

PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS NO SETOR DA SAÚDE* **

PARTENARIATS PUBLIC-PRIVÉ DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ

**Manoel Messias Peixinho
Carolina Altoé Velasco**

RESUMO

Contemporaneamente é visível a importância conferida às questões de saúde pública. A fim de que o desenvolvimento de políticas públicas se torne efetivo, é necessário que haja esforços das esferas de governo para a efetiva melhoria da qualidade de vida da sociedade de modo equânime. Com base nas deficiências que o setor da saúde apresenta, o artigo propõe a possibilidade de implementação das parcerias público-privadas na área da saúde, de forma a atrair o setor privado a investir em projetos de interesse comum. Em outros termos, significa aproximar a iniciativa privada a fim de que seja fornecido o seu expertise para a construção de obras ou a prestação de serviços de interesse público e, em contrapartida, receber a remuneração devida pela execução e/ou gestão do objeto do contrato. No Brasil, as parcerias público-privadas foram introduzidas pela Lei 11.079/04 no âmbito Federal, mas há diversas leis estaduais e municipais que regulam a matéria em seus respectivos âmbitos de competência.

PALAVRAS-CHAVES: DIREITOS FUNDAMENTAIS; PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS; SAÚDE.

RESUME

Est à la fois visible l'importance attachée aux questions de santé publique. Afin que le développement de la politique publique devient effective, il doit y avoir des efforts des niveaux de gouvernement pour l'amélioration efficace de la qualité de vie d'une société juste. Sur la base des carences dans le secteur de la santé, l'article propose la possibilité de mettre en œuvre des partenariats public-privé dans la santé, afin d'attirer le secteur privé à investir dans des projets d'intérêt commun. En d'autres termes, cela signifie amener le secteur privé afin qu'il a apporté son expertise à la construction de travaux ou la prestation d'intérêt public et en retour, recevoir une rémunération pour l'exécution et / ou gestion de la licence. Au Brésil, les partenariats public-privé ont été introduites par la loi 11.079/04 au niveau fédéral, mais il ya plusieurs États et locales en vigueur régissant la matière dans leurs domaines de compétence respectifs.

MOT-CLES: DROITS FONDAMENTAUX ; PARTENARIATS PUBLIC-PRIVÉ, SANTÉ.

* Trabalho publicado nos Anais do XVIII Congresso Nacional do CONPEDI, realizado em São Paulo – SP nos dias 04, 05, 06 e 07 de novembro de 2009.

** Trabalho indicado pelo Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Candido Mendes.

INTRODUÇÃO

No plano dos direitos fundamentais, a Constituição foi responsável pela consolidação de valores imprescindíveis ao bem-estar individual e social. A importância do valor “dignidade da pessoa humana” alcançou merecido destaque e permeou novos matizes.

Apesar do avanço proporcionado em aspectos particularizados no campo da saúde e educação, por exemplo, há incontáveis débitos. Subsiste um abismo de desigualdade no que tange à distribuição de renda, acesso *universal* aos serviços de saúde com qualidade, dentre outros.

Mais do que outrora, vislumbra-se a emergente importância conferida às questões de saúde pública. Para tanto, imprescindível o desenvolvimento de políticas públicas que visem a melhoria da qualidade de vida da sociedade de modo equânime.

Apesar do conhecimento de deficiências em inúmeros setores que envolvem a saúde no país, o tema que se passa a analisar adquire importância em virtude da preocupação com o direito à saúde – direito constitucionalmente assegurado a todo cidadão – e das irradiações financeiras que o mesmo acarreta ao Estado.

Desnecessário enfatizar que os recursos destinados à saúde são escassos e por isso mesmo devem ser distribuídos com razoabilidade, seriedade e equidade em um país de dimensões continentais.

As parcerias público-privadas são mecanismos de contratação muito utilizados no direito comparado, especialmente na Inglaterra, Estados Unidos, Portugal e Espanha. O objetivo principal para a adoção desse modelo de contratação é atrair o setor privado para investir em projetos de interesse comum. Em outros termos, significa aproximar a iniciativa privada a fim de que seja fornecido o seu expertise para a construção de obras ou a prestação de serviços de interesse público e, em contrapartida, receber a remuneração devida pela execução e/ou gestão do objeto do contrato. No Brasil, as parcerias público-privadas foram introduzidas pela Lei 11.079/04 no âmbito Federal, mas há diversas leis estaduais e municipais que regulam a matéria em seus respectivos âmbitos de competência.

Assim, o objetivo do artigo é propor a implementação das parcerias público-privadas na saúde, com destaque para as relações que tenham por atores o Sistema Único de Saúde (SUS) e portadores do vírus HIV-AIDS, principalmente para possibilitar seu acesso às técnicas de reprodução assistida.

2. DIREITO À SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL

Um dos principais avanços trazidos pela Constituição brasileira de 1988 foi a positivação de vários direitos fundamentais sociais, dentre os quais se destaca a consagração do direito fundamental à saúde.

No que tange a esses direitos, a Constituição de 1988 inovou porque inseriu o tema não no capítulo dedicado à Ordem Econômica e Financeira ou à Ordem Social. Ao contrário, conferiu aos direitos contemplados no artigo 6º, denominados de direitos sociais, (direito à saúde – expressamente tratado por direito à proteção da saúde – ; direito ao trabalho; direito ao lazer; direito à moradia, incorporado posteriormente pela Emenda Constitucional 26, de 2000; direito à educação; direito à previdência; direito à segurança; direito à assistência aos desamparados; direito à proteção da infância e direito à proteção da maternidade) caráter de direitos fundamentais. Tais direitos encontram-se consubstanciados no texto constitucional em razão da demanda e de movimentos sociais. São, portanto, expressão de reivindicação social. Sociedade esta que anseia pela efetividade desses direitos.

Nas palavras de Hannah Arendt, os direitos não são um dado, mas construções; são invenções humanas em constante processo de construção e reconstrução.

A Constituição de 1988 demarca, no âmbito jurídico, o processo de democratização do Estado brasileiro consolida a ruptura com o regime autoritário militar instalado em 1964. Introduz sensível avanço na consolidação legislativa das garantias e direitos fundamentais e na proteção de setores vulneráveis da sociedade brasileira. Inova, também, ao ampliar a dimensão dos direitos e garantias e incluiu no rol de direitos fundamentais – além dos direitos civis e políticos – os direitos econômicos, sociais e culturais. Sustenta-se, portanto, que os direitos fundamentais integram-se em um conjunto harmônico.

Diante do conceito de saúde positivado na Constituição (“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”), abandona-se um sistema que considerava a saúde pública apenas como forma de prestação do Estado e assume-se por seu dever a garantia da saúde mediante formulação e execução de políticas econômicas e sociais, além da prestação de serviços públicos de promoção, prevenção e recuperação. É o que o texto constitucional expõe no art. 196. Cabe, assim, ao Estado, executar medidas voltadas à proteção das pessoas, de forma a concretizar o direito em sua dimensão positiva. Tal direito somente será cumprido pelas instâncias governamentais quando as mesmas adotarem providências destinadas a promover, em plenitude, a satisfação da determinação constitucional.

Com respaldo no texto constitucional, infere-se que os direitos e garantias fundamentais possuem aplicação imediata e eficácia plena, o que não autoriza ao legislador infraconstitucional mitigar seus efeitos (art. 5º, § 1º, CRFB/1988).

Com fundamento no exposto, denomina-se o momento atual por fase de redemocratização na esfera da saúde. É debatida, em diversas perspectivas, a real universalização dos serviços públicos de saúde.

Do ponto de vista federativo, a Constituição de 1988 atribuiu *competência concorrente* à União, Estados e aos Municípios *para legislar sobre proteção e defesa da saúde* (arts. 24, XII e 30, II, CRFB/1988). À União cabe o estabelecimento de normas gerais (art. 24, § 1º); aos Estados, suplementar a legislação federal (art. 24, § 2º) e aos Municípios, legislar sobre assuntos de interesse local, podendo igualmente suplementar a legislação federal e a estadual, no que couber (art. 30, I e II).

Já quanto à possibilidade de *formular e executar políticas públicas de saúde*, a Constituição atribuiu *competência comum* à União, aos Estados e aos Municípios (art. 23, II). Assim, no âmbito da União, a direção do SUS ficará a cargo do Ministério da Saúde; nos Estados e no Distrito Federal, das Secretarias de Saúde ou de órgãos equivalentes; e nos Municípios, da Secretaria de Saúde local ou de qualquer entidade correspondente. Entretanto, conforme destaca Luis Roberto Barroso, embora se esteja diante de uma atribuição de competência comum, isso não significa que o propósito da Constituição seja a superposição entre a atuação dos entes federados, como se todos tivessem competência integral na prestação de serviços de saúde, com a mobilização de recursos federais, estaduais e municipais para realizar as mesmas tarefas. Para ele, o que o art. 23, parágrafo único da CRFB/1988 elenca é o equilíbrio do desenvolvimento e do bem-estar em âmbito nacional, que será concretizado através da *cooperação* entre as esferas de governo.

Em setembro de 1990, após a entrada em vigor da Constituição, houve aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), que estabelece a estrutura e o modelo operacional do Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, o SUS é concebido como forma de acesso à saúde por parte de toda a sociedade brasileira, independentemente de estar vinculado a algum regime de trabalho. Esse sistema compreende o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público (art. 4º da Lei 8.089/90).

Além de estruturar o SUS e de fixar suas atribuições, estatui os princípios pelos quais sua atuação deve se pautar. Dentre seus princípios norteadores, destacam-se o da *universalidade* (art. 7º, I) e o da *descentralização político-administrativa* (art. 7º, IX e 16 a 19, todos da Lei 8.080/90).

Em virtude da importância social conquistada pelo SUS, permite-se destacar, ainda, sua condição jurídico-constitucional.

Para Ingo Wolfgang Sarlet, o SUS assume condição de “autêntica garantia institucional fundamental”. Ao basear seu fundamento na doutrina alemã, o autor sustenta que a partir do reconhecimento da dimensão objetiva dos direitos fundamentais, determinadas instituições (direito público) ou institutos (direito privado), em razão de sua relevância social, deveriam receber, por extensão, a proteção jusfundamental, a fim de resguardar, ao menos, o núcleo essencial das garantias institucionais. Dessa forma, o SUS não estaria sujeito a medidas de caráter retrocessivo. Eventuais medidas tendentes a aboli-lo ou esvaziá-lo formal e substancialmente deverão ser consideradas inconstitucionais. Isso porque não apenas o direito à saúde é protegido, mas o próprio SUS, na condição de instituição pública, é salvaguardado pela tutela constitucional protetiva.

3. PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS NA SAÚDE

A partir de 1996, graças ao desenvolvimento das pesquisas no que tange à elaboração de medicação antiviral, a AIDS deixa de ser considerada doença mortal e passa a ser considerada doença crônica, com longa sobrevivência para os portadores.

Em 2005 houve veiculação por parte dos meios de comunicação e, em destaque, pelo sítio eletrônico do governo federal do Programa Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, no qual casais soropositivos poderiam realizar seus projetos parentais por meio de técnicas de reprodução assistida. Isso somente se tornou possível graças ao avanço alcançado pela biotecnologia na área de reprodução humana. A idéia é oportuna, uma vez que confere oportunidade de constituição familiar de forma planejada e segura, o que de outro modo seria impensável para os portadores de doenças genéticas e infecto-contagiosas. É importante destacar, ainda, que o programa respeita a autonomia dos portadores de HIV, bem como os interesses essenciais da criança, dentre os quais o de não nascer infectada pelo mesmo vírus.

A Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, lançada em março de 2005 (mas somente implementada no segundo semestre do mesmo ano) prevê o apoio do SUS para o tratamento da *infertilidade*. Percebe-se que o objetivo do programa é bem amplo. Alcança, portanto, pessoas que sofrem de infertilidade, esterilidade e inclui a realização das técnicas de reprodução assistida a portadores de doenças genéticas e infecto-contagiosas a fim de que não transmitam esses fatores aos parceiros e filhos.

A proposta do programa, a princípio, era atender de forma gradativa a todos os estados da federação. Foi noticiado que os Estados de *São Paulo, Brasília e Rio Grande do Sul* já utilizam alguns serviços prestados, mas ao que parece, o atendimento das atividades indicadas por essa política nacional está longe de se tornar efetiva. Inúmeros fatores concorrem para que o desenvolvimento do programa seja vagaroso, como, por exemplo, o levantamento e diagnóstico correto dos problemas enfrentados por cada pessoa (isso porque a mesma doença, vírus ou causa determinante pode se manifestar de forma diversa em cada organismo), o alto custo dos medicamentos, exames, técnicas e a capacitação profissional adequada para o bom deslinde e resultado das atividades.

Por outro lado, antes mesmo da implantação do programa, severas críticas foram direcionadas aos objetivos perseguidos pelo mesmo. Em decorrência dos elevados custos, há receio de que esse projeto inviabilize outras ações de prevenção e tratamento da AIDS ou mesmo programas básicos de saúde. A título exemplificativo, a técnica de reprodução utilizada em *homens soropositivos* que desejam a paternidade é a mais cara dentre as técnicas de reprodução assistida. Em clínicas particulares, cada tentativa de inseminação artificial pode custar R\$ 18 mil (o que equivaleria quatro vezes mais do que a mesma terapia em condições normais). Para mulheres soropositivas, entretanto, não há técnica totalmente segura, uma vez que durante a gestação há comunicação direta entre placenta e feto, o que favorece a contaminação. O mais indicado, nesses casos, seria a realização da inseminação artificial, administração de coquetel anti-retroviral, dose adicional de AZT durante o parto e nas primeiras semanas de vida do bebê e o não-aleitamento. Com esses cuidados, o risco da criança se tornar soropositiva é de até 2%.

Conforme o artigo 2º da Portaria nº 426/GM (de 22 de março de 2005), a política nacional seria instituída entre o *Ministério da Saúde*, as *Secretarias de Estado de Saúde* e as *Secretarias Municipais de Saúde*. É evidente que assumir o controle de um programa de alcance nacional é árduo e dispendioso. Crê-se que o gasto efetivo com políticas públicas em saúde deveria ser encarado como *investimento*, já que a Carta Magna segue o modelo de atenção universalista em saúde pública. É responsabilidade do Estado a promoção de programas voltados ao acesso, proteção e recuperação da saúde através de ações e serviços públicos de caráter universal.

Diante dos aspectos expostos, propõe-se, portanto, a aplicação das parcerias público-privadas no âmbito da saúde. O Estado aliado à iniciativa privada apresentaria melhores condições de prestação de serviços adequados, de forma *efetivamente universal* e de abrangência nacional em menor lapso temporal.

Ao contrário do que muitos doutrinadores ponderam, as parcerias público-privadas devem ser consideradas instrumentos de inclusão social.

De forma ampla, a parceria público-privada pode ser considerada um ajuste entre a Administração Pública e o particular com fim de viabilizar a realização de empreendimentos vinculados ao desenvolvimento socioeconômico do país e ao bem-estar da sociedade. Seria um acordo bilateral firmado entre o setor público e o setor privado. Ente as partes, portanto, é firmado contrato que contém obrigações e direitos de cada envolvido.

Com base na Lei Federal nº 11.079/2004, define-se parceria público-privada por (i) contrato administrativo de concessão por prazo certo e compatível com o retorno do investimento privado; (ii) celebrado entre a Administração Pública e certa entidade particular; (iii) possibilidade de remuneração do parceiro privado conforme a modalidade de parceria firmada; (iv) destinada a regular a prestação de serviços públicos ou a execução de serviços precedidos de obras públicas ou, ainda, a prestação de serviços em que a Administração Pública é usuária direta ou indireta, respeitando sempre o risco assumido.

Sob a perspectiva que visa a diminuição da transmissão vertical e/ou horizontal de doenças infecto-contagiosas e genéticas e estabilização da margem de segurança nos procedimentos que envolvam a possível transmissão de riscos à saúde das pessoas é que se adota a tendência global de atração da iniciativa privada para a concretização de serviços públicos, aptos a estabelecer relações de complementaridade na repartição dos investimentos, riscos, responsabilidades e ganhos nas atividades desenvolvidas.

Em que pese a Constituição brasileira mencionar o *direito à saúde* de forma universal, esse mesmo direito esbarra na escassez de recursos e na escolha de prioridades do administrador público. Ademais, o artigo 6º da Constituição brasileira refere-se, de modo expresso, que o direito à saúde é um direito social. Sua implementação, portanto, deve ser um dever do Estado.

Ademais, expresso está na Carta Magna (artigo 196) que as ações e serviços de saúde são de relevância pública, cabendo ao Poder Público dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita *diretamente* ou *através de terceiros* e, também, por pessoa física ou jurídica de *direito privado*. Aqui está,

portanto, o elemento que justifica e possibilita a realização de parcerias público-privadas no âmbito da saúde no Brasil.

No Estado do Rio de Janeiro houve a edição da Lei nº 5.068, de 10 de julho de 2007. Tal norma institui o programa estadual de parcerias público-privadas (PROPAR), destinado a promover a realização de PPPs no âmbito da Administração Pública do Estado do Rio de Janeiro, observadas as normas gerais estabelecidas pela Lei Federal nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004.

De acordo com a legislação estadual, dentre as inúmeras áreas de incidência das PPPs, vislumbra-se expressamente sua aplicação na área da saúde. Entretanto, para que sejam implementados projetos nas áreas pretendidas, é condição que fique demonstrado (i) o fundamental interesse público, considerando a natureza, relevância e valor de seu objeto; (ii) a vantagem econômica e operacional da proposta e a melhoria da eficiência no emprego dos recursos públicos; (iii) as metas e os resultados a serem atingidos, as formas e os prazos de execução e de amortização do capital investido, bem como a indicação dos critérios de avaliação ou desempenho a serem utilizados; (iv) a efetividade dos indicadores de resultado a serem adotados; (v) a viabilidade de obtenção pelo ente privado, na exploração do serviço, de ganhos econômicos e financeiros suficientes para cobrir seus custos; (vi) a forma e os prazos de amortização do capital a ser investido pelo contratado; (vii) o cumprimento dos requisitos fiscais e orçamentários previstos no art. 11 da Lei Federal nº 11.079/2004.

Ainda sobre a matéria de PPP na saúde, interessante ressaltar a iniciativa do governo federal, no que tange à produção nacional de medicamentos. Foi anunciado (em abril/2009) pelo atual Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, a articulação de nove parcerias público-privadas entre sete laboratórios oficiais e dez empresas privadas na produção de medicamentos utilizados pelos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, estima-se uma economia de R\$ 160 milhões nos gastos do Ministério da Saúde com a aquisição dos fármacos.

Com essa política pretende-se fortalecer a indústria fármaco-químico brasileira, economizar recursos com gastos na compra de medicamentos e geração de empregos. Na lista dos fármacos, usado por pacientes portadores do vírus HIV, estão incluídos os para asma, tuberculose, hemofilia, transplantes, redução de colesterol, antipsicóticos e anticoncepcionais de última geração. Há ainda planos para a produção do Tenofovir

Nas últimas décadas muitos países têm recorrido a modelos de parceria público-privada para o desenvolvimento de projetos de investimento de interesse público com dois objetivos principais: (i) atração de capitais privados para o financiamento de despesas de investimento público e (ii) aproveitamento das capacidades técnicas e especializadas de entidades privadas na construção e/ou na gestão de serviços destinados a satisfazer necessidades coletivas, num contexto de equilíbrio dos riscos associados às atividades.

No direito estrangeiro, as experiências de parcerias com o setor privado no âmbito dos sistemas públicos de saúde têm sido ampliadas. Durante a década de 1990 emergiram basicamente três modelos diferenciados em condições distintas (grau de envolvimento do setor privado, grau de transferência de risco para o operador privado, amplitude do objeto contratual, mecanismos de pagamento e mecânica de funcionamento da parceria e do contrato): (i) o modelo do **Reino Unido**, baseado na prestação, por parte do

operador privado, de um pacote de serviços que compreende os serviços de infraestrutura e os serviços de *hard e soft facility management*. Nesse modelo o operador privado não é responsável pela prestação de cuidados de saúde, pela gestão hospitalar e clínica. Esse contrato tem duração de 25 ou 30 anos. (ii) O modelo do estado de Vitória, na **Austrália**, que envolve a contratação dos serviços clínicos e o desenvolvimento das infra-estruturas hospitalares pelo operador privado, mas sem prever a sua reversibilidade para o setor público no termo do contrato. A duração dos contratos é de 15 a 20 anos e a forma de pagamento é baseada no sistema de financiamento por GDHs (grupos de diagnósticos homogêneos) e no *case mix* (conjunto de casos tratados). (iii) Na **Espanha** o modelo é o de concessão administrativa, que abrange a concepção, construção, financiamento da nova unidade hospitalar e a prestação dos serviços clínicos por um período de 10 anos (renováveis por até 15 anos) e prevê a transferência da unidade hospitalar para o setor público no termo do contrato.

Com base nos três modelos apresentados (Reino Unido, Austrália e Espanha), **Portugal** aparece como um quarto modelo, que se baseia em um contrato de gestão cujo objeto envolve atividades de construção, financiamento, conservação e exploração dos ativos infra-estruturais e gestão geral do hospital, a incluir a prestação de serviços clínicos.

Nesta pesquisa houve a opção pelo exame da PPP adotada na saúde em Portugal, vez que seu Tribunal de Contas emitiu (em abril de 2009) relatório da auditoria feita ao Programa de Parcerias Público Privadas na Saúde (Relatório nº 15/2009 AUDIT). No entanto, o resultado final da auditoria não foi positivo. Esse foi o motivo da escolha para destaque nessa pesquisa: apresentar os aspectos e elementos negativos do projeto em Portugal para que o Brasil não incorra em erros semelhantes quando da implementação das PPPs na saúde em território nacional.

O quadro jurídico das PPPs em Portugal é recente e contempla os contratos com as entidades privadas, designadas por parceiros privados, os quais se obrigam perante um parceiro público a assegurar o desenvolvimento de uma atividade que atenda a necessidade coletiva.

Em Portugal, a legislação nacional sobre a matéria define parcerias público-privadas por “contrato ou a união de contratos, por via dos quais entidades privadas, designadas por parceiros privados, se obrigam, de forma duradoura, perante um parceiro público, a assegurar o desenvolvimento de uma actividade tendente à satisfação de uma necessidade colectiva, e em que o financiamento e a responsabilidade pelo investimento e pela exploração incumbem, no todo ou em parte, ao parceiro privado”.

Os primeiros projetos de PPPs na área da saúde foram lançados e aprovados ao abrigo do Decreto-lei nº 185/2002, de 20 de agosto, que estabelece por objeto a associação duradoura de entidades dos setores privado e público à realização direta de prestações de saúde, ao nível dos cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados, ou ao apoio direto ou indireto à sua realização no âmbito do serviço público de saúde assegurado pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS). Esses projetos foram (i) o do Centro de Atendimento do SNS (com duração contratual de 4 anos) e (ii) do Centro de Medicina e Reabilitação Física do Sul (com duração contratual de 7 anos).

Posteriormente, com o Decreto-lei nº 86/2003, de 26 de abril, foram aprovados e lançados projetos de PPPs de quatro hospitais, que previam duração de 30 anos para a

parte infra-estrutural (construção, gestão e manutenção do edifício hospitalar) e de 10 anos para o suporte clínico (que seria a prestação de cuidados hospitalares). Em apertada síntese, o programa visa (i) a melhoria geral do acesso aos cuidados básicos e especializados de saúde por parte das populações das áreas beneficiadas; (ii) a melhoria da qualidade dos serviços prestados, em termos de padrões de atendimento, acolhimento e humanização; (iii) a construção de modernas unidades hospitalares, de acordo com uma lógica de investimento mais racional e capaz de introduzir inovações infra-estruturais e técnicas suscetíveis de favorecerem a prestação dos serviços de saúde na ótica do usuário; (iv) a adoção de um modelo de gestão de natureza empresarial, globalmente mais econômico e eficiente, baseado na transferência de riscos para os operadores privados.

A auditoria realizada pelo Tribunal de Contas para apurar a origem dos “atrasos” na contratação das parcerias público-privadas da saúde concluiu que o Estado foi ineficaz nesse processo. Os trabalhos de auditoria ocorreram no período de 11 de abril a 16 outubro de 2008, cuja análise foi realizada com fundamento nas informações disponíveis até esta data.

Nesse ponto serão tomadas por base as conclusões gerais expostas pelo Tribunal de Contas português. (i) Após 7 anos da criação da Estrutura de Missão Parcerias em Saúde e 5 anos depois do lançamento do primeiro concurso não houve implementação definitiva de qualquer processo de contratação completo; (ii) de acordo com as impressões das entidades privadas interessadas, as expectativas iniciais transmitidas pelo Estado à sociedade não se concretizaram; (iii) segundo as entidades privadas, que cumpriram as condições acertadas, o Estado não realizou com disciplina a gestão dos processos concursais; (iv) o Estado, que não possuía experiência prévia em PPP, optou pela implementação de um modelo de parceria complexo e sem paralelo no campo internacional; (v) não foi utilizado um projeto-piloto que possibilitasse testar não só o modelo e o desempenho dos procedimentos de contratação, mas também a capacidade de gestão do próprio Estado; (vi) na fase de avaliação de propostas houve grande incidência de atrasos (entre 13 e 23 meses, enquanto a meta inicial era de 5 meses); (vii) na fase de avaliação de propostas verificou-se falta de clareza das peças concursais e a inexplicável ótica subjacente aos cadernos de encargos, muito próxima de uma contratação tradicional; (viii) em função das fragilidades destacadas, foram feitas alterações aos procedimentos, não apenas em grande parte dos concursos que ainda não ocorreram, como nos da segunda vaga de PPPs hospitalares; (ix) diante de tantas alterações, o próprio modelo de PPP inicial foi modificado, vez que a segunda vaga de PPP deixará de incluir no objeto de concurso a gestão clínica. Houve, portanto, alteração no modelo de PPP – inicialmente definido – sem que tenha sido executado. Isso é afirmado com clareza uma vez que quando se procedeu à sua alteração, não existia contrato algum em execução; (x) nenhum dos objetivos de contratação inicialmente definidos foi, até o momento, atingido – por ineficácia por parte do Estado.

Em última análise, após essa breve reflexão proposta, julga-se pertinente salientar que o acesso às técnicas de reprodução assistida nos casos ventilados é devido de modo irrestrito, pois configura direito à saúde, regido pelo princípio do acesso universal igualitário (CRFB/1988, artigo 196). Tal princípio implica respeito e observância às diferentes situações vividas pelos portadores do vírus HIV – AIDS quando do desenvolvimento das políticas públicas. O comprometimento em propiciar acesso à saúde de forma universal e igualitária significa, na medida do possível, considerar a

diversidade cultural, social e econômica presente nos indivíduos e grupos sociais, tornando o sistema de fornecimento de serviços de saúde capaz de atendê-los dignamente.

CONCLUSÃO

As parcerias público-privadas aplicadas especificamente às técnicas de reprodução assistida, ainda que não encontrem amparo legal na lei 11.079/2004, podem ser utilizadas no sentido de parcerias amplas entre o setor público e o setor privado cujo objeto poderia ser aperfeiçoado por meio de futura legislação. As legislações estaduais que regulamentam as parcerias público-privadas já preveem a aplicabilidade destas modalidades de delegação a diversas áreas de interesse do Estado, a exemplo de educação, administração de presídios, esporte, cultura, dentre outras.

As técnicas de reprodução assistida, que são ainda inacessíveis às populações excluídas social e economicamente, podem ser viabilizadas mediante a celebração de parcerias público-privadas em que hospitais e clínicas privados poderiam celebrar com o Estado contratos para a universalização das técnicas acima referidas, o que possibilitaria aos cidadãos despossuídos economicamente a concretização o planejamento familiar de forma segura e digna.

A suposta objeção de que os cidadãos portadores do vírus HIV – AIDS não teriam condições (referidas aqui no contexto de saúde) de gerar filhos sem vestígio de sua carga viral e, portanto, não teriam o direito à filiação, constitui verdadeira afronta ao direito constitucional ao planejamento familiar, além de violar o princípio constitucional da dignidade da pessoa humana.

Finalmente expõe-se uma síntese das idéias expostas no artigo:

1. A Constituição brasileira, do mesmo modo que reconheceu o surgimento de novos conceitos familiares, estabeleceu o princípio da liberdade de planejamento familiar e da paternidade responsável como vertentes das relações do Estado com os indivíduos que, por sua vez, traduz-se na impossibilidade de ingerência do poder público na formação do núcleo familiar.
2. As técnicas de reprodução assistida são uma esperança para aqueles indivíduos que desejam realizar o projeto parental com segurança.
3. No ano de 2005 foi criado o Programa Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, no qual casais soropositivos poderiam realizar seus projetos parentais por meio de técnicas de reprodução assistida. Isso somente se tornou possível graças ao avanço alcançado pela biotecnociência na área de reprodução humana.
4. A proposta do governo federal na qual o Sistema Único de Saúde ofereceria técnicas de reprodução assistida a casais soropositivos e sorodiscordantes infelizmente não obteve o resultado pretendido. Crê-se que inúmeros fatores tenham concorrido para que

o lento deslinde do programa, como por exemplo, o levantamento e diagnóstico correto dos problemas enfrentados por cada indivíduo (uma vez que a mesma patologia pode se manifestar de forma diversa em cada organismo); o alto custo dos medicamentos, exames, técnicas e capacitação profissional adequada para o bom desempenho das atividades.

5. Em sede nacional, a parceria público-privada pode ser considerada um ajuste entre a Administração Pública e o particular com o fim de viabilizar a realização de empreendimentos vinculados ao desenvolvimento socioeconômico do país e ao bem-estar da sociedade.

6. Sob a perspectiva que visa a diminuição da transmissão vertical e/ou horizontal de doenças infecto-contagiosas e genéticas e estabilização da margem de segurança nos procedimentos que envolvam a possível transmissão de riscos à saúde das pessoas é que se adota a tendência global de atração da iniciativa privada para a concretização de serviços públicos, aptos a estabelecer relações de complementaridade na repartição dos investimentos, riscos, responsabilidades e ganhos nas atividades desenvolvidas.

7. A exemplo de Portugal é preciso avaliar a diversidade das PPPs selecionadas segundo o tipo de projeto, necessidade e setor, em que a mesma deve ser utilizada somente quando apropriado e nas opções em que oferecer claramente vantagens e benefícios.

8. As PPPs devem ser encaradas por uma opção entre uma série de alternativas possíveis, quando a situação e as características dos projetos forem viáveis e onde fiquem demonstrados benefícios e vantagens efetivas.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, Raquel de Lima Leite Soares. Considerações sobre o congelamento de embriões, in CASABONA, Carlos María Romeo; QUEIROZ, Juliane Fernandes (Coords.). *Biotecnologia e suas implicações ético-jurídicas*. Belo Horizonte: Del Rey, 2005.

ANKIER, Cila. *Aspectos éticos na reprodução assistida de casais hetero e homossexuais HIV positivos*. Disponível em <http://www.arquivoshelli.com.br/revista/02_021105/021105_ahellis_01.pdf> Acesso em 18 jul 2008.

ARENDT, Hannah. *As origens do totalitarismo*. Tradução de Roberto Raposo. 2. ed. Companhia das Letras: Rio de Janeiro, 1979.

AUDITORIA ao Programa de Parcerias Público Privadas da Saúde: primeira vaga de hospitais. Relatório nº 15/2009 AUDIT. Disponível em

BARROSO, Luís Roberto. *Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial*. Disponível em . Acesso em 26 jul 2009.

COLLUCCI, Cláudia. *SUS vai oferecer fertilização a soropositivos*. Disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u106327.shtml>. Acesso em 14 ago 2007.

DIREITO Legítimo. Disponível em <<http://www.giv.org.br/noticia.php?codigo=1053>>

GARRAFA, Volnei; OSELKA, Gabriel; DINIZ, Débora. *Saúde Pública, Bioética e Equidade*. Disponível em <http://www.portalmedico.org.br>. Acesso em 25 fev. 2009.

PARCERIAS público-privadas viabilizam produção nacional de 24 fármacos. Disponível em <<http://www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=2456&sid=9>> Acesso em 1º ago 2009.

SARLET, Ingo Wolfgang. *A eficácia dos direitos fundamentais*. 3. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2003.

_____. e FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde nos 20 anos da Constituição Federal de 1988. *Revista de Direito do Consumidor*, São Paulo: RT, nº 67, 2008.

SIMÕES, Jorge Abreu. As parcerias público-privadas no sector da saúde em Portugal. In: *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, v. temático, nº 4, Lisboa: ENSP, 2004.

TÉCNICAS de reprodução assistida podem ajudar o homem HIV-positivo a conceber um filho livre da infecção do vírus. Disponível em <http://www.gestospe.org.br>. Acesso em 09 ago 2007.

TORRES, Ricardo Lobo. *Teoria dos Direitos Fundamentais*. 2. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2004.

Tribunal de Contas de Portugal. IV ASSEMBLEIA GERAL DA ORGANIZAÇÃO DAS ISC DA CPLP. Maputo, 19-21 Julho 2006-06-14. Disponível em Acesso em 1º de agosto de 2009.

VENTURA, Miriam (Org.). *Derechos sexuales y derechos reproductivos em la perspectiva de los derechos humanos: síntesis para gestores, legisladores y operadores del derecho*. Traducción de Osvaldo Vergili y Martha Selhay de Vergili. Rio de Janeiro: ADVOCACI, 2003.

O termo “equidade” é aqui empregado no sentido de ser a base ética capaz de guiar o processo decisório de alocação de recursos. Nos dizeres de Volnei Garrafa, Gabriel Oselka e Débora Diniz, “é somente através deste princípio [equidade], associado aos princípios da responsabilidade (individual e pública) e da justiça, que conseguiremos fazer valer o valor do direito à saúde. A equidade, ou seja, o reconhecimento de necessidades diferentes, de sujeitos também diferentes, para atingir direitos iguais, é o caminho da ética em face da realização dos direitos humanos universais, entre eles o do direito à vida representado, neste debate, pela possibilidade de acesso à saúde”. Cf. GARRAFA, Volnei; OSELKA, Gabriel; DINIZ, Débora. *Saúde Pública, Bioética e Equidade*. Disponível em <<http://www.portalmedico.org.br>>. Acesso em 25 fev. 2009.

Com relação ao acesso universal à saúde e caracterização do direito à saúde por direito fundamental, transcreve-se posicionamento do Supremo Tribunal Federal: “O direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República (art. 196). Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público, a quem incumbe formular — e implementar — políticas sociais e econômicas idôneas que visem a garantir, aos cidadãos, inclusive àqueles portadores do vírus HIV, o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica e médico-hospitalar. ***O direito à saúde — além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas — representa consequência constitucional indissociável do direito à vida.*** O Poder Público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano da organização federativa brasileira, não pode mostrar-se indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por censurável omissão, em grave comportamento inconstitucional. A interpretação da norma programática não pode transformá-la em promessa constitucional inconstitucional. O caráter programático da regra inscrita no art. 196 da Carta Política — que tem por destinatários todos os entes políticos que compõem, no plano institucional, a

organização federativa do Estado brasileiro — não pode converter-se em promessa constitucional incoseqüente, sob pena de o Poder Público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu imposterável dever, por um gesto irresponsável de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado. (...) O reconhecimento judicial da validade jurídica de programas de distribuição gratuita de medicamentos a pessoas carentes, inclusive àquelas portadoras do vírus HIV/AIDS, dá efetividade a preceitos fundamentais da Constituição da República (arts. 5º, caput, e 196) e representa, na concreção do seu alcance, um gesto reverente e solidário de apreço à vida e à saúde das pessoas, especialmente daquelas que nada têm e nada possuem, a não ser a consciência de sua própria humanidade e de sua essencial dignidade. Precedentes do STF.” (RE 271.286-AgR, Rel. Min. Celso de Mello, julgamento em 12-09-00, DJ de 24-11-00). No mesmo sentido: RE 393.175-AgR/RS, Rel. Min. Celso de Mello, julgamento em 12-12-06, DJ de 2-2-07. (Disponível em Acesso em 05 ago 2009). (Sem grifos no original).

No que concerne ao direito à saúde, destacam-se (a título exemplificativo) alguns dispositivos protetivos: Declaração Universal de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (DIDH/ONU), de 1948, arts. 22 e 25 (direitos à segurança social e a um padrão de vida capaz de assegurar a saúde e o bem-estar da pessoa); Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC), de 1966, art. 12 (direito ao mais alto nível possível de saúde); Convenção Americana de Direitos Humanos (também conhecido por “Pacto de São José da Costa Rica”), arts. 4º e 5º (direitos à vida e à integridade física e pessoal); Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (ou “Protocolo de São Salvador”), art. 10 (direito à saúde).

ARENDDT, Hannah. *As origens do totalitarismo*. Tradução de Roberto Raposo. 2. ed. Companhia das Letras: Rio de Janeiro, 1979.

Conforme pensamento de Ingo Wolfgang Sarlet, o conceito de direitos sociais no âmbito constitucional é amplo, capaz de incluir em seu núcleo tanto posições jurídicas tipicamente prestacionais (direito à saúde, educação, assistência social), quanto uma gama diversa de direitos de defesa. (SARLET, Ingo Wolfgang. *A eficácia dos direitos fundamentais*. 3. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2003, p. 182).

De acordo com Ricardo Lobo Torres, “o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, assegurado no art. 196 da Constituição, transformado em gratuito pela legislação infraconstitucional, é utópico e gera expectativas inalcançáveis para os cidadãos”. (*Teoria dos Direitos Fundamentais*. 2. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2004, p. 287).

Artigo 196, CRFB/1988.

Artigo 9º, Lei nº 8.089/90 (Lei Orgânica da Saúde).

BARROSO, Luís Roberto. *Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial*. Disponível em . Acesso em 26 jul 2009.

SARLET, Ingo Wolfgang e FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde nos 20 anos da Constituição Federal de 1988. *Revista de Direito do Consumidor*, São Paulo: RT, nº 67, 2008, p. 125-172.

Sítio eletrônico do Programa Nacional de DSTs/Aids (<http://www.aids.gov.br>).

“Milhões de adultos jovens, em idade reprodutiva, estão angustiados com o vírus HIV. Com o progresso das opções de tratamento dos pacientes com HIV e do aumento da expectativa de sua vida, não é surpresa que muitos deles desejem ter filhos. As tecnologias da reprodução assistida podem assistir aos casais sorodiscordantes a alcançar a gravidez enquanto que, ao mesmo tempo, minimizam o risco da transmissão do HIV ao parceiro não infectado. Diversas clínicas européias de fertilidade possuem uma grande experiência em fornecer tanto inseminações intra-uterinas, quanto fertilização *in vitro* aos casais sorodiscordantes sem soroconversão das parceiras não infectadas. Esta é tanto uma questão médica quanto ética. As diretrizes relacionadas a este tema têm mudado no decorrer dos anos como resultado das mudanças do prognóstico da doença como das tecnologias reprodutivas. (In: ANKIER, Cila. *Aspectos éticos na reprodução assistida de casais hetero e homossexuais HIV positivos*. Disponível em http://www.arquivoshelli.com.br/revista/02_021105/021105_ahellis_01.pdf Acesso em 18 jul 2008).

Política instituída através da Portaria nº 426/GM em 22 de março de 2005. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-426.htm>

Para ALVARENGA, Raquel de Lima Leite Soares. Considerações sobre o congelamento de embriões, in CASABONA, Carlos María Romeo; QUEIROZ, Juliane Fernandes (coords.). *Biotecnologia e suas implicações ético-jurídicas*. Belo Horizonte: Del Rey, 2005, p. 229, “a infertilidade é a incapacidade, de um ou mais cônjuges, de gerar gravidez por um período conjugal de, no mínimo, dois anos, sem o uso de contraceptivo e com vida sexual normal, quer por causas funcionais ou orgânicas. A esterilidade acontece quando os recursos terapêuticos disponíveis não proporcionam cura”.

Ricardo Pio Marins adverte que em decorrência da longevidade e qualidade de vida dos portadores do vírus HIV, o desejo de constituição familiar torna-se natural. E mais, a reprodução assistida seria uma forma de evitar que mais pessoas sejam contaminadas por meio de relações sexuais desprotegidas com o objetivo de gravidez ou durante a gestação. (In: DIREITO Legítimo. Disponível em <http://www.giv.org.br/noticias/noticia.php?codigo=1053>. Acesso em 05 ago 2007).

“Para casais em que o homem é portador do vírus HIV e a mulher é soronegativa existe a possibilidade de concepção de um bebê totalmente livre de doença. Trata-se do beneficiamento do sêmen, técnica viável por meio da fertilização *in vitro*. O método que se resume numa filtragem seminal se deu por meio da combinação de técnicas

relativamente simples e conhecidas de preparação seminal, que consistem em ‘lavar’ o espermatozóide. Introduzida no Brasil pelo especialista em reprodução assistida Edson Borges Jr., a técnica aperfeiçoada pelo médico, até hoje, tem garantido que nenhum bebê ou mãe seja infectado pelo vírus HIV. Segundo Borges, a nova técnica é realizada por meio de cultivos especiais e centrifugação em partículas muito pequenas (percoll). Dessa forma é possível separar o espermatozóide do plasma seminal, o que permite o recolhimento de células livres do vírus. ‘Após o procedimento, tanto é possível realizar a inseminação artificial como a fertilização *in vitro*’. [...] ‘Os tratamentos que envolvem as técnicas da medicina reprodutiva requerem um investimento alto para a maioria desses casais e o sistema de saúde pública não oferece este tipo de tratamento’, salienta Borges. (In: TÉCNICAS de reprodução assistida podem ajudar o homem HIV-positivo a conceber um filho livre da infecção do vírus. Disponível em <http://www.gestospe.org.br>. Acesso em 09 ago 2007).

COLLUCCI, Cláudia. *SUS vai oferecer fertilização a soropositivos*. Disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u106327.shtml>. Acesso em 14 ago 2007.

Sobre direito à saúde, Miriam Ventura assevera que “el derecho a la salud contempla tanto el derecho a la autonomía y la libertad, como el derecho al acceso a los servicios públicos de salud. El derecho a la autonomía y la libertad comprende el derecho de la persona de tener el control sobre su cuerpo y su salud, incluyendo la libertad sexual y reproductiva, así como el derecho a no ser sometido a interferencias indebidas, a la tortura, a tratamientos y experimentos médicos no consentidos o no suficientemente seguros. Por su parte, el derecho al acceso a los servicios de salud, a ser prestados como un deber del Estado, representa el derecho a un sistema de salud universal y de buena calidad que contemple la igualdad de oportunidades para que todos gocen del más elevado modelo de salud”. (In: VENTURA, Miriam (Org.). *Derechos sexuales y derechos reproductivos em la perspectiva de los derechos humanos: síntesis para gestores, legisladores y operadores del derecho*. Traducción de Osvaldo Vergili y Martha Selhay de Vergili. Rio de Janeiro: ADVOCACI, 2003, p. 65).

De acordo com o art. 4º da Lei Estadual nº 5.068/2007, o PROPAR poderá ser aplicado nas seguintes áreas: (i) educação, cultura, saúde e assistência social; (ii) transportes públicos; (iii) rodovias, pontes, viadutos e túneis; (iv) porto e aeroportos; (v) terminais de passageiros e plataformas logísticas; (vi) saneamento básico; (vii) destino final do lixo (Centro de Tratamento de Resíduos); (viii) dutos comuns; (ix) sistema penitenciário, defesa e justiça; (x) ciência, pesquisa e tecnologia; (xi) agronegócios e agroindústria; (xii) energia; (xiii) habitação; (xiv) urbanização e meio ambiente; (xv) esporte, lazer e turismo; (xvi) infra-estrutura de acesso às redes de utilidade pública; (xvii) infra-estrutura destinada à utilização pela Administração Pública; (xviii) incubadora de empresas; (xix) desenvolvimento de atividades e projetos voltados para a área de pessoas com deficiência.

Parcerias público-privadas viabilizam produção nacional de 24 fármacos. Disponível em <http://www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inford=2456&sid=9>. Acesso em 1º ago 2009.

Os fármacos incluídos nas parcerias público-privadas estão na lista dos produtos prioritários para o SUS, definidos na Portaria nº 978, publicada em maio de 2008.

Tenofovir é um dos medicamentos usados para o tratamento anti-retroviral. Também conhecido por bis-POC PMPA ou Viread, o tenofovir é patenteado pela Gilead. Além de combater o vírus HIV, o tenofovir ajuda no controle do vírus da hepatite B. (Informações disponíveis no sítio eletrônico da Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, <http://www.abiaids.org.br>). Saliente-se que atualmente o Tenofovir é utilizado por cerca de 40 mil pacientes como alternativa à zidovudina (AZT).

Tem-se notícia de que no Reino Unido, até o ano de 2003, foram assinados 25 contratos relativos a projetos hospitalares, dos quais 19 já estão em fase operacional e 39 novos projetos em pleno processo concursal.

Os serviços de *hard facilities* compreendem, por exemplo, o estacionamento, a jardinagem e manutenção de espaços verdes, manutenção do edifício.

Já os de *soft facilities* compreendem a higiene, limpeza, lavanderia, alimentação, segurança de pessoas e bens.

SIMÕES, Jorge Abreu. As parcerias público-privadas no sector da saúde em Portugal. In: *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, v. temático, nº 4, Lisboa: ENSP, 2004, p. 84-85.

O relatório pode ser encontrado no sítio eletrônico do próprio Tribunal de Contas de Portugal (<http://www.tcontas.pt>)

Decreto-lei nº 86/2003, de 26 de Abril, artigo 2º, nº 1 (Diploma que estabeleceu as características e as regras a que devem obedecer ao lançamento das PPPs em Portugal). Posteriormente foi alterado pelo Decreto-lei nº 141/2006.

Tribunal de Contas de Portugal. IV ASSEMBLEIA GERAL DA ORGANIZAÇÃO DAS ISC DA CPLP. Maputo, 19-21 Julho 2006-06-14. Disponível em Acesso em 1º de agosto de 2009.

SIMÕES, Jorge Abreu. As parcerias público-privadas no sector da saúde em Portugal. In: *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, v. temático, nº 4, Lisboa: ENSP, 2004, p. 81-82.

As técnicas mencionadas não foram citadas aleatoriamente, mas pelo fato de se enquadrarem às hipóteses elencadas no estudo. Portanto, para os portadores de doenças genéticas e do vírus HIV devem ser empregadas as técnicas de inseminação artificial homóloga ou heteróloga e, ainda, a utilização de “contrato” de criopreservação de embriões (termo que foi empregado no texto de forma ampla).