

## POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL EM REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA

Juce Maria Appio Berti<sup>1</sup>

**Área de conhecimento:** Medicina.  
**Eixo Temático:** Saúde e sociedade.

### RESUMO

As políticas específicas de saúde orientam e favorecem a continuidade das medidas que devem ser consolidadas na prevenção ou superação de problemas. O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão das políticas nacionais de atenção integral em reprodução humana assistida. Para tal este procedeu-se uma pesquisa de natureza qualitativa, de nível exploratório e de caráter analítico, buscando identificar quais políticas de apoio ao tratamento da Infertilidade ou Esterilidade sem Causa Aparente (ESCA) são oferecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Os dados da pesquisa revelaram que os programas de apoio à reprodução assistida, são, no geral, em hospitais universitários e programas vinculados às secretarias de Saúde dos Estados de São Paulo, Pernambuco e Distrito Federal. Programas estes que o paciente não é totalmente isento do pagamento, ademais, paga-se pela medicação. Dentre os principais problemas enfrentados pelos casais que pretendem conceber um filho pelo método de reprodução assistida identificou-se como proeminente as longas filas de espera. No entanto, neste processo, o envolvimento de questões políticas, religiosas e econômicas soma-se à discussão ética e cria um palco amplo para debates e condutas. Assim, cada casal deve buscar um atendimento que esteja enquadrado nas suas concepções morais, éticas, políticas e religiosas, sempre seguindo as leis vigentes e deve exigir de seu médico a mesma conduta.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde. Políticas Públicas. Reprodução Humana Assistida.

### 1 INTRODUÇÃO

No âmbito da formulação de políticas específicas do Sistema Único de Saúde (SUS), as políticas são compreendidas como o conjunto de ações e serviços prestados à população, qualquer que seja a natureza do agente prestador - público-estatal; público-privado; privado; e filantrópico. No seu processo de formulação deve ser levado em conta o cenário social, econômico e político. Portanto, a política não deve restringir-se aos gestores e órgãos integrantes do SUS, tampouco expressar somente a linha de atuação da gestão correspondente, deve, sobretudo, expressar os rumos do sistema de saúde respectivo e ser parte integrante das políticas sociais da respectiva instância do governo. (BRASIL, 2009).

<sup>1</sup> Graduada em Enfermagem, Pós-Graduada em Enfermagem do Trabalho pelo Instituto de Estudos Avançados e Pós-graduação – ESAP: [jucemariberti@hotmail.com](mailto:jucemariberti@hotmail.com)



---

---

Neste sistema, nas definições de diretrizes, devem ser consideradas as atribuições dos gestores e as competências dos órgãos do SUS que os habilitam para o exercício de um poder de regulamentação, de intervenção executiva e de fiscalização; os dispositivos legais em vigor; e as políticas sociais vigentes. Deve-se dar destaque ao seu conteúdo por contemplar diretrizes voltadas à promoção da saúde, tendo em vista a importância e a pertinência de medidas que favoreçam os cidadãos, portanto, a qualidade de vida das pessoas. (BRASIL, 2009).

Menicucci (2009) evidencia que a criação do SUS pode ser considerada uma nova ordem social no âmbito da saúde, baseada nos princípios da universalidade e igualdade, e organizado sob as diretrizes da descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

Assim, quanto a sua efetivação, a gestão em saúde envolve os sujeitos em suas experiências concretas de relações cotidianas, em que as mudanças não se fazem sem um processo de produção de subjetividade que é sempre coletivo, histórico e determinado por múltiplos vetores como: sujeitos que possuem desejos, necessidades, interesses; processos de trabalho ou saberes; poder que se apresenta nos modos de estabelecer as relações; e políticas públicas que se legitima na coletivização dessas relações. Assim, “uma política pública só se concretiza quando ‘o que fazer’ está em sintonia com o ‘como fazer’.” (BARROS; GUEDES; ROZA, 2011, p. 4804).

Os direitos a saúde sexual e reprodutiva são conceitos desenvolvidos recentemente e representam uma conquista histórica. A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada na cidade do Cairo, em 1994, estabeleceu acordos internacionais que foram assumidos por quase duas centenas de países, sendo assumidos e ampliados na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada na cidade de Pequim (Beijing), em 1995. Não obstante, o debate passou a ficar mais complexo com o surgimento de temas relevantes, principalmente após os anos 70, a saber, uma presença internacional nas Conferências da ONU: as questões sobre a mulher, o meio ambiente e os direitos humanos. Uma série de Declarações e Instrumentos Internacionais ajudou a preparar as condições para a mudança de paradigmas ocorrido na Conferência de População do Cairo. (CORRÊA; JANNUZZI; ALVES, 2003). Assim, “as questões relacionadas aos direitos



---

---

sexuais e reprodutivos fazem parte da temática mais ampla dos Direitos Humanos e reportam às questões da cidadania moderna.” (p. 02).

No que tange as políticas de assistência a saúde da mulher, no Brasil, foi incorporada nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares. (BRASIL, 2009).

No entanto, o direito de escolha e a liberdade de decisão nos assuntos sexuais e reprodutivos são pontos centrais que orientam as ações e demandas do movimento feminista no Brasil e no mundo. Assim, toma relevância as questões relativas à saúde integral da mulher e à saúde sexual e reprodutiva, incluindo o acesso à contracepção e ao aborto seguro. Historicamente, as reivindicações pelos direitos sexuais e reprodutivos têm funcionado como um catalisador para a ampliação de outros direitos. (CORRÊA; JANNUZZI; ALVES, 2003).

No âmbito das necessidades de mudanças na abordagem às mulheres o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) lançado pelo Ministério da Saúde em 1983, foi anunciado como uma nova e diferenciada abordagem da saúde da mulher. O PAISM constitui-se também como um programa que contemplava a regulação da fecundidade sendo pioneiro, inclusive no cenário mundial, ao propor o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres, no âmbito da atenção integral à saúde, e não mais a utilização de ações isoladas em planejamento familiar. Consequentemente a adoção do PAISM representou, sem dúvida, um passo significativo em direção ao reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres. (OSIS, 1998). Ademais, para Lionço (2008) a partir de questões relativas ao combate à violência sexual, bem como à saúde reprodutiva das mulheres, emerge o alargamento da consideração da sexualidade para além do viés da lógica da reprodução sexuada, abrangendo também as dimensões de bem-estar e prazer dos indivíduos.

Este programa, PAISM, ganhou força com a implantação do II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (II PNPM), ampliando e aprofundando a atuação do governo na promoção de políticas de igualdade e justiça social com a inclusão de



---

---

novos eixos estratégicos já recorrentes no plano I (BRASIL, 2012). Apresenta como um de seus princípios a qualidade da assistência a mulher e defende, em suas diretrizes, a integralidade com várias perspectivas, entre as quais a da articulação nos diferentes níveis do SUS. (MAIA; GUILHEM; LUCCHESI, 2010).

Em consonância com Rios (2007 apud LIONÇO, 2008) há necessidade de se discutir os direitos sexuais a partir da perspectiva da universalidade dos direitos humanos. Dentre outros, as soluções para a ausência de filhos no âmbito conjugal, mediante Políticas Nacionais de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, que prevê o apoio do SUS para o tratamento da infertilidade.

O objetivo deste trabalho é realizar uma revisão bibliográfica das políticas nacionais de atenção integral em reprodução humana assistida, chamadas Novas Tecnologias Reprodutivas. (LANIUS; SOUZA, 2010). A escolha pela reprodução assistida expressa o valor atribuído à concepção como um “processo natural”, viabilizado pela tecnologia médica. (VARGAS; RUSSO; HEILBORN, 2010).

## 2 INFERTILIDADE

O diagnóstico médico sobre infertilidade apresenta a atividade sexual regular como um parâmetro inicial importante para a avaliação da “infertilidade conjugal”. (VARGAS; RUSSO; HEILBORN, 2010). Dentre os antecedentes do diagnóstico de infertilidade tanto feminina como masculina, incluem-se fatores no plano psicológico, psicossocial, espiritual e fisiológico.

No plano psicossocial o entendimento da procriação como um “dever” de todo indivíduo, que perpassa o aspecto social para o plano individual/psicológico e o desencadeamento de crises no processo inconsciente das pessoas. Os resultados do estudo de Vargas, Russo e Heilborn (2010) sobre a dinâmica sexual revelou aspectos importantes do imbricamento entre sexualidade e reprodução. A menção à atividade sexual esteve sempre referida à reprodução evidenciando as interferências das prescrições médicas na sexualidade conjugal. A prescrição médica dirigida aos casais define a necessidade de o casal manter relações sexuais com “data marcada”. Se, de um lado, a concepção é valorizada como evento “natural”, de outro, a sexualidade como experiência “natural” se fragmenta. Neste sentido, as prescrições médicas tendem a ser percebidas como incômodas e indesejadas e, por



---

---

isso, fortemente invasivas afetando o estado psicológico do indivíduo. Não obstante, a infertilidade é, para muitas mulheres, geradora de sofrimento psíquico, visto que a reprodução humana busca a perpetuação do ser. (LANIUS; SOUZA, 2010).

Quanto a fatores fisiológicos, os problemas mais citados são: Na mulher: Endometriose; Problemas de ovulação; Óvulo de baixa qualidade; Síndrome dos ovários policísticos; Obstrução nas trompas; e nos Homem: Obstrução; Problemas nos espermatozoides; Alergia a espermatozoides.

A endometriose é o problema mais evidente nas pesquisas realizadas, sendo destacada pela Revista de Endometriose da Sociedade Americana de Fertilidade, como uma doença fisiológica da mulher que causa infertilidade e pode ser classificada em quatro estágios: mínima ou estágio I, leve ou estágio II, moderada ou estágio III e grave ou estágio IV dependendo do tamanho e profundidade dos implantes peritoniais e ovarianos, na extensão, presença e tipo de aderência. (LIMA; ROSA E SILVA; MOURA, 2006). Segundo Nacul e Spritzer (2010) essa classificação, embora com algumas limitações, é bastante útil na orientação do tratamento pós-cirúrgico, especialmente quando a queixa da paciente é infertilidade.

A infertilidade pode ocorrer nos casos de endometriose moderada, e mais frequentemente na endometriose grave, onde se identificam comprometimento da anatomia pélvica, envolvendo, sobretudo os ovários. Já na endometriose mínima ou leve ocorre uma menor taxa de fecundidade mensal (TFM) que é calculada através do número de gestações dividido pelo número de meses de exposição à gravidez, mas a gravidez na maioria dos casos acontece espontaneamente ao contrário da endometriose grave, que necessita de tratamento. (NAVARRO; BARCELOS; ROSA E SILVA, 2006).

Nas pacientes que apresentam endometriose em estágios I e II (mínima e leve) o tratamento e a conduta expectante resultam em índices de gestação, porém, quanto mais precoce for à cauterização dos focos, melhor será o futuro reprodutivo da mulher. (PASSOS et al., 2006).

Para Gerber et al. (2002), a cirurgia para os casos de endometriose moderada e grave, também não promove melhora significativa da infertilidade, porém cada caso deve ser avaliado individualmente, e quando a cirurgia for indicada é fundamental que esse ato evite formações de aderências e que seja preservada a função ovariana. Nos estágios moderado ou grave não se possui evidências nos



---

---

estudos já publicados da eficiência da cirurgia para tratamento da infertilidade, todos os estudos relatam que a cirurgia nesses estágios não melhorou as taxas de fecundidade, nesses estágios de infertilidade juntamente com os casos que possuem alteração da anatomia pélvica.

Já para os casos de endometriose leve e mínima a remoção cirúrgica de implantes endometrióticos resulta em melhora nas taxas de gestação. Não obstante, a Fertilização in vitro (FIV) pode ser uma alternativa, por ser um tratamento de reprodução assistida que consiste em propiciar, em condições específicas determinadas para tal fim, em laboratório, a fecundação do óvulo pelo espermatozoide fora do corpo da mulher. (MAKUCH; FILETTO, 2010).

O tratamento da infertilidade nas pacientes com endometriose mínima e leve é feito, portanto, através de estímulos da fecundidade em ciclos inespecíficos, incluindo a hiperestimulação ovariana controlada com inseminação intra uterina, a transferência intratubária de gameta e a fertilização in vitro (FIV). A fertilização in vitro e a técnica de transporte dos embriões foram desenvolvidas para atender pacientes com agenesia das trompas uterinas e para determinadas patologias como no caso da endometriose, e também para pacientes com infertilidades masculina. Para que essa técnica seja aplicada a fim de alcançar a fertilização a paciente devesse possuir uma cavidade uterina normal, uma fonte de ovócitos e receber quantidade adequada de espermatozoides. (MORAES, 2007).

A infertilidade não é somente um problema exclusivamente feminino, Makuch e Filetto (2010) realizaram em seu estudo entrevistas com sete mulheres e seus parceiros que estavam iniciando os procedimentos de fertilização in vitro por possuírem diagnóstico de infertilidade e as características das pessoas indicam que a infertilidade é um problema recorrente em ambos os sexos e alguns tratamentos podem ser indicados para pacientes com endometriose e infertilidade, levando-se em conta o grau da doença, o envolvimento das trompas, a idade, o tempo de infertilidade e a presença de outros fatores associados.

## 2.1 PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS

A Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde, de 2004 pode ser uma das mais consequentes respostas das políticas de saúde do Brasil a



---

---

essa inexorável presença da ética no âmbito da construção do SUS. Com efeito, desde suas origens, a proposição da humanização coloca no centro dos desafios políticos do SUS o cultivo de uma ética de emancipação dos sujeitos, realizada não por qualquer tipo de principalismo ou formalismo, mas pelo reconhecimento da centralidade da palavra, da dignidade do diálogo como meio de construção compartilhada entre sujeitos plenos de direito de uma atenção à saúde universal, equânime e integral. (AYRES, 2009a).

Neste arcabouço, Ayres (2009a) reafirma que para a co-construção dos modelos de atenção do SUS é preciso que o sujeito usuário não seja submetido a objetividade construída pelo profissional, caracterizando o cuidado como verdadeira fusão de horizontes entre profissionais e usuários.

Assim, o campo da saúde no Brasil constituiu-se como um terreno de intensos debates quando toma por foco a organização das políticas públicas (GOMES; MERH, 2011). No âmbito do Sistema de Planejamento do SUS são estabelecidos os instrumentos básicos inerentes a todas as esferas de gestão, o Plano de Saúde (PS), a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG), os quais foram instituídos pela Portaria Nº. 3.085/2006, que regulamenta o planejamento do SUS. Esses instrumentos constam da Portaria Nº. 3.332/2006, bem como da Portaria Nº. 3.176/2008. (BRASIL, 2009).

As políticas específicas de saúde orientam e favorecem a continuidade das medidas que devem ser consolidadas na prevenção ou superação de problemas, assim como na promoção da saúde. Tal importância vem sendo considerada também por diferentes áreas técnicas, as quais vêm propondo, construindo e pactuando políticas específicas. São exemplos recentes a Política Nacional de Promoção da Saúde, a Política Nacional de Atenção Básica, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e O Programa de Assistência Integral à saúde da Mulher. (BRASIL, 2009).

É importante destacar que, com a criação da então Secretaria de Políticas de Saúde, em 1997, o Ministério da Saúde deflagrou um processo formal de formulação de políticas específicas, desenvolvido segundo metodologia definida à época. A partir dessa metodologia, foram formuladas a Política Nacional de Medicamentos, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, a Política Nacional de Saúde do Idoso, entre outras. (BRASIL, 2009).



Em sua constituição, as instituições públicas devem ser orientadas por políticas expressas, nas quais estejam explicitadas minimamente diretrizes e papéis dos órgãos ou setores responsáveis por sua consecução. Existe um amplo e diversificado referencial teórico acerca de políticas, sobretudo, a sua importância, abrangência e aplicação. (BRASIL, 2009).

Entende-se por política as decisões de caráter geral, destinadas a tornar públicas as intenções de atuação do governo e a orientar o planejamento – no tocante a um determinado tema. Com a explicitação formal dessas decisões, buscase, também, permitir o acesso da população em geral, e dos formadores de opinião em particular, à discussão, à implementação e à avaliação das políticas. (BRASIL, 2009).

A questão de reprodução passou a fazer parte das políticas públicas, inicialmente, não como um direito geral, mas como um ponto específico no âmbito das políticas de saúde. Todavia, o próprio conceito de saúde passou por uma evolução importante nas últimas décadas. A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu o conceito de saúde, em 1948, da seguinte forma: “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade.” (CORRÊA; JANNUZZI; ALVES, 2003, p. 07). Esta definição representa um avanço, para a época, na medida em que definiu saúde de forma ampla e multidimensional, incluindo a saúde reprodutiva.

O cerne de uma política específica como o “Programa Assistência Integral à saúde da Mulher: bases de ação programática” (PAISM) foi elaborado pelo Ministério da Saúde e apresentado na Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) da explosão demográfica em 1983, a discussão se pautava predominantemente sobre o controle da natalidade. O Ministério da Saúde teve um papel fundamental, pois influenciou no âmbito do Governo Federal e este por sua vez, se posicionou e defendeu o livre arbítrio das pessoas e das famílias brasileiras em relação a quando, quantos e qual o espaçamento entre os/as filhos/as. Trata-se de um documento histórico que incorporou o ideário feminista para a atenção à saúde integral, inclusive responsabilizando o estado brasileiro com os aspectos da saúde reprodutiva. Desta forma as ações prioritárias foram definidas a partir das necessidades da população feminina, o que significou uma ruptura com o modelo de atenção materno-infantil até então desenvolvido. (BRASIL, 2011).





---

---

Este programa, PAISM, preocupa-se em dar assistência, em todas as fases da vida, clínico ginecológica, no campo da reprodução (planejamento reprodutivo, gestação, parto e puerpério) como nos casos de doenças crônicas ou agudas. O conceito de assistência reconhece o cuidado médico e de toda a equipe de saúde com alto valor às práticas educativas, entendidas como estratégia para a capacidade crítica e a autonomia das mulheres. Destaque para o Balanço das Ações de Saúde da Mulher 1998-2002, o Estudo da Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil, a Avaliação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, a Avaliação dos Centros de Parto Normal e a Avaliação da Estratégia de Distribuição de Métodos Anticoncepcionais. (BRASIL, 2011).

Apesar de se usar os termos sexual e reprodutiva juntos é preciso ter claro que tratam-se de duas dimensões separadas. A atividade sexual não implica, necessariamente, em reprodução. A reprodução, geralmente, envolve a atividade sexual, mas com as novas técnicas de fertilização in vitro pode haver reprodução sem intercurso sexual. A questão dos direitos sexuais e reprodutivos tem suas especificidades e sua própria história. Em primeiro lugar, é preciso destacar que a questão dos direitos tem uma dimensão diferente e, às vezes, mais ampla que a questão da saúde, apesar da saúde ser um direito humano fundamental. (CORRÊA; JANNUZZI; ALVES, 2003).

Os direitos reprodutivos se opõem, por um lado, a qualquer tipo de controle coercitivo da natalidade e, por outro, a qualquer tipo de imposição natalista que implique a proibição de uso de métodos contraceptivos. Assim, os direitos reprodutivos implicam que toda pessoa tenha a liberdade de escolha para definir como, quando e quantos filhos quer ter, além de poder contrair matrimônio de maneira livre e com o pleno consentimento de ambas as pessoas. Não obstante o conceito de direitos sexuais é complexo e de desenvolvimento recente. Existem as questões sexuais que estão intrinsicamente ligadas às questões reprodutivas. Contudo, quando se trata de direitos sexuais e reprodutivos, existem questões, que por sua própria natureza não-reprodutiva, devem ser tratadas de forma separada. (CORRÊA; JANNUZZI; ALVES, 2003).

A Constituição Federal de 1988 afirma, no seu art. 196, que a saúde é um direito universal e responsabiliza o Estado pela realização de políticas públicas que a garantam. Com ela, foi criado o Sistema Único de Saúde, que foi regulamentado



---

---

com a Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica Saúde, que definia como alguns dos princípios e diretrizes do SUS: universalidade; equidade e integralidade. (BRASIL, 2000).

Para Lionço (2008) a universalidade preconiza constitucionalmente os direitos sociais, dentre os quais o direito à saúde. A saúde, enquanto direito de todos e dever do Estado, é, no entanto, um ideal, sendo atravessada por iniquidades que devem ser combatidas com ações que proponham reverter quadros de exclusão e de violação de direitos humanos fundamentais, na perspectiva da promoção da equidade para distintos grupos sociais.

Se, por um lado, a universalidade do direito à saúde como direito de cidadania prevê o princípio da igualdade na proposição de políticas que alcancem a totalidade dos cidadãos, o foco de ações e políticas específicas é um recurso necessário para a própria efetivação da universalidade, mediante promoção da equidade entre grupos em situação desigual. (LIONÇO, 2008).

Rios (2007 apud LIONÇO, 2008) propôs a formulação de um direito democrático da sexualidade, enfatizando a necessidade de discutir os direitos sexuais a partir da perspectiva da universalidade dos direitos humanos. Três eixos têm sido estruturado por este autor: (a) a questão das identidades, relativas às expressões da sexualidade, incluindo-se as homossexualidades e as identidades de gênero; (b) as consequências e condições da relação sexual, por exemplo, às práticas de prevenção ou planejamento da concepção; e (c) a busca pela fundamentação dos direitos sexuais, historicamente referida à noção de saúde sexual.

A universalização, equidade e integralidade são mutuamente referente. Contudo, Ayres (2009a) argumenta que entre esses três princípios, parece claro que a integralidade assume maior complexidade. Com efeito, entre os princípios do SUS é a integralidade que mais conduz o desafio de realizar os valores de justiça, democracia e efetividade do acesso à saúde para a intimidade do núcleo tecnológico das práticas de saúde. Pois, segundo este autor, o princípio da universalidade nos impulsiona a construir o acesso para todos, o da equidade nos exige pactuar com todos o que cada um necessita, mas a integralidade nos desafia, a saber, e fazer o “quê” e “como” pode ser realizado em saúde para responder universalmente às necessidades de cada um.



---

---

A integralidade como princípio do SUS corresponde a grande dificuldade de sua definição precisa, e maior ainda de sua operacionalização. Sua complexidade, e/ou dificuldades não diminuem, contudo, sua relevância, pois a busca da integralidade constitui uma força fundamental para evitar que a universalidade se reduza a uma mera formalidade, a um franqueamento legal a práticas socialmente desvalorizadas, e que a equidade se torne um preceito abstrato, irrealizável na prática. Porém, mais do que conceitualmente necessário para a plena realização dos demais, o princípio da integralidade tem demonstrado, na prática, uma enorme vitalidade e capacidade de aglutinar em torno de si conjuntos diversos de ideias e sujeitos interessados na melhoria da qualidade, democratização e justiça das ações de atenção à saúde. (AYRES, 2009a).

A temática da integralidade, em consonância com a classificação estabelecida por Mattos (2006) são: Medicina integral: trata das práticas profissionais e milita pela compreensão abrangente das necessidades de saúde dos usuários dos serviços, buscando contemplar necessidades que não se reduzem ao controle das doenças; Integralidade nas políticas específicas: são políticas direcionadas a populações ou portadores de doenças específicas, como idosos e portadores de HIV, com a proposta de abarcar as diversas dimensões envolvidas na questão; Integralidade na organização dos serviços: relaciona-se à articulação e coordenação entre os serviços e à garantia da continuidade da assistência; Saúde da Mulher: marco na luta pela integralidade na assistência à saúde. Por muitos anos, o assunto esteve pautado na intervenção sobre os corpos das mulheres-mães.

Conforme argumentado por Ayres (2009a) os quatro eixos são relacionados entre si e guardam certa interdependência, embora nenhum deles possa ser completamente reduzido a qualquer um dos demais, pois, os discursos sobre integralidade, em cada um deles, têm, muitas vezes, origens, porta-vozes e objetivos distintos, mas em todos se identifica a percepção de que os valores que guiam a construção do SUS apontam para a intimidade dos processos de trabalho em saúde como instância fundamental para sua realização.

Para Ayres (2009b), este é um processo construtivo-reflexivo para os profissionais da saúde em um movimento intrínseco de reapropriação e aprofundamento consistente em torno do tema “Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde”. Desta as temáticas: sobre a perspectiva de se constituir o



---

---

profissional da saúde, como cuidador, a partir da dimensão intersubjetiva do cuidado; sobre o “encontro desejante”, do si mesmo com o outro, como possibilidade de modelagem do cuidado em situações aflitivas ou de alcance de um bem-estar; sobre como “reconhecer o outro do cuidado” no cotidiano das ações em saúde, por meio de pontes linguísticas entre os sujeitos que possibilitem o compartilhamento de horizontes normativos; e como, então, este constructo “cuidado” pode remodelar práticas que agreguem êxito técnico e sucesso prático; e de como é possível mobilizar tais referências na formação e na prática assistencial.

### 3 METODOLOGIA

Este estudo pode ser caracterizado como uma pesquisa de natureza qualitativa, exploratória e de caráter analítico. Segundo Gil (1999, p. 43), a pesquisa exploratória tem “como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores”. Para o levantamento exploratório das políticas nacionais de atenção integral em reprodução humana assistida foram utilizados métodos de pesquisa bibliográfica. A pesquisa bibliográfica segundo Marconi e Lakatos (2008, p. 12) é “um apanhado geral sobre os principais trabalhos já realizados, revestidos de importância por serem capazes de fornecer dados atuais e relevantes relacionados com o tema”.

A pesquisa bibliográfica é uma das melhores formas de iniciar um estudo, buscando-se semelhanças e diferenças entre os artigos levantados nos documentos de referência. Sendo que as informações em meios eletrônicos é um grande avanço para os pesquisadores, dando acesso e proporcionando atualização contemporâneas. (BREVIDELLI, 2008). Para a realização desta pesquisa, inicialmente foi realizado um levantamento bibliográfico dos princípios e diretrizes do SUS e na sequência a identificação das políticas nacionais de atenção integral em reprodução humana assistida.

Para tal procedeu-se uma pesquisa exploratória no site do Ministério da Saúde e em seguida explorou-se as páginas institucionais para procedimento de coleta de dados.



---

---

## 4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Segundo Brasil, estima-se que, no Brasil, mais de 278 mil casais em idade fértil tenham dificuldade para conceber um filho. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e sociedades científicas, entre 8% e 15% dos casais têm algum problema de infertilidade. Esta deficiência é definida como a incapacidade de um casal alcançar a concepção após 12 meses de relações sexuais regulares sem uso de contracepção.

Este problema tem sido foco dos programas de assistência em planejamento familiar desde 2005 quando o ministro de estado da saúde Humberto Costa, no uso de suas atribuições, e considerando a necessidade de estruturação no SUS publica em 22 de março de 2005 a portaria nº 426/GM que considera relevante a assistência em planejamento familiar, por meio da Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, ofertando todos os métodos e técnicas para a concepção e a anticoncepção cientificamente aceitas. A política de Reprodução Humana Assistida do ministério objetiva ampliar o acesso de casais às soluções para infertilidade. A Política foi instituída a partir da publicação da Portaria [GM nº 426](#), de 22/03/05 e regulamentada pela Portaria [SAS nº 388](#) de 06/07/05.

Entretanto, a Portaria foi suspensa pela portaria [GM nº 1.187](#) de 13 de julho de 2005 (BRASIL, 2005), sendo que, a partir desta revogação, nem o SUS nem os planos privados de saúde cobrem despesas com reprodução assistida.

Atualmente no Brasil a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida prevê o apoio do SUS para o tratamento da infertilidade. Sendo este serviço normalmente oferecido em hospitais universitários e também em hospitais conveniados ao SUS. O Ministério da Saúde coordena as políticas de assistência à população e define suas diretrizes, mas são as secretarias estaduais e municipais os órgãos responsáveis por sua execução. (BRASIL, 2012):

Entre as instituições que oferecem o tratamento da infertilidade apresentam-se as mesmas listadas no Quadro 01.



Quadro 01 - Instituições de apoio ao tratamento de infertilidade

Instituição	Dados da instituição
Centro de Reprodução Assistida do Hospital Regional da Asa Sul (HRAS), antigo HMIB	Brasília, vinculado à Secretaria de Saúde do Distrito Federal
<a href="#">Centro de Referência em Saúde da Mulher, antigo Hospital Pérola Byington</a>	São Paulo, vinculado à Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo
<a href="#">Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIPE)</a>	Recife, uma instituição filantrópica de caráter público
Hospital Universitário de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (USP)	Hospital Universitário – Ribeirão Preto – SP
<a href="#">Hospital Universitário da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp)</a>	Hospital Universitário – São Paulo – SP

Fonte:Brasil, 2012.

O levantamento dos programas de apoio a reprodução assistida apoiadas pelo SUS são apresentados a seguir:

Centro de Referência em Saúde da Mulher, em São Paulo, vinculado à Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, realiza cerca de 300 ciclos de fertilização assistida de alta complexidade por ano, além de 100 ciclos de técnicas não invasivas, como a inseminação intra-uterina. As técnicas de alta complexidade são representadas pela fertilização “in vitro” convencional e pela injeção intracitoplasmática de espermatozóide (ICSI).

Dados do [Instituto Materno Infantil de Pernambuco \(IMIPE\)](#), em Recife, apresenta a mesma como sendo uma instituição filantrópica de caráter público que desde janeiro de 2004 funciona o Serviço de Reprodução Humana Assistida. O setor tem como finalidade básica solucionar os efeitos da esterilidade e infertilidade conjugal através dos procedimentos técnicos no âmbito da concepção assistida. Os dados atuais indicam que a partir dos tratamentos já realizados nasceram seis bebês e cinco gestantes estão sendo acompanhadas.

Ademais, o tratamento oferecido pela reprodução humana é uma oportunidade para as pessoas que têm dificuldade para ter filhos. Em 2010, foram realizadas 50 fertilizações in vitro e 10 inseminações artificiais no serviço do IMIP. No entanto, para que esse desejo seja concretizado muitas etapas devem ser superadas. A fila de espera é uma delas. Atualmente, cerca de 600 pessoas estão aguardando atendimento no IMIP, o que só acontece cerca de cinco a seis anos após entrar na lista.

Para colocar o nome na lista de espera, é necessário um encaminhamento do SUS, em seguida, uma avaliação dos médicos da esterilidade para posterior encaminhamento para o ambulatório da reprodução humana. Os pacientes são



---

---

acompanhados por uma equipe multiprofissional, formada por médicos especialistas em reprodução humana, biomédicos, enfermeira, psicólogo, assistente social, psiquiatra, andrologista e ultrassonografista.

No programa de reprodução humana do Hospital Universitário de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (USP) o paciente tem pagar pela medicação, sendo gratuito o tratamento e a internação.

O programa de tratamento de infertilidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) é gratuito para mulheres de até 37 anos de idade com características biológicas que impedem a ovulação, podendo realizar um tratamento completo pagando apenas os custos da medicação. O procedimento é simples, feito em ambulatório, sem necessidade de anestesia ou internação e dura cerca de três meses.

Como já discutido, e em consonância com Cecílio (2006) a integralidade como um princípio do SUS trabalha de forma macro, na articulação de serviços de saúde a uma rede complexa, com outros serviços de saúde e outras instituições, nem sempre necessariamente pertencentes à saúde. O autor destaca que isso é essencial diante do entendimento de que a melhoria das condições de vida é tarefa intersetorial, ainda mais quando se lida com questões de saúde complexas.

Menicucci (2009) faz um balanço dos avanços e desafios do SUS a partir de uma avaliação tanto dos resultados alcançados quanto dos constrangimentos para a efetiva consolidação de seus objetivos. Dentre outros, discute os desafios recorrentes de fatores exógenos ao SUS. Para este autor se avanços consideráveis foram obtidos no âmbito do sistema de saúde, o alcance dos objetivos finalísticos do SUS está associado a questões cuja solução está fora dele, localizando-se no âmbito político da definição de políticas públicas. Assim, 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, isso demanda a 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.



O que parece mais decisivo é que não têm sido construídas, no âmbito do setor de saúde ou mesmo na sociedade, propostas consistentes no sentido de uma transição para uma regulamentação sob a lógica do interesse público. Uma macrorregulação que defina a forma de inserção do setor privado no sistema de saúde não tem feito parte da agenda pública e/ou governamental e o esforço regulatório tem sido voltado para o cotidiano das operações do SUS. É necessária também uma agenda de saúde que ultrapasse a atuação do SUS e que se sustente no conceito constitucional de direito à saúde, garantido por meio de um conjunto de políticas públicas. (MENICUCCI, 2009).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão das políticas nacionais de atenção integral em reprodução humana assistida. Para tal este estudo caracterizou-se como uma pesquisa de natureza qualitativa, de nível exploratório e de caráter analítico, buscando identificar quais políticas de apoio ao tratamento da Infertilidade ou Esterilidade sem Causa Aparente (ESCA) é oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O levantamento dos programas de apoio a reprodução assistida, são, no geral, hospitais universitários dos programas do Hospital Universitário de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (USP); Hospital Universitário da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Nesses programas o paciente não é totalmente isento do pagamento. Ademais para receber o tratamento o casal deve pagar pela medicação.

De caráter público, identificaram-se os programas do Centro de Referência em Saúde da Mulher em São Paulo, que é vinculado à Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, o [Instituto Materno Infantil de Pernambuco \(IMIPE\)](#), em Recife, uma instituição filantrópica de caráter público e Centro de Reprodução Assistida do Hospital Regional da Asa Sul (HRAS), antigo HMIB vinculado a Secretária de saúde do Distrito Federal.

A partir da pesquisa realizada, percebeu-se que em todos os programas, o problema recorrente enfrentado pelos casais que pretendem conceber um filho são as longas filas de espera. À exemplo, dados do Centro de Reprodução Assistida do Hospital Regional da Asa Sul no Distrito Federal, atualmente, cerca de 600 pessoas





estão aguardando atendimento que só acontece cerca de cinco a seis anos após entrar na lista e para incluir o nome na lista de espera, é necessário um encaminhamento do SUS, bem como avaliação dos médicos da esterilidade.

Assim, considera-se que, mesmo com tantos avanços que o programa de atenção a saúde da Mulher representou ainda requer-se junto aos órgãos competentes significativos avanços em direção ao reconhecimento dos direitos reprodutivos.

O sucesso dessa técnica permite que muitos casais possam obter a “tão sonhada” gestação que, por algum motivo, não ocorria. O envolvimento de questões políticas, religiosas e econômicas soma-se à discussão ética e cria um palco amplo para debates e condutas. Assim, cada casal deve buscar um atendimento que esteja enquadrado nas suas concepções morais, éticas, políticas e religiosas, sempre seguindo as leis vigentes e deve exigir de seu médico a mesma conduta.

Crianças nascidas após tratamento de fertilização in vitro não são diferentes das demais, nem os casais que as originaram. Não obstante, Homens não são menos viris e mulheres não são menos femininas por terem se submetido a alguma ajuda médica para obter uma gravidez.

## REFERÊNCIAS

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saude soc.** [online], vol.18, suppl.2, 2009a.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Cuidado:** Trabalho e Interação nas Práticas de Saúde. Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2009b.

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** [online], vol.16, n.12, 2011.

BRASIL. **Constituição 1998:** texto constitucional de 5 de outubro de 1998, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais de revisão nº. 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal; 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Planejamento familiar.** Disponível em <<http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/saude-da-mulher/planejamento-familiar>>. Acesso em 05 de abril de 2012.



BRASIL. Ministério da Saúde. **Políticas de assistência à mulher**. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/saude-da-mulher/saude-para-mulher>> Acesso em 05 de abril de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de planejamento do SUS : uma construção coletiva : formulação de políticas específicas de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília : **Ministério da Saúde**, 2009.

BRASIL, portal de saúde. **O Programa “Assistência Integral à saúde da Mulher: bases de ação programática” (PAISM)**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=152](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=152)>. Acesso em 20 de Nov. de 2011.

BRASIL, portal de saúde. **Reprodução Humana Assistida**. PORTARIA Nº 426/GM Em 22 de março de 2005. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/area.cfm?id\\_area=832](http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/area.cfm?id_area=832)> Acesso em 05 de abril de 2012.

BREVIDELLI, M.M.; DE DOMENICO, E. B. **Trabalho de conclusão de curso: guia prático para docentes e alunos da área da saúde**. 2a ed. São Paulo: Iátria; 2008.

CECÍLIO L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6 a Ed. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2006.

CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DA MULHER. Disponível em: <<http://www.hospitalperola.com.br>>. Acesso em 17 de abr. de 2012.

CORREIA, S.; JANNUZZI, P.M., ALVES, J.E.D. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicações. UNFPA-Brasil, ABEP e IBGE. Rio de Janeiro, setembro de 2003. Disponível em: [http://www.abep.org.br/fotos/Dir\\_Sau\\_Rep.pdf](http://www.abep.org.br/fotos/Dir_Sau_Rep.pdf). Acesso 26 de maio de 2012.

GEBER, S. et al. Resultados de Técnicas de Reprodução Assistida em Pacientes Previamente Submetidas a Cirurgia Ovariana para o Tratamento da Endometriose. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, jul. 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010072032002000600003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032002000600003&lng=pt&nrm=iso)> Acesso em: 27 jan. 2012.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5 a Ed. São Paulo: Atlas; 1999.

GOMES, L. B.; MERHY, E. E.. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cad. Saúde Pública** [online], vol.27, n.1, 2011.

INSTITUTO MATERNO INFANTIL DE PERNAMBUCO (IMIPE). Disponível em: <[www.imip.org.br](http://www.imip.org.br)>. Acesso em 17 de abr. de 2012



LANIUS, M.; SOUZA, E. L. A. de. Reprodução assistida: os impasses do desejo. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.** [online], vol.13, n.1, 2010.

LIONCO, T. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. **Saude soc.** [online]. 2008, vol.17, n.2, pp. 11-21. ISSN 0104-1290.

LIMA, A. P. de; ROSA E SILVA, A. A. M.; MOURA, M. D. de. Concentrações de FSH, LH, estradiol, progesterona e histamina no soro, no fluido peritoneal e no fluido folicular de mulheres com e sem endometriose. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, nov. 2006. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010072032006001100003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032006001100003&lng=pt&nrm=iso)> Acesso em: 27 jan. 2012.

MAIA, C.; GUILHEM, D.; LUCCHESI, G. Integração entre vigilância sanitária e assistência à saúde da mulher: um estudo sobre a integralidade no SUS. **Cad. Saúde Pública** [online], vol.26, n.4, 2010.

MAKUCH, M. Y.; FILETTO, J. N. Procedimentos de fertilização *in vitro*: experiência de mulheres e homens. **Psicol. estud.** [online], vol.15, n.4, 2010.

MARCONI M. A.; LAKATOS, E.M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados.** 7 a Ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MENICUCCI, T. M. G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cad. Saúde Pública** [online], vol.25, n.7, 2009.

MORAES, G. E. S. **Espermocitologia:** espermocitograma em critério estrito. 2.ed. rev.e atual. Caxias do sul: Educs, 2007.

NACUL, A. P.; SPRITZER, P. M. Aspectos atuais do diagnóstico e tratamento da endometriose. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, jun. 2010.

Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010072032010000600008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032010000600008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 02 fev. de 2012.

PROGRAMA DE TRATAMENTO DE INFERTILIDADE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP). Disponível em: <<http://www.hospitalsaopaulo.org.br>>. Acesso em 17 de abr. de 2012.

NAVARRO, P. A. A. S.; BARCELOS, I. D. S.; ROSA E SILVA, J. S C. Tratamento da endometriose. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 10, out. 2006. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010072032006001000008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032006001000008&lng=pt&nrm=iso)> Acesso em 02 fev. de 2012.

OSIS, M. J. M. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. 1998, vol.14, suppl.1, pp. S25-S32.

PASSOS, E. P. et al.. Endometriose. In: FREITAS, Fernando et al.. **Rotinas em ginecologia.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.



---

---

VARGAS, E. P.; RUSSO, J. A.; HEILBORN, M. L. Sexualidade e reprodução: usos e valores relativos ao desejo de filhos entre casais de camadas médias no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, vol.26, no.1, Jan 2010.

