



Universidade Católica do Salvador
Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação
Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania

CAROLINA ORRICO SANTOS

**O PROCESSO DE FORMULAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA
EM REPRODUÇÃO ASSISTIDA: O PROJETO DE LEI N°
517/2011, NO ESTADO DE SÃO PAULO**

Salvador
2013

CAROLINA ORRICO SANTOS

**O PROCESSO DE FORMULAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA
EM REPRODUÇÃO ASSISTIDA: O PROJETO DE LEI N°
517/2011, NO ESTADO DE SÃO PAULO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Sociais e Cidadania.

Orientadora: Professora Dra. Isabela Cardoso de Matos Pinto.

**Salvador
2013**

UCSal. Sistema de Bibliotecas.

S237 Santos, Carolina Orrico.

O processo de formulação da política pública em reprodução assistida: o Projeto de Lei Nº 517/2011, no Estado de São Paulo/ Carolina Orrico Santos. – Salvador, 2013.

86 f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica do Salvador.
Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania.

Orientação: Profa. Dra. Isabela Cardoso de Matos Pinto.

1. Direito à saúde 2. Direito sexual - Reprodutivo 3. Política Pública – Reprodução humana 4. Agenda Governamental - Estado de São Paulo I. Título.

CDU 34:364.444(815.6)

TERMO DE APROVAÇÃO

CAROLINA ORRICO SANTOS

**“O PROCESSO DE FORMULAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA EM REPRODUÇÃO HUMANA
ASSISTIDA: O PROJETO DE LEI Nº 517/2011, NO ESTADO DE SÃO PAULO.”**

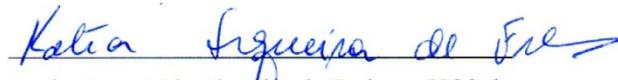
Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Políticas
Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador.

Salvador, 28 de agosto de 2013.

Banca Examinadora:



Profª. Dra. Isabela Cardoso de Matos Pinto - Orientadora UFBA/UCSal



Profª. Dra. Kátia Siqueira de Freitas - UCSal



Prof. Dr. André Alves Portela – UCSal

A Helena e Leopoldo,
amor de toda vida, com quem aprendi tudo, especialmente o gosto pelos livros.

A André,
parceiro de todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação foi construída com muito carinho, ao longo de cinco anos de pesquisa, quando, ainda na graduação, o tema sobre descarte dos embriões chamou a minha atenção. Por isso, não poderia deixar de agradecer a pessoas essenciais à conclusão deste trabalho:

A Cristiano Chaves, meu orientador na graduação, professor e amigo, responsável por essa paixão na minha vida.

A Camilo Colani, professor e amigo, que sempre me incentivou e telefonou dizendo: “– Carol, se inscreva num mestrado urgente!”

A Luciano Chaves, grande amigo, que antes mesmo do mestrado já bateu palmas para mim na apresentação da graduação e me deu todo apoio necessário nessa jornada.

A Maria Isabel, por toda dedicação nos ensinamentos e revisões do meu trabalho.

A todos os professores do mestrado, sem exceção – especialmente Angela –, uma equipe de qualidade, profissionalismo e competência, que contribuiu não só com meu trabalho, mas com a minha vida.

À minha orientadora, Isabela Pinto, uma profissional incrível e competente que soube ser dura e amável ao mesmo tempo, contribuindo para o meu aprimoramento profissional, um exemplo de ser humano.

À minha diretora, Rita Margareth, que soube compreender minhas angústias e meus momentos de aflição, no trabalho com esse mestrado.

A toda minha família, que sempre me incentivou a buscar novos desafios, por todo amor de sempre.

Aos amigos, pela compreensão e paciência com minhas ausências e, especialmente, com o meu humor nos momentos finais.

Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou quem deveria ser, mas graças a Deus, não sou o que era antes.

Marthin Luther King

RESUMO

Santos, Carolina Orrico. O processo de formulação da política pública em reprodução assistida: o Projeto de Lei Nº 517/2011, no Estado de São Paulo Salvador, 2013. 93f. Dissertação (Mestrado) Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania - Universidade Católica do Salvador.

A pesquisa discute o processo de formulação da política pública em reprodução humana assistida, de modo especial o Projeto de Lei nº 517/2011 e sua entrada na agenda governamental do Estado de São Paulo, no intuito de investigar o porquê, como e para que se dá o processo de formulação do “Programa de Assistência Básica em Reprodução Humana” (Projeto de Lei nº 517/2011) na agenda governamental do Estado de São Paulo. Especificamente, buscou-se ainda: identificar o problema que justifica a formulação da política de assistência em reprodução humana assistida no sistema público de saúde do Estado de São Paulo à luz do modelo teórico de política pública de Kingdon; levantar e sistematizar os documentos existentes sobre as propostas/alternativas para a assistência em reprodução humana assistida no sistema público de saúde do Estado de São Paulo; mapear os atores/participantes do processo de formulação da política pública em reprodução humana assistida na agenda governamental do Estado de São Paulo. Assim, este estudo pretende ampliar a compreensão dos direitos sociais, quais sejam: o direito à saúde e o direito sexual e reprodutivo a luz da Lei do Planejamento Familiar, a fim de que as camadas menos favorecidas economicamente possam desfrutar desses direitos, por vezes tolhidos pelo sistema econômico neoliberal e capitalista. Tais direitos auxiliam na construção de um Estado do Bem Estar Social, no qual a cidadania pode ser exercida de maneira salutar à dignidade da pessoa humana. Nesse sentido, a metodologia adotada foi de uma pesquisa qualitativa com revisão bibliográfica, análise documental e o delineamento do estudo de caso, o qual utilizou como instrumento de coleta de dados a entrevista, para buscar a percepção dos atores envolvidos no processo de formulação da política supramencionada, tendo como referencial teórico o modelo de políticas públicas de Kingdon. O caso estudado foi o Projeto de Lei nº 517/2011, que instituiu o “Programa de Assistência Básica em Reprodução Humana”, da Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. Os dados obtidos evidenciaram que, no Brasil, a política pública ora abordada é escassa, refletindo, pois, no acesso a uma classe menos favorecida. Desse modo, fica evidenciada a necessidade da participação do Estado, através das ações formuladas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ou pelas Parcerias Público-Privadas (PPP). Ressalta-se, entretanto, que as questões orçamentárias para a consecução das políticas de reprodução humana assistida representam empecilhos para sua implementação, devido à limitação dos recursos governamentais, haja vista que a previsão orçamentária ainda é insuficiente. Outrossim, deve-se atentar para o discurso do benefício das privatizações nas prestações dos serviços garantidos constitucionalmente à população como um todo, uma vez que a ausência de regras bem definidas pode favorecer ao desvio dos objetivos reais da referida política, não atendendo, pois, ao público ao qual se destina.

Palavras-Chave: Direito à Saúde. Direito Sexual e Reprodutivo. Política Pública. Agenda Governamental. Formulação de Política.

ABSTRACT

Santos, Carolina Orrico. The process of formulating public policy on assisted reproduction: Draft Law No. 517/2011 in the State of São Paulo Salvador, 2013. 93f. Thesis (Master) Master in Social Policy and Citizenship - Catholic University of Salvador.

The research discusses the process of public policy-making in assisted human reproduction, particularly the Bill of Law nº 517/2011 and its entry into the government agenda of the State of São Paulo, in order to investigate why, how and who gives the process of formulating the "Basic Assistance Program in Human Reproduction" (Bill nº 517/2011) on the government agenda of the State of São Paulo. Specifically, we sought also to identify the problem that justifies the policy formulation assistance in assisted human reproduction in the public health system of the State of São Paulo the light of the theoretical model of public policy Kingdon; lift and systematize existing documents on proposals / alternatives for assistance in assisted human reproduction in the public health system of the State of São Paulo; map the actors / participants in the formulation of public policy on assisted human reproduction in the government agenda of the State of São Paulo. Thus, this study aims to broaden the understanding of social rights, namely: the right to health and the right to sexual and reproductive Light Family Planning Law, in order that the economically less privileged can enjoy these rights sometimes hampered by neoliberal and capitalist economic system. Rights which help in building a State of Social Welfare, in which citizenship can be exercised so salutary to human dignity. In this sense, the methodology adopted was a qualitative study with literature review, documentary analysis and design of the case study, which used as a tool for data collection interview to seek the perception of the actors involved in the process of policy formulation above, with the theoretical model of public policies Kingdon. The case studied was the Draft Law nº 517/2011, establishing the "Basic Assistance Program in Human Reproduction," the Legislature of the State of São Paulo. The data showed that, in Brazil, the public policy discussed herein is scarce reflecting, as the access to a class less favored. Thus, it is clear the need for the participation of the state through the actions made by the Unified Health System (SUS) or the Public-Private Partnerships (PPP). It is noteworthy, however, that the budget issues for achieving policy assisted reproduction represent impediments to its implementation due to limited government resources, given that even the budget forecast is still insufficient. Furthermore, attention should be paid to the speech of the benefit of privatization in those services constitutionally guaranteed to the population as a whole, since the absence of well-defined rules may favor the deviation of the real objectives of the policy not serving as the public for which it is intended.

Keywords: Right to Reproductive and Sexual Health Law. Public Policy. Government agenda. Policy Formulation.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
DEM	Democratas
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
FIV	Fertilização <i>In Vitro</i>
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IA	Inseminação Artificial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAIM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PPPs	Parcerias Público-Privadas
PPS	Partido Popular Socialista
PSB	Partido Socialista Brasileiro
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PT	Partido dos Trabalhadores
PTB	Partido Trabalhista Brasileiro
PV	Partido Verde
RHA	Reprodução Humana Assistida
SUS	Sistema Único de Saúde
UCSAL	Universidade Católica do Salvador
UFBA	Universidade Federal da Bahia

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Modelo Explicativo do Ciclo de Política Pública (Kingdon, 1995) 38

.....

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 O DIREITO À SAÚDE	24
2.1 BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE O DIREITO À SAÚDE NO BRASIL E SUAS INFLUÊNCIAS INTERNACIONAIS	25
2.2 AS AGENDAS GOVERNAMENTAIS E O DIREITO À SAÚDE	29
3 O DIREITO SEXUAL E REPRODUTIVO.....	31
3.1 A EVOLUÇÃO DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS NO BRASIL E SUAS INFLUÊNCIAS INTERNACIONAIS	32
3.2 O DIREITO À CONCEPÇÃO E À CONTRACEPÇÃO: UM DIREITO REPRODUTIVO CONSAGRADO NA LEI DO PLANEJAMENTO FAMILIAR	34
4 A POLÍTICA PÚBLICA EM REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA À LUZ DO MODELO DE JONH KINGDON.....	38
4.1 IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA.....	40
4.2 AS ALTERNATIVAS OU SOLUÇÕES PARA AS POLÍTICAS	42
4.3 OS ATORES ENVOLVIDOS: GOVERNAMENTAIS E NÃO GOVERNAMENTAIS	43
4.4 A AGENDA GOVERNAMENTAL E O PROCESSO DE NEGOCIAÇÃO POLÍTICA	44
5 METODOLOGIA.....	46
6 APRESENTAÇÃO DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	50
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
REFERÊNCIAS	64
APÊNDICES	70
APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA DA DEPUTADA PROPONENTE DO PROJETO DE LEI.....	70
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA DOS DEPUTADOS.....	71
APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA DOS PROFISSIONAIS DE NOTÓRIO SABER NA ÁREA DA REPRODUÇÃO ASSISTIDA.....	72
ANEXOS	73
ANEXO A – PORTARIA Nº 3.149/2012	73
ANEXO B – PROJETO DE LEI Nº 517/2011.....	75
ANEXO C – PARECER E ATA DA COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO, JUSTIÇA E REDAÇÃO	80
ANEXO D – PARECER E ATA DA COMISSÃO DE SAÚDE E HIGIENE.....	83
ANEXO E - PARECER E ATA DA COMISSÃO DE FINANÇAS, ORÇAMENTO E PLANEJAMENTO	85

1 INTRODUÇÃO

No cenário jurídico brasileiro até a Constituição Federal de 1988, os direitos fundamentais – o direito à vida, o direito à dignidade da pessoa humana, o direito a saúde e os direitos reprodutivos e sexuais – não apresentavam nenhuma efetividade na sociedade. Contudo, após a promulgação da Carta Magna de 1988, emergiu um novo paradigma, no qual o cidadão conhece e reivindica a efetivação desses direitos, sob o fundamento da supremacia da norma constitucional.

Quando se fala em direitos fundamentais, importa analisar as suas principais fontes de inspiração, objetivando, por fim, compreender o seu alcance e dimensão. Segundo Silva (2001, p.172-3), o entendimento da doutrina francesa de que o pensamento cristão e a concepção dos direitos naturais são as principais fontes de inspiração das declarações de direitos impede ampliar a visão para admitir outras fontes de inspiração, sem deixar de reconhecer que as primeiras abeberaram no cristianismo e no jusnaturalismo sua ideia do homem abstrato. Para o referido autor, não houve propriamente uma inspiração das declarações dos direitos, mas reivindicações, lutas para conquistar os direitos e, quando as condições materiais da sociedade propiciaram, elas surgiram, conjugando-se, pois, condições objetivas e subjetivas para sua formulação.

De qualquer modo, é possível afirmar que os direitos fundamentais não podem ser estudados dissociados de uma realidade histórica, pois refletem os anseios e os desafios vivenciados pela sociedade em um determinado contexto. Em verdade, os direitos fundamentais, dada sua natureza histórica, nasceram, evoluíram e sofreram várias transformações.

A transformação dos direitos fundamentais no decorrer da história dificulta a sua definição, a atribuição de um conceito sintético e preciso. Essa dificuldade se expressa, ainda, nas várias expressões que os designam, a exemplo de direitos naturais, direitos humanos, direitos do homem, direitos individuais, liberdades fundamentais, direitos fundamentais do homem, entre outros.

De todo modo, para efeitos didáticos e de compreensão da discussão, importa a tentativa de definir os direitos fundamentais, e, para tanto, o entendimento de Silva (2001, p.178) se apresenta bastante esclarecedor:

No qualificativo *fundamentais* acha-se a indicação de se trata de situações jurídicas sem as quais a pessoa humana não se realiza, não convive e, às vezes, nem mesmo sobrevive; fundamentais do homem no sentido de que a todos, por igual, devem ser, não apenas formalmente conhecidas, mas concreta e materialmente efetivados.

Os direitos fundamentais configuram-se garantias mínimas do cidadão, inclusive no tocante aos direitos humanos introduzidos no Ordenamento Jurídico brasileiro, sendo, pois, a parte mais relevante da Constituição Federal, possuidora de aplicabilidade imediata.

Diversos autores, tais como Guerra Filho (2001, p.31), classificam os direitos fundamentais em gerações ou dimensões. Atualmente se utiliza mais o termo “dimensões”, haja vista que se observa uma evolução histórica das sociedades e do direito com rupturas de paradigmas capazes de coexistirem sem a anulação um do outro.

Apresentam-se, portanto, quatro dimensões dos direitos fundamentais, quais sejam: os de primeira dimensão, caracterizados pelos direitos individuais e políticos; os de segunda dimensão, com os direitos sociais, culturais e econômicos; os de terceira dimensão, com a defesa da coletividade; e os direitos de quarta dimensão, com o direito comunitário da União Europeia e as questões pertinentes à engenharia genética.

Os direitos fundamentais de primeira geração são os chamados direitos civis e políticos, que englobam os direitos à vida, à liberdade, a propriedade e à igualdade formal, as liberdades de expressão coletiva, os direitos de participação política e ainda algumas garantias processuais. São direitos relacionados à questão do próprio indivíduo, direitos que limitam a atuação do Estado na liberdade individual.

Os direitos de primeira geração exigem do Estado sua abstenção, e, por isso, são considerados negativos, porque tendem a evitar a intervenção do Estado na liberdade individual, caracterizando-se como uma atitude negativa por parte dos poderes públicos.

Alguns documentos históricos marcaram essa dimensão, tais como: a Magna Carta de 1215, assinada pelo rei “João Sem Terra”, o *Habeas Corpus Act* de 1697; *Bill of Rights* de 1688 e as Declarações Americana e Francesa de 1776 e 1789, respectivamente (CUNHA JUNIOR, 2010, p.559-60).

Todavia, com a necessidade de resolver os problemas do Século XX, o ser humano passou a sentir a necessidade de um Estado interventor, porém não opressor. Assim, o Estado Liberal

cedeu lugar ao Estado Social, o que acarretou no surgimento dos direitos de segunda dimensão.

Os direitos humanos de segunda dimensão surgiram, portanto, no final do século XIX. O impacto da industrialização e os graves problemas sociais e econômicos que a acompanharam, também em decorrência das citadas guerras, o surgimento das doutrinas socialistas e a constatação de que a consagração formal de liberdade e de igualdade não gerava a garantia de seu efetivo gozo acabaram gerando, já no decorrer do século XIX, amplos movimentos reivindicatórios e o reconhecimento progressivo de direitos, atribuindo ao Estado comportamento ativo na realização da justiça social (CUNHA JUNIOR, 2010, p.586).

O indivíduo passou a reivindicar a presença do Estado organizado e promotor do bem-estar social e do desenvolvimento, haja vista que as liberdades individuais não eram suficientes para enfrentar as desigualdades sociais entre as pessoas.

Como na primeira dimensão de direitos fundamentais evitava-se a intervenção do Estado na liberdade individual, caracterizando assim uma atitude negativa, aqui se dá o contrário, isto é, caracteriza-se a dimensão positiva, de fazer o Estado atuar de forma a propiciar um direito de participar do bem-estar social. Como exemplo, têm-se os direitos sociais, culturais e econômicos respaldados na igualdade entre as pessoas.

A constitucionalização dos direitos sociais, apesar de ficar conhecida com a Constituição Alemã, foi iniciada na Constituição Mexicana de 1917. No Brasil, mesmo sendo adotada na Constituição de 1934, só com a Constituição de 1988 restou cristalino o entendimento de que os direitos sociais configuram-se direitos fundamentais, tais como os direitos de primeira dimensão (CUNHA JUNIOR, 2010, p.590-593).

Ressalta-se que os direitos abordados no presente estudo são direitos de segunda dimensão, haja vista que se configuram como direitos sociais: o direito à saúde, ao planejamento familiar e aos direitos sexuais e reprodutivos, a seguir explanados.

Os direitos de terceira dimensão caracterizam-se pelo momento de grandes inovações tecnológicas e pelo crescente desenvolvimento das sociedades. Estes são denominados de direitos de solidariedade ou de fraternidade, conforme ensina Sarlet (2007, p.53), e foram desenvolvidos no século XX, compondo os direitos que pertencem a todos os indivíduos,

constituindo um interesse difuso e comum, que tende a proteger os grupos humanos de maneira universal.

A terceira dimensão de direitos tem por finalidade básica a coletividade, proporcionar o bem-estar dos grandes grupos. São muitas vezes indefinidos e indeterminados, como, por exemplo, o direito à paz, à autodeterminação dos povos, ao meio ambiente, à qualidade de vida, à utilização e conservação do patrimônio histórico e cultural e o direito à comunicação – direitos esses reconhecidos atualmente como difusos.

Nos direitos de terceira dimensão ocorre ainda a internacionalização dos direitos fundamentais, recebendo uma proteção que ultrapassa as fronteiras dos Estados, como o direito ao desenvolvimento e a defesa do consumidor, sendo exigências propostas pela comunidade internacional, como anseios, desejos e finalidades na coexistência pacífica dos seres humanos, até mesmo pelo seu caráter universal.

Os direitos de quarta dimensão, para Bobbio (1992, p.6), constituem o direito a uma democracia política globalizada, a qual abrange o direito à engenharia genética, “através da manipulação do patrimônio genético”, e o direito comunitário da União Europeia.

Assim, com supedâneo no trabalho do Faria (2010, p.33):

Hodiernamente, existe uma forte tendência doutrinária a reconhecer a existência de uma quarta dimensão de direitos fundamentais. De acordo com Bonavides (2000, p. 524), essa quarta dimensão seria *o resultado da globalização dos direitos fundamentais, no sentido de uma universalização desses direitos no plano institucional*. Para esse autor, os direitos de **quarta dimensão** compreendem os **direitos à democracia direta, ao pluralismo e à informação**. O jurista Andre Ramos Tavares *apud* Silva Neto (2006, p. 464) ainda acrescenta o **direito das minorias** como um dos direitos de quarta dimensão. Nestes, tem-se, por exemplo, os direitos dos idosos, dos deficientes, dos indígenas. Outros direitos, ainda embrionários, podem ser enquadrados também nessa quarta dimensão, como os direitos a biotecnologia e a inclusão digital. (Grifos do autor)

Pode-se concluir que os direitos de quarta geração são conhecidos como direitos da vida, os quais têm dimensão planetária. Entre eles estão a preservação do patrimônio genético, a não exploração comercial do genoma humano, a preservação dos organismos naturais, a não privatização de plantas e organismos vivos, a regulação da transgenia, o livre acesso às tecnologias da informação, o sigilo do conteúdo de bancos de dados, a privacidade frente aos sistemas eletrônicos e de vigilância, a preservação das crianças à ameaça da pedofilia na

internet, entre uma série infinita de novas realidades já surgidas ou que permanecem no terreno infinito do possível, ao menos neste momento.

Ultrapassada a breve explicação acerca das dimensões dos direitos fundamentais, é *mister* lembrar que cabe ao Poder Legislativo criar as leis do Brasil, estabelecendo normas para as condutas omissivas e comissivas dos cidadãos e do Estado.

Nesse contexto, adentrando na temática deste trabalho, observa-se que a reprodução humana assistida, que constitui uma das alternativas para os casais que não podem procriar naturalmente, passou a ser objeto de demanda política. Assim, antes de adentrar na discussão política, urge esclarecer alguns aspectos dessa alternativa e de seus mecanismos.

É cristalino o entendimento de que, ao tratar da reprodução humana assistida, é imprescindível a análise das questões de infertilidade primárias e secundárias, que afetam toda a sociedade como um problema de saúde pública. As causas primárias encontram-se relacionadas às doenças congênitas, tal como a endometriose, entre outras, enquanto as causas secundárias atrelam-se à laqueadura, à vasectomia e ao HIV, situações adquiridas pelo indivíduo de maneira não congênita ou hereditária, geralmente apresentadas após o nascimento do primeiro filho¹.

As políticas de reprodução humana assistida são mais aceitas nos países desenvolvidos, tendo em vista não se tratar de uma política de combate à extrema miséria e pobreza. Contudo, os países em desenvolvimento, que se comprometeram com a implementação das políticas no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, devem atenção especial ao princípio maior da dignidade da pessoa humana.

Entretanto, essa máxima constitucional possui acepções distintas nas diversas culturas mundiais, principalmente no trato da infertilidade. Os países em desenvolvimento, como Uganda, costumam banir suas mulheres do convívio social e familiar pela ausência de, pelo

¹ “The Department of Reproductive Health and Research recognizes that infertility is an unmet need in family planning in both the developed and developing world. As published in our joint WHO-DHS Comparative Report in 2004, based on data evaluated up to mid-2002, one in four ever-married women of reproductive age in most developing countries are infertile because of primary or secondary infertility. The Department works to develop, support and establish protocols for infertility prevention, diagnosis and management”. Cf. World Health Organization. Sexual and reproductive health. Disponível em: <<http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/en/index.html>>. Acessado em: 18 mar.2012.

menos, um filho². Evidencia-se, portanto, que não gerar um filho traz consigo consequências severas na maioria das sociedades mundiais: exclusão familiar e social, bem como doenças de saúde físicas e psíquicas, a exemplo de Uganda, em que a mulher que não gera filhos fica proibida de participar até mesmo do funeral de seu genitor.

A reprodução humana assistida perpassa por diversas técnicas, desde a simples indução hormonal, realizada sob os cuidados do profissional, em que a mulher toma medicamentos apropriados para estimular a ovulação e, então, poder engravidar, até os chamados mecanismos de fertilização medicamente assistida, a fertilização *in vitro* (FIV) e a inseminação artificial (IA).

No que concerne à técnica de fertilização medicamente assistida chamada de fertilização *in vitro*, colhe-se o óvulo e o espermatozoide e depois se realiza a fecundação do óvulo com a implantação do espermatozoide em seu núcleo. Concluída essa etapa, o óvulo fecundado vai para um tubo de ensaio denominado de proveta. Em seguida, implanta-se o embrião no útero da genitora. A fertilização poderá ocorrer sob duas modalidades, homóloga e heteróloga, a depender da necessidade do casal contratante. Homóloga, quando os gametas (espermatozoide e óvulo) utilizados forem dos genitores, ou seja, quando constituírem-se de material genético daqueles que contrataram e serão os pais biológicos, responsáveis e afetivos da futura criança. A heteróloga ocorre quando um dos ou os dois gametas utilizados na fecundação não pertencem ao material genético dos pais. Neste caso, por exemplo, ocorrerá a incidência, de fato, de dois pais, um biológico e outro afetivo, o responsável civilmente que contratou a fertilização.

A inseminação artificial consiste na implantação, pelas técnicas reprodutivas medicamente assistidas, do gameta masculino no interior do corpo da mulher, para que seja realizada a fecundação e, enfim, o surgimento do embrião no útero.

É indubitável que a incidência dessas técnicas depende da cultura, das leis e do avanço tecnológico de cada país, sendo uma função primordial da Organização Mundial da Saúde (OMS) disseminar e padronizar esses mecanismos, no intuito do alcance de uma excelência na prestação de serviços públicos essenciais à dignidade da pessoa humana e à sua vida, como são o direito à saúde e o direito reprodutivo.

² Observa-se que Rita Sembuya, em *Mother or nothing: the agony of infertility*, afirma que: “our culture demands that, for a woman to be socially acceptable, she should have at least one biological child” (2010, p.881).

No Brasil, essas técnicas de reprodução humana apresentam limitações impostas na Resolução CFM 1.358/92³, no Conselho Federal de Medicina, com o intuito de proteção ao próprio ser humano, para que não aconteça uma nova era de formação de uma raça ariana, pura, com a manipulação, pelo homem, de algo que não lhes é atribuído por natureza.

Os países em desenvolvimento vivenciam um novo paradigma do direito à saúde, no qual reside a formulação de políticas públicas atentas à dignidade do cidadão. Esta, por sua vez, engloba outros direitos, tais como o direito à concepção e à contracepção, o que, sob uma primeira análise, é um direito individual do cidadão com abrangência também coletiva.

Assim, o estudo do direito à saúde favorece o amadurecimento e a concretização desse direito, através de ações estatais capazes de atender às demandas da população, tal como a formulação da política pública em reprodução humana assistida.

Algumas portarias do Ministério da Saúde já existem, na tentativa de regulamentar a política pública no âmbito da reprodução humana assistida, conforme a Portaria nº 426/GM de 2005, que instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Reprodução Assistida; a Portaria nº 388/GM de 2005, que regulamentava sua implementação, e a Portaria nº 1.187/GM de 2005, que suspendeu por trinta dias as anteriores para análise dos impactos orçamentários e financeiros, por parte das Comissões e gestores estaduais e municipais.

A Portaria nº 426/GM de 2005, que institui a política pública em reprodução humana assistida no âmbito do SUS, é capaz de acalantar o anseio das classes sociais menos favorecidas, pois institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana

³ Cf. NORMAS ÉTICAS PARA A UTILIZAÇÃO DAS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA. I - PRINCÍPIOS GERAIS. 1 - As técnicas de Reprodução Assistida (RA) têm o papel de auxiliar na resolução dos problemas de infertilidade humana, facilitando o processo de procriação quando outras terapêuticas tenham sido ineficazes ou ineficientes para a solução da situação atual de infertilidade. 2 - As técnicas de RA podem ser utilizadas desde que exista probabilidade efetiva de sucesso e não se incorra em risco grave de saúde para a paciente ou o possível descendente. 3 - O consentimento informado será obrigatório e extensivo aos pacientes inférteis e doadores. Os aspectos médicos envolvendo todas as circunstâncias da aplicação de uma técnica de RA serão detalhadamente expostos, assim como os resultados já obtidos naquela unidade de tratamento com a técnica proposta. As informações devem também atingir dados de caráter biológico, jurídico, ético e econômico. O documento de consentimento informado será em formulário especial, e estará completo com a concordância, por escrito, da paciente ou do casal infértil. 4 - As técnicas de RA não devem ser aplicadas com a intenção de selecionar o sexo ou qualquer outra característica biológica do futuro filho, exceto quando se trate de evitar doenças ligadas ao sexo do filho que venha a nascer. 5 - É proibida a fecundação de oócitos humanos, com qualquer outra finalidade que não seja a procriação humana. 6 - O número ideal de oócitos e pré-embriões a serem transferidos para a receptora não deve ser superior a quatro, com o intuito de não aumentar os riscos já existentes de multiparidade. 7 - Em caso de gravidez múltipla, decorrente do uso de técnicas de RA, é proibida a utilização de procedimentos que visem à redução embrionária.

Assistida a ser formulada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Assim, o próprio Ministério da Saúde no Brasil já reconhece a formulação da política pública em reprodução humana assistida, tendo fundamentos legais e circunstanciais para tanto, a exemplo o artigo 3º, *caput* e parágrafo únicos da lei de planejamento familiar, Lei nº 9.263/96, que defende a concepção e a contracepção pelo SUS como um direito de todos, devendo o Estado atentar-se para a formulação dessa política, no âmbito social, reduzindo os impactos ensejadores das desigualdades.

A Comissão de Constituição, Justiça e Redação da Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo aprovou o Projeto de Lei nº 517 de 2011, que tramita na Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, o qual institui o “Programa de Assistência Básica em Reprodução Humana” e segue para votação na Câmara. Este é considerado um passo significativo na formulação dessa política pública.

Mais recentemente, o Ministério da Saúde editou a Portaria nº 3.149, de 28 de dezembro de 2012, versando sobre recursos financeiros destinados a estabelecimentos, que realizam atendimentos e procedimentos de reprodução humana assistida, inclusive com técnicas de fertilização *in vitro*, pelo SUS. Tal medida demonstra a preocupação do poder público em atender uma camada da população desprovida de recursos para aos seus direitos.

Vale ressaltar que a reprodução humana assistida, em muitos casos, é a única oportunidade de concretizar a concepção de uma nova vida para aquelas pessoas que não podem gerar seus filhos, por diversas razões, a exemplo de mulheres que sofrem com endometriose, ovários policísticos, envelhecimento dos óvulos, laqueadura, entre outros fatores, bem como homens com azoospermia e vasectomia. Acrescentam-se, ainda, os casos em que doença grave impossibilite a geração de filhos definitivamente ou por motivos de precaução, no tocante à qualidade da saúde de seus filhos, como pessoas portadoras do vírus HIV, da tuberculose genital e pacientes em tratamento de quimioterapia.

A discriminação de indivíduos que não geram filhos é percebida na sociedade e acontece de forma cruel. Muitas religiões entendem que a família só se constitui plenamente com os filhos, pois o sentido do casamento é a procriação. Outro aspecto é o senso comum de que quem não gerou filhos “é bichado”, como se fosse um fruto podre.

Outrossim, entender que “todo pobre faz filhos demais” e, portanto, não é carecedor dessa política pública de reprodução humana assistida configura um pensamento preconceituoso, o qual é reproduzido na sociedade brasileira com frequência pelas camadas mais favorecidas economicamente. No Brasil, existe uma demanda reprimida, que aguarda por mais de dois anos (BRASIL, E., 2009), na fila, para ter acesso a essa política. Isso quando não são compelidos a adotarem, a criarem seus sobrinhos ou, simplesmente, a não terem filhos por “serem secos” ou porque “Deus não quis”, haja vista que o casal com condições financeiras pode realizar quantas tentativas puderem custear para conceberem suas famílias.

Assim, a realização dessa investigação poderá contribuir para ampliar o acesso àquelas pessoas que não têm como usufruir das técnicas de reprodução humana assistida, fazendo valer seus direitos, quais sejam, terem seus filhos gerados por elas ou, ao menos, com o material genético do casal, além de outras questões relevantes, como a amamentação e o fenótipo dos filhos.

No tocante às diferenças sociais e econômicas, observa-se que as classes menos favorecidas permanecem como sujeitos passivos da política pública de contracepção, na alienação de que pobre não deve ter filhos ou muitos filhos – enquanto as classes sociais mais favorecidas desfrutam, no âmbito das políticas privadas, do gozo de seus direitos à saúde, reprodutivos, ao planejamento familiar com supedâneo na concepção, bem como a fruição do maior de todos os direitos fundamentais, o da dignidade da pessoa humana.

É indubitável que a política pública em reprodução humana assistida é mais escassa em países com maior população de baixa renda, haja vista que o grau de complexidade das técnicas que permeiam a reprodução humana assistida exige um aporte financeiro considerável de quem a patrocina, seja ente público ou privado.

É importante enaltecer que o tema é muito mais complexo do que aparenta, pois a formulação de qualquer que seja a política pública é delicada, principalmente uma política focada na concepção para uma classe menos favorecida, devido à tamanha desigualdade social entre os cidadãos.

Consoante ao exposto, a escolha do tema a ser pesquisado foi motivada pela sua atualidade e relevância social, tendo início na vida acadêmica desde a graduação em direito (cursada nas Faculdades Jorge Amado), no instante em que apreendi os ensinamentos da disciplina de

biodireito e, assim, coleí grau com a apresentação de uma monografia sobre o descarte dos embriões.

O envolvimento com os estudos sobre reprodução humana assistida, embriões, células-tronco embrionárias, legislações pertinentes não cessou. Daí porque, na especialização em direito do Estado (pela Fundação de Direito, UFBA), escrevi sobre a possibilidade jurídico-constitucional de utilização dos embriões excedentes para fins de pesquisa e terapia.

Diante do apreço que cultivo pela reprodução humana assistida, não vislumbrava contentamento em apreender, escrever, falar e não concretizar algo que pudesse ser útil à sociedade, contribuindo para um mundo melhor, com o exercício mais próximo do pleno de uma cidadania num país democrático. Esse fato pode ser plenamente viabilizado neste mestrado de políticas sociais e cidadania.

Ademais, deparei-me profissionalmente como uma advogada, ainda com sonhos lúdicos de luta pela justiça. Nesse contexto, recebi o presente de poder trabalhar com o público, como supervisora de um Balcão de Justiça e Cidadania, tendo grande contato com a população menos favorecida, ouvindo as lamúrias e indignações de um povo cansado de abrir mãos de seus direitos, mais pelas circunstâncias da vida, pela falta de oportunidades e de cuidados do Estado do que por ausência do *animus* ou do conhecimento de seus direitos.

Diante de tais considerações, este é um trabalho com o objeto de estudo na reprodução humana assistida, numa perspectiva inicial de como esta adentra na agenda governamental do Estado de São Paulo. Assim, o objetivo geral decorrente do ora citado objeto reside em investigar como se dá o processo de formulação do “Programa de Assistência Básica em Reprodução Humana” (Projeto de Lei n° 517/2011) na agenda governamental do Estado de São Paulo.

Nesse sentido, registram-se alguns objetivos específicos, quais sejam:

- a) Identificar o problema que justifica a formulação da política de assistência em reprodução humana assistida no sistema público de saúde do Estado de São Paulo, à luz do modelo teórico de política pública de Kingdon;
- b) Levantar e sistematizar os documentos existentes sobre as propostas/alternativas para a assistência em reprodução humana assistida no sistema público de saúde do Estado de São Paulo;

c) Mapear os atores/participantes do processo de formulação da política pública em reprodução humana assistida na agenda governamental do Estado de São Paulo.

Em síntese, este estudo analisou o processo de formulação da política pública em reprodução humana assistida na agenda governamental do Estado de São Paulo e, para tanto, adota o fundamento teórico do modelo de Kingdon (1995), utilizado por alguns autores, a exemplo de Pinto (2011, p.143), que analisou o processo de formulação de uma política pública a partir do mapeamento de atores envolvidos no processo de “reconhecimento do problema, formação e refinamento de propostas de política e a configuração do processo de negociação política”.

Esta introdução possui o escopo de conferir um direcionamento ao trabalho, através de breves considerações acerca das dimensões dos direitos, no intuito de afirmar que o direito à saúde constitui um direito de segunda dimensão, assim como o direito sexual e reprodutivo, tendo em vista a perspectiva de conteúdo social adotada por eles.

No primeiro capítulo, adota-se uma abordagem geral sobre o direito à saúde, numa perspectiva histórica, bem como suas influências internacionais. Contudo, finaliza-se verticalizando para o viés temático do próximo capítulo.

O segundo capítulo detém-se aos direitos sexuais e reprodutivos, sob o prisma de sua evolução histórica no Brasil e as influências internacionais, pois a reprodução humana assistida, além de um direito à saúde, é um direito sexual e reprodutivo, outrora difundido e defendido no cenário internacional com maior ênfase que no Brasil, inclusive nos países considerados de terceiro mundo, como será abordado a seguir.

No terceiro capítulo reside todo o cerne do estudo realizado, haja vista que será trabalhada a política pública em reprodução humana assistida, o caso do Projeto de Lei nº 517/2011, sob o modelo teórico de Kingdon (1995) ao analisar o problema, as alternativas/soluções, os atores governamentais e não governamentais envolvidos e a entrada dessa política na agenda governamental do Estado de São Paulo.

O quarto capítulo consiste na abordagem metodológica utilizada para a realização dos estudos e na análise dos resultados obtidos com as entrevistas concedidas pelos atores envolvidos. O quinto capítulo apresenta os dados e discute os resultados à luz da teoria estudada.

Ao final, apresentam-se as considerações finais desta dissertação, evidenciando a importância do estudo sobre o processo de formulação da política pública em reprodução humana assistida

no Estado de São Paulo, o caso do Projeto de Lei nº 517/2011, de acordo com o modelo teórico de Kingdon (1995). Além disso, demonstra os limites da investigação e as questões que surgiram para novas pesquisas.

Nesse passo, vale pontuar, ainda, que o tema de política pública em reprodução humana assistida é contemporâneo e carecedor de maiores aprofundamentos, tanto do ponto de vista acadêmico quanto do ponto de vista normativo.

2 O DIREITO À SAÚDE

A princípio, urge apresentar que o direito à saúde constitui um direito fundamental classificado como um direito de segunda geração ou dimensão, conforme explanado na introdução deste trabalho. Assim, sob a acepção de um conceito jurídico de saúde, Rocha (2011, p.17) afirma que esse direito “é reconhecido pela Carta Constitucional como um direito social (art.6º) e um direito de todos (art.7, XXII)”.

Resta evidenciado no Estado Democrático de Direito que o legislador coloca o Estado como garantidor de um mínimo existencial para que o indivíduo possa viver em condições ao menos mínimas de saúde e dignidade, conforme entendimento de Sarlet e Figueiredo (2010, p.17). Portanto, o Estado é um garantidor do mínimo existencial do ser humano, com moradia, alimentação, trabalho, saúde, educação, segurança, transporte, lazer etc. –, direitos sociais outrora conquistados, através das políticas públicas implementadas, observados os limites orçamentários, entre outros, tais como a reserva do possível.

A autora Barcellos (2008, p. 272) consegue explicar essa relação entre o mínimo existencial e a reserva do possível, sob as seguintes palavras:

[...] Ao apurar os elementos fundamentais dessa dignidade (o mínimo existencial) estar-se-à estabelecendo exatamente os alvos prioritários dos gastos públicos. Apenas depois de atingi-los é que se poderá discutir, relativamente aos recursos remanescentes, em que outros projetos se deverá investir. Como se vê, o mínimo existencial associado ao estabelecimento de prioridades orçamentárias é capaz de conviver produtivamente com a reserva do possível.

Outrossim, por coexistirem num prisma da dignidade da pessoa humana, o direito à saúde é essencial para o indivíduo, pois, muitas vezes, confunde-se com o próprio direito à vida, haja vista que sem saúde não há como este nascer, crescer e se desenvolver. Restará a ele apenas padecer e morrer.

Existe uma interposição dos direitos à saúde, inclusive a saúde mental, do direito à vida e do direito à dignidade da pessoa humana, haja vista que é cediço no senso comum da sociedade a premissa de que a vida só vale a pena ser vivida se for com dignidade e sem saúde esta última fica comprometida.

Corroboram com esse posicionamento as palavras de Marques (2012. p.45), ao utilizar as ideias de Schwartz para afirmar que:

A Organização Mundial da Saúde alargou o conceito de saúde, que anteriormente se resumia a aspectos curativos e preventivos, ao propor que a saúde não é apenas a ausência de doenças, mas abarca um completo bem-estar, seja físico, mental ou social.

Destarte, observa-se que o direito à saúde permeia todas as dimensões dos direitos, haja vista que precisa contemplar o ser humano na sua individualidade e na coletividade, com mecanismos de prevenção e reparação para uma qualidade de vida e, conseqüentemente, para o desenvolvimento social do Estado.

2.1 BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE O DIREITO À SAÚDE NO BRASIL E SUAS INFLUÊNCIAS INTERNACIONAIS

A esse respeito, pensar na saúde remete o indivíduo à imagem e ideia de quem precisa de saúde, ou seja, a própria ausência da saúde, doenças. Contudo, nos percalços dos paradigmas do Estado Liberal, do Estado do Bem Estar Social e do Neoliberalismo, observa Schwartz (2003, p.113) que “o capitalismo, por mais paradoxal que pareça, fez nascer uma visão social da saúde”. O autor acrescenta, ainda, que:

Assinala Foucault: ‘Minha hipótese é que com o capitalismo não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário; que o capitalismo desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho’.

Nesse sentido, tornou-se inevitável a intervenção do Estado como garantidor de políticas não apenas reparadoras, mas preventivas, no tocante às doenças e aos cuidados para que os operários continuassem com sua força de trabalho.

Segundo Santos e Faria (2010, p.28), no Brasil, “a década de 1920, particularmente, gerou um amplo movimento geral de renovação, responsável, ao iniciar-se o período varguista, pela criação do Ministério de Educação e Saúde Pública e pelos avanços obtidos no setor”.

Assim, observa-se que, da década de 1930 à década de 50, a educação e a saúde no Brasil eram matéria do mesmo ministério, haja vista que só na década de 40 a saúde ganhou tamanha notoriedade internacional, conforme assevera Rocha (2011, p.16):

Somente com a reorganização política internacional em meados do século XX e com a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1946, a saúde foi reconhecida com um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, credo, crença política, condição social ou econômica, e conceituada como completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença ou outros agravos.

Na Declaração Universal dos Direitos Humanos da ONU, em 1948, o direito à saúde foi reconhecido internacionalmente. Contudo, no Brasil, esse direito era visto apenas como um benefício da previdência social, com auxílio doença, licença maternidade e aposentadoria, entre outros poucos, além de uma preocupação com a manutenção das forças de trabalho (BRASIL, 2007, p.7).

É de se destacar que o Brasil, como um país integrante da ONU e signatário do tratado acima referendado, haveria de promover seus ideários, conforme diretrizes internacionais preconizadas. Assim, hoje, o direito à saúde no Brasil é um exemplo do exercício da cidadania neste país, pois, independentemente de raça, sexo, etnia e condição econômica, o cidadão brasileiro luta para a consolidação de garantias desse direito fundamental.

A Constituição Federal de 1988 inseriu o direito à saúde como um direito fundamental e social no seu artigo 6º, bem como na seção II, com os artigos 196 ao 200, para estabelecer condutas e mecanismos de criação e efetivação desse direito público do Estado. Nesse contexto, Leão e Lima (2011, p.74) comungam com os novos paradigmas de ação do Estado frente ao seu papel garantidor da saúde como proteção social.

Assegura o artigo 196, da Constituição Federal de 1988:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, s/p)

Faria (2010, p.43), ao analisar esse artigo, aduz alguns autores acerca da sua interpretação:

Luis Roberto Barroso (2006, p. 210) chega a apontar que a dicção do art. 196 é ambígua, uma vez que, de um lado *faz referência ao “direito” à saúde e*

ao “dever” do Estado, e, de outra banda, fala em “políticas sociais” e “econômicas” que não estão especificadas, com uma redação típica de norma programática. Destarte, diferentes posicionamentos se apresentaram e formaram, basicamente, duas correntes a depender do entendimento sobre a carga eficaz do dispositivo em questão. De um lado, encontram-se aqueles que enxergam implicações prestacionais no comando constitucional do direito a saúde, atribuindo-lhe aplicabilidade imediata. No outro lado, há outros tantos que entendem que o art. 196 não passa de norma programática, de mera diretriz a ser seguida pelo administrador público na medida em que sua sensibilidade política reputar conveniente, conforme sintetizou Marcos Maselli Gouvea (2004, p.218).

Por fim, ainda que permaneçam as discussões, é incontestável reconhecer que o direito à saúde é um direito social, fundamental, que deverá ser prestado pelo Estado para todos os indivíduos, podendo ser exigido pelo povo.

Urge enaltecer que a lei enumera dois princípios fundamentais da prestação do serviço público de saúde: a universalidade, ou seja, aplicabilidade para todos, indistintamente, o que quer dizer que, além de não contributivo, é universal, sendo um direito de todos os indivíduos, cidadãos brasileiros ou não, sem limitação de clientela e atendimentos; e a igualdade, execução de maneira equânime entre as pessoas. Dessa forma, esses princípios asseguram a promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo suas ações caráter preventivo e reparador.

Assim, o direito à saúde só passou a ser reconhecido como direito e direito fundamental com a Constituição Federal de 1988, que estabeleceu também as bases para o Sistema Único de Saúde (SUS) – a quem compete a administração da saúde pública no Brasil – vinculado ao Ministério da Saúde.

A lei que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), Lei nº 8080/1990, no art 7º estabelece que:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. (BRASIL, 1990, s/p)

Portanto, resta nítido o entendimento de que o legislador conferiu princípios constitucionais garantidores, bem como princípios da organização, para que o SUS tivesse pleno funcionamento na sociedade atendendo as expectativas da população.

Comenta Ordacgy (2009, p.2) que:

a norma transcrita enuncia direito subjetivo do particular correspondente a um dever jurídico estatal. É, na classificação da doutrina constitucionalista, norma de eficácia plena e aplicabilidade imediata, consoante disposto no art. 5º, parágrafo primeiro, da CF/88, independentemente de qualquer ato legislativo ou de previsão orçamentária, aguardando-se tão somente a efetivação pela Administração Pública.

Destarte, enfatiza Aith (2010, p.185) que:

[...] podemos perceber que, como direito social, o direito à saúde exige do Estado a adoção de ações concretas para sua promoção, proteção e recuperação, como a construção de hospitais, a adoção de programas [...]. De outro lado, deve-se ter em vista que o direito à saúde também se configura como direito subjetivo público, ou seja, um direito oponível ao Estado por meio de ação judicial, pois permite que o cidadão ou a coletividade exijam do Estado o fornecimento de um medicamento ou de um tratamento [...].

Assim, como direito social e como direito público subjetivo, o direito à saúde encontra-se consagrado na Carta Magna brasileira como “um direito de todos e um dever do Estado”.

2.2 AS AGENDAS GOVERNAMENTAIS E O DIREITO À SAÚDE

Ressalta-se que não basta esse direito estar presente na lei – faz-se necessário que o poder público crie condições de efetivá-lo para população, tendo em vista que tal direito se encontra inserido nos direitos sociais, os quais compõem o mínimo existencial. Portanto, ainda que ocorram iniciativas privadas, o governo deverá implementar as iniciativas públicas para aqueles que não possuem condições de arcar com mais esse ônus.

Aith (2010, p.189) resume que:

a saúde é determinada por um conjunto de fatores que orientam a vida do indivíduo. Influem na saúde, portanto, fatores individuais, como as condições físicas e mentais da pessoa; fatores sociais, como o ambiente urbano insalubre ou a ausência de serviços básicos; fatores econômicos, como a recessão e o desemprego; e fatores políticos, como a discriminação e as guerras civis.

Nesse sentido, observa-se que as ações governamentais para a prevenção e reparação das questões relativas ao direito à saúde apresentam amplas prospecções de efetividade na sociedade, independentemente da área temática.

Segundo Farah (2004, p.57) a agenda de gênero brasileira, na passagem para o século XXI, incluiu algumas diretrizes para as políticas públicas em violência, educação trabalho, entre outras, e, principalmente em saúde, com:

Implementação efetiva do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) com o desenvolvimento de ações de atenção à saúde em todas as etapas da vida da mulher, incluindo cuidados com a saúde mental e ocupacional, ações voltadas ao controle de doenças sexualmente transmissíveis, de prevenção do câncer e na área do planejamento familiar, de forma a superar a concentração dos programas exclusivamente na saúde materno-infantil.

Nessa perspectiva, as mulheres não só têm direito ao atendimento a sua saúde, como também às orientações e informações necessárias para o seu desenvolvimento e cuidado com sua integridade física e mental, e o próprio planejamento familiar (que será abordado no capítulo 2).

Infelizmente, a saúde ainda é objeto de controvérsias no Brasil, tendo em vista que o sistema de saúde pública encontra-se com problemas financeiros, técnicos e operacionais, necessitando, muitas vezes, que o poder judiciário interfira nessa seara para fazer valer o direito público subjetivo do cidadão à saúde, o qual, como retratado anteriormente, é um direito fundamental presente na maior lei do País.

Leão e Lima (2011, p.86) concluem que:

A nova configuração política inaugurada pela Constituição Federal de 1988 caracteriza-se pelos primados da cidadania e dignidade da pessoa humana, redesenhando o papel de concretizar os ideais de justiça social e igualdade material, para compensar as desigualdades e injustiças historicamente construídas.

Em concordância com os autores acima, o direito à saúde, no Brasil, teve avanços significativos, decorrentes do processo de redemocratização advindos com a Constituição de 1988, ainda que distantes das instruções e recomendações dos organismos internacionais (ONU) na luta pela dignidade da pessoa humana, em especial no que tange a saúde da mulher.

3 O DIREITO SEXUAL E REPRODUTIVO

O ser humano é um ser animal pertencente à categoria dos seres racionais inserida no meio ambiente denominado Planeta Terra. E, como todo animal, conforme dito no item anterior, o ser humano também nasce, cresce, desenvolve-se, reproduz-se, envelhece e morre. Essa é a ordem natural e cíclica de um ser vivo em termos gerais.

De modo sintético, foi abordada, na introdução, a classificação dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos de segunda geração ou dimensão, haja vista que pertencem às conquistas sociais de um povo. Contudo, há autores que os classificam como direitos de primeira geração ou, até mesmo, de terceira dimensão, em virtude da amplitude de seu alcance.

Segundo Corrêa, Alves e Jannuzzi (2003, p.346-47):

Os direitos sexuais e reprodutivos fazem parte do conjunto mais amplo dos direitos humanos, que, desde a Declaração Universal da ONU, de 1948, são considerados universais, indivisíveis, interdependentes e inter-relacionados [...]. Os direitos sexuais e reprodutivos estão vinculados tanto aos direitos civis e políticos (liberdade individual, liberdade de expressão, direito de ir e vir) como aos direitos econômicos, sociais e culturais (que dizem respeito a um ambiente favorável ao exercício da autonomia sexual e reprodutiva).

Insta salientar que, sob forte influência da Igreja Anglicana, a Teoria Malthusiana não distingue o direito sexual do reprodutivo e apresenta “uma posição pessimista, argumentando que a população tendia, sempre, a crescer mais rapidamente do que os meios de subsistência” (CORRÊA, ALVES e JANNUZZI, 2003, p.30), além de ser contra os métodos contraceptivos, enquanto os Neomalthusianos já aceitam os métodos contraceptivos como controle demográfico e populacional.

É salutar distinguir o direito reprodutivo do direito sexual, embora eles estejam interligados, uma vez que os direitos reprodutivos compõem-se da concepção, da procriação, ou seja, dos institutos atrelados à manutenção da espécie humana. Já os direitos sexuais atrelam-se ao direito de dispor do corpo para fins atrelados ao sexo, podendo procriar ou não.

Segundo Queiroz (2006, p.2):

Procriar não se limita a manter relações sexuais ou adotar técnicas de reprodução assistida. Procriar, hoje em dia, dispensa o casamento (apesar de nem sempre ter sido assim do ponto de vista legal e cultural) e, em alguns casos, dispensa até mesmo o ato sexual (procriação assistida). Interessante, pois, que se proceda à análise da interface entre o exercício do direito à procriação e à evolução das formas de configuração da família.

O direito à reprodução ou à procriação, como nomeia o autor, está intimamente relacionado com o direito à liberdade, haja vista que, no Brasil, não há a obrigatoriedade de um limite ou molde à reprodução humana.

Nas palavras de Ávila (2003, p.468):

A relação entre saúde e direitos reprodutivos e sexuais nos leva a pensar sobre essa relação com base nas necessidades geradas pela vivência reprodutiva e pelo exercício da sexualidade. Dito de outra maneira, a reprodução e a sexualidade devem constar como áreas específicas da política geral de saúde pública. Gravidez, parto, puerpério, aleitamento materno, concepção, contracepção, aborto, doenças sexualmente transmissíveis e violência sexual são questões cruciais que hoje estão colocadas para a política de saúde. Isso significa que o poder público deve assegurar nestes campos os meios de promover bem-estar, de prevenir contra morbimortalidade e de assegurar tratamentos e curas necessários. Esse bem-estar diz respeito ao estado de saúde física e mental.

Observa-se que a concepção é uma questão de política pública, que compõe os direitos reprodutivos debatidos no seio da sociedade civil moderna. O direito sexual e reprodutivo faz parte dos direitos fundamentais e humanos do indivíduo. Contudo, ao tratar sobre a reprodução humana, há uma tendência a focalizar as políticas na mulher, como se esta fosse a “culpada” pela quantidade de filhos gerados ou pela não geração de filhos, mesmo hoje, com o conhecimento científico difundido de que a reprodução humana depende de ambos os sexos, pois tanto o homem quanto a mulher podem apresentar disfunções na sua saúde para contemplarem a reprodução.

3.1 A EVOLUÇÃO DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS NO BRASIL E SUAS INFLUÊNCIAS INTERNACIONAIS

Os direitos sexuais e reprodutivos têm uma interface com o direito à saúde, considerando que, sem saúde, tem-se a vida sexual e reprodutiva prejudicada. Assim, em termos gerais, as

políticas públicas voltadas para o desenvolvimento da saúde favoreceram o deslinde desses direitos.

Na década de 1940, especificamente com o advento do Código Penal Brasileiro de 1940, “a esterilização era considerada crime de lesão corporal”. Assim, foi na década de 1960 que houve um crescente movimento populacional e dos médicos para a utilização dos métodos contraceptivos como mecanismo de evitar o crescimento demográfico, tanto que diversas associações surgiram com o intuito de esterilizar as mulheres, ainda que de forma clandestina. (PLANEJAMENTO, 2008, p.13).

Já na década de 1970, o Congresso Nacional Brasileiro revogou a criminalização dos meios contraceptivos, sob a pressão do movimento sanitário e de grupos feministas, os quais já reivindicavam os direitos das mulheres sob seu próprio corpo com um planejamento familiar.

Hodiernamente, o Ministério da Saúde instituiu, em 1983, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAIM), que rompe todos os paradigmas e aborda as questões da mulher sob diversas óticas, inclusive a concepção e a contracepção, ou seja, o planejamento familiar, bem como os direitos sexuais e reprodutivos. Assim, afirma Osis (2013, p.27):

Nesse contexto, a atenção à mulher deveria ser integral, clínico-ginecológica e educativa, voltada ao aperfeiçoamento de controle pré-natal, do parto e puerpério; à abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; ao controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário e à assistência para a concepção e contracepção.

Entretanto, sua implementação sempre foi um desafio no Brasil, por razões culturais, econômicas, políticas e sociais, haja vista que nem todos os Estados-membros e municípios têm essas políticas desenvolvidas em suas regiões. Isso será melhor esclarecido no próximo capítulo, com o modelo de política pública de Kingdon (1995).

Na sequência das conquistas cidadãs, em 1988 foi promulgada a Constituição Federal brasileira, que “instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) e reconheceu o planejamento familiar como direito de cidadania, cabendo ao Estado oferecer informações e todos os meios necessários para o exercício desse direito” (PLANEJAMENTO, 2008, p.14).

No cenário internacional, existem marcos essenciais ao entendimento da implementação das políticas públicas em reprodução humana assistida, tendo em vista que o Brasil ainda é um país em desenvolvimento.

O primeiro grande marco foi a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) realizada no Cairo, em 1994, que contempla, entre outros programas de ação, a saúde reprodutiva com perspectiva de gênero (PLANEJAMENTO, 2008, p.9). O Brasil é um dos países que participaram da referida Conferência, bem como ratificou o tratado internacional, comprometendo-se a cumprir as ações preceituadas.

Outro marco importante foi a Conferência sobre a Mulher de Beijing, em 1995, na qual se definiram metas sobre a mulher, sua saúde e seus direitos, entre os quais, mais uma vez, o desenvolvimento dos direitos sexuais e reprodutivos e dos mecanismos de reprodução assistida. “Os direitos sexuais foram definidos de maneira mais autônoma em relação aos direitos reprodutivos” (DIREITOS, 2005, p.7).

É certo, pois, que os direitos sexuais e reprodutivos, a saúde reprodutiva e seus avanços tecnológicos permaneceram nas discussões dos líderes dos Estados-membros da ONU, na Cúpula do Milênio em 2000 e 2005. Nesta última, acrescentou-se a meta de “garantir o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva até 2015, promovendo igualdade de gênero e abolindo a discriminação e violência contra mulheres e meninas” (PLANEJAMENTO, 2008, p.30).

O Ministério da Saúde já instituiu algumas Portarias, tais como a Portaria nº 1679/GM, de 28 de agosto de 2003, bem como determinadas leis (Lei de Biossegurança nº 11.105/2005), normas cujo intuito é o de regularizar a reprodução humana assistida e suas técnicas no Brasil, principalmente “na rede SUS, para os casais com infertilidade conjugal e para os casais que convivem com o HIV, que desejem ter filhos” (DIREITOS, 2005, p.16).

Cabe considerar que o Brasil é um país que ratificou essas conferências e esses encontros internacionais. Portanto, compete ao Estado brasileiro criar políticas públicas capazes de atingir as metas pactuadas, ponderando essas implementações com as necessidades (a demanda), a distribuição e, principalmente, a questão orçamentária, para que exista uma viabilidade plena e eficaz.

3.2 O DIREITO À CONCEPÇÃO E À CONTRACEPÇÃO: UM DIREITO REPRODUTIVO CONSAGRADO NA LEI DO PLANEJAMENTO FAMILIAR

Em consonância com os direitos supramencionados, podem-se levar em consideração as questões familiares, sucessórias e até mesmo emocionais do casal que deseja constituir sua família. Isto se encontra consolidado de forma globalizada na “Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) de 1948, no artigo XVI, ao prevê que os homens e as mulheres de maior idade, sem qualquer restrição de raça, nacionalidade ou religião, têm o direito de contrair matrimônio e fundar a família” (SAMRSLA, 2007, p.2), bem como na Constituição Federal brasileira da seguinte maneira:

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

[...]

§ 7º - Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas. (BRASIL, 1988)

É pacífico o entendimento já consolidado na Carta Magna, segundo o transcrito acima, de que o planejamento familiar é um direito do cidadão, cabendo ao Estado resguardar seus interesses e proporcionar mecanismos adequados e suficientes para que as pessoas tenham o direito de constituir família na medida de suas possibilidades e, principalmente, de acordo com a vontade de cada indivíduo.

No mesmo sentido do texto constitucional, o Código Civil trata do planejamento familiar livre permitido aos casais, bem como do dever do Estado de fornecer mecanismos para tal realização:

Art. 1.565. [...]

§ 2º O planejamento familiar é de livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e financeiros para o exercício desse direito, vedado qualquer tipo de coerção por parte de instituições privadas ou públicas. (BRASIL, 2002)

O controle de natalidade só se justifica quando é feito de livre, espontânea e deliberada vontade pelo casal em questão. São os próprios pais que devem ter a responsabilidade de determinar, quando quiserem ter filhos, se podem educá-los e sustentá-los. Qualquer interferência do Estado ou de quem quer que seja nessa decisão é totalmente indevida e injustificável.

O legislador brasileiro, contudo, não se deu por satisfeito e, em 12 de janeiro de 1996, foi promulgada a Lei nº 9.263, dispondo sobre o Planejamento Familiar, para mulheres e homens,

tanto para a contracepção como para a concepção, incluindo a concepção humana artificial, até mesmo como um serviço inserido na Universalidade do Sistema Único de Saúde, por entendimento destes seguintes artigos de Lei:

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

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

I - a assistência à concepção e contracepção;

II - o atendimento pré-natal;

III - a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato;

IV - o controle das doenças sexualmente transmissíveis;

V - o controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis.

Art. 9º. Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção. (BRASIL,1996, s/p. Grifo do original).

Ademais, Sarti (2010, p.22) afirma que “ambas as intervenções tecnológicas – relativas à anticoncepção ou à reprodução assistida – implicam, pelo menos em algum nível, a introdução da noção de escolha, seja para evitar a gravidez, seja para provocá-la por meios não-naturais.”

Infelizmente, para o Estado, a escolha à qual Sarti se refere, mais uma vez, cabe à mulher, pois há uma tendência das políticas públicas a controlar o planejamento familiar através de políticas voltadas para ela, com distribuição de anticoncepcionais, laqueaduras e até mesmo a reprodução assistida, com medicamentos e tratamentos para a mulher.

Contudo, na prática, observa-se que, no Brasil, as políticas voltadas para os direitos sexuais e reprodutivos restringem as ações muito mais contraceptivas do que conceptivas, ainda que existam as metas internacionais a serem alcançadas, conforme explanação na sessão 3.1.

Nesses aspectos, e com o próprio *caput* do artigo 3º da referida Lei, pode-se entender que o planejamento familiar é um direito de todos, e que cabe ao casal decidir acerca da concepção

e da contracepção para a reprodução de sua família, sendo competência do Estado assegurar sua adequada e eficaz prestação.

Diante do exposto, a perspectiva do Ministério da Saúde no Brasil, em 2008, acerca dos direitos reprodutivos, especificamente no que diz respeito à reprodução humana assistida, já havia considerado que:

a garantia deste atendimento é um desafio para o SUS. Foi estabelecida a meta de implantação, até 2011, de um serviço em cada região do país, vinculado aos hospitais universitários. Apesar de o país dispor desse tipo de tecnologia, a discussão sobre sua oferta no setor público ainda é muito incipiente. (PLANEJAMENTO, 2008, p.30).

Assim, é certo que os direitos sexuais e reprodutivos foram inseridos nos programas governamentais e passaram a ser debatidos, inclusive nas academias. Entretanto, o Brasil ainda apresenta uma defasagem no desenvolvimento desses direitos, em relação a outros Estados que compõem a ONU.

Observa-se a necessidade de políticas mais eficazes acerca da temática, haja vista que esse clamor não é só uma pressão internacional da ONU, mas também da sociedade, dos grupos feministas, dos portadores de doenças sexualmente transmissíveis, das associações de pessoas deficientes que precisam dos avanços com as pesquisas das células-tronco embrionárias, entre outros setores.

4 A POLÍTICA PÚBLICA EM REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA À LUZ DO MODELO DE JONH KINGDON

Pereira (2008, p.173) conceitua as políticas públicas como gênero, do qual decorrem algumas espécies: a política econômica, na qual se deve analisar a viabilidade financeira e orçamentária e a política social, que possui o conteúdo material da política a ser implementada, seja educação, saúde ou trabalho, entre outras. Assim, vários autores, tais como Appio (2007, p.136), alegam que essas políticas são complementares, pois corroboram com o progresso do país.

Salienta-se que os estudiosos Cohen e Franco (2004, p.19) defendem a tênue linha que separa essas espécies, ao admitirem a possibilidade de “explorar os verdadeiros limites – usualmente confusos – que separam a política econômica da política social”, haja vista que não há como implementar políticas sociais sem a devida previsão e dotação orçamentária, as quais se inserem no viés da acima citada política econômica, sem a qual todo e qualquer projeto e programa institucional seria inócuo, sem a eficácia e efetividade necessária para os processos de formulação e de implementação da política.

Vale mencionar ainda o posicionamento de Souza (2007, p.71) ao afirmar que:

Enquanto estudos em políticas públicas concentram-se no processo e em responder questões como ‘por quê’ e ‘como’, os estudos em políticas sociais tomam o processo apenas como ‘pano de fundo’ e se concentram nas consequências da política, ou seja, o que a política fez ou faz. (Grifos do autor)

Por seu turno, é importante enaltecer que o tema é muito mais complexo do que aparenta, não só em razão das questões suscitadas pela autora cima referendada, mas também pelo fato de a implementação de qualquer que seja a política pública significar o momento em que as propostas se materializam em ação institucionalizada, através da atuação dos operadores da política.

Bobbio (1998, p.954) conceitua política desde o seu sentido originário de *pólis*, cidade, posteriormente perpassando por noções de Ciências Políticas e Estado, sob a análise das relações dos poderes existentes na sociedade (poder social, poder estatal, poder político, entre outros), além da organização e funcionalidade do próprio Estado.

Derivado do adjetivo originado de *pólis* (*politikós*), que significa tudo o que se refere à cidade e, conseqüentemente, o que é urbano, civil, público e até mesmo sociável e social, o termo “política” se expandiu graças à influência da grande obra de Aristóteles, intitulada *Política*, que deve ser considerada como o primeiro tratado sobre a natureza, funções e divisão do Estado, e sobre as várias formas de governo, com a significação mais comum de arte ou ciência do governo, isto é, de reflexão, não importa se com intenções meramente descritivas ou também normativas, dois aspectos dificilmente discrimináveis, sobre as coisas da cidade.

A pesquisadora Ivo (2008, p.24), ao se debruçar sobre a pobreza e a política social, entende que:

No Brasil, a pobreza não é residual e constitui-se num fenômeno estrutural de massa, expresso num grande volume de pessoas que sobrevivem e se reproduzem num patamar mínimo de subsistência e no estágio de necessidades. Diferentemente de outros países e regiões, a pobreza absoluta, no Brasil, não resulta da insuficiência da riqueza nacional para garantir o mínimo indispensável aos seus cidadãos. [...] A questão da pobreza aparece, então, no Brasil, como efeito da desigualdade econômica e social, e, portanto, como questão política, já que interfere sobre as condições da justiça redistributiva do país.

Destarte, conclui-se que a desigualdade social no Brasil tem como um de seus fundamentos a questão redistributiva de rendas implicando nas políticas públicas aplicadas e demais sistematizações, tais como a implantação de políticas voltadas para a inclusão social, mais evidentes em algumas regiões do País, com fulcro nos dados do IBGE.

Mais uma vez, para conceituar a política social, Ivo (2004, p.1) a entende como “uma dimensão necessária da democracia nas sociedades modernas” atrelada “aos valores de equidade que fundam a legitimidade política e a concepção que as sociedades e os governos têm do seu projeto político e de seu destino”.

Assim, as políticas públicas são definidas como ações do Estado voltadas para o interesse público-coletivo (BOBBIO, 2003) e as políticas sociais como as políticas voltadas para o bem-estar e a proteção social (FLEURY; OUVÉNEY, 2008).

Diante do exposto, urge enaltecer que existem diversos modelos teóricos para analisar as políticas públicas; entretanto, neste trabalho, o referencial adotado será o modelo teórico do ciclo da política pública desenvolvido por Kingdon (1995), utilizado por alguns autores, a exemplo de Pinto (2011, p.136), para quem o referido modelo:

[...] foi testado para analisar a ascensão de uma questão na agenda governamental e considerado adequado para a análise dos modelos de ‘pré-decisão’ e de ‘decisão’, isto é, a seleção dos problemas e a escolha das alternativas de políticas que se constituem em objeto do processo decisório.

Nessa perspectiva, este trabalho utiliza a estrutura teórica do modelo do ciclo da política pública de Kingdon (1995), conforme demonstrado na figura abaixo (PINTO, 2004, p.61).

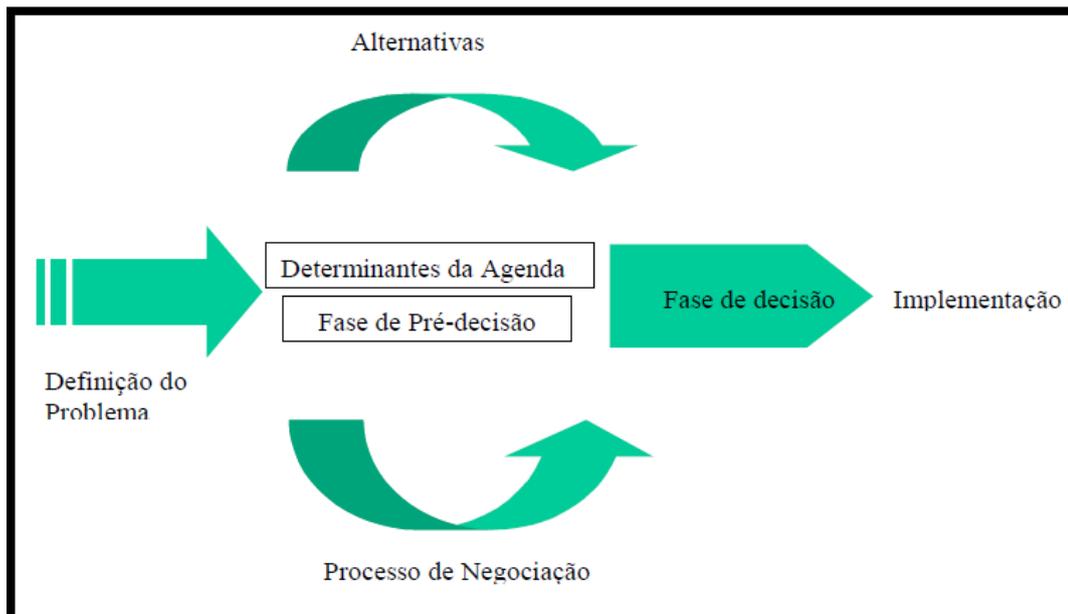


Figura 1: Modelo Explicativo do Ciclo de Política Pública (KINGDON, 1995)
Fonte: Pinto (2004, p.61)

Assim, o processo de formulação da política pública em reprodução humana assistida será analisado a partir das categorias de análise contempladas no referencial teórico adotado. Nesse sentido, três dimensões serão identificadas: o problema; as soluções possíveis/alternativas propostas; os atores/agentes envolvidos (governamentais e não governamentais), bem como o processo de negociação da inserção dessa política na agenda governamental do Estado de São Paulo, especificamente, mediante o Projeto de Lei nº 517/2011.

4.1 IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA

A identificação do problema constitui o primeiro item a ser analisado no processo de formulação da política pública. Pinto (2011, p.59) define que o “problema, objeto de

intervenção do governo, é produto de intensa negociação entre grupos interessados, permeada pela razão (análise informada da decisão) e pelo conflito (condução do processo decisório)”.

Observa-se que existem diversos sinalizadores desses problemas, que Pinto (2004, p.68) sintetiza da seguinte forma, com supedâneo em Kingdon (1995):

Em primeiro lugar, problemas chamam atenção não apenas por pressão política, mas por seus indicadores que permitem acessar a magnitude e identificar necessidades de mudança. O autor classifica os “indicadores” (KINGDON, 1995) em vários tipos:

- a) indicadores sistemáticos, como custos da assistência médica, mortalidade infantil, desemprego etc;
- b) eventos como crises e desastres (epidemias, questões orçamentárias, de segurança etc);
- c) por *feedback* sobre o funcionamento dos programas já existentes;
- d) por acumulação gradual de conhecimento entre os especialistas numa dada área da política pública.

Nesse escopo, como o caso em tela reside na formulação de política pública em reprodução humana assistida, o problema maior está no acesso às técnicas reprodutivas, por versar sobre tratamentos que podem chegar a ter altos custos, dada a sua complexidade. Assim, reconhece-se que os tratamentos reprodutivos existem, são eficazes, mas são acessíveis a uma parcela da população que pode arcar com seus custos, tendo em vista que o Estado ainda é carecedor de fornecer esse serviço, obedecendo ao caráter universal e igualitário do direito à saúde.

Convém destacar que as pessoas contempladas na demanda do Projeto de Lei nº 517/2011 são indivíduos que não dispõem de recursos financeiros suficientes para realizar os tratamentos de fertilidade nas clínicas e hospitais particulares e terminam excluídos dos seus direitos: tanto o direito à saúde quanto os direitos sexuais e reprodutivos. Nesse passo, as mulheres pertencentes a essa classe social estão distantes dos ideais de justiça, pois não há “um processo de correção ou de distribuição de recursos” por parte do Estado (SAMRSLA, 2007, p.5).

Alfano (2009, p.60) demonstra que a fila de espera para um casal participar dos tratamentos de reprodução assistida é de quatro anos, com mais de 1.500 mulheres, sendo que estas ainda ficam expostas aos riscos do envelhecimento e, assim, veem diminuídas as chances de engravidar. Ainda contextualizando o problema, a autora aduz que casais heterossexuais não passam pelos mesmos transtornos que os casais homossexuais e pessoas solteiras. Assim, Alfano (2009, p.38) problematiza, ao afirmar que:

[...] basta precisar de recursos tecnológicos para a realização da procriação, mais precisamente das NTRc, para que o ‘desejo de ter filhos’ seja colocado em xeque e decisões bioéticas e jurídicas do Estado definam ‘quem pode e quem não pode’ ter acesso à reprodução humana assistida. (Grifos do autor)

Destarte, observa-se na justificativa do Projeto de Lei nº 517/2011 que o problema dessa política reside no acesso à reprodução humana assistida das pessoas que não podem arcar com seus custos. E, em consonância com essa escassez, corroboram a queda da taxa de natalidade no Brasil (de 3,2 para 1,8, nos últimos anos) e as crescentes taxas de infertilidade (15 a 20%) que atingem a população sem distinção de classe social e econômica (SÃO PAULO, 2011a).

A Portaria nº 3.149/2012 do Ministério da Saúde também reconhece os problemas enfrentados pela população brasileira, ao considerar “a necessidade dos casais para atendimento à infertilidade em serviços de referência de Alta Complexidade para Reprodução Humana Assistida”, bem como a contribuição das técnicas de reprodução humana assistida “para a diminuição da transmissão horizontal e vertical de doenças infectocontagiosas, genéticas, entre outras.” (BRASIL, 2012). Nesse contexto, evidencia-se o problema a ser enfrentado na formulação dessa política pública.

4.2 AS ALTERNATIVAS OU SOLUÇÕES PARA AS POLÍTICAS

No modelo teórico de Kingdon (1995), as alternativas dependem de um conjunto de fatores advindos dos problemas apresentados, das possibilidades de soluções para cada momento da decisão política. Portanto, entende-se que existe uma interação entre o problema e as alternativas, as quais, geralmente, são apresentadas em números diversos pelos atores sociais envolvidos. Esse é o modelo *garbage can* (lata de lixo), desenvolvido por Cohen, March e Olsen (1972) e posteriormente utilizado por Kingdon (1995) para definir o *multiple streams* (modelo de correntes múltiplas), no qual existem as “janelas de oportunidades”, em que os problemas, as soluções e os atores envolvidos são distintos e compõem decisões diversas, melhores para cada momento político (SOUZA, 2007, p.75).

As alternativas ou soluções devem atender a aceções diferenciadas, para que a política pública possa realmente ser formulada. Portanto, alguns requisitos são imprescindíveis, tais como: a efetividade, a tecnicidade, a valoração da opinião pública, a viabilidade financeira e

orçamentária, bem como a visibilidade política seja como oposição ou situação (PINTO, 2004, p.54). Isso conduz às propostas, as quais não necessariamente satisfazem a todos esses itens elencados. Contudo, viabilizam as “janelas de oportunidade”.

Dessa maneira, observa-se que as alternativas ou soluções constituem um dos elementos que contribuem para essas “janelas de oportunidade”, através das quais as ideias e os projetos se transformam em políticas públicas.

No que tange às alternativas encontradas no presente estudo, a partir do processo de formulação da política pública em reprodução humana assistida no Estado de São Paulo, com o Projeto de Lei nº 517/2011, foram basicamente duas: a) a parceria público-privada⁴ para a realização da prestação desse serviço via clínicas particulares de reprodução humana assistida; e b) o fornecimento desse serviço via ente público pelo SUS, a exemplo dos Hospitais das Clínicas de São Paulo e de Ribeirão Preto⁵, os quais têm todo amparo das pesquisas e mão de obra dos profissionais e estudantes.

Diante do exposto, vale mencionar que as alternativas supracitadas compõem o resultado da coleta de dados do presente estudo, a qual será abordada no capítulo 6.

4.3 OS ATORES ENVOLVIDOS: GOVERNAMENTAIS E NÃO GOVERNAMENTAIS

Kingdon (1995) descreve os atores da seguinte maneira:

Os participantes ativos do processo de determinação da agenda são classificados em dois grupos: a) atores governamentais (representantes do Executivo, do Legislativo e os servidores públicos) e b) os atores não governamentais (os especialistas, os grupos de interesse, a mídia e a opinião pública). (PINTO, 2004, p.49).

⁴ Di Pietro, nas páginas 315-316, da sua obra Direito Administrativo, explica o conceito e as modalidades das parcerias público-privadas da seguinte maneira: “[...] a parceria público-privada é o contrato administrativo de concessão que tem por objeto (a) a execução de serviço público, precedida ou não de obra pública, remunerada mediante tarifa paga pelo usuário e contraprestação pecuniária do parceiro público, ou (b) a prestação de serviço de que a Administração Pública seja a usuária direta ou indireta, com ou sem execução de obra e fornecimento e instalação de bens, mediante contraprestação do parceiro público.”

⁵ A Portaria n 3.149/2012, do Ministério da Saúde, na qual ficam “destinados recursos financeiros aos estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos de atenção à Reprodução Humana Assistida, no âmbito do SUS, incluindo fertilização *in vitro* e/ou injeção intracitoplasmática de espermatozoides”, contém uma tabela anexa com os estabelecimentos que recebem os referidos recursos (Cf. Portaria em anexo).

No caso em tela, os atores governamentais são os deputados estaduais da Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, a partir da autora do Projeto de Lei nº 517/2011 e dos demais que participaram da votação do referido Projeto nas Comissões da Casa Legislativa, conforme Atas anexas. Dessa maneira, vale salientar que, para Kingdon (1995), os atores citados, políticos eleitos, têm forte influência nas alternativas e na determinação da agenda governamental. (PINTO, 2004, p.50).

Já os atores não governamentais foram os assessores parlamentares especialistas na área jurídica e orçamentária, bem como médicos relacionados à reprodução humana assistida que auxiliaram o referido Projeto pelo conhecimento específico, seja por parceria ou através de universidades, com pesquisas sobre o tema. Esses atores atuam mais na busca das alternativas para enfrentar os problemas do que no conteúdo das agendas governamentais (PINTO, 2004, p.51).

Faz-se *mister* reconhecer que a mídia está, cada vez mais, reconhecendo a importância dos direitos sexuais e reprodutivos, principalmente após a votação da Lei de Biossegurança (Lei Nº 11.105/2005), na qual houve a manifestação de diversos setores da sociedade sobre a temática da reprodução humana assistida e suas consequências. Participaram os portadores de necessidades especiais, cadeirantes, na luta com as pesquisas com células tronco embrionárias; os pesquisadores (cientistas) e grupos religiosos com fundamentos da bioética e surgimento da vida.

4.4 A AGENDA GOVERNAMENTAL E O PROCESSO DE NEGOCIAÇÃO POLÍTICA

A construção da agenda governamental descrita no modelo teórico do ciclo de política pública de Kingdon (1995) implica em um intenso processo de negociação, em que são debatidas as alternativas propostas como solução do problema (PINTO, 2004, p.58). Ou seja, envolve as arenas/instâncias decisórias nas quais a política é debatida, os argumentos contra e a favor são colocados e, finalmente, a proposta é aprovada ou rejeitada.

Pinto (2004, p.72) enumera alguns elementos preponderantes, os quais compõem o processo de negociação para as escolhas das alternativas/soluções, que serão inseridas na agenda governamental:

[...] na política o movimento se apresenta de modo diferente, ele é governado pela negociação. As coalizões são construídas através da garantia de concessões em troca de apoio político, ou seja, a adesão ocorre não apenas porque alguém simplesmente foi persuadido, mas porque alguém receia que a não adesão resulte em exclusão de benefícios.

Assim, cabe salientar que o período dessa negociação é longo, pois, não raramente, precisa-se de um tempo para o convencimento, para que então os diversos atores participantes desse processo possam aprovar as propostas defendidas.

Ressalta-se ainda que as ideias defendidas pelos atores adentram nesse processo de negociação, através dos seus líderes políticos. Nesse contexto, discutem-se as alternativas/soluções, para manutenção e/ou preponderância de determinadas ideias. Assim, Pinto (2004, p.73) evidencia que Kingdon (1995) enumera alguns aspectos:

a) direção política; b) possibilidade técnica, garantindo a riqueza de detalhes, eliminando inconsistências e apontando possibilidade de implementação; c) compatibilidade com os valores dos formuladores de política; d) antecipação de futuras restrições, por exemplo, restrição orçamentária; e) consentimento público; f) consenso (consciência do problema e concordância nas soluções e propostas). Quanto mais uma ideia é discutida, mais seriamente ela é considerada.

Os elementos acima elencados apresentam-se na formulação da política pública em reprodução humana assistida, haja vista que a legislação brasileira perquiriu avanços significativos no cenário nacional e internacional, nas últimas décadas, no que se refere aos direitos sexuais e reprodutivo, principalmente no que tange ao planejamento familiar (concepção e contracepção).

Observa-se que, no discurso de posse do Ministro da Saúde, em 2007, uma das metas era fortalecer a política nacional de direitos sexuais e reprodutivos e planejamento familiar (BRASIL, 2007, p.20). Portanto, no cenário nacional existe uma força favorável para a aprovação de políticas públicas como a do Projeto de Lei nº 517/2011.

Como exemplo, tem-se a publicação da Portaria nº 3.149/2012, do próprio Ministério da Saúde, destinando recursos financeiros para que se realize tal política no âmbito do SUS. Assim, resta claro o entendimento de que a inserção dessa política pública na agenda governamental já teve início, ainda que com as seguintes observações: de forma incipiente; através de Portaria do Ministério da Saúde, não através de uma legislação com maior segurança jurídica; e sem a aprovação do Projeto de Lei nº 517/2011.

5 METODOLOGIA

A pesquisa realizada neste trabalho tem caráter descritivo e exploratório, o qual, segundo Sellitz (et al., 1967, p.63 apud GIL, 2002, p.41):

[...] têm como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições. Seu planejamento é, portanto, bastante flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado. Na maioria dos casos, essas pesquisas envolvem: (a) levantamento bibliográfico; (b) entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; e (c) análise de exemplos que ‘estimulem a compreensão’.

Acrescenta-se ainda que esta pesquisa é exploratória descritiva, uma vez que o pensamento dos sujeitos entrevistados estará descrito na apresentação dos dados e discussão dos resultados.

A metodologia abordada consiste no desenho da pesquisa qualitativa, a qual permite uma compreensão do que é estudado, com a devida contextualização social, ao abordar uma complexidade inerente ao seu objeto, qual seja o Projeto de Lei nº 517/2011, na Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, que trata da formulação de política pública em reprodução humana assistida.

Assim, preceitua Richardson (2009, p.80), ao afirmar que:

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

O doutrinador referendado afirma que “o objetivo fundamental da pesquisa qualitativa [...] está no aprofundamento da compreensão de um fenômeno social por meio de entrevistas em profundidade e análises qualitativas da consciência articulada dos atores envolvidos no fenômeno” (RICHARDSON, 2009, p.102).

Outrossim, Minayo, Assis e Souza (2005, p.201) trazem os fundamentos da pesquisa qualitativa em dois pilares: “nos hábitos e laços culturais” e no fato da “existência de uma

segmentação no mesmo meio social o que representa diferenciações de opiniões e crenças a respeito de determinado tema”.

Portanto, observa-se que um dos itens cruciais da pesquisa qualitativa é a sua conectividade com a contextualização dos paradigmas apresentados – no caso em apreço a incorporação de políticas públicas em reprodução humana assistida na agenda governamental do Estado de São Paulo, o Projeto de Lei nº 517/2011.

No tocante à pesquisa bibliográfica, realizou-se uma revisão nos livros, publicações periódicas e demais impressos em diversas áreas do conhecimento, tais como direito, sociologia e saúde, bem como de outras ações, a exemplo da pesquisa de legislação pertinente ao tema para uma análise documental, *a priori*, dos seguintes documentos: Projeto de Lei nº 517 de 2011, atas e pareceres da Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo disciplinando a política pública de reprodução humana assistida no seu Estado.

Essa pesquisa se apresenta como um estudo de caso pelas razões apontadas por Yin (1994, p.13), para quem “o estudo de caso é uma inquirição empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de um contexto da vida real, quando a fronteira entre o fenômeno e o contexto não é claramente evidente e onde múltiplas fontes de evidência são utilizadas”. Nesse contexto, investigar a formulação de políticas públicas em reprodução humana assistida a partir do Projeto de Lei nº 517/2011 está em consonância com a pesquisa proposta.

Ademais, Yin (1994) ressalta que essa estratégia (estudo de caso) permite averiguar o como e o porquê de acontecimentos contemporâneos, sobre os quais o investigador tem pouco ou nenhum domínio.

Corroborando com o conceito de Yin (1994) a definição de Gil (2002, p.54), quando este salienta que o estudo de caso “consiste no estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento, tarefa praticamente impossível mediante outros delineamentos já considerados”. Ainda na perspectiva do autor referendado, observam-se alguns propósitos do estudo de caso nas ciências sociais, como por exemplo:

- a) explorar situações da vida real cujos limites não estão claramente definidos;
- b) preservar o caráter unitário do objeto estudado;
- c) descrever a situação do contexto em que está sendo feita determinada investigação;
- d) formular hipóteses ou desenvolver teorias;
- e) explicar as variáveis causais de determinado fenômeno em situações muito complexas que não possibilitam a utilização de levantamentos e experimentos.

Vale salientar que, em razão dos aspectos acima mencionados, a pesquisa apresenta as características de um estudo de caso, no qual se adota a entrevista semiestruturada, como forma de coletar os dados, por meio de um roteiro previamente construído, o que permitiu abordagens discursivas, por ser a entrevista uma prática fundamental no desenvolvimento da mencionada pesquisa.

Dessa forma, em consonância com Minayo, Assis e Souza (2005, p.170) a entrevista apresenta algumas vantagens, por ser mais um “bate-papo”, uma “conversa direcionada” com “regras de sociabilidade”, em que “se constrói um rico material sobre versões, opiniões, descrições peculiares, criadas na interação de dois interlocutores, ou seja, nos interstícios de uma relação, em uma *interview* do pesquisador e seu entrevistado.”

Nesse diapasão, esse instrumento permite identificar a percepção dos atores investigados.

Assim, é indubitável que a contextualização é um elemento essencial, conforme enfatiza Spink (1999, p.186): “ao abordar a entrevista inicial como prática discursiva estamos, antes de mais nada, entendendo-a como ação, ou melhor dizendo, como interação. Esta interação se dá em um certo contexto, numa relação constantemente negociada.”

As entrevistas foram realizadas com “informantes chaves” envolvidos no processo de formulação da política pública em reprodução humana assistida na agenda governamental do Estado de São Paulo, compreendidos em deputados estaduais e agentes de saúde (médicos) relacionados, portanto, “atores governamentais” e “atores não governamentais”, conforme modelo teórico de Kingdon (1995).

As perguntas iniciais foram mais gerais, para que, então, se adentrasse nos questionamentos mais específicos, os quais “determinam o impacto ou significado de um evento para o entrevistado”, no intuito de aprofundar a superficialidade das perguntas iniciais necessária à compreensão do objeto e do problema de estudo (FLICK, 2004, p.104; 90-91).

Assim, as entrevistas foram realizadas através dos meios eletrônicos, no período entre outubro de 2012 e abril de 2013, com as seguintes etapas: a) envio de e-mail para os deputados; b) reenvio de e-mail para os deputados; c) contato telefônico com os deputados, através dos seus assessores; d) contato com o médico por Facebook; e) envio de e-mail para o médico; e f) telefonemas para reafirmar os envios das questões contidas no roteiro da entrevista.

É cediço entre pensadores da atualidade, como Lévy (1994), que os meios eletrônicos constituem fontes válidas de obtenção dos dados, principalmente na era dos e-mails, Facebook e demais interativos virtuais, os quais encurtam as distâncias e favorecem a difusão do conhecimento e da aprendizagem. Dessa forma, conceitua o autor (LÉVY, 1994, s/p) que:

O espaço cibernético é um terreno onde está funcionando a humanidade, hoje. É um novo espaço de interação humana que já tem uma importância enorme sobretudo no plano econômico e científico e, certamente, essa importância vai ampliar-se e vai estender-se a vários outros campos, como por exemplo na Pedagogia, Estética, Arte e Política.

Ademais, é oportuno ressaltar que os dados obtidos com as referidas entrevistas e demais documentos (tais como atas e pareceres) serão analisados no próximo capítulo, com o intuito de buscar a percepção dos atores envolvidos no processo de formulação da política supramencionada, tendo como referencial teórico o modelo de políticas públicas de Kingdon (1995).

6 APRESENTAÇÃO DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Inicialmente, adotou-se uma codificação, visando proteger a identidade dos entrevistados na pesquisa. Estes são apresentados como “atores governamentais” e “atores não-governamentais”, conforme modelo teórico de Kingdon (1995).

No âmbito dos “atores governamentais”, os deputados estaduais entrevistados foram representados pela sigla RD, acompanhada de numeração (RD1, RD2 etc.), enquanto os “atores não-governamentais” são os agentes de saúde (médicos) de notório saber, os quais se encontram identificados com a sigla RM acompanhada de numeração (RM1, RM2 etc.).

Os roteiros de entrevistas elaborados sobre o Projeto de Lei nº 517/2011 e sua tramitação na Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo foram três: um para a deputada autora do referido Projeto, com doze perguntas; outro para os demais deputados, com dez perguntas; e o último para os referidos médicos de notório saber na área da reprodução humana, com cinco perguntas, conforme documentos em anexo.

Vale salientar que todos os deputados que compõem as três Comissões, pelas quais tramitou o referido Projeto, tiveram o roteiro de entrevista enviado através do endereço eletrônico oficial constante no site da Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, totalizando o envio de trinta e quatro e-mails.

Contudo, destes obteve-se a resposta de apenas dez e-mails enviados, sendo quatro com a entrevista respondida: RD-1, deputada do PSDB; RD-2, deputado do PSDB; RD-3, deputada do PTB; e RD-7, deputado do PPS. Os outros seis trouxeram a indicação de contatar a deputada autora do Projeto de Lei: RD-4, deputado do PV; RD-5, deputada do PV; RD-6, deputado do PPS, RD-8, deputado do PSDB; RD-9, deputado do PSDB; RD-10, deputado do PT.

Ressalta-se que a autora do Projeto pertence ao partido político da coligação PSDB/DEM, a mesma do governador do Estado de São Paulo. Além disso, o PTB, o PPS e o PV não têm

coligações e o PT pertence à coligação “Somos mais São Paulo”, juntamente com os partidos PDT, PSDC, PC do B, PTN, PT do B, PR, PRB, PRP e PRTB⁶.

Nas três Comissões da Casa Legislativa do Estado de São Paulo – de Constituição, Justiça e Redação; de Saúde e Higiene; e de Fianças, Orçamento e Planejamento –, o Projeto de Lei nº 517/2011 foi aprovado por unanimidade, com parecer favorável de todos os relatores, conforme atas e pareceres anexos.

Salienta-se que a documentação acima explicitada, juntamente com o Projeto de Lei nº 517/2011 e sua justificativa foram obtidos através do envio, pelos correios, da deputada autora do Projeto. Ademais, dois deputados, dos que não responderam a entrevista, mas responderam ao e-mail, enviaram os pareceres das Comissões como documento anexo, com a informação de que o referido Projeto tivera voto favorável do relator e fora aprovado por unanimidade.

O mencionado Projeto de Lei foi votado, em 23/11/2011, na Comissão de Constituição, Justiça e Redação, na 13ª Reunião de Pauta, com a presença de doze deputados e ausência de um deputado, conforme ata anexa. Nessa Comissão há o registro de que um dos deputados recebeu o Projeto de Lei como relator, mas o devolveu sem voto, conforme andamento processual anexo.

O parecer nº 937 de 2012, da Comissão de Constituição, Redação e Justiça, é favorável à aprovação do referido Projeto de Lei, que não recebeu emendas ou substitutivos, com fulcro no art.24, inciso XII, e artigo 196, da Constituição Federal de 1988, haja vista que legislar sobre a proteção e defesa da saúde é uma competência concorrente da União, dos Estados e do Distrito Federal, bem como o direito à saúde representa um dever do Estado, seja qual for o ente federativo. Princípios e direitos fundamentais são enaltecidos, como a dignidade da pessoa humana, a vida e a saúde.

Nesse sentido, concluem o referido parecer as seguintes palavras do deputado relator:

Em suma: onde não haja lei ou ação administrativa implementando a Constituição, deve o Legislativo agir, inovando o ordenamento jurídico, no sentido de preencher lacunas e implantar procedimentos, no sentido de socorrer aos direitos fundamentais previstos na Constituição Brasileira. (PARECER, 2012a).

⁶ Cf. Eleições estaduais de São Paulo em 2010 (verbete). Wikipedia – a enciclopédia livre. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Elei%C3%A7%C3%B5es_estaduais_de_S%C3%A3o_Paulo_em_2010>. Acesso em: jun. 2011.

Na Comissão de Saúde e Higiene, o referido Projeto de Lei permaneceu em pauta por cinco Sessões Ordinárias e não recebeu emendas ou substitutivos. Assim, a votação desse Projeto procedeu-se em 15/05/2012, na 10ª Reunião Ordinária, com a presença de dez deputados e ausência de dois deputados, conforme ata anexa. Observa-se que, no andamento processual anexo, um dos deputados, filiado a partido político opositor ao da deputada proponente do Projeto, solicitou vistas ao Projeto, mas o devolveu ao relator sem manifestações. Uma hipótese que pode ser levantada é a de ter havido entendimentos com o deputado, no sentido de obter o seu apoio ou uma segunda hipótese de que a solicitação de vistas se deu apenas para conhecer melhor a proposta e ter mais informações sobre o assunto antes de votar.

Nessa Comissão, o voto do relator, Parecer nº 938, de 2012, inicia informando que irá se manifestar quanto ao mérito do Projeto, bem como ratificando o entendimento constante no Parecer nº 937, de 2012, da Comissão anterior.

Na sequência, o relator pronuncia-se enaltecendo que a nomenclatura adequada não seria “Programa”, devido à pluralidade de significados e sentidos desse termo. Com relação ao conteúdo, o relator trata o Projeto de Lei como um direito subjetivo público de natureza administrativa, o qual foi plenamente atendido pela autora, de forma minuciosa e descritiva, inclusive com a previsão do direito à informação, muitas vezes negligenciado em outras proposituras.

Observa-se também que o deputado relator enaltece a criação do fundo, presente no artigo 7º do referido Projeto, bem como reconhece a assessoria técnica que a autora obteve ao expressar:

É evidente que se trata de proposição elaborada com o concurso de especialistas na matéria, que mostraram o devido cuidado para que o texto resultante do trabalho desenvolvido pela excelente assessoria técnica da Autora fosse o mais consistente possível do ponto de vista médico. (PARECER, 2012b).

Na Comissão de Finanças, Orçamento e Planejamento, o mesmo Projeto de Lei foi votado, em 05/06/2012, na 14ª Reunião Ordinária de Pauta, tendo permanecido na pauta para votação por cinco Sessões Ordinárias, não tendo recebido emendas ou substitutivos. A votação contou com a presença de nove deputados e a ausência de três deputados, conforme ata anexa. Contudo, registra-se que, entre os ausentes, dois eram do PSDB, partido político da deputada

autora do Projeto (que era uma das ausências) e um deputado do PMDB, o qual, inclusive, era o relator do Projeto.

Ademais, outro fato relevante constante na referida ata é a manifestação de um deputado do PT com a preocupação referente a “um possível esvaziamento dessas reuniões, causado eventualmente pela falta de divulgação, sugerindo que a Assembleia libere verba para suprir essa deficiência, noticiando os eventos na imprensa local”.

O Parecer nº 939 de 2012, da Comissão acima referida, fundamenta sua aprovação sob análise dos aspectos previstos no §2º do artigo 31 do Regimento Interno da Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, em atenção à convergência dos artigos 11, do referido Projeto de Lei com o artigo 25, da “Carta Paulista, quais sejam:

Artigo 31 – Caberá às Comissões Permanentes, observada a competência específica definida nos parágrafos:

§ 2º – À Comissão de Finanças, Orçamento e Planejamento compete opinar sobre proposições e assuntos, inclusive os da competência de outras Comissões, que concorram para aumentar ou diminuir assim a despesa como a receita pública; sobre a atividade financeira do Estado; sobre fixação de subsídios e ajuda de custo dos Deputados, do Governador e Vice-Governador; sobre projeto de lei orçamentária, em especial os que disponham sobre o Plano Plurianual, as Diretrizes Orçamentárias e o Orçamento Anual, bem como os projetos referentes à abertura de crédito; compete, ainda, fiscalizar a execução orçamentária e emitir parecer sobre comunicação do Tribunal de Contas referente à ilegalidade de despesas decorrentes de contrato; bem como opinar sobre a organização ou reorganização de repartições da administração direta ou indireta aplicadas a esses fins. (SÃO PAULO, 2011b).

Artigo 11 - As despesas decorrentes da execução desta Lei correrão por conta das dotações próprias, consignadas no orçamento, suplementadas se necessárias. (SÃO PAULO, 2011a).

Artigo 25 - Nenhum projeto de lei que implique a criação ou o aumento de despesa pública será sancionado sem que dele conste a indicação dos recursos disponíveis, próprios para atender aos novos encargos.

Parágrafo único - O disposto neste artigo não se aplica a créditos extraordinários. (SÃO PAULO, 2012).

Contudo, observa-se que, a partir do artigo 6º, o Projeto de Lei contempla e explica a criação, os objetivos, as receitas, os bens e demais procedimentos pertinentes à viabilidade do “Fundo de Receita para Assistência Básica em Reprodução Humana”, que será analisado no decorrer da fala dos entrevistados.

Acrescenta-se ainda que o referido parecer salienta que o artigo 11, do Projeto de Lei nº 517/2011, abaixo citado, “prevê os recursos necessários para atender os encargos decorrentes da aprovação do Projeto, de acordo com as exigências do artigo 25 da Carta Paulista” (SÃO PAULO, 2012).

Artigo 11 – As despesas decorrentes da execução desta Lei correrão por conta das dotações próprias, consignadas no orçamento, suplementadas se necessárias. (SÃO PAULO, 2011a).

Assim, em 12/06/2011, o referido Projeto de Lei teve seus três pareceres publicados e, portanto, encontra-se “Pronto para a Ordem do Dia”, ou seja, pronto para votação de todos os 94 deputados da Assembleia Legislativa do Estado de São de São Paulo e, posterior aprovação ou não do Governador do Estado de São Paulo, conforme falas da deputada RD1 na entrevista concedida:

Vale ressaltar, no entanto, que o projeto ainda está na ordem do dia para ser votado. Isso significa que ainda não foi votado em plenário pelos 94 deputados da Assembleia Paulista.

O projeto tramitou apenas nas três comissões da Assembleia Legislativa de São Paulo. Agora, ele segue para plenário para votação. Se aprovado, segue para a sanção ou veto do Governador. Se sancionado, a próxima etapa será a regulamentação.

Na análise dos “atores não-governamentais” ainda na caracterização dos sujeitos envolvidos na formulação da política pública em reprodução humana assistida, com o Projeto de Lei nº 517/2011, conforme ensina Kingdon (1995), tem-se a entrevista com o médico que fora o grande auxiliar da deputada autora do referido Projeto, e que “contribuiu muito para a formulação do referido Projeto de Lei”, conforme palavras da própria deputada na entrevista concedida a esta pesquisa: “um grande parceiro e que contribuiu muito para a formulação do projeto foi o RD1, médico andrologista, ginecologista e especialista em medicina reprodutiva.”

Além deste documento, tem-se a entrevista de outro médico professor e pesquisador de universidade federal, RD2. Ambos têm notório saber e referência no assunto.

No decorrer da coleta e análise dos dados da pesquisa, observou-se que entrevistar outro agente de saúde (médico) diverso do auxiliar da deputada seria significativo para este estudo, tendo em vista a importância de obter a opinião de um profissional competente na área e não envolvido diretamente com a proposta. Assim, enviou-se a entrevista para o outro médico,

que não participou do Projeto de Lei, e é professor e pesquisador de universidade federal, a fim de se averiguar a percepção desse profissional, a qual está envolvida nesse processo.

Posto isso, adentrar-se-á na apresentação e análise dos resultados obtidos das entrevistas dos “atores governamentais e não governamentais”, a partir das categorias extraídas do modelo teórico de Kingdon (1995) – a) problema(s); b) alternativas/soluções; e c) processo de negociação.

Na primeira categoria, observa-se que o cerne do problema fora, por todos os entrevistados, explanados em consonância com o exposto na justificativa do referido Projeto de Lei, pois todos afirmam que os cidadãos mais carentes não têm acesso à reprodução humana assistida, o que, segundo uma deputada, representa um empecilho à construção da família:

RD3 – [...] cujo maior intuito é assegurar às pessoas mais carentes o direito de ter filhos, dentro de métodos mais eficientes e modernos oferecidos pela medicina. [...] a adoção de dotações financeiras por meio de gestão moderna e eficiente, que certamente, beneficiará parcela significativa de casais de baixo poder aquisitivo com a possibilidade de construir sua família.

Na fala de um dos deputados observa-se também essa preocupação com a construção da família, ao afirmar que:

RD7 – Os problemas elencados pela autora do projeto se encontram na justificativa da proposição sendo que preliminarmente propugna por instituir no Estado de São Paulo “Programa amplo que assegura garantias de tratamento de infertilidade à pessoa mais carente” embasada, especialmente, em pesquisa formulada pelo SEADE – Sistema Estadual de Análise de Dados, bem como em estudos realizados pela Organização Mundial da Saúde e no entendimento da necessidade do governo passar a adequar políticas públicas inter-relacionando programas de planejamento familiar.

Na justificativa do referido Projeto de Lei, os problemas também se apresentam como dados de infertilidade populacional “em todas as classes sócio-econômicas”, com taxas de natalidade decrescentes, além da preocupação com o planejamento familiar.

Acrescenta-se, ainda, que os “atores não-governamentais” corroboram com o exposto na justificativa do Projeto, ao afirmarem na entrevista que a reprodução humana assistida apresenta um custo significativo, a população brasileira está envelhecendo e a longa espera nas filas pelo tratamento se dá em não menos do que “quatro anos”, para que os casais carentes economicamente possam gerar filhos:

RM1 – Em São Paulo, o hospital Pérola Byington tem uma fila de 4 anos e temporariamente não aceita mais pacientes.

Nossa população tende a envelhecer, pois a taxa de natalidade caiu de 3,0 para 1,8 significando que não estamos repondo a população em equilíbrio.

Aqui temos milhares de pessoas inférteis (16 milhões no Brasil inteiro), mas não existe solução do problema. Os planos de saúde não querem atender os tratamentos de fertilidade, porque pagam pela gravidez e depois tem que pagar pelo parto.

RM2 – Demanda existe sim. Muitos casais pobres com problemas para engravidar não conseguem tratamento ou têm de enfrentar as longas filas de atendimento do sistema público de saúde.

No que tange à categoria alternativas/soluções, apresentaram-se alguns resultados: o primeiro foi apresentado pela própria deputada autora do Projeto de Lei nº 517/2011 e pelo médico que lhe auxiliou, ao proporem parceria com as clínicas particulares como meio viável para atender a política, conforme trechos da justificativa do referido Projeto e das entrevistas acerca do “Fundo de Receita de Assistência Básica em Reprodução Humana-FRABRH”, a seguir presentes no texto.

Em relação à segunda solução/alternativa que aparece como proposição, trata-se do atendimento via SUS, sem a participação complementar do setor privado. Essa é uma alternativa já existente no Brasil, evidenciada na prática em alguns hospitais, tais como aqueles apontados na Portaria nº 3.149/2012 (anexa). Esse fato já ocorre em razão de outras determinações constantes na Portaria nº 426/GM de 2005, do Ministério da Saúde.

Contudo, não existe um *feedback* consistente acerca dessa viabilidade, pois a deficiência não reside apenas na política, mas na incipiência desta diante de uma demanda real, conforme assinala Dentillo (2012, p.11) ao retratar o cenário brasileiro:

[..] uma enorme demanda reprimida: existe um grande número de pacientes que necessitam de reprodução assistida e não conseguem ter acesso a clínicas especializadas, sejam elas particulares (preços muitos altos, de R\$ 15 a 20 mil) ou oferecidas em serviços públicos, que não comportam a quantidade de casais que os procuram.

Alfano (2009, p.59) relata que, em 2008, apenas seis unidades de saúde pública ofereciam o tratamento de alta complexidade em RA no País, segundo o Dossiê da Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida (SBRA), pelo SUS. Outros mantêm programas com medicamentos custeados pelos casais.

Outrossim, um dos aspectos destacados pela autora do Projeto de Lei, para viabilizar a proposta, foi a criação do próprio “Fundo de Receita de Assistência Básica em Reprodução Humana-FRABRH”. Este servirá ao governo do Estado de São Paulo como meio de efetivação da política pública em reprodução humana assistida.

Contudo, na justificativa do referido Projeto, assim como nas entrevistas, fica claro o entendimento de que o repasse das verbas do fundo será para instituições privadas, através de convênio do ente público e o ente privado, a exemplo das parcerias público-privadas (PPPs).

Na justificativa do Projeto de Lei, vale ressaltar que a autora registra a gestão colegiada e a utilização de meios modernos e eficientes de gestão, no que tange ao Fundo criado:

Há de se destacar que esse Fundo será bem nutrido e não poderá ser gerenciado de forma absoluta por uma pessoa, seja ela quem for, sob pena de se colocar em risco a lisura do processo de aplicação. Nesse sentido, a presente iniciativa pressupõe uma gestão colegiada abrangendo a participação de representantes das várias categorias trabalhistas que compõem o sistema estadual de saúde.

E mais, a oportunidade de implantarmos no sistema de saúde, mas especificamente, no tratamento da infertilidade, a adoção de dotações financeiras por meio de gestão moderna e eficiente, que certamente, beneficiará parcela significativa de casais de baixo poder aquisitivo com a possibilidade de constituir a sua família. (SÃO PAULO, 2011a).

Nas falas dos deputados não se encontra nenhum aspecto que suscite a participação exclusiva do Sistema Único de Saúde, como se pode observar:

RD1 – O projeto não repassa a responsabilidade de custo para o SUS, mas sim ao Governo de São Paulo. A ideia é a criação do Fundo e a celebração de convenio entre Estado e Clínicas particulares, conforme artigos 5 e 6 do projeto.

RD7 – Todas as propostas de programas quando aprovadas nesta casa de leis e sancionadas pelo Governador devem ser contempladas no plano plurianual, especialmente, na LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias, e obviamente no orçamento anual, proporcionando de acordo com a vontade, conveniência e política do governo para sua disponibilidade a que foi criado, geralmente para atender aos anseios e necessidades da população.

Por fim, tem-se a proposta de implantação do referido “Programa”, custeado pela criação do Fundo e executado pelas parcerias público-privadas e pelo Sistema Único de Saúde, conforme trecho extraído da entrevista de um dos “atores não-governamentais”, ao alegar que o SUS

seria também uma via de acesso, principalmente nos grandes polos de atendimento à reprodução assistida:

RM1 – A verba desse Fundo será distribuída entre os centros públicos já instalados e as clínicas conveniadas. [...] Negociações com os laboratórios de medicamentos podem levar a uma economia baixando assim os custos do tratamento.

[...] Nos locais com centros públicos estes continuarão ser a referência e as clínicas conveniadas serão aquelas nas cidades sem centros públicos capazes de atendimento. Desse modo, teremos a continuidade do atendimento público nos centros do governo e uma parceria público-privada nas cidades que não tem centros específicos.

Urge enaltecer que, na fala acima transcrita, o ator “não-governamental” evidencia a tendência do referido Projeto de Lei com os convênios entre entes públicos e privados, bem como a negociação dos gestores dessa política pública com os laboratórios fornecedores dos medicamentos necessários para a realização do tratamento e dos procedimentos de reprodução humana assistida.

Chama a atenção no Projeto de Lei os interesses que podem estar pouco explicitados em relação às reais intenções da proposta e, por conseguinte, o ganho que os empresários da saúde podem obter à custa do SUS.

Na terceira categoria, processo de negociação, as respostas das entrevistas convergem afirmando que não houve dificuldade enfrentada devido à “importância” do referido Projeto de Lei. Uma das deputadas acrescenta que:

RD3 – Visto a relevância do assunto para a nossa Sociedade o assunto foi discutido de forma clara e aberta.

Ademais, como já retratado, o Projeto foi aprovado por unanimidade nas comissões da Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, sem qualquer contraproposta, oposição ou emenda. Nesse contexto, a autora do Projeto de Lei ressalta que ainda não houve votação “em plenário pelos 94 deputados da Assembleia Paulista”. Ademais, outro deputado, acrescenta que:

RD7 - Quando for deliberado em sessão plenária com deliberação pelos 94(noventa e quatro) parlamentares com assento nesta E. casa de leis. Nesta fase final poderá ainda ocorrer manifestação contrária de parlamentares que até então não tinham participado do processo legislativo nas comissões permanentes (por não serem membros das mesmas) podendo nesta fase,

externar seu voto ou propor emenda de plenário alterando substancialmente a propositura em tela. Este é o momento final da discussão e votação da matéria *,que ainda não se deu pelo que consta no SPL –tramitação do projeto*, se aprovada a medida ,esta é encaminhada para sanção ou veto do governador, ensejando a lei ou veto. em ocorrendo o veto governamental novamente retorna o projeto a assembléia legislativa para ser reapreciada quanto as razões do veto.

Nesse diapasão, observa-se que o processo de negociação para a aprovação do Projeto de Lei nº 517/2011 ainda não encerrou, pois existe a possibilidade de manifestações contrárias e emendas ao texto original. Portanto, inclusive em plenário, até a apreciação final do governador, não se pode considerar que a redação do referido Projeto será aprovada ou rejeitada sem quaisquer alterações.

É evidente o entendimento de que o Projeto de Lei nº 517/2011 constitui uma formulação de política pública em reprodução humana assistida, que se encontra em fase de negociação, para ingresso definitivo e consolidado na agenda governamental do Estado de São Paulo.

No que se refere à justificativa do Projeto de Lei nº 517/2011, os dados apontaram que o “Programa de Assistência Básica em Reprodução Humana” assegura “tratamento de infertilidade à população mais carente”, no Estado de São Paulo. Assim, a autora retrata a necessidade do Programa através de dados da Fundação Sistema Estadual de Análises de Dados (SEADE), com índices de infertilidade e dificuldades para reproduzir, bem como números demonstradores da queda na taxa de natalidade no Brasil. Ademais, existe a ressalva de que concepção e a contracepção fazem parte de um Programa de Planejamento Familiar.

Na viabilidade de execução do referido Programa, existe a criação de um Fundo, conforme o artigo 7º. Ainda, nesse sentido, descreve o artigo 8º:

Constituem receitas do Fundo de Receita para Assistência Básica em Reprodução Humana:

I – dotações orçamentárias próprias;

II – auxílios, subvenções, contribuições e doações de entidades públicas e privadas, nacionais ou estrangeiras, destinadas a atender quaisquer das finalidades previstas no artigo 6º da presente lei;

III – as provenientes do tratamento de infertilidade aplicado aos pacientes de poder econômico-financeiro capazes de suportar parcialmente o tratamento, de acordo com os níveis de avaliação e diagnóstico previstos no artigo 2º;

IV – as provenientes de inscrições para realização de cursos, simpósios, seminários e congressos promovidos pelo Programa de Assistência Básica em Reprodução Humana;

V – as provenientes da venda de assinaturas os volumes avulsos de revistas, boletins ou outras publicações editadas pelo Programa de Assistência Básica em Reprodução Humana;

VI – a remuneração oriunda de depósitos bancários ou aplicação financeira realizada em contas do próprio Fundo;

VII – as provenientes de quaisquer outros ingressos extra-orçamentários. (SÃO PAULO, 2011a).

A diversidade das fontes de custeio elencadas acima (governo, doações, eventos etc.) contribui para sua aprovação, entretanto não significa que sejam todos os incisos acima viáveis e suficientes para tal finalidade. Essa análise merece um estudo aprofundado, devido aos impactos e às implicações tanto para os entes público e privado quanto para a população brasileira.

Assim, a análise das entrevistas, das atas, dos pareceres e do próprio Projeto de Lei com sua justificativa foi realizada, no intuito de contribuir para este trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A triangulação da política pública com os direitos a saúde e os sexuais e reprodutivos consubstanciaram este trabalho, o qual tem como referencial teórico o modelo de política pública de Kingdon (1995) para evidenciar o processo de formulação da política, especificamente do Projeto de Lei n 517/2011, que institui o “Programa de Assistência Básica em Reprodução Humana”.

É salutar a compreensão e análise acerca dos elementos que corroboram na formulação de qualquer que seja a política pública debatida, para o conhecimento dos elementos: o problema; as alternativas/soluções; os atores envolvidos (governamentais e não governamentais); agenda governamental, bem como o processo de negociação.

Diante da triangulação acima citada, bem como do referencial teórico adotado, o objeto da investigação foi o Projeto de Lei nº 517/2011, que tramita na Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, por motivos como: a importância temática para a sociedade brasileira e internacional; a ausência de Projetos de Lei ou Leis com o tema no Estado da Bahia; e a própria existência do referido Projeto tramitando na Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo.

Nesse Contexto, foi investigado o porquê, como e para que se dá o processo de formulação do “Programa de Assistência Básica em Reprodução Humana” (Projeto de Lei n ° 517/2011) na agenda governamental do Estado de São Paulo.

Ademais, de forma específica, objetivou-se, à luz do modelo teórico de Kingdon (1995): identificar o problema que justifica a formulação da política de assistência em reprodução humana assistida no sistema público de saúde do Estado de São Paulo; levantar e sistematizar os documentos existentes sobre as propostas/alternativas para a assistência em reprodução humana assistida; e mapear os atores/participantes do processo de formulação dessa política na agenda governamental do Estado de São Paulo.

Assim, este estudo também pretendeu ampliar a compreensão dos direitos sociais, quais sejam: o direito à saúde e o direito sexual e reprodutivo, à luz da Lei do Planejamento Familiar, a fim de que as camadas menos favorecidas economicamente possam desfrutar desses direitos, por vezes tolhidos pelo sistema econômico neoliberal e capitalista.

No decurso do estudo, diversos limites foram detectados, alguns dos quais foram intransponíveis, como não conseguir entrevistar alguns deputados; outro ponto está relacionado ao processo de negociação dessa política pública, pois o Projeto de Lei nº 517/2011 não foi votado pelos deputados da Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, apesar de já ter sido aprovado nas três Comissões pelas quais tramitou, e de se encontrar “para a ordem do dia”. Ademais, acrescenta-se ainda o fato de o mencionado Projeto ter sido aprovado por unanimidade nas três Comissões, sem qualquer emenda ou alteração.

Por outro lado, observa-se que os documentos (o Projeto de Lei nº 517/2011, as Atas e os Pareceres) e as entrevistas (dos deputados e médicos) obtidos foram fundamentais para o estudo do caso em apreço, pois revelaram dados importantes para tal política sobre a sua escassez para as classes menos favorecidas economicamente.

Desse modo, ficou evidenciada a necessidade da participação mais ativa do Estado no controle das ações desenvolvidas pelo setor privado, em complementação ao Sistema Único de Saúde (SUS), a exemplo das Parcerias Público-Privadas (PPPs). Contudo, deve-se atentar para o discurso do benefício das privatizações nas prestações dos serviços (através dos convênios) garantidos constitucionalmente à população como um todo, uma vez que a ausência de regras bem definidas pode favorecer ao desvio dos objetivos reais da referida política, não atendendo, assim, ao público a quem se destina.

Urge salientar que as questões orçamentárias para viabilidade das políticas de reprodução humana assistida também impedem sua implementação, devido à limitação dos recursos governamentais, haja vista que o recurso ainda é insuficiente.

Por fim, é notório que há uma grande lacuna na normatização e nas formulações da política pública em reprodução humana assistida.

Diante do exposto, cabe o registro de questões que se abrem para uma nova investigação: (a) qual o percentual orçamentário destinado à execução dessa política pública pelo Estado de São Paulo, bem como quais as demais fontes de arrecadação? Quanto do percentual destinado à saúde será comprometido para a política de reprodução assistida? (b) Como será a implantação dessa política pública? (c) Outros Estados possuem Projetos nessa área?

Em conclusão, constata-se que esta pesquisa lança novas possibilidades sobre a problemática estudada. Do mesmo modo, agrega elementos que podem vir a ser considerados em futuras

investigações sobre formulação e implementação de políticas. Nesse sentido, a contribuição apresentada neste trabalho se inscreve no conjunto dos esforços teóricos sobre a formulação de políticas públicas. O uso do modelo teórico do ciclo da política pública permitiu a compreensão de um conjunto de aspectos, particularmente os momentos de pré-decisão e decisão de uma determinada questão na agenda pública. Considera-se que os resultados deste estudo podem subsidiar a busca de alternativas que contemplem a melhoria do desempenho do Estado e das organizações de públicas de saúde.

REFERÊNCIAS

- AITH, F. Perspectivas do direito sanitário no Brasil: as garantias jurídicas do direito à saúde e os desafios para sua efetivação. In: Santos, L. (Org). **Direito da saúde no Brasil**. Campinas: Saberes Editora, 2010, p.183-237.
- ALEXY, Robert. **Teoria de los Derechos Fundamentales**. Madri: Centro de Estudios Constitucionales, 1997.
- ALFANO, Bianca. **Reprodução e biopolítica**: infertilidades e práticas de saúde em um serviço público no Rio de Janeiro, 2009. Dissertação (mestrado) - Orientador: Márcia Ramos Arán. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2009. Disponível em: <http://www.tesesims.uerj.br/lildbi/docsonline/pdf/alfano_bianca.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2012.
- APPIO, Eduardo. **Controle Judicial das Políticas Públicas no Brasil**. Curitiba: Juruá Editora: 2007.
- ARENDT, Hannah. **A Condição Humana**. 10 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.
- AVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19, 2003, p.465-469, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 jun. 2012.
- BARCELLOS, Ana Paula de. **A Eficácia Jurídica dos Princípios Constitucionais: O princípio da dignidade da pessoa humana**. 2. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2008. _____ **Neoconstitucionalismo, direitos fundamentais e controle das políticas públicas**. **Revista de Direito Administrativo**, n.240. Rio de Janeiro: Renovar, abr./jul. 2005.
- BARROSO, Luís Roberto. **O Direito Constitucional e a Efetividade de suas Normas**: limites e possibilidades da Constituição brasileira. 8 ed. Rio de Janeiro: Renovar: 2006.
- BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. Política social no Brasil contemporâneo: entre a inovação e o conservadorismo. In: BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. (Org.). **Política social**: fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2006. p.147-191.
- BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos**. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1992. _____ **Estado, Governo e Sociedade**. 10 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.
- BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. Trad. Carmen C, Varriale et al.; Coord. trad. João Ferreira; Rev. geral João Ferreira e Luis Guerreiro Pinto Cacaís. 11 ed., Brasília : Editora Universidade de Brasília, v. 1., 1998.
- BRASIL, Casa Civil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 12 out. 2011.
- BRASIL, Casa Civil. Lei nº 10.406 de 10 de janeiro de 2002. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406.htm>. Acesso em: 12 out. 2011.
- BRASIL, Casa Civil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 12 out. 2011.
- BRASIL, Casa Civil. Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm>. Acesso em: 12 out. 2011.
- BRASIL, Casa Civil. Lei nº 11.105 de 24 de março de 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11105.htm>. Acesso em: 12 out. 2011.

- BRASIL, Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.358, de 19 de novembro de 1992. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1992/1358_1992.htm>. Acesso em: 12 out. 2010.
- BRASIL, Edelman. **Índices de casais inférteis aumenta e tratamento é restrito**. Portal Fala Bahia. Salvador, 14 jul. 2009. Disponível em: <<http://www.falabahia.com/detalhe-falabahia/noticia/indice-de-casais-inferteis-aumenta-e-tratamento-e-restrito/>>. Acesso em: 19 out. 2011.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.187/GM de 13 de julho de 2005. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1187.htm>>. Acesso em: 12 out. 2011.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 3.149 de 28 de dezembro de 2012. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/>>. Acesso em: 23 jan. 2012.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 388/GM de 6 de julho de 2005. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/PT-388.htm>>. Acesso em: 12 out. 2011.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 426/GM de 22 de março de 2005. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_426_ac.htm>. Acesso em: 12 out. 2011.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caminhos do direito à saúde no Brasil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 24p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº1).
- BREUS, Thiago Lima. **Políticas Públicas no Estado Constitucional**. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2007.
- BUCCI, Maria Paula Dallari (Org.) **Políticas Públicas: Reflexões sobre o conceito jurídico**. São Paulo: Saraiva, 2006.
- BUCOSKI, Carolina Graciano; SILVEIRA, Rafael Alexandre. Políticas Públicas de Reprodução Assistida e seus desdobramentos jurídicos e bioéticos. **Anuário da Produção de Iniciação Científica Discente**. V. XI, n. 12, 2008. Disponível em: <<http://sare.unianhanguera.edu.br/index.php/anuic/article/viewFile/479/464>>. Acesso em: 15 jun. 2012.
- BULL World Health Organization. **Maasai couples seek safer solutions to infertility**. n. 88, p.885-886, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2995186/>>. Acesso em: 15 jun. 2011.
- BULL World Health Organization. **Mother or nothing: the agony of infertility**. n. 88, p.881-882, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2995184/>>. Acesso em: 15 jun. 2011.
- CAMPOS, Marta Silva; TEIXEIRA, Solange Maria. Gênero, família e proteção social: as desigualdades fomentadas pela política social. **Revista Katálysis**. Florianópolis, n. 1, v. 13, jan/jun de 2010.
- CARTOLO, Cássia Maria. Gênero, políticas públicas e centralidade na família. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, Ano 27, n. 86, 2006.
- CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 2004.
- _____. **Estudos históricos**. n. 18. Rio de Janeiro, 1996.
- CLÍNICA e Centro de Pesquisa em Reprodução Humana Roger Abdelmassih. **Bebê de proveta**, 2008. Disponível em: <<http://www.invitrofertilizacao.com.br>>. Acesso em: 1º dez. 2008.

- COHEN, Ernesto; FRANCO, Rolando. **Avaliação de Projetos Sociais**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.
- CORRÊA, Sônia; ALVES, José Eustáquio Diniz; JANNUZZI, Paulo de Martinho. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. **Saúde no Brasil: conceitos, programas e indicadores**, p.346-347, 2003.
- COUTINHO, Carlos Nelson. **Contra a Corrente**: ensaios sobre democracia e socialismo. São Paulo: Cortez, 2000.
- CUNHA JÚNIOR, Dirley. **Curso de Direito Constitucional**. 4.ed. Editora: Juspodivm, 2010.
- DENTILLO, Daniel Blasioli. Cresce demanda por tratamento de infertilidade, mas o acesso ainda caro e seletivo. **Cienc. Cult.**, v.64, n.4, dez/2012, p.10-11.
- DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**. 26 ed. São Paulo: Atlas S.A., 2003.
- DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. 2 ed. São Paulo: Saraiva, 2002.
- DIREITOS Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo. Brasília, DF: Ministério da Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2005. 24p. (série A. Normas e manuais técnicos).
- ECO, Umberto. **Como se faz uma tese**. Trad. Gilson Cesar Cardoso de Souza. São Paulo: Perspectiva, 22 ed., 2009.
- ELEIÇÕES estaduais de São Paulo em 2010 (verbeta). Wikipedia – a enciclopédia livre. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Elei%C3%A7%C3%B5es_estaduais_de_S%C3%A3o_Paulo_em_2010>. Acesso em: jun 2011.
- FARAH, Marta Ferreira Santos. Gênero e políticas públicas. **Estudos Feministas**. Florianópolis, v.12, n.1, p.360, jan/abril, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v12n1/21692.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2010.
- FARIA, Luciano Chaves de. **Mínimo Existencial**: um parâmetro para o controle judicial das políticas sociais de saúde. 2010. Dissertação (Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania) – Programa de Pós-Graduação Universidade Católica do Salvador, 2010.
- FARIA, Cristiano Chaves de. **Direito Civil** – teoria geral. 2 ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005.
- FLEURY, Sônia;e OUVERNEY, Assis M. Política de Saúde: uma Política Social. In: GIOVANELLA, Ligia (Org). **Políticas e Sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.
- FLICK, Uwe. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. Trad. Sandra Netz. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.
- GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- GOMES, Celeste L. dos S. Pereira; SORDI, Sandra. Aspectos atuais do projeto genoma humano. In: SANTOS, Maria Celeste Cordeiro Leite (Org). **Biodireito**: ciência da vida, os novos desafios. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001. p.169-195.
- GOMES, Luiz Flávio. Normas, regras e princípios: conceitos e distinções. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 9, n. 851, 1 nov. 2005. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=7527>>. Acesso em: 1 dez. 2008.
- GUERRA FILHO, Willis Santiago. **Processo constitucional e direitos fundamentais**. 2. ed. rev. ampl. São Paulo: Celso Bastos, 2001.
- HABERMAS, Jurgen. **Direito e democracia**: entre facticidade e validade, v. 1, Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997.
- IAMAMOTO, Marilda Villela. A questão social no capitalismo. **Temporalis/Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ASEPSS)**. Brasília, Ano. 2, n.3, jan/jul.2001.
- IANNI, Octavio. A questão social. In: **Pensamento social no Brasil**. Bauru, São Paulo: EDUSC, 2004.

- IVO, Anete Brito Leal. **A reconversão do social**: dilemas da redistribuição no tratamento focalizado. São Paulo em perspectiva, 2004.
- IVO, Anete Brito Leal. **Viver por um fio**: pobreza e política social. São Paulo: Annablume; Salvador: CRH/UFBA, 2008. (Trabalho e contemporaneidade).
- KINGDON, John W. **Agendas, Alternatives and Public Policies**. United States of America: Addison-Wesley Longman, 1995.
- KONDER, Carlos Nelson. Elementos de uma interpretação constitucional dos contratos de reprodução assistida. **Revista Trimestral de Direito Civil**. Rio de Janeiro, v.7, jul./set., 2001.
- LEÃO, Thiago Marques; LIMA, Isabel Maria S. O. Direito sanitário e pessoas com deficiência: uma análise da rede de proteção normativa à saúde no Brasil. In: SAMPAIO, Isabel Maria; PINTO, Isabela Cardoso de Matos; PEREIRA, Silvia de Oliveira (Org.). **Políticas Públicas e pessoas com deficiência**: direitos humanos, família e saúde. Salvador: EDUFBA, 2011.
- LENZA, Pedro. **Direito Constitucional esquematizado**. 12. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2008.
- LEVY, Pierre. **A emergência do cyberspace e as mutações culturais**. Palestra realizada no Festival Usina de Arte e Cultura, promovido pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre, em Outubro, 1994. Trad. Suely Rolnik. Revisão da trad. transcrita João Batista Francisco e Carmem Oliveira. Disponível em: <<http://www.caosmose.net/pierrelevy/aemergen.html>>. Acesso em: 3 jun. 2013.
- MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia do trabalho científico**: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2001.
- MARQUES, Nadia Rejane Chagas. **O direito à saúde no Brasil**: entre a norma e o fato. Porto Alegre: Núria Fabris, 2012.
- MARSHALL, Thomas Humphrey. **Cidadania, Classe Social e Status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.
- MEIRELLES, Jussara Maria Leal de. **A vida embrionária e a sua proteção jurídica**. Rio de Janeiro: Renovar, 2000.
- MINAHIM, Maria Auxiliadora. **Direito penal e biotecnologia**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2005 (ciências do direito penal contemporânea; v.8).
- MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Edinilsa Ramos de. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- OLIVEIRA, Fátima. **Bioética**: uma face da cidadania. 2. ed. São Paulo: Moderna, 2004.
- ORDACGY, André da Silva. A tutela de saúde como um direito fundamental do cidadão. **Revista da Defensoria Pública da União**, Brasília, n.1, jan./2009. Disponível em: <http://www.dpu.gov.br/pdf/artigos/artigo_saude_andre.pdf>. Acesso em: 12 de mar.2012.
- ORGANIZACIÓN Mundial de La Salud. **Enfoque Estratégico de La OMS**: para fortalecer políticas y programas de salud sexual y reproductiva.
- OSIS, Maria José Martins Duarte. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v14s1/1337.pdf>>. Acesso em: 1º jun. 2013.
- PARECER Nº 937 de 2012a da Comissão de Constituição, Justiça e Redação, sobre o Projeto de Lei nº 517, de 2011. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/propositura?id=1013853>>. Acesso em: 11 abril 2013.
- PARECER Nº 938 de 2012b da Comissão de Constituição, Justiça e Redação, sobre o Projeto de Lei nº 517, de 2011. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/propositura?id=1013853>>. Acesso em: 11 abril 2013.

- PARECER Nº 939 de 2012c da Comissão de Constituição, Justiça e Redação, sobre o Projeto de Lei nº 517, de 2011. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/propositura?id=1013853>>. Acesso em: 11 de abr. 2013.
- PARRA FILHO, Domingos; SANTOS, João Almeida. **Metodologia científica**. 3 ed. São Paulo: Futura, 2000.
- PEREIRA, Potyara A. P. **Política social: temas & questões**. São Paulo: Cortez, 2008.
- PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, Chistian de Paul. **Fundamentos da bioética**. São Paulo: Paulus, 1996.
- PETRACCO, Álvaro; BADALOTTI, Mariângela; ARENT, Adriane. Bioética e reprodução assistida. In: LEITE, Eduardo de Oliveira (Coord.). **Grandes temas da atualidade: bioética e biodireito**. Rio de Janeiro: Forense, 2004.
- PINTO, Isabela C. de Matos. **Ascensão e queda de uma questão na agenda governamental: o caso das organizações sociais da saúde na Bahia**. Tese (doutorado). Orientadora: Professora Dra. Celina Souza. Universidade Federal da Bahia, Escola de Administração, 2004.
- _____. **Formulação de políticas: a perspectiva da teoria do ciclo da política**. In: SAMPAIO, Isabel Maria; PINTO, Isabela Cardoso de Matos; PEREIRA, Silvia de Oliveira (Org.). **Políticas Públicas e pessoas com deficiência: direitos humanos, família e saúde**. Salvador: EDUFBA, 2011.
- PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 7. ed. rev., ampl. e atual. São Paulo: Saraiva, 2006.
- _____. **Temas de direitos humanos**. 2. ed. São Paulo: Max Limonad, 2003.
- PLANEJAMENTO Familiar: 50 anos de história. Conclusões do evento comemorativo ao Dia Mundial de População no Brasil. Brasília, DF: Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA, 2008.
- PROGRESS in Reproductive Health Research. **Assisted reproduction in developing countries – facing up to the issues**. nº 63, 2003.
- QUEIROZ, Victor Santos. Direito à procriação: fundamentos e conseqüências. **Jus Navigandi**, Teresina, ano.10, n.943, fev. 2006. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=7905>>. Acesso em: 20 fev. 2006.
- QUIMERA (verbete). In: Wikipedia: a enciclopédia livre. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Quimera>>. Acesso em: 1 dez 2008
- RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2009.
- ROCHA, Julio Cesar de Sá da. **Direito da saúde: direito sanitário na perspectiva dos interesses difusos e coletivos**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2011.
- SÁ, Elida. **Biodireito**. 2 ed. Rio de Janeiro: Lúmen Juris, 1999.
- SAMRSLA, Mônica et al. Expectativa de mulheres à espera de reprodução assistida em hospital público do DF– Estudo Bioético. **Rev. Assoc Med Bras**, v. 53, n.1, p. 47-52, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v53n1/19.pdf>> Acesso em: jun.2011.
- SANTOS, Luiz Antonio de Castro; FARIA, Lina. **Saúde e história**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010.
- SÃO PAULO. Assembleia Legislativa. Projeto de Lei nº 517 de 2011a. Disponível em: <ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2011/iels.mai.11/Iels99/E_PL-517_2011.pdf> . Acessado em: 11 jan. 2011.
- SÃO PAULO. Assembleia Legislativa. Regimento Interno. 2011b. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/StaticFile/documentacao/regimento_interno.htm>. Acessado em: 11 jan. 2011.

- SÃO PAULO. Constituição Estadual. 17 de maio de 2012. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/constituicao/1989/constituicao%20de%2005.10.1989.htm>>. Acesso em: 11 jan. 2013.
- SARDENBERG, Cecília M. B.; MACEDO, Márcia S. Relações de Gênero: uma breve introdução ao tema. In: COSTA, Ana Alice Alcântara; RODRIGUES, Alexnaldo Teixeira; VANIN, Iole Macedo. **Ensino e Gênero: perspectivas transversais**. Salvador: UFBA/Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre a Mulher, 2008.
- SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 8. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.
- SARLET, Ingo; FIGUEIREDO, Mariana. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. In: SARLET, Ingo Wolfgang, TIMM, Lucianno (Org.). **Direitos fundamentais: orçamento e reserva do possível**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2010.
- SARMENTO, Daniel. **A ponderação de interesses na Constituição Federal**. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2002.
- _____. **Direitos Fundamentais e Relações Privadas**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004.
- SARTI, Cynthia A. Famílias enredadas. In: ACOSTA, Ana Rojas; VITALE, Maria Amália F. (Orgs.). **Famílias: redes, laços e políticas públicas**. 5. ed. São Paulo: Cortez/ CEDPE-PUC-SP, 2010.
- SCHWARTZ, Germano. Gestão compartilhada sanitária no Brasil: possibilidade de efetivação do direito à saúde. In: Schwartz, G (Org.). **A saúde sob os cuidados do direito**. Passo Fundo, RG: UPF editora, 2003.
- _____. **Direito à saúde: efetivação em uma perspectiva sistêmica**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.
- SEMBUYA, Rita. Mother or nothing: the agony of infertility. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 88, n. 12, p.877-953, December 2010. Disponível em: <<http://www.who.int/bulletin/volumes/88/12/10-011210/en>>. Acesso em: jun. 2011.
- SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 19 ed. São Paulo: Malheiros, 2001.
- SILVA, Reinaldo Pereira. O exame de DNA e a sua influencia na investigação de paternidade biológica. In: SANTOS, Maria Celeste Cordeiro Leite (Org). **Biodireito: ciência da vida, os novos desafios**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001.
- SOUZA, Celina. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo (Org.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- SPINK, Mary Jane P. (Org). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 1999.
- THE WORLD Health Organization. Sexual and reproductive health. Disponível em: <<http://www.who.int/reproductivehealth/topics /infertility/en/index.html>>. Acesso em: 18 mar.2012.
- VARGAS, Carlos Salazar. Las Políticas públicas: nueva perspectiva de analisis. In: **Universitas**, n.83, 1992.
- YIN, Robert (1994). **Case Study Research: Design and Methods**. 2. ed. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA DA DEPUTADA PROPONENTE DO PROJETO DE LEI

- 1) Quais os problemas que justificaram a formulação do Projeto de Lei n° 517/2011? E quais as alternativas debatidas para solucionar os referidos problemas?
- 2) Que iniciativas foram desencadeadas para a formulação do Projeto de Lei n° 517/2011?
- 3) O processo de negociação (aprovação) do Projeto de Lei n° 517/2011 foi difícil nas Comissões da Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo?
- 4) O que mobilizou tanto a Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo para aprovação nas três comissões por unanimidade?
- 5) Houve alguma contra proposta das Comissões da Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo?
- 6) Houve oposição ao Projeto de Lei n° 517/2011? De quem?
- 7) Houve pressão de algum grupo?
- 8) Como que o SUS vai conseguir custear o tratamento considerando o orçamento pequeno para todas as suas ações?
- 9) Quais foram as instâncias onde as discussões acerca do Projeto de Lei n° 517/2011 foram feitas?
- 10) O Projeto de Lei n° 517/2011 sofreu alguma emenda?
- 11) Quais os atores centrais no processo de criação e instituição do Projeto de Lei n° 517/2011?
- 12) Houve resistência direta ao processo de formulação da política pública em reprodução humana assistida?

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA DOS DEPUTADOS

- 1) Quais os problemas que justificaram a formulação do Projeto de Lei n 517/2011? E quais as alternativas debatidas para solucionar os referidos problemas?
- 2) O processo de negociação (aprovação) do Projeto de Lei nº 517/2011 foi difícil nas Comissões da Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo?
- 3) O que mobilizou tanto a Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo para aprovação nas três comissões por unanimidade?
- 4) Houve alguma contra proposta das Comissões da Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo?
- 5) Houve oposição ao Projeto de Lei nº 517/2011? De quem?
- 6) Houve pressão de algum grupo?
- 7) Como que o SUS vai conseguir custear o tratamento considerando o orçamento pequeno para todas as suas ações?
- 8) O Projeto de Lei nº 517/2011 sofreu alguma emenda?
- 9) Quais os atores centrais no processo de criação e instituição do Projeto de Lei nº 517/2011?
- 10) Houve resistência direta ao processo de formulação da política pública em reprodução humana assistida?

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA DOS PROFISSIONAIS DE NOTÓRIO SABER NA ÁREA DA REPRODUÇÃO ASSISTIDA

- 1) Qual a importância desse Projeto de Lei nº 517/2011 para a população?
- 2) Qual sua opinião sobre o referido Projeto?
- 3) Como o Dr. Identificou essa demanda no Estado de São Paulo?
- 4) O Dr. Acredita que o SUS teria recurso para custear um programa desse?
- 5) O Dr. Entende como viável esse Projeto ser desenvolvido nos hospitais públicos pelo SUS ou em clínicas conveniadas?

ANEXOS

ANEXO A – PORTARIA Nº 3.149/2012



**Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro**

PORTARIA Nº 3.149, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2012

Fica destinados recursos financeiros aos estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos de atenção à Reprodução Humana Assistida, no âmbito do SUS, incluindo fertilização in vitro e/ou injeção intracitoplasmática de espermatozoides.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando que a Constituição Federal de 1988 inclui no Título VIII da Ordem Social, em seu Capítulo VII, Art. 226, Parágrafo 7º, a responsabilidade do Estado no que se refere ao planejamento familiar;

Considerando que a assistência em planejamento familiar deve incluir a oferta de todos os métodos e técnicas para a concepção e a anticoncepção, cientificamente aceitos, de acordo com a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar;

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

Considerando a Portaria nº 1.459/GM/MS de 24 de junho de 2011, que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha, cujos arts. 2º e 4º no inciso V constam a garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo;

Considerando a necessidade dos casais para atendimento à infertilidade em serviços de referência de Alta Complexidade para Reprodução Humana Assistida;

Considerando que as técnicas de reprodução humana assistida contribuem para a diminuição da transmissão horizontal e vertical de doenças infectocontagiosas, genéticas, entre outras;

Considerando que já existe um conjunto de iniciativas de atenção à reprodução humana assistida no âmbito do SUS;

Considerando que as normativas para o financiamento dos serviços de Reprodução Humana Assistida no âmbito do SUS estão em fase de definição; e

Considerando as visitas técnicas realizadas pelo Ministério da Saúde aos serviços de atenção à reprodução humana assistida ofertada no âmbito do SUS, com o objetivo de conhecer suas características, tais como: equipamentos, demanda atendida e reprimida, técnicas utilizadas entre outros; e

Considerando a associação das características observadas nos serviços visitados e das informações obtidas nas visitas técnicas, resolve:

Art. 1º Ficam destinados recursos financeiros no valor total de R\$ 10.000.000,00 (dez milhões de reais) aos estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos de atenção à Reprodução Humana Assistida, no âmbito do SUS, incluindo fertilização in vitro e/ou injeção intracitoplasmática de espermatozoides, conforme o Anexo desta Portaria.

Parágrafo único. Os recursos financeiros de que trata o caput deste artigo serão repassados aos Fundos de Saúde dos entes federados e deverão ser repassados aos respectivos estabelecimentos de saúde em parcela única, conforme discriminado no Anexo a esta Portaria.

Art. 2º Os recursos orçamentários desta Portaria deverão onerar o Programa de Trabalho 10.302.2012.20R4 - Apoio à Implementação da Rede Cegonha, do orçamento do Ministério da Saúde (RCE-RCEG).

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir da competência dezembro de 2012.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO

UF	Gestão	Estado/ Município/DF	CNES	Estabelecimento	VALOR DE RECURSO EM REAIS
DF	Estadual	Brasília	0010537	HMIB - Hospital Materno Infantil de Brasília	1.000.000,00
MG	Municipal	Belo Horizonte	0027049	Hospital das Clínicas da UFMG	1.500.000,00
RS	Municipal	Porto Alegre	2237571	Hospital Nossa Senhora da Conceição SA - Fêmeina	1.000.000,00
RS	Municipal	Porto Alegre	2237601	Hospital das Clínicas de Porto Alegre	1.000.000,00
SP	Estadual	São Paulo	2078015	HC da FMUSP Hospital das Clínicas São Paulo	1.500.000,00
SP	Estadual	São Paulo	2078287	Centro de Referência da Saúde da Mulher São Paulo - Pérola Byington	1.500.000,00
SP	Estadual	São Paulo	2082187	Hospital das Clínicas FAEPA Ribeirão Preto	1.500.000,00
PE	Dupla	Recife	0000434	Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP	1.000.000,00
	Total geral				10.000.000,00

ANEXO B – PROJETO DE LEI Nº 517/2011

PROJETO DE LEI Nº 517, DE 2011

Institui o "Programa de Assistência Básica em Reprodução Humana" e dá providências correlatas.

A ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO DECRETA:

Artigo 1º - Fica instituído, nos termos desta Lei, o "Programa de Assistência Básica em Reprodução Humana", em consonância com as seguintes diretrizes:

I – coordenar as ações de planejamento para assegurar aos casais tratamento de infertilidade;

II – implantar políticas públicas destinadas ao tratamento de infertilidade;

III – garantir a programação de um plano de tratamento de infertilidade dividido em três níveis: primário, secundário e terciário;

IV – construir um projeto que estabeleça parceria com os laboratórios médicos a fim de ajudar a equipar os ambulatórios e a criar mini laboratórios para exames e procedimentos de baixa complexidade, bem como, a redução dos custos dos medicamentos para diminuir o custo final dos tratamentos;

V – difundir informações aos cidadãos acerca das peculiaridades e eficácia do tratamento de infertilidade;

VI – descentralizar os serviços de tratamento de infertilidade através de parcerias público privadas ou convênios com clínicas particulares nos locais onde não existam centros públicos especializados;

VII – criar e administrar o Fundo de Receita de Assistência Básica em Reprodução Humana.

Artigo 2º - A Administração Estadual incrementará a atividade de orientação mediante a adoção pelas unidades de saúde do Estado de técnicas de avaliação básica do casal (nível primário); de aplicação de técnicas de baixa complexidade (nível secundário) e de alta complexidade como uma fertilização "in vitro" (nível terciário).

§ 1º - O nível primário consiste no atendimento preliminar, através do qual os pacientes se submeterão a uma avaliação básica com coleta de dados sobre o tipo de

infertilidade, tempo de infertilidade, condições do relacionamento sexual e de eventuais infecções vaginais.

§ 2º - O nível secundário consiste na indicação para o tratamento desde que ocorra a opção pela possibilidade de tratamento clínico.

§ 3º - O nível terciário consiste na indicação para um tratamento num Centro especializado em Reprodução Humana das unidades de saúde do Estado, ou em clínicas conveniadas com as prefeituras nas cidades onde não existam tais centros públicos, capacitados a fazer diagnóstico complementar com exames como histerosalpingografia, endoscopia pélvica, dosagens hormonais, análise genética, bem como, tratamentos cirúrgicos e com Técnicas de Reprodução Assistida (TRA).

Artigo 3º - O programa se desenvolverá em sintonia com os demais programas incrementados pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, em seus pressupostos básicos sobre o Tratamento de Reprodução Humana.

Artigo 4º - Para desenvolvimento do programa poderá o Poder Executivo estabelecer parcerias e convênios com entidades privadas especializadas em tratamento de infertilidade.

Artigo 5º - As operações do processo de gestão do Programa de Assistência Básica em Reprodução Humana deverão ser levadas a cabo diretamente pela Administração Pública Estadual, através da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo.

Artigo 6º - Fica criado o Fundo de Receita para Assistência Básica em Reprodução Humana – FRABRH.

Artigo 7º - O Fundo de Receita para Assistência Básica em Reprodução Humana tem por objetivo a dotação de recursos financeiros ao processo de modernização e reaparelhamento dos Centros Especializados em Reprodução Humana das unidades de saúde do Estado, por meio de:

I – elaboração e execução de projetos no tratamento de infertilidade nos seus diversos níveis de desenvolvimento;

II – construção, ampliação e reforma de prédios próprios das unidades de saúde do Estado e de imóvel objeto de comodato, bem como despesas de capital e de custeio;

III – reaparelhamento dos Centros Especializados em Reprodução Humana do Estado;

IV – aquisição de matérias de pesquisa e diagnóstico;

V – implantação de novos Centros Especializados em Reprodução Humana do Estado em parceria com clínicas particulares ou convênio com as Administrações Públicas Municipais.

Artigo 8º - Constituem receitas do Fundo de Receita para Assistência Básica em Reprodução Humana:

I – dotações orçamentárias próprias;

II – auxílios, subvenções, contribuições e doações de entidades públicas e privadas, nacionais ou estrangeiras, destinadas a atender quaisquer das finalidades previstas no artigo 6º da presente lei;

III – as provenientes do tratamento de infertilidade aplicado aos pacientes de poder econômico-financeiro capazes de suportar parcialmente o tratamento, de acordo com os níveis de avaliação e diagnóstico previstos no artigo 2º;

IV – as provenientes de inscrições para realização de cursos, simpósios, seminários e congressos promovidos pelo Programa de Assistência Básica em Reprodução Humana;

V – as provenientes da venda de assinaturas os volumes avulsos de revistas, boletins ou outras publicações editadas pelo Programa de Assistência Básica em Reprodução Humana;

VI – a remuneração oriunda de depósitos bancários ou aplicação financeira realizada em contas do próprio Fundo;

VII – as provenientes de quaisquer outros ingressos extra-orçamentários.

Artigo 9º - Os bens adquiridos pelo Fundo de Receita para Assistência Básica em Reprodução Humana – FRABRH – serão incorporados ao Patrimônio do Estado.

Artigo 10 - O Fundo de Receita para Assistência Básica em Reprodução Humana – FRABRH -, terá escrituração contábil própria, atendidas as legislações federais e estadual, e as normas emanadas do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.

§ 1º - O Secretario da Saúde do Estado de São Paulo designará o gerente do Fundo de Receita para Assistência Básica em Reprodução Humana – FRABRH –, com mandato de dois anos que gerenciará com participação de um colegiado deliberativo de, no mínimo oito servidores, representantes das carreiras que compõe o quadro geral da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo.

§ 2º - A prestação de contas da aplicação e da gestão financeira do Fundo será feita pelo gestor do Fundo ao Chefe da Pasta da Saúde anualmente, sendo posteriormente consolidada a deste Poder, por ocasião do encerramento do correspondente exercício.

Artigo 11 - As despesas decorrentes da execução desta Lei correrão por conta das dotações próprias, consignadas no orçamento, suplementadas se necessárias.

Artigo 12 - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICATIVA

A presente proposição tem por escopo instituir no Estado de São Paulo um programa amplo que assegura garantias de tratamento de infertilidade à população mais carente.

Segundo o SEADE (Fundação Sistema Estadual de Análises de Dados), apenas na cidade de Sorocaba em 2009 com uma população de 597.957 habitantes constatou-se cerca de 150 (cento e cinquenta) mil arranjos familiares, sendo que destes, entre 15,6% e 18,9% das unidades familiares são casais sem filhos (23.400 a 28.350 casais). No total de casais sem filhos 60,1% em idade entre 25 a 49 anos e 25% destes casais não querem ter filhos. Neste universo 1 em cada 5 casais é infértil e sua distribuição social mostra que 45% dos casos são de classe AC e 55% dos casos são de classe BC. Semelhante situação nos leva a concluir que existe uma população carente próxima a 15.000 casais que não tem condições de pagar por um tratamento de infertilidade.

Conforme estudos realizados pela Organização da Saúde, dentro da população geral de casais, 15 a 20% têm dificuldades para reproduzir e semelhantes circunstâncias ocorrem indistintamente em todas as classes sócio-econômicas.

A taxa de natalidade no Brasil caiu de 3,2 para 1,8, nos últimos anos, média que não é suficiente para a renovação da população em geral. Isso terá conseqüências futuras com a sobreposição de uma população idosa sobre a população nascente, causando desequilíbrios de ordem social e, sobretudo, econômica.

Convém lembrarmos que na medida em que o Governo passa a ter interesse no Programa de Planejamento Familiar entendemos haver a necessidade de atendimento aos casais sem filhos, como complemento inseparável da anticoncepção.

Nessa senda, a nosso ver, o Estado de São Paulo prescinde de um plano piloto de atendimento básico, chamado de “Assistência Básica em Reprodução Humana”, cujo maior intuito é assegurar às pessoas mais carentes o direito de ter filhos, dentro dos métodos mais eficientes e modernos oferecidos pela medicina.

Sendo assim, torna-se imprescindível que o núcleo do presente projeto atribua à Administração Pública o dever de programar procedimentos operacionais, no sentido de integrar os diversos setores da saúde, visando conferir ao Estado mecanismos de atendimento e aparelhamento para os tratamentos de infertilidade.

De outra parte, no que tange a criação do Fundo de Receita de Assistência Básica em Reprodução Humana – FRABRH - a subsistência do programa somente poderá se instrumentalizar através de aporte financeiro do particular. Nesse sentido, a criação de um fundo que possa agregar as várias fontes de receita de/para o tratamento de infertilidade poderá, certamente, contribuir para o desenvolvimento do Programa.

Há de se destacar que esse Fundo será bem nutrido e não poderá ser gerenciado de forma absoluta por uma pessoa, seja ela quem for, sob pena de se colocar em risco a lisura do processo de aplicação. Nesse sentido, a presente iniciativa pressupõe uma gestão colegiada abrangendo a participação de representantes das várias categorias trabalhistas que compõe o sistema estadual de saúde.

E mais, a oportunidade de implantarmos no sistema de saúde, mas especificamente, no tratamento da infertilidade, a adoção de dotações financeiras por meio de gestão moderna e eficiente, que certamente, beneficiará parcela significativa de casais de baixo poder aquisitivo com a possibilidade de construir a sua família.

Ante o exposto, na certeza de contar com a sabedoria dos meus nobres pares, que saberão sopesar a relevância da presente propositura, conclamo e espero a sua aprovação.

Sala das Sessões, em 24-5-2011

Maria Lúcia Amary - PSDB

ANEXO C – PARECER E ATA DA COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO, JUSTIÇA E REDAÇÃO

PARECER Nº 937, DE 2012

DA COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO, JUSTIÇA E REDAÇÃO, SOBRE O PROJETO DE LEI Nº 517, DE 2011

A nobre Deputada Maria Lúcia Amary apresentou o Projeto de lei nº 517, de 2011, com o condão de instituir o “**Programa de Assistência Básica em Reprodução Humana**”

Nos termos do item 2, parágrafo único do artigo 148, do Regimento Interno, a presente proposição esteve em pauta nos dias correspondentes às 52ª a 56ª Sessões Ordinárias (de 30 a 03/06/11), não tendo recebido emendas ou substitutivos, conforme certidão de fls. 06.

Em prosseguimento ao processo legislativo a iniciativa foi remetida a esta Comissão de Constituição e Justiça e, em virtude de distribuição realizada pelo seu nobre Presidente, cabe-nos analisá-la à luz do disposto no artigo 31 § 1º, da Consolidação do Regimento Interno.

Ao fazê-lo, denota-se que a propositura versa sobre matéria de natureza legislativa e de iniciativa concorrente, na medida em que institui o

“**Programa de Assistência Básica em Reprodução Humana**”, com o escopo de implantar políticas públicas destinadas ao tratamento de infertilidade e garantir a promoção de um plano de tratamento de infertilidade dividido em três planos: primário, secundário e terciário.

Denota-se, portanto, que a matéria cuida de prestação de saúde, entenda-se como o direito das pessoas mais carentes o direito de ter filhos, dentro dos métodos mais seguro, eficientes e modernos oferecidos pela medicina, e, sob o ponto de vista jurídico, encontra-se inserida no elenco de assuntos considerados de competência legislativa concorrente e consagrada no inciso XII, do artigo 24 da Constituição Federal.

Artigo 24 – Compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre:

XII - previdência social, proteção e defesa da saúde.

O entendimento dos Tribunais e da doutrina é unânime no sentido de que a União, os Estados e Municípios são solidariamente responsáveis pelos tratamentos clínicos de infertilidade, assim como pela realização dos procedimentos cirúrgicos, em virtude de preceito constitucional, já que o artigo 196 da Constituição Federal prevê a saúde como dever do Estado, não havendo qualquer especificação quanto ao Ente da Federação que deveria arcar com semelhante obrigação.

Assim sendo, com base unicamente na Carta Magna, não há qualquer tipo de distinção entre os Entes Federados, sendo esses responsáveis de forma equânime e solidária.

De outra parte, no plano do papel do Poder Legislativo em um Estado constitucional democrático, é de produzir leis, resguardando direitos e assegurando o respeito à inovação jurídica dentro da conformidade do ordenamento jurídico.

Em muitas situações, caberá ao legislador o papel de construção de normas jurídicas, notadamente quando esteja em questão a aplicação de conceitos jurídicos indeterminados e de princípios.

Ao Poder Legislativo cabe a inovação jurídica que envolva princípios e direitos fundamentais, como no caso: dignidade da pessoa humana, vida e saúde. Disso resultam duas conseqüências relevantes. A primeira: como cláusulas gerais que são, comportam uma multiplicidade de sentidos possíveis e pode ser realizados por meio de diferentes atos de concretização. Em segundo lugar, podem eles entrar em rota de colisão

entre si. A extração de deveres jurídicos as partidas de normas dessa natureza e estrutura deve ter como cenário principal as hipóteses de omissão dos Poder Públicos ou de ação que contravenha a Constituição. Ou, ainda, de não atendimento do mínimo existencial.

Em suma: onde não haja lei ou ação administrativa implementando a Constituição, deve o Legislativo agir, inovando o ordenamento jurídico, no sentido de preencher lacunas e implantar procedimentos, no sentido de socorrer aos direitos fundamentais previstos na Constituição Brasileira.

Nesse diapasão, somos compelidos a considerá-la em condições de ser aprovada no plano da nossa competência.

Assim sendo, não havendo óbices, nos manifestamos **favoravelmente** à aprovação do Projeto de lei nº 517, de 2011.

a) Cauê Macris – Relator

Aprovado como parecer o voto do relator, favorável à proposição.

Sala das Comissões, em 23-11-2011.

a) João Antonio – Presidente

Cauê Macris – João Antonio – André Soares – Afonso Lobato – Geraldo Cruz – Fernando Capez – Maria Lúcia Cardoso Amary

ANEXO D – PARECER E ATA DA COMISSÃO DE SAÚDE E HIGIENE

PARECER N° 938, DE 2012

DA COMISSÃO DE SAÚDE E HIGIENE SOBRE O PROJETO DE LEI N° 517, DE 2011

De iniciativa da Nobre Deputada Maria Lúcia Amary, o projeto em epígrafe institui o “Programa de Assistência Básica em Reprodução Humana”.

A proposição permaneceu em pauta, nos termos regimentais, nos dias correspondentes às 52^a à 56^a Sessões Ordinárias (de 30 a 03/06/11), não tendo recebido emendas ou substitutivos.

Inicialmente, o projeto foi encaminhado à apreciação da Comissão de Constituição e Justiça, que se manifestou favoravelmente ao projeto no aspecto jurídico.

Incumbe agora à Comissão de Saúde e Higiene pronunciar-se sobre a matéria no que respeita ao mérito.

Como dissemos, a proposição em exame pretende instituir um programa de assistência básica à reprodução humana.

Preliminarmente, cumpre ratificar o entendimento da Comissão de Constituição e Justiça a respeito das atribuições do Poder Legislativo.

É comum que ao serem apresentados neste Parlamento projetos que, pretensamente, tratam da introdução de novos programas se afirme que o Autor invadiu a área de competência privativa do Poder Executivo. A instituição de programas, segundo tal linha de pensamento, é ação típica da função executiva. Trata-se, ao nosso juízo, de interpretação fundada em equívoco dos mais elementares.

Como já tivemos a oportunidade de ponderar em diversas ocasiões, “programa” é termo dos mais equívocos, admitindo – como tal – os mais diversos sentidos. Nunca mereceu definição precisa por parte da lei ou da Ciência Jurídica, exceto quando se tratava de interpretar alguma norma específica. O que sabemos a seu respeito é que, constituindo-se numa **pluralidade**, composta das mais variadas espécies de medidas administrativas e legislativas, o “programa” deveria ser devidamente decomposto antes de merecer qualquer juízo de invalidade por parte do aplicador do direito.

Desse modo, ao deixar de lado o “nomen juris” da medida que o presente projeto pretende instituir para nos determos na sua **essência**, analisando para tanto cada um dos seus elementos constitutivos, perceberemos que o que se pretende configurar, na verdade, é um direito subjetivo público, vale dizer: “o poder da vontade humana que, protegido e reconhecido pelo ordenamento jurídico, tem por objeto um bem ou interesse” (Jellinek, G. – “Sistema dei diritti pubblici subbjetivi”, Milano, 1910). E, no caso de que tratamos, o bem ou interesse a ser protegido – a assistência médico-hospitalar à reprodução humana – é de natureza pública e administrativa, razão pela qual podemos dizer que se trata aqui da instituição de um direito subjetivo de natureza administrativa.

Ora, a constituição de um direito subjetivo público é ato tipicamente legislativo. Mesmo que a fonte direta do direito subjetivo público seja um simples ato ou contrato administrativo, é evidente, dado o princípio da legalidade, que a sua fonte primordial será sempre a lei. Não se pode cogitar neste campo, **excetuando-se disposição**

constitucional expressa, de reserva de iniciativa. A faculdade de introduzir tais direitos é inerente à função legislativa. Faculdade que não pode ser prejudicada pelo simples fato do legislador empregar – mesmo que de forma inapropriada – do termo “programa”.

No caso em exame, o que faz a proposição da Deputada Maria Lúcia Amary é decompor, minuciosamente, os vários elementos que deverão constituir o mencionado direito à assistência básica à reprodução humana e, em o fazendo, enumerar e definir todos os serviços que a Administração Pública deverá prestar no atendimento do respectivo direito. Nada disso foge às prerrogativas do Poder Legislativo; pelo contrário, é a expressão mesma do que há de essencial na atividade legislativa.

No que tange à questão de fundo, vale dizer, o mérito dos serviços propostos pela Autora, nenhum reparo temos a fazer. Todos os elementos necessários ao atendimento do direito à saúde reprodutiva estão presentes na proposição. Mesmo o direito à informação, direito elementar, mas negligenciado com frequência neste tipo de propositura, foi contemplado de forma satisfatória.

É evidente que se trata de proposição elaborada com o concurso de especialistas na matéria, que mostraram o devido cuidado para que o texto resultante do trabalho desenvolvido pela excelente assessoria técnica da Autora fosse o mais consistente possível do ponto de vista médico.

Não há, portanto nada a opor, no que respeita ao mérito, à aprovação da presente proposição.

Pelo exposto, manifestamos-nos **favoravelmente** à aprovação do Projeto de lei nº 517, de 2011.

a) Celso Giglio – Relator

Aprovado como parecer o voto do relator, favorável à proposição.

Sala das Comissões, em 15-5-2012.

a) Marcos Martins – Presidente

Ulysses Tassinari – Heroilma Soares – Marcos Martins – Gerson Bittencourt – Carlos Bezerra – Analice Fernandes – Celso Giglio – Edinho Silva

ANEXO E - PARECER E ATA DA COMISSÃO DE FINANÇAS, ORÇAMENTO E PLANEJAMENTO

PARECER Nº 939, DE 2012

DA COMISSÃO DE FINANÇAS, ORÇAMENTO E PLANEJAMENTO, SOBRE O PROJETO DE LEI Nº 517, DE 2011

De autoria da Deputada Maria Lúcia Amary, o projeto em epígrafe tem o objetivo de instituir o “Programa de Assistência Básica em Reprodução Humana”.

Nos termos do item 2 do parágrafo único do artigo 148 do Regimento Interno Consolidado, a presente proposição esteve em pauta nos dias correspondentes às 52ª a 56ª Sessões Ordinárias, de 30/5 a 3/6/11, não tendo recebido emendas ou substitutivos.

Remetido à Comissão de Constituição, Justiça e Redação, verificamos que o Projeto de Lei n.º 571, de 2011, recebeu parecer favorável.

Na sequência do processo legislativo, foi a presente matéria remetida à Comissão de Saúde para ser analisada, nos termos do § 3º do artigo 31 do Regimento Consolidado, recebendo parecer favorável.

Cabe agora a esta Comissão de Finanças, Orçamento e Planejamento analisar os aspectos previstos no § 2º do artigo 31 do Regimento Interno.

Devemos salientar que o artigo 11 prevê os recursos necessários para atender os encargos decorrentes da aprovação do projeto, de acordo com as exigências do artigo 25 da Carta Paulista.

Assim, prosseguindo no exame dos autos, não encontramos óbices de natureza financeira ou orçamentária à aprovação do projeto.

Pelo exposto, somos favoráveis à aprovação do Projeto de lei n.º 571, de 2011.

a) Welson Gasparini – Relator

Aprovado como parecer o voto do relator, favorável à proposição.

Sala das Comissões, em 5-6-2012.

a) Mauro Bragato – Presidente

Cauê Macris – Regina Gonçalves – Mauro Bragato – Enio Tatto – Simão Pedro – Vitor Sapienza – Estevam Galvão – Orlando Bolçone