbosa (1999); Ramirez-Gálvez (2003); Samrsla *et al* (2007);
[46] Corrêa (1999; 2001); Scavone (2004); Vianna e Lacerda (2004); Arrilha (2004); Vieira (2008); Fonseca (2010); entre outros.

reprodução assistida em busca de uma reversão da laqueadura tubária, com o desejo de engravidarem novamente, decidiram por este método definitivo no passado quando eram muito jovens, sem orientação adequada quanto ao procedimento e à dificuldade de reversão, e muitas sem assinarem nenhum termo de consentimento informado[47] (algumas relatam, inclusive, que foram laqueadas sem seus consentimentos)[48].

No Brasil, sabe-se que o acesso à assistência da *infertilidade* é muito restrito, incluindo as tecnologias de reprodução assistida. Makuch e Bahamondes (2012) apontam, em estudo que incluiu entrevistas com 64 autoridades de saúde do país (25 estaduais e 39 municipais), que 76% e 66,7% destas autoridades, respectivamente, reportaram não oferecer serviços de infertilidade pelo SUS e, ainda, que as secretarias de saúde não têm compromisso político futuro com a implantação destes serviços. No total, 75% das autoridades entrevistadas reportaram "*não ter planos de implementar estes serviços nos próximos 12 meses"*, enquanto 83% revelaram não haver nenhum serviço de reprodução assistida pelo SUS em suas regiões administrativas (p.66). Esta falta de acesso se agrava frente ao fato de 72,5% da população (cerca de 140 milhões dos 193 milhões de brasileiros) dependerem do sistema público de saúde[49], e de haver cerca de 48 milhões de mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) no país, com a estimativa de 5 milhões de casais inférteis. Segundo Makuch e Bahamondes (2012), seria razoável assumir que cerca de 3.6 milhões de mulheres inférteis dependem diretamente do SUS para buscar tratamento.

1.3 Das práticas médicas: associações e organização profissional

No âmbito das práticas em reprodução assistida no país, a área ganhou reforços institucionais para se tornar uma especialidade médica na década de 1990, na tentativa de ser regida por normas técnicas e científicas. O Conselho Federal de

[47] Para o debate sobre consentimento informado em reprodução assistida, ver: Menegon (2003)
[48] Cunha (2005)
[49] Santos *et al* (2008); IBGE (2012)

Medicina (CFM) foi o primeiro a se posicionar formalmente sobre as novas tecnologias reprodutivas na área médica. Em 1992, instituiu normas éticas para o uso das técnicas de reprodução assistida a seus profissionais, lançando a Resolução 1.358/92[50]. Esta resolução permaneceu como única regulação da RA no país até 2009, quando foi revisada e substituída pela Resolução 1.957/2010[51], revogada pela Resolução do Conselho Federal de Medicina n. 2013/13, atualmente em vigor.

Em geral, os médicos que atuavam na área, naquela época, eram associados (ou contavam com o apoio) da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH), fundada em 1947. Existente até hoje, seu objetivo ainda é oferecer "educação médica continuada, promover e estabelecer o contato entre os médicos das especialidades afins e, eventualmente, ser uma referência para a sociedade em geral.[52]" Com sede na cidade de São Paulo, é uma instituição sem fins lucrativos, de caráter científico, com aproximadamente 4.000[53] associados, de acordo com o site da instituição, entre médicos ginecologistas, andrologistas, endocrinologistas, terapeutas sexuais, embriologistas, biólogos, biomédicos, psicólogos e enfermeiros. É a mais antiga associação da área e continua a promover encontros, eventos e publicações científicas para o desenvolvimento da reprodução humana no país, tanto no campo assistencial quanto na pesquisa.

Em 1995, foi fundada a Rede Latinoamericana de Reprodução Assistida (RedLara). Teve origem nas publicações anuais do Registro Latinoamericano de Reprodução Assistida que, desde 1990, traz dados de clínicas da América Latina, possibilitando aos médicos e pacientes avaliarem a eficiência dos tratamentos realizados, com um controle de qualidade externo. Em 1995, os representantes de

[50] Com o objetivo de superar a infertilidade humana, reafirmou recomendações internacionais advindas do Relatório Warnock(primeiro a formular recomendações sobre o uso das NTRc, elaborado na Grã-Bretanha, em 1984), como a delimitação do tempo máximo de desenvolvimento de um embrião fora do corpo humano em 14 dias, princípios gerais de inviolabilidade e da não comercialização do corpo humano, a gratuidade do dom e o anonimato da doação de gametas, o necessário consentimento formal de todos os envolvidos nos procedimentos de Fiv, a possibilidade de criopreservação de embriões, desde que autorizados. Aceitou a transferência de, no máximo, quatro embriões por tentativa, ao invés de um a dois, conforme a tendência europeia e o relatório da OMS. No entanto, proibiu a redução embrionária e o descarte de embriões. (Corrêa, 2001; Diniz, 2003)

[51] A ser apresentada adiante.

[52] Dados sobre a SBRH retirados do site da instituição: http://www.sbrh.org.br/ Acesso em: 04/11/2013.

[53] O site da SBRH indica que seriam 1000 associados diretamente e 3000 indiretamente, sem que se explique esta relação.

cada país participante do Registro acreditaram haver maturidade suficiente para realizarem ações mais complexas de treinamento, extensão e pesquisa regional, fundando a RedLara, com sede no Chile. Com os mesmos objetivos da SBRH, a ideia foi apoiar o avanço científico e educacional da reprodução assistida na região.

A RedLara certifica a qualidade das clínicas que solicitam sua acreditação. Estes centros recebem a visita de um biólogo e de um clínico e, após verificadas as normas mínimas de funcionamento, os protocolos, os métodos utilizados e os resultados alcançados, são afiliados ou acreditados[54] à Rede. É a única instituição que reúne países latinoamericanos e que "agrupa mais de 90% dos centros que realizam técnicas de reprodução assistida na América Latina.[55]". Atualmente, conforme já citado, a RedLara conta com o cadastro de 167 centros, catalogando resultados sobre as técnicas disponíveis, o número de ciclos realizados, protocolos utilizados, profissionais associados, entre outros dados que contribuem para um panorama dos resultados em reprodução assistida na região. A instituição também oferece programas de educação continuada, promovendo a especialização da comunidade científica. Novamente, no Brasil são 61 centros associados à RedLara, segundo o site da instituição, e 67 centros, segundo sua presidente em entrevista para esta tese.

Em 1996, um ano após a fundação da RedLara, foi criada uma terceira associação profissional da área, entre as aqui consideradas: a Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida (SBRA), uma dissidência da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH). Seus objetivos eram evidenciar questões específicas da RA, minimizar anseios da prática diária e ter representatividade junto às instituições governamentais de saúde a partir de consultorias técnico-científicas e fóruns de discussão. De acordo com informação obtida em seu sitio eletrônico, representa, hoje, 314 profissionais associados e 118 serviços cadastrados, com grande concentração na região sudeste (51,7% dos centros – 38 centros no Estado de São Paulo, 14 em Minas Gerais e 9 no Estado do Rio de Janeiro)[56].

---

[54] "O processo de acreditação dos centros se iniciou em 1997, com o objetivo de colaborar com o melhor funcionamento dos centros associados à REDE e garantir a veracidade dos dados enviados ao Registro Latino-americano de Reprodução Assistida (RLA)." Acesso em: 14/11/2012. Disponível em: http://www.redlara.com/aa_portugues/acreditacao.asp

[55] idem

[56] Dados disponíveis em: www.sbra.com.br. Acesso em: 22/01/2014

Apesar de se definirem como organizações sem fins lucrativos, as três instituições foram originadas e são mantidas pelo setor privado, por profissionais liberais ou clínicas particulares de reprodução humana e assistida. Mesmo que alguns associados trabalhem, atualmente, tanto na área privada quanto na pública, os dados são, quase inteiramente, coletados em clínicas privadas associadas a estas instituições. Segundo a presidente da RedLara, das 67 clínicas brasileiras acreditadas, apenas três são públicas.

> O Pérola Byington é associado da Rede, o Hospital Materno-Infantil de Brasília é associado da Rede, e o Hospital das Clínicas de Belo Horizonte tinha saído e a gente fez lá um trabalho que eles voltaram. Por quê? Para a Rede interessa exatamente o que as pesquisas... e de outros lugares da América Latina também... no México tem alguns centros que são meio a meio, meio público, meio privado, paga não sei que, não paga não sei que. A gente também faz uma diferenciação porque, nesses lugares, você tem pessoas que têm informação acadêmica. Então, se essa Rede tem todo um lado de educação, essas pessoas contribuem para a educação. A gente tenta, sim, que essas pessoas participem como sendo público. (Presidente RedLara)

Após mais de três décadas de reprodução assistida no Brasil, continuamos a sofrer as consequências de suas tecnologias terem sido introduzidas e disseminadas exclusivamente pelo setor privado da medicina. Uma das principais lacunas é, justamente, a falta de pesquisas clínicas e, ainda, "*um grande vazio de pesquisa de caráter sociológico sobre a demanda pelas técnicas de reprodução assistida no caso brasileiro*" (Corrêa, 1997, p.9).

> É lógico, como a maioria dos serviços no Brasil, ou quase a totalidade dos serviços no Brasil são privados, isso limita muito a pesquisa, porque nos serviços privados, uma grande parte deles não tem o menor interesse em fazer pesquisa, salvo alguns centros ou outros. Essa é a grande limitação no Brasil, é a da pesquisa em RA; ela é muito pequena, as publicações são muito poucas porque a grande totalidade dos serviços são privados, que obviamente o objetivo maior é o desenvolvimento do lucro e tudo o mais, e que você não consegue ter (pesquisa). O que os serviços outros, os de países desenvolvidos, os serviços públicos e os privados, eles são juntos; as próprias pessoas que pagam, ou que não pagam, ou que o governo subsidia para isso, se tem muita pesquisa clínica. Então, a carência do Brasil está em cima da pesquisa clínica e da publicação científica propriamente dita. Mas em termos de oferecimento de fertilização, o Brasil oferece o que tem de melhor, com certeza, e com grandes especialistas. (E2 IG)

A concentração de serviços de reprodução assistida no setor privado dificulta também a regulamentação do funcionamento e o monitoramento das clínicas no

país. Sabemos que os dados apresentados por estas associações (SBRH, SBRA e RedLara) são ainda subestimados, pois nem todas as clínicas em funcionamento no país se associaram a elas e, portanto, não forneceram registros sobre seus procedimentos e resultados.

> (...) Quem faz uma avaliação por estimativa é a Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida. A SBRA tem uma estimativa de número de dados e tudo o mais porque, dentro das clínicas que são vinculadas à RedLara (...) e quem é vinculada à RedLara é obrigada a fornecer os dados, para se manter na RedLara, então você consegue ter os parâmetros de quantos números de gravidezes, números de demandas e tudo mais. A gente tem uma estimativa de que, no Brasil, haja uma demanda reprimida de pelo menos umas 120 mil fertilizações, demanda reprimida que a gente poderia estar oferecendo a mais no Brasil, por ano, que não consegue acesso à fertilização. Esses dados não são tão precisos, porque não temos uma estatística precisa, não existe um prontuário único, as clínicas são privadas, só quem está na RedLara é quem fornece os dados, muitas clínicas não são credenciadas. Então, é uma dificuldade muito grande no Brasil trabalhar com números, qualquer área da medicina, sempre é uma dificuldade, principalmente na área da reprodução. (E2 IG)

Em 2005, diante da guinada na área da engenharia genética no país, com a aprovação da nova lei de biossegurança (Lei 11.105/2005[57]), a ANVISA se viu na obrigação de estabelecer algum tipo de monitoramento das clínicas de RA com criopreservação de materiais genéticos, que até então não existia por parte do Governo. Em 2006, foi lançada a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 33, aprovando regulamento técnico para o funcionamento dos Bancos de Células e Tecidos Germinativos (BCTG). Em 2008, com a RDC nº 29, instituiu o Cadastramento Nacional dos Bancos de Células e Tecidos Germinativos e o envio da informação sobre embriões humanos criopreservados através do Sistema Nacional de Produção de Embriões (SisEmbrio), conforme citado anteriormente[58].

Em conjunto com as vigilâncias sanitárias locais, a Anvisa passou a realizar ações de fiscalização sanitária monitorando os indicadores dos centros de RA, de forma a reduzir os riscos à saúde e promover a melhoria da qualidade do serviço ofertado à população. Em 2012, a adesão das clínicas ao SisEmbrio foi de 76% (91

[57] A primeira lei de biossegurança (Lei 8.974/95) proibia qualquer pesquisa com embriões humanos. Sua revisão, em 2005, culminou na aprovação da Lei 11.105/2005, que autoriza a utilização de células-tronco embrionárias para fins de pesquisa e terapia. Admite a captação de embriões oriundos das clinicas de RA para pesquisas, inclusive de células-tronco (embriões não utilizados por serem inviáveis ou por estarem congelados há 3 (três) anos ou mais). É exigido o consentimento dos genitores para este uso (Corrêa, 2005).

[58] Sequeira (2011)

centros), considerando a estimativa de 120 serviços no Brasil[59]. Houve um aumentou em comparação aos dados do ano de 2011, devido à consolidação do processo de notificação aos centros que não enviaram sua produção à Anvisa. Segundo um dos entrevistados para esta tese, os fiscais da Anvisa têm investido também em educação e aprimoramento sobre RA, participando de congressos da área e recebendo aulas de profissionais da SBRA[60].

No entanto, apesar dos esforços, o controle e o monitoramento do que se passa nos centros de reprodução assistida no Brasil ainda deixam a desejar. O que acontece nas outras estimadas 29 clínicas do país que não aderiram ao SisEmbrio ninguém sabe. A própria Anvisa aponta suas limitações, pois "com relação à qualidade dos dados, destaca-se que (estes) são informados pelos próprios serviços no SisEmbrio e que são auditados pela vigilância sanitária durante inspeção sanitária ou fiscalização. Poderá haver outras limitações não descritas que serão incluídas a partir do recebimento de informações do uso do indicador.[61]" A falta de profissionais disponíveis para as fiscalizações foi um dos aspectos apontados pelos entrevistados como limitação da Anvisa:

> A fiscalização da Anvisa nem sempre é uma coisa tão perfeita, acredito por deficiência de fiscais. A Anvisa está presente e as regras são bastante rigorosas, às vezes extremamente rigorosas, mas a fiscalização acredito que seja falha realmente por falta de pessoal; acredito eu, não posso falar pela Anvisa isso." (E2 IG)

> Vai uma equipe de 5 pessoas. Em janeiro (2013), 5 passaram 3 dias dentro da clínica, e no final está absolutamente dentro das normas. Eles vão sem prévio aviso, já foram umas 4 vezes desde que abriu (há 5 anos). Mas lá na clínica ainda não está autorizado. Ela (Anvisa) deu o aval, mas precisa do corpo de arquitetos da Anvisa avalizar a planta. Só tem 16 arquitetos no Estado do Rio para avalizar tudo; tem que entrar numa fila. Então, falaram que tá tudo legal, se eles avalizarem a planta e autorizarem... Só não tem a licença definitiva, tenho a provisória. Por quê? Todo centro de reprodução reporta os dados para a Anvisa, para o SisEmbrio. Das 8 clínicas no Rio de Janeiro, acho que só tem 2 ou 3 que estão autorizadas definitivamente. É assim mesmo, Brasil tem essas confusões. (E3 IG)

[59] 6º Relatório SisEmbrio (pdf). Atualizado em 22/09/2013. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/c2ec8c00412ae76481f18b0ea338d2ac/6o+relat%C3%B3rio+sisembrio.pdf?MOD=AJPERES Acessado em: 26/01/2014

[60] Segundo relato dos técnicos da Anvisa, em entrevista para Makuck (2012b), no ano de 2007 foram capacitados 55 funcionários das vigilâncias sanitárias de todo o país para conduzir o controle sanitário dos BCTGs. Estes agentes seriam, então, multiplicadores nos seus respectivos locais de trabalho, o que acabou não se concretizando, visto que, ainda de acordo com os entrevistados, os funcionários das vigilâncias sanitárias frequentemente trocam de setor em suas instituições, dificultando a atuação desses agentes capacitados.

[61] 6º Relatório SisEmbrio. Ver nota anterior.

A validação dos registros existentes nas SBRH, SBRA e RedLara também é um grande desafio para estas instituições. Por exemplo, para a RedLara obter os registros das clínicas associadas, cada uma delas recebe uma chave/senha e, caso a caso, os dados são enviados online. Estes dados são, então, avaliados por membros da Rede, para validar a consistência dos mesmos. Segundo entrevistas com médicos e a presidente da RedLara, existe o interesse das próprias clínicas serem acreditadas pela Rede, por esta acreditação ter se tornado um "selo de qualidade" em reprodução assistida.

> Sim, eu vejo que tem interesse porque é um selo de qualidade, mas existem uma série de requisitos que a clínica tem que cumprir para estar credenciada à RedLara, e nem todas conseguem cumprir isso. Você, além de ter a ANVISA, com todos os parâmetros para estabelecer uma clínica e ter a manutenção da clínica, também tem a RedLara com as suas exigências. Nesses fatores que algumas clínicas não se enquadram e estão buscando isso, mas acredito que num futuro, todas vão querer estar (acreditadas pela RedLara)". (E2 IG)

> Claro, e a gente faz a maior propaganda mesmo para o paciente que, se o centro é acreditado, ele tem controle, né. A cada 5 anos, tem um questionário que tem que preencher. Por exemplo, eu sou a presidente da Rede, nossa clínica está em obra e eu já notifiquei que estamos em obra e já solicitei, para maio do ano que vem, a visita dos acreditadores. Porque tem que vir aqui certificar, se eu fiz obra, eles têm que vir olhar; se eu mexi na estrutura... (Presidente RedLara)

Segundo a presidente da Rede, não é possível falsear dados. Não basta informar o número de ciclos e de gestações; as clínicas devem enviar registros à RedLara sobre os procedimentos usados, as dosagens e hormônios prescritos, os protocolos seguidos em cada procedimento. Dificilmente, segundo a presidente, a clínica que pretende forjar números chamará os acreditadores, que são sempre duas pessoas de outro país e que pedem, na visita à clínica, as planilhas e prontuários dos pacientes para serem avaliados, além de averiguarem as instalações físicas da instituição. Existiria uma condição de "associado condicional", quando a clínica ainda não recebeu a aprovação dos acreditadores e, portanto, ainda não é acreditada, mas que está em processo de adequação, cujos dados são enviados, mas analisados em separado pela RedLara.

No entanto, mesmo com todo este interesse pelo "selo de qualidade", o próprio Registro Latinoamericano indica enfrentar limitações na coleta de dados:

> *Limitations of data collection: Two are the limitations of the RLA. The first limitation is that some centers lack complete follow-up of each pregnancy. This is especially so in institutions not associated with obstetric units. We estimate that missing data is in the order of 5% of pregnancies. The second limitation is that because registering is voluntary and having the center certified by an independent body is a condition to report, some LA centers do not report their procedures to the RLA. We estimate that the RLA registers procedures performed by the vast majority of institutions in Latin America* (JBRA Assist. Reprod., 2013, p. 217).[62]

Sobre a confiabilidade dos dados sobre RA no Brasil, ainda há algumas clínicas ou profissionais da área que fazem parte de mais de uma associação, o que representaria duplificação de dados.

> (...) Porque as clínicas que estão na Rede, todas estão na SBRA, todas, todas. E é por isso que a SBRA, por exemplo, ou dados da SBRH podem ser completamente falhos, porque um médico que faça ciclos aqui (na clínica), ele pode dizer "eu tenho uma clínica de reprodução". Não, na verdade ele usa uma clínica de reprodução, então o dado reportado está aqui; ele faz os ciclos, mas quem reporta o registro está aqui (na clínica) (...) o laboratório está aqui. A Rede registra laboratório. Eu sei que, às vezes, tem alguém que quer entrar para a Rede: "tenho uma clínica de reprodução no Brasil". "Não, fulano faz casos não sei aonde". Agora ele pode entrar como sócio indivíduo, mas ele não registra casos; ele é sócio, participa dos programas de educação e tal, mas ..." (Presidente RedLara)

A fala acima talvez explique a diferença encontrada entre o número de clínicas cadastradas na SBRA (116 clínicas associadas) e o número de centros brasileiros associados à RedLara (67 clínicas, segundo relato da presidente). Talvez, porque o problema do registro, da fiscalização e do acompanhamento das práticas em reprodução assistida no país ainda carece ser pesquisado e sanado no Brasil.

[62] Tradução livre: "*Limitações na coleta de dados:* A primeira limitação é que alguns centros não têm um acompanhamento completo de cada gravidez. Isso é especialmente verdade em instituições não associadas a unidades obstétricas. Nós estimamos que os dados em falta são da ordem de 5% das gravidezes. A segunda limitação é que, porque o registro é voluntário e pelo centro precisar ser certificado por um órgão independente, como condição para registrar os dados, alguns centros latinoamericanos não relatam seus procedimentos ao RLA. Estimamos que o RLA registre procedimentos realizados pela grande maioria das instituições da América Latina".

2. POLÍTICAS PÚBLICAS EM REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA

Pesquisar sobre a organização de dois serviços públicos em reprodução humana no Rio de Janeiro, inevitavelmente, me levou a questionar qual processo político subjacente estaria presente nas iniciativas encontradas. Não tenho a pretensão de analisar o processo de elaboração e tramitação de políticas públicas ou legislações em reprodução no Brasil, mas "não há como falar em 30 anos de RA no Brasil sem política[63]".

A presente tese compartilha da visão de Michael Foucault[64] sobre política, não restrita ao poder estatal, governamental, mas sim fragmentada em diversas áreas de atuação e de conhecimento, capilarizada nas ações e pensamentos de cada indivíduo, invisível nas relações entre os sujeitos e nas decisões diárias de "como" e "por que" fazemos determinadas escolhas e ações. A partir desta perspectiva, falar em política, aqui, refere-se acentuar a contextualização, ao mesmo tempo que, ainda que resumidamente, comentar as políticas públicas que constituiram o sistema de saúde atual, dando maior atenção, no caso, às políticas relacionadas à saúde reprodutiva. É um processo marcado por avanços, retrocessos e paradoxos que devem ser abordados ao longo do capítulo e da tese.

> O primeiro ponto que nos parece interessante de ser destacado na orientação aos estudos de políticas é a percepção de que qualquer política está associada a construções históricas e modos de operar próprios de cada realidade, de cada Estado. Toda política insere-se numa trajetória geral e também específica e constitui-se numa institucionalidade, que de alguma forma a condiciona e dá sentido. Os Estados são permeados por instituições que definem práticas e processam caminhos para a ação política cotidiana. Isso quer dizer que ao analisar uma política é preciso considerar primeiramente onde ela se insere na história geral, bem como reconhecer sua história específica. (Baptista e Mattos, 2011, p.67).

[63] Aproveito para agradecer, publicamente, ao professor Ruben Araújo de Mattos, pelas considerações enviadas na qualificação desta tese.
[64] Para o debate sobre as noções de biopolítica e governamentalidade, ver: Foucault (1988; 1979; 2008)

Diversos autores[65] têm indicado como a reforma do sistema de saúde brasileiro foi (e continua sendo) realizada por múltiplos 'atores'/sujeitos e inúmeras disputas, marcadas pelas ações do movimento sanitarista, em meio a ações do próprio estado brasileiro, das agências internacionais de saúde e de empresários e profissionais de saúde. Em um breve panorama, pode-se dizer que a saúde pública, na década de 20, ganharia relevância governamental atrelada a um projeto nacionalista, de cunho higienista. Já nesta época emergia a separação entre ações voltadas para a população, em geral, e para aqueles que poderiam pagar por uma assistência individual privada ou filantrópica de saúde. A saúde era vista como uma benesse do Estado, um verdadeiro *favor* à população, sem qualquer instrumento jurídico-legal que garantisse a universalidade desse direito.

Na Era Vargas, este *favor* se transformaria em *direito trabalhista*. O Estado Novo, voltado para a industrialização, teria feito emergir uma nova categoria social, o de trabalhadores formais, que por contribuirem com uma previdência social, tinham direito à assistência médica. A política pública nascia vinculada a determinadas categorias de trabalhadores, de pólos mais dinâmicos da economia, que tinham as suas contribuições descontadas compulsoriamente de suas folhas de pagamento, sem que o Estado participasse com recursos fiscais[66]. Estava em jogo um duplo padrão na relação público/privado, pois cada categoria profissional definia se investiria em serviços próprios de saúde ou se contrataria serviços de terceiros. Obviamente, as pessoas que tivessem condições de pagar por *serviços privados* de saúde também teriam acesso ao sistema de saúde vigente.

Segundo Asensi (2010), entre os anos 1930 até os anos 1980, assistiu-se a uma crescente "mercantilização da saúde"; de *favor* do Estado a saúde passou a ser um *serviço* prestado, um verdadeiro "bem de consumo" oferecido por assistências médicas individuais ou por planos de saúde, que começaram a proliferar na década de 70[67]. Pouco a pouco, empresas privadas de saúde, de medicina de grupo, passaram a prestar serviços suplementares à assistência médica previdenciária, caracterizando a relação público/privado no sistema de saúde brasileiro. Eis o que

[65] Asensi (2010); Nascimento (2009); Elias (2004); Matos (2004); Cordeiro (2001; 2004); Santos (2007), entre outros.
[66] Elias (2004)
[67] Asensi (2010)

muitos autores denominam de “privatização da saúde”, estruturando-se os serviços em moldes privados e lucrativos.

Em um contexto de redemocratização do país, em meados dos 1980, o movimento da Reforma Sanitária, datado desde a época do regime militar ditatorial dos anos 1970, foi ganhando força e forma. Defendia-se uma saúde universal, como *um direito de todos*, formulada não apenas pelo Estado, mas com a participação social daqueles que conhecem, na ponta e na prática, suas dificuldades e necessidades: a própria população. Foi um período de muitas reuniões, conferências, simpósios, com a participação ativa de pesquisadores, lideranças sindicais, administradores de saúde, movimentos sociais, lideranças políticas, debatendo-se sobre barreiras e dificuldades para a Reforma Sanitária, incluindo a própria formulação do conceito de *saúde*[68].

Com a promulgação da nova Constituição Federal de 1988, a saúde foi considerada *um direito fundamental e um dever do Estado,* atribuindo-se às ações e serviços de saúde o caráter de *relevância pública.* Houve e ainda há muita controvérsia sobre como operacionalizar este direito de cidadania, principalmente seguindo-se a prerrogativa de que, no Brasil, a efetivação da saúde é de “competência concorrencial” entre os três níveis de governo: Municipal, Estadual e Federal (Asensi, 2010, p.35-36).

Em 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS), implementado pela Lei n^{o}8.080/90, foi instituído como tentativa de operacionalização destes novos desafios, seguindo os princípios de universalidade, descentralização, participação, integralidade e equidade em saúde. As obrigações do Estado com relação à saúde da população foram ampliadas e expandiu-se a cobertura de saúde a *todos os brasileiros*. Abriu-se espaço para a participação e o controle social da própria população, através de Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde (Lei n^{o} 8.142/90); uma tentativa de *horizontalização* da relação Estado-sociedade. A saúde deveria ser democratizada e descentralizada pelo SUS, com ações e serviços públicos de saúde organizados em redes regionalizadas e hierarquizadas, em diferentes níveis de atenção, com recursos tecnológicos para a promoção, a

[68] Cordeiro (2004) descreve esta trajetória, com o olhar de quem participou ativamente do processo de reformulação do sistema de saúde brasileiro, mostrando concordâncias e discordâncias, avanços e recuos até que o SUS fosse estabelecido.

proteção e a recuperação da saúde, articulando-se prevenção e assistência[69]. O setor privado continuaria a prestar serviços em caráter complementar, como "serviço público concedido", controlado por normas do direito público[70]. Para alguns críticos, o *mix* público/privado teria se fortalecido ainda mais a partir deste período, na medida em que os governos locais, incapazes de financiar "tudo a todos", dependeriam de "setores não governamentais ligados à prestação de serviços" (Nascimento, 2009, p.33).

2.1 Direito à saúde: o que dizer sobre direitos reprodutivos?

Na área da reprodução assistida, um dos eixos principais do processo político tem sido o dos direitos reprodutivos, legitimados enquanto direitos individuais no país desde a década de 1980, e que têm servido para embasar as reivindicações por assistência procriativa de média e alta complexidade no serviço público. Mas "de que direitos estamos falando?" (Ventura, 2005, p.117). O conceito de direitos reprodutivos não é nenhuma novidade para quem discute sexualidade e reprodução.

Foi introduzido, oficialmente, pelo documento final da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), em Cairo/1994, representando um avanço inquestionável da luta feminina por direitos no campo reprodutivo. Os direitos sexuais e reprodutivos vinham sendo debatidos pelos movimentos universitários e de mulheres desde os anos 1980. Teve sua importância ampliada ao ser incorporado aos direitos humanos, defendendo a promoção da liberdade, igualdade e equidade social e de gênero nas decisões e exercícios da saúde reprodutiva. Recebeu reforço na IV Conferência Mundial da Mulher, em 1995, quando foi introduzida a noção de direitos sexuais.

Segundo Ventura (2005), os direitos reprodutivos representaram uma mudança de paradigma, impondo revisão e ajustamento de todas as categorias jurídicas, na tentativa de sua operacionalização, tanto no âmbito do direito à saúde

[69] Mattos (2004)
[70] Cordeiro (2004)

sexual e reprodutiva, quanto no âmbito dos direitos civis, políticos e outros direitos sociais. No Brasil, a introdução do debate sobre direitos reprodutivos se deu em um contexto de retorno da democracia, na década de 1980. Era um momento propício para discussões sobre reformas do Estado e ampliação do conceito de cidadania e de democracia, com presença marcante do movimento feminista e do movimento sanitarista.

Em 1984, foi lançado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), cujo objetivo principal era contemplar a saúde da mulher não apenas durante a gestação, mas também em todos os momentos da vida, inclusive quando não relacionados à reprodução. Foi a primeira política pública a incorporar a integralidade, a equidade e o direito à saúde na sua formulação, princípios oriundos do movimento da reforma sanitária. A assistência deveria ser realizada pela rede pública e conveniada de saúde, levando-se em conta as especificidades de cada município. Representou o primeiro posicionamento oficial do governo brasileiro sobre planejamento familiar, adotando-se a contracepção não como controle demográfico, mas como *direito à saúde*. O foco se voltava para a autonomia e os direitos da mulher de livre e esclarecida escolha em reprodução, sem qualquer tipo de controle e coação. Pretendeu-se expandir a rede de atenção primária, assim como promover ações e recursos materiais e educativos que garantissem a saúde integral da mulher[71]. Pode-se dizer que o PAISM representou, no plano nacional, os primeiros passos concretos dos direitos reprodutivos.

Os direitos reprodutivos vieram ao encontro da reforma estrutural proposta pela Constituição Federal de 1988, que elegeu o princípio da dignidade da pessoa humana um dos princípios fundamentais da constituição do Estado brasileiro. Isso se traduziu no reconhecimento, pelo Estado, da igualdade entre homens e mulheres, do direito à inviolabilidade da intimidade e privacidade, do direito à equidade nas relações pessoais e sociais, à não discriminação que violasse direitos e liberdades fundamentais, e à proteção da maternidade em diferentes âmbitos. Segundo Ventura (2005), os dispositivos constitucionais expressaram, enfim, as premissas básicas fundamentais para os avanços no campo dos direitos reprodutivos.

[71] Sequeira (2011)

Em 1996, a Lei do Planejamento Familiar (Lei 9.263) especificou serviços diretamente relacionados à saúde sexual e reprodutiva, a serem disponibilizados pelo Estado. Deveriam ser acessíveis à população a assistência à concepção e à contracepção, o atendimento pré-natal, a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato, o controle das doenças sexualmente transmissíveis, entre outros serviços necessários para a assistência integral à saúde sexual e reprodutiva. Foi regulamentado o uso da esterilização cirúrgica no país, estabelecendo-se critérios[72] para impedir a prática abusiva e discriminatória de esterilização em massa que vinha sendo destinada à população mais carente e negra do país há décadas[73]. É importante ressaltar que ações no campo da concepção, como a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da infertilidade, se mostravam como secundárias em todos os programas de saúde propostos até então, inclusive nos voltados para a saúde da mulher[74].

Todas as regulações supracitadas fortaleceram a luta pelos direitos reprodutivos no país, representando, algumas vezes, avanços significativos nas políticas públicas em saúde reprodutiva e no plano da ampliação de direitos propriamente ditos. Vistas em conjunto, trata-se de propostas e ações que também deixaram lacunas e trouxeram polêmicas que merecem ser analisadas com cautela. Destacam-se lacunas na atenção ao climatério, às questões relacionadas à reprodução assistida, à concepção no planejamento familiar, entre tantas outras.

Em outros pontos, como na Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM/MS), de 2004, foram identificadas necessidades específicas de saúde de determinados grupos populacionais, como as mulheres negras, as lésbicas, as em situação prisional, as indígenas e as de área rural. Esta política também demonstrou a intenção de ampliar o debate sobre a violência contra a mulher, o aborto inseguro, a anticoncepção e o HIV/AIDS (Sequeira, 2011, p.60).

---

[72] Entre os critérios de elegibilidade para a esterilização cirúrgica estão: "ter capacidade civil plena; ser maior de 25 anos ou ter pelo menos dois filhos; um prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico; a não realização no curso da cesária, com exceções por razões de saúde da mulher ou risco para o concepto; o consentimento expresso para o ato cirúrgico, após aconselhamento com equipe multidisciplinar, sendo que o consentimento depende da anuência de ambos os cônjuges na vigência da sociedade conjugal". (Ventura, 2005, p.134)

[73] (Ventura, 2005)

[74] Arilha (1996)

Neste momento, a atenção à infertilidade e o acesso à RA pelo SUS foram explicitados no texto de uma política, inicialmente como direito das mulheres lésbicas (resultado de recentes pressões sociais do movimento LGBT) e, posteriormente, no seu plano de ação, também como direito das pessoas vivendo com HIV/AIDS, mais especificamente de casais sorodiscordantes. A intenção era criar normas para controle dos bancos de células e tecidos germinativos, além de apoiar a organização de Centros de Referência em Infertilidade por todo o Brasil, garantindo-se, pelo menos, um centro especializado no atendimento a casais sorodiscordantes para HIV por região.

Paralelamente, no mesmo ano, foi criado o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres - SEPM/2004, cujo principal objetivo era enfrentar desigualdades e discriminações de gênero, étnicas e raciais. Especificamente sobre assistência em *infertilidade* e RA, foram apontadas ações a serem executadas pelo Ministério da Saúde, sem o aprofundamento da discussão sobre "como" estas ações seriam implementadas.

Percebe-se que, ao longo dos anos, a noção de direitos sexuais e reprodutivos tem sido legitimada no país, a partir de avanços nas políticas públicas, nas resoluções das próprias instituições profissionais de saúde, nos programas propostos pelo governo. No entanto, como bem lembra Ventura (2005), há uma grande distância e muitas dificuldades entre se formular o conceito de direitos reprodutivos e se efetivar, na prática dos programas, políticas, ações e marcos legais, esta nova proposta de garantia e promoção de direitos. Retrocessos não deixam de existir, principalmente pela atuação de inúmeros grupos conservadores (religiosos, morais, culturais), presentes nos congressos e em diferentes contextos sociais, com fortes reações contrárias a direitos que permitiriam maior autonomia reprodutiva às mulheres e a expressão da diversidade e pluralidade sexual e familiar. Também não podemos esquecer que todo este processo é dinâmico, com avanços da ciência e das tecnologias reprodutivas que provocam, a todo instante, novas questões éticas e de direito, revelando a insuficiência dos conceitos jurídicos atuais e a necessária revisão dos mesmos.

2.2 O embate dos direitos reprodutivos nos projetos de lei em RA

No Brasil, o debate legislativo[75] sobre reprodução humana assistida limitava-se, inicialmente, a apresentar projetos de lei que praticamente transpunham a resolução do CFM/1992 na íntegra para a esfera legislativa. Todos estavam baseados em argumentos clínicos e biológicos, elaborados por parlamentares médicos, como se a autoridade técnica fosse mais importante do que questões sociais relacionadas às tecnologias reprodutivas. Ao longo do processo legislativo, este perfil foi sendo alterado por questões que, até hoje, fazem com que os projetos permaneçam em tramitação, sem serem conclusivos. São questões ligadas aos direitos reprodutivos, ao acesso à RA por pessoas solteiras, homossexuais, em idade avançada, à formação de novos arranjos familiares e parentalidades, distintas da heteronormativa, além da pesquisa com embriões humanos. Não caberia, simplesmente, transformar a resolução do CFM em uma lei federal, pois os aspectos morais que permeiam os preceitos éticos da medicina são insuficientes para dar conta destas questões.

Estudiosos dos projetos de lei sobre RA no Brasil concordam que, sobre alguns temas, é mais fácil de se chegar a um consenso. Os legisladores concordam sobre autorizar a doação de gametas (desde que não haja comercialização), proibir a redução embrionária (a menos que haja risco de vida para a mulher), considerar a *infertilidade* questão de saúde pública, entre outros. Mas a divergência e o embate aumentam quando a questão é "quem pode e quem não pode ter acesso às tecnologias reprodutivas"[76] e quais impactos a RA pode ter nas normas sociais e culturais de reprodução. Segundo Diniz (2006), são quatro os principais pontos de discordância, considerados essenciais para o debate legislativo: a elegibilidade para o acesso às técnicas; o número de embriões transferidos por ciclo reprodutivo; a definição da filiação; e o destino dos embriões.

---

[75] Mais uma vez, não é intenção desta tese analisar os projetos de lei relativos à regulamentação da RA no Brasil. Esta revisão crítica foi realizada por algumas autoras e serviu de referência para os apontamentos a seguir. O objetivo, aqui, é reforçar que após 30 anos de RA no país, ainda não houve consenso sobre sua regulamentação no campo legislativo. Entre avanços e recuos, ainda há muito em jogo para ser analisado e discutido. Como referencial, ver: Diniz (2000, 2002, 2006); Diniz e Buglione (2002); Corrêa (2001; 2005); Corrêa e Loyola (2005); Ramírez-Gálvez (2003); Medeiros (2007); Sequeira (2011).

[76] Diniz e Buglione (2002)

O PL 1.184/2003 é o mais extenso e com maior ambição de controle da prática e do acesso às técnicas reprodutivas conceptivas[77]. Foi aprovado em todas as Comissões do Senado e enviado à Câmara dos Deputados em junho de 2003, permanecendo até hoje em tramitação, junto a outros 9 (nove) projetos de lei apensados a ele. Para Diniz (2004), é um projeto considerado bastante controlista. Do ponto de vista médico, se aprovado, praticamente inviabilizaria a prática da reprodução assistida no Brasil, já que proibe o congelamento de embriões, restringe o número máximo de dois embriões por transferência, proibe a gestação por substituição, assim como a redução embrionária. Permite a doação de gametas, mas prevê a possibilidade de quebra do sigilo do doador(a) no futuro, caso haja interesse da criança gerada com este recurso. Do ponto de vista dos direitos reprodutivos, desrespeita princípios constitucionais e de direitos humanos, como o direito *à igualdade, à diversidade e ao pluralismo*, ao restringir o acesso à RA apenas à mulher sozinha[78] e ao "casal" que apresente *infertilidade*. O direito fundamental de formação familiar é negado a homens sozinhos (com a proibição da gestação por substituição) e às pessoas que não sejam heterossexuais.

Em 2005, um grupo de trabalho multidisciplinar foi criado pelo Ministério da Saúde para discutir os rumos da RA no país[79]. Como resultado, foi elaborada uma nota técnica sugerindo modificações no PL1184/03, sendo proposto: a universalidade do acesso às novas tecnologias reprodutivas; o número de embriões transferidos ser decidido caso-a-caso; a possibilidade de congelamento de embriões; a permissão para gestação de substituição; a criação de uma instância oficial de fiscalização e controle da RA no Brasil.

Neste mesmo ano, foi elaborada a Política Nacional de Direiros Sexuais e Direitos Reprodutivos/2005, que rediscutiu e negou a antiga relação neomalthusiana entre controle de natalidade e pobreza, elaborando-se propostas de ações que contemplassem: 1. A ampliação do acesso aos métodos reversíveis de contracepção; 2. O acesso à esterilização cirúrgica voluntária; 3. O acesso à reprodução assistida pelo SUS. Sobre a assistência em RA ser oferecida pelos

[77] Diniz (2006)
[78] Incluir as mulheres solteiras como elegíveis ao uso das tecnologias reprodutivas, mesmo com a necessidade de um diagnóstico de infertilidade, tem sido interpretado como um avanço, ao se reconhecer, efetivamente, a monoparentalidade na sociedade brasileira.
[79] Corrêa & Loyola (2005:109)

serviços públicos de saúde, pode-se afirmar que a maioria dos PL em tramitação não faz esta defesa. A preocupação está mais focada em quais situações as tecnologias poderão ser utilizadas do que em como (e se) serão oferecidas pelo SUS[80].

2.3 Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida.

Todo este percurso político e legislativo apresentado acima propiciou o debate e a elaboração de uma portaria que tratasse, explicitamente, da reprodução assistida no SUS. Em 2005, foram lançadas a Portaria nº 426[81] (em março, do Gabinete do Ministro) e a Portaria nº 388[82] (em julho, da Secretaria de Atenção à Saúde), instituindo no SUS a "Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida", uma resposta do Ministério da Saúde frente a inúmeros apelos por posicionamento sobre a "garantia de acesso" ao "tratamento" da *infertilidade*. As preocupações com a contracepção sempre se sobressaíram nas políticas públicas voltadas para a área reprodutiva no país; já se fazia urgente um olhar mais cauteloso sobre a concepção e, particularmente, sobre suas dificuldades.

A Portaria nº 426/2005, com base no direito ao planejamento familiar, reconheceu a necessidade de se estruturar uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços voltada para a reprodução humana assistida, objetivando que a *infertilidade* tivesse atenção integral e acesso mais igualitário nas diversas regiões do país, tanto na Atenção Básica quanto na Média e Alta Complexidade. Os poucos serviços de RA, que de alguma maneira já prestavam serviços pelo SUS[83], concentravam-se, principalmente, na região sudeste (assim como os centros privados de RA). A Rede contaria com a articulação do Ministério da Saúde, das Secretarias de Estado de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde.

---

[80] Sequeira (2011)
[81] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_426_ac.htm
[82] Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/PT-388.htm
[83] "(...) O Centro de Reprodução Humana Assistida do Hospital Regional da Asa Sul/DF, o Centro de Referência em Saúde da Mulher/SP (Hospital Pérola Byington), o Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), o Hospital Universitário de Ribeirão Preto/USP/SP, o Hospital Universitário da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), o Hospital das Clínicas da UFRGS" (idem, p.121).

A assistência à *infertilidade* iniciada pela Atenção Básica, com cuidados integrais e interdiscipinares, seria uma importante porta de entrada para a reprodução assistida no SUS. Segundo Sequeira (2011), à época estimava-se que 70% dos casos de *infertilidade* poderiam ser solucionados pela atenção básica e pela média complexidade. A proposta de educação continuada da portaria aos profissionais de saúde também auxiliaria a melhorar o atendimento em *infertilidade*, nos três níveis de atendimento. Foi considerada a existência de uma central de regulação, para o acompanhamento das articulações da rede e fiscalização e avaliação da assistência prestada. Critérios mínimos deveriam ser estabelecidos para que os serviços de média e alta complexidade fossem credenciados e habilitados.

A Portaria nº 388/2005 foi proposta, justamente, para tentar organizar e regulamentar a atenção à *infertilidade* e a reprodução assistida no SUS. Foi determinado que as Secretarias de Saúde Estaduais deveriam adotar, "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".

A portaria da Secretaria de Atenção à Saúde detalhou critérios para a implantação e o acesso aos serviços de reprodução humana assistida, definindo-se: a população atendida; a cobertura assistencial; o nível de complexidade dos serviços; os protocolos clínicos, cirúrgicos e de atenção psicossocial para diagnóstico, tratamento ou encaminhamento da infertilidade; a distribuição geográfica e o quantitativo dos serviços; mecanismos de acesso com fluxos de referência e contra-referência. Previu, também, auxílio aos gestores no controle e avaliação da atenção em RA e a inclusão dos procedimentos de reprodução assistida nas tabelas de pagamento do SUS.

Estipulou-se que os quantitativos de serviços de atenção em RA seriam definidos por Unidade da Federação, sendo estruturado 01 (um) serviço para abrangência de no mínimo 6.000.000 de habitantes, levando-se em conta a sua viabilidade econômica. Não se sabe, ao certo, quais parâmetros foram usados para se chegar a esta abrangência; também não se sabe quantas pessoas ou casais necessitam da atenção de média e alta complexidade na área, nem mesmo o

número de pessoas que já aguardam em listas de espera nos poucos serviços públicos de RA existentes. No entanto, um dos argumentos encontrados para que o acesso à RA pelo SUS seja ampliado, ou melhor, efetivamente oferecido e ampliado, é a existência de uma demanda reprimida pela atenção de média e alta complexidade em *infertilidade*[84]. Lembrando a fala já citada de um dos médicos entrevistados para esta pesquisa, a estimativa é de que exista uma demanda reprimida por atenção em RA de pelo menos 120 mil fertilizações.

A Portaria nº 388/2005 atribuíra a demanda por reprodução assistida aos "casais inférteis" e aos "portadores de doenças infecto-contagiosas e doenças genéticas[85]". Estes foram os beneficiários estabelecidos pela portaria, pessoas que tivessem condições de *infertilidade* medicamente definidas e/ou que desejassem evitar o alto risco de transmissão vertical ou horizontal de doenças, não sendo incluido o debate nacional e internacional sobre o conceito de *infertilidade* e sobre a abrangência do acesso a pessoas que vivenciam a *ausência involuntária de filhos*.

E, antes que tivessem acesso às tecnologias reprodutivas, estes beneficiários deveriam passar por avaliações psicossociais, tanto na atenção básica, quando seriam encaminhados à RA, quanto nos serviços de média e alta complexidade, quando lá chegassem. Com estas avaliações, a portaria pretendia que fossem identificados casos considerados "inadequados" para a continuidade da atenção, "*por possuírem patologias ou fatores concomitantes que possam interferir numa futura gestação ou alguma outra situação que não se enquadre nos critérios para encaminhamento a serviço de média e alta complexidade*". A alternativa a estes "ex-beneficiários" seria o encaminhamento à adoção.

Também seriam casos de exclusão da atenção em RA os casais que vivenciassem violência doméstica e as mulheres com laqueadura tubária, que tivessem filhos vivos do atual parceiro (continuaria a ser atendido o casal cuja esposa apresentasse esterilização cirúrgica, mas cujo esposo não tivesse filhos biológicos). Mais uma vez, conforme discutido no primeiro capítulo desta tese, uma demonstração de como o acesso às tecnologias reprodutivas esbarra em

[84] Samrla (2007); Sequeira (2011)
[85] Diretrizes e protocolos para a atenção em RA aos soropositivos e portadores de hepatites virais foram estabelecidas em 2007, em texto complementar do Departamento de DST/AIDS. Na portaria não são citados fluxos específicos para o portador de doenças genéticas (Sequeira, 2011).

subjetividades, moralidades e normas de gênero, portas abertas para discriminações de gênero e de reprodução social.

A não inclusão de outras situações de *ausência involuntária de filhos*, como o caso dos homossexuais, pessoas solteiras, entre outras, tem sido interpretado como o não reconhecimento dos direitos reprodutivos de muitos usuários que dependem exclusivamente do SUS para serem assistidos.

> Na portaria, a invisibilidade política das dimensões sociais e culturais implicadas no acesso da atenção em reprodução humana assistida ameaça os preceitos constitucionais e os princípios do SUS. Incorporar essas dimensões contribuiria para a consolidação dos compromissos assumidos em face dos direitos reprodutivos das pessoas, independente de sua condição socioeconômica, orientação sexual, estado conjugal, raça, cor, e outras características que se façam presentes (Sequeira, 2011, p.107).

Mas logo esta portaria seria suspensa pelo novo comando ministerial, para que fossem revistos seus impactos financeiros, e considerada insubsistente posteriormente, no aguardo de uma definição. Desde o lançamento da "Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida", poucas medidas foram tomadas para a sua implantação, apesar de não cessarem as promessas ministeriais de que o SUS passaria a oferecer serviços de média e alta complexidade em *infertilidade*[86]. A Portaria GM n°426/2005 foi oficialmente revogada em 2009, pelo Novo Regulamento do SUS (Portaria n.2048), mesmo sendo, na época, reafirmado o compromisso com a atenção em reprodução humana assistida pelo SUS.

Segundo Sequeira (2011), algumas mudanças foram apresentadas, sugerindo avanços neste acesso: há a intenção de se implantar a atenção em RHA em todas as unidades federadas, articulando-se os três níveis de atenção (a atenção básica continuaria a ser a porta de entrada); não se fala mais em afastar "*outra situação que não se enquadre nos critérios para encaminhamento a serviço de média e alta complexidade*", apesar de ainda serem beneficiários os "*casais inférteis*" e as pessoas que desejam controlar a transmissão vertical ou horizontal de doenças. No entanto, pouco foi feito até então para que estes centros fossem estruturados.

Na prática, a implantação desse compromisso político parece depender, mais uma vez, dos interesses e esforços individuais de profissionais que trabalham nas unidades públicas de saúde reprodutiva, com ou sem o apoio de seus gestores. O

[86] Nascimento (2009)

quadro real da atenção em reprodução humana assistida no SUS será apresentado no próximo capítulo. Mas a promessa, esta sim tem sido "*alimentada a todo momento, não apenas pelo Estado, mas pelos médicos e usuários da rede pública de saúde, embora outros atores em cena disputem força sobre a legitimidade dessa demanda*" (Nascimento, 2009, p.47).

2.4 Paradoxos e tensões nos direitos reprodutivos e RA

No que tange à legitimidade do acesso à RA no SUS, esta é questionada não apenas por conservadores e religiosos que integram os congressos brasileiros. É também foco de análise crítica de pesquisadores das ciências sociais, feministas e da saúde coletiva, inclusive entre aqueles que defendem o acesso às tecnologias reprodutivas nos serviços públicos de saúde. São questionadas quais tensões estariam presentes nos conceitos de direitos reprodutivos e liberdade procriativa no uso das novas tecnologias reprodutivas[87]; qual a compreensão de "acesso" ao sistema de saúde que está em jogo[88]; quais as consequências da interligação entre direitos reprodutivos e direitos sexuais, e qual o alcance da "responsabilidade" na frase "decidir livre e responsavelmente" dos direitos reprodutivos[89].

2.4.1 O *Desejo* como Direito

Em meio a discursos de defesa de direitos reprodutivos e do acesso às tecnologias reprodutivas em serviços públicos de saúde, Corrêa (2003) problematiza não apenas o "*desejo de filhos*" como um direito reprodutivo, mas também o próprio conceito de direito reprodutivo. O "desejo de filhos" tem sido o principal argumento apresentado pelas clínicas de reprodução assistida para justificar a oferta de suas

[87] Corrêa (2003)
[88] Nascimento (2009)
[89] Ventura (2005)

tecnologias, e os repetidos ciclos de fertilização realizados em suas pacientes. Não se trata de ser a favor ou contra, mas "*alçar o desejo de filhos à categoria de direito reprodutivo tem desdobramentos que não podem ser ignorados e este debate tem sido feito de forma ainda muito limitada no país*" (Corrêa, 2003, p.36).

A autora destaca que a noção de direitos reprodutivos está alinhada ao direito à saúde no exercício da sexualidade e da reprodução, e não apenas à garantia do direito de escolhas. Estas dimensões dos direitos reprodutivos, saúde e escolha, quando restritas à contracepção, apresentam-se menos contraditórias, mas quando relacionadas às novas tecnologias reprodutivas, trazem tensões novas e importantes frente aos riscos iatrogênicos das técnicas, além da responsabilidade da própria ação médica na construção do "*desejo de filho*" e da "livre escolha" na RA. Um difícil paradoxo é apresentado no debate sobre direitos reprodutivos e reprodução assistida: de um lado, defende-se a garantia do *direito à prole*; de outro, o *direito à saúde,* saúde esta que é colocada em risco (física e emocionalmente) pelos procedimentos de RA[90].

> No Brasil, tem cabido ao discurso médico da reprodução assistida sustentar, de forma mais contundente e irrestrita, a defesa, a qualquer preço e a qualquer custo, da ação sem limites no campo da concepção, em nome de um desejo de filhos por parte de casais e pessoas sozinhas. A ação médica seria legitimada por um "direito' socialmente aprovado e estimulado de "querer ter filhos" e "formar família", em contraste com o que ocorreu, historicamente, no embate entre poder médico, mulher e reprodução. De fato, tradicionalmente, a luta do movimento de mulheres por garantias e direitos reprodutivos, com algumas raras exceções, definiu-se em oposição à ação médica "autoritária". A definição das novas tecnologias reprodutivas como uma resposta ao desejo de ter filhos, tal como ficou estabelecida majoritariamente no campo da reprodução medicamente assistida, torna quase patológica a não satisfação desse desejo, o que permite, facilmente, transferi-lo para o campo dos direitos reprodutivos, e vir a ser positivamente assegurado por um "tratamento" (Corrêa, 2003, p.32).

Segundo Corrêa, a cautela em transformar o "*desejo*" em "direito" estaria baseada no fato de, no Brasil, a prática da reprodução assistida ser permeada por sistemas sexistas e de desigualdades de classe. O uso das novas tecnologias reprodutivas em nossa sociedade tem apresentado inúmeros exemplos de reiteração destas desigualdades, como quando uma mulher pobre, sem conseguir arcar com os

[90] Alfano (2009)

custos de uma clínica particular de RA, adere a “programas de acesso”, conforme inicialmente citado no capítulo 1 desta tese.

> E: O Programa Acesso é um programa para pacientes de menor renda, não é de baixa renda. É uma forma que a indústria farmacêutica tem de ampliar o número de ciclos, e tornar o acesso maior a um casal, a casais ou a pessoas, não importa, que não pudessem pagar o preço X, mas que pudessem pagar um preço menor. Se eles têm uma renda, pelos cálculos deles lá, não daria para pagar com aquela renda, mas se o custo fosse menor, eles poderiam. Então, essas pacientes não vêm do serviço público. Essas pacientes vêm de *internet*, pacientes que chegam na clínica e que você diz: “o tratamento é x”, “Ah, x é demais”; “Olha, é demais? Desculpe eu perguntar, mas qual é sua renda?”; “Ah, minha renda é tal”; “Olha, você quer tentar este programa? Você faz seu cadastro no programa, manda seus dados e se eles disserem OK, seu custo é menor, a sua medicação é menor, e a clínica”... Que são várias clínicas no Brasil e no mundo... “Se você tem isso, você tem um custo menor porque é uma parceria”. Ontem, uma paciente me perguntou: “se eu entrar pelo Acesso, isso significa que eu tenho que esperar, que entrar numa fila ou que meu tratamento vai ser diferente?” Eu falei não para as três respostas: “seu tratamento vai ser exatamente igual, só que seu custo será diferente, porque esta é uma parceria”. Ok? Eu vejo assim.
> P: Mas como é a parceria?
> E: A parceria é, se eles (pacientes) provam que têm uma faixa de renda que vai de x a x... não sei exatamente quanto é, eles (indústrias) dizem: “tá bom, a gente dá um desconto na sua medicação de 50%, e a clínica que é parceira dá um custo menor”. Ponto, é só isso.
> P: E há vantagens?
> E: Pro casal, eles fazem. Pros laboratórios eles estão vendendo medicação, só reduzem a margem de lucro deles. E para as clínicas é que você está fazendo ciclo, só diminui um pouquinho a margem de lucro que espera que tenha naquele ciclo. É para todo mundo. (E10 IG)

> Lá (na clínica privada), o Programa Acesso começou há uns 8 anos talvez, como uma coisa interessante, mas mesmo assim inviável para a população geral. Eu lembro que o 1º programa acesso era com quem tinha renda de 5.500,00, acho que tinha duas faixas, de 3.500,00 a 5.500,00. Eu acho que isso diminui os custos para quem tem algum recurso e que tem uma diminuição de custo. Isso é bom para o laboratório, que vende, e isso é bom para a clínica, que funciona. Mas a população que iria se beneficiar mais com isso, que seria um acesso irrestrito, não vai se beneficiar. Teria que ser um Programa Acesso governamental, seria: “olha só, a senhora tem acesso dentro de determinadas condições, e a sra não vai pagar nada, já paga seu INSS.” (E1 IG)

Sob a perspectiva da lógica do mercado capitalista, característica dessa área biomédica, os esforços de baratear os procedimentos de reprodução assistida não apresentariam paradoxos. Por exemplo, no Programa Acesso[91], teoricamente,

[91] O programa Acesso foi desenvolvido através da parceria entre Merck Serono (www.papmerckserono.com.br), empresa líder em Saúde Reprodutiva, e a Vidalink (www.vidalink.com.br), gestora do programa. É feita avaliação e comprovação da situação financeira

"apenas" as "margens de lucro" seriam diminuídas para se ampliar o acesso à RA (e as vendas de medicamentos e de ciclos reprodutivos das clínicas), sem que o atendimento fosse diferenciado. Mas sabe-se que a adesão a este e a outros programas de popularização das tecnologias reprodutivas reflete situações de vulnerabilidade emocional e de desigualdades sociais, além da econômica. E, como apontado na fala abaixo, para se conseguir que as "margens de lucro" sejam diminuídas, pacientes que aderem a estes programas podem estar sujeitos a outras formas de vulnerabilidades e problemas deontológicos, quando médicos são restringidos na escolha de quais procedimentos e medicamentos utilizar.

> E: O Programa Acesso (PA), na verdade, é de um laboratório que viabiliza custo mais baixo de medicamento, mas ele fica com o cadastro das pacientes, que é questionável. Eu acho que deveria ser, inclusive, juridicamente questionável, e ele sabe a demanda que tem de pacientes, porque ele faz por ordem de grandeza. O que é melhor do que conhecer o que seu comprador em potencial tem ou quem é?! Ainda mais o cara que vende o negócio por 10 e poderia vender por 1. E não é barato o Projeto Acesso.
> P: Então o Programa Acesso é só para diminuir o custo do medicamento?
> E: Só medicamento. Só que a clínica que faz o PA, entre aspas, faz um acordo, entre aspas, para baixar o preço dela. Se a clínica pode baixar o preço dela no PA, pode baixar em qualquer programa.
> P: Há vantagens?
> E: O interesse é o do laboratório que vende. Por exemplo, eu não tenho Programa Acesso, não é porque eu sou mais bonito, é que não me interessa, porque o meu preço é mais barato que o PA. Eu vou botar um PA, vou ficar engessado no projeto, engessado com um determinado medicamento e fazendo num preço até um pouco mais caro do que eu já faço. Por isso eu não tenho projeto acesso. Não é porque eu acho que é ruim ou bom, não me interessa. Se eu tô vendo um negócio mais barato, por que vou usar o mais caro? Eu vendo mais barato e fico com flexibilidade de usar o medicamento A, B ou C. No programa acesso, é o projeto de um medicamento exclusivo. Você fica limitado a ele. E os pacientes que têm indicação aos outros medicamentos?
> P: E qual o interesse da clínica em ter um PA?
> E: É que a clínica é parceira do cara do medicamento. Recebe ajuda do ponto de vista estrutural, por exemplo, de marketing. Porque tudo é parceria. Na verdade, por que o cara dá remédio aqui (no IG)? Ele dá porque o médico prescreve, senão nem vinha aqui. Da mesma maneira, o cara vai lá vender o remédio dele e fala, "olha, você prescreve o meu remédio e, de repente, eu posso ajudar em pesquisa, abrir o meu *site* que é de pesquisa para o senhor entrar", entendeu? Tem "n" situações, que podem ser e, às vezes, são questionadas. Isso é o sistema da sociedade. Não vejo nada de errado nisso. Agora, desde que o cara que está sendo parceiro tenha a liberdade também de usar outros produtos, se houver indicação. Tem remédios no mercado que o A é igual ao A1 e são de preços diferentes. Então, se eu usar o A ou o A1 é a mesma coisa, os dois são iguais ou muito

---

do casal. Sendo aprovado, o programa proporciona um desconto especial nos medicamentos e abatimento no acompanhamento médico. (Alfano, 2009)

> semelhantes. O que acontece? Tem muita flexibilidade, às vezes, de pagamento com o paciente; às vezes, numa empresa, tem um medicamento que eu consigo para o paciente pagar em 3x ou desconto à vista, essas coisas assim. (E3 IG)

É interessante notar como a definição de "parceria" foi exposta de formas distintas entre os médicos acima. Na primeira fala, a "parceria" entre laboratório e clínica garantiria o acesso à RA por menor custo, apenas diminuindo-se os lucros de ambos. Mas, se considerarmos que os medicamentos são comprados pelos usuários, não incluídos nos orçamentos dados pelas clínicas privadas para cada ciclo, a diminuição das margens de lucro das clínicas não dependeria da adesão a uma "parceria" com os laboratórios. Qual seria a diferença entre "porque esta é uma parceria" e "porque tudo é parceria"? O "tudo" revelaria que, se por um lado diminui-se a margem de lucro, por outro ganha-se benefícios e até mesmo diminui-se gastos. Prevalece a lógica da privatização da prática médica, afinal:

> É que, na verdade, pra gente interessa ter um paciente para fazer o tratamento. Primeiro, porque é o trabalho da gente. Segundo porque, do ponto de vista empresarial, isso também é um negócio, é uma empresa que tem custo, tem responsabilidade civil, fiscal, e tem que receber, tem receita e despesa. Então basicamente é isso. (E3 IG)

Corrêa (1997), Barbosa (1999) e Ramírez-Gálvez (2003) analisaram diferentes programas de acesso, desde a criação de laboratórios comunitários, parcerias entre iniciativas privadas e hospitais públicos, até linhas de crédito bancário para o parcelamento do tratamento em clínicas particulares. Nas análises, destacaram como esses programas, por via da tecnologia reprodutiva, reforçam a brecha entre classes socais, principalmente nos de "*doação compartilhada de óvulos*"[92], novamente, quando o tratamento das doadoras, em geral mulheres de baixa renda e usuárias de serviços públicos, é pago pelas receptoras, em geral clientes de clínicas particulares, com maior poder aquisitivo. Na minha dissertação de mestrado, trouxe exemplos de como as dificuldades no acesso à RA pelo SUS aumentam as chances de mulheres se submeterem à doação de óvulos para terem o "direito" de não "envelhecer" em uma lista de espera ou o "direito" a mais uma tentativa de se reproduzir[93]. E quanto maior o tempo de espera no serviço público,

[92] Corrêa (2000) aprofunda a questão.
[93] Alfano (2009)

maior o número de mulheres dispostas a doar seus óvulos em troca de tratamento para engravidar[94].

Os médicos, em geral, fazem questão de diferenciar "programas de acesso", que, teoricamente, apenas barateiam os custos dos procedimentos e medicamentos em RA, da "*doação compartilhada de óvulos*". É como se, no primeiro caso, não existissem as brechas sociais e econômicas que vulnerabilizam muitas pessoas que buscam a RA, na visão biomédica. Já na "*doação compartilhada de óvulos*", mesmo que se defenda ser esta uma decisão autônoma dos envolvidos, de comum acordo entre todas as partes, que se "garanta" um número considerado pelos médicos suficiente e adequado de óvulos para os procedimentos da doadora, essas brechas tornam-se explícitas ao haver, de um lado, doadoras sem recursos (ou com menos recursos) financeiros e, de outro, pessoas "arcando", de alguma forma, com os procedimentos e/ou medicamentos das doadoras.

> E: (...) No Programa Acesso eles pagam.
> P: Eu conheço uma pessoa em São Paulo que fez este programa, mas na verdade fez com ovodoação.
> E: Programa Acesso com ovodoação?
> P: Não sei em qual clínica ela fez. Eu sei que ela fez várias vezes, bancando alguns medicamentos. Hoje tem gêmeos, mas ela fez uns 3 ou 4 ciclos.
> E: Não, ela poderia ser assim, talvez... "ah, eu tô no Programa Acesso, eu tenho um custo menor, e eu concordo em doar". Talvez a clínica possa dizer assim: "tá bom, então ao invés de você ter o custo que a gente tem, de acordo com o Programa Acesso, eu posso fazer um custo menor se você concordar em doar (óvulos)". Aí é o que o Conselho diz que é doação compartilhada. Este partilhamento pode ser visto de "n" formas. Essa paciente pode estar dentro do Programa Acesso, porque o custo da medicação dela é menor, e ela pode estar concordando em doar, e aí ela teve, provavelmente, um custo menor ainda na clínica. Pode ser isso. Porque este é um Programa de menor custo, que tenta, com isso, dar um acesso a uma maior parcela da população. Mas é uma parcela da população privada, isso não é público.
> P: E para o público, qual a ligação que pode ter com o privado?
> E: O acesso?
> P: De algum acesso.
> E: Complicado, né, quer dizer, nesse momento é complicado.
> P: No Rio de Janeiro. Mas saindo um pouco da sua experiência, a experiência que você sabe que existe no Rio. Como elas fazem para ter acesso?
> E: Ah, no Rio eu não sei... Não, não estamos mais falando do Programa Acesso? (E10 IG)

[94] Samrsla *et al* (2007)

A diferenciação entre estas formas de acesso torna-se, na prática, muito tênue, e muito complementar no dia-a-dia das clínicas privadas de RA. E na medida em que os programas se complementam, se misturam, se confundem, fica um forte questionamento sobre a noção de acesso e de vulnerabilidade a que pacientes, sem recursos para custear seus próprios medicamentos (considerando o serviço público que oferta os procedimentos sem custo, mas que não distribuem a medicação e/ou a bateria de exames diagnósticos), estão expostos nestas formas de acesso à RA no setor privado.

2.4.2 "Soluções pobres para pobres"?

Outra crítica direcionada ao discurso do acesso refere-se ao perigo da transposição rápida que tem sido feita do que seria "*acesso ao sistema de saúde*" para um "*direito genérico traduzido em 'ter acesso' a 'tudo' que está 'disponível'*" (Nascimento, 2009, p.38). E nesse objetivo de se garantir acesso universal às tecnologias de ponta em RA, haveria o risco de se propor "*soluções pobres para os pobres*". Segundo Nascimento, nem sempre (ou quase nunca) o discurso do "acesso à RA das populações carentes" é acompanhado pelo mesmo investimento em tecnologias.

> Em geral, me perguntam: "Por que não usa uma técnica mais barata?" Porque esta é a que dá melhor resultado. Já tinha um fator masculino alto. Desde o início (das IIU), de setembro de 2010 até final de 2010, a grande demanda era fator masculino em termos de diagnóstico. Se usar uma técnica de menor recuperação (espermática), a chance de resultado positivo é menor ainda. Eram fator masculino e ESCA as principais indicações clínicas para elas buscarem inseminação, que era a única coisa que a gente ofertava. FIV, sem condições, precisariam espaço e outros equipamentos. (E5 IG)

No anseio de baratear os custos dos procedimentos para as camadas mais desfavorecidas da população, poder-se-ia perder em qualidade, já tão questionada sob a perspectiva da eficácia das tecnologias reprodutivas e dos riscos que estas podem trazer para a mulher e para a criança. Existem estudos cujo objetivo é

baratear os procedimentos de reprodução assistida, com "*protocolos econômicos para casais de baixa renda*" (Nascimento, 2009, p41).

Segundo Makuch *et al* (2011), a Organização Mundial de Saúde (OMS), em reunião de 2001, recomendou que a infertilidade fosse considerada um problema de saúde global, sendo necessárias abordagens inovadoras para baratear os custos das NTR em ambientes de baixa renda. Desde então, várias iniciativas teriam sido lançadas, como o grupo de trabalho sobre infertilidade e países em desenvolvimento, criado pela Sociedade Europeia de Reprodução Humana e Embriologia (ESHRE). Em 2007, teria sido criada a Fundação FIV a Baixo Custo (*Low-Cost IVF Foundation*), para apoiar opções de tecnologias reprodutivas de baixo custo e avaliar a possibilidade de os custos de material para um ciclo de fertilização *in vitro* ser inferior a 200 euros.

Em tese, o problema não seria a redução dos custos dos procedimentos de RA para uma grande parcela da população sem recursos ou com baixa renda, mas sim as vulnerabilidades que estas inovações poderiam trazer. E corroboramos, ainda, o questionamento de Nascimento (2009): "*O que se discute é a razão porque se considera possível o desenvolvimento desse "protocolo econômico", por que não haveria uma redução dos procedimentos em geral, os já existentes?*" (p.42)

Com relação ao acesso à RA em "ambientes de baixa renda", por vezes, situações de conflito internamente à equipe profissional (entre médicos, biólogos, assistentes sociais, etc) se apresentaram face à decisão de se realizar, ou não, uma inseminação intrauterina em usuária do serviço público de reprodução humana do IG. Como observei, estava "pronta" para a realização de IIU uma paciente de 33 anos, há 4 tentando engravidar, cujo diagnóstico do "casal" era o de "infertilidade primária por fator masculino – oligozoospermia". Por "pronta" entende-se que ela usou toda medicação necessária para o procedimento, comprada pelo casal com custos mais baixos em uma farmácia privada, parceira do serviço; teve seu útero "*limpo e preparado*"[95] em cama obstétrica pela médica que faria a IIU; recebeu orientações como proceder após a inseminação, tudo enquanto aguardavam o material ser trazido do laboratório de sêmen pelo setor de biologia. Muita expectativa

[95] (sic, médica durante o preparo para a IIU)

e brincadeiras no ar, para relaxar, afinal “o marido deu o chute” e, agora, a médica “faria o gol” (sic)[96].

No entanto, “*após capacitação espermática, o número de sptz (espermatozóides) móveis foi inferior ao mínimo de 5 milhões/ml, ou seja, a capacitação NÃO teve sucesso, porém o processo de IIU foi realizado*”[97]. As biólogas discordavam da decisão médica de realizar o procedimento. De um lado, a médica questionava qual meio de cultura fora usado, já que não era comum, em sua clínica, haver piora espermática em motilidade após capacitação; gostaria de solicitar a compra de um meio de melhor qualidade. De outro, as biólogas questionavam o protocolo de tratamento anterior usado à IIU. Como justificativa para a realização do procedimento, a médica argumentou que “esta é a única esperança dessa população, o pó para não cair no buraco”[98].

Sem desconsiderar a boa intenção dos profissionais de saúde envolvidos, seria este um exemplo de “solução pobre para os pobres”? Existem protocolos a serem seguidos, e a “falta de opção” não deveria ser uma justificativa para se realizar a IIU em uma paciente, ainda mais diante das baixas taxas de eficácia desta técnica e da baixa qualidade espermática conseguida no laboratório.

> P: A IIU é usada na clínica particular?
> E: É usada também, mas é muito limitada. Porque, na clínica particular, uma IIU sai por 3 a 4 mil reais. Você joga o espermatozóide dentro do útero e ele tem que chegar na trompa para fertilizar o óvulo. Se a mulher tiver inflamação nas trompas ou trompas entupidas, IIU é ruim; se o problema é endometriose, IIU é ruim; se o sêmen do marido for muito ruim, a IIU não serve. A IIU é uma técnica que tem indicação muito restrita; seria para aqueles casos que o fator masculino é leve a moderado, e que se consiga melhorar com a técnica de capacitação. Quando a gente pede espermograma com capacitação, a gente vê que nem 1% dos homens que têm alteração seminal a capacitação fica adequada para IIU. Pode fazer 3 IIU, só depois parte para a FIV. Só que no serviço particular, se o cara fizer 3 IIU, ele gastou 12mil reais, então é mais barato fazer logo uma Fiv que dá mais gravidez. E no serviço público, só vão ter indicação para fazer 3 IIU aqueles casais que realmente estão dentro do quadrado. A IIU tem 4 pré-requisitos básicos: trompas pérveas, cavidade uterina boa, ovário funcionando e depois da capacitação do sêmen, de preferência, que se consiga 5 milhões de espermatozóides móveis por ml. Abaixo de 2 milhões não dá gravidez nenhuma, de 2 a 5 dá muito pouca. Quando se faz a capacitação espermática, quando os homens têm fator seminal, o número de homens que terá capacitação adequada para ter uma chance real com

[96] Este é mais um exemplo de como normas de gênero permeiam as práticas médicas, ignorando-se toda medicação e controle ovulatório que a paciente fizera para “contribuir para o gol”.
[97] Anotação realizada no prontuário da paciente pelas biólogas responsáveis naquele dia.
[98] (sic, médica em conversa posterior com a pesquisadora)

> uma IIU é muito pequena. Por isso eu acho que não justifica a trabalheira que dá. (E11 HUPE)

Se, por um lado, a inseminação intrauterina não é mais usada em clínicas particulares, em geral, por ter indicação muito restrita e não ter o melhor "custo-benefício" aos pacientes, por outro ela é considerada a única alternativa em alguns serviços públicos de saúde. Vale ressaltar que, dentro de indicações restritas, este procedimento poderia, inclusive, ser uma primeira alternativa de escolha sob a perspectiva de diminuição dos riscos e efeitos colaterais provocados pelas técnicas mais invasivas de Fiv e ICSI. No entanto, chega a ser considerada, por um entrevistado, quase como um consolo para as pacientes do SUS - "*melhor tentar IIU do que não fazer nada"*, expondo a antiga carência de investimento em infraestrutura e tecnologia em reprodução no serviço público.

> E: Então, nessa época (final dos anos 70/início dos 80), a gente fazia muita parte clínica. As pacientes com redução de trompa a gente tentava fazer hidrotubação, recanalizar a tuba porque não tinha alternativa. Hoje não tem indicação clínica, na maioria das vezes, para este tipo de tratamento, até porque tem RA, Fiv, que na época não tinha. A inseminação era arcaica, a gente não tinha muita estrutura. Hoje, para fazer IIU, a gente prepara o sêmen, capacita, coloca ele numa encubadora de CO2; não existia isso. A gente lavava o sêmen com meio de cultura e, evidentemente, concentrava ele e fazia a IIU na época, e os resultados eram muito menores. Na verdade, a IIU tem baixos resultados até porque a indicação é estrita, e quando você amplia a indicação, diminui o sucesso. E pacientes, às vezes, por outras indicações, precisando de maior complexidade, por não ter acesso no serviço público, e por não ter dinheiro para fazer na clínica privada, acaba fazendo o possível. Melhor tentar a IIU, mesmo com a indicação menos estrita, do que não fazer nada. Acho que é assim que funciona, nesse momento, no Brasil. (E3 IG)

Mas nem todos os entrevistados corroboram esta ideia. Para o médico do HUPE, ofertar apenas IIU para as usuárias não resolve a demanda por RA no SUS, e ainda poderia desestimular o Estado a implementar, de fato, uma atenção integral em reprodução assistida no Rio de Janeiro:

> Eu nunca quis fazer IIU porque ela não resolve os problemas das nossas pacientes. A IIU tem indicações muito limitadas, somente quando a mulher tem as trompas muito boas, não tem endometriose, a gente consegue fazer ela ovular e o problema é apenas um fator masculino leve, quando o espermograma não é muito bom, é mais ou menos, e a gente consegue melhorar um pouquinho. De cada 10 pacientes que a gente atende, menos de 2 ou 3 vão ter indicação de inseminação. Então, a gente não resolve o problema. Eu nunca me interessei em fazer IIU, como atualmente o Moncorvo faz, porque se eu fizer inseminação, para a UERJ, para o Estado,

> a gente estaria fazendo RA, e aí é que nunca haveria interesse de se fazer o que realmente se precisa. (E11 HUPE)

Seguindo o raciocínio do médico, o que falar, então destas 2 ou 3 pacientes que poderiam se beneficiar da IIU? Ou então, das demais 8 ou 9 usuárias com indicação de Fiv ou ICSI, diante das baixas taxas de sucesso destas tecnologias? O fato é que a discussão não se restringe à IIU como "única alternativa" a ser oferecida pelo SUS. O problema é, justamente, a implantação desta atenção de forma completa, sustentável, que inclua baixa e alta complexidade em reprodução assistida em serviços de qualidade, com infraestrutura, equipe multidisciplinar especializada, seguindo protocolos clínicos, com bons laboratórios, distribuição de medicação e assistência integral em reprodução assistida pelo SUS.

3. REPRODUÇÃO ASSISTIDA NO SUS

Uma busca rápida na internet por serviços públicos que ofereçam reprodução assistida pelo SUS no Brasil nos mostra não apenas um reduzido número de opções, mas também divergências quanto aos locais. Foram listados até 13[99] serviços de saúde (públicos ou filantrópicos) que oferecem, teoricamente, tratamento gratuito de RA no país, com base nas entrevistas realizadas para este trabalho, em teses e artigos recentes na área[100] e, como complemento, a partir de informações obtidas em sites e reportagens[101] sobre a temática. Teoricamente porque, mesmo entre os especialistas entrevistados, pairam incertezas sobre quais serviços estariam, de fato, oferecendo os procedimentos de alta complexidade em RA, ainda mais de forma gratuita.

> A Santa Casa também, que mudou para o Grupo Alfa, está atendendo (no setor público). Um colega está abrindo um serviço em Natal, com subsídio do governo. Mas são muito poucos e eles não conseguem atender toda a demanda, têm um número mais reduzido de atendimento. Então, se pensar em termos de Brasil, isso é praticamente nada. (E2 IG)

Alguns hospitais anunciam RA gratuita, mas oferecem apenas consultas e diagnósticos sem custos, ou então os procedimentos são realizados em parcerias privadas, como é o caso do convênio ALFA – Santa Casa de São Paulo. Na Clínica de Reprodução Assistida da Santa Casa de Misericórdia de SP (instituição

---

[99] São citados em:Brasília: 1.Hospital Regional da Asa Sul (HRAS); Goiania: 2.Hospital das Clínicas da UFG (Universidade Federal de Goiás); Belo Horizonte: 3.Hospital das Clínicas da UFMG (Universidade Federal de Minas Gerais); Recife: 4.Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP); Natal: 5.Maternidade Escola Januário Cicco da UFRN (Universidade Federal do Rio Grande do Norte); Porto Alegre: 6.Hospital Nossa Senhora da Conceição/ Fêmina; 7.Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); São Paulo: 8.Hospital Estadual Pérola Byington; 9.Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP; 10. Hospital São Paulo da Unifesp (Universidade Federal de São Paulo); 11. Hospital Santa Casa de São Paulo; Ribeirão Preto: 12. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP; Campinas: 13.Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) da Unicamp (Universidade de Campinas)

[100] Sequeira (2011); Nascimento (2009), Makuch *et al*. (2011)

[101] *Sites*: 1) http://redeglobo.globo.com/globociencia/noticia/2013/05/quanto-custa-reproducao-assistida.html; 2) http://catracalivre.com.br/sp/saude-bem-estar/indicacao/unifesp-oferece-tratamento-gratuito-de-reproducao-assistida; 3) http://invida.med.br/custos/custos-gratuito; 4) http://www.ehow.com.br/hospitais-sus-oferecem-tratamento-inseminacao-artificial-gratuito-info_105330/; 5) http://g1.globo.com/bom-dia-brasil/noticia/2013/05/veja-onde-encontrar-tratamento-de-reproducao-assistida-pelo-sus.html
Acessos em: 12/02/2014

filantrópica e privada), os casais são atendidos no ambulatório da irmandade e encaminhados para o Projeto ALFA[102], para a realização dos procedimentos laboratoriais. Outro exemplo é o Instituto *Sapientiae* de SP[103], que oferece tratamento gratuito em parceria com a Faculdade de Medicina de Jundiaí, fornecendo remédios e procedimentos, mas os exames devem ser pagos pelos pacientes.

No Portal Brasil, que agrega conteúdos dos ministérios e secretarias do governo federal, a lista de serviços em RA mais recente encontrada é de 2011, com cinco[104] das instituições supracitadas. Apenas o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), de Recife, teria sido "criado" após a Política Nacional de Atenção Integral em RHA, de 2005, e após a expansão das ações de Planejamento Familiar no programa "Mais Saúde – direito de todos" (conhecido como "PAC da Saúde"), de 2007, que previa R$ 92.750.000,00[105] para a estruturação de cinco centros de RA em universidades ou outras instituições federais, estaduais e municipais (entre 2008 e 2011). Quando "inaugurado" pelo Ministério da Saúde, em 26 de maio de 2009, o IMIP já atuava na atenção em RHA desde 2004, em parceria com a iniciativa privada, por isso já estava estruturado e era conveniado à Secretaria Estadual da Saúde para a aquisição dos medicamentos necessários. Ou seja, o contexto acima sugere a ausência de mudanças significativas na estrutura da atenção em RA até 2011[106].

---

[102] O Projeto ALFA (Aliança de Laboratórios de Fertilização Assistida), fundado em 2003 por cinco médicos, oferece atendimento em RA, programa de educação continuada e pós-graduação *Latu Sensu* em infertilidade conjugal e reprodução humana assistida. Criou, em 2005, o Projeto BETA, com tratamentos a "baixos custos", adequados à condição econômica de cada casal. Em 2012, a pós passou a ser realizada em parceria com a Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Informações do site http://www.projetoalfa.com.br/responsabilidade-social/
Acesso em: 26.03.2014

[103] Disponível em: http://www.sapientiae.org.br/tratamento.htm Acesso em: 26.03.2014

[104] 1.Hospital Regional da Asa Sul (HRAS); 2.Hospital Estadual Pérola Byington; 3.Hospital Universitário de Ribeirão Preto; 4.Hospital Universitário da Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP; 5. Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). Disponível em: http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/planejamento-familiar Acesso em: 23.03.2014.

[105] Na 4a edição do Programa "Mais saúde – direito de todos" consta que, até 2009, havia sido realizado 35% da Meta 1.3 - Expandir as ações de planejamento familiar - , sendo gastos 40% do total de 92.750.000,00 destinados à RA pelo SUS, com a observação de que "Os Centros de Reprodução Assistida foram implantados no Hospital Pérola Byington (SP) e Instituto Materno Infantil de Pernambuco – IMIP (Recife/PE)" (Brasil, 2010, p.24). Na 5ª edição, já teriam sido realizados 66% da meta 1.3, sem que nenhum outro gasto tenha sido relatado para a meta 1.3.7 - Implantar cinco Centros de Reprodução Assistida em universidades ou outras instituições federais, estaduais e municipais, até 2011 (Brasil, 2010, p.28).

[106] Sequeira (2011)

Em 28 de dezembro de 2012, o então ministro da saúde, Alexandre Rocha Santos Padilha, lançou a Portaria nº 3.149/GM/MS[107], destinando R$ 10.000.000,00 (dez milhões de reais) aos estabelecimentos de saúde que realizavam procedimentos de atenção à Reprodução Humana Assistida, no âmbito do SUS, de acordo com a tabela abaixo:

Tabela 1: Distribuição de recursos financeiros entre serviços de RA no âmbito do SUS

UF	Gestão	Estado/Município/DF	Estabelecimento	Valor de recurso em reais
DF	Estadual	Brasília	HMIB - Hospital MaternoInfantil de Brasília	1.000.000,00
MG	Municipal	Belo Horizonte	Hospital das Clinicas da UFMG	1.500.000,00
RS	Municipal	Porto Alegre	Hospital Nossa Senhora da Conceição SA - Fêmina	1.000.000,00
RS	Municipal	Porto Alegre	Hospital das Clínicas de Porto Alegre	1.000.000,00
SP	Estadual	São Paulo	HC da FMUSP Hospital das Clínicas de São Paulo	1.500.000,00
SP	Estadual	São Paulo	Centro de Referência da Saúde da Mulher São Paulo - Pérola Byington	1.500.000,00
SP	Estadual	São Paulo	Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto	1.500.000,00
PE	Dupla	Recife	Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira- IMIP	1.000.000,00
Total geral				10.000.000,00

Fonte: BRASIL. Portaria nº 3.149/GM/MS, 2012.

Em julho de 2013, mais um serviço público foi incluído na tabela acima, a Maternidade Escola Januário Cicco, em Natal, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)[108]. O valor de recursos em reais previsto foi de 1.500.000,00[109]. Inaugurado em março de 2013, as primeiras punções e

[107] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3149_28_12_2012.html Acesso em: 23.03.2014.

[108] "No prédio de 252 metros quadrados, foram investidos R$ 272.555,36. O Centro é dotado de consultórios, sala de ultrassonografia, sala de coleta de material germinativo, antecâmara, sala de criopreservação e armazenamento, laboratório de fertilização com sala de processamento de material genético dentro outros ambientes de apoio de administrativos. Em equipamentos, foram investidos R$ 896.702,15. Para o pleno funcionamento, o orçamento mensal do Centro será de R$ 200 mil, recurso pelo Ministério da Saúde." Informações disponível em: http://tribunadonorte.com.br/news.php?not_id=244420. Acesso em: 23.03.2014

[109] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1397_10_07_2013.html Acesso em: 23.03.2014

transferências só foram realizadas no final de dezembro do mesmo ano, tendo mais de 800 casais cadastrados, e logo foram suspensas por causa do recesso de janeiro de 2014.

> As primeiras punções, as primeiras transferências só foram realizadas em dezembro, em função de ter tido um tempo para fazer a aquisição desse material, meio de cultura, medicação para entregar ao paciente porque, diferentemente dos outros centros, e aí, Michele, só funciona por causa disso, porque um centro para atender às pacientes do SUS, independente da sua categoria social e econômica, nós aplicamos e damos a medicação à paciente aqui no centro. E para fazer isso, nós precisamos de um período de tempo para fazer as licitações, para adquirir essa medicação. (entrevista dada pelo responsável pelo serviço à TV Globo em 17/01/2014[110])

Em comum, os serviços públicos listados até agora têm dificuldade em oferecer integralmente os tratamentos de *infertilidade*. Muitas vezes, faltam equipamentos diagnósticos, materiais adequados para inseminação de boa qualidade, instalações físicas apropriadas, equipes profissionais multidisciplinares, entre outras dificuldades que se apresentam como verdadeiros desafios para a efetivação do acesso à RA pelo SUS. Na maioria dos casos, os próprios usuários devem custear os exames e medicamentos necessários para os procedimentos de IIU ou de Fiv; ou, quando os medicamentos são disponibilizados gratuitamente, os serviços enfrentam atrasos nos seus repasses aos usuários. Com isso, há também atrasos nas filas de espera pelo tratamento, deixando as pacientes cada vez mais ansiosas e com expectativas potencializadas por não saberem, ao certo, quando (ou se) serão chamadas pelos serviços.

Makuch *et al* (2011) [111] encontraram estratégias comuns aos centros pesquisados, diante de algumas destas dificuldades. Para reduzirem custos do tratamento, os serviços realizavam alguns procedimentos, como testes laboratoriais e ultrassonografias, pelo SUS, já que estes estão cobertos pela tabela do SUS para infertilidade e outras condições ginecológicas. Outros custos eram cobrados diretamente dos pacientes, referentes a medicações para estimulação folicular, ou

[110] Disponível em: http://globotv.globo.com/inter-tv-rn/rn-tv-1a-edicao/v/em-natal-demora-na-reproducao-assistida-preocupa-maes/3084653/ Acesso em: 23.03.2014

[111] Este estudo de caso foi realizado entre junho de 2008 e junho de 2009. A partir de pesquisa anterior (Makuch et al, 2010), foram selecionados cinco centros públicos de RA, um de cada região brasileira (na verdade, não foi encontrado nenhum centro na região nordeste; foram selecionados dois centros da região sudeste, devido à maior concentração de clínicas de RA e por ser a única região com um centro público totalmente gratuito de RA) .

anestesias, ou mesmo taxas gerais operacionais. Apesar destas estratégias, os serviços não conseguiam oferecer tratamento gratuito de reprodução assistida, excluindo uma parcela mais pobre da população que necessitava deste tipo de tecnologia.

> *Coordinators of the visited centres recognized that the services did not meet the needs of the most under-privileged segments of the population, as well as that the population served by their centres would have been unable to pay the cost of ART procedures at private clinics. Two of these centres also provided services for profit at a different schedule and at a higher cost. The income obtained helped to maintain the laboratory; however, it was not sufficient to support the clinic or to provide services at no cost to those unable to pay for them.* (Makuch et al, 2011, p.2)

Muitas mulheres acabam "envelhecendo" nas listas de espera por tratamento, tendo suas chances de gravidez com os próprios óvulos diminuídas (ou inviabilizadas) pelo avanço da idade. Em 2002, por exemplo, o serviço de RA do Hospital Regional da Asa Sul (HRAS)/ Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) passou seis meses sem receber suprimentos, com 30% das mulheres inscritas na fila de espera aguardando por mais de quatro anos pelo tratamento[112]. No Hospital Pérola Byington, a fila de espera chegava a 1.500 mulheres em 2008, 27% delas com mais de 40 anos[113]. Se antes o hospital não fazia exclusão por idade, quando reabrirem as vagas para novas pacientes, segundo o responsável pelo serviço serão aceitas mulheres de até 35 anos, "*isso pensando que se ela demorar quatro anos pra ser tratada, ela vai ser tratada com 40"* (Makuch *et al*, 2012a, p.11). Em Recife, a fila de espera é uma das maiores do país, com espera de pelo menos cinco anos após entrar na lista[114].

Em geral, são serviços oferecidos por universidades públicas, estruturados pela iniciativa de seus profissionais de saúde, com dinheiro e/ou doações da iniciativa privada, com alguma participação dos gestores públicos. A relação público-privado se faz marcante na existência de parcerias com laboratórios da indústria farmacêutica, além do trânsito dos profissionais de saúde entre as duas áreas, pois

[112] Samrsla *et al* (2007)
[113] Alfano (2009)
[114] Disponível em: http://www.ehow.com.br/hospitais-sus-oferecem-tratamento-inseminacao-artificial-gratuito-info_105330/ Acesso em: 25.03.2014.

além de servidores públicos, são expoentes em reprodução assistida na iniciativa privada.

Estes poucos serviços públicos de atenção à infertilidade e à reprodução assistida pelo SUS estabelecem critérios de elegibilidade para seu acesso, dependendo das características do serviço e, segundo os especialistas, de acordo com critérios biomédicos. Segundo Makuch *et al* (2012a), a idade costuma ser o principal fator considerado como critério de acesso nos serviços públicos de RA, já que o tratamento pode ser ineficaz em idades mais avançadas. No entanto, estudos[115] têm analisado estes critérios como representação de normatividades, que distinguem socialmente quem pode e quem não pode se reproduzir com o auxílio das técnicas de reprodução assistida. São critérios que vão além da tentativa de se adequar a enorme procura pelos serviços ao número limitado de possibilidades de atendimento. Incluem limites de idade, de diagnósticos de infertilidade, de estado civil, socioeconômicos, entre outros critérios que, muitas vezes, reafirmam visões neomalthusianas sobre reprodução.

3.1 Hospital Pérola Byington: um centro de referência

O serviço do Hospital Pérola Byington (HPB), em São Paulo/SP, é uma referência em reprodução assistida pelo SUS, recebendo encaminhamentos de todo o Brasil. Quando questionados se conheciam os centros públicos de RA no Brasil, este serviço foi citado por todos os médicos entrevistados como sendo o único visitado por eles, não apenas com o intuito de conhecerem suas estruturas, mas também para trocarem experiências de organização e de gestão.

Atualmente, segundo entrevista realizada com o médico responsável pelo serviço de reprodução humana do Pérola Byington, o hospital é o único serviço público a fornecer gratuitamente todo o atendimento em reprodução assistida, incluindo exames e medicamentos. Sendo assim, poderíamos nos debruçar um pouco sobre este centro, que mesmo sendo um exemplo diferenciado de RA no

[115]Corrêa (2001), Diniz e Buglione (2002), Alfano (2009).

serviço público, enfrenta dificuldades comuns aos demais que ofertam tecnologias de baixa e/ou alta complexidade em *infertilidade* no país.

Em novembro de 2012, foi realizada uma visita ao serviço no âmbito desta pesquisa de doutorado. Nesta oportunidade, foi concedida entrevista pelo médico responsável, que autorizou a pesquisadora a conhecer as instalações do serviço, o acompanhamento de alguns procedimentos de inseminação intrauterina e de fertilização *in vitro* e a presença em uma reunião de equipe, na qual foram discutidos casos clínicos e atualizados protocolos de atendimento.

Segundo o médico responsável, o serviço existe há 20 anos e funciona com subsídios do SUS, com orçamento anual que gira em torno de 1 milhão e 600 mil reais, verba disponibilizada pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Esta verba é administrada pelo setor financeiro do hospital, mas destinada apenas ao setor de reprodução humana assistida, para a compra de equipamentos, materiais permanentes e de consumo, meios de cultura, além de medicamentos a serem entregues, gratuitamente, às usuárias. As compras passam por licitação e pregão, e devem ser pedidas com antecedência. O serviço funciona todos os dias, incluindo sábados e domingos, para acompanhamento de ultrassons, procedimentos de aspirações e implantações, administração de medicações, e conta com uma equipe de quase 30 profissionais, entre médicos, enfermeiros e biólogos/embriologistas, todos servidores públicos do hospital, médicos residentes e estagiários.

Em números, o serviço realiza cerca de 300 ciclos de alta complexidade anualmente, sem dar conta da enorme demanda existente. Desde novembro de 2011, a porta de entrada no serviço de RA está fechada, como tentativa de dar vazão à fila de espera, que atualmente chega a 1300 pacientes, com média de espera de 5 anos para a alta complexidade. A expectativa é que em dois ou três anos a fila toda tenha sido atendida, para que a entrada de novas pacientes seja reformulada e o atendimento regularizado[116].

A estrutura ambulatorial do serviço conta com instalação moderna, reformada recentemente, com salas amplas, bem iluminadas, arejadas, limpas e equipadas. Na sala de espera: TV de plasma, bebedouro elétrico, banheiros separados para

[116] Considerando a média de 25 ciclos por mês, atender as 1300 mulheres na lista de espera deve demorar mais do que o tempo estimado pelo médico (de 2 a 3 anos), principalmente porque o número de ciclos não é equivalente ao número de mulheres atendidas.

homens e mulheres. Nos consultórios clínicos: máquina de ultrassom, higienização com sabão líquido e álcool em gel, rolos de papel próprio sobre as cadeiras ginecológicas trocados a cada consulta, biombos garantindo a privacidade do exame clínico. Salas de repouso com macas elétricas. O laboratório de sêmen é localizado ao lado das salas do centro cirúrgico. Tudo no 4º andar do hospital. Vale lembrar que este hospital é de fácil acesso na cidade, contando com diversas linhas de ônibus que passam em sua porta, além de estar a algumas quadras de duas saídas do metrô.

3.1.1 "Fazer a fila andar"

No entanto, mesmo com as condições favoráveis citadas acima, com orçamento anual garantido, com estrutura física e pessoal, o serviço de RA do Hospital Pérola Byington apresenta dificuldades no atendimento a suas pacientes. Por exemplo, desde a reforma no setor, no final de 2011, é oferecido apenas um (1) ciclo de fertilização para cada usuária, mesmo após 4 ou 5 anos de espera[117]. Na visão do médico responsável, isto pode ser considerado "até crueldade" (sic), pois a usuária recebe alta após esta primeira e única tentativa. Alguns casos são reavaliados pela equipe médica, permitindo-se nova tentativa, geralmente quando não há como realizar o procedimento de fertilização nesta primeira vez, ou no caso de alguma intercorrência clínica ou laboratorial. Para o médico, o ideal seria oferecer 3 ciclos, mas "já seria ótimo se conseguisse oferecer dois por paciente" (sic).

Esta estratégia adotada pelo serviço nos faz questionar o significado de "fazer a fila andar" (sic). Sim, é necessário que a fila de espera "ande", que as mulheres sejam atendidas; conseguir uma primeira consulta já fora uma grande batalha[118].

[117] As usuárias em fila de espera são contactadas por telefone e/ou por telegrama. Segundo a responsável administrativa do serviço, 18% dessas usuárias desistem do tratamento por já terem engravidado (naturalmente ou por tratamentos particulares de RA), e outras 20%, ou negam atendimento, ou não comparecem à consulta de retorno agendada, sem que se saibam os motivos.

[118] Até novembro de 2011, a marcação de primeira consulta era realizada por telefone, uma vez por mês, com data pré-determinada e avisada por gravação telefônica e pelo site da instituição. Segundo o médico responsável, o telefone começava a tocar no dia anterior e não parava nem após o término das vagas abertas para aquele mês. Toda 2ª terça-feira do mês eram abertas de 30 a 40 novas

Também há a preocupação com o "envelhecimento" das mulheres nesta fila. Mas como considerar acesso à RA a oferta de apenas um ciclo de tentativa a cada mulher, tendo em vista as estatísticas de (baixíssimo) sucesso desta tecnologia?

Este exemplo nos remete ao que foi discutido no capítulo anterior, sobre o limiar entre se oferecer acesso pelo SUS e o direito à escolha reprodutiva e à saúde. Seria o acesso a um único ciclo uma "chance real de gravidez"? É difícil responder a estas questões, principalmente porque a resposta depende de qual *ponto de vista* estamos falando: se do médico, do pesquisador ou do usuário. Por outro lado, estas mesmas questões nos fazem pensar sobre a eficácia e as consequências de se repetir inúmeros ciclos de RA, comum a muitos casais no setor privado, e sobre o aumento dos riscos à saúde da mulher quando esta é exposta mais vezes aos procedimentos de RA, entre outras questões.

3.1.2 Ovodoação: fazer a fila andar mais rápido?

No serviço, há a possibilidade de se antecipar o atendimento da fila de espera em caso de ovodoação. Um dos médicos da própria equipe faz um levantamento das mulheres jovens que estão na lista de espera e que seriam potenciais doadoras de óvulos para as demais mulheres que aguardam atendimento na lista. Este médico conversa com estas usuárias jovens, explica o que é ovodoação e pergunta se não gostariam de doar óvulos. Em troca, estas seriam atendidas imediatamente pelo serviço, sem perderem seus lugares na lista de espera, suas senhas originais, caso não engravidassem. Estas usuárias teriam, em última instância, a oportunidade de realizar duas tentativas de tratamento no serviço, uma na hora da ovodoação e outra no seu número de senha. A procura por ovodoadoras é grande, pois o serviço recebe muitas mulheres com idade acima dos 35 anos, que passaram anos tentando

---

vagas, preenchidas rapidamente por quem conseguisse completar a ligação. As novas usuárias agendavam triagem, passando por consulta clínica no ambulatório, com diagnóstico e encaminhamento para um dos três tratamentos disponíveis no serviço: IIU, Fiv convencional ou ICSI. Recebiam uma senha e uma ficha com o tratamento indicado. Muitas vezes, quando o parceiro era examinado, esta ficha precisava ser alterada de IIU para Fiv, ou de Fiv para ICSI, mas a senha para a lista de espera era única; ficava afixada tanto no serviço, quanto no site institucional e na gravação telefônica, para que a usuária soubesse quantas pessoas estavam na sua frente.

engravidar sem sucesso, ou que “envelheceram” na lista de espera do próprio serviço.

Também existem muitos casos de falência ovariana precoce, mulheres na faixa dos 30 anos que necessitariam de ovodoação para RA. Este foi o principal motivador para a criação do Programa de Ovodoação no serviço, tentando atender a essas usuárias, encaixando-as como receptoras na fila de ovodoação, que também está crescendo no serviço. Com relação à aceitação das mulheres para participar da proposta de doação do Programa, a receptividade não é tão grande, mesmo sabendo que a negativa implica, definitivamente, uma espera de 4 a 5 anos pelo atendimento na fila.

As mulheres que aceitam doar passam por avaliação clínica e psicológica (ênfase no psicológica dada pelo entrevistado), para que seja autorizado o tratamento e a doação. Não é objetivo desta tese aprofundar estes dados sobre ovodoação no serviço, apenas observar o fato de as vulnerabilidades às quais mulheres ficam expostas serem comuns tanto em programas de acesso de clínicas particulares quanto no atendimento pelo SUS, para se ter mais chances de acesso à RA. No caso do Hospital Pérola Byington, a ovodoação também tem sido uma “*moeda de troca*” para o acesso à RA, só que neste caso para antecipar e ampliar o número de ciclos permitidos no serviço público. Esta é uma prática mais comumente observada em clínicas particulares, conforme analisado no capítulo 2, em controversos programas de acesso e/ou de “doação compartilhada de óvulos”.

Ainda sobre esta particularidade da ovodoação, durante a reunião de equipe no serviço, o responsável por este programa apontou que as taxas de gravidez entre as doadoras era de 44%, mas a das receptoras de 22%. Em contrapartida, as receptoras tinham o dobro de gravidez gemelar que as doadoras. As hipóteses levantadas pelos médicos seriam o fato de as doadoras serem mais jovens e medicadas no serviço, enquanto as receptoras, mais velhas, não recebiam o medicamento para a preparação endometrial (único medicamento não fornecido pelo hospital). A não preparação adequada do endométrio, ou porque a mulher não podia comprar o medicamento, ou porque ficou receosa em tomá-lo ao ler sua bula (na qual está escrito que mulheres grávidas não devem tomá-lo), estaria aumentando as taxas de gestação gemelar, segundo os médicos. Não se discutiu o número de

óvulos implantados. Ao final da reunião, estabeleceu-se que o médico responsável pelo serviço solicitaria a compra dos medicamentos necessários para as receptoras, para serem fornecidos também pelo serviço. Ou seja, no único serviço público brasileiro no qual toda a atenção em RA é coberta pelo SUS também faltavam, ainda, medicamentos essenciais ao tratamento.

Há outro programa no setor, o de "Preservação da Fertilidade" em pacientes com câncer, que atende às pessoas que passarão por tratamento de radio e quimioterapia, realizando-se estimulação e congelamento de óvulos ou espermatozoides. Para estes pacientes, não existe fila de espera. O serviço não oferece, no momento, nem o congelamento de tecido ovariano, nem o de embriões.

3.1.3 O auxílio de Protocolos

Segundo o médico responsável, as taxas de gravidez no serviço são altas, comparáveis às de clínicas particulares, sendo de mais de 30% dos casos, contando com todas as usuárias, incluindo as de idade mais avançada. Para o especialista, este sucesso se deve à qualidade do laboratório de infertilidade do serviço, reinaugurado em maio de 2012, com novos equipamentos de última geração[119], e do serviço seguir "*protocolos para tudo: para estimulações, para IIU, para Fiv, para ICSI, por idade, por diagnóstico...*" (sic, residente do hospital). Se uma usuária não responde bem a um protocolo, sua alteração depende da avaliação do médico responsável do dia e/ou do responsável pelo setor. Durante observação de campo, em reunião de equipe, alguns destes protocolos foram reafirmados e outros

[119] Tive a oportunidade de conhecer o espaço físico e alguns procedimentos realizados na outra ala do serviço, onde ficam o laboratório e as salas de cirurgia e de repouso. Para entrar nesta ala, é obrigatório o uso de roupas próprias, touca descartável e proteção para os pés. É uma ala que interliga as salas de cirurgia (onde são realizados os procedimentos de captação de óvulos, de sêmen, de transferência de embrião e de IIU) às salas de repouso e à sala de manipulação de gametas. Pude acompanhar, junto a alguns residentes e profissionais de saúde, os procedimentos de aspiração de óvulo e de IIU. Em ambos os procedimentos, houve intercorrências que reforçaram a necessidade de profissionais experientes para suas realizações. Na aspiração, não foram encontrados óvulos de tamanho adequado para o procedimento. Mesmo assim foi aspirado um óvulo, sem bom prognóstico. O laboratório avisou, posteriormente, que não seria possível realizar a ICSI. Na IIU, foi necessária a troca de cateter intra-uterino, após a aspiração do conteúdo espermático no tubo de ensaio, havendo perda deste líquido na inseminação.

revisados. Por exemplo, para diminuir o problema dos óvulos extranumerários, o serviço reduziu de 8 para 6 os óvulos manipulados por usuária. Nos casos de apenas um óvulo adequado para o procedimento, foi estabelecido um novo protocolo (mulheres abaixo de 38 anos devem congelar este óvulo e fazer novo ciclo, para então realizar implantação dos óvulos conseguidos; mulheres com idade igual ou acima de 38 anos terão apenas um ciclo de tentativa, mesmo tendo apenas um óvulo bom). No caso de ovodoação, a doadora deve ficar com pelo menos 4 óvulos.

3.1.4 Judicialização e Indústria Farmacêutica

Entre os dados de observação do serviço, destacam-se outros dois pontos comuns aos serviços públicos de RA: os processos de judicialização recebidos pelo serviço e o apoio da indústria farmacêutica. No primeiro caso, esta tem sido uma estratégia de acesso pelos usuários de serviço público em diferentes áreas da saúde. No Hospital Pérola Byington, o serviço de reprodução assistida recusou-se a atender aos processos judiciais recebidos, convencendo o juiz que havia uma lista de espera de mais de 5 anos, seguida a risca. Estes casos são acompanhados pelos advogados do hospital. No segundo caso, buscar o apoio e o financiamento da indústria farmacêutica tem sido uma estratégia usada por alguns serviços de saúde reprodutiva. Apesar de os entrevistados no serviço de RA do Hospital Pérola Byington terem descartado completamente o investimento ou parceria privada para o funcionamento do serviço, não contando nem mesmo com verbas governamentais de agências de pesquisa, durante a reunião de equipe foi oferecido um farto lanche pela empresa Besins Healthcare, fabricante do medicamento UTROGESTAN, além de ser discutido o pagamento e distribuição de inscrições em um congresso médico da área.

3.2 A oferta de reprodução assistida em serviços públicos no RJ

Adotando a mesma estratégia para o Rio de Janeiro, em uma busca rápida na *internet* por serviços públicos que ofereçam reprodução assistida pelo SUS, podemos encontrar muitas informações divergentes, desde sites que afirmam a existência de Fiv e IIU gratuitas na cidade, até aqueles que anunciam promessas da implantação do serviço no SUS, e outros que informam o real alcance dos serviços existentes na atenção à *infertilidade*. Poucos alertam para o fato de haver critérios de elegibilidade, longas filas de espera, ou mesmo que tipo de exames, procedimentos e/ou medicamentos ficariam a cargo dos usuários. Seguem alguns exemplos de serviços que, teoricamente, estariam oferecendo RA pelo SUS[120]:

> **Hospital Universitário Antônio Pedro:** Serviço público de infertilidade da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense (UFF)/ Programa de Saúde Reprodutiva (http://invida.med.br/custos/custos-gratuito/)
> **Hospital Universitário Antônio Pedro**: Serviço público de infertilidade no RJ, pertence a Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense (UFF). Não é a mesma coisa que os serviços de técnicas de reprodução assistida, o objetivo é mais o de tentar diagnosticar a causa da infertilidade, mas é muito bom e realmente ajudamos muita gente. (http://www.realizandomeusonho.blogger.com.br/)
> **Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ):** Todos os serviços são gratuitos ou parcialmente gratuitos e para realizarem um tratamento o casal deve ter até 40 anos de idade. (http://www.tuasaude.com/tratamento-para-infertilidade/)
> **Santa Casa**: Conhecido como Hospital da Gamboa, oferece serviços em diversas especialidades médicas, com atendimento ambulatorial, internação, cirurgias, além de exames e tratamentos, conforme descrevemos a seguir. Atendimento universal pelo SUS ou particular. Especialidades Médicas: Centro de Reprodução Assistida (Fertilização in Vitro) (http://www.santacasarj.org.br/hospSaude.htm)
> **Hospital Universitário Pedro Ernesto** (HUPE/UERJ): Serviço de reprodução assistida previsto para iniciar em janeiro de 2008. Gratuito a partir de janeiro de 2008. (http://www.maeaflordapele.com/2013/02/fiv-e-ia-gratuitas-ou-de-baixo-custo.html)

Nenhum dos serviços acima citados pelos *sites* oferece efetivamente tecnologias reprodutivas de alta complexidade pelo SUS. Segundo as entrevistas realizadas com especialistas em RA, há apenas oito[121] serviços públicos no Rio de

[120] Trechos retirados de *sites*, acessados em 29.03.2014.
[121] Hospital Universitário Moncorvo Filho; Hospital Universitário Clementino Fraga Filho; Hospital Universitário Antônio Pedro/UFF; Santa Casa de Misericórdia; Hospital Geral de Bonsucesso; Instituto Fernandes Figueira-IFF/FIOCRUZ; Hospital de Ipanema; Hospital Universitário Pedro Ernesto-HUPE/UERJ.

Janeiro que oferecem atendimento para casais com dificuldades de engravidar, incluindo avaliação, indução da ovulação, controles ultrassonográficos, técnica de relação sexual programada, tratamento cirúrgico laparoscópico e histeroscópico, microcirurgia de trompas, entre outros. Destes, até o momento, apenas o Instituto de Ginecologia do Hospital Moncorvo Filho, da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, oferece a técnica de inseminação intrauterina homóloga, considerada baixa complexidade em reprodução assistida. Dois médicos entrevistados citaram o serviço do Centro de Infertilidade e Medicina Fetal do Norte Fluminense (CIM[122]), na cidade de Campos de Goytacazes, como o único no Estado do Rio de Janeiro a oferecer alta complexidade em RA pelo SUS.

> A questão do centro público, ele realmente só vai existir se tiver fonte de financiamento permanente. Porque o cara abre politicamente, para ganhar voto, e depois acaba o dinheiro. E aí? Lá, o de Campos, é assim, ele depende de verba do Fundecam (Fundo de Desenvolvimento de Campos). Lá tem um centro de RA, com alta complexidade. Os pacientes fazem pelo SUS, alguns, e outros... Mas só que depende, tem uma verba, compra lá R$50.000,00 de remédio. Aí faz tudo. Acabou o remédio, o paciente tem que entrar na fila. Não tem uma fonte permanente de financiamento, funciona sanfona. (E3 IG)

O serviço da cidade de Campos não foi objeto de análise desta tese, mas a relação entre RA no SUS e possíveis "interesses políticos" será abordada adiante. A fala do entrevistado sobre a ausência de financiamento do SUS e/ou de qualquer financiamento permanente para a assistência pública em RA é notória no Rio de Janeiro. Nem mesmo no serviço público do Hospital Moncorvo Filho, mais estruturado no Estado e ligado à Universidade (UFRJ), e onde há uma incipiente oferta de IIU gratuita, o conjunto completo dos procedimentos é coberto pelo SUS.

> Não recebemos absolutamente nada pelo o que a gente faz aqui, nada, nada. A gente faz espermograma, capacitação (de espermatozóide), inseminação intrauterina, são os procedimentos que a gente tem, fora as consultas. As consultas a gente consegue receber (pelo SUS) porque são consultas de ginecologia, mas os procedimentos não. Não recebemos porque não somos credenciados de laboratório, a gente tem credenciamento de atendimento. (E2 IG)

[122] O CIM oferece RA desde 2011, funcionando nas dependências do Hospital Escola Álvaro Alvim, em parceria com este hospital, a Prefeitura Municipal de Campos dos Goytacazes, que financia o projeto, e a Universidade de Valencia-Espanha. Disponível em: http://www.centrodeinfertilidade.com.br/ Acesso em: 01/03/2014.

> O que fazemos aqui (em reprodução humana) é tudo custeado pelo nosso dinheiro, pelo dinheiro que nós produzimos no SUS. Os exames, o meio de cultura para espermatozóide, a inseminação, é tudo público e é tudo do que é produzido aqui pela gente, que destina uma parte deste dinheiro para isso. Porque os alunos precisam ver, os pacientes precisam ser beneficiados, os casais, né. Se eles forem beneficiados com os procedimentos de baixa complexidade, ótimo, se não forem, não tem, né. Vai para SP e entra numa fila interminável. (E1 IG)

É importante esclarecer que, na cidade do Rio de Janeiro, de fato não há nenhum atendimento de baixa ou alta complexidade em reprodução assistida "pelo SUS", pelo menos não diretamente. No caso do IG, os procedimentos de IIU são gratuitos não porque são custeados pelo SUS, mas porque o setor financeiro do Instituto consegue manejar a verba da "produtividade do SUS" (sic) também para este fim, comprando meios de cultura e materiais de laboratório de sêmen, quando há viabilidade e auxílio do orçamento participativo da universidade.

> Então, nós temos o espaço, temos o profissional capacitado, mas esbarra nessa questão, e tudo isso não tem uma verba do Estado orçamentada, etc. O Estado eu falo dos 3 níveis. Isso é feito dentro da nossa rotina aqui. (...) Não tem verba, o dinheiro vem do que você produz. A gente tem um contrato com o gestor municipal de que vamos atender x consultas, x e tais cirurgias, tais consultas, etc, e isso vai um montante, sei lá, digamos de R$60.000,00. Aqui, o município é o gestor pleno que gere o dinheiro; em alguns estados há uma co-gestão entre município e estado. E esse dinheiro, isso faturado, é enviado, vai para a Fundação Nacional da Saúde, que repassa o dinheiro para a Universidade, que repassa pra gente. E eu vou gerir este dinheiro, que só pode ser para custeio em serviço; não posso comprar uma agulha. Tenho que gerir este dinheiro para manter o hospital funcionando: gaze, compressa, fios cirúrgicos, soro, medicamento, etc, conserta isso e aquilo. A Universidade, atualmente, há uns 3 ou 4 anos, tem o que a gente chama de orçamento participativo; é uma quantia que ela disponibiliza para os hospitais. Para você ter uma ideia, são 3 parcelas em torno de R$100.000,00 reais. Você há de convir que isso, para gerir um hospital, não se consegue gerir nada, mas ajuda. Essa verba é para o custeio de serviço também, é adicionada à verba da produtividade do SUS. E é com essa verba que a gente compra o meio de cultura para o sêmen, conserta ultrassom, compra substâncias, enfim. (E1 IG)

Considerando ser o Rio de Janeiro a cidade com o 2º maior PIB do país[123], de grande visibilidade nacional e referência em diversos tratamentos de saúde, permanece a questão latente sobre a razão de não garantir, até o momento, nenhum centro público de reprodução assistida, com financiamento do SUS. Não que as demais cidades brasileiras, principalmente as demais capitais, não devessem

[123] Segundo o IBGE, a preços correntes em 2011.

oferecer atenção em reprodução assistida nos serviços públicos, mas o Rio de Janeiro apresentaria, segundo os entrevistados, condições suficientes para receber um ou mais centros de reprodução assistida pelo SUS:

> Porque eu acho um absurdo o Estado do Rio de Janeiro, o segundo maior estado da federação, em termos de poder econômico, não tenha nenhum serviço público de RA. E o que é pior, em SP a FIV é feita no Hospital Pérola Byington, um hospital estadual, que é o único lugar no Brasil onde é tudo gratuito, inclusive a medicação. Mas o tratamento é feito gratuitamente também na USP, na Escola Paulista de Medicina, na UNICAMP, na Santa Casa de SP, na USP de Ribeirão Preto, em BH é na Universidade Federal de MG, no Hospital Distrital de Brasília, na Federal do Rio Grande do Sul, em Pernambuco tem uma empresa que tem parceria com o SUS, e em Natal inaugurou neste ano o serviço público, com tudo gratuito, inclusive a medicação... não sei se já começou a fazer, mas já montou tudo, em Natal. Enquanto o RN, que tem um poder econômico mínimo, já tem (RA pelo SUS), o RJ ainda não tem. (E11 HUPE)

> O RJ é carente, não tem uma disposição do Estado, do Município, em todas as áreas, não tem disposição de montar um serviço aqui em reprodução. Se tivesse, já teria montado, porque nós estamos à disposição, o HUPE está à disposição, o Gafre Guinle está à disposição, o Antônio Pedro está à disposição. (E1 IG)

> Ah, pelo amor de Deus, as estruturas existem, as universidades existem. Aqui no Rio de Janeiro a gente tem 4: a UFRJ, a UERJ, a UFF e a UNIRIO; quatro estaduais ou federais, quatro entidades públicas. Eu não estou falando das universidades privadas. Tem 4 universidades públicas que poderiam fazer isso. E ainda assim você poderia dizer: "ah, mas ainda assim tem o Fernandes Figueiras, tem o Hospital dos Servidores". São baita hospitais. De novo, poderiam (oferecer alta complexidade pelo SUS)? Poderiam. Não sei por que não conseguem, mas poderiam. (E10 IG)

> Porque podia ter, né. Lá no IG podia ter. Gente! Nossa mãe! Podia ter mesmo! Eu acho que hoje seria muito difícil, porque... vamos dizer assim, existe o setor mas a estrutura furou. Mas naquele momento, você tinha toda a engrenagem funcionando. Porque não é só dizer: "eu vou fazer uma obra maravilhosa, vou comprar todas as máquinas e que funcione". Porque tem que ter os clínicos, os biólogos, o pessoal de psicologia, a entrada no hospital, a referenciação, tem que estar tudo funcionando direitinho, porque senão você vai ficar tratando uma meia dúzia de pessoas, as mesmas, né. (E10 IG)

Todos os entrevistados defenderam a necessidade de se criar pelo menos um Centro de RA pelo SUS no Rio de Janeiro, pelas mesmas razões encontradas em entrevistas realizadas por outros pesquisadores[124]: a *infertilidade* seria um problema de saúde pública e ter acesso à RA seria ter direito à saúde reprodutiva e ao planejamento familiar, garantidos por lei no país. Esta defesa era esperada, visto

[124] Ramirez-Gálvez (2003), Nascimento (2009).

que todos os entrevistados são ou foram profissionais dos serviços públicos de reprodução humana pesquisados. Conhecer as razões para esta defesa era o que estava em jogo.

> Eu, particularmente, acho que um problema de saúde que acometa de 10% a 20% de todos os casais, para mim, é um problema de saúde pública. E é obrigação do Estado em fornecer isso. Independente de eu achar ou não, está na Constituição Federal. A Constituição Federal diz: Planejamento Familiar é um direito de todo cidadão e um dever do Estado. Inclui oferecer a todos os cidadãos as informações e os meios disponíveis para que eles possam executar seu planejamento familiar de forma independente, decidindo quando deseja ter filhos e quantos tê-los ao longo de sua vida. Então, se isso é uma determinação constitucional, não é questão do secretário achar que deve ou que não deve, isso é um dever. "Ah, tem outros problemas". Tem, mas a gente tem vários problemas na saúde pública, e eu acho que todos devem ser atacados, e no RJ nunca houve nenhum interesse em atacar a infertilidade conjugal. (E11 HUPE)

> Hoje, uma FIV custa alguns "mils reais", o que está ao largo da população brasileira. Então, era importante que os hospitais públicos pudessem, além da questão de não engravidar, disponibilizar para a população que necessita a possibilidade de engravidar por meios não fisiológicos ou naturais. (E1 IG)

> Acho que falta política de saúde. Eu acho que não é questão de dinheiro, é questão de política de saúde. O Brasil é um país em desenvolvimento, em crescimento econômico, eu acho que falta política de saúde voltada para essa casuística de pacientes com infertilidade. A demanda é cada vez maior, cada vez mais temos essas pacientes, mas como a situação não é de doença eminente, de morte de paciente que possa causar um furor na mídia, no público, e sim é o problema pessoal de cada casal, que é grave, que é importante, várias consequências que se possa ter para um casal que não consiga ter filhos... as consequências podem ser drásticas, depressões e outros problemas que podem advir disso, mas o Ministério da Saúde ainda não observou essas características, não deu atenção suficiente ainda para essas políticas de saúde. E é constitucional, então deveria estar havendo isso, porque a constituição diz que o mesmo investimento que se tem para contracepção, o mesmo investimento deveria haver para se ajudar na concepção, isso existe, isso é constitucional. E tem um investimento grande em contracepção no Brasil, várias medicações que são dispersadas pelo MS, então eu acho que a gente deveria ter uma política também voltada para isso. É lógico que é caro, mas se você conseguir formar, pelo menos, um grande Centro de Fertilização em cada capital, acho que já atende bem a demanda, pelo menos ali daquele Estado. É lógico que algumas capitais com superpopulação, como SP, RJ, MG teriam que ter mais de um Centro, um Centro seria pouco para estas demandas, mas se pelo menos tivesse um em cada um já seria um fator bem interessante. Não só montagem, como manutenção e o fornecimento também das medicações. As medicações são muito caras e as pacientes também têm uma dificuldade muito grande de conseguir comprar esta medicação; é um fator importante também. (E2 IG)

3.2.1 Políticas públicas: “falta de interesse” e “outras prioridades”

Nas falas acima, podemos encontrar algumas justificativas dadas pelos entrevistados à questão: “Por que não há RA pelo SUS no Rio de Janeiro?” Sim, esta é uma questão ampla apresentada em todas as entrevistas, cuja resposta depende de muitas variáveis. As respostas foram unânimes: “*falta de interesse político*”.

> O RJ ainda não tem porque não tem interesse dos governantes. Eu, pessoalmente, fui conversar com o Sérgio Côrtes, que era o secretário de saúde na época, e ele falou na minha cara que não tinha interesse. Já procurei todos os caminhos possíveis, puxei o saco de político, os políticos me usaram. Fui com alguns políticos conversar com o Sérgio Côrtes e ele falou na minha cara, ninguém me disse, que o tratamento de infertilidade, para ele, não era prioridade. (E11 HUPE)

> Mas eu sempre digo que tudo isso é político, entendeu, e política eu confesso que não estou fazendo muita coisa, porque é um meio difícil de eu frequentar, um meio para ficar pedindo, pedindo, pedindo, e não quero ser *moeda de troca* nisso, entendeu. (E2 IG)

> Talvez não tenha interesse; no final o interesse é que não seja interessante, porque já poderia ter há tantos anos. (E10 IG)

Outras possibilidades foram timidamente vislumbradas por alguns entrevistados, como talvez uma “real” falta de dinheiro público, a existência de outras “prioridades” em saúde, consideradas mais básicas e/ou urgentes do que a *infertilidade*, como o câncer, a vacina do HPV ou mesmo a dengue, segundo um dos entrevistados.

> Olha, não sei te dizer. Eu acho que o Ministério da Saúde (MS) foca no que mais possa estar incomodando ele; talvez o incômodo não tenha batido na porta do MS. O MS, é lógico, tem gravíssimos problemas; temos vários problemas de saúde no nosso país, demandas reprimidas de CTI, de unidades de internações, de atenção primária de saúde, temos muitas deficiências. Nossa infraestrutura ainda é muito fraca em saúde; vem melhorando bastante nos úlltimos 15 anos, mas a gente vê os hospitais federais no Rio de Janeiro, têm vários problemas graves. Então, acho que isso acaba incomodando mais, dando mais processo, mais mortes, mais problemas para o MS do que o setor de infertilidade. Eu acho que não incomodou a ponto dele se preocupar com isso. Eu acho que teria de ter uma política, o MS colocar alguém especificamente para estar vendo isso, criar uma Secretaria dentro do Ministério ou um Setor realmente só para ver a criação dos Centros de Infertilidade. (E2 IG)

> Não é que seja vergonhoso fazer uma coisa dessas (RA no SUS), né, mas eu acho que os governantes ficam até... os sanitaristas lá do Ministério da Saúde devem ficar de cabelo em pé, né, quando se fala um troço desse, quando se tem questões pungentes, como o câncer, por exemplo. O Estado do RJ é o Estado que tem mais câncer. (E1 IG)

A "falta de interesse político" e o fato de a reprodução assistida não ser uma "prioridade" no governo carioca e/ou fluminense são reiteradas pelos entrevistados para justificar a ausência, do ponto de vista governamental[125], de um efetivo investimento para a implementação da atenção em RA no SUS. Mas cabe observar, nos relatos sobre as práticas dos profissionais de saúde entrevistados, o descompasso entre este "desinteresse político" e a prática em saúde reprodutiva assistida pública. O que leva esses profissionais a permanecerem, durante anos, organizando e mantendo serviços sem que sejam "prioritários" para os governantes, ou mais, sem que despertem "interesse político"? Em certa medida, esta seria uma forma de se fazer política, com repercussões das ações e processos percorridos pelos sujeitos envolvidos na construção de uma ação política que não se restringe aos enunciados oficiais ou instituições formais.

Segundo Mattos, o que diferencia alta e baixa "prioridade" não é a formulação de políticas, mas sim as disputas mais afloradas, as mobilizações e o monitoramento mais intenso nos temas ditos "prioritários", ganhando mais visibilidade. O fato de a atenção em RA não ser uma "prioridade", nas análises políticas, não é determinante para o sucesso ou o avanço de uma política (novamente, política aqui não entendida apenas como um documento – uma política escrita ou um projeto de lei ou uma lei). Isto pode ser evidenciado em uma das entrevistas para esta tese, ao ser salientado o "bom funcionamento" (sic) de um serviço público de RA, o do Hospital Pérola Byington, em SP: "*Tem muita política também, mas funciona, eles conseguiram, mesmo com a política, montar uma estrutura que anda e que tem uma continuidade*" (E10 IG).

[125] Makuch *et al* (2010), em pesquisa nacional sobre acesso à RA pelo SUS, entrevistaram 24 autoridades das 26 Secretarias Estaduais de Saúde brasileiras e do Distrito Federal, além de 39 autoridades de Secretarias Municipais de Saúde (25 de capitais brasileiras e 14 de outras cidades com mais de 500 000 habitantes). As justificativas mais comuns dadas pelos representantes governamentais, tanto municipais quanto estaduais, para a falta de acesso gratuito à RA pelo SUS foram: " *'a lack of any political decision to implement them', followed by 'a lack of human and financial resources'"* (p.432).

Os entrevistados trazem um dos sentidos possíveis de política, mais frequentemente uma política atribuída às ações do aparato governamental:

> Quando as pessoas se referem à política, quase invariavelmente, a reduzem às ações promovidas pelas instituições de governo no âmbito de um território, como as ações do poder executivo, legislativo ou judiciário. Ou seja, referem-se ao aparato político-governamental (aparelho estatal) e a seus representantes, assumindo uma concepção de política que se define a partir da percepção da atuação de um conjunto restrito de instituições e grupos da sociedade (governantes e interessados), que tem a função/tarefa de desenhar os rumos de um Estado a cada tempo. (Baptista e Mattos, 2011, p.52)

A proposta é explorar outras formas de se fazer política, a partir da observação e investigação dos modos e estratégias de desenvolvimento de dois serviços de reprodução humana no Rio de Janeiro. Isso leva a conhecer as estórias, percursos institucionais e profissionais, mobilizações ou aceitações dos profissionais de saúde para a organização do atendimento à *infertilidade* e implantação da atenção em RA nos serviços; análises que buscam aqui contribuir para o entendimento da ausência de centros públicos de reprodução assistida no Rio de Janeiro, ultrapassando os viéses de "falta de interesse político" e de "outras prioridades" em saúde, indicados acima pelos entrevistados.

> Assumir este ponto de partida para os estudos de política não significa, contudo, fugir do cenário do que é visível e palpável nos aparatos estatais, mas sim reconhecer a que eles se conectam, pois de outro modo "seremos governados por aqueles que se interessam" pela política e que atuarão para mantê-la invisível. (Baptista e Mattos, 2011, p.60)

3.3 Dois serviços público-universitários em reprodução humana

Conforme esclarecido na introdução deste trabalho, dois serviços públicos em reprodução humana foram escolhidos para a realização da pesquisa empírica desta tese: o Instituto de Ginecologia/ UFRJ e o Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ. A descrição dos dois serviços será feita neste momento, para complementar as discussões apresentadas no próximo capítulo.

O Instituto de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IG/UFRJ) foi criado em 1947, com o objetivo de unir prática clínica e cátedra da especialidade de Ginecologia. Eram oferecidos diversos cursos de extensão universitária, especialmente sobre câncer ginecológico, tornando o IG um centro de excelência no ensino da Ginecologia no Brasil. O incentivo à formação de especialistas na área sempre foi característica marcante do Instituto, sendo criados o Curso de Especialização em Ginecologia, em sistema de residência, em 1964, e o de Pós-Graduação "*Stricto sensu*" em Ginecologia, em 1975.[126]

Do ponto de vista acadêmico, o prestígio do Instituto de Ginecologia já foi maior, sendo um dos cursos de residência mais disputados na especialidade no passado; mesmo assim, continua a ser uma importante referência em Ginecologia.

> O IG hoje tem uma única linha de pesquisa sobre biologia molecular em pacientes com lesão de vulva, vagina e colo do útero. E essa linha de pesquisa está num programa de mestrado e doutorado, o Programa de Ciências Cirúrgicas, do Departamento de Cirurgia. Eu sou professor do programa, tenho meus alunos, defesas de teses. Não existe mais nenhuma outra aqui. (...) Hoje, para ter mestrado e doutorado numa instituição significa ter umas 15 pessoas com doutorado, e produtivos, publicando em periódicos A1, A2, B1. Somos 3 professores aqui: um de licença, eu diretor e outro diretor de ensino. O resto é tudo médico que tem seus interesses assistenciais, etc. Então, é difícil de avançar. A gente tem a residência médica, que funciona bem, a especialização que funciona direito, temos cursos de aperfeiçoamento em reprodução e em mastologia, curso de treinamento profissional de colposcopia, na reprodução também temos treinamentos que estão meio parados após a saída da (antiga médica). Aqui somos responsáveis, jundo do Fundão, pela graduação; o 9º período passa todo aqui, o internato rotatório e o eletivo passa por aqui. A residência é conjunta com a Maternidade Escola, que é clínica e obstetrícia. Então, o IG é um local onde se ensina, se aprende, e se faz assistência, porque não dá para ensinar medicina sem fazer assistência, porque "faz assim, faz assado" num quadro negro não dá, tem que pegar nas coisas, fazer. (E1 IG)

Do ponto de vista assistencial, o IG oferece atendimentos nos três níveis de atenção: primário, secundário e terciário. No Rio de Janeiro, o IG se destaca por disponibilizar radioterapia, imprescindível no tratamento da oncologia ginecológica, e de ser o único serviço público a contar com inseminação intrauterina (IIU) homóloga no Estado.

O Hospital Moncorvo Filho acomoda o Instituto de Ginecologia/UFRJ e o Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione/IEDE. Apesar de

[126] Alfano (2009)

estas instituições públicas compartilharem as instalações de um mesmo hospital, e de realizarem parcerias entre si, cada uma tem sua própria administração, com verbas próprias. O IEDE é administrado pelo Estado do Rio de Janeiro e utiliza os serviços laboratoriais também do Estado, com atendimento pelo SUS. Já o IG é administrado pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, com verbas federais e do SUS. Segundo o responsável pelo Setor de Reprodução Humana do IG, em torno de 75% do orçamento do Instituto são oriundos de atendimentos do SUS. Ambas as instituições, IEDE e IG/UFRJ, dividem algumas despesas referentes a mudanças estruturais do hospital.

> A gente tem a estrutura física que a gente divide e nossa relação hoje é muito boa com o IEDE. O IEDE, que é o Estado, assume muita coisa da parte física, por exemplo, de água, luz. Eles têm vigilância, nós também; têm limpeza, nós também; têm portaria, nós também. E existe uma relação médica, por exemplo, a gente utiliza o laboratório deles, que é um laboratório contratado para todo o Estado, mas não estão nos dando nada. Quando é a nossa paciente que passa por lá, é o SUS quem paga. Hoje temos boa relação com o diretor, com a administradora. Do ponto de vista médico, quando precisamos de um parecer, a gente solicita e eles dão. E vice-versa. Mas eles têm um serviço médico deles lá e a gente tem o nosso aqui. Na estrutura física, metade é do IG e metade do IEDE, metade da frente é deles e a outra é nossa, e no fundo a mesma coisa. Existe um termo de cessão da Secretaria de Planejamento do Estado, etc, que a universidade está pegando lá para assinar, para oficializar, porque a coisa sempre foi no papo: "ah, isso é um comodato, sei lá". Que nada, não tinha nada escrito sobre isso. Sempre se viveu as duas instituições aqui, bobagem. A gente precisa deles, muito, e eles precisam da gente. A gente precisa mais deles do que eles da gente (risos). E acho que o pesado dessa história são eles que assumem. (E1 IG)

Em 2001, o IG/UFRJ foi descredenciado pelo SUS por uma séria crise, tendo suas atividades prejudicadas com a falta de recursos[127]. As atividades acadêmicas e assistenciais foram restabelecidas no segundo semestre de 2002[128]. Atualmente, o IG continua integrado ao SUS, possui autonomia administrativa e é um dos mais importantes órgãos do Centro de Ciências da Saúde da UFRJ[129]. Está sob nova administração desde 2011, com previsão de mudanças estruturais no hospital. Já

[127] Segundo matéria do Jornal do Brasil online, houve denúncias de que o instituto estava cobrando pelos exames de mamografia e ultrassonografia, o que de fato era realizado apenas para as pacientes particulares, não vinculadas ao SUS. Ver:
<http://jbonline.terra.com.br/extra/2001/08/08/e0808093.html> e
<http://jbonline.terra.com.br/extra/2001/08/08/e0808050.html> Acessos em: 27 nov. 2008
[128] Costa (2008)
[129] Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/hugine.pdf> Acesso em: 15 nov. 2008.

foram realizadas as compras de diversos equipamentos novos, como macas elétricas de última geração, além da modernização de todos os centros cirúrgicos.

Com a aprovação, em dezembro de 2011, da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh)[130], a administração do IG/UFRJ poderia ser alterada. No entanto, a UFRJ não aprovou a contratação da Ebserh, continuando a administrar o Instituto. Segundo o diretor do IG, a UFRJ votou contra por defender uma autonomia universitária, e agora enfrenta dificuldade em preencher as vagas necessárias para um bom funcionamento dos ambulatórios. Há a necessidade de contratação de profissionais como médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, dentistas, e da área paramédica, como assistentes sociais. E isso só poderá ser feito através de concurso público, não sendo permitida a contratação terceirizada, como é o caso da limpeza, da recepção, da vigilância, da portaria, até da área de informática.

> O TCU (Tribunal de Contas da União) tem um acórdão que diz que tem que contratar o pessoal que está faltando. O TCU não cumpre e a universidade não aprova a Ebserh[131]. Aí, abrir vagas tem que ser o Ministério do Planejamento, abrir concurso. Não tem concurso, vai acontecendo o que está acontecendo (...) Tem que ter contratação. Ou o TCU determina que vai ter contratação, como já determinou e a Dilma nada... O que vai acontecer com a Presidente da República se ela não cumprir uma determinação do TCU? Nada, como não aconteceu. Ou se tem adesão à empresa e ela faz os concursos. É uma questão política, e política é difícil. A questão é

[130] "(...)Será responsável por administrar os recursos financeiros e humanos dos hospitais universitários das Instituições Federais de Ensino Superior. Vinculada ao Ministério da Educação e sediada em Brasília (DF), a Ebserh será uma empresa pública de personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, com capital social inicial R$ 5 milhões. Segundo o texto, a Ebserh terá por finalidade a prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, "inseridos integral e exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)". Prestará também serviços de apoio à geração do conhecimento em pesquisas básicas, clínicas e aplicadas nos hospitais universitários federais. O estatuto prevê, ainda, que a empresa observará as diretrizes e políticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, além de ser orientada "pelas políticas acadêmicas estabelecidas no âmbito das instituições de ensino com as quais estabelecer contrato de prestação de serviços". A Ebserh foi criada pela Lei nº. 12.550, sancionada pela presidenta Dilma Rousseff no último dia 15 de dezembro." (http://blog.planalto.gov.br/aprovado-estatuto-da-empresa-brasileira-de-servicos-hospitalares/)

[131] "Política Pública. Sancionada a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares / LOUISE RODRIGUES - AGÊNCIA UFRJ DE NOTÍCIAS – CCS. dmvi@reitoria.ufrj.br / No último dia 15 de dezembro, a presidente Dilma Rousseff sancionou a lei nº 12.500, que cria a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Vinculada ao Ministério da Educação, a empresa fará a gestão dos hospitais das universidades federais. De acordo com a nova lei, a gestão hospitalar caberá a um Conselho de Administração e a uma Diretoria Executiva. A presidente vetou a participação da Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (Andifes) no Conselho de Administração. A EBSERH terá também um Conselho Fiscal e um Conselho Consultivo. A EBSERH é pública com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio público. O regime de pessoal da EBSERH será a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT)." Disponível em: http://www.ufrj.br/mostraNoticia.php?noticia=12628_Sancionada-a-criacao-da-Empresa-Brasileira-de-Servicos-Hospitalares.html

> técnica? Olha só, é bom ou não é, tal. Pronto, resolve pelo bom ou pelo mau. Mas a questão política fica permeada de ideologia, de contra e a favor, não sei o que lá, não gosto disso... (E1 IG)

Sobre a fala acima, o entrevistado referia-se à presença de profissionais voluntários e à falta de biólogo da UFRJ responsável pelas IIU realizadas no Setor de Reprodução Humana. Esta questão deve ser abordada adiante, quando for descrito o percurso do setor de reprodução humana do IG, mas vale ressaltar que, novamente, a "questão política" é apresentada como entrave à atenção em RA no RJ .

Em dezembro de 2012, a unidade de hospitalização contava com o total de 58 leitos (7 para radioterapia; 43 patologia cirúrgica; 17 para patologia cirúrgica; 6 para recuperação anestésica; 2 quartos particulares)[132]. Segundo o diretor do hospital, "*hoje são 12 leitos ativos, mais 8 na recuperação anestésica e em torno de 18 leitos inativos por falta de pessoal*" (sic). Na visão do diretor, seria uma irresponsabilidade abrir estes leitos com duas ou três técnicas de enfermagem para cuidar de mais de 30 pacientes. "*No momento em que a gente tiver enfermeiras, técnicos de enfermagem, médicos, a gente bota estes leitos para funcionar.(...) No momento que o TCU fizer concurso, a gente abre aqui*" (sic). Ainda de acordo com a direção, está previsto concurso para 41 mil vagas para as universidades ainda neste ano de 2014. "*Resolve o problema? Não sei. O Brasil tem quantas universidades? Mas eu acho que vem mitigar a questão. Se somos um pouco mais, a gente trabalha um pouco mais, produz mais não só na assistência como na pesquisa, etc*" (sic).

Atualmente, a unidade ambulatorial do Instituto de Ginecologia/UFRJ é composta por:

- Ambulatório Geral – triagem fina;
- Patologia cervical – prevenção do câncer ginecológico;
- Patologia vulvar;
- Mastologia – Unidade de Mastografia de alta resolução;
- Urologia feminina;
- **Esterilidade/Reprodução Humana**;
- Endocrinologia ginecológica;
- Ginecologia infanto-puberal e da adolescência;
- Planejamento familiar;
- Endoscopia ginecológica e Ultrassonografia;
- Radioterapia;
- Assistência social;

[132] Dados disponíveis em: <http://www.geocities.com/HotSprings/3570/historia.htm> Acesso em: 10 nov. 2012

- Videoendoscopia diagnóstica e cirúrgica.

Por sua vez, o Hospital Universitário Pedro Ernesto - HUPE/UERJ, onde se encontra o Ambulatório de Infertilidade pesquisado, foi inaugurado em 1950 como parte da rede hospitalar da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Em 1962, tornou-se hospital-escola da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado da Guanabara (UEG), atual Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Em 1965, tornou-se Hospital das Clínicas, privilegiando questões acadêmicas de ensino e pesquisa, e o estudo de raridades clínicas e doenças em estágio final de evolução.

Em 1975, passou a ser um hospital de atendimento geral com o convênio firmado entre Ministério da Educação e Previdência Social (Convênio MEC-MPAS), adequando-se às necessidades da população mais carente. A partir de então, houve um aumento progressivo na procura pelos serviços do HUPE, tornando-o um dos maiores complexos docentes-assistenciais na área da saúde. Hoje, é referência em diversas especialidades e importante núcleo nacional de formação de profissionais na área médica[133]. O HUPE está localizado na Zona Norte do Município do Rio de Janeiro e possui 525 leitos, com mais de 60 especialidades, entre elas a de Ginecologia.

Segundo entrevista com o médico responsável, o Ambulatório de Infertilidade foi criado em março de 1999, pelo Serviço de Ginecologia da Faculdade de Ciências Médicas/UERJ e pelo Serviço Social do hospital. Funciona junto à Endocrinologia Ginecológica e tem como objetivo o "*tratamento clínico e cirúrgico dos casais com infertilidade conjugal e das mulheres com distúrbios dos hormônios femininos e menopausa*"[134].

[133] Informações disponíveis em: http://www.hupe.uerj.br/h_conheca_hupe/historico.php. Acesso em: 24/11/2012.
[134] Disponível em: http://www.hupe.uerj.br/h_especialidades/a_l/ginecologia.php Acesso em: 22/11/2012. Pelo site o ambulatório continua SUSPENSO.

3.3.1 Os setores de reprodução humana

Tabela 2: Estrutura física dos ambulatórios de reprodução humana: IG/UFRJ e HUPE/UERJ.

	HUPE/UERJ	**IG/UFRJ**
recepção	--	1
sala de espera	--	1
sala de reunião	--[135]	1
sala de encaminhamento	2	1
sala de ultrassom	--	1
sala de esterilização	--	1
consultórios ginecológicos	4	3
consultório de inseminação	--	1
consultório de psicologia	--	1
banheiros	2	2
copa	--	1
laboratório de sêmen	--	1

Fonte: A autora, 2014.

O Ambulatório de Infertilidade do HUPE dispõe de 4 consultórios, compostos por cadeiras ginecológicas antigas e mesas com duas cadeiras cada. Há dois banheiros, com divisórias altas para que as usuárias coloquem jalecos próprios ao exame clínico. Há ainda outras duas salas pequenas, usadas para encaminhamentos e orientações a usuários e alunos.

Sem sala de espera, as pacientes com consultas pré-agendas aguardam em bancos de alvenaria, em frente às duas portas de entrada do ambulatório. Algumas tentam "encaixe" para consulta ou para sanar dúvidas. No entanto, o acesso aos profissionais é bastante restrito, permanecendo ambas as portas do ambulatório fechadas o tempo todo. Como os profissionais chegam por um corredor interno, reservado apenas para alunos e servidores, as usuárias desconhecem quando os profissionais chegam ao ambulatório, o que, conforme observação de campo, eleva o nível de ansiedade. Os cartões de agendamento devem ser colocados em um suporte de madeira, ao lado de uma das portas, para se garantir o atendimento por ordem de chegada.

Nas observações de campo, uma diferença na estrutura dos dois serviços de reprodução humana mostrou ser relevante. O fato de o setor do IG/UFRJ contar com

[135] Quando há necessidade de reunião de equipe, os profissionais do ambulatório se reunem no espaço do Serviço de Ginecologia, localizado no 5º andar do HUPE/UERJ.

uma recepção, dentro do ambulatório, demonstrou contribuir para que as usuárias conhecessem melhor a dinâmica do serviço, podendo tirar dúvidas burocráticas com a técnica de enfermagem responsável, perguntar sobre agendamentos e/ou sobre seu funcionamento. A própria existência de uma “sala de espera”, com cadeiras e uma pequena TV de 14’, também contribuia para isso, assim como a disposição do ambulatório. O acesso de entrada para médicos e demais profissionais é o mesmo dos usuários. Ou seja, estes sabiam quando e quem chegava ao ambulatório para atender.

No serviço do IG há três consultórios clínicos, cada um com uma mesa e duas cadeiras, um lavatório e uma cadeira ginecológica antiga, atrás de uma divisória alta que garante a privacidade durante o exame clínico. Há também uma pequena sala, em geral usada para monitoramento e encaminhamento de pacientes, e outra para reuniões de equipe, onde permanece o médico responsável pelo setor toda 2ª de manhã. Nela há uma mesa redonda, na qual ficam dispostos, em ordem de chegada e por tipo de atendimento, os prontuários das usuárias. Às vezes, a sala de reuniões também é usada para encaminhamentos a usuários.

Outro diferencial do ambulatório do IG/UFRJ é a existência de uma sala de ultrassonografia, com banheiro exclusivo e uma pequena antessala, onde as usuárias vestem jaleco próprio para exame. Uma escada estreita, ao lado desta sala, dá acesso ao pequeno consultório de psicologia. Um corredor dá acesso à pequena copa do ambulatório, ao laboratório de sêmen, a uma sala de esterilização de instrumentos usados nos exames ginecológicos, a um banheiro exclusivo para mulheres (usuárias e profissionais de saúde) e a um quarto consultório, que difere dos demais por ser equipado de ar condicionado e cadeira ginecológica moderna, onde são realizadas as inseminações intrauterinas.

O laboratório de sêmen é pequeno, com paredes azulejadas brancas, uma pia sobre uma bancada de inox. Há uma janelinha que dá acesso direto a um banheiro de uso exclusivo para coleta de esperma, do lado de fora do ambulatório. Foi uma conquista do serviço após muitos anos de insistência junto à direção do IG e aos colaboradores, conforme descrito no capítulo a seguir.

Tabela 3: Quantitativo e função dos profissionais dos setores pesquisados, segundo entrevistas, observações de campo e o Projeto NPFRH[136]/UERJ.

Ambulatório Infertilidade/ HUPE/ UERJ	**Setor RH IG/UFRJ**	
Equipe atual	**Equipe antiga**	**Equipe atual**
• 1 assistente social HUPE • 1 estagiária • técnicas enfermagem HUPE • 2 ginecologistas HUPE • 1 médico residente • alunos internos UERJ	• 2 assistentes sociais IG • 1 psicóloga IG • 1 psicóloga voluntária • técnicas em enfermagem IG • 2 ginecologistas IG • 1 ultrassonografista IG • médicos curso de extensão • médicos curso de atualização • alunos internos UFRJ • médicos residentes • 1 bióloga UFRJ • 2 estagiários biólogos	• 1 assistente social IG • 1 psicóloga IG • 1 psicóloga voluntária • técnicas em enfermagem IG • 1 ginecologista IG • 1 ultrassonografista IG • 1 médica voluntária • alunos internos UFRJ • 1 médico residente • 1 ex-residente voluntário • 2 estagiárias biólogas

Fonte: A autora, 2014.

Quanto à equipe e sua função, a tabela acima demonstra o número reduzido de profissionais concursados que compõem os setores pesquisados, tanto no HUPE quanto no IG. Fez-se uma comparação entre as equipes do setor de reprodução humana do IG/UFRJ, de antes e depois da aposentadoria da antiga médica responsável, justamente por seu papel ter sido fundamental na organização do serviço, e por sua saída ter causado impactos nesta organização. Basicamente, perdeu-se as contribuições dadas pelos médicos alunos dos cursos de atualização e de extensão, visto que estes cursos não estão mais em andamento; perdeu-se a coesão da antiga equipe multidisciplinar, com o pedido de transferência de uma das assistentes sociais do IG para outra unidade da UFRJ, com a saída da bióloga responsável e da outra médica do *staff* permanente do IG. Os estagiários que iniciaram o trabalho no laboratório também pediram para sair, após a ausência de uma bióloga responsável.

De forma geral, permaneceram no ambulatório as técnicas de enfermagem, que prestam serviço terceirizado para todo o IG, agendando e orientando exames, aplicando injeções, marcando consultas médicas, auxiliando médicos/ internos/ residentes nos atendimentos, organizando os prontuários nos setores e atendendo ao telefone. A maioria está há mais de 15 anos na instituição. Também

[136] Projeto Núcleo de Planejamento Familiar e Reprodução Humana da UERJ (NPFRH-UERJ).

permaneceram as duas psicólogas, a voluntária atendendo às quartas-feiras, e a servidora do IG/UFRJ, que acompanha enfermarias, salas de espera, o ambulatório geral, o grupo de mulheres mastectomizadas pré e pós cirúrgico, além de realizar atendimento individual para demandas agendadas por pacientes, participar do centro de estudos do hospital com internatos e realizar consultas conjuntas com médicos/residentes/ internos para avaliação da relação médico-paciente.

Atualmente, o setor de RH do IG conta com dois médicos especialistas em RA atendendo junto a duas residentes (uma do Hospital da Lagoa e outra ex-residente colaboradora) e alunos internos de medicina da UFRJ, que permanecem de 2 a 3 meses no IG (1 a 2 semanas em cada ambulatório). O atual médico responsável é servidor, ginecologista, chefe do Ambulatório de Ginecologia Endócrina e Climatério, coordenador da residência médica e do centro de estudos. Além de orientar os atendimentos realizados às 2as feiras, também faz cirurgias de recanalização tubária para reprodução no centro cirúrgico do IG. A seu convite, às 4as feiras atende uma médica colaboradora, que também atende em clínica particular de RA. Esta médica tem movimentado bastante o ambulatório, marcando mais usuárias para serem atendidas, estimulando mais ciclos, reavaliando protocolos de atendimentos e aumentando o número de IIU realizadas. O médico responsável assumiu o setor em fevereiro de 2012 e a médica colaboradora entrou em junho do mesmo ano.

O ambulatório de infertilidade do HUPE conta com um número bastante reduzido de profissionais, a maioria servidores do próprio hospital, atendendo a outros setores da instituição. O médico responsável é o mesmo desde a sua organização original, que dependeu quase exclusivamente de seus esforços individuais para que o ambulatório oferecesse tratamento clínico e cirúrgico da infertilidade conjugal.

Tabela 4: Funcionamento dos ambulatórios de RH: IG/UFRJ e HUPE/UERJ.

	HUPE/UERJ	**IG/UFRJ**
Dias de consulta	3ª, 6ª	2ª, 4ª
Horário	Turno da tarde	8h-12h
Média de consultas mensais	60	220
Ultrassonografia	--	2ª, 4ª
Controle de ovulação	--	2ª, 4ª, 6ª

Fonte: A autora, 2014.

O Ambulatório de Infertilidade do HUPE funciona às terças e sextas-feiras no "turno da tarde", segundo o site da instituição. Nas observações de campo constatou-se que as consultas são iniciadas por volta das 11h/12h e terminam antes mesmo das 13h. Este adiantamento no serviço faz com que muitas usuárias, tendo apenas as informações recebidas por telefone e/ou pelo site do HUPE, cheguem ao ambulatório no período da tarde, sem conseguir encontrar nenhum profissional e/ou obter alguma informação. A variação no horário de atendimento depende diretamente da disponibilidade do médico responsável. Em média, são realizadas cerca de 60 consultas mensais, mas a meta do serviço é atender cerca 180 consultas por mês. Uma agenda de marcações anuais das consultas de infertilidade fica sob responsabilidade das técnicas em enfermagem.

O setor de reprodução humana do IG também atende em dois dias da semana, às segundas e quartas-feiras, das 8h às 12h, e quando há necessidade e disponibilidade de profissional, há controle ultrassonográfico às sextas-feiras. As consultas são pré-agendadas e a organização do atendimento é por ordem de chegada, assim como no HUPE. Os prontuários são separados conforme: consulta de 1ª vez, monitoramento, ou apenas ultrassonografia. Às segundas-feiras, o médico responsável pelo setor supervisiona e orienta os atendimentos realizados pelos residentes, observados por alunos internos de medicina e estagiários de biologia e biomedicina. Às quartas-feiras, conforme apontado, o setor conta com o atendimento de uma médica voluntária convidada, especialista em RA, acompanhada por número menor de internos e residentes.

Oficialmente, o serviço de ultrassonografia funciona às 2as e 4as, atendendo às usuárias do setor e do ambulatório geral do IG/UFRJ. Ultrassons de mama e transvaginais são realizados por um único médico concursado. A limitação de seus horários e o fato de ser o único especialista fazem com que todo o funcionamento do ambulatório fique atrasado, pois muitas condutas dependem fundamentalmente do funcionamento do serviço de US, para monitoramento da ovulação da paciente.

Em média, são atendidas neste ambulatório entre 25 e 30 mulheres/casais por dia[137]. Desde junho de 2011, a porta de entrada do setor está fechada, não

[137] De janeiro a outubro de 2007, o setor de reprodução humana do IG/UFRJ recebeu 360 novas pacientes, sendo 1575 usuárias dando continuidade aos tratamentos, com 41 mulheres grávidas (Costa, 2008).

sendo marcadas mais pacientes de primeira vez, devido à reestruturação do serviço. Hoje, algumas pacientes de 1ª vez são encaixadas aleatoriamente, por vezes a pedido de um médico ou psicólogo do IG, que gostariam de retomar o grupo de acolhimento e acompanhar novos casos em infertilidade. Para não atrapalhar o andamento do setor, a sugestão seria realizar o grupo de acolhimento quinzenalmente, às 4as feiras, apenas com as pacientes agendadas de 1ª vez, logo no início da manhã. Assim, enquanto estas usuárias estivessem no grupo, as demais já estariam em atendimento. Apesar de o médico responsável ter concordado com a abertura de 3 vagas de 1ª vez a cada quinze dias, durante a observação de campo, nenhum grupo de acolhimento havia sido realizado.

Tabela 5: Técnicas/Procedimentos e equipamentos disponíveis nos dois setores de RH.

	SETOR HUPE	**SETOR IG**
Técnicas/ Procedimentos	• tratamento clínico da infertilidade • procedimentos cirúrgicos (recanalização de trompas e/ou desobstrução uterina - endometriose e miomas) • varicocele (urologia)	• estimulação medicamentosa (ovulação e produção de esperma) • regularização de ciclos menstruais • controle hormonal dos ciclos de ovulação • inseminação intrauterina homóloga • procedimentos cirúrgicos (recanalização de trompas e/ou desobstrução uterina) • varicocele (urologia)
Exames	• Ultrassom- HUPE • Laboratório Central- HUPE • Laboratório de Endocrinologia- HUPE • Radiologia- HUPE • Urologia- HUPE • Histerossalpingografia- HUPE (desde 2013)	• Ultrassonografia- setor de RH/IG • Histeroscopia- IG • Colposcopia- IG • Mamografia- IG (Setor em obra. Novo mamógrafo comprado em 2012) • Laboratorial de sangue- IEDE • Espermograma- IEDE • Raio X- IEDE
Laboratório de sêmen (desde 2010)	• --	• ar condicionado, • estabilizado em 16º C (pois não há esterilizador de ar) • microscópio • centrífuga • micropipetas e pipetas descartáveis • câmera de Makler • materiais de consumo (luvas e toucas descartáveis, lâminas, kit esperma, meio de cultura, isolate, etc)

Fonte: A autora, 2014.

Com relação às técnicas disponíveis, ambos os setores oferecem procedimentos clínicos e cirúrgicos de baixa complexidade em reprodução humana,

como estimulações medicamentosas de ovulação e/ou de produção de esperma (medicamentos não oferecidos pelos serviços) e algumas cirurgias na Ginecologia e na Urologia. Contam com alguns exames oferecidos pelo HUPE e pelo IG, encaminhando suas pacientes internamente para outros setores dos hospitais, quando necessário. Um diferencial do setor do IG é que este conta com um aparelho novo de ultrassonografia no próprio ambulatório, facilitando o controle ovulatório de suas pacientes, além de oferecer o procedimento de IIU, de baixa complexidade em reprodução assistida, ainda de forma incipiente.

> Temos um laboratório de baixa complexidade extremamente humilde, pequeno, suficiente para se fazer o que a gente chama de capacitação espermática, mas bastante discreto. Tem um equipamento de cada, não tem reserva, se quebrar a gente não vai ter outro. Eu tenho um aparelho de ultrassonografia extremamente moderno, novo, chegou nesse ano passado agora (2012). Na verdade, chegaram 3 aparelhos novíssimos, que a gente nem está usando os três no momento, ainda, porque nos falta pessoal para utilizar mais estes aparelhos. (E2 IG)

Até outubro de 2012, havia apenas um equipamento antigo no setor, conseguido pela antiga médica responsável como doação, servindo a todo o Instituto. Os aparelhos novos supracitados foram solicitados há bastante tempo, um deles conseguido como doação pela médica aposentada, e outros dois comprados pela UFRJ, via Ministério da Saúde, por solicitação do diretor do IG, e via REHUF (Política Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários).

Atualmente, o Instituto de Ginecologia/UFRJ, em parceria com o IEDE, disponibiliza espermograma e exames laboratoriais de sangue, pagos pelo SUS. Há apenas um aparelho de raio X no hospital (IEDE), que antes fazia histeroscopia. Hoje, as pacientes da reprodução humana que necessitam deste exame têm que procurar um local fora do hospital para a sua realização, assim como para o exame de histerossalpingografia. Os encaminhamentos, em geral, são feitos para o Hospital de Bonsucesso; o Hospital da Lagoa e o Hospital de Ipanema, isso quando a paciente não tem nenhum convênio particular de saúde.

> Pergunta se tem plano de saúde ou não? Por quê? Porque, se tivesse plano de saúde, a gente mandava fazer os exames fora. Que depois se fez os convênios lá que podia fazer os exames dentro do Instituto, mas antes não tinha exame nenhum. Então, se a mulher me dissesse: “eu tenho Unimed”; eu diria: “então vai fazer seus exames pela Unimed. Não vou nem brigar por aqui”. “Ah, eu tenho não sei o que”. “Vai fazer pelo não sei o que; você não

> vai fazer aqui". Porque daí era uma forma de andar e de não ficar SUS, SUS, SUS, e elas correndo para marcar SUS. (E10 IG)

O ambulatório do HUPE, desde janeiro de 2002, oferece pesquisa dos fatores de infertilidade, tratamento clínico e cirúrgico da infertilidade conjugal, com os escassos recursos do hospital. São pesquisados fatores ovarianos, cervicais, imunológicos, endometriais e masculinos para a causa da infertilidade, e realizadas induções ovarianas, acompanhamento de coito programado ou mesmo algumas cirurgias no centro cirúrgico do HUPE, como recanalizações tubárias (salpingoplastias) ou retirada de cistos ou nódulos ovarianos (ooforoplastias), preservando-se os ovários. Com uma parceria particular com o Laboratório Sérgio Franco, consegue que seus pacientes paguem mais barato pelo exame de espermograma.

> O Laboratório Sérgio Franco, na época, me mandou um contrato e eu assinei e devolvi para eles um contrato de parceria no qual eles cobrariam a preço de custo (R$ 18,00 espermograma). Não sei como eles fazem isso, como entra para eles. (E11 HUPE)

Com relação a medicamentos, nenhum dos dois ambulatórios disponibilizam os necessários para os procedimentos realizados. Quando isto acontece, esporadicamente, é devido a doações de serviços privados de RA ou de indústrias farmacêuticas. Em geral, os medicamentos são de responsabilidade dos próprios usuários. Em observação de campo no IG, houve casos de usuários que tentariam determinados medicamentos pela RIOFARMES - Farmácia Estadual de Medicamentos Especiais[138], sendo necessários o preenchimento de formulário específico pelo médico, um receituário do serviço com o pedido médico e a assinatura de um TCLE da usuária. No setor do IG, as usuárias recebem desconto em medicamentos comprados nas Drogarias Venâncio e na Nossa Drogaria, por uma parceria antiga firmada entre estas iniciativas privadas e o serviço, a ser analisado no próximo capítulo. No ambulatório do HUPE, não há parcerias para

[138] Caracteriza-se como uma estratégia da política de assistência farmacêutica, que tem por objetivo disponibilizar medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde para tratamento de agravos inseridos em critérios específicos. Ver: http://www.rj.gov.br/web/ses/exibeconteudo?article-id=165724 Acesso em: 29.04.2014

medicamentos: "*A estimulação que a gente faz aqui é oral, é barata. Tem o Femara (Letrozole) que é caro, é R$400,00, mas elas bancam os remédios delas*" (sic E11).

Para o material necessário ao andamento do laboratório de sêmen, no IG/UFRJ, a compra é solicitada pelo setor de reprodução humana à direção do Instituto e a verba vem da Universidade Federal do Rio de Janeiro. No início do funcionamento do laboratório, a própria médica responsável pelo serviço comprava alguns materiais ou então recebia doações da sua clínica particular ou de outras clínicas de RA. Hoje, os materiais de consumo e de cultura do laboratório são mantidos pelo IG/UFRJ, com aporte maior do SUS. A compra é realizada por pregões públicos, e a entrega do material demora, em média, de 2 a 3 meses após a solicitação.

4. A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE REPRODUÇÃO HUMANA

Resgatar as histórias dos dois serviços pesquisados, nesta tese, teve como objetivo conhecer as ações políticas que são feitas "na ponta", no cotidiano das práticas de saúde por seus profissionais, para que a reprodução assistida seja oferecida no serviço público do Rio de Janeiro. E ao se fazer este resgate, foi possível observar que estas se confundem com ou se misturam às histórias pessoais de seus responsáveis. Estas "histórias cruzadas", dependentes umas das outras, reforçam a importância de se conhecer os percursos, as motivações, as barreiras e superações que fizeram parte das construções dos dois setores de reprodução humana, do IG/UFRJ e do HUPE/UERJ.

Compartilhamos da definição de história trazida por Baptista e Mattos (2011), vista como "*narrativas construídas por diferentes grupos, porque partimos do entendimento de que não existe uma única história, mas diferentes histórias, que expressam o modo de raciocinar e constituir caminhos pelos grupos sociais num tempo e lugar"* (p.69). Assim, certamente, existem outras formas de se contar as trajetórias dos serviços em questão, relacionando-as a uma história mais geral de saúde reprodutiva, da Ginecologia no Brasil[139], ou a uma história mais específica de embates institucionais no mundo universitário. A versão escolhida como contribuição relatada neste trabalho é uma que parte do relato de profissionais, servidores ou contratados, ex-servidores, gestores, responsáveis ou aposentados dos dois serviços (UFRJ e UERJ). São histórias construídas por contingências compartilhadas pela vida desses profissionais, por motivações que serão analisadas ao longo deste capítulo.

As histórias demonstram fortes vínculos dos profissionais com "suas" instituições de ensino e de assistência em saúde; "suas" porque, desde muito cedo, na pós-graduação ou mesmo na graduação, os profissionais parecem ter estabelecido relações mais estreitas com estas instituições "de origem" ou de "criação", do que com o sistema público de saúde propriamente dito. Nas entrevistas,

[139] Minha dissertação de mestrado traz uma breve contextualização da Ginecologia, obstetrícia e puericultura no país, e a inserção do Hospital Moncorvo Filho e do IG/UFRJ nesse contexto. Ver: Alfano (2009, p.71-75).

relatam verdadeiras batalhas individuais, com as "*mangas arregaçadas*" (sic), para que os setores fossem organizados, ampliados e mantidos. E as conquistas quase sempre foram, de fato, produto de esforços individuais persistentes. Talvez por isso refiram-se aos setores, em muitos momentos, como sendo também "seus". E estes setores se mantêm desde que os profissionais responsáveis estejam lá, presentes, com grande dificuldade de continuidade por falta de equipe multidisciplinar permanente.

> De novo, não se trata de partir de um dado universal de que existem sujeitos que fazem política, mas de identificar que sujeitos estiveram presentes em cada situação: quem entrou no debate e como entrou; as condições que permitiram o encontro de caminhos e opções antagônicas/divergentes; como cada um exerceu o papel de mediador das propostas de políticas; que redes de influência se estabeleceram; a fusão de interesses que mobilizou os sujeitos. Não é o óbvio, mas o que se esconde que muitas vezes importa para a compreensão sobre os sentidos de política que se afirmam nas práticas cotidianas de um Estado. Trata-se de colocar em análise como se estabelece a mediação destes diferentes olhares no debate político. (Baptista e Mattos, 2011, p.72).

4.1. Histórias cruzadas: o vínculo institucional

Em seu estudo[140] com oncologistas, Souza afirma que o aprendizado era mantido na relação mestre-discípulo: "*Os estudantes tornavam-se estagiários dos serviços e depois de formados especializavam-se no mesmo local [residência médica]. Alguns se tornavam membros do staff e começavam a ensinar a especialidade*" (Souza, 2007, p.136).

Este relato se assemelha ao que encontramos nos percursos dos entrevistados, particularmente dos médicos responsáveis pelos serviços pesquisados, qual seja, o de alunos de universidades públicas que deram continuidade a seus estudos e especializações nestas mesmas universidades, tornando-se profissionais concursados das mesmas, sendo eles mesmos

[140] Souza (2007) pretendeu compreender as singularidades da prática de médicos oncologistas, focalizando a formação, o tipo de *cuidado* ofertado aos pacientes, a inserção dos médicos no mercado público e privado e a relação entre eles. Categorizou as entrevistas sobre os projetos médicos oncológicos em 4 tipos: médico cuidador; médico empreendedor; médico especialista; médico servidor público. Suas análises se assemelham em muitos aspectos trazidos pelo atual estudo em reprodução humana e deverão ser acessadas pontualmente ao longo do capítulo.

responsáveis, em um momento posterior, pelas mudanças, conquistas ou permanências nas organizações institucionais.

O Setor de Reprodução Humana do IG/UFRJ é particularmente marcado pelas ações de duas médicas, ambas dedicadas ao estudo da Ginecologia, em especial da reprodução humana. O atendimento à *infertilidade* remonta o ano de 1942, quando foi criado o Consultório de Esterilidade no IG. A história teve início com o trabalho de uma médica pioneira, Clarice Amaral Ferreira, que realizava consultas de esterilidade "itinerantes", carregando os prontuários das pacientes nos bolsos do jaleco para não perder as oportunidades que surgiam pelo hospital. Anos mais tarde, foi estabelecido um local específico de atendimento à esterilidade no Ambulatório Geral, sendo incorporado, em 1974, o Setor de *Esterilidade* à Divisão de Reprodução Humana do Instituto de Ginecologia[141].

A continuidade do setor dependeu do trabalho direto de uma aluna da professora Clarice, que posteriormente dedicou seus 35 anos de serviço público ao atendimento à *infertilidade* no local. A médica iniciou seu percurso profissional no Instituto como aluna de graduação em medicina pela UFRJ, cursando seu internato, residência médica e mestrado no IG/UFRJ. Foi convidada pela própria professora Clarice a dar continuidade ao, na época, Setor de Esterilidade, permanecendo como voluntária por quatro anos, até ser contratada como médica pela Fundação José Bonifácio. Após a conclusão do doutorado, também pela UFRJ, foi aprovada em concurso público, tornando-se médica do IG/UFRJ. Assumiu a chefia do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia no biênio 2005-2006; foi vice-diretora do IG/UFRJ e responsável pela Divisão de Ensino e Pesquisa e pelo Setor de Reprodução Humana até dezembro de 2011, quando se aposentou.

Atualmente, o setor é denominado *Setor de Reprodução Humana: Profa. Clarice Amaral Ferreira,* em homenagem à sua fundadora, reinaugurado em março de 2008 com novas instalações e espaço para um laboratório de sêmen, que começou a funcionar apenas em 2010[142]. Em dezembro de 2011, com a aposentadoria da "antiga aluna" médica responsável, outro médico do IG/UFRJ assumiu o setor a partir de 2012.

---

[141] (Ferreira et al, 1974 *apud* Costa, 2008)
[142] Alfano (2009)

A trajetória profissional deste médico também se mistura à história do IG. Apesar de ter se graduado pela Universidade Federal Fluminense/UFF, deu prosseguimento à sua formação na UFRJ, realizando residência médica, mestrado e doutorado no IG, onde permaneceu como profissional voluntário de 1989 a 2007, quando entrou por concurso público nos quadros permanentes da Universidade.

A história do diretor do IG/UFRJ não é tão diferente das apresentadas acima: apesar de ter feito graduação em outro Estado e residência médica em Ginecologia pelo antigo INAMPS, no Hospital de Bonsucesso, defendeu seu mestrado e doutorado em Ginecologia no IG/UFRJ, apresentando-se em concurso público para a UFRJ em 1994.

> Na verdade, entrei aqui como aluno; fiz mestrado, doutorado, e em 1994 fiz concurso para professor. Durante todo esse tempo trabalhei como professor, dei aula, operei, assinei, aprendi. Há 3 anos e meio atrás, me candidatei como diretor. Não tinha ambição de ser diretor, mas sou da geração de 80 que entrou aqui... só tinha eu, outro professor que se aposentou, e outra médica que se aposentou também. Então, vai ficando mais velho, mais experiente e tal, e chega uma coisa que você não consegue fugir de assumir determinadas responsabilidades. Eu sempre tive um amor muito grande por isso aqui. Sem ser piegas, mas a vida toda, embora eu tenha estudado fora, eu viva fora em congressos, etc, meu mundo é isso aqui. Eu achava que tomar conta dessa casa aqui era tomar conta da minha própria casa. E eu me surpreendi, com esse negócio da gestão, porque não achei que eu pudesse ter algum pendor para isso. Talvez, quando você está metido no atoleiro, você se vira ou morre afogado. (E1 IG)

A semelhança com a citação inicial de Sheila Souza talvez tenha se dado pelo fato de a Ginecologia, assim como a Oncologia, ser uma prática médica altamente especializada, cuja formação esteve concentrada tradicionalmente em alguns centros de estudo e de pesquisa, como era o caso do IG/UFRJ[143]. O médico responsável pelo setor de *infertilidade* do HUPE também fez residência médica e mestrado no IG/UFRJ. No entanto, voltou para a UERJ, universidade pela qual se graduou médico, para fazer seu doutorado, sendo professor concursado nesta Universidade desde 1997.

Chamou a atenção o vínculo estabelecido entre os profissionais entrevistados e os serviços nos quais trabalham ou trabalharam, se formaram, aprenderam na prática (IG/UFRJ e HUPE/UERJ). Daí surgiria, então, o compromisso maior com as instituições.

[143] Atualmente, o IG não oferece mais mestrado ou doutorado em Ginecologia.

Estes vínculos serviram de motivação para que os profissionais permanecessem nestas instituições, mesmo diante de problemas burocráticos e/ou de limitações comuns aos serviços públicos de saúde: orçamentários, de infra-estrutura, deficiências na equipe, etc. Talvez possamos atribuir, também a estes vínculos, um certo *status* institucional, que um trabalho em uma Universidade pública pode conferir. Mesmo perdendo certo prestígio acadêmico, a UFRJ e a UERJ ainda se mantêm como centros de excelência no ensino da Ginecologia, conferindo *status* ao profissional que, além da clínica privada em RA, mantém o cargo de professor em uma universidade pública.

Ainda sobre inserção institucional, motivações e contingências são apresentadas pelos entrevistados que vão se ligar às ações empreendidas na organização dos serviços pesquisados, motivações variadas que não se excluem, mas que podem camuflar umas às outras; algumas verbalizadas pelos próprios participantes, claramente identificadas na tese, e outras subliminares, não ditas, quase intocadas para que sejam mantidas as boas relações de convivência.

4.1.1 Motivações acadêmicas

> Eu posso dizer que os meus anos todinhos que dediquei à universidade, sempre tive como objetivo isso. A 1ª vez que a gente pensou em fazer a fertilização foi fazer no Moncorvo. Nunca pensei de fazer isso fora da universidade, eu queria fazer lá, desde o primeiro movimento. Aí, quando eu vi que lá não tava dando, eu disse: "quem sabe se a gente fizesse isso fora?". Porque não é possível, você trabalha numa universidade, quer trabalhar com ponta, né, quer crescer profissionalmente, quer buscar coisas. Eu nunca pensei que fosse fazer uma coisa dessa privada. (E10 IG)

Esta é uma motivação comum a muitos profissionais que atuam no setor público-universitário, qual seja, o de receber investimento para estudos e pesquisas, atrelado a um crescimento profissional por trabalharem com conhecimento e tecnologias "de ponta". Mas, conforme já abordado no primeiro capítulo, no Brasil, esta é uma realidade cada vez mais rara nas universidades públicas brasileiras. No entanto, não é raro encontrar servidores universitários trazendo, em suas histórias de vida, de ensino, este ideal acadêmico bem estabelecido: "*O objetivo é tentar*

voltar à ideia anterior de chegar na fertilização na ponta, porque aqui é universidade, né. Está correndo tudo fora da universidade, e aqui nada, né." (E10 IG)

No caso desta entrevistada, a motivação acadêmica apresenta-se latente em seu projeto médico profissional. Dos profissionais entrevistados, a médica é uma das duas pessoas que atualizaram o *Currículo Lattes*[144] recentemente, em 03/2014 (os demais que possuem dados na plataforma atualizaram em 10/2013, 02/2013, 01/2013, 11/2012, 08/2012, 03/2012, 06/2007), com grande número de publicações e participações em congressos, em dissertações de mestrado e teses de doutorado. Mas poderíamos dizer que a motivação acadêmica ficou mais evidente nas ações descritas pela médica para a organização do Setor de Reprodução Humana do IG/UFRJ.

> A filosofia (do IG/UFRJ) era assim: o importante era a cirurgia, o câncer; reprodução era um negócio à parte. Só que esse negócio à parte (risos) eu consegui mover, porque tinha produção científica, teses, um monte de coisas. E a Capes já estava questionando o curso (de pós-graduação em Ginecologia), e eu era coordenadora de pós-graduação. Então, eu vislumbrei que ali era um caminho que, se aquilo entrasse (um projeto enviado à Capes para estruturação do Setor de RH), o que entrava junto de produção científica com certeza seria uma sustentabilidade para este curso que não ia bem. Tanto que a Capes deu a verba e quatro bolsas para os alunos que estavam entrando naquele ano. Foram os últimos que entraram, e todos acabaram, defenderam tudo certinho. Mas depois a Capes cortou o curso. Não tem mais mestrado nem doutorado em Ginecologia. O pessoal da Ginecologia faz na Clínica Médica, junto da Cirurgia. Esse processo é muito mais amplo do que isso... as áreas clínicas, tiraram todas elas, porque não tinham pesquisa junto à área básica. Mas a reprodução dava esta ponte. Eu apresentei esse projeto e eles (Capes) viram que isso era real. Aquilo ali ia expandir, porque você podia ter gente da biologia, gente da não sei o que, da área básica... Mas aí secou tudo, acabou tudo. (E10 IG)

Um dos caminhos percorridos pela médica para a organização do serviço foi ampliar sua importância acadêmica, buscando investimentos que permitissem pesquisas básicas em *infertilidade*, com a possibilidade de reformas estruturais e compras de equipamentos. Conseguira, entre 1998 e 1999, a aprovação de um projeto enviado à Capes, para a montagem de um centro de reprodução assistida no

[144] Vale ressaltar que compartilhamos da crítica de Loyola (2008) em relação à imposição, pelas agências de fomento (Capes e CNPq), de uma lógica predominantemente economicista e quantitativista de produção de conhecimento, aplicada na concessão de recursos para pesquisas. Acreditamos que esta lógica interfere não apenas na produção deste conhecimento, como também na sua circulação. Assim, o *CV Lattes* pode não representar fidedignamente o que vem sendo realizado pelos pesquisadores brasileiros, mas hoje tornou-se um padrão nacional no registro da vida acadêmica dos estudantes e pesquisadores do país.

IG/UFRJ. Mas por problemas burocráticos com a universidade, precisou cancelar o projeto e traçar novos caminhos e alternativas para a organização desta atenção em RA pelo SUS no IG/UFRJ.

Esteve ausente da instituição por 3 ou 4 anos, por períodos de licença prêmio, quando passou a investir mais fortemente no setor privado de reprodução assistida. Em meados de 2003, quando estava prestes a pedir demissão do cargo público, ocupando todo o seu tempo na sua clínica particular, a nova direção do IG/UFRJ pediu que ela permanecesse como *staff,* retomando o setor de reprodução humana. Durante sua ausência, o setor funcionou apenas com o empenho de dois alunos de residência. Vale ressaltar que o problema de *staff* e organização de equipe permanente é notório e comum a ambos os setores observados, nas duas Universidades.

> Eu ia pedir demissão. (...) Aí fui lá no setor ver quem estava lá, conversei com os dois que estavam lá: "eu estava de licença, estou pensando se volto ou não, queria conversar com vocês como estão fazendo aqui, o que acham, o que estão fazendo." (...) "Se eu voltar para cá, tá tudo bem para vocês? O que acham? Porque se eu voltar, a gente vai ter que reordenar, então não quero simplesmente dizer que vou voltar. Vou ter que combinar alguma coisa com vocês". Eles: "Não, é bom se você voltar, é legal, que vai ter uma norma, a gente vai ter uma experiência". (...) Daí voltei para o ambulatório, direitinho (...) O diagnóstico era assim: eram as mesmas pacientes, eles estavam completamente limitados, não conseguiam fazer nada, estavam dando volta no mesmo lugar com o mesmo número de pacientes. Falei: "a ideia é: vamos organizar. O objetivo é tentar voltar à ideia anterior de chegar na fertilização na ponta, porque aqui é universidade, né. Está correndo tudo fora da universidade, e aqui nada, né. O diretor falou: "Dou o apoio que você precisar. Dinheiro não tem, mas a gente vê o que é possível fazer. E não tem gente também para trabalhar com vocês"
> P: Faz milagre. (risos de ambas)
> E: É, faz milagre, que é o que todas essas universidades, a maioria do pessoal faz; varia a coisa, mas é assim. (E10 IG)

Mais uma vez, o compromisso institucional falou mais alto, já que: "*eu gosto, né, na verdade eu gosto dessa coisa*", da universidade, da educação, da possibilidade de se fazer pesquisas, sem falar na assistência pública à *infertilidade* e em suas ações para a "reorganização do setor", às quais sempre valorizou e retomou assim que reassumiu o trabalho. A tríade ensino, pesquisa e extensão no ambiente assistencial do setor de reprodução humana seria uma das formas possíveis de se garantir, na prática, o direito reprodutivo dos usuários. Por isso, a médica defendia a inclusão de alunos de graduação e de pós-graduação no

questionamento crítico da necessidade do atendimento na área de reprodução humana na rede pública, envolvendo-os nas discussões sobre a premência de padronização de determinadas rotinas e do estabelecimento de redes de referência e contra-referência em reprodução. A primeira ação da médica ao retornar ao setor foi, não por acaso, programar um grupo de estudos, denominado “toda sexta-feira”, quando dois artigos científicos deveriam ser apresentados e debatidos pelos alunos. O grupo precisou, em pouco tempo, deixar o ambulatório e passar a ser realizado em um auditório do IG.

Precisava-se do comprometimento da direção do Instituto, do aval para poder reorganizar o serviço, mesmo “sem dinheiro” disponível, ou mesmo “sem equipe”. Segundo a médica, fazer “milagres” é o dia-a-dia; o que não queria era “perder tempo”, entendido aqui como ações que poderiam trazer melhorias para o setor, mas que fossem impedidas de serem colocadas em prática.

No empenho de montar uma equipe para o setor de RH, a médica propôs outras ações educativas, como: 1) Orientar doutorandos do Departamento de Cirurgia que dedicassem algum tempo para o ambulatório; 2) Estimular a participação dos residentes, com discussão de casos clínicos; 3) Organizar o curso de “Atualização em Reprodução Humana”; 4) Organizar o curso de extensão “Treinamento Profissional em Reprodução Humana” (2 alunos por ano, carga horária de 360h); 5) Oficializar o trabalho voluntário existente no setor; 6) Convidar profissionais de outros setores do IG para integrar a equipe multidisciplinar; 7) Reforçar relações interinstitucionais; 8) Estabelecer rotinas para pesquisadores interessados, de fora da instituição; 9) Organizar, junto a outros profissionais, um Grupo de Acolhimento para novos usuários; 10) Publicar artigos científicos sobre o trabalho no setor; 11) Divulgar estágio em laboratório de sêmem entre alunos de biomedicina; 12) Organizar residência profissional; 13) Tentar oferecer mestrado profissional no IG. Existia a preocupação de se resgatar o papel do ensino, já que o Instituto tinha sido o berço da Ginecologia como especialidade no país. “*A universidade busca excelência e nós somos a universidade, somos a UFRJ*”. De fato, com a criação do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), houve um esvaziamento do IG/UFRJ, que se tornou a menor unidade médica da

Universidade, sendo a residência em Ginecologia realizada na Maternidade Escola da UFRJ, em Laranjeiras

E busca-se também uma forma de sustentabilidade, conforme apontado pelo próprio diretor do IG em entrevista para esta tese: "*É como a questão do ensino, toda vez que a gente vai nas reuniões com o Estado e o Município fazer contratualizações, que a gente puxa a questão do ensino, que é o que a gente tem para vender, "ah, não, isso é depois". É assistência pura e simples*" (E1 IG).

A *motivação acadêmica* também foi citada pelo médico responsável do Ambulatório de Infertilidade do HUPE, de maneira mais discreta. Entre outros benefícios, montar um serviço de reprodução assistida pela UERJ seria importante para "*ampliar a publicação na literatura médica*" (sic). No Projeto do Núcleo de Planejamento Familiar e Reprodução Humana da UERJ (NPFRH-UERJ), o idealizador do projeto enfatiza que seu interesse não se restringe ao *"grande e evidente benefício social para a população de nosso estado, mas também visa o interesse científico deste serviço"* para a UERJ e para o Estado do Rio de Janeiro, permitindo que estudantes de pós-graduação e pesquisadores participem de projetos e pesquisas na área de Reprodução Humana (p.4).

No entanto, o aspecto educativo, no caso do HUPE, esteve mais vinculado à ação assistencial, sendo proposta a formação de grupo educativo em saúde com os usuários, cujos objetivos gerais seriam:

> - Esclarecer e orientar nossa população-alvo quanto à importância do planejamento familiar e do controle das doenças sexualmente transmissíveis.
> - Através de uma abordagem multidisciplinar, fornecer à nossa população-alvo os meios necessários para que exerça seu direito constitucional de planejamento familiar, bem como possibilitar um atendimento integral à saúde da mulher. (Projeto NPFRH, s/d, p.5)

4.1.2 Motivações assistenciais - direitos reprodutivos

A motivação assistencial, visando melhorias no atendimento aos usuários e no acesso às tecnologias reprodutivas como parte de um direito constitucional à saúde reprodutiva, esteve presente em todas as entrevistas realizadas, o que já foi

apontado no Capítulo 3. Para o responsável pelo setor do HUPE, este aspecto foi o principal argumento defendido:

> Eu acho que a nossa população tem direito a ser tratada decentemente, não tem que fingir que vai ser tratada e ser tratada pela metade. A paciente do serviço público tem que ter as mesmas condições de tratamento que a de um serviço particular. É lógico que no serviço particular tudo é mais ágil. Se tem que fazer uma cirurgia pelo particular ou pelo plano de saúde, faz no mês que vem; pelo SUS tem que esperar 2, 3, 4 meses para ter vaga, mas faz. Tem que operar um mioma, no médico particular você opera semana que vem; aqui no HUPE vai esperar 6 meses até conseguir vaga, mas vai fazer. Na RH não vai fazer nunca, não é esperar 2 ou 3 meses, 6 meses, 1 ou 2 ou 5 anos; você não tem nem chance. É isso o que mais me angustia, o que eu acho a maior covardia. (E11 HUPE)

O Projeto do Núcleo de Planejamento Familiar e Reprodução Humana da UERJ foi elaborado pelo médico há mais de 10 anos, na tentativa de se conseguir apoio institucional do HUPE para a implantação da reprodução assistida no Departamento de Planejamento Familiar do hospital. Ele tem sido reformulado durante estes anos, de acordo com as negociações entre o médico e gestores de saúde. Sua última modificação foi realizada após conversa com o reitor da UERJ, em 2012.

> Há 2 anos conversei com o atual reitor da UERJ, ele acha interessantíssimo o meu projeto porque tem um alcance social muito grande, um alcance científico para a universidade, a gente pode publicar artigos de ponta, o HUPE estaria fazendo coisas de ponta. Com a dificuldade com a direção aqui do hospital, foi pensado em se montar o serviço lá na Policlínica Dr. Piquet Carneiro. O reitor me pediu que fizesse um novo projeto, mudando tudo, e eu fui no Piquet Carneiro, vi a área... só de planta de arquitetura eu já fiz 5, que já foram aprovadas na ANVISA, e nunca conseguiu sai do papel. O reitor da universidade diz que tem interesse mas também as coisas não andam. Volta e meia ele manda um recado: "não esquecemos, não; vamos ver isso", mas tem 2 anos. (...) Desde que ele assumiu, ele disse que tem interesse nesse projeto, ele parece ter interesse mas as coisas não andam. (E11 HUPE)

Adotando uma visão mais ampla de bem-estar físico, mental e social em Saúde Reprodutiva, o projeto defende a inclusão da investigação e do tratamento da infertilidade conjugal no serviço de planejamento familiar. O objetivo principal do projeto é "*a formação de um Núcleo Multidisciplinar de Planejamento Familiar e Reprodução Humana na UERJ, com a finalidade de proporcionar atendimento qualificado às pacientes que desejam e às que não desejam conceber, promovendo a Saúde Reprodutiva de nossos pacientes de uma forma realmente efetiva*" (p.2). O

projeto está fundamentado pelo direito à saúde reprodutiva e parte do princípio de que este direito não vem sendo garantido no Estado do Rio de Janeiro, principalmente nos casos de *infertilidade*.

Ainda com foco na assistência, o projeto também defende que a disponibilidade de técnicas de reprodução assistida no HUPE/UERJ poderia beneficiar "*outras áreas da Medicina, como complemento terapêutico para promover o bem estar físico e mental do cidadão"*, nas áreas de: 1) Oncologia, com o congelamento de óvulos, espermatozóides ou embriões; 2) Infectologia, na fertilidade de casais sorodiscordantes; 3) Genética, com o aconselhamento genético de doenças graves e/ou fatais; 4) Direitos homoafetivos, permitindo a reprodução biológica de casais do mesmo sexo (Projeto NPFRH, s/d, p.4).

A partir do que foi apresentado acima, percebe-se que as motivações, sejam elas acadêmicas, assistenciais ou outras, complementam-se e embasam as ações encontradas nos dois serviços pesquisados. Várias semelhanças puderam ser observadas nos percursos dos profissionais dos dois serviços universitários: ambos os profissionais elaboraram muitos projetos, apresentaram estes projetos aos gestores de suas instituições de saúde, de suas instituições acadêmicas, a parceiros da área privada, aos responsáveis pela gestão pública da saúde, e "colocaram a mão na massa" para conseguir doações de equipamentos, possibilidades de reformas e estruturação/manutenção dos ambulatórios. Pode-se dizer que ambos os serviços dependeram dos esforços diretos destes profissionais, prioritariamente, para funcionarem.

Existem também diferenças marcantes nestes percursos: no caso do IG, destacou-se o papel do ensino e do envolvimento de outros profissionais do serviço para a formação de uma equipe multidisciplinar e possibilidades de continuidade futura, além de articulações com setores privados de RA; no caso do HUPE, destacaram-se as articulações com políticos, na tentativa de se conseguir verba para a estruturação da alta complexidade em RA.

> Do ponto de vista político(...) eu mesmo servi, durante muito tempo, de instrumento para alguns políticos se promoverem, mas eu me deixava usar não por ser burro, mas porque eu acreditava que, com isso, eu iria comprometer essas pessoas. Mas, infelizmente, político não se compromete com nada, é cara de pau. Tem um deputado que é médico, deputado Estadual(...) muito próximo a mim, vivia me pedindo voto. Marcava comigo e

> não fazia. Na última eleição, quando ele me ligou, falei: "olha, vou ser sincero, estou muito decepcionado com você. Você é médico, sabe desse meu projeto, vive me pedindo voto e depois some". "Pode deixar, a eleição vai ser em outubro e na 1ª semana de novembro vou contigo a Brasília, tenho bom contato com o Ministro da Saúde, vamos ver se a gente consegue essa verba direto do MS". Acabou a eleição, comecei a ligar para ele e ele nem me atendia, não me retornava, nada. A última vez que me ligou dei um esporro por telefone e, de lá para cá, nunca mais falei com ele. Cansei de ser usado. Estou com político "por aqui", conversa fiada, papo de enrolão, trambiqueiro. (E11 HUPE)

Foram inúmeros exemplos dados pelo médico de tentativas de articulações políticas, seja com governadores, secretários de saúde, vereadores e/ou candidatos a vereador ou deputado. No entanto, pelo relato acima, percebe-se a frustração e até certa raiva do médico diante de algumas "promessas" feitas por "parceiros" políticos não cumpridas. No trabalho de campo, foi notória a mudança de ânimo demonstrado pelo médico na primeira entrevista, realizada no final de 2012, para a última, no início de 2014. Mas o relato acima aponta para um aspecto da saúde pública bastante delicado: o medo, ou a própria constatação, de muitas vezes o serviço público de saúde virar "moeda de troca", seja para se "garantir sua governabilidade" [145], seja para se avançar na estruturação de serviços como o de RA pelo SUS.

4.2. Reprodução assistida e saúde pública: delicadas relações

Para efetivar a atenção em RA pelo SUS, o fundamental é que haja investimento financeiro direto. A partir deste investimento, seria possível montar os centros de alta complexidade em reprodução, ampliando-se a infraestrutura, comprando-se equipamentos e materiais de consumo, medicamentos, pagando-se o pessoal, além de se garantir uma verba fixa destinada à manutenção dos setores em funcionamento.

[145] Segundo Paim e Teixeira (2007) , não há como negar que o serviço público de saúde tem sido usado como "moeda de troca" no país. Este é um dos aspectos analisado pelo autor sobre o "SUS Real", denominação usada por ele para apontar a existência de conchavos políticos, indicações para cargos de comissão e de confiança no SUS, o uso da saúde como moeda de troca entre partidos e entre governantes.

> A promessa seria ir para o Piquet Carneiro e, através da reitoria, conseguir o dinheiro ou pela Secretaria de Saúde, ou ... Geralmente, o que me propõem é tentar verba na FAPERJ, de projetos, o que é complicado porque para fazer um serviço de RH bem feito, hoje você precisaria de uma verba de, pelo menos, R$1.500.000,00. Geralmente, estes projetos dão R$200 a 300 mil reais. Então, eu não quero pegar 5 ou 6 projetos diferentes, porque todos estes projetos de verba, a gente tem que prestar contas, e se eu pegar vários, vou ficar louco só prestando conta disso. Tem que ser uma coisa mais objetiva, tem que ter interesse político. Na verdade, precisaria a Secretaria da Saúde ou de Ciência e Tecnologia dar uma verba destinada para isso. Eles constróem, fazem o que quiser, do jeito que quiser, e eu fico responsável por administrar a parte clínica funcional, assistencial e a parte docente; não tenho interesse em mexer em dinheiro. Quando você tem projetos específicos da FAPERJ, você pega esses projetos para determinada pesquisa que, quando acabou a pesquisa, acabou o projeto. Só que no nosso caso seria uma coisa a longo prazo, não adianta montar o serviço e não ter uma verba de manutenção, porque com meio de cultura, cateter, tudo, gasta-se em média R$4.000,00 por paciente. Então, seria importante ter isso. (E11 HUPE)

> E: Para a montagem do centro, geralmente, essas agências de fomento, às vezes, até têm dinheiro para montar um biotério, aí tem uma verba lá, mas especificamente para essa coisa (RA) já foi encaminhado para a FAPERJ, já teve projeto de pesquisa pequeno. Por exemplo, fazer uma cartilha, coisa pequena. Um investimento para montar um laboratório de Fiv, fizemos um levantamento há uns 3 anos atrás, ficava em torno de R$450.000,00. Isso do material, sem falar da estrutura física, com todas as exigências da ANVISA. (E1 IG)

No âmbito governamental, no Rio de Janeiro, pelo menos nestes dois serviços pesquisados, houve apenas "promessas" de investimento. Sob a perspectiva dos profissionais entrevistados para esta tese, o "interesse político" do qual sentem falta para a efetivação da atenção em RA pelo SUS estaria atrelado à possibilidade de os serviços representarem, para os governantes, algum tipo de "*moeda de troca*".

> *Moeda de troca* dentro de uma conotação política; sempre tem um "toma lá, dá cá" para se montar um serviço, com custos extremamente grandes, altos. Isso é uma coisa que não me cabe. Eu acho que tem que ser montado dentro de uma vontade política de saúde pública, importante para o tema da infertilidade, e para o problema que nós temos no país. (E2 IG)

> Os contatos que eu tinha que fazer eu já fiz, junto ao Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, políticos... Já perdi a conta de quantos políticos que me levaram... Muitos deles se aproveitaram até politicamente. Tinha uma época que todo dia algum político me ligava para eu atender fulano de tal, beltrano de tal, e eu cansei. Agora, quando algum assessor de político me liga, eu dou resposta mal criada e digo que se ele quer ajuda, que ele consiga os recursos necessários para o atendimento aqui. Porque estou cansado do meu ambulatório ser coisa de maluco, vinha gente do Rio de Janeiro inteiro, chegava de Van lá do interior, vinha paciente de infertilidade sem estar marcado e eu atendia todo mundo. Virava um funil, porque eu cheguei a ter 700 pacientes prontas para fazer

> FIV, cento e poucas pacientes prontas para fazer inseminação, e não tinha como fazer. (E11 HUPE)

No âmbito do setor privado, alguns acordos e parcerias têm garantido alguma possibilidade de estruturação e organização dos serviços públicos em questão. Não deixam de ser relações delicadas, pois existem situações que podem aumentar a vulnerabilidade social dos usuários do SUS (como citado no caso de ovodoação), de pacientes que não têm recursos para o acesso completo à RA no setor privado. Segundo Cohn (2010), os dois subsistemas de saúde – público e privado – estariam apenas formalmente independentes entre si. Para a autora, ao invés de um sistema de saúde dual, é via SUS que o subsistema privado viabiliza, em grande parte, direta ou indiretamente, a reprodução de capital por meio de lógicas e mecanismos ainda a serem desvendados na sua intimidade (p.272-273). Em lugar de dicotomizá-los:

> 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 supere 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.195-196)

Mas o que se observou em uma suposta articulação público-privado nos serviços de saúde pesquisados, para que se avançasse na estruturação do acesso à reprodução humana no SUS, vai em outra direção. Em troca da realização de um curso de indução de ovulação ministrado por profissionais do IG, com vagas a serem oferecidas como agrados a médicos, as indústrias farmacêuticas deveriam conseguir, além do *coffee break*, alguns equipamentos permanentes para o setor de reprodução assistida do IG. No entanto, na inviabilidade de serem comprados equipamentos novos, aparelhos usados foram aceitos pelo setor. Por mais que estes equipamentos estejam em boas condições, que sejam seminovos, são equipamentos de "segunda mão", não mais aceitos nos serviços privados, disponibilizados ao serviço público por indústrias que lucram demasiadamente com a

venda de medicamentos de reprodução assistida. Não é pouco o que recebem nas inúmeras parcerias que estabelecem com serviços públicos (e privados) de infertilidade.

É comum a procura das indústrias farmacêuticas por médicos especialistas e serviços de saúde que possam ampliar, a partir da prescrição médica e de contatos profissionais, a divulgação e a promoção de determinados medicamentos. E foi a partir desta relação com as indústrias farmacêuticas que se conseguiu, para o setor do IG, equipamentos e descontos em medicamentos.

No IG, há uma parceria com o laboratório Merk Serono, fabricante de uma das medicações da área, em conjunto com a rede de drogaria Venâncio. As pacientes do setor de RH do IG recebem descontos exclusivos (de 50%) na compra de medicamentos, mediante o receituário timbrado do setor, carimbado pelo responsável, com a apresentação do cartão e do número de registro no IG/UFRJ. Em entrevista, o atual médico responsável pelo setor lembra que o ideal é que houvesse o fornecimento dos medicamentos pelo governo do Estado, responsável pela dispersão de medicamentos especiais, via Ministério da Saúde, mas a parceria é uma forma de relacionamento e de acesso aos medicamentos. No HUPE, conforme já apontado, os pacientes realizam espermograma em um laboratório privado a preço de custo.

A relação público-privado se estendeu às clínicas particulares dos médicos entrevistados, já que os profissionais dos serviços públicos recebiam treinamento em reprodução assistida nos centros privados dos próprios responsáveis pelos ambulatórios pesquisados. Por exemplo, a ex-bióloga do IG, que nunca tinha trabalhado em um laboratório de sêmen, teve aulas teóricas e práticas na clínica particular da médica especialista. O médico responsável pelo setor de RH do HUPE assinou uma parceria da sua clínica particular com a universidade (UERJ) para treinar os residentes do hospital:

> Eu usei a minha clínica para complementar a residência médica. Os R4 estagiam na minha clínica, com minha supervisão. A clínica não ganha absolutamente nada para isso. Nós fechamos uma parceria também para treinar... se fosse montar um serviço de RH aqui, a gente iria treinar todo mundo do laboratório na minha clínica. (...) Hoje, realmente, eu tenho a maior boa vontade. Aqui dentro do nosso Serviço de Ginecologia tem várias pessoas que trabalham comigo na minha clínica, então o mais difícil, que é o pessoal treinado, eu já tenho. (...) Eu ofereço tudo o que eu posso para que

> isso saia, só não posso dar 1milhão e meio do meu bolso para montar o serviço. (E11 HUPE)

Em geral, os entrevistados defenderam a existência dessa relação público-privado do sistema de saúde. O uso dos planos de saúde, quando existentes, era indicado e defendido como forma de se avançar mais rapidamente nos diagnósticos de infertilidade dos usuários dos serviços pesquisados. A própria cobrança de alguma taxa para o atendimento no SUS foi vislumbrada como forma de gerenciamento dos serviços públicos:

> Em Goiás, a paciente paga a medicação, paga uma taxa de não sei o que lá... é SUS e paga, a universidade conseguiu fazer isso. E agora conseguiram uma verba grande, de pesquisa, e fizeram uma baita reforma e ampliação. É atendimento SUS. Já tem FIV, vão ampliar. Quer dizer, a paciente paga não sei o que... Porque aqui o pessoal diz: "ah, SUS não pode pagar nada". A gente queria botar uma taxinha para manter o meio de cultura. O pessoal disse: "não pode de jeito nenhum, o paciente não pode pagar uma vírgula aqui". Em Belo Horizonte, tem coisa que a prefeitura paga; mas tem coisa que a paciente paga. Em Brasília não paga nada. No Pérola Byington não paga nada. No Rio Grande do Sul paga alguma coisa também. Quer dizer, o SUS também tem outros caminhos de gerenciamento, porque senão não consegue. O que eu vejo no SUS é que cada um (gestor) consegue montar um desenho, e esse desenho funciona. Ser zero de custo, zero de pagamento, é difícil. (...) Quer dizer, então tem jeito, tem caminhos. Eu acho que alguma coisa vai andar nesse caminho aí para chegar (RA no SUS). (E10 IG)

No entanto, também foram exemplificadas situações nas quais este *mix* público-privado poderia ultrapassar limites éticos, consideradas por alguns entrevistados como "relações de promiscuidade". Nestes casos, os profissionais fizeram questão de não se posicionarem, ou melhor, de não se mostrarem categoricamente contrários às ações em questão[146].

> Nada impede de uma mulher milionária se consultar aqui, mas é absolutamente impeditivo uma mulher pobre se consultar em uma clínica de RH. Então, essa relação pode existir de forma promíscua. Pode-se levar uma paciente do serviço público, que é uma boa respondedora, para a clínica privada, e fazer aquela operação toda (ovodoação). Essa relação promíscua pode existir. (E1 IG)

> Pode-se contratar uma assessoria, fazer marketing pessoal, que também mostre uma parte pública nisso. A imprensa, se você não pagar, ela não vai botar o nome de um grupo privado. Quando se paga ou se quer pagar, eles fazem, mas o contraponto é assim: "o que o público está tendo?". Então,

[146] A não ser quando usavam o recurso da ironia para demonstrar certo desacordo.

> pode-se aliar o público com o privado (em tom de crítica). Mostra-se uma face pública: “tão boazinha aqui, tão boazinha lá”. (E10 IG)
>
> Na medida em que o serviço (de RA) vai ficando mais barato, vai se tornando público, a clínica privada (...) acaba tendo algum (benefício). Vai ter uma meia dúzia que vai se beneficiar, que vai ser aquele cara que é “amigo do rei daquele momento”, do deputado, do secretário de saúde que vai comprar o serviço dele. Daqui a 3 ou 4 anos muda e vai ser outra. E aí é uma bagunça, porque o servico público no Brasil é assim: começa a aumentar a demanda, aí não dá conta, e vai ter que terceirizar isso. Para quem? Para a clínica privada. E aí começa a promiscuidade da situação. (E3 IG)

Além da “informalidade” da constituição destas “redes” público-privadas, fortemente dependentes de atores locais específicos, e não seguindo uma política que nem sequer é formulada e muito menos implementada e, ademais, independentemente da maior ou menor aceitação ética de certas decisões, não se pode dizer tampouco que estes arranjos constituam um caminho para uma solução sustentável para o acesso à RA no serviço público.

4.3. Botando a “mão na massa”

Para expor os meandros da implementação de ações assistenciais e de ensino, do ponto de vista dos profissionais responsáveis, trazemos neste capítulo diversos casos que evidenciam as principais barreiras, dificuldades, e claro, as alternativas que os sujeitos envolvidos neste estudo encontraram para superá-las, mesmo que em parte ou temporariamente. As motivações já foram levantadas, agora nos falta conhecer ações que contribuiram para a organização dos serviços.

4.3.1 Equipe multidisciplinar e *staff*

Formar uma equipe multidisciplinar não é nada fácil em um serviço no qual cada profissional tem sua função, atua em ambulatórios diferentes, em horários que

não coincidem. A dificuldade aumenta quando não se tem, no quadro permanente de profissionais, *staff* suficiente para o atendimento à demanda do serviço. No caso do IG, por exemplo, conforme apontado, o interesse da antiga médica responsável, ao tentar organizar o setor de RH, estava na discussão acadêmica, mas também em motivar alunos e profissionais para que formassem uma equipe de atendimento no setor. Uma das formas foi propiciar debates que ultrapassavam os limites da reprodução humana, mobilizando também profissionais de outras áreas da instituição. Outra foi orientar academicamente uma doutoranda, cujo trabalho de campo seria no IG e em outro hospital público do Rio de Janeiro, trazendo para o serviço uma médica que contribuiu na supervisão dos atendimentos do setor.

A todos os interessados em conhecer o serviço, em pesquisar sobre infertilidade, aos estagiários e voluntários que procuravam o setor de reprodução humana, a responsável oferecia contrapropostas. Por exemplo, aos médicos permitia a permanência no setor em troca de frequência e participação no atendimento do serviço, com sua supervisão: "*Foi então que os residentes começaram a aparecer*" (sic). Oficializou a participação de todos, criando certificados no Setor de Ensino, a partir da elaboração de cursos junto à Universidade: Curso de "Atualização em Reprodução Humana", no qual o aluno permanecia por 4 semanas no setor; Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu*, destinado a ginecologistas, que consistia no treinamento teórico-prático em propedêutica básica da infertilidade e protocolos de indução ovulatória[147], com a permanência destes profissionais por seis meses no setor. "*Eu fui criando coisas, sempre tinha 1 ou 2 pessoas desse curso também. (...) Quer dizer, a função da escola estava funcionando e a função do ambulatório também, porque eu consegui montar uma equipe."* (E10 IG)

Integrou profissionais de outros setores do IG, seja por convite direto, como no caso da médica responsável pelo ambulatório geral, seja pela movimentação do setor que começava a dispertar curiosidades, como no caso da psicóloga concursada do IG/UFRJ, que até hoje faz parte da equipe multidisciplinar da reprodução humana.

> Falei: "como é que vamos resolver a situação de gente que está aqui e que não é contratada?". Fui no Setor de Recursos Humanos e lá existe um termo

[147] (Costa *et all*, 2010)

> que a pessoa assina, e que pode ter um certificado de que ela trabalha lá voluntariamente, mas que não tem vínculo e nem pode solicitar da universidade nenhum vínculo. Então a psicóloga (voluntária) assinou o tal do negócio. Daí você vai juntando... (E10 IG)

A preocupação era montar uma equipe que, de alguma forma, permanecesse no serviço, apesar da rotatividade dos profissionais dos cursos. E fazer com que todas as ações tivessem o respaldo da instituição: "*porque tinha que ter a coisa certa para depois não ter problema"* (sic).

> A (bióloga) era doutoranda de uma amiga da Fiocruz; foi lá (no IG) para fazer as entrevistas e ficou, porque ela é professora da UFRJ, da Educação Física, mas é bióloga. Então, quando começou a fazer aquele negócio, eu falei: "poxa, a gente está querendo montar isso aqui (RA); se você ficasse aqui seria ótimo". Daí ela disse: "fico". A ideia era a gente conseguir que parte da carga horária dela ficasse lá. Então também já era bom, porque era uma bióloga da UFRJ, para formar e para fazer (IIU). Que daí já ficaria depois, né. Quer dizer, a coisa foi tchum, tchum, tchum. (E10 IG)

No relato acima, o "t*chum, tchum, tchum*" é apresentado com certa fluidez. No entanto, dependeu, diretamente, do empenho da então responsável, que articulava, dentro e fora do IG e da Universidade, diferentes setores assistenciais e de ensino, buscando atender às necessidades do setor de reprodução humana, objetivando oferecer baixa e alta complexidade em RA.

Algumas barreiras estão representadas pela queixa de outros setores, reclamando a ausência de alguns alunos (internos e residentes) que, ao invés de anteciparem o horário de atendimento dos ambulatórios, assistiam às discussões acadêmicas do setor de reprodução. Mas estas barreiras não impediram a formação de uma equipe.

> (...) Na verdade eu envolvi todo mundo naquela história. A gente começou a fazer uns trabalhinhos (acadêmicos), entravam os nomes das pessoas que estavam trabalhando nisso. (...) Na verdade, o diretor estava me deixando à vontade. O que eu dizia "vamos fazer assim", se não fosse para gastar dinheiro, ele dizia OK. E até para alguma coisa que precisasse, ele dava alguma coisa que nos ajudava. (...) E eu já estava preocupada, porque às vezes eu tinha parto, tinha viagem, e quando eu viajava, parava tudo; quer dizer, não parava porque as pessoas que já estavam ali já estavam tocando direitinho, mas não tinha um *staff*. (E10 IG)

Ao mesmo tempo em que podemos identificar uma descrição das ações feita, quase exclusivamente, na primeira pessoa do singular - "eu comecei", "eu fui", "eu

criei", "eu falei", "eu refiz", "eu deixei" - , também conseguimos perceber a construção de uma rede de diálogos, a implicação dos alunos e demais profissionais na organização e gestão do ambulatório, demonstrando haver preocupação com a continuidade do serviço. A intenção era contar com o auxílio de uma equipe multidisciplinar formada por médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, biólogos e educadores, e que nesta equipe existissem profissionais concursados, servidores da UFRJ – *staff* da instituição – para se garantir o melhor funcionamento e a continuidade do serviço. Esta continuidade estava, para a médica, diretamente relacionada à educação, ao papel de formação profissional que o hospital-escola deve exercer, ao envolvimento de outros profissionais e alunos do IG.

4.3.2 A dimensão do cuidado

Nas observações de alguns atendimentos e reuniões de equipe, durante o trabalho de campo no setor do IG/UFRJ, assim como em algumas entrevistas com outros profissionais do Instituto, um aspecto se mostrou diferencial: a incorporação da dimensão do cuidado, tanto nas ações de assistência quanto nas de ensino.

Puderam ser percebidos, em muitos momentos da atenção aos usuários, nas discussões de caso clínico e supervisões aos internos e residentes, pressupostos de trabalho baseados em uma perspectiva de cuidado integral, incluindo questões de gênero, prática integradora de ensino, construção compartilhada do conhecimento[148]. Supõe-se que o cuidado deva ir além do "pronto atendimento", oferecendo relações de proximidade e de preocupação com o outro, espaços para emoções, intersubjetividades e uma rede de diálogos (Pasche, 2009; Luz, 2009).

Esta rede de diálogos era constantemente estimulada pela médica responsável, que uniu toda a equipe do setor (as assistentes sociais e a psióloga do IG, os alunos do grupo de estudos, a bióloga, a outra médica e o ultrassonografista

[148] Estas observações foram intercaladas a momentos nos quais discursos normativos de gênero e de reprodução social também estiveram presentes, nas relações médico-pacientes, internos/residentes – pacientes, ou mesmo professor-aluno. A discussão deste tipo de interação foi feita no meu trabalho de mestrado (Alfano, 2009).

do *staff*) para reformular a ficha de entrada do ambulatório (a mesma desde os anos 1970).

A psicóloga do hospital, integrante da equipe multidisciplinar do setor de RH, passou a trabalhar, nas aulas do internato, a relação médico-paciente com os alunos. Seu objetivo era instrumentalizá-los também para lidar com a relação médico-paciente, para compreenderem um pouco mais a demanda de RA, com um atendimento mais humanizado e integral, fazendo-os conhecer quais emoções permeiam a mulher e o casal que quer engravidar. Em entrevista para a tese, a psicóloga observou que uma das dificuldades que os alunos apresentavam era com suas próprias vivências e valores com relação à reprodução. Era muito comum não entenderem como mulheres que já tinham filhos, com ligadura de trompas, poderiam "*ocupar o lugar de uma mulher que nunca teve filho*" (sic)[149]

Para os usuários de "primeira vez", aqueles que ainda iriam ter a primeira consulta clínica no setor, foi criado um Grupo de Acolhimento, a partir de um projeto que previa a participação de alunos do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) e do Programa Institucional de Bolsas de Extensão (PIBEX).

> Tinha esta parte do acolhimento, que tinha um viés mais educativo, que unia as pessoas do hospital, diversos profissionais porque o acolhimento é multidisciplinar. (E5 IG)

> A gente pegava com a técnica de enfermagem, que fazia marcação de consulta, quem eram as próximas mulheres com consulta de 1ª vez dali 15 dias. Ela ligava para estas mulheres e marcava um encontro para este *Grupo de Acolhimento*. Então vinham 15 casais... não, a gente não chegou a ter isso tudo, mas vinha, sei lá, 6 ou 7 casais que teriam ainda consulta pra frente. (...) Tinha um material informativo-educativo, explicava o que era infertilidade, quais são os recursos para se tratar infertilidade e quais os recursos que o IG tem para oferecer, para a investigação e o tratamento da infertilidade. Depois, a gente abria para os casais falarem um pouco de si e esclarecerem dúvidas. Depois, a gente passava para uma avaliação especializada em cada área profissional. A gente tinha uma ficha (...) O objetivo era que a gente pudesse já transmitir, para a equipe médica, algumas informações relevantes sobre a história desse casal que, muitas vezes, nessa consulta médica não tinha tempo. (E4 IG)

Este Grupo de Acolhimento tinha o objetivo de receber, acolher, informar e politizar os novos usuários do setor do IG sobre *infertilidade*, possibilidades de tratamento e direitos reprodutivos. Também era um espaço para ouvir as

[149] Sobre práticas normativas e relação médico-paciente no IG, ver: Alfano (2009).

expectativas, desejos, medos e frustrações dos usuários. "*Esta proposta de escuta e diálogo poderia reforçar o acolhimento como uma importante diretriz operacional da integralidade no SUS, considerando o usuário como sujeito a ser atendido e respeitado em suas demandas e necessidades (Gomes e Pinheiro, 2005)*" (Alfano, 2009, p.90).

4.3.3 "Jeitinho brasileiro"

> Tem médico voluntário, o que não é bom, porque ele não pode assumir uma responsabilidade. Ele é voluntário porque está com alguém que é responsável. Se tiver um problema com o médico voluntário, como é que fica? Como fica o hospital que permitiu isso? Contratado não é; quem vai defender esse médico? É um problema ser voluntário. Ser estagiário, ser *trainee* é uma coisa, mas ser voluntário é outra. A gente vai, faz vista grossa porque quer que as coisas funcionem, né. Mas é o jeito brasileiro de ser. (E1 IG)

Diante dos inúmeros exemplos encontrados, no campo e nas entrevistas, de ações caracterizadas pelo improviso, criatividade e o uso de relações pessoais para a solução de problemas, resolveu-se adotar a categoria "jeitinho brasileiro" como uma das principais formas de organização dos setores pesquisados. Nesta tese, esta categoria não carrega, necessariamente, uma conotação negativa, comumente atrelada a formas de violação de regras e normas para obtenção de certos privilégios pessoais.

Os "jeitos" dados para se fazer funcionar os setores pesquisados, como o voluntariado, as doações, a ocupação de espaços ociosos da instituição, a elaboração de cursos e estágios para ampliar a equipe de atendimento, algumas reciprocidades com os setores privados, os improvisos foram soluções não ideais ou previsíveis, por vezes não se adequando a algum protocolo pré-estabelecido de funcionamento, que acabaram sendo regulamentadas de alguma maneira. Em geral, a pessoalização/personalização das relações trouxe avanços para a estruturação dos serviços, melhorias para as relações entre os profissionais e atendimento mais humanizado aos usuários.

Mesmo sabendo da inexistência de recursos financeiros para o setor, com "jeitinho" e sensibilidade a antiga médica do IG passou a fazer política internamente. Tendo um bom relacionamento pessoal com a direção na época, garantiu não apenas a liberdade para ocupar espaços ociosos no Instituto, como também o apoio para pequenas reformas. Conseguiu uma sala para o atendimento voluntário de psicologia, passou a fazer ultrassonografia no setor, reformou um local inutilizado para ser o laboratório de sêmen, outro para a sala de coleta de sêmen, reformou todo o ambulatório colocando divisórias novas, cadeiras doadas pela Fiocruz, sala de inseminação com ar condicionado e o teto refeito, entre tantas outras conquistas.

> O diretor falou: "Tá, eu apoio. Dá para limpar a sala, para pintar e fazer essa obrazinha. Tem que pintar a parede de branco que tem tinta branca, quebra não sei o que, faz assim, tal, isso eu consigo, mas mobiliário não consigo, e material ou outro que tenha que comprar, depende." (...)
>
> Quando foi para fazer a inauguração, que já estava tudo prontinho, aquilo estava tão bonitinho, tão limpinho, todo verdinho, uma gracinha. (...) Porque aquilo ali era um lixo, tinha teto que o reboco tinha caído, tinha divisórias arrebentadas; estava uma coisa horrorosa. A sala onde é o laboratório era depósito de lixo. Quando eu entrei lá, falei: "Caramba. Vocês fizeram mágica aqui dentro". Eles riam, o pessoal da obra. Eles são muito bons, mesmo. Aí pensei: "O que o Carneiro vai falar quando vir que a gente usou madeira, usou tinta verde? Ele pode ir em cima do pessoal, eu tenho que livrar os caras aqui". (...)
>
> Quando o diretor entrou, ficou que nem eu... Mas eu via aquilo todo dia. "Nossa! Mas onde você conseguiu isso? E isso? E as cadeiras? Mas as mesinhas vão ficar essas?" "É, essas a gente não teve jeito". Ele falou: "ah, não, eu vou dar um jeito". Aí ele comprou umas coisas de mobiliário: "ah, não, tá muito bonitinho, vamos dar uma ordenada." (E10 IG)

O relato acima demonstra todo um "jeitinho especial" para se conseguir melhorias para o setor, um jeito meigo, carismático, respeitoso, que elogia, que envolve, que protege, ao mesmo tempo em que busca instalar infraestrutura adequada, ou mais adequada no setor. Desde relações cordiais com o diretor do Instituto até a proximidade com os profissionais da reforma, do almoxarifado, facilitaram a "quebra" de algumas regras e o avanço nas mudanças estruturais e materiais do setor. E assim a parede branca virou verde.

Entrevistar esta profissional foi como assistir a um filme, cujo fim já conhecíamos, mas não a "versão do diretor". E por falar em diretor, se o discurso inicial era dar apenas apoio, no final a direção do IG também daria "um jeito" de conseguir o que faltava para o setor. Comprou meios de cultura e isso se repetia toda vez que sobrava algum recurso no Instituto. Sem verba fixa para o setor, outros

“jeitinhos” eram dados para se conseguir os móveis e os materiais de laboratório. Em geral, a própria médica comprava meio de cultura, com recursos próprios ou de sua clínica privada, e doava para o IG; a bióloga doou os banquinhos; o ar condicionado foi conseguido com amigos que iriam comprar outro mais novo; doações eram pedidas para pacientes da clínica privada; o computador foi doação de uma pesquisadora da UERJ, usado para o banco de dados do setor; e assim por diante. Hoje, o material de laboratório é providenciado pelo próprio IG.

O “jeitinho” também foi bastante eficiente para se conseguir outras doações para o serviço, comum também ao setor de reprodução humana no HUPE. É o pessoal em favor do coletivo, relações pessoais conseguindo doações para se estruturar um serviço público, doações que não dependem, necessariamente, de reciprocidades diretas, de “trocas” imediatas, barganhas, mas que dependem, sim, de certa coragem.

> Para você ter ideia, um professor que faleceu, da Gama Filho, e ele tinha uma clínica pequena de RA aqui na Tijuca. Eu não conhecia a família dele, mas conhecia alguém que conhecia. Marquei um jantar e fui conversar com o filho dele e pedi que ele doasse os equipamentos para nós. O filho doou micromanipulador, microscópio invertido, lupa, que são para fazer Fiv e que custam mais de 500mil reais. Eles foram doados há 4 anos e estão estragando em um banheiro aqui do serviço de ginecologia. Porque, quando eu consegui a doação desses equipamentos que eram mais caros, eu achei que ia resolver o problema, que eu conseguiria sensibilizar o diretor do hospital a conseguir uma verba para montar o laboratório. Hoje, a ANVISA faz várias exigências e esse laboratório tem que ser acoplado a uma sala de cirurgia. Então eu tentei, já que estava tendo uma obra no centro cirúrgico, conseguir uma sala para montar este laboratório, já que o mais caro, que eram os equipamentos, eu tinha. E estão virando sucata; já tem mais de 4 anos e eu nada consegui. (E11 HUPE)

> Precisávamos de 40 cadeiras; não tinha de onde tirar. O pessoal dava até uma arrumadinha em algumas lá, mas não tinha jeito. Falei com uma amiga da Fiocruz: “você não pode ajudar em alguma coisa?” E ela: “Tem uma possibilidade. O que é patrimônio vai para o almoxarifado e, de lá, dão um jeito; ou doam, ou vendem. Um setor aqui fez um troca-troca e deve ter ido muita cadeira para lá. Procura o fulano de tal”. Fui lá no outro dia, um galpãozão... Você não acredita! Tinham deixado no tempo, tinha chovido... inacreditável. Dá vontade de chorar. Mas tinha cadeira de tudo quanto é cor, cadeira simples. “Eu quero todas elas”, e escolhi mais algumas quebradas: “isso aí o povo lá (do IG) conserta”. Saía como doação da Fiocruz. (E10 IG)

O relacionamento pessoal dos profissionais sensibilizavam não apenas aqueles que estavam mais próximos, que tinham contato direto com os serviços, mas também pessoas que não teriam nenhum retorno com as doações feitas, como

no caso dos equipamentos de alta tecnologia para o HUPE. A mobilização no IG, por exemplo, se expandiu para a direção, para outras instituições (Fiocruz e UERJ) e para o pessoal que estava "dando um jeito" na reforma do setor. Talvez a médica estivesse certa: "*(...) Os caras se interessavam, porque eles estavam vendo que aquilo ali estava mexendo*" (sic). Sem transporte da UFRJ para buscar as cadeiras, o mestre de obras do IG se prontificou a ir com um amigo na Fiocruz; o Instituto precisou apenas pagar o combustível.

Makuch (2012), em sua avaliação realizada em outras instituições de saúde pública no Brasil, sobre o acesso e a assistência a casais com infertilidade, também encontrou este "jeitinho" de solucionar alguns problemas, além da dependência do empenho pessoal de seus gestores para a realização dos serviços:

> *E aí os pacientes correm aonde eles podem, né? E às vezes eu fico, eu ajudo, dou dinheiro, eu fico com 'muita' dó (...).*
> (...) Em seguida a entrevistada continua, referindo-se a algum exame que não possa ser realizado no HRAS[150] e que tenha que recorrer aos serviços privados: *(...) eu ligo e falo: 'pelo amor de Deus diminui o preço, vê o que você pode fazer ai pra mim' (...) E como eu... Eles são muito meus amigos, eles dão um jeitinho*. (Makuch, 2012b, p.12)

O empenho pessoal dos profissionais dos serviços pesquisados poderia ser traduzido em "colocar a mão na massa", literalmente. O médico do HUPE relatou não apenas como conseguiu a doação dos equipamentos para RA, mas também como os trouxe até o hospital, precisando mobilizar a reitoria da UERJ para conseguir um caminhão emprestado e amigos que pudessem carregar o peso dos equipamentos.

> Foram 5 homens para carregar, coisa pesada, num sábado. O caminhão enguiçou na Praça Sans Pena, fui com o meu carro no Morro da Mangueira buscar um mecânico que quebra-galho para a UERJ. Cheguei em casa à noite (...) e mesmo assim não consegui sensibilizar. Eu não sou uma pessoa que só peço ou escrevo, eu também faço. Se houvesse interesse político, tanto da direção do hospital quanto da secretaria de saúde, isso teria saído, porque eu fiz muito mais do que estaria ao meu alcance. (E11 HUPE)

Relatos como este se repetiram entre os entrevistados, como por exemplo a limpeza da geladeira do laboratório de sêmen do IG, feita pela própria bióloga e seus estagiários, para se garantir o uso apenas de água e sabão, resguardando-se a

[150] Hospital Regional da Asa Sul - Brasília

segurança e o material comprado com tanto esforço; ou então as visitas quase diárias da antiga médica do IG à obra do setor de reprodução humana, entre tantos outros.

No entanto, por vezes, os "jeitos" e as doações dependiam de trocas, negociações, mesmo quando envolviam relações intersetoriais, como no caso do microscópio para o laboratório de sêmen do IG. Enquanto a médica responsável estava de licença, um microscópio novo, com máquina acoplada, tinha sido recebido pelo IG, proveniente de um dos tantos projetos enviados às agências de fomento. O aparelho estava no setor de patologia do hospital e, segundo a médica entrevistada, sem muito uso. Tentou resgatar o equipamento: *" 'Ah, libera este microscópio para mim?' 'Mas eu preciso dele porque a gente usa isso aqui, de vez em quando, quando precisa não sei o que'. Estava lá, com um pano em cima, num canto. Aí ele falou: 'Só se você arrumar outro no lugar que tenha isso, assim, assim'* " (sic). A troca do microscópio foi realizada apenas após a médica ter conseguido a doação de um outro equipamento:

> Quando a gente botou o nome da professora Clarice no setor, ela estava muito velhinha. Foi super bacana, ela ficou muito contente. Foi uma coisa com ela ainda em vida. (...) A gente foi visitá-la e, na inauguração, a gente mostrou o setor; estavam finalizando as coisas no laboratório, só faltavam algumas coisas. Aí eu: "Professora, a senhora ainda vai no seu consultório?" "Não, inclusive tenho um microscópio que estou tentando vender". Não se consegue mais vender microscópio; eu sei porque a gente tem um aqui também (na clínica privada); as pessoas querem os mais modernos. Aí falei: "professora, a senhora não consegue vender?" "Não, eu já desisti, está lá em casa num canto." "E que tal a senhora doar para o setor que tem o seu nome, pra ele fazer parte do laboratório aqui?" (risos), no dia da inauguração. Aí ela virou e falou: "pô, mas você não é fácil... tá bom, eu dôo sim, com muito prazer". (risos) A gente foi buscar, já apresentei pro cara e já peguei o outro e "pum", a gente já fez a troca. Quer dizer, ficamos com um baita microscópio, que aquele dá até para fertilização. (E10 IG)

Outro exemplo de "jeitinho intersetorial" foi o caso de um residente do Hospital do Fundão, também da UFRJ, que desejava permanecer no IG após "rodar" pelo setor de reprodução humana. A médica responsável pelo setor fez uma troca com a chefe da residência do Fundão:

> "O residente que quiser fazer reprodução, a gente faz uma troca. Por exemplo, seu residente (nome) quer ficar aqui. Eu posso receber seu residente aqui 2 vezes na semana, fixo, durante 6 meses, e eu mando daqui alguém que queira fazer alguma coisa aí, e faz fixo também. Você controla aí e a gente controla por aqui. OK?" "OK". (E10 IG)

Ainda, outros “jeitinhos” nem sempre se adequam totalmente às normas estabelecidas para o funcionamento de um serviço de saúde, situação comum a muitos serviços públicos sem infraestrutura adequada, sem pessoal e sem material suficientes para um atendimento integral à população. São situações que podem, inclusive, conferir certo risco aos profissionais de saúde, que tentam ajustar os serviços às normas exigidas, dentro das limitações institucionais.

> Em termos de normas, precisariamos ter outras coisas além dos equipamentos que têm (no laboratório), por exemplo, a câmara para evitar contaminação. A gente até brincava, porque para se trabalhar com sêmen tem que ser de forma estéril, e alguém disse “só se for histérico”.
> (...) O ar condicionado tinha que ficar a 16 graus, morria todo mundo congelado lá dentro. E botou o pé no laboratório, tem que usar luva. E coisas simples, como o descarte de material. Conseguimos aquela caixa de descarte de material contaminado, mas eu dizia sempre assim: “Olha, acabou a técnica, mas não descarta assim, bota um pouco de álcool/formol e bota aí dentro”. Era tudo ali, a gente quase não tinha lixo comum. Isso era uma coisa muito complicada, que eu tinha que ficar atenta, porque quem descartava isso era o hospital. (E5 IG)

São acompanhamentos de ovulação realizados por ginecologistas não ultrassonografistas, profissionais voluntários para compor uma equipe de saúde pública, limitações de adequação às normas de funcionamento, barreiras burocráticas e administrativas dos hospitais impedindo assistir aos usuários nos finais de semana, entre outras tantas dificuldades. Os profissionais tentam se adequar às condições existentes para uma assistência de melhor qualidade, limitando as possibilidades de *tratamento*, de encaminhamentos, ao mesmo tempo em que propõem ações de mobilização individual e, por vezes, coletiva, para a expansão e implementação da atenção em *infertilidade* nos serviços público-universitários de saúde.

4.3.4 Encaminhamentos “quebra-galhos”

Por ora, os profissionais dos serviços pesquisados ainda se deparam com encaminhamentos “quebra-galhos”, dados aos usuários que necessitam de alta

complexidade gratuita em reprodução humana no Rio de Janeiro. “Quebra-galho” foi um termo usado por um dos médicos entrevistados, visto que a porta de entrada do serviço público mais referenciado aos usuários do Rio de Janeiro, o Hospital Pérola Byington, além de estar localizado em outro município - São Paulo -, tem sua porta de entrada fechada desde 2011.

> As pacientes que têm que fazer RA, qual caminho elas têm? 1) Ir para SP, para o Hospital Pérola Byington, que a fila de espera é de 5 anos. 2) Os outros serviços que ela paga o remédio, fora do RJ. 3) Há, no Rio de Janeiro, na cidade de Campos, um serviço que é de uma faculdade particular, que fez um convênio do município, e fazem 5 ou 10 Fivs por mês, acho, pagas pelo município. 4) Outra alternativa, eu tenho indicado a Faculdade do ABC de SP, que é particular, mas montaram uma fundação sem fins lucrativos. Uma Fiv lá, com medicação e tudo, sai por 5.000,00, enquanto normalmente sai por 18.000,00. 5) E o último caso, quando as mulheres são jovens, até 35 anos, mas de preferência menos de 32, elas podem se inscrever nos serviços particulares de Fiv como doadoras voluntárias. Aí elas fazem o tratamento gastando apenas os remédios, mas isso só para as mais jovens. Em todas as clínicas de RA particulares do RJ, elas têm o “programa de ovodoação compartilhada”: a mulher mais jovens doa parte dos seus óvulos para uma mulher mais velha, que paga o tratamento dela. Mas mesmo assim esta paciente tem um custo de uns 4 a 5 mil reais de medicação. Então, hoje este é o caminho que a gente tem, tudo *quebra-galho*. Agora, as mulheres que têm mais de 32 anos, principalmente as de mais de 35 anos, não têm caminho. Muitas delas não têm condição de trabalhar e se tratar em SP, muito menos ficar 5 anos na fila de espera. É algo extretamente angustiante. (E11 HUPE)

Em todas as “alternativas” de encaminhamento sugeridas acima, as pacientes têm que bancar seus próprios medicamentos, ou ter estrutura familiar e financeira para viajar até outras cidades, outros Estados, e se manter lá durante o tratamento, quando isto é conseguido. Isso sem falar da exposição a vulnerabilidades já discutidas dos programas de acesso e/ou de “ovodoação compartilhada”.

Em entrevista com o Serviço Social do IG, foi informado que, anteriormente, eram realizados encaminhamentos de RA ao Hospital Pérola Byington, com agendamento telefônico auxiliado pelas assistentes sociais do IG, e ajuda de custo do Programa Tratamento Fora de Domicílio/TFD, da Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento – Centro de Informação em Saúde. Este auxílio, de R$300,00, quase não cobria nem mesmo os gastos das passagens interestaduais de ida e volta das pacientes. Em 2006, o programa TFD foi temporariamente suspenso por suspeita de corrupção interna. Desde então, para aumentar a pressão, o Serviço Social do IG passou a encaminhar os casos de FIV diretamente para a Secretaria

Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, com orientação das usuárias nos Grupos de Politização e Informação, reuniões realizadas entre estas pacientes encaminhadas para Fiv e o Serviço Social do IG.

Atualmente, segundo entrevista com o médico responsável pelo serviço do IG, "*não tem para onde encaminhar*"(sic). O único lugar que poderiam encaminhar é para SP, para o serviço público do Pérola Byington, um encaminhamento que deverá aguardar a abertura de vagas para novos usuários. Quando possível, há a oferta de cirurgias de recanalização tubária, em geral em pacientes que ligaram as trompas. No entanto, esta alternativa depende das condições das trompas e, mais uma vez, de certo "jeitinho": "*É feita não com uma técnica perfeita, de microscopia e videolaparoscopia, porque temos algumas deficiências, mas é oferecida como a gente pode, aqui mesmo no hospital; eu mesmo faço*. (E2 IG)

5. REDE DE REFERÊNCIA EM ASSISTÊNCIA REPRODUTIVA NO RJ

Foi objetivo da presente pesquisa conhecer, além das ações individuais apresentadas até aqui, também mobilizações que pudessem ser consideradas coletivas e institucionais para a implementação da Atenção em Reprodução Assistida pelo SUS no Rio de Janeiro. Entendemos por "institucionais" ações que envolvam diversos sujeitos em prol de um mesmo objetivo, um objetivo coletivo, sem ser adotada uma visão dicotômica de individual e coletivo.

Segundo L'Abbate (2003, p.268 *apud* Escóssia, 2009, p.689), nas ciências sociais, o coletivo teria algumas conotações como: *"coletivo/conjunto de indivíduos; coletivo/interação entre elementos; coletivo como conjunto de efeitos ou consequências da vida social; coletivo transformado em social como campo específico e estruturado de práticas".*

> Seguindo os referenciais da Humanização/PNH, a grupalidade é uma experiência que não se reduz a um conjunto de indivíduos, tampouco pode ser tomada como uma unidade ou identidade imutável. É um coletivo ou uma multiplicidade de termos (usuários, trabalhadores, gestores, familiares etc.) em agenciamento e transformação, compondo uma rede de conexão na qual o processo de produção de saúde e de subjetividade se realize. (Barros et al, 2011, p.4805)

No campo da Saúde Coletiva, há consenso quanto à necessidade de se criar e se garantir, institucionalmente, espaços de grupalidade, de coletividade, adotando-se os conceitos acima referidos para o coletivo. Defende-se, a partir de princípios e diretrizes de diversas políticas e programas do SUS, a troca de experiências e saberes entre profissionais, o trabalho em equipe, a inclusão e compartilhamento entre gestores, trabalhadores, usuários e familiares na gestão da Saúde Pública do país. "O que fazer" deve estar em sintonia com o "como fazer" e, assim, para se construir políticas públicas, é necessário que as forças do coletivo, dos movimentos sociais e das práticas de saúde cotidianas dos serviços públicos estejam em conexão (Benevides e Passos, 2005).

Buscando indícios da existência dessa "conexão de forças", de alguma ação coletiva, interinstitucional, foi questionado aos entrevistados desta tese se conheciam mobilizações para o acesso gratuito à RA nos serviços públicos do Rio

de Janeiro. As respostas foram unânimes: Não, não para articulações coletivas entre profissionais de saúde, entre usuários do serviço público, entre as sociedades médicas da área, ou mesmo no SUS.

Em geral, esta ausência de mobilizações coletivas foi justificada pelo isolamento dos poucos serviços públicos de reprodução assistida, e pelo caráter privado da maioria das clínicas de RA, que não teria interesse de a RA se tornar pública. As sociedades médicas representariam interesses individuais de seus associados, e não de uma coletividade. Um dos entrevistados destacou que a única movimentação do SUS seria o encaminhamento da infertilidade feita pelos postos de saúde do município para a baixa complexidade no IG:

> A única movimentação que eu vejo no SUS é essa. Mas para se criar uma tabela, para se ajudar, colocar dinheiro, trazer equipamento, não vejo nenhuma movimentação nisso. (...) E parte dele não só o direcionamento das pacientes, mas também o suporte que o sistema de saúde dá, que é o suporte financeiro, na verdade, com o credenciamento do serviço, com pagamento dos procedimentos feitos naquele serviço, pagamento da RA, da baixa complexidade, da alta complexidade, dos procedimentos de laboratório, dos espermogramas, das capacitações (de espermatozóide), tudo isso deveria estar dentro da tabela do SUS, para o SUS repassar a verba aos serviços que fazem este tipo de procedimento. (E2 IG)

Justificativas relacionadas a certa visão neomalthusiana do direito reprodutivo também puderam ser encontradas:

> É difícil uma mobilização. Uma mobilização do que? "Queremos montar um serviço onde as mulheres têm que ter filhos". "Mas já está nascendo muita gente, olha aqui a estatística. É isso e aquilo." Eu acho muito difícil fazer uma mobilização com argumento forte para mobilizar o governo. É diferente da vacina do HPV. Vai ter a vacina, transferência de tecnologia, a vacina vai ser mais barata, porque câncer dá em gente; gente adoece e morre. Duramente falando, se você viver a sua vida inteira e não tiver filho, você pode viver amargurada, deprimida, mas não morre por causa disso. Diferente do câncer, que houve pressão da sociedade, das entidades médicas e a vacina está aí. (E5 IG)

Também foi citada a ideia de que as próprias experiências individuais de infertilidade é que deveriam buscar, nos órgãos responsáveis e/ou na justiça, o direito ao acesso à RA, ideia que representa o crescimento da *judicialização da saúde*[151]no Brasil.

[151] Em 2011, participei do Seminário *Desafios da Judicialização do Direito à Saúde,* organizado pelo Fórum Nacional de Saúde, do Conselho Nacional de Justiça. É um debate recente e crescente no

> As sociedades não fazem organizações nesse sentido. Não sei nem se a Sociedade tem interesse que isso se torne público. (...) A Sociedade vai entrar para que, ela é privada, ela vai se meter nisso? O médico? Não tem tempo de tomar conta da própria clínica, vou tomar da dos outros? Quem precisa e não está tendo acesso é que tem que ir pra rua. Essa é nua e cruamente a verdade. (E3 IG)

Atualmente, segundo alguns entrevistados, existiriam apenas mobilizações isoladas e individualizadas, mesmo quando presentes em instituições de saúde, dependendo diretamente da força política dessas pessoas, além da sensibilização para a temática dos novos técnicos de saúde, à época das mudanças governamentais.

> A coisa é que a política muda, né. Quer dizer, às vezes você sensibilizava um núcleo dentro da Secretaria aqui no Estado do Rio de Janeiro. Aí era um ano eleitoral, parava tudo. Aí entrou um outro grupo; roda todo mundo. Então, tem pessoas técnicas que ficavam, e que essas pessoas diziam: "não, mas isso é importante". Então, a coisa anda mas não anda, anda mas não anda. (E10 IG)

No entanto, mesmo negando o conhecimento de mobilizações institucionais e/ou coletivas atuais, a maioria dos entrevistados fez referência a algumas reuniões, organizadas pelo Departamento de Serviço Social do IG, em 2006, que representaram uma tentativa de mobilização interinstitucional para a implantação de uma Rede de Referência em Assistência Reprodutiva no Rio de Janeiro.

> A gente ficou tentando fazer uma rede no Estado, juntar os pólos. Era o IG, o Pedro Ernesto, o Bonsucesso, e o Antônio Pedro, que eram núcleos que a gente sabia que tinham ambulatórios de infertilidade. Nem que a gente agilizasse uma troca entre nós, até que tivesse um cartãozinho único, porque se elas (pacientes) ficassem rodando entre um setor e outro, elas iriam sem culpa, né, sem dizer: "ah, tô aqui, tô ali". Ela levaria o cartãozinho e, se chegasse lá no Moncorvo, a gente dizia: "ah, daqui segue, já tem isso daqui". Porque, senão, a paciente tende a omitir isso (que vai de um lugar para o outro) e recomeça tudo (exames), e onera todo mundo de ficar fazendo os mesmos exames. (E10 IG)

---

país, sobre a chamada judicialização da saúde, entendida como "*uma questão ampla e diversa de reclame de bens e direitos nas cortes: são insumos, instalações, medicamentos, assistência em saúde, entre outras demandas a serem protegidas pelo princípio do direito à saúde"* (Diniz et al, 2014, p.592). A judicialização relaciona-se à frequente dificuldade de se efetivar o direito universal e equitativo à saúde. Sobre este debate, ver: Asensi (2010); Diniz et al (2014), Ventura et al (2010), entre outros.

Em entrevista com as assistentes sociais, enquanto ambas ainda faziam parte do *staff* do IG, pude compreender melhor sobre estas reuniões, cujo objetivo era, de fato, unir esforços para a estruturação de uma rede integrada em assistência reprodutiva no Estado. Estava diante de um exemplo de "mobilização institucional", "coletiva". Foi, então, realizada uma pesquisa documental sobre esta tentativa de Rede, justamente para se conhecer quem esteve envolvido, como e quais ações teriam sido propostas e efetivadas.

5.1. A pesquisa documental

A pesquisa contou com 38 documentos, totalizando 124 páginas, disponibilizados pelas assistentes sociais do IG para leitura e tabulação na sala do Serviço Social do Instituto. Todos estavam guardados em uma única pasta, organizados de acordo com a temática da "Reprodução Assistida". Quando ordenados cronologicamente, datavam de julho/2003 a dezembro/2008. Ao todo, foram:

- 5 Ofícios Internos (entre departamentos do IG ou da UFRJ);
- 8 Ofícios Externos Enviados (pelo IG ou UFRJ a órgãos públicos de saúde);
- 3 Ofícios Externos Recebidos (pelo IG ou UFRJ de outras instituições);
- 4 Relatórios (internos do IG);
- 11 Pautas/Atas de Reuniões (internas ou interinstitucionais);
- 2 Abaixo Assinados/Manifestos;
- 2 Modelos de documentos de RA
- 2 Rascunhos (sobre a Portaria n.426/MS e de um artigo publicado em 2006);
- 1 Projeto de Pesquisa (da UERJ, com trabalho de campo no IG/UFRJ, sobre técnicas de reprodução assistida no Rio de Janeiro, de 2005).

Os documentos supracitados demonstraram o interesse do Serviço Social do IG/UFRJ não apenas em atender as demandas que chegavam ao hospital, mas também em solucioná-las, quando possível, ou encaminhá-las da melhor maneira, envolvendo demais instituições responsáveis pelas demandas, como outros setores do próprio IG, da Universidade, secretarias de saúde (municipal e estadual),

profissionais de saúde e os próprios usuários do Setor de Reprodução Humana do IG.

Dos 38 documentos analisados, 25 (66%) foram escritos/emitidos pelo Serviço Social, entre relatórios internos sobre dados do hospital; rascunhos sobre a Portaria n.426 de março de 2005 e a elaboração do Regimento do Complexo Hospitalar da UFRJ; ofícios à Direção do Instituto reiterando o interesse e a contribuição do departamento nos aspectos de gestão, avaliação e planejamento estratégicos do IG, ou ainda reiterando a disposição em contribuir nos debates e processos decisórios que afetam a saúde da mulher; ofícios externos solicitando recursos ou estabelecimento de contatos interinstitucionais para encaminhamentos feitos pelo departamento; além de atas de reuniões com usuários, com profissionais de saúde e com representantes das secretarias municipal e estadual de saúde.

Especificamente sobre a mobilização para implantação da Atenção em RA no SUS, no Rio de Janeiro, os documentos revelaram certa ordem de acontecimentos.

5.1.1 Encaminhamentos

Em princípio, as assistentes sociais do serviço, que desde 2004 encaminhavam a crescente demanda por alta complexidade em RA, tentaram auxiliar as usuárias solicitando, em fevereiro de 2005, recursos do Programa de Tratamento Fora de Domicílio/SUS junto à Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento/ Centro de Informação em Saúde. Como justificativa, lembraram que a demanda pelo serviço guardava especificidades, por ser constituída de mulheres de baixa renda, em geral trabalhadoras informais, com limitações a um tratamento a longo prazo em outro Estado (SP), e que necessitava sucessivos deslocamentos. Em um dos ofícios, foi anexada uma lista de 31 mulheres encaminhadas para o Hospital Pérola Byington, entre agosto de 2004 e fevereiro de 2005. Algumas usuárias conseguiram entrar no Programa, recebendo R$300,00/por viagem como auxílio para o Tratamento Fora de Domicílio.

O Serviço Social também mobilizou-se internamente, enviando à Direção do Instituto um ofício em 28/09/2005, reiterando a necessidade de revisão e otimização do encaminhamento da demanda do IG, enfatizando a necessidade de contato interinstitucional.

5.1.2 Credenciamento pelo SUS

Entre abril de 2005 e março de 2006, foram enviados ofícios institucionais cujo objetivo era a "*Exposição de Motivos para o Credenciamento do Setor de Reprodução Humana do IG como Serviço de Referência de Média e Alta Complexidade em Reprodução Humana Assistida*". Não por acaso, na pesquisa documental foi encontrado um rascunho feito à mão por uma das assistentes sociais, com anotações sobre a Portaria GM/MS nº 426 de 22 de março de 2005. Nesta época, instituiu-se a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida. E institucionalmente, o IG/UFRJ mobilizou-se, rapidamente, para ser credenciado como serviço de referência em RA no Rio de Janeiro. Esta mobilização envolveu: o Setor de Reprodução Humana do IG, o Serviço Social, a Direção do Instituto e o Decano do Centro de Ciências da Saúde da UFRJ.

O primeiro ofício enviado ao Ministro da Saúde/MS data de 04/04/2005, 12 dias após a Portaria ser publicada no Diário Oficial da União (Edição Número 56 de 23/03/2005). Outro ofício foi enviado ao Secretário de Atenção à Saúde/SAS/MS em 03/05/2005, que encaminhou o pedido ao Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/DAPE/SAS/MS. O terceiro ofício encontrado sobre esta tentativa de credenciamento data de 22/03/2006, destinado novamente ao Ministro da Saúde.

Os motivos expostos envolviam: o histórico do IG na formação e consolidação da Ginecologia no Rio de Janeiro e no Brasil; a importância do Instituto na rede assistencial do município, considerado um Hospital de Referência, com inúmeros atendimentos - "*24.746 consultas/ano*", além de ser um serviço universitário e de fácil acesso. Também foi citada a já iniciada "*revitalização do Setor de Reprodução Humana*" frente à infertilidade, considerada um problema de saúde pública. Foram

expostos dados do Setor de Reprodução Humana, demonstrando avanços na quantidade e na qualidade da assistência, sendo concluído que:

> O Setor de Reprodução Humana do Instituto de Ginecologia da UFRJ representa hoje a maior demanda da triagem da Unidade, é referência para o tratamento da infertilidade no Estado e, ainda assim, não dispõe de reprodução assistida gratuita de média e alta complexidade, sofrendo com limitações físicas (com planta de adequações já aprovada pelo escritório técnico da UFRJ) e instrumentais.
> A experiência até este momento demonstra a necessidade imperiosa de ampliação do setor de Reprodução Humana para procedimentos de média e alta complexidade e o credenciamento pelo SUS é fundamental para a otimização dos recursos científico-tecnológicos e humanos.
> Buscamos a conformidade da proposta de uma ciência que se volta para a qualidade de vida, vinculada a um compromisso com a cidadania, posto que se ocupa com a apropriação social do conhecimento científico. (p.6)

Em resposta a um ofício não encontrado entre os documentos pesquisados (ofício enviado em 17/04/2005 pelo Decano da UFRJ), a Coordenadora da Área Técnica da Saúde da Mulher, com o Diretor Substituto do DAPE/SAS de acordo, esclarece em 25/07/2005 (3 meses depois) que a Portaria n.426 teria sido suspensa para reavaliação, examinada também pela Comissão Intergestora Tripartite (SES/SMS/GF). "*Portanto, no momento atual do processo de discussão, ainda não foi definida a Portaria da SAS que estabelecerá os critérios para credenciamento/habilitação dos serviços de referência de Média e Alta Complexidade em reprodução humana assistida*". Conforme já sinalizado nesta tese, a Portaria GM n°426/2005 foi oficialmente revogada em 2009, mesmo o Ministério da Saúde reafirmando, na época, seu compromisso com a atenção em reprodução humana assistida pelo SUS. Após 9 anos, a Portaria ainda estaria em avaliação pelos órgãos competentes.

Não foi encontrado nenhum documento em resposta ao ofício enviado sobre o credenciamento do IG em 2006, mas vale lembrar que o Instituto não é credenciado pelo SUS no que diz respeito à Atenção em Reprodução Assistida.

5.1.3 Reunião com usuárias

Diante do crescimento de encaminhamentos pelo Serviço Social para alta complexidade em RA em SP, as assistentes sociais do IG resolveram, em 2006, propor ações coletivas junto aos usuários do Setor de Reprodução Humana. Nos dias 10, 11 e 12 de abril de 2006, realizaram reuniões com estes usuários, para reavaliar as demandas do setor e levantar as principais queixas e problemas, inclusive os institucionais, nos atendimentos do serviço e nos encaminhamentos para SP. Nas Atas das reuniões, com a presença total de 12 usuárias, foram destacados os seguintes problemas:

- Dificuldade financeira para o tratamento em SP;
- Dificuldade no contato telefônico dos serviços de SP e grande fila de espera;
- Falta de vínculo com o profissional de saúde, pela constante mudança de médicos no Setor, sem continuidade de atendimento;
- Falta de intersetorização no IG (demora para agendar consultas em outros setores do IG);
- Não entrega de laudo médico nas ultrassonografias e/ou nas consultas;
- Demora na definição do diagnóstico;
- Não solicitação da participação dos homens, principalmente quando o diagnóstico de infertilidade é feminino;
- Falta de orientação no processo de encaminhamento à SP;
- Falta de atendimento psicológico;
- Falta de equipe interdisciplinar;
- Falta de distribuição dos medicamentos;
- Dificuldades de acesso aos exames (demora no IG e não aceitação do receituário do IG por outras unidades do SUS);
- Falta de orientação sobre videolaparoscopia;
- Falta de conhecimento técnico dos funcionários, o que impossibilita acesso a informações assim que chegam ao serviço;
- Barreira psicológica com o limite de idade para acesso ao serviço;
- Dificuldade no transporte de esperma para a IIU fora do IG;
- Falta de informação sobre possibilidades de tratamento;

A partir destas reuniões e deste levantamento, houve mobilização do Serviço Social, interna e externamente, para que mudanças fossem alcançadas. Externamente, em 19/04/2006, foi enviado um ofício para a SES/ Coordenação do

Programa de Saúde da Mulher, constando a identificação dos problemas na rotina de encaminhamento de pacientes para SP e a reiteração da necessidade e urgência da implementação de programa público de atenção terciária em RA no Rio de Janeiro.

A rotina de encaminhamento para São Paulo era: o Setor de Reprodução Humana do IG encaminhava as usuárias para o Serviço Social, que informava local e horário de funcionamento dos serviços de SP, orientando sobre agendamento de consulta de primeira vez. Este agendamento, em geral, era feito por telefone pelas usuárias e, em muitas ocasiões, as próprias assistentes sociais auxiliavam nesta etapa do processo. De posse do comprovante do agendamento, a mulher retornava ao setor do IG para receber laudo médico e o encaminhamento do Serviço Social para o Programa TFD/SES.

Para os principais obstáculos desta rotina de encaminhamento, foram indicadas ações de integração institucional, envolvendo igualmente o IG, as Secretarias Municipal e Estadual de Saúde do Rio de Janeiro e de São Paulo e as Unidades de Saúde/SP, com um protocolo de atendimento que não responsabilizasse as mulheres pela marcação da primeira consulta. Destacaram, também, a importância de a SES fornecer a medicação.

Posteriormente, em outro ofício externo de 13/07/2006, agora para a SMS/ Gerência do Programa Saúde da Mulher, o Serviço Social esclareceu novamente as dificuldades dos encaminhamentos, que desde 2005 indicavam o Programa TFD às usuárias. Em 2006, este Programa fora suspenso temporariamente devido a acusações de improbidade administrativa, segundo entrevista com as assistentes sociais do Instituto, o que dificultou ainda mais o acesso ao tratamento das usuárias do IG.

Considerando a infertilidade um problema de saúde pública, relacionado a determinantes sócio-ambientais e aos limites da cobertura da rede básica de assistência à saúde da mulher, o Serviço Social, junto da Direção do IG, novamente propuseram neste ofício à SMS que o processo de encaminhamento para SP fosse estruturado a partir de uma referência institucional integrada. Ressaltaram que os encaminhamentos devem ser considerados uma alternativa paliativa, temporária, "*posto que o Estado e o Município do Rio de Janeiro devem responder pelas*

necessidades de saúde de sua população. É necessário e inadiável a implementação de programa público de atenção terciária em RA". Ao final, ainda insistiram em duas respostas da Secretaria: no curto prazo, atender à demanda imediata do IG; no longo prazo, oferecer serviço público de referência em RA no Município do Rio de Janeiro.

Em 18/08/2006, o Serviço Social e a Direção do IG reencaminharam o ofício acima para o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente (PAISMCA)/ Coordenação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, e para a SMS/Gerência do Programa Saúde da Mulher, com uma diferença: convidando os responsáveis para uma Reunião Ampliada sobre a "*Demanda de Atenção de Infertilização In Vitro no Rio de Janeiro*", realizada no IG em 20/09/2006. Eram reforçadas, então, ações de mobilização para uma Rede de Referência em Assistência Reprodutiva no Rio de Janeiro.

Em setembro de 2006, foi endereçado ao Conselho Municipal de Saúde do RJ e ao Ministério Público um Abaixo Assinado/Manifesto das usuárias do IG, explicitando as dificuldades relacionadas acima durante o tratamento e propostas de melhorias. Esta ação coletiva das usuárias, que resultou neste documento, foi auxiliada ou mesmo encabeçada pelas assistentes sociais do IG, que denominaram as reuniões com usuárias de Grupo de Politização e Informação sobre Direitos e Acessoria de Mobilização, segundo entrevista para esta tese. Não foi possível encontrar a resposta a esta reivindicação enviada ao Ministério Público.

Internamente, o Serviço Social também encaminhou ofícios ao Reitor da UFRJ e ao Diretor do IG. Em 02/10/2006, concluiu-se que: "*Seguindo as manifestações onde apresentamos as dificuldades encontradas no tratamento de reprodução humana assistida no Estado do Rio de Janeiro, embora o Instituto de Ginecologia tenha se esforçado para apresentar bom atendimento, este não se faz possível"* (sic). Foram apresentadas as questões relacionadas ao atendimento no Setor de Reprodução Humana do IG, com a seguinte, e importante, conclusão:

> "*Este fato não pode ser objeto apenas de discussão individual entre casais. É questão de saúde pública, merece atenção integral dos governantes e solução eficaz a atender nossas necessidades de saúde. Participamos o*

> *nosso problema a toda sociedade, esperando soluções emergenciais e satisfatórias, por ser questão de direito e lídima Justiça!*" (sic)

Com base no conceito de atenção integral em saúde, adotando-se a perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos, com empenho e, aparentemente, certo tom de revolta, o Serviço Social do IG começou a organizar reuniões interinstitucionais, tentando mobilizar diferentes setores e serviços, universitários e governamentais, para a criação de uma Rede Pública em Assistência Reprodutiva no Rio de Janeiro.

5.1.4 Reuniões interinstitucionais

A reunião prevista para o dia 20/09/2006 foi adiada para o mês seguinte. Convites para a nova data foram reenviados pelo Serviço Social do IG em ofícios para os gestores dos Programas de Saúde da Mulher do Município e do Estado do Rio de Janeiro, para os representantes dos Serviços de Reprodução Humana do HUPE/UERJ, do IG/UFRJ, do Hospital Universitário Antônio Pedro/UFF, do Hospital Geral do Andaraí/Hospital Federal, do Hospital Geral de Bonsucesso/HGB (Hospital Federal), além das representantes das usuárias do Setor de Reprodução Humana/IG, escolhidas em ocasião das reuniões com as usuárias.

Em 20/10/2006, estiveram presentes para a reunião os representantes dos cinco hospitais supracitados, a gestora do Programa Saúde da Mulher/SMS, além do Diretor, das assistentes sociais, de pesquisadores e de uma estagiária de Serviço Social do IG/UFRJ. Não houve representação da Secretaria Estadual de Saúde.

Na pauta, debateram o problema da baixa cobertura nos diferentes níveis de assistência em infertilidade, as dificuldades de encaminhamentos para São Paulo e a necessidade de formalização de um único protocolo entre as Secretarias de Estado do RJ e de SP. Discutiram, principalmente, a necessidade de criação de serviços de Fiv na rede pública do SUS/RJ e ampliação dos serviços já existentes de baixa complexidade. De comum acordo, foi proposto que cada serviço fizesse um relatório sobre suas demandas e recursos disponíveis, consequentemente,

avaliando a demanda reprimida e as necessidades para ampliação e qualificação dos serviços. O Serviço Social do IG e a gestora da SMS ficaram responsáveis pela compilação dos relatórios para encaminhamento à SES/RJ.

Na pesquisa documental, não foram encontrados mais registros sobre os resultados desta ou de outras possíveis Reuniões Ampliadas.

> Depois a coisa não andou, porque o grupo da secretaria também mudou e não conseguia ir mais. (...) Quando essa coisa começou a andar bem, o pessoal da FIOCRUZ - a FIOCRUZ é uma potência e tem um braço dessa potência que é o Instituto Fernandes Figueira -, algumas pessoas lá falaram: "não, nós vamos fazer por aqui". "OK, tá". "Nós vamos conseguir a verba e vamos montar tudo aqui". Tá bom, não tem problema de montar lá, um serviço só no Rio de Janeiro não vai resolver. O Rio de Janeiro tem que ter e tem que ter mais de um pólo. Quem vai ser é quem estiver mais estruturado. E se tiver em um, se todo mundo é funcionário público, não seria ruim trocar, de dizer assim: "ah, tem um laboratório desse perfeito no Fernandes Figueiras. OK. E nós e pacientes do Instituto, alguém do IG pode ter uma carga horária lá". Mas para isso as cabeças têm que estar aceitando, ok. "Ah, quem vai ser chefe?" Faz um colegiado, por que precisa ser um chefe? Faz um colegiado, bota dois chefes, três chefes, um grupo de direção, um grupo de trabalho, ok?! Daria para fazer também. (E10 IG)

Nas entrevistas para esta tese, pudemos identificar possíveis barreiras para que esta mobilização interinstitucional não fosse adiante. Uma das barreiras sugeridas é a disputa interinstitucional para saber quem seria o responsável pelo Centro de Referência em RA no Rio de Janeiro, ou ainda, para saber "qual" seria o serviço público a oferecer alta complexidade em RA no Estado.

> E: Eu sou muito direto, não sou muito de enrolação. E aquilo (reunião ampliada) foi uma enrolação da SMS. Na verdade ninguém quis resolver nada. Foi no Moncorvo Filho. Eu fui lá, fiquei todo empolgado achando que a secretaria de saúde queria resolver isso. Na verdade, a secretaria de saúde queria era saber o que cada um de nós poderia oferecer para os postos de saúde, quem podia fazer histerossalpingografia, quem fazia consulta, para eles encaminharem. E a SMS não tinha nada a oferecer em contrapartida. Na época, eu propus da gente montar ... Eu não preciso de promoção, não quero que o serviço seja meu para eu dar ordem... "Por que a gente não monta um serviço de Reprodução Humana do Estado, aqui no Estado ou no Município do RJ, que eu fosse lá 1 ou 2 vezes por semana, o pessoal do Moncorvo também, o pessoal da UFF também?" E montasse um serviço que não fosse meu, para não dizer que o serviço é da UERJ, é da UFRJ, para não ter esta richa. Eu propus isso, uma verba municipal. Não existe a verba. O que eles queriam, na verdade, era: diante da demanda nos postos de saúde do município, de pacientes com infertilidade, queriam saber quantas vagas a gente cederia para o município. Eu fui bem claro: "olha só, eu não

> preciso de mais clientela; meu ambulatório está cheio, tenho 700 pessoas na fila para fazer Fiv. Eu preciso é de dar uma saída para estas pessoas". Chegaram a ter duas reuniões.
> P: Quem participou?
> E: Pessoal do Moncorvo Filho, da UERJ, de Bonsucesso. Na verdade, o que o município fez foi reunir as pessoas que faziam alguma coisa em infertilidade para ver o que elas poderiam fornecer para o município, vagas no ambulatório, exames, espermograma. Ou seja, a SMS que, teoricamente, tem a verba, queria receber e não oferecer. Não foi adiante por causa disso. (E11 HUPE)

Literalmente, a "richa" entre as instituições, entre os serviços público-universitários de saúde foi citada na fala do entrevistado, uma das hipóteses levantadas por esta tese para a dificuldade de implementação da atenção em RA pelo SUS/RJ. Mas, se ambos os médicos acima falaram da sugestão de se organizar um centro público "neutro" de reprodução assistida, teria faltado, então, apenas a verba da SMS ou da SES para a efetivação da assistência no Estado? Provavelmente não, segundo a continuação das próprias entrevistas com estes mesmos profissionais:

> E: Cada um quer fazer no seu (serviço) e as pessoas não pensam no coletivo.
> P: Mas qual é a vantagem?
> M: É prestígio, ego...
> E: Prestígio?
> P: Pessoal, junto às pessoas que trabalham na sua mesma área. Universidade tem isso: "Eu sou professor, eu sou o máximo (risos)". Talvez você junte essas coisas todas. Mas você vê que, nesses esboços todos, eu diria que dá para fazer essa Rede, dá para fazer funcionar, você consegue fazer acordos. Eu acho que ego você até consegue administrar, desde que alguém administre. (E10 IG)

> E: O problema é que vão algumas coisas. Primeiro, todo mundo é muito ocupado. Segundo, existem vaidades pessoais, por isso eu falei que eu abro mão de qualquer vaidade pra gente montar isso. Terceiro, até pra gente fazer qualquer coisa em conjunto teria que ter um órgão central para coordenar isso, e que investisse nisso, o que não aconteceu. Se a gente tivesse uma secretaria municipal e estadual que topasse montar um serviço de reprodução humana no RJ, no município, eu tenho certeza que a gente conseguiria unir essas pessoas para colaborarem com isso. Eu poderia continuar sendo professor da UERJ, contratado e recebendo meu salário por aqui, e uma vez por semana ir lá trabalhar nisso. Essa foi uma proposta que eu fiz. Não precisa ser nem no HUPE; pega um hospital do município e monta um serviço lá. (E11 HUPE)

"Vaidades pessoais", "egos", "prestígios profissionais", "richas" interinstitucionais reforçam uma disputa velada, ou nem tão velada assim, conforme nos mostraram diversas reportagens e notícias da mídia sobre "*o primeiro*" centro de

reprodução assistida pelo SUS no Rio de Janeiro. No entanto, não há como ignorarmos que, sem verba destinada pelas secretarias de saúde, para a estruturação e manutenção deste futuro centro, não há possibilidade de se implantar a assistência almejada.

Enfim, não foi encontrado nenhum resultado desta mobilização inicial para a rede integrada de assistência reprodutiva, nem mesmo os relatórios que os serviços ficaram de enviar, ou a compilação destes relatórios. Na verdade, quase um ano depois, a Reunião Ampliada de 20/10/2006 foi citada na Pauta de uma nova reunião, agendada para 21/11/2007. Esta nova reunião fazia parte do processo de integração interinstitucional entre o IG e a SMS, estando presentes apenas as assistentes sociais do IG, a médica responsável pelo setor do Instituto, a coordenadora do Programa Saúde da Mulher/SMS, além de duas convidadas: a antiga bióloga do IG, pesquisadora da Faculdade de Educação/UFRJ, e duas professoras do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva/IESC/UFRJ.

Nesta ocasião, foi apresentado um breve retrospecto sobre as mobilizações de 2006 e discutidos canais de integração entre IG/UFRJ e SMS/RJ: unidades de referência na rede pública para a realização de exames complementares, definição dos pólos de referência de atenção primária em infertilidade, esclarecimento de formas de integração de serviço e de aperfeiçoamento de profissionais. Discutiu-se também o Projeto de Reprodução Assistida envolvendo o Instituto e a Secretaria, em vistas à oferta de Fiv pelo SUS, à criação de uma câmara técnica - interinstitucional e interdisciplinar – e à estruturação de linhas de pesquisa fundadas no tripé ensino-pesquisa-extensão. Para este Projeto, nova reunião foi realizada em 17/12/2007, sendo acordado que o Projeto seria estruturado pela cooperação técnica da SMS e do IG/UFRJ, e encaminhado ao Ministério da Saúde para a implementação da atenção terciária em RA no IG/UFRJ.

Depois destes encontros de 2007, foi encontrada apenas Ata de Reunião de 15/08/2008, solicitada pela Superintendência em Saúde da SES (Responsável pelo Programa TFD) para avaliação da procura das usuárias do IG para Fiv em SP. Para a SES, existiria "*um descompasso entre os gastos com o deslocamento das usuárias para o outro Estado e o retorno desta cobertura para a saúde desta demanda*". O Serviço Social do IG compreende que cabe à Secretaria de Estado de Saúde e

Defesa Civil/ SESDEC a disponibilização desta atenção na rede pública, relembrando os ofícios encaminhados até então às secretarias de saúde, municipal e estadual, as reuniões interinstitucionais realizadas em 2006 e 2007, além da solicitação de medidas a curto e a longo prazo para a demanda de RA.

Tarefas ficaram pendentes nesta reunião, como levantar a estimativa da demanda reprimida para atenção terciária em RA no Rio de Janeiro; estimar o custo do Programa TFD para Fiv; criar fluxo integrado entre os serviços do RJ e SP; além de estabelecer meios de acompanhamento da demanda encaminhada pela unidade de origem da indicação de Fiv.

Uma antiga proposta voltou a ser sugerida na reunião, a de se criar um cadastro único para Fiv no Estado do Rio de Janeiro, visto que as mesmas pacientes transitam entre os serviços existentes de reprodução humana em busca de tratamento da infertilidade. Isto poderia ser vinculado ao cartão SUS, um instrumento para a criação de uma fila única para Fiv, segundo a ata da reunião. Como desdobramento imediato, uma nova reunião com a SES, a SMS e os representantes das unidades de atenção básica em saúde reprodutiva.

Após dois anos sem obtenção de nenhum retorno, o Serviço Social e a Direção do IG encaminharam, em 15/08/2008, novo ofício ao Subsecretário de Atenção à Saúde solicitando, mais uma vez, respostas aos encaminhamentos para Fiv e à necessidade de implementação desta assistência no Rio de Janeiro. A SES foi convidada para nova reunião, realizada em 19/09/2008, com a presença dos gestores da SESDEC (da Saúde da Mulher e do Programa TFD) e dos representantes dos serviços de reprodução humana do Rio (HUPE/UERJ, IG/UFRJ, HGB). Foi retomada, assim, a tentativa de Rede.

Em 06/10/2008, uma segunda reunião com os mesmos participantes trouxe novas informações, com propostas mais concretas de mudanças:

Tabela 6: Questões debatidas e encaminhamentos/tarefas firmados entre os participantes da reunião de 06/10/2008.

Questões	Encaminhamentos
• A procura pela Fiv em SP representa a segunda maior demanda do Programa TFD, com o cadastro de 200 pessoas até o momento. • Não há acompanhamento sobre a assistência recebida em SP, sem avaliação das possíveis intercorrências e dos resultados. "*A terapia de Fiv é um processo que exige várias consultas, várias viagens e se, neste período, houver intercorrência clínica, a mulher – residente no Rio de Janeiro, sem documento que informe seu histórico da terapêutica de SP, sem referência segura para emergência – pode viver situações de risco"* (sic).	1. Encaminhamento de documento complementar à nota técnica do TFD/SESDEC pelos serviços representados na reunião. 2. Proposta de criação conjunta (TFD e Central de Agendamentos/SISREG) de fluxo de encaminhamento e agendamento dos casais com indicação de Fiv para SP, hoje de responsabilidade destes casais. 3. Elaboração conjunta de cartão de identificação dos usuários, incluindo seu fluxo de acesso à atenção reprodutiva, facilitando o atendimento, principalmente no caso de intercorrências clínicas relacionadas ao tratamento.
• Protocolos únicos de atendimento podem estabelecer ações articuladas que permitam assegurar a racionalidade no uso de recursos no âmbito do SUS e das Universidades.	1. Construção conjunta de protocolo único com os critérios de eleição de pacientes para a atenção terciária. 2. Elaboração de lista de medicamentos de eleição no tratamento a ser encaminhada às Câmaras Técnicas de Medicamentos das Gerências de Assistência Farmacêutica do Estado e do Município, para a inserção nos Programas de Medicamentos Excepcionais ou de Alto Custo.
• Busca de recursos públicos para a organização e expansão da atenção em reprodução assistida, observada a legislação específica, em fontes como: Pacto Pela Saúde, Pró-Saúde, CNPq/CAPES.	

Fonte: A autora, 2014.

As tarefas propostas e acordadas pelos integrantes da reunião eram claras e bastante objetivas, como a elaboração de protocolos de encaminhamento e integração de assistências, de pesquisa e de ensino; o envio de sugestões para a elaboração conjunta do cartão de identificação do usuário; e o envio da relação de medicamentos a serem submetidos às gerências dos programas de assistência farmacêutica da SMS e da SESDEC, para posterior inclusão. Estas propostas deveriam ser "encaminhadas aos integrantes desta reunião através de correio eletrônico antes da próxima reunião, dia 10 de dezembro de 2008, no IG/UFRJ" (sic).

No entanto, nenhum outro registro foi encontrado nos documentos do Serviço Social relacionados a estas tarefas, ou mesmo à esta nova reunião, que supostamente não veio a acontecer.

Entre os documentos que restavam analisar, havia cópia da "*Carta do Rio de Janeiro pelos Direitos Sexuais e Reprodutivos; Pela Equidade de Gênero e em Defesa do Estado Laico* ", um manifesto elaborado e assinado pelos participantes do Seminário "*Saúde, Direitos Sexuais e Reprodutivos: subsídios para as políticas públicas*", em 24/08/2007, entregue às autoridades presentes (ao Ministro da Saúde e à ministra da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres). De acordo com informações no *site* da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência/SBPC[152], o Seminário teve como objetivo:

> "Apoiar as políticas públicas e ações em defesa dos direitos sexuais e reprodutivos, contrapondo-se ao fundamentalismo religioso e ao conservadorismo moral que ameaçam as ações do Estado Laico em favor de:
> a) garantir o planejamento familiar e reprodutivo, não coercitivo, como parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher e ao homem, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde;
> b) viabilizar o controle das doenças sexualmente transmissíveis e o controle da epidemia de AIDS; e
> c) tratar o aborto como uma questão de saúde pública. Princípios estes já definidos na Constituição Brasileira, na Lei do Planejamento Familiar e em Convenções Internacionais, como a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, do Cairo, em 1994 e a IV Conferência Internacional de Mulheres, de Beijing, em 1995, dos quais o Brasil é signatário.

Na Carta, o tema da reprodução assistida foi incluída na defesa do Programa Nacional de Planejamento Familiar, lançado pelo Governo Federal no dia 28 de maio de 2007. O tratamento da infertilidade a homens e mulheres que assim o necessitem deveria ser assegurado pelo Programa, principalmente diante das enormes desigualdades sociais brasileiras, que faz com que os grupos mais pobres dependam do Estado para ter acesso ao Planejamento Familiar.

[152] Disponível em: http://www.jornaldaciencia.org.br/Detalhe.php?id=49914 Acesso em: 09/06/2014.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: desdobramentos e (des) continuidades

O acesso à atenção à reprodução assistida pelo SUS ainda é bastante restrito no Brasil. Os poucos serviços públicos que ofertam baixa e alta tecnologia reprodutiva para a assistência da *infertilidade* o fazem sem recursos materiais e estruturais suficientes para dar conta da demanda reprimida, que permanece, em sua maior parte, sem atendimento.

A elegibilidade do acesso focada em diagnósticos biomédicos de *infertilidade* tem camuflado normas de gênero e de reprodução social na reprodução assistida. Permanecem excluídas outras tantas situações de *ausência involuntária de filhos*, o que tem sido interpretado como o não reconhecimento dos direitos reprodutivos de muitos usuários que dependem, exclusivamente, do SUS para serem assistidos.

Este estudo compartilha da preocupação com os riscos e vulnerabilidades que as novas tecnologias reprodutivas trazem para as mulheres e para as crianças. A reprodução assistida exerce um forte papel biopolítico normalizador, mais de reiteração do que de subversão de normas de gênero na reprodução, de formação familiar, de filiação e de parentesco. Está incluída no modelo de biomedicalização, segundo o qual as tecnologias reprodutivas são consideradas “bens de consumo”, e quanto mais complexas, mais almejadas e valorizadas são pelos consumidores.

No entanto, a defesa por este tipo de serviço no SUS, voltado para aqueles que, por inúmeras razões, não conseguem engravidar sem o auxílio destas técnicas, está baseada no direito à saúde, mais especificamente no direito à saúde sexual e reprodutiva. Não estamos falando apenas de um direito à autonomia reprodutiva, à escolha de “se”, “quando” e “como” ter filho(s), mas principalmente de um direito a um serviço assistencial integral de saúde, que não responsabilize as mulheres pelas *infertilidades*, e não as vulnerabilize ainda mais ao lhes oferecer, como alternativas, apenas programas privados ou privatizantes de acesso ou encaminhamentos “quebra-galho”.

Precisamos avançar neste debate, sem deixar de enfatizar as situações que transformam pacientes e serviços em verdadeiras “*moedas de troca*”. Alguns acordos e parcerias têm garantido possibilidades de estruturação e organização dos

serviços públicos em questão, mas são relações delicadas, que podem aumentar a vulnerabilidade social dos usuários do SUS, como nos casos discutidos de ovodoação. Não se trata de dicotomizar os dois subsistemas de saúde - público e privado -, que estariam apenas formalmente independentes entre si. O desafio é, justamente, não perpetuar a significação do "SUS para pobres", de uma relação público-privado marcada por mobilizações individuais e emergenciais. A crescente demanda por serviços públicos de RA, o aumento das filas de espera por tratamentos gratuitos ou de menor custo, o avanço da idade das mulheres que aguardam por mais de 4 ou 5 anos por um único ciclo de IIU, Fiv ou ICSI, nos mostram a urgência de se conhecer e mudar, na prática, a oferta da atenção à RHA no serviço público de saúde. E para isso, conforme lembra Menicucci (2010), é necessária a constituição de uma agenda política sobre as consequências do formato da relação público-privado para a igualdade e eficácia da assistência à saúde no país.

A pesquisa documental confirmou a pouca mobilização governamental em se estruturar serviços públicos de reprodução assistida no Estado do Rio de Janeiro. O envolvimento das Secretarias Municipal e Estadual de Saúde ficou restrito às poucas reuniões agendadas com os principais serviços públicos de reprodução humana do Estado. Independente de a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Assistida ter sido revogada, na prática, assim como Makuch *et al* (2011), acreditamos que "*a implementação de Centros de Tecnologias de Reprodução Assistida não pode ser, simplesmente, um processo voluntário, iniciado por alguns profissionais, mesmo junto a alguns responsáveis por diretrizes políticas"*[153] (p.6). Por isso a investigação das formas de organização de dois setores públicos de reprodução humana no Rio de Janeiro e a preocupação em se analisar mobilizações intra e interinstitucionais.

Segundo nossos resultados, a tentativa de implantação desse compromisso político dependeu, mais uma vez, dos esforços individuais de profissionais que trabalham nas unidades públicas de saúde reprodutiva, com ou sem o apoio de seus gestores. As motivações, sejam elas acadêmicas, educacionais e/ou assistenciais,

[153] Tradução livre: "*Implementation of ART centres cannot be simply a voluntary process initiated by some professionals with some policy makers."*

contingenciaram as ações encontradas para se organizar e manter a oferta de algum tipo de procedimento relativo ao campo da RA pelo SUS, ações caracterizadas pelo "jeitinho brasileiro", prioritariamente de relações pessoais dos médicos responsáveis com outros serviços públicos, com o setor privado, com políticos, com amigos, conhecidos ou mesmo com desconhecidos.

Pudemos observar alguns desdobramentos destes esforços, que trouxeram conquistas para os serviços, como algumas mudanças estruturais, renovação e aquisição de equipamentos, infraestruturas que antes eram inexistentes, mobilização de voluntariado, formação de equipe multidisciplinar em um dos serviços. No IG, por exemplo, foi lançada a Cartilha "Reprodução Humana: Conversando sobre infertilidade", destinada aos usuários do Setor de Reprodução Humana do Instituto, nos Grupos de Acolhimento. A cartilha contém informações sobre infertilidade, as técnicas de RA e sobre a legislação e os direitos reprodutivos, além de orientações gerais quanto aos serviços que oferecem atenção reprodutiva gratuita no Rio de Janeiro. Esta cartilha foi resultado de um dos poucos trabalhos coletivos encontrados neste estudo, realizado pela equipe de profissionais e alunos de Graduação e Pós-Graduação da UFRJ, cujo projeto de Extensão estava vinculado aos usuários do Ambulatório de Reprodução Humana do IG/UFRJ. Envolveu as áreas de Enfermagem, Medicina, Biologia, Biomedicina, Nutrição, Serviço Social e Psicologia, com o fomento do PROEXT 2013 e da FAPERJ, com a parceria da OAB/RJ. Como será a distribuição e o uso da pequena tiragem, agora que a equipe multidisciplinar se desfez, é uma questão.

As descontinuidades encontradas nesta pesquisa, tanto no IG quanto no HUPE, reafirmaram que, de fato, ações isoladas e individualizadas não bastam para se garantir o acesso à atenção em RA pelo SUS. No IG/UFRJ, apesar dos esforços, a aposentadoria da antiga responsável, em dezembro de 2011, demonstrou que algum alicerce do serviço havia se rompido. A saída desta profissional repercutiu de forma negativa, tanto academicamente quanto na continuidade do trabalho assistencial realizado no setor. A equipe multidisciplinar se desfez, o *staff* da UFRJ no setor foi alterado, a segunda médica do *staff* passara a ocupar novo cargo no Instituto; a assistente social, posteriormente, pediu transferência para outra unidade

da UFRJ; a bióloga responsável não conseguiu liberação ou transferência para o IG/UFRJ, retornando à sua unidade de origem.

Qual teria sido o alicerce afetado? Este é um dado não relatado claramente em nenhuma das entrevistas; nem mesmo nas observações de campo pude identificar qual teria sido o motivo derradeiro para esta rachadura. Os afastamentos de profissionais chave levou o serviço a diminuir os dias de atendimento aos usuários e permanecer, até hoje, sem bióloga responsável no laboratório de sêmen. Novos esforços de outros recém chegados foram evidenciados para que a oferta de IIU se mantenha no serviço, mas, mais uma vez, são esforços individuais.

No HUPE, sem conseguir o apoio político e financeiro necessários para as mudanças estruturais no serviço, as mobilizações do médico responsável têm diminuído, levando a uma sensação de derrota.

As barreiras institucionais, a ausência de mobilizações governamentais e interinstitucionais para que a assistência em RA seja implementada no Rio de Janeiro tornaram as iniciativas individuais encontradas no IG e no HUPE ainda mais isoladas e enfraquecidas. A isso soma-se a ausência de pressão das pessoas em situação de infertilidade. Apesar de ter existido, no IG, um Grupo de Politização com usuárias encaminhadas para RA em SP, não houve continuidade no processo de judicialização dos casos que não encontravam saída para encaminhamentos públicos de Fiv e ICSI.

Vale destacar que a infertilidade ainda é um tema tabu e, segundo Sequeira (2011), reivindicar atenção nessa área é assumir estereótipos sociais de deficiência e inferioridade. Isso aumenta as dificuldades de mulheres e homens em expressar suas demandas publicamente, de forma organizada. Seria interessante, como continuidade deste estudo, conhecer o resultado dos esforços das assistentes sociais do IG junto ao Grupo de Politização de usuárias, identificado na pesquisa documental.

A única mobilização interinstitucional encontrada, iniciada pelas assistentes sociais do IG e que envolveu os responsáveis de outros serviços de referência em reprodução humana e das Secretarias de Saúde do Rio de Janeiro, trouxe à tona o que poderíamos chamar de disputa interinstitucional. Por que não se uniram esforços individuais de cada serviço para montarem, conforme sugerido nas

reuniões, ao menos um Centro de Referência em RA no Rio de Janeiro, dirigido por um colegiado? Por que deixar que equipamentos estraguem e se tornem obsoletos, quando o discurso é unir esforços para disponibilizar RA gratuita no Rio de Janeiro? Os próprios entrevistados apontaram para “vaidades pessoais”, “egos”, “prestígios profissionais”, “richas” interinstitucionais que reforçam uma disputa sobre quem será “*o primeiro*” centro de reprodução assistida pelo SUS no Rio de Janeiro.

Essas não são razões suficientes para explicar as dificuldades de acesso às tecnologias de reprodução assistida no setor público, perpetuando-se, assim, uma desigualdade e uma injustiça que, como discutido ao longo do trabalho, tem por base aspectos econômicos e a não priorização no SUS da atenção médica nesta área.

REFERÊNCIAS

ALDROVANDI, Andrea. O ACESSO ÀS TECNOLOGIAS REPRODUTIVAS: garantias e limites jurídicos. Dissertação [Mestrado em Direito] da Universidade de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, 2006.

ALFANO, Bianca. Reprodução e biopolítica: infertilidades e práticas de saúde em um serviço público no Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva]. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. 2009.108f.

ARÁN, Márcia; CORRÊA, Marilena C. D. V. Novas tecnologias em saúde e os sistemas normativos de sexo-gênero. In: GOMBERG, Estélio. *Leituras de Novas Tecnologias e Saúde.* Sergipe: Editora da Universidade Federal de Sergipe. Prelo, 2009.

ARÁN, Márcia; PEIXOTO JÚNIOR, Carlos Augusto. Vulnerabilidade e vida nua: bioética e biopolítica na contemporaneidade. **Revista de Saúde Pública**. Faculdade de Saúde Pública do Estado de São Paulo. Journal of Public Health., v.4, p.849 - 857, 2007b.

ARILHA, Margareth. Desejo da Maternidade, Tecnologias Conceptivas e o Estado: Rápidas Considerações. In: SCAVONE, Lucila (Org.) *Tecnologias Reprodutivas. Gênero e Ciência.* São Paulo: UNESP, 1996.

ASENSI, Felipe Dutra. Judicialização ou juridicização? As instituições jurídicas e suas estratégias na saúde. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 1, 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000100004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 03 jun. 2014. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000100004.

BAPTISTA, T. W. F.; MATTOS, R. A.. Sobre Política (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas). In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. *Caminhos para análise das políticas de saúde*, 2011. p.52-91. Online: Disponível em www.ims.uerj.br/ccaps Acesso em: 07/04/2014.

BARBOSA, Livia. *O jeitinho brasileiro: a arte de ser mais igual que os outros*. 10a ed. Rio de Janeiro: Eselvier; 1992.

BARBOSA, Rosana. Desejo de filhos e infertilidade: um estudo sobre a reprodução assistida no Brasil. São Paulo, 1999. Tese [Doutorado em Sociologia] Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Universidade de São Paulo.

BARBOZA, Heloisa Helena. Proteção da autonomia reprodutiva dos transexuais. **Rev. Estud. Fem**. vol.20 no.2 Florianópolis maio/ago. 2012 Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2012000200015&lng=pt&nrm=iso acesso em 05 mar. 2014.

BARROS, Maria Elizabeth Barros de; GUEDES, Carla Ribeiro; ROZA, Monica Maria Raphael. O apoio institucional como método de análise-intervenção no âmbito das políticas públicas de saúde: a experiência em um hospital geral. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 12, dez. 2011 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300029&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 jun. 2014. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300029

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 3, set. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300014&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 07 jun. 2014. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300014.

BONAN, Cláudia; SEQUEIRA, Ana.L.T. *et al*. Direitos e saúde reprodutiva: revisitando trajetórias e pensando desafios atuais. **Saúde em Debate** 2007; v.31, n.75/76/77, p.25-33, jan./dez.

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

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Imprensa Nacional. 20 set. 1990. Seção 1, p.18055.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral a Reprodução Humana Assistida. PORTARIA MS/GM Nº 426 de 22/3/2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Mais saúde: direito de todos: 2008 – 2011 / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. – 4ª Ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 132 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios) Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais_saude_direito_todos_4ed.pdf Acesso em: 24.05.2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Mais saúde: direito de todos: 2008 – 2011 – Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva – 5ª Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 164 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios) Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais_saude_direito_todos_5ed.pdf Acesso em: 24.05.2014.

BUTLER, Judith. O parentesco é sempre tido como heterossexual? **Cadernos Pagu**, n.21, pp. 219-260, 2003a.

CEBES.*Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde*/ Nelson Rodrigues dos Santos e Paulo Duarte de Carvalho Amarante (Organizadores) – Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

CITELI, Maria Teresa. A reprodução humana na pauta dos jornais brasileiros (1996-2000). **Olhar sobre a Mídia**, Belo Horizonte: Comissão de Cidadania e Reprodução / Mazza Edições, 2002, p. 184-213.

COHN, Amélia. Questionando conceitos: o público e o privado na saúde no século 21. *In*: CEBES.*Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde*/ Nelson Rodrigues dos Santos e Paulo Duarte de Carvalho Amarante (Organizadores) – Rio de Janeiro: Cebes, 2010, p.267-274.

CORDEIRO, Hésio. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Ciênc. saúde coletiva** , Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 31 Jan 2008.

CORDEIRO, Hésio. O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 2, jul. 2004 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000200009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 05 jun. 2014. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312004000200009.

CORREA, Marilena C. D. V. *Novas Tecnologias Reprodutivas: limites da biologia ou biologia sem limites?* Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001.

CORREA, Marilena C. D. V.; GUILAM, Maria Cristina R.. O discurso do risco e o aconselhamento genético pré-natal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, out. 2006.

CORRÊA, Marilena C.D.V. A tecnologia a serviço de um sonho. Um estudo sobre a reprodução assistida no Brasil. Tese [Doutorado em Saúde Coletiva] Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 1997.

CORRÊA, Marilena C.D.V. Bioética e Reprodução Assistida. Infertilidade, produção e uso de embriões humanos In: LOYOLA, Maria Andréa (org). *Bioética, reprodução e gênero nas sociedades contemporâneas.* Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Estudos Populacionais (APEP); Brasília: LetrasLivres, 2005.

CORRÊA, Marilena C.D.V. Reprodução e bioética. A regulação da reprodução assistida no Brasil. **Caderno CRH**, Salvador, v.18, n.43, Jan/Abr. 2005, p.103-112.

CORRÊA, Marilena C.D.V.; LOYOLA, Maria Andrea. Novas tecnologias reprodutivas: novas estratégias de reprodução? **Physis**. Revista de Saúde Coletiva. v.9, n.2, 1999, p.209-234.

CORRÊA, Marilena V.. Novas tecnologias reprodutivas: doação de óvulos. O que pode ser novo nesse campo?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 3, set. 2000 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000300036&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 24 maio 2014. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2000000300036.

COSTA, Rosely Gomes. Concepção de Filhos, Concepção de Pai: algumas reflexões sobre reprodução e gênero. 2001. Tese [Doutorado em Ciências Sociais] Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

COSTA, Rosely Gomes. O que a seleção de doadores de gametas pode nos dizer sobre noções de raça. **Physis**, Rio de Janeiro, v.14, n. 2, jul. 2004 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000200004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 05 mar. 2014. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312004000200004

COSTA, Rosely Gomes. Reprodução e gênero: paternidades, masculinidades e teorias da concepção. **Estudos Feministas** 339 2/2002. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n2/14961.pdf

COSTA, Tonia. Infertilidade e reprodução humana: um estudo sobre a percepção social dos riscos. Tese [Doutorado]. Instituto Oswaldo Cruz, Ensino de Biociências e Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Disponível em: <http://www.bdtd.cict.fiocruz.br/tedesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=143> Acesso em: 23 Mar. 2008

COSTA, Tônia; PEDROSA, Michele; GOLDMAN, Cláudia W.;SOUZA, Maria do Carmo B.de. Educação continuada, desafios em saúde reprodutiva. **JBRA Assist. Reprod**., v.14v, nº4, October-November-December, 2010, p.24-28.

CUNHA, Antônio Carlos Rodrigues. Reflexão bioética na laqueadura tubária em mulheres com desejo de nova gestação. Tese [Doutorado em Ciências da Saúde]. Universidade de Brasília, Brasília, 2005.

DESLANDES, Suely Ferreira. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, vol.13, n.1, 1997.

DINIZ, Débora. Tecnologias reprodutivas no debate legislativo. População, bem-estar e tecnologia, n.6, **MultiCiência**, maio 2006. (Artigo originalmente publicado como Tecnologias reprodutivas conceptivas: o estado da arte do debate legislativo brasileiro. Jornal Brasileiro de Reprodução Assistida. Rio de Janeiro, vol. 7. n. 3. nov/dez 2003. pp. 10-19).

DINIZ, Débora; BUGLIONE, Simone. (orgs) *Quem pode ter acesso às tecnologias reprodutivas?* Diferentes perspectivas do direito brasileiro. Brasília: Letras Livres, 2002

DINIZ, Débora; COSTA, R. G. Infertilidade e Infecundidade: Acesso às Novas Tecnologias Conceptivas. **Série Anis 37**, Brasília, Letras Livres, p. 1-9, fev 2005. DOSSIÊ REPRODUÇAO HUMANA ASSISTIDA. Rede Feminista de Saúde. Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 2003. Disponível em:<http://www.redesaude.org.br/Homepage/Dossi%EAs/Dossi%EA%20Reprodu%E7%E3o%20Humana%20Assistida.pdf> Acesso em: 21 nov. 2008].

ELIAS, Paulo Eduardo. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. São Paulo **Perspec**. v.18 n.3 São Paulo jul./set. 2004

FERREIRA, Maria de Fátima. As Novas Regras Para Reprodução Assistida na Folha de S.Paulo. Artigo apresentado no IX Congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología y Género, 2012. Disponível em: http://www.oei.es/congresoctg/memoria/pdf/FerreiraMaria.pdf Acesso em: 04.3.2014

FERREIRA, Maria de Fátima. Esterilidade e reprodução assistida: no jornal impresso diário e na narrativa de homens e mulheres estéreis no Brasil. Araraquara, 1998. Tese [Doutorado em Sociologia] Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista.

FOLHA DE SÃO PAULO. Hospital público de SP terá programa de doação de óvulos. 02/08/2008 Disponível em: <http://www.servidorpublico.net/noticias/2008/08/02/hospital-publico-de-sp-tera-programa-de-doacao-de-ovulos/> Acesso em: 17 fev 2009

FONTENELE, C.V. *"Quando nasce um bebê, nasce também uma mãe?":* maternidade e reprodução humana assistida em mulheres laqueadas. 2010. 180p. Tese [Doutorado em Saúde Pública] - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

FONTENELE, Claudia Valença; TANAKA, Ana Cristina D'Andretta. Expectativas e sentimentos de mulheres que esperam por tratamento de reprodução humana. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 23, n.1, 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000100006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 05 mar. 2014. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000100006

FOUCAULT, Michael. *História da sexualidade I.* A vontade de saber*.* Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FOUCAULT, Michael. *História da Sexualidade III .*O cuidado de si. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

FOUCAULT, Michael. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FOUCAULT, Michael. *Segurança, território, população:* curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008 (Coleção tópicos).

GORAYEB, Ricardo et al . Caracterização clínica e psicossocial da clientela de um ambulatório de esterilidade. **Estud. psicol.** (Campinas), Campinas , v. 26, n. 3, set. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2009000300002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 05 mar. 2014.

GROSSI, M. P.; PORTO, R. M.; TAMANINI, M. (orgs.) *Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas:* questões e desafios. Brasília: Letras Livres, 2003. 196pp.

GUILAM, M.C. O discurso do risco na prática do aconselhamento genético pré-natal Tese [Doutorado em Saúde Coletiva] Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

HARAWAY, Donna. Manifesto ciborgue: ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX. In: Silva, Thomaz Tadeu da (org) *Antropologia do ciborgue:* as vertigens do pós-humano. Belo Horizonte: Autêntica, 2000. p.37-130.

HUNT, Linda M.; CASTAÑEDA, Heide; VOOGD, Katherine B. de. Do notions of risk inform patient choice? Lessons from study of prenatal genetic counseling. **Medical Antropology**, 25: 193-219, 2006.

IBGE, 2012. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/series_estatisticas/exibedados.php?idnivel=BR&idserie=POP3277

JANOTTI, Claudia Bonan; SEQUEIRA, Ana Lucia Tiziano; SILVA, Kátia Silveira da. Direitos e Saúde Reprodutiva: revisitando trajetórias e pensando desafios atuais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.31, n.75/56/77, p.25-33, jan./dez.2007.

KORBES, Clecí; INVERNIZZI, Noela. Educação não-formal sobre reprodução assistida: divulgação científica na Folha de S.Paulo. **Trab. educ. saúde** (Online), Rio de Janeiro , v. 8, n. 3, nov. 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462010000300009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 05 mar. 2014.

LOYOLA, Maria Andréa Rios. A Saga das Ciências Sociais na área da Saúde Coletiva: elementos para reflexão. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 18,n. 2, 2008 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000200004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 04 jun. 2014. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312008000200004.

LOYOLA, Maria Andréa. Bioética, reprodução e gênero na sociedade contemporânea: introdução. In: LOYOLA, Maria Andréa (org.). *Bioética, reprodução e gênero nas sociedades contemporâneas.* Rio de Janeiro: APEP; Brasília: LetrasLivres, 2005.

LOYOLA, Maria Andréa. Sexualidade e medicina: a revolução do século XX. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 875-884, 2003.

LOYOLA, Maria Andréa; CORRÊA, Marilena C.D.V. Relatório de Pesquisa ao CNPq. Reprodução, gênero e ciência. Um estudo sobre a reprodução assistida no Rio de Janeiro, 2008 [mimeo, disponibilizado pelas autoras]

LUNA, Naara. Bebê de proveta, barriga de aluguel, embriões de laboratório : as representações sociais das novas tecnologias reprodutivas. Rio de Janeiro, 2000. Dissertação [Mestrado em Antropologia Social] Museu Nacional. Universidade Federal do Rio de Janeiro.

LUNA, Naara. Provetas e clones: teorias da concepção, pessoa e parentesco nas novas tecnologias reprodutivas. Tese [Doutorado em Antropologia Social] Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

LUZ, Madel T. Conferência de Abertura: “Sem ética, não há cuidado”. In: Boletim Integralidade em Saúde - **Lappis**, de 03/12/2009.

MAKUCH, Maria Y. Considerações sobre a reprodução assistida no contexto brasileiro. Trabalho apresentado no XVIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Águas de Lindóia/SP – Brasil, de 19 a 23 de novembro de 2012. Disponível em: http://174.121.79.98/~naotembr/anais/files/MR8%5B590%5D.pdf Acesso em: 28.05.2014.

MAKUCH, Maria Y.; DE PADUA, Karla Simonia; PETTA, Carlos A.; OSIS, Maria Jose; BAHAMONDES, Luis*. Inequitable access to assisted reproductive technology*

for the low-income Brazilian population: a qualitative study. **Human Reproduction**, v. 26, n. 8, p. 2054-2060, AUG 2011.

MAKUCH, Maria Y.; Vivencias de mulheres e homens do programa de fertilização in vitro da UNICAMP. Tese [Doutorado em Ciências Médicas] Área de Saúde Mental. Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP, 2001.

MAKUCH, Maria Y; BAHAMONDES, Luis. *Barriers to access to infertility care and assisted reproductive technology within the public health sector in Brazil*. **FVV in ObGyn**, 2012, MonoGraph: 64-69. Disponível em: http://www.fvvo.be/assets/271/10-Makuchetal.pdf Acesso em: 28.05.2014.

MAKUCH, Maria Y; PETTA, Carlos A; OSIS, Maria J; BAHAMONDES, Luis. *Low priority level for infertility services within the public health sector: a Brazilian case study*. **Hum Reprod**. 2010; 25(2):430-5. Disponível em: http://humrep.oxfordjournals.org/content/25/2/430.full.pdf Acesso em: 28.05.2014.

MASSON, Fátima de Maria; OLIVEIRA, Egléubia Andrade de. A atenção reprodutiva na rede pública do Rio de Janeiro: um relato do Serviço Social da UFRJ. **Jornal Brasileiro de Reprodução Assistida**, v. 14, n.4, october-november-december, 2010, p.33-37.

MATTOS, Ruben Araujo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública** , Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, 2004 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500037&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 Jan 2008.

MEDEIROS, Luciana. AS LEIS DO DESEJO - Bioética e Direito de Acesso ao Serviço de Reprodução Humana Assistida. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública], Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Área de Concentração: Ciências Humanas e Políticas Públicas em Saúde. Linha de pesquisa: Bioética. Florianópolis, 2007.

MENEGON, Vera Mincoff. Entre a linguagem dos direitos e a linguagem dos riscos: os consentimentos informados na reprodução humana assistida. São Paulo 317p. Tese [Doutorado em Psicologia Social] PUC/SP, 2003.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. A reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado. *In*: CEBES.*Gestão Pública e Relação Público Privado na*

Saúde/ Nelson Rodrigues dos Santos e Paulo Duarte de Carvalho Amarante (Organizadores) – Rio de Janeiro: Cebes, 2010, p.180-196.

MOAS, Luciane da Costa. O reconhecimento jurídico da família homoafetiva. Uma questão de justiça. 2006. 295 f. Tese [Doutorado em Saude Coletiva] Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesq. do Estado do Rio de Janeiro.

MOURA, Marisa Decat de; SOUZA, Maria do Carmo Borges de; SCHEFFER, Bruno Brum. Reprodução assistida: Um pouco de história. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 2, dez. 2009 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582009000200004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 03 jun. 2014.

NASCIMENTO, P.G. "Comigo está tudo bem": desejo de filhos, negociação e acusação em grupos populares no sul do Brasil. 37º Encontro Anual da ANPOCS, 2013. Disponível em: http://www.anpocs.org/portal/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=8641&Itemid=429

NASCIMENTO, P.G. Percepções, dilemas e desafios de usuários de serviços públicos de saúde em sua 'busca por filhos'. Apresentação na 26ª. Reunião Brasileira de Antropologia, 2008. Disponível em: http://www.abant.org.br/conteudo/ANAIS/CD_Virtual_26_RBA/grupos_de_trabalho/trabalhos/GT%2019/pedro%20francisco%20guedes.pdf

NASCIMENTO, P.G. Reprodução, desigualdade e políticas públicas de saúde : uma etnografia da construção do "desejo de filhos". Tese [Doutorado em Antropologia Social]. 2009. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. 2009 Disponível em: http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/17216/000708345.pdf?sequence=1

NASCIMENTO, P.G.. HETEROSSEXUAL E COM GAMETAS DO CASAL: os limites das iniciativas de popularização da reprodução assistida no Brasil. **Revista de Ciências Sociais**, n. 39, Outubro de 2013, pp. 347-368. Disponível em: http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/viewFile/15980/9964 acesso em: 06.03.2014

OLHAR VIRTUAL. UFRJ. Argumento. Os filhos da modernidade. Edição83, 31/maio¿2007. Disponível em:

<http://www.olharvital.ufrj.br/2006/imprimir.php?id_edicao=083&codigo=3> Acesso em: 17 dez. 2008.

PAECHE, D. Medicalização da saúde: como a indústria da informação farmacêutica, as urgências, as políticas públicas e a sociologia vêem essa questão. In: *Boletim Integralidade em Saúde* - Lappis, de 03/12/2009.

PAIM, Jairnilson Silva. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 29,n. 10,out. 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001000003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 19 maio 2014. http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00099513.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 12,supl. nov. 2007 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000700005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 27 maio 2014. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000700005.

PINHEIRO, Roseni; ASENSI, Felipe Dutra. Desafios e estratégias de efetivação do direito à saúde. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 1, 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000100002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 03 jun. 2014. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000100002.

PINTO, Alessandra Maria Silva; NAJAR, Alberto Lopes. Cultura e instituições de saúde: estudando a participação de traços culturais da sociedade brasileira no processo de trabalho de serviços de atenção básica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 11, nov. 2011 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200010&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 maio 2014. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001200010.

RAMIREZ-GÁLVEZ, Martha Celia- Deslocamentos, exclusões e consumo de tecnologias reprodutivas conceptivas. Seminário Fazendo Gênero. 2007 Disponível: http://www.fazendogenero7.ufsc.br/artigos/M/Martha_Celia_Ramirez_Galvez_43.pdf

RAMIREZ-GÁLVEZ, Martha Celia- Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptiva- Fabricando a Vida, Fabricando o Futuro. Tese [Doutorado em Ciências Sociais]

Departamento de Antropologia. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Estadual de Campinas, 2003.

RAMIREZ-GÁLVEZ. Razões técnicas e efeitos simbólicos da incorporação do "progresso tecnocientífico": reprodução assistida e adoção de crianças. **Soc. estado**. vol.26 no.3 Brasília set./dez. 2011. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922011000300008&lng=pt&nrm=iso> acessos em 05 mar. 2014

RIBEIRO, Walesca Viana et al . Ovo recepção: perfil das pacientes em lista de espera no programa do Hospital Regional da Asa Sul, Brasília, Distrito Federal. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**., Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, Sept. 2007 .

SALGADO, Ana Cristina Soeiro; PENA, Ricardo Sparapan; CALDEIRA, Luiz Wagner Dias. Apoio institucional e militância no Sistema Único de Saúde (SUS): refletindo os desafios da mobilização dos sujeitos na produção de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, 2014 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014005030221&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 jun. 2014. Epub 16-Maio-2014. http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0221.

SAMRSLA, Mônica; NUNES, Juliana C.; KALUME, Carolina; CUNHA, Antônio C. R. da; GARRAFA, Volnei. Expectativa de mulheres à espera de reprodução assistida em hospital público do DF - estudo bioético. **Rev. Assoc. Med. Bras**., São Paulo, v. 53, n.1, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302007000100019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 Jan 2008.

SANDALOWSKI, Mari Cleise - Senhores Do Destino? A Trajetória Profissional Como Elemento Condicionante À Receptividade Das Novas Tecnologias Terapêuticas De Manipulação De Células-Tronco Em Um Setor Da Comunidade Médica Do Rio Grande Do Sul. Tese [Doutorado em Sociologia]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. 2009.

SANTOS, Isabela Soares; UGA, Maria Alicia Dominguez; PORTO, Silvia Marta. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 5, out. 2008 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 jun. 2014. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000500009.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Ciênc. saúde coletiva** v.12 n.2 Rio de Janeiro mar./abr. 2007

SCAVONE, Lucila. Tecnologias reprodutivas. Gênero e ciência. São Paulo: UNESP, 1996.

SEQUEIRA, Ana Lucia Tiziano. Potencialidades e limites para o desenvolvimento de uma política de atenção em reprodução assistida humana no SUS. Tese [Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher]. Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, RJ, 2011.

SILVA, Tomaz Tadeu da. Nós, ciborgues: o corpo elétrico e a dissolução do humano. In: *Antropologia do ciborgue*- as vertigens do pós-humano/organização e tradução de Thomaz Tadeu da Silva. Belo Horizonte: Autêntica, 2000. p.9-18.

SOUZA, Maria do Carmo Borges de. Infertilidade e reprodução assistida. Este tal desejo de ter um filho. In: SOUZA, M.C.B. de; MOURA, M.D. de; GRYNSZPAN, D. *Vivências em tempo de reprodução assistida:* o dito e o não- dito. Rio de Janeiro: Revinter, 2008.

SOUZA, MCB. Infertilidade e reprodução assistida. Este "tal desejo de ter um filho". In: Souza MCB, Moura MD, Grynszpan D, eds.*Vivências em tempo de reprodução assistida:* o dito e o não- dito. Rio de Janeiro: Revinter, 2008. p.1-6.

SOUZA, Sheila Pereira da Silva e. Medicina tecnológica, cuidado e business: estudo sobre a prática dos médicos oncologistas no Brasil. Tese [Doutorado em Saúde Coletiva] Área de Política, Planejamento e Administração em Saúde/ IMS/UERJ, 2007.

STRATHERN, Marilyn. Necessidade de pais, necessidade de mães. **Revista Estudos Feministas**, vol.3, n.2, 1995, pp.303-329.

STRATHERN, Marilyn. *Reproducing the future: anthropology, kinship and reproductive technologies*. Manchester: Manchester University Press, 1992.

STRAUBE, Kátia Maria. Da Família Pensada À Família Vivida: Estigma, Infertilidade e as Tecnologias Conceptivas. Dissertação [Mestrado em Sociologia] Departamento de Sociologia. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2007.

STRAUSS, A.; CORBIN, J.. *Pesquisa qualitativa*: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. Tradução Luciane de Oliveira da Rocha. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

TAMANINI, Marlene. Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas à luz da Bioética e das teorias de gênero: casais e médic@s no Sul do Brasil. Tese [Doutorado Interdisciplinar em Ciências Humanas] Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003, 363f.

TAMANINI, Marlene. Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: bioética e controvérsias. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.12, nº 1, p.73-107, 2004.

VAN BALEN, Frank; INHORN, Marcia C. Interpreting Infertility: A View from the Social Sciences. In: INHORN, M.C.; VAN BALEN, F*. Infertility around the Globe.* New thinking on childlessness, gender and reproductive technologies. University of California Press Berkeley and Los Angeles, California, 2002

VASCONCELOS, Michele de Freitas Faria de; MORSCHEL, Aline. O apoio institucional e a produção de redes: do desassossego dos mapas vigentes na Saúde Coletiva. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 13, supl. 1, 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500024&lng=en&nrm=iso>. access on 02 June 2014. http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500024.

VENTURA, Miriam et al . Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 1, 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000100006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 03 jun. 2014. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000100006

VENTURA, Miriam. Direitos Reprodutivos? De que direitos estamos falando? In: LOYOLA, Maria Andréa (org.). *Bioética, reprodução e gênero nas sociedades contemporâneas*. Rio de Janeiro: APEP; Brasília: LetrasLivres, 2005, p.115-138.

VIEIRA, Fernanda Bittencourt. As Tencologias da Reprodução: Discursos sobre maternidade e paternidade no campo da reprodução assistida no Brasil. Tese [Doutorado em Sociologia]. Instituto de Ciências Sociais. Universidade de Brasília. Brasília, 2008.

ZÁCHIA, Suzana de Azevedo. A visão dos profissionais da saúde na abordagem de questões de reprodução assistida: uma perspectiva transcultural. Dissertação

[Mestrado em Medicina: Ciências Médicas]. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2006.

ANEXO 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está convidada(o) a participar, como voluntária(o), da pesquisa **"REPRODUÇÃO ASSISTIDA: A organização da atenção às infertilidades e o acesso às tecnologias reprodutivas em dois serviços público-universitários no Estado do Rio de Janeiro".** O objetivo é discutir a organização da atenção às infertilidades em serviços públicos de Reprodução Humana na cidade do Rio de Janeiro. Pretende-se conhecer como se constroem iniciativas e estratégias para que seja efetivado o acesso à chamada reprodução assistida no serviço público, as articulações entre o setor público e o privado de saúde reprodutiva, além dos avanços e recuos realizados pelos serviços pesquisados.

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. O uso de um gravador servirá para garantir a confiabilidade das informações prestadas, sem que nenhum dado importante seja perdido. A duração desta entrevista deverá ser de 30 a 40 minutos, em local reservado, de comum acordo com o/a entrevistado, e abordará temas relacionados à sua trajetória profissional e sua prática na área de reprodução assistida, no setor público e no privado.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. A pesquisadora responsável se comprometeu a tornar públicos, nos meios acadêmicos e científicos, os resultados obtidos de forma consolidada, sem qualquer identificação de indivíduos participantes.

Caso concorde em participar desta pesquisa, assine abaixo. Uma via do documento é sua e a outra da pesquisadora. Em caso tenha dúvida sobre o projeto ou sobre sua participação, poderá entrar em contato, a qualquer momento, com a pesquisadora [Bianca Alfano – tel.: (21) xxxxxxxxx] ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ [Rua São Francisco Xavier, 524-sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20559-900, tel.: (21) 2334-0235, ramal 108. E-mail: cep-ims@ims.uerj.br].

Declaro que entendi os objetivos da pesquisa e que concordo em participar.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

ANEXO 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (leitura de prontuários)

Você está convidada a participar da pesquisa **"REPRODUÇÃO ASSISTIDA: A organização da atenção às infertilidades e o acesso às tecnologias reprodutivas em dois serviços público-universitários no Estado do Rio de Janeiro".** Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você poderá desistir e retirar seu consentimento.

O objetivo é discutir a organização da atenção às infertilidades em serviços públicos de Reprodução Humana na cidade do Rio de Janeiro. Pretende-se conhecer como se constroem iniciativas e estratégias para que seja efetivado o acesso à chamada reprodução assistida no serviço público, as articulações entre o setor público e o privado de saúde reprodutiva, além dos avanços e recuos realizados pelos serviços pesquisados.

Sua participação consiste em autorizar a leitura do seu prontuário pela pesquisadora, que se compromete a ler o prontuário em local reservado da própria instituição, sem fazer cópia da documentação, além de garantir que sua identidade não seja revelada na pesquisa. Sua participação não interfere no seu atendimento no serviço, não facilitará nem prejudicará seu tratamento.

A leitura dos prontuários pretende mostrar como as usuárias chegaram ao serviço, quantas consultas fizeram, quais procedimentos foram adotados pelos profissionais de saúde, quais encaminhamentos foram feitos, principais dificuldades encontradas nos serviços.

Caso concorde em participar desta pesquisa, assine abaixo. Uma via do documento é sua e a outra da pesquisadora. Caso tenha dúvida sobre o projeto ou sobre sua participação, poderá entrar em contato, a qualquer momento, com a pesquisadora [Bianca Alfano – tel.: (21) xxxxxxxx] ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ [Rua São Francisco Xavier, 524-sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20559-900, tel.: (21) 2334-0235, ramal 108. E-mail: cep-ims@ims.uerj.br].

Declaro que entendi os objetivos da pesquisa e que concordo em participar.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

ANEXO 3: ROTEIRO DE ENTREVISTAS (Diretores/Gestores/Profissionais de saúde)

Trajetória Profissional:

- Formação Profissional (lugar, data, nível)
- Tempo de serviço público/privado e no setor de RH
- Função
- Horário de trabalho/ Rotina
- Outras atividades fora do serviço público? O que e onde?

Perguntas sobre Reprodução Assistida:

- Quais tecnologias em RA já teve contato e/ou costuma trabalhar? O que acha de cada uma delas: IIU/Fiv/ICSI? Comparações e indicações a pacientes?
- O que tem a dizer sobre RA no Brasil e no Rio de Janeiro? Pública e privada?
- Como é oferecida a RA no serviço público de saúde? Por quê? Sugestões e críticas?
- Existem ou deveriam existir critérios de elegibilidade? Quais?
- Existem ou deveriam existir protocolos de atendimento? Quais?
- O que pensa sobre RA para:
  - mulheres laqueadas? homens vasectomisados?
  - mulheres/homens que já têm filhos?
  - mulheres com infertilidade causada por aborto provocado?
  - Homossexuais/ casais homoafetivos?
  - Pessoas solteiras, sem parceiro/a?
  - Deveria existir banco de sêmen no SUS? E doação de óvulos/embriões?
- Quais serviços públicos e privados conhece? O que oferecem para esta clientela? Quais as possibilidades? Oferta de RA pelo SUS em outros Estados?
- É afiliado (setor público ou privado) a alguma rede de reprodução assistida? O que pensa sobre articulações existentes em RA: RedLara/ CRM ou CFM/ SBRA...?

- Existem mobilizações para o acesso da RA no SUS? Quais? De quem? Como são efetivadas? (gestores, profissionais, usuários?)
- Existem articulações interinstitucionais para acesso da RA pelo SUS no RJ? O que sabe sobre a intenção da Rede de Referência no RJ? Como são feitos os encaminhamentos?

Perguntas sobre a construção dos serviços de RH: IG/UFRJ ou HUPE/UERJ

- Histórico: Como foi fundado/organizado
- Rotinas: consultas, exames, medicamentos, encaminhamentos, FIV/ICSI, reuniões, internato e residência
- Equipe? Equipamentos? Tecnologias disponíveis?
- Financiamentos do setor? Salário/Contratação do profissional?

- Medicamentos? Parcerias?
- Perfil de usuários
- Consultas de 1ª vez: marcações, fila de espera, procura? Número de atendimentos/mês? Acompanhamentos dos ciclos de estimulação ou IA? E quando a paciente engravida?
- Articulação entre atendimentos, protocolos e exames (ultrassons, espermograma, etc)
- Dificuldades/ Barreiras do serviço
- Conquistas do serviço
- Articulações/Mobilizações para funcionamento do serviço: individuais e institucionais
    - Quais iniciativas pessoais já realizou para a implantação do atendimento em RA no serviço público? Resultados? Dificudades e soluções encontradas?
    - Quais suas impressões sobre os gestores, os outros profissionais do serviço, o próprio serviço? Há reuniões de equipe? Como é o relacionamento da equipe?

- Como se dá a relação entre serviço público e privado? Pacientes do público são encaminhadas para a rede privada? Doação de óvulos/Programa Acesso? Como funciona, quais benefícios ou problemas para as pacientes?
- Existem articulações em congressos, nacionais e/ou internacionais? Como e quais?
- Sugestões de melhoria

Identificação:

- Entrevistado número “x”
- Profissão
- Sexo
- Idade
- Setor/Unidade _____