

TEMAS EMERGENTES EM SAÚDE SEXUAL
E REPRODUTIVA E DIREITOS

Reprodução Assistida e direitos: panorama, desafios e recomendações para políticas públicas no Brasil

Realização:



Fundo de População
das Nações Unidas

Apoio:



**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Reprodução assistida e direitos [livro eletrônico]

: panorama, desafios e recomendações para políticas públicas no Brasil / [pesquisa e conteúdo] Cíntia Engel. – Brasília, DF : Fundo de População das Nações Unidas, 2024.

– (Temas emergentes em saúde sexual e reprodutiva e direitos)

PDF

Vários colaboradores.

ISBN 978-65-87917-11-5

1. Medicina e saúde 2. Políticas públicas 3. Reprodução humana assistida
4. Reprodução humana assistida - Leis e legislação I. Engel, Cíntia. II. Série.

24-195217

CDU-347.611

Índices para catálogo sistemático:

1. Reprodução humana assistida : Direito civil 347.611

Eliane de Freitas Leite - Bibliotecária - CRB 8/8415

Expediente

REALIZAÇÃO

Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) Brasil

APOIO

Organon

REPRESENTANTE DO UNFPA NO BRASIL

Florbela Fernandes

REPRESENTANTE AUXILIAR DO UNFPA NO BRASIL

Júnia Quiroga

PESQUISA E CONTEÚDO

Cíntia Engel (Consultora UNFPA Brasil)

REVISÃO TÉCNICA

Anna Cunha (UNFPA Brasil)

EDIÇÃO E REVISÃO DE TEXTO

Angela Roman (UNFPA Brasil)

REVISÃO EDITORIAL

Thainá Kedzierski (UNFPA Brasil)

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO

Duo Design

Sumário

Apresentação	9
01 Metodologia do estudo	15
02 A introdução das tecnologias de Reprodução Assistida no Brasil	19
Dilemas e controvérsias	22
Iniquidades no acesso	23
03 Reprodução Assistida enquanto direito	29
04 Os serviços de Reprodução Assistida no Brasil	39
05 Experiências de pessoas que acessaram ou tentaram acessar as técnicas de Reprodução Assistida	45
Entrevistas	49
Depoimentos de pessoas que acessaram ou acessar técnicas de Reprodução Assistida	50
O afunilamento da Reprodução Assistida	59
O resultado	61
Atendimento e comunicação dos serviços de Reprodução Assistida	63
Os custos e o acesso	65
As experiências da população LGBTQIA+	67
O que teria tornado a sua experiência melhor?	69
Considerações finais	72
Recomendações	73
Anexos	76
Lista de Siglas	101
Lista de Figuras	102
Lista de Quadros	102
Lista de Gráficos	102
Agradecimentos	103



Apresentação

A Reprodução Assistida (RA) envolve um conjunto de tecnologias da biomedicina que apoiam o processo de conseguir engravidar e gerar filhos. Uma pessoa, casal ou família pode não conseguir ter filhos sem tal apoio, seja por questões biológicas que causam infertilidade, seja por configurações afetivo-familiares monoparentais e/ou não heteronormativas ou mesmo pela preocupação em evitar a transmissão de doenças infecciosas e genéticas.

Na constituição de 1988, inciso sétimo do artigo 226, está previsto que o Estado brasileiro considera o planejamento familiar um direito do cidadão, previsão que é regulamentada pela lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. As tecnologias de RA poderiam, assim, funcionar como dispositivos de garantia do direito constitucional ao planejamento familiar. Contudo, pesquisas sobre o tema demonstram que o acesso às tecnologias de RA no Brasil é restrito e desigual, acompanhado ainda de certa lacuna normativa e financiamento público insuficiente¹.

Neste contexto, o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) no Brasil, dedicado a trabalhar para a garantia do amplo acesso à saúde sexual e reprodutiva e contando com o apoio da Organon, desenvolveu o estudo “Reprodução Assistida e direitos: panorama, desafios e recomendações para políticas públicas no Brasil”.

O objetivo é compreender a história e a situação da RA no Brasil, quem tem acesso a tais tecnologias, quais são os serviços existentes e como é a experiência de diferentes grupos com eles.

Neste documento, os resultados de tal estudo são apresentados. Primeiro, será abordado como essas tecnologias surgiram e foram inseridas no contexto brasileiro, junto de quais debates e conflitos marcaram e marcam tal inclusão. Depois, o panorama normativo da Reprodução Assistida no Brasil é discutido, apontando para as lacunas legislativas existentes até o presente. Os outros dois tópicos abordam o mapeamento das clínicas existentes no Brasil e América Latina e seus processos, assim como experiências de pessoas que tentaram acessar ou acessaram tais serviços, com destaque para a população LGBTQIA+. Por fim, apresentamos algumas considerações finais e recomendações para a ampliação equitativa do acesso à Reprodução Assistida no Brasil.

1 LEITE, Tatiana Henriques. Análise crítica sobre a evolução das normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 24(3):917-928, 2019.
MAKUCH, Maria et al. *Inequitable access to assisted reproductive technology for the low-income Brazilian population: a qualitative study*. *Human Reproduction*, 26(8):2054-60, 2010.

QUADRO 1.**Técnicas de Reprodução Assistida e seus potenciais usos**

(A lista apresentada é ilustrativa e não esgota as possibilidades de tecnologias de RA, nem especifica quais e como estão regulamentadas no Brasil.)

Técnicas de RA	Potenciais usos
Coito Programado	<p>É a técnica mais simples de RA. Envolve acompanhar o ciclo ovulatório e ter relações sexuais programadas. Pode ser acompanhada, ainda, de medicamentos para estimular a ovulação.</p> <p>- Quem pode se beneficiar?</p> <p>*Casais, famílias ou pessoas mais jovens e sem problemas graves de infertilidade.</p>
Inseminação Intrauterina (IIA)	<p>É uma técnica relativamente simples e envolve a transferência de espermatozoides direto para o útero. Assim, a fecundação ocorre sem outra intervenção. Pode envolver medicamentos para estimular a ovulação e controle do ciclo ovulatório.</p> <p>- Quem pode se beneficiar?</p> <p>*Casais, famílias ou pessoas mais jovens e sem problemas graves de infertilidade.</p> <p>*Arranjos em que exista disfunção erétil de uma das partes.</p> <p>*Casais homoafetivos sem maiores problemas de infertilidade.</p>
Fertilização in vitro (FIV)	<p>Uma tecnologia mais complexa, que envolve a fecundação do óvulo com o espermatozoide em ambiente laboratorial, formando embriões que serão cultivados, selecionados e transferidos para um útero.</p> <p>- Quem pode se beneficiar?</p> <p>*Casais, famílias ou pessoas com problemas persistentes de infertilidade e/ou que precisam evitar a transmissão de doenças infecciosas ou genéticas e/ou sem acesso a um dos gametas (óvulos ou espermatozoides).</p>
Injeção Intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI)	<p>É um tipo de FIV que envolve a seleção do espermatozoide mais ágil e saudável, e, então, a injeção deste dentro do óvulo, usando agulhas específicas.</p> <p>- Quem pode se beneficiar?</p> <p>*Arranjos que envolvam produção insuficiente de espermatozoides de uma das partes e/ou pequenas taxas de sucesso na continuidade da gravidez.</p>
Terapia hormonal para RA	<p>Diferentes procedimentos que estimulam, a partir do uso de hormônios, os processos envolvendo o ciclo reprodutivo. É realizada em boa parte dos processos de RA, especialmente para estimular a produção de óvulos e a recepção de embriões pelo útero.</p> <p>- Quem pode se beneficiar?</p> <p>*Mulheres cisgênero.</p> <p>*Casais ou pessoas transgênero que passaram por terapia hormonal anterior e precisam de um acompanhamento especializado envolvendo, por exemplo, a cessação do uso de testosterona para homens trans e o uso de citrato de clomifeno ou hCG por mulheres trans.</p>

Técnicas de RA	Potenciais usos
Criopreservação de óvulos, espermatozoides e embriões	<p>Envolve o congelamento (criopreservação) de óvulos, espermatozoides e embriões gerados por processo de FIV para que possam ser utilizados em um momento posterior.</p> <p>- Quem pode se beneficiar?</p> <p>*Casais, pessoas e famílias que, por quaisquer motivos, precisam adiar o processo reprodutivo; experimentam alguma doença que comprometa a possibilidade de reprodução no futuro ou vão iniciar alguma terapia hormonal que possa comprometer tal possibilidade, como, por exemplo, no caso de pessoas transgênero que passam por processos de terapia hormonal.</p> <p>*Arranjos em que é necessária a doação de um dos gametas ou de um embrião.</p>
Obtenção cirúrgica de espermatozoide	<p>Trata-se de técnicas de obtenção cirúrgica de espermatozoides em casos nos quais esses não estão disponíveis de forma adequada na ejaculação.</p> <p>- Quem pode se beneficiar?</p> <p>*Pessoas ou arranjos nos quais uma das partes fez vasectomia e ela não é mais reversível, sofreram com doenças ou condições que dificultam o funcionamento adequado do processo ejaculatório ou a produção de espermatozoides.</p>
Biópsia embrionária e diagnóstico genético pré-implantacional	<p>A biópsia embrionária acessa as células dos embriões obtidos pela FIV para fazer testes genéticos e cromossômicos e identificar possíveis alterações genéticas, antes da transferência embrionária.</p> <p>- Quem pode se beneficiar?</p> <p>*Casais, pessoas e famílias que possuem histórico de doenças genéticas ou cromossômicas graves e querem evitá-las.</p>
Prevenção de transmissão de HIV-AIDS e outras IST	<p>Protocolos e técnicas durante a FIV que envolvem, por exemplo, a lavagem, centrifugação e filtragem do sêmen, uso adequado de antirretrovirais e vacinação.</p> <p>- Quem pode se beneficiar?</p> <p>*Casais, pessoas e famílias infectados por HIV-AIDS e outras IST, como hepatite B e hepatite C.</p>
Recepção de Óvulo da/o/e Parceira/o/e	<p>Processo que pode ser realizado na FIV e que envolve a coleta de óvulo de uma pessoa, a fecundação do óvulo com um espermatozoide doado e a implantação do embrião no útero de outra pessoa.</p> <p>- Quem pode se beneficiar?</p> <p>*Casais de mulheres lésbicas cisgênero.</p> <p>*Casais envolvendo homens trans e/ou pessoas trans não binárias que produzem óvulos.</p>

Técnicas de RA

Potenciais usos

Gravidez por substituição

Envolve a implementação de um embrião no corpo e útero de uma pessoa que não faz parte do casal ou daqueles que serão considerados os pais/mães da criança nascida. Essa pessoa gesta o embrião e, após o nascimento, entrega a criança para os pais ou mães.

- Quem pode se beneficiar?

*Casais, pessoas e famílias que não possuem acesso a um útero ou a um útero em condições de gestar.

Mistura de amostras seminais

Mistura do material seminal de mais de uma das partes que deseja ter filhos e escolha aleatória de espermatozoide para fazer a FIV com um óvulo doado, de forma que a conexão genética vinda pelo espermatozoide não seja conhecida.

- Quem pode se beneficiar?

*Casais gays de homens cisgênero.

*Casais envolvendo mulheres trans e/ou pessoas trans não binárias que produzem espermatozoides.

01



Metodologia do estudo

Este estudo explora de forma inicial e descritiva um panorama da Reprodução Assistida (RA) no país e, para isso, contou com:

- **Revisão bibliográfica:** os termos “reprodução assistida” e “Brasil” foram utilizados para a pesquisa de artigos científicos nas plataformas Scielo, Biblioteca Virtual de Saúde e Google Acadêmico.
- **Pesquisa em documentos oficiais e normativas:** junto da revisão bibliográfica e de pesquisa em bancos de dados e sites oficiais, foi realizado um mapeamento dos documentos que orientam ou regulamentam a prática da RA no Brasil.
- **Mapeamento da rede:** foi desenhado um mapa da rede de atores relevantes, incluindo organizações de saúde, da sociedade civil, instituições que ofertam serviços e aparato estatal de monitoramento da rede. Peças-chave desta rede foram contatadas para solicitar informações adicionais.
- **Coleta primária de informações sobre a experiência de indivíduos que acessaram/tentaram acessar a RA:**
 - A. Questionário online: por meio de formulário online, foram aplicados questionários para (i) clínicas de Reprodução Assistida no Brasil, conhecidas a partir de listas disponibilizadas pela Red Latinoamericana de Reproducción Asistida (RE-DLARA) e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e para (ii) pessoas que tentaram acessar ou acessaram tecnologias de RA. A taxa de resposta dos questionários enviados para as clínicas foi muito pequena, o que inviabilizou o uso deste instrumento. Os questionários foram lançados em agosto de 2023 e mantidos abertos por um mês. Circulamos o link para clínicas de RA, redes de mulheres, grupos e coletivos LGBTQIA+, pesquisadoras da área e para listas de e-mail do UNFPA. Foram recebidas 36 respostas para o segundo questionário.
 - B. Entrevistas: ao final do questionário online para pessoas que tentaram acessar

ou acessaram tecnologias de RA, havia um espaço para que se indicasse o interesse em dar um depoimento por meio de uma entrevista em profundidade. Das 36 pessoas que responderam ao questionário, 14 se disponibilizaram a dar os seus depoimentos por meio de uma entrevista virtual. Foram realizadas 9 entrevistas com 10 mulheres que confirmaram o interesse depois de um primeiro contato. Os depoimentos duraram, em média, uma hora e foram guiados por perguntas básicas contidas em um roteiro de entrevistas, mas seguindo o fluxo do que a pessoa quis compartilhar sobre sua experiência.

- **Consulta com especialistas:** uma versão preliminar do estudo foi apresentada em evento realizado em Brasília, com a participação do UNFPA, Organon, Instituto Matizes e de convidados de organizações da sociedade civil, poder público, serviços especializados, academia e organismos internacionais. Na oportunidade, participantes fizeram recomendações sobre como intervir nas questões apontadas pelo estudo, assim como indicações de melhorias.

02

A introdução das tecnologias de Reprodução Assistida no Brasil

Intervenções técnicas no processo reprodutivo não são novidade; o coito programado e a inseminação artificial são antigas formas de aumentar as chances de reprodução e variar as possibilidades de acesso a ela. A Fertilização *in vitro* (FIV), contudo, é uma tecnologia relativamente nova. Trata-se da fertilização em laboratório, com a utilização de gametas (espermatozoides e óvulos) que foram coletados daqueles que desejam ter filhos, ou de doadores, e a inserção, no corpo de uma pessoa que possui útero com condições de gestar, dos embriões gerados em laboratório.

O primeiro “bebê de proveta” ou bebê de FIV nasceu na Inglaterra, em 1978, deixando os cientistas Robert Edwards e Patrick Steptoe mundialmente conhecidos como seus “pais”. Tal sucesso desencadeou uma corrida pela expansão da FIV ao redor do mundo². O Brasil já possuía um grupo de pesquisadores interessados no tema. Em 1974, um grande evento internacional realizado no Rio de Janeiro reuniu os 50 especialistas mais expressivos do mundo na área, oriundos da Europa, Ásia, América do Norte e América Latina. O médico Milton Nakamura, influenciado pelo feito de Steptoe e Edwards e pelo aparato nacional de pesquisa no tema, liderou uma corrida para gestar o primeiro bebê de proveta brasileiro³.

Um evento trágico, liderado por Nakamura, marca a história da RA no Brasil. As primeiras tentativas de FIV borram as fronteiras entre tratamento e experimentação-pesquisa em humanos, já que as intervenções foram feitas em mulheres voluntárias, que não estavam vinculadas a nenhum protocolo específico de pesquisa, mas desejavam engravidar e se submeteram a tratamentos, na época, experimentais⁴. No início dos anos 1980, Nakamura se vinculou a uma equipe australiana, comandada por Carl Wood, da Universidade de Melbourne. Tal equipe veio ao Brasil e, junto de Milton Nakamura, realizou procedimentos de FIV em 10 mulheres portadoras de lesões tubárias que se voluntariaram a participar do evento no Hospital Santa Catarina, em São Paulo⁵. Uma dessas mulheres, Zenaide Maria Bernardo, de 40 anos, paulistana de

2 CORRÊA, Marilena. As novas tecnologias reprodutivas: uma revolução a ser assimilada. **Physis**, 7(1):69-98, 1997.

3 PEREIRA, Dirceu Henrique. A história da reprodução humana no Brasil – editorial. **Feminina**, 39(2):59-64, 2011.

4 DINIZ, Débora. New reproductive technologies, ethics and gender: the legislative process in Brazil. **Developing World Bioethics**, 2(2):144-58, 2002.

5 Ver PEREIRA (2011), nota 3.

Araraquara, faleceu durante a punção para a retirada de folículos⁶. A Rede Globo financiou o evento com a contrapartida de ser a pioneira a divulgar o avanço tecnológico no Brasil – a tragédia, assim, foi pública. A morte de Zenaide, contudo, parece não ter comprometido os investimentos e divulgação dos procedimentos de RA no país. As experimentações continuaram.

Nakamura reiniciou, em 1983, com o mesmo grupo de Melbourne, mais duas séries de tentativas, desta vez sem a cobertura da imprensa. **No início de 1984, a primeira gravidez ocorreu, finalizada pelo nascimento de Anna Paula Caldeira, em São José dos Pinhais (Paraná), coroando Nakamura como o primeiro a ter sucesso no procedimento em solo nacional.** O médico Nilson Donadio, outro proeminente experimentador da RA no Brasil, contudo, reivindicou esse mérito para si, tendo relatado em congressos médicos que havia obtido o nascimento de um bebê alguns meses antes, mas o manteve em sigilo por conta da imposição ética da Congregação da Santa Casa de São Paulo⁷.

As notícias de jornal que se seguiram ao nascimento de Anna Paula foram muito positivas para com a nova tecnologia, narrando de forma esperançosa os avanços que ela representava para a ciência e para a humanidade⁸. Apesar de, em um segundo momento, circularem um certo receio e pânico moral sobre o limite ético das técnicas, especialmente envolvendo a possibilidade de clonagem humana e a “barriga de aluguel” – tema que, inclusive, protagonizou uma novela muito famosa em 1990 e que movimentou a elaboração, pelo Conselho Federal de Medicina (CFM)⁹, em 1992, da primeira resolução que tentou regular a prática. Assim, a população, em geral, passou a conhecer a FIV, mesmo que não tivesse qualquer possibilidade real de acesso ao tratamento. **Isso porque, diferente da usual proeminência de universidades públicas e do Sistema Único de Saúde (SUS) na pesquisa científica do país, a FIV chegou a partir da iniciativa privada e, como veremos adiante, até hoje não é amplamente inserida no SUS.**

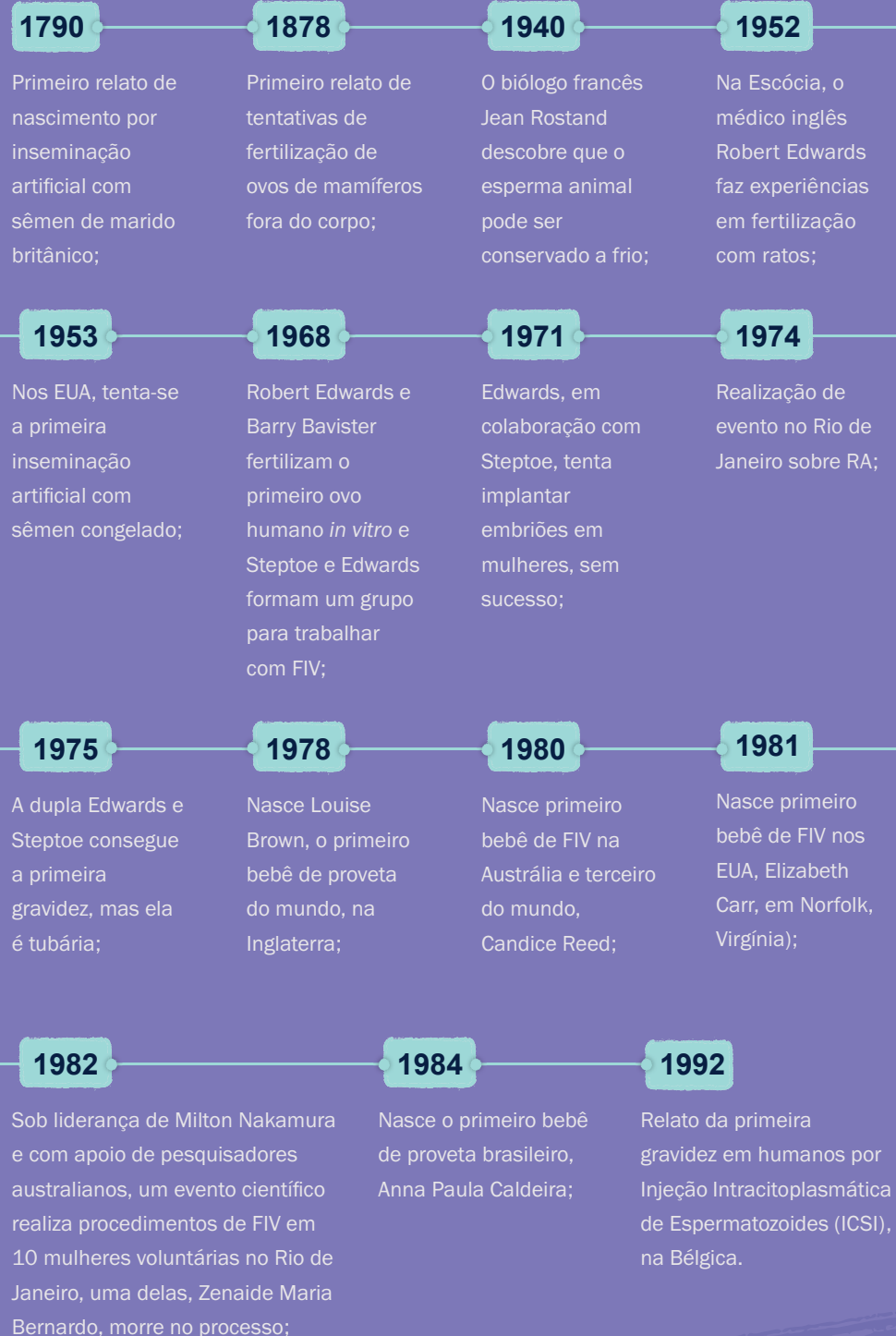
6 A punção folicular é a segunda etapa da Fertilização *in Vitro* (FIV), realizada entre o 11º e o 14º dia da estimulação ovariana, quando os óvulos produzidos pela paciente são extraídos de dentro dos folículos. A técnica envolve anestesia.

7 CORRÊA, Marilena; LOYOLA, Maria Andréa. Novas tecnologias reprodutivas: novas estratégias de reprodução? *Physis*, 9(1):209-234, 1999.

8 KÖRBES, Cleci; INVERNIZZI, Noela. Educação não-formal sobre Reprodução Assistida: divulgação científica na Folha De S.Paulo. *Trabalho, Educação e Saúde*, 8(3): 485-508, 2011.

9 GUILHEM, Dirce. New reproductive technologies, ethics and legislation in Brazil: a delayed debate. *Bioethics*, 15(3):218-30, 2001.

FIGURA 1 – UMA LINHA DO TEMPO DA REPRODUÇÃO ASSISTIDA



Dilemas e controvérsias

As tecnologias de reprodução assistida transformam a experiência reprodutiva e, ao fazerem isso, geram algumas controvérsias e abrem espaço para um debate público amplo sobre os valores em torno da reprodução das sociedades ao redor do mundo. Em seu início, no Brasil, elas foram divulgadas e vendidas como soluções altamente tecnológicas para problemas de infertilidade. Processo que dá um caráter de doença à infertilidade, na medida em que a estabelece como falta a ser suprida por um tratamento médico¹⁰. Apesar de a infertilidade ser uma questão marcada por sofrimento e dilemas em diferentes sociedades ao redor do mundo e do tempo, sua medicalização, ou seja, seu status de problema de saúde com tratamento disponível, é algo que tem relação com a inserção de tecnologias reprodutivas e sua popularidade no imaginário social. Em paralelo a tal processo, uma série de valores relativos ao que seria natural, normal ou moralmente justo aparecem na cena pública¹¹.

A possibilidade de clonar uma pessoa representou uma controvérsia importante nos anos 1990 e início dos 2000, debatendo-se os limites para a manipulação da vida e da natureza. Depois da divulgação da clonagem de uma ovelha, Dolly, em 1997, o tema passou a compor noticiários e engajar debates sobre os limites da intervenção científica no mundo. O tema da manipulação genética entra também neste bojo. **A possibilidade de mudar o sexo do embrião e dar a opção de escolha às famílias gerou alguns debates e escândalos no país.** Já na primeira resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) sobre o tema, lançada em 1992, a prática foi proibida, respondendo a preocupações de bioeticistas e outros pesquisadores no sentido de que a escolha do sexo poderia dar espaço para preconceitos envolvendo gênero: como a escolha de um primogênito homem ou a preferência por um dos sexos por quaisquer critérios de classificação social. Um dos maiores escândalos em RA no Brasil, envolvendo denúncias de abuso sexual cometidas pelo geneticista Roger Abdelmassih entre a década de 1990 e o início dos anos 2000, teve também como um dos pivôs a manipulação do sexo dos embriões e manipulações genéticas¹².

Apesar do medo sobre os excessos da tecnologia ter se popularizado, outros dilemas, mais cotidianos sobre sua inserção no contexto brasileiro mereceram pouca atenção da mídia. Alguns autores criticam a **falta de informações justas sobre as taxas de sucesso e as consequências negativas das técnicas de RA para a saúde de pessoas com útero, mulheres**

10 CORRÊA, Marilena. Ética e reprodução assistida: a medicalização do desejo de filhos. *Revista Bioética*, 9(2):71-82, 2001.

11 CORRÊA, Marilena; LOYOLA, Maria Andréa. Reprodução e bioética: a regulação da reprodução assistida no Brasil. *Cadernos CRH*, 18(43):103-112, 2005.

12 Conferir caso em <https://www.estadao.com.br/emails/crm-aponta-irregularidades-em-clinica-de-fertilizacao/>

e crianças¹³. As taxas de sucesso relatadas pela literatura circulam os 20%, aumentando quando a idade da genitora ou doadora de óvulos é menor e vice-versa¹⁴. O processo como um todo tem sido destacado como psicologicamente pesado para os demandantes de filhos, especialmente para as pessoas com útero, que experimentam ansiedade em saber se a técnica teve sucesso e medo de que a gravidez não se complete de forma positiva¹⁵. Além disso, diferentes pesquisas apontam para a falta de informações completas sobre as chances de engravidar, sobre o tempo que o processo leva e as possíveis reações negativas para o corpo¹⁶, as quais podem ocorrer por conta da estimulação de hormônios necessária para as técnicas, assim como podem ocorrer incômodos e dores em alguns dos procedimentos.

No caso dos bebês nascidos por RA, o maior risco se encontra associado à gravidez múltipla¹⁷. Como a taxa de sucesso da técnica é pequena e o custo de cada tentativa é alto, um procedimento comum, especialmente no início da inclusão das tecnologias, envolvia a inserção de múltiplos óvulos fecundados no útero, esperando aumentar as chances de algum desses vingar. Nesta prática, contudo, não raro ocorrem casos de gravidez múltipla, sendo a gravidez de gêmeos e trigêmeos comum, apesar de serem os casos de gravidez de quatro, cinco ou mais filhos os que ganham maior atenção da mídia. A gravidez gemelar (de gêmeos), por sua vez, é acompanhada de riscos para os nascidos¹⁸.

Iniquidades no acesso

A Reprodução Assistida, no Brasil, é fortemente ligada à iniciativa privada. Como já mencionado, as pesquisas que desenvolveram a técnica aqui chegaram por meio dessa iniciativa. Além disso, mesmo com algumas tentativas de tornar a Reprodução Assistida uma prioridade para o SUS, isso nunca aconteceu em escala. A maior parte das clínicas é privada e está localizada em São Paulo. Além disso, os serviços públicos existentes raramente oferecem o tratamento completo, exigindo em muitos casos que medicamentos, testes ou procedimentos sejam realizados com recursos dos casais e pessoas que os procuram¹⁹. Outro complicador

13 CORRÊA, Marilena; LOYOLA, Maria Andréa. Reprodução e bioética: a regulação da reprodução assistida no Brasil. *Cadernos CRH*, 18(43):103-112, 2005.

14 ZEGERS-HOCHSCHILD, Fernando. Assisted Reproductive Technologies (ART) in Latin America: the Latin American Registry, 2012. *JBRA Assisted Reproduction*, 18(4):127-135, 2014.

15 FONTENELE, Claudia Valença; TANAKA, Ana Cristina D'Andretta. Expectativas e sentimentos de mulheres que esperam por tratamento de reprodução humana. *Physis*, 23(1): 93-108, 2013.

16 SAMRSLA, Mônica Nunes et al. Expectativa de mulheres à espera de reprodução assistida em hospital público do DF - estudo bioético. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 53(1):47-52, 2007.

17 SILVA, Shana Ginar da. Maternal and child-health outcomes in pregnancies following Assisted Reproductive Technology (ART): a prospective cohort study. *Pregnancy and Childbirth*, 20(106), 2020.

18 GRANER, Viviane; BARROS, Sonia. Complicações maternas e ocorrências neonatais associadas às gestações múltiplas resultantes de técnicas de reprodução assistida. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(1):99-105, 2008.

19 OLIVEIRA, Brenda. Restricted access to assisted reproductive technology and fertility preservation: legal and ethical issues. *RBMO*, 43(3):571-576, 2021.

desses serviços públicos é a fila, que acaba fazendo com que a idade aumente ao longo da espera e, assim, as chances de sucesso diminuem.

Existe um argumento comum de que o SUS possui demandas de cuidado muito mais urgentes, sendo a Reprodução Assistida uma demanda menor. Contudo, **pesquisadores defendem que o planejamento familiar é um direito previsto em lei²⁰ e que, além disso, a classificação de direitos de saúde não deveria atuar de forma a hierarquizar o que é importante ou não, já que as demandas possuem diferentes importâncias²¹**. Os planos de saúde, ainda, não cobrem o procedimento. Apesar de algum sucesso em judicializar casos obtidos no país antes de 2016, a jurisprudência atual é negativa nesse sentido²² [ver Quadro 2 – Judicialização da Reprodução Assistida no Brasil, no próximo capítulo]

Ou seja, **o acesso à Reprodução Assistida é quase exclusivo para pessoas que podem pagar o procedimento e moram ou podem se deslocar para o sudeste, sendo altamente desigual**.

Também especialmente grave é a demanda não atendida por reprodução assistida de mulheres que passaram pelo procedimento de laqueadura e que quiseram reverter o quadro de sua capacidade reprodutiva. Por muito tempo a laqueadura de trompas representou uma opção de contracepção amplamente utilizada no país, com índices de arrependimento consideráveis²³. A esterilização de mulheres, especialmente mulheres pobres, negras e indígenas, foi uma política que gerou demanda por Reprodução Assistida, contudo, mesmo existindo a tecnologia no mercado brasileiro, essa não é acessada pela população em geral, especialmente pela população mais atingida pelas políticas de esterilização²⁴. Hoje em dia, o número de laqueaduras diminuiu, tendo o escopo das políticas de contracepção variado²⁵, também com o aumento do acesso aos métodos reversíveis de longa duração (LARCs), mas a falta de investimento em RA dentro dos serviços públicos se mantém²⁶.

20 COSTA, Ana Paula Correia de Albuquerque da. Direitos reprodutivos, planejamento familiar e reprodução humana assistida no Brasil no atual estado da arte. **Caderno Ibero-americano de Direito Sanitário**, 5(3):80-103, 2016.

21 CORRÊA, Marilena; LOYOLA, Maria Andrea. Tecnologias de reprodução assistida no Brasil: opções para ampliar o acesso. **Physis**, 25(3):753-777, 2015.

22 OLIVEIRA, Brenda. Restricted access to assisted reproductive technology and fertility preservation: legal and ethical issues. **RBMO**, 43(3):571-576, 2021.

23 BARBOSA, Rosana Machin. **Desejo de filhos e infertilidade**: um estudo sobre a reprodução assistida no Brasil. Tese de doutorado em Sociologia. Universidade de São Paulo, 1999.

24 CORRÊA, Marilena. As novas tecnologias reprodutivas: uma revolução a ser assimilada. **Physis**, 7(1):69-98, 1997.

25 POLISSENI, Fernanda et al. The search for assisted reproduction: profile of patients seen in the fertility outpatient clinic of a public hospital. **JBRA Assisted Reproduction**, 24(3):305-309, 2020.

26 GRANGEIRO, Yasmim de Alencar. Reprodução humana assistida no Brasil: uma análise epidemiológica. **Revista Interfaces**, 8(1):437-444, 2020.

A renda não é a única questão que impacta no acesso. Um debate presente nas primeiras resoluções e tentativas de projetos de lei no Brasil, assim como ao redor do mundo, diz respeito a **quem teria o direito a acessar as tecnologias de RA²⁷**. A infertilidade, entendida como doença de fundo sobre a qual se interviria com as tecnologias de RA, funcionou como critério técnico, mas também moral, para dar respostas sobre tal questão. Alguns legisladores, influentes figuras da igreja católica e médicos defendiam que o acesso deveria ser restrito a casais heterossexuais que, por quaisquer problemas de infertilidade, não poderiam realizar sua “potência natural” de ter filhos.

Mulheres ou homens solteiros, assim como pessoas, casais e arranjos parentais múltiplos LGBTQIA+, neste tipo de argumentação, não teriam tal “potência natural”, e não seriam, ainda, classificados como tendo um problema de infertilidade, nem representariam uma família adequada para a criação de filhos. **Em versões mais recentes das normativas do CFM tal acesso foi explicitamente garantido, retirando-se a necessidade de um problema físico e pessoal de infertilidade²⁸**. A infertilidade passou a ser vista como relacional, podendo se expressar pela falta de acesso a um dos gametas. Mesmo assim, **pesquisas indicam a falta de preparo das clínicas em atender a população LGBTQIA+ e acolher a diversidade de suas demandas reprodutivas, além de muitas lacunas que dificultam a garantia e reconhecimento da parentalidade das pessoas envolvidas no projeto de filiação²⁹**. Uma pesquisa com dados oficiais indica um aumento da procura de casais homoafetivos pelas tecnologias de RA, apesar de mantida a prevalência de casais heterossexuais no acesso às mesmas³⁰.

A restrição relativa ao tipo de pessoa que pode acessar a RA não toca apenas as noções socialmente construídas de família, mas também julga quais corpos poderiam ser viáveis para o investimento. A título de ilustração, existem projetos, ao redor do mundo, para restringir o acesso de mulheres com sobrepeso, com o argumento de que essas são responsáveis por problemas de infertilidade por hábitos que escolheram ter, além de se supor, sem base em dados definitivos, que tais mulheres teriam menor possibilidade de ter uma gravidez saudável e com o nascimento de filhos saudáveis³¹. Outra restrição se refere a pessoas ou casais soropositivos que,

27 GUILHEM, Dirce; PRADO, Mauro Machado. Bioética, legislação e tecnologias reprodutivas. **Revista Bioética**, 9(2):113-126, 2001.

28 LEITE, Tatiana Henriques. Análise crítica sobre a evolução das normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, 24(3):917-928, 2019.

29 AZEREDO, Renata Ferreira. **Maternidade lésbica no Brasil**: uma revisão de teses e dissertações nas ciências sociais, humanas e da saúde. Dissertação de mestrado em Saúde Coletiva: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2018.

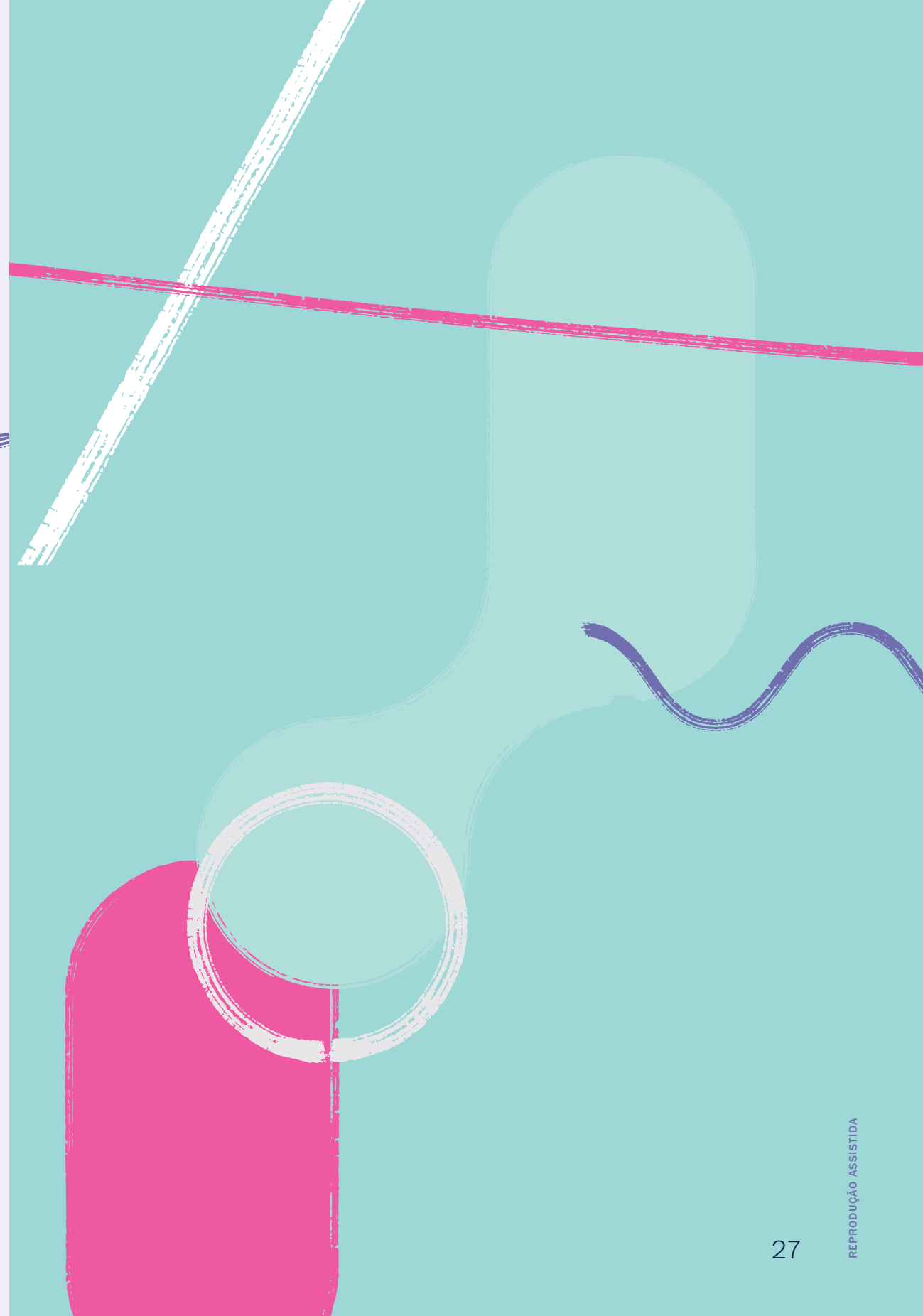
30 MACHIN, Rosana et al. Assisted Reproductive Technologies in Brazil: characterization of centers and profiles from patients treated. **JBRA Assisted Reproduction**, 24(3):235-240, 2020.

31 SILVA, Susana; PINTO, Antônio; FREITAS, Cláudia de. Priorizar o acesso à reprodução assistida com base no peso: o que pensam os usuários? **Physis**, 32(2):e320201, 2021.

mesmo tendo garantias legislativas sobre seus direitos reprodutivos e possibilidade tecnológica de reprodução sem transmissão do vírus, raramente são encaminhados para os serviços de RA ou recebem orientações razoáveis para o acesso aos mesmos³². O limite de idade das mulheres é outro ordenador do direito ao acesso à RA e tem gerado polêmicas³³. Assim, o controle de acesso pode configurar também uma prática moral na qual estado e instituições médicas organizam os direitos reprodutivos.

32 ROSSI, Andrea da Silva. **Demanda e barreiras para o acesso a serviços de reprodução assistida de pessoas vivendo com HIV no Brasil**: perspectivas de gestores, profissionais e usuários. Tese de doutorado em Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas, 2010.

33 DINIZ, Débora. New reproductive technologies, ethics and gender: the legislative process in Brazil. **Developing World Bioethics**, 2(2):144-58, 2002.



03



Reprodução Assistida enquanto direito

Por um período de oito anos depois das primeiras fertilizações *in vitro* (FIVs) de sucesso no Brasil (que datam da década de 1980), a prática de Reprodução Assistida (RA) aconteceu sem qualquer regulamentação específica, havendo indícios de práticas de manipulação genética, sexagem e experimentações em mulheres sem a devida autorização. **O primeiro documento normativo sobre a prática foi lançado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), em forma de resolução, em 1992.** Foi a exibição da novela “Barriga de aluguel”, entre os anos de 1990 e 1991, que mobilizou um debate público mais amplo e inspirou a criação dessa normativa. Tal resolução foi baseada no Warnock Report, de 1984, um guia para a prática da FIV nos Países do Reino Unido.

A resolução de 1992 indicava que as tecnologias de RA deveriam ser orientadas para auxiliar na resolução dos problemas de “infertilidade humana”. Definia, ainda, o público-alvo sendo as mulheres que, se casadas, precisavam do consentimento do parceiro. Proibia o descarte de embriões que, tendo sido gerados, deveriam ser criopreservados de modo a conservar a potencial vida humana gerada em laboratório. Aliás, debates sobre como lidar, preservar e estabelecer direitos a embriões gerou e gera considerável preocupação pública. A atualização desta resolução de 1992 ocorreu apenas em **2010**, já estando bastante defasada. Depois disso, as atualizações ficaram mais frequentes, tendo versões de **2013, 2015, 2017, 2020, 2021 e 2022.**

Já em 2010, a normativa do CFM mudou o texto acerca do uso pretendido das tecnologias de RA. A resolução de questões restritas à “infertilidade” caiu e passou a se falar em “auxílio na resolução de problemas de reprodução humana”. Tal definição permaneceu até 2017. Na atualização de 2020, foi substituída pela noção de “auxílio no processo de reprodução humana”, o que amplia a possibilidade de acesso, excluindo a necessidade de uma doença ou problema específico a ser resolvido com a tecnologia. **Desde 2010, ainda, o público-alvo da RA deixou de ser as mulheres e passou a ser “todas as pessoas civilmente capazes”.**

FIGURA 2 – PARA QUE SERVE A REPRODUÇÃO ASSISTIDA?
(de acordo com o Conselho Federal de Medicina)

De **1992 a 2010**

auxiliar na resolução dos problemas de infertilidade humana.

De **2010 a 2020**

auxiliar na resolução de problemas de reprodução humana.

Desde **2020**

auxiliar no processo de reprodução humana.

O **limite de idade** fixa não estava presente nas primeiras duas resoluções, mas aparece em 2013 como 50 anos. Em 2015, esse critério é flexibilizado pela indicação de que pode haver exceções desde que o médico autorize, e assim tem se mantido. O limite de transferência de embriões para o útero no momento da concepção também mudou ao longo dos anos, o que provavelmente se relaciona com as complicações associadas à gravidez de gêmeos. Em 1992, o máximo permitido era de quatro, sem critérios de restrição por idade. Já em 2010, essa questão foi relativizada por critérios de idade.

- > Desde 2021, o máximo permitido para a transferência são três embriões, sendo dois no caso de mulheres com até 37 anos e três depois disso.

Nas resoluções do CFM, não há limite para a **produção de embriões**, o que tem gerado uma considerável população de embriões excedentes. O descarte de embriões excedentes, tendo-se respeitado um tempo mínimo de criopreservação, aparece em 2010 e, curiosamente, é uma questão omitida no texto mais recente, de 2022. Neste texto de 2022, ainda, não se menciona o que fazer com embriões que não foram utilizados, uma questão que aparece em 2017, quando se passa a perceber que muitos casais ou pessoas deixam de dar a devida manutenção aos seus embriões congelados, o que envolve pagar para as clínicas mantê-los ou autorizar doação ou descarte.

Tanto **doadores de gametas como usuários de RA devem assinar termos de consentimento livre e esclarecido** autorizando as tecnologias a serem realizadas com seus materiais genéticos e, além disso, no caso dos usuários, explicitando o que se deve fazer no caso da não utilização de todos os embriões gerados, separação do casal ou morte de uma das partes. Uma questão que aparece pela primeira vez em 2010 é a possibilidade de Reprodução Assistida com os gametas de uma pessoa que já faleceu. A prática é permitida desde que exista uma autorização prévia de quem doou os gametas.

O **acesso à RA por casais homoafetivos** aparece explicitamente no texto em 2013, sendo a gestação compartilhada pela recepção do óvulo da parceira mencionada em 2015. Mesmo com essa menção direta em 2013, a possibilidade de objeção médica, ou seja, de o médico não realizar os procedimentos com base em suas crenças pessoais, só saiu do texto em 2020, mesmo ano em que casais envolvendo **pessoas transgênero** foram mencionados pela primeira vez.

Na resolução de 2022, a menção direta a pessoas transgênero e casais homoafetivos saiu do texto. Contudo, a definição de que **qualquer pessoa civilmente capaz pode acessar** e que não se trata de uma procura voltada apenas para problemas reprodutivos, mas sim um auxílio com o processo reprodutivo como um todo, não restringe tal acesso. Um dilema ainda em debate se refere à **gravidez por substituição**, que pode interessar este público e outros: trata-se da necessidade de parentesco da cessante com uma das partes e, desde 2021, a necessidade de a pessoa que gesta já ter um filho. Essas restrições são consideradas por alguns pesquisadores³⁴ como uma limitação desnecessária e paternalista à prática. De todo modo, desde 2021, casos que não se encaixam nesses critérios podem ser autorizados por Conselhos Regionais de Medicina.

Alguns temas são perenes desde a resolução de 1992, como, por exemplo, a **proibição da redução fetal**, que envolve a eliminação de embriões excedentes que já geraram gravidez, regra que se embasa na lei brasileira sobre o aborto. Outra perenidade é que a **comercialização de gametas é explicitamente proibida, assim como a prática de barriga de aluguel**, que seria a gravidez de substituição feita de modo comercial.

- > O **compartilhamento de óvulos**, contudo, é uma prática regulamentada pelas resoluções desde 2010. Trata-se da doação de óvulos entre pessoas que participam dos procedimentos de RA, sendo que a pessoa que recebe os óvulos paga parte dos procedimentos daquela que doa.

Para maiores informações sobre as principais mudanças nas resoluções ao longo dos anos, ver *Anexos I, II e III*.

Vale sublinhar que tais resoluções não têm força de lei. Elas regulamentam a prática médica e podem gerar sanções para os profissionais da saúde, mas não se aplicam à sociedade civil como um todo. Até o momento, não existe uma lei específica que regulamente a prática da RA no Brasil. A falta de uma legislação específica torna mais restrita a inclusão da RA no Sistema Único de Saúde (SUS), assim como o seu entendimento enquanto direito; além disso, **os projetos de lei em curso com potencial de aprovação**

34 DIAS, Maria Berenice; OPPERMANN, Marta Cauduro. As inconstitucionalidades da Resolução CFM nº 2.294/2021 sobre a utilização das técnicas de reprodução assistida. *Feminina*, 50(5):296-300, 2022.

carregam um conservadorismo inicial sobre o acesso às tecnologias reprodutivas³⁵ e, se aprovados, poderiam limitar o acesso no lugar de ampliá-lo.

O projeto de lei que chegou mais longe no processo de aprovação pelas instâncias legislativas brasileiras começou a ser desenvolvido em 1999; trata-se do [PL 90/1999](#), de autoria do senador Lúcio Alcântara (PSDB/CE). A tramitação no senado durou quatro anos e foi polêmica, criando embates entre grupos religiosos, associações médicas e sociedade civil. Alguns pontos de discórdia envolviam:

- a necessidade, ou não, de casamento para definir quais mulheres poderiam acessar o serviço, assim como a necessidade de uma restrição de idade.
- a possibilidade de gravidez por substituição e a geração de embriões excedentes.
- o direito dos filhos nascidos por FIV de quebrar o anonimato dos doadores de gametas e descobrir sua paternidade biológica, alguns até defendendo a possibilidade de se restituir a paternidade aos doadores de gameta no caso de morte dos pais que demandaram a RA. Para alguns, esse era um direito inalienável das crianças, para outros, contudo, seria uma quebra importante do princípio do anonimato e, mais, uma inversão de papéis no que se refere a quem são, de fato, os pais das crianças geradas: aqueles que procuraram o serviço de RA para ter filhos.

No texto final do referido PL, a paternidade ou maternidade biológicas não podem ser restituídas aos doadores de gametas, mas a criança pode solicitar acesso às suas identidades, o que flexibiliza o anonimato. Além disso, não é definida uma idade limite para o acesso, mas é indicada a avaliação médica para definir a possibilidade da maternidade, incluindo critérios de idade. A gravidez por substituição é proibida, assim como a geração de embriões excedentes.

O PL prevê que **sejam produzidos, no máximo, dois embriões**, os quais devem ser transferidos a fresco, **sendo crime a produção de embriões excedentes**. Os embriões congelados que já existem devem ser doados para fins reprodutivos até que se reduza a população de embriões existente no Brasil e gerada pelas práticas de RA até aqui. Apesar disso, defende-se que embriões não implantados não possuem personalidade civil, e que a ganham à medida que começam a se desenvolver em um corpo com útero. Assim, a redução fetal consiste em crime, bem como a comercialização de gametas.

- É de se sublinhar que a RA, neste projeto de lei, tem como beneficiários “mulheres e casais” que possam comprovar um problema de infertilidade ou precisem prevenir

35 MEDEIROS, Luciana Soares de; VERDI, Marta Inez Machado. Direito de acesso ao serviço de reprodução humana assistida: discussões bioéticas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(Supl. 2):3129-3138, 2010.

uma doença genética ligada ao sexo. A indicação médica é necessária para o acesso aos serviços e ela deve se definir pela infertilidade. O recorte de quem pode ou não acessar os serviços e para o que eles servem é crítico, já que ele deve orientar a definição de quem poderá pleitear seu acesso no Sistema Único de Saúde e como, ainda, clínicas privadas podem ou não realizar as tecnologias.

Em 2003, este projeto de lei passa para a tramitação na Câmara, mudando o número para [PL 1184/2003](#). Desde então, muitos outros projetos de lei sobre o tema foram apensados à sua tramitação. Alguns deles seguem uma linha mais conservadora, como o [PL 120/2003](#) (Roberto Pessoa, PFL-CE), que garantiria à pessoa nascida o direito de saber a identidade dos doadores de gametas, chamados de pai e mãe biológicas no texto. Ou ainda o [PL 4892/2012](#) (Eleses Paiva, PSD-SP), que proíbe a prática de mistura de gametas para confundir o vínculo biológico, além de ser bastante incisivo sobre a indicação médica de infertilidade no caso de acesso à gravidez por substituição e ao acesso à reprodução assistida em geral.

Outros PLs apensados, por sua vez, tentam incorporar debates mais progressistas, como é o caso do [PL 2061/2003](#) (Maninha, PT-DF), mais flexível sobre práticas como a gravidez por substituição e o congelamento de embriões excedentes. O [PL 3996/2021](#) (Alexandre Frota, PSDB-SP), ainda, explicitamente garante o acesso à população LGBTQIA+ aos serviços, considerando crime qualquer tipo de discriminação ou negativa ao seu acesso e insistindo no caráter de auxílio das técnicas para a reprodução sem que se defina pela infertilidade, apenas. O [PL 5624/2005](#) (Neucimar Fraga, PL-ES), também apensado ao bloco, criaria o Programa de Reprodução Assistida no Sistema Único de Saúde, prevendo financiamento.

Esta tramitação já teve muitos episódios nesses últimos vinte anos, passando por diferentes relatores. O último parecer realizado é de 2019, feito pelo relator Diego Garcia (PODE-PR), que propõe a inconstitucionalidade de alguns PLs apensados, como o [PL 5624/2005](#), que, em sua percepção, feriria princípios constitucionais ao tratar de assuntos que dizem respeito ao Poder Executivo. O relator também indica que mesmo outros PLs apensados sendo constitucionais, apresentam caráter, por vezes, oposto ao PL inicial, ficando difícil julgá-los em conjunto, especialmente por serem, ao todo, 22 projetos.

Ao considerar que a maior urgência da questão da RA no Brasil é limitar a produção de embriões excedentes, Diego Garcia julgou o texto do [PL 1184/2003](#) com o maior mérito dentro do bloco, já que limita a produção de embriões para dois e proíbe o congelamento e a geração de excedentes. Sua indicação, então, é de que se aprove o texto do [PL 1184/2023](#) em sua íntegra, mandando-o assim para sanção presidencial. Desde o início de 2023, Diego Garcia não possui mais um mandato na Câmara e aguarda-se pela indicação de um novo relator. Contudo, caso esta última movimentação se mantenha, vai para votação um texto consideravelmente conservador.

Para saber mais sobre alguns dos principais PLs apensados à essa tramitação, confira o [Anexo IV](#).

Mesmo sem uma lei que regulamente a RA, existem outros dispositivos que, de certa maneira, a incluem como questão para o Estado brasileiro. A própria Carta Magna define o planejamento familiar como direito do cidadão e a **Lei nº 9.263, de 1996**, regulamenta tal direito especificando que a assistência à concepção é um dever do Estado e deve estar acessível no SUS.

Além disso, a **Lei nº 11.105, de 2005**, conhecida como Lei de Biossegurança, rege questões relativas aos embriões produzidos por FIV. A lei proíbe clonagem humana e engenharia genética em embriões produzidos por FIV, além de vetar a comercialização de material genético obtido pelas tecnologias de RA. Define, ainda, que a pesquisa com embriões só é válida em casos de embriões inviáveis ou congelados há mais de três anos e com autorização dos genitores.

Em termos do controle populacional dos embriões e do aparato que observa a garantia desses regramentos da Lei de Biossegurança, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) criou, em 2006, um **Sistema de Informações sobre Embriões Congelados no País (SisEmbrio)**; e, em 2011, estabeleceu normas para as condições mínimas de funcionamento das clínicas de RA, que podem ser sancionadas por não as cumprir.

Por fim, o **Ministério da Saúde** trabalhou algumas portarias que regulamentam a oferta de RA no SUS. A primeira delas é a Portaria **MS/GM 426/2005**, que cria a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida. Propõe-se um fluxo de atenção integral em RA, que envolve a identificação de casais inférteis na atenção básica e seu encaminhamento para serviços de atenção de média a alta complexidade, incluindo Inseminação Artificial, FIV e prevenção de transmissão de IST. Os critérios de acesso seriam definidos por instâncias municipais e estaduais, seguindo princípios gerais desta portaria. A normativa ainda propunha que o SUS identificasse determinantes de infertilidade e trabalhasse no sentido de preveni-los.

A portaria de 2005 foi revogada em 2017, mas seu texto foi integralmente incorporado na **Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**, a qual está em vigor atualmente. Nesse documento, a infertilidade tem uma prioridade na definição de quem pode acessar o serviço. Os critérios de definição de casais inférteis e de inclusão no serviço permanecem abertos para decisões municipais e estaduais.

Apesar de essa portaria existir, não se pode afirmar que a Reprodução Assistida é universalmente inserida no SUS, já que existem apenas 11 instituições públicas que fazem FIV no país. Em 2012, a **Portaria nº 3.149** destinou recursos para nove desses serviços, mas tratou-se de uma parcela única, sem a garantia de continuidade no investimento ou de ampliação e criação de novos serviços.

Em resumo, a Reprodução Assistida é um tipo de serviço previsto pelo Estado brasileiro, mas não é amplamente financiada ou mesmo regulamentada por ele, com exceção do destino dos embriões gerados, que é controlado pela Lei de Biossegurança e pelo aparato criado pela ANVISA. Ao mesmo tempo, o projeto de lei que tem maior chance de aprovação poderia representar um retrocesso no acesso universal e equitativo, já que recorta o público-alvo para mulheres e casais e define a necessidade a partir da questão da infertilidade. A principal questão que guia a indicação dessa aprovação diz mais respeito à população de embriões, não ao acesso à concepção. As normativas do CFM continuam, então, guiando a prática de RA para os profissionais de saúde. Atualmente, defendem um acesso mais amplo às tecnologias, não excluindo as necessidades da população LGBTQIA+, por exemplo.

QUADRO 2. Judicialização da Reprodução Assistida no Brasil

Ao longo desses anos de Reprodução Assistida no Brasil, algumas mulheres, pessoas e casais chegaram a entrar na justiça para acessar a Fertilização *in vitro* pelo Sistema Único de Saúde ou pelos planos de saúde. Apesar de algumas decisões favoráveis ao acesso terem sido tomadas em tribunais estaduais ³⁶, a jurisprudência tende a ser negativa.

- Em pesquisa realizada entre 2015 e 2020 no banco de dados do Supremo Tribunal de Justiça (STJ) e do Supremo Tribunal Federal (STF), foram encontrados 12 casos julgando pedidos de acesso à RA. Os planos de saúde ganharam todas as causas e, no caso do SUS, apenas alguns votos foram favoráveis às pessoas que entraram com a demanda, mas os pedidos foram negados total ou parcialmente ³⁷.

Nos casos envolvendo os **planos de saúde**, alguns pedidos de ressarcimento se basearam no artigo 35-C da [Lei 9.656 de 1998](#), que obriga os planos de saúde a cobrirem dilemas relacionados ao planejamento familiar. Contudo, os pedidos têm sido negados com base no rol de procedimentos cobertos pelos planos ³⁸, lançado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e que deixa de fora tanto a FIV como a Inseminação Artificial. O Conselho Nacional de Justiça (CNJ), durante a realização das Jornadas de Saúde sobre a judicialização, também mantém a conclusão de que não seria obrigatória a cobertura da FIV pelos planos de saúde. O argumento para tanto é de que a FIV é um procedimento complementar e não atua diretamente no tratamento da infertilidade e suas causas ³⁹.

No caso do acesso ao serviço no SUS, os pedidos normalmente requisitam que o caso seja atendido com urgência nos serviços públicos, sendo que a fila poderia atrapalhar o processo ou, ainda, solicitando que o Estado pague pelo tratamento privado, dada a inexistência de serviço público no local de habitação da pessoa. As opiniões nestes casos se dividem mais. O direito ao planejamento familiar pesa por um lado, mas a relativização do direito à saúde com procedimentos excessivamente onerosos e com pouca chance de gerar resultados são contrapontos utilizados nas votações ⁴⁰.

Apesar de ser uma alternativa para acesso a gravidez e filhos, o acesso à FIV não é, em geral, garantido judicialmente como direito à saúde.

³⁶ Como nesses casos do [Ceará](#) e [Rio Grande do Sul](#).

³⁷ MOAS, Luciane da Costa et al. Limites normativos e decisões judiciais sobre o acesso à Reprodução Assistida no Brasil. In: **Anais da VIII Reunião Anual de Iniciação Científica (RAIC 2020)** e **II Reunião Anual de Iniciação em Inovação e Desenvolvimento Tecnológico (RAIDTEC 2020)**. UFRRJ, 2020.

³⁸ Conferir em: <https://www.ans.gov.br/ROL-web/>

³⁹ BRANDÃO, Luciano. Mulheres vão à justiça por Inseminação Artificial. Jusbrasil, 11 de setembro de 2023. Disponível [aqui](#).

⁴⁰ FERNANDES, Alexandre. STJ deve colocar ponto final na discussão sobre a cobertura de fertilização *in vitro*. **Consultor Jurídico**. 3 de dezembro de 2019. Disponível [aqui](#).

04

Os serviços de Reprodução Assistida no Brasil

A prática de Reprodução Assistida (RA) tem crescido no Brasil. Desde 2006, a ANVISA acompanha os embriões gerados por clínicas de RA a partir do Sistema Nacional de Produção de Embriões (SisEmbrio), produzindo também dados sobre as próprias clínicas. O último relatório da ANVISA (de 2019) compilou dados reportados por 161 clínicas e aponta para um crescimento considerável na quantidade de embriões congelados, tendo chegado a mais de 100 mil. O número de Fertilizações *in vitro* (FIVs) realizadas mais que dobrou em seis anos, ultrapassando os 40 mil. Vejamos os números:

QUADRO 3. Comparação entre a quantidade de embriões congelados e ciclos de FIV iniciados (2012-2019)⁴¹

	2012	2019
Embriões congelados	32.181	100.380
Ciclos de FIV	21.074	44.705

Fonte: Elaboração própria a partir de Relatórios do SisEmbrio/ANVISA

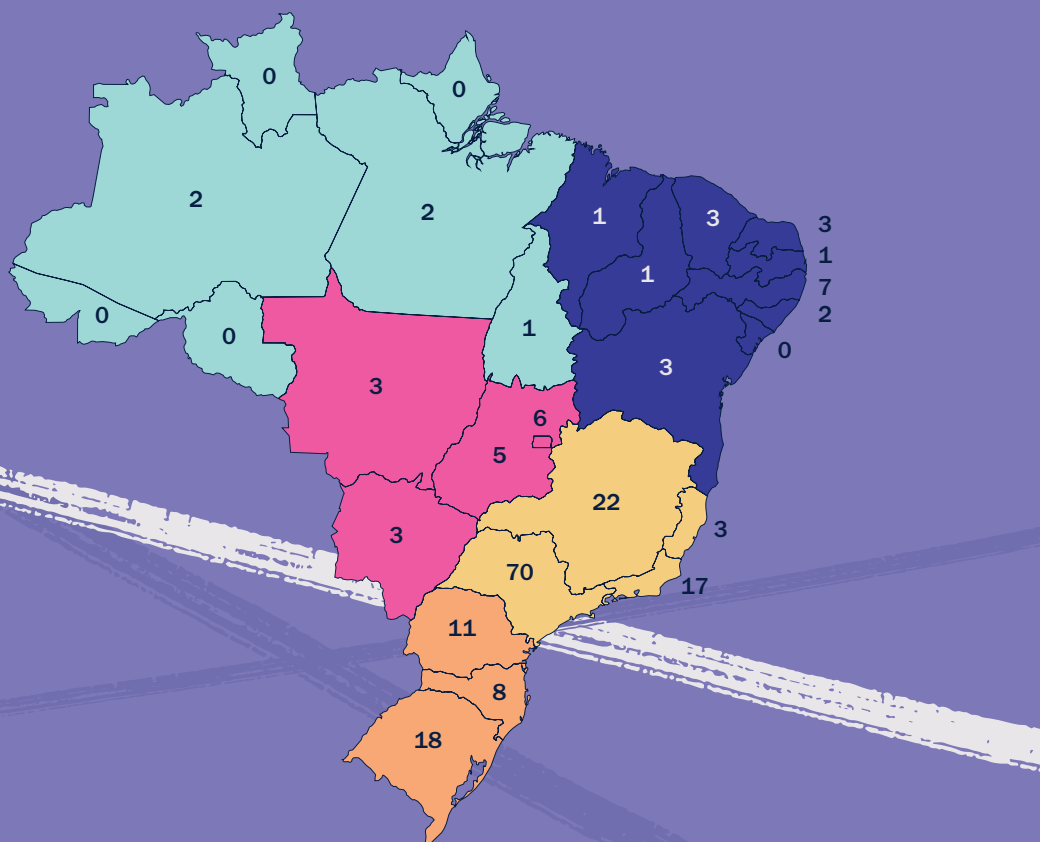
Segundo os bancos de dados do SisEmbrio/ANVISA e da Red Latinoamericana de Reproducción Asistida (REDLARA), **existem, no Brasil, 192 clínicas de RA, sendo 181 (94%) privadas e 11 (6%) públicas**⁴². Elas estão **concentradas no Sudeste e Sul**. Somadas, essas regiões possuem 77,6% das clínicas (149). Há também uma **centralização das instituições nas capitais**⁴³. O Norte possui apenas 5 clínicas, o menor número entre as regiões, seguido pelo Centro-Oeste, com 17 clínicas, seis delas localizadas no Distrito Federal. O Nordeste possui 21 clínicas, sete delas localizadas em Pernambuco.

41 Ver mais em: <https://app.powerbi.com/O4NTkxYjFkIiwidCI6ImI2N2FmMjNmLWZmZjMtNGQzNS04MGM3LWJ3M-Dg1ZjVIZG04MSJ9&pageName=ReportSection770f72a0cca27de07030>

42 Para a realização do estudo, solicitamos à ANVISA o banco de dados atualizado de clínicas de RA cadastradas no SisEmbrio. Juntamos a esse banco de dados as instituições cadastradas na Red Latinoamericana de Reproducción Asistida (REDLARA), que estão disponíveis para o público em geral. Depois disso, retiramos as entradas repetidas e montamos um banco específico.

43 Para conhecer a lista completa de clínicas e serviços, veja o [Anexo V](#).

FIGURA 3 – DISTRIBUIÇÃO DAS CLÍNICAS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA ENTRE REGIÕES E ESTADOS DA FEDERAÇÃO, BRASIL



Região	Número de clínicas
Sudeste	112
Sul	37
Nordeste	21
Centro-Oeste	17
Norte	5
Total Brasil	192

Fonte: Elaboração própria, a partir dos bancos de dados do SisEmbrío e REDLARA, com dados de 2019.

Dos 11 serviços públicos que constam na lista, cinco estão no Sudeste, quatro deles no estado de São Paulo, sendo três na capital. Outros dois centros estão em Porto Alegre. Brasília, Goiânia,

Natal e Pernambuco são os locais do restante dos serviços públicos ⁴⁴. Sete deles estão alocados dentro de Hospitais Universitários.

Quadro 4. Serviços Públicos de Reprodução Assistida no Brasil

Região	Estado	Cidade	Clínica/Centro de saúde
Centro-Oeste	DF	Brasília	Hospital Materno Infantil de Brasília - HMIB
	GO	Goiânia	Hospital das Clínicas da UFG
Nordeste	PE	Recife	Instituto de Medicina Integral Fernando Figueira - IMIP
	RN	Natal	Maternidade Escola Januário Cicco da UFRN
	MG	Belo Horizonte	Hospital das Clínicas da UFMG
Sudeste	SP	Ribeirão Preto	Hospital das Clínicas Ribeirão Preto da USP
	SP	São Paulo	Centro de Referência Saúde da Mulher - Hospital Pérola Byington
	SP	São Paulo	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP
	SP	São Paulo	Hospital São Paulo - Hospital Universitário da UNIFESP
Sul	RS	Porto Alegre	Hospital das Clínicas de Porto Alegre da UFRGS
	RS	Porto Alegre	Hospital Fêmeina - Grupo Conceição

Fonte: Elaboração própria a partir dos bancos de dados do SisEmbrío e REDLARA, com dados de 2019.

Profissionais presentes no evento de consulta com especialistas, realizado como parte da metodologia deste estudo, sublinharam que, dentre os 11 hospitais citados, 2 oferecem um serviço totalmente público, e, mesmo assim, nem todas as modalidades estão acessíveis, tanto por falta de financiamento para manter bancos de congelamento, como por dificuldades em manejar normativas em casos como a doação de óvulos, gravidez por substituição e utilização de bancos de sêmen. **Ou seja, a RA tende a ser uma modalidade privada de saúde no Brasil, com algumas poucas exceções.** Além disso, as clínicas estão quase todas entre o Sul e Sudeste. Os 11 serviços públicos também repetem essa concentração regional. São, ainda, majoritariamente alocados em espaços de ensino e pesquisa, como os Hospitais Universitários.

⁴⁴ Há uma divergência entre este banco de dados e os nove serviços financiados em 2012, pela Portaria 3.149 do MS. No cadastro REDLARA-Anvisa, constam adicionalmente as Instituições: Hospital das Clínicas da UFG e Hospital São Paulo - Hospital Universitário da UNIFESP.

QUADRO 5. Taxa de sucesso da FIV

Os dados da REDLARA são a principal fonte de informações sobre a relação entre iniciar um ciclo de RA e conseguir uma gravidez. Desde 1990, a Rede produz relatórios sobre os ciclos de RA na América Latina a partir de perguntas que envia anualmente para clínicas cadastradas ⁴⁵.

Seu banco cresceu consideravelmente desde então, passando de 21 clínicas ⁴⁶, em 1990, para 196, em 2019. Três clínicas brasileiras participaram do relatório em 1990, todas privadas ⁴⁷; já em 2021, as clínicas brasileiras (63 clínicas) eram a maioria no banco de dados, representando 32% da amostra.

Quadro 5.1. Banco de dados REDLARA e representação de clínicas brasileiras

	1990		2019	
	n	%	n	%
Clínicas	21	100	196	100
Clínicas brasileiras	3	14	63	32

Fonte: Elaboração própria a partir dos relatórios anuais REDLARA de 1990 e 2019.

- > De acordo com a REDLARA, na América Latina, a taxa de gravidez com FIV foi 17,1%, em 1990, e 24,2% em 2019.

No entanto, não é que a taxa de gravidez tenha necessariamente aumentado ao longo dos anos, o cálculo é que mudou. Vale destacar que o relatório de 2019 é bastante diferente daquele de 1990, dificultando a comparação ⁴⁸, não apenas pelo tamanho do banco de dados, mas também pela forma de calcular a taxa de gravidez tendo em conta os ciclos iniciados. Em 1990, eram retirados desse cálculo ciclos que foram descontinuados, ou seja, a taxa representava a

45 Consultar os relatórios em: https://redlara.com/registro_anual.asp?categoria=Registros%20Anuais&USIM5=388

46 Distribuídas entre Argentina, Brasil, Colômbia, Chile, Equador, México, Panamá e Venezuela.

47 Centro Biológico de Reprodução Humana (CBRH); Cl. Andrologia e Reprodução Humana Roger Abdelmasshi; Programa de Fertilização e Processamento Diagnóstico em Infertilidade Conjugal (PROFERT).

48 As técnicas reportadas e utilizadas também se modificaram ao longo do tempo, tornando a comparação bastante frágil. Em 1990, eram incluídos no banco casos de FIV, transferência de gametas para a trompa, transferência de zótopos ou pronúcleos para a trompa, transferência de embriões para a trompa e tratamentos combinados. Em 2019, as categorias se complexificaram; o número geral de ciclos iniciados inclui tratamentos feitos apenas com o intuito de congelamento de gametas e embriões, por exemplo. Além disso, as análises diferenciam ciclos feitos a fresco daqueles feitos com transferência de embriões que foram congelados, ou de embriões formados por gametas que foram congelados. No quadro 5.1, utilizamos dados dos ciclos de FIV de 1990 e de FIV e ICSI de 2019 a fresco, por serem mais robustos que os que incluem congelamento, especialmente em 1990. Além disso, mantivemos tanto FIV como ICSI no cálculo de 2019, já que o último é subtipo da FIV (ver quadro 1).

porcentagem de pessoas que engravidaram em comparação ao número de ciclos iniciados menos os casos que descontinuaram o tratamento por conta própria. Em 2019, além dos casos de descontinuidade, também se diminuiu dos ciclos iniciados casos de aspirações sem óvulos, sem óvulos maduros e casos em que os óvulos foram aspirados apenas para congelamento, além de “outras complicações”.

Para nosso propósito, contudo, interessa saber a importância de pessoas que iniciaram o ciclo de FIV, mas desistiram por quaisquer motivos ou, ainda, que não conseguiram obter óvulos viáveis para seguir com o tratamento. Por isso, com os dados da REDLARA, calculamos o total de ciclos de FIV iniciados em relação ao total de gravidez resultantes.

Nesse cálculo, em 1990, das 1.686 pessoas que iniciaram a FIV, 14% seguiram com uma gravidez (241 pessoas). Das pessoas que engravidaram, 78% (184) tiveram partos com nascimentos. Em 2019, 47.241 ciclos foram iniciados, 5.770 pessoas engravidaram (12%) e, dessas, 4.194 pessoas tiveram partos com nascimentos (73%).

Quadro 5.2. Número de FIV, taxas de gravidez e nascimentos: comparação entre 1990 e 2019

	1990		2019	
	n	%	n	%
Ciclos de FIV iniciados	1686	100	47241	100
Gravidez	241	14	5770	12
Partos com nascimentos	189	78	4194	73

Fonte: Elaboração própria a partir dos relatórios anuais REDLARA de 1990 e 2019.

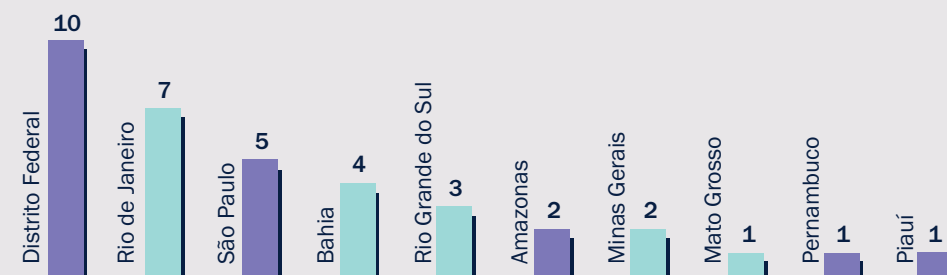
- > Estes dados indicam que, a cada 10 ciclos de FIV iniciados, apenas um resulta em gravidez.

05

Experiências de pessoas que acessaram ou tentaram acessar as técnicas de Reprodução Assistida

Entre as pessoas que participaram da coleta primária de informações deste estudo, o acesso à RA relatado se deu entre 2004 e 2023. Das 36 pessoas que responderam ao questionário, 10 moravam no Distrito Federal, 7 no Rio de Janeiro, 5 em São Paulo, 2 em Minas Gerais e 3 no Rio Grande do Sul, concentrando 75% das respostas entre o DF e as regiões Sudeste e Sul, o que coaduna com a distribuição das clínicas no Brasil, como vimos anteriormente. Tivemos, ainda, quatro respondentes da Bahia, uma de Pernambuco e uma do Piauí, somando um total de 16% de respostas do Nordeste. Uma pessoa respondeu no Mato Grosso e duas no Amazonas, representando as regiões Centro-Oeste e Norte. Das 36 respondentes, apenas 9 não moravam em alguma capital, o restante morava na capital de seus Estados.

Gráfico 1 - Distribuição de respostas por Estado

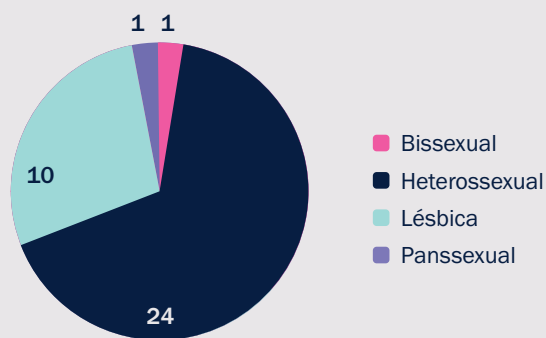
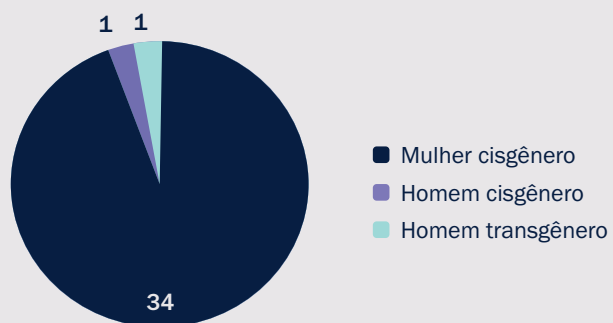


TOTAL: 36 Respondentes

Fonte: Elaboração própria

A maior parte das respondentes, 34, identificaram-se como mulheres cisgênero, um dos respondentes foi um homem transgênero e um deles um homem cisgênero. Vinte e quatro pessoas afirmaram ser heterossexuais, 10 lésbicas, 1 bissexual e 1 ser panssexual. Mesmo com um número restrito, a configuração dos respondentes repete algum padrão das pesquisas realizadas sobre o tema, que têm mantido interlocução principalmente com mulheres heterossexuais⁴⁹ e, em alguns casos, com mulheres lésbicas⁵⁰.

Gráficos 2 e 3 – Identidade de gênero e orientação sexual



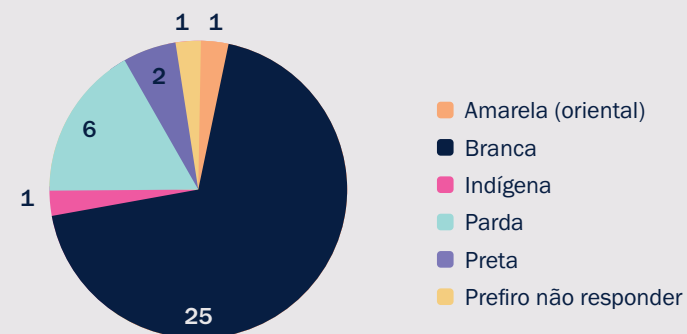
Fonte: Elaboração própria

49 Ver FONTENELE, Claudia Valença; TANAKA, Ana Cristina D'Andretta. Expectativas e sentimentos de mulheres que esperam por tratamento de reprodução humana. *Physis*, 23(1): 93-108, 2013.

50 Ver VITULE, Camila; MACHIN, Rosana; COUTO, Márcia Thereza. Práticas reprodutivas lésbicas: reflexões sobre genética e saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 22(12):4031-4040, 2016.

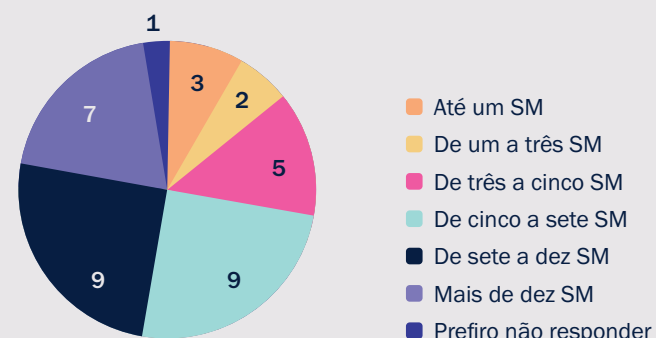
Em relação à raça/cor, há uma maioria de pessoas brancas (25), seguida de oito pessoas pardas e pretas; uma pessoa identificou-se como amarela (oriental) e uma como indígena; uma pessoa, ainda, preferiu não responder. Vale destacar que tal maioria de pessoas brancas é conhecida das pesquisas sobre acesso à RA, assim como o perfil com renda mais alta⁵¹. Das respondentes do questionário, 10 pessoas afirmaram receber até cinco salários mínimos e 25 afirmaram receber mais de cinco salários mínimos, sendo que destas, 7 disseram receber mais de 10 salários.

Gráfico 4 – Raça/cor



Fonte: Elaboração própria

Gráfico 5 – Renda

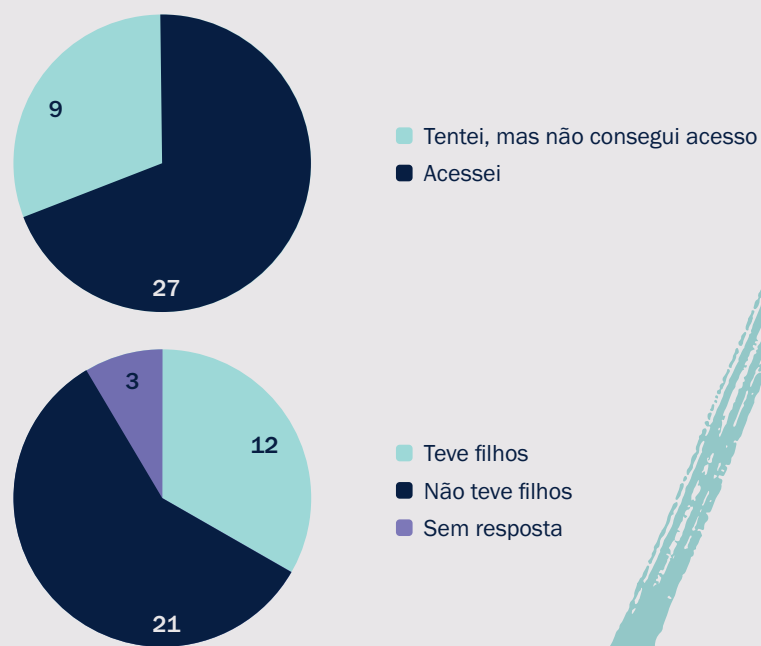


Fonte: Elaboração própria

51 CORRÊA, Marilena; LOYOLA, Maria Andrea. Tecnologias de reprodução assistida no Brasil: opções para ampliar o acesso. *Physis*, 25(3):753-777, 2015.

Vinte e sete pessoas disseram ter conseguido acessar a RA e nove tentaram, mas não conseguiram. Das que não conseguiram, há uma concentração nas menores rendas relatadas: com exceção de uma pessoa que ganhava mais de cinco salários, as que não conseguiram acesso se concentraram nas faixas de um a cinco salários. Seguindo essa tendência, as pessoas que conseguiram ter filhos, todas as doze, relataram receber mais de cinco salários.

Gráficos 6 e 7 – Acesso à Reprodução Assistida e filhos*

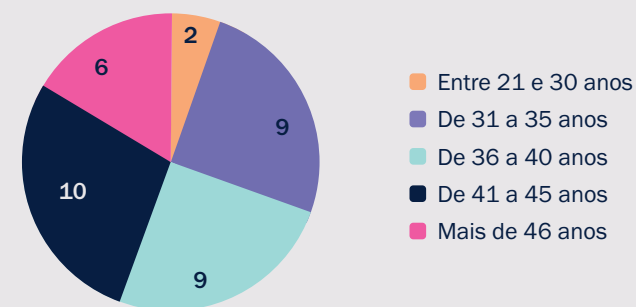


Fonte: Elaboração própria

*As respostas ao questionário não foram condicionadas. Assim, o número corresponde às pessoas que responderam a esta pergunta, tanto as que acessaram alguma tecnologia de RA, como as que não conseguiram acessar, mas decidiram responder a pergunta.

Em termos de idade, a maior parte das respondentes (18) disse ter entre 31 e 40 anos e 10 disseram ter entre 41 e 45 anos. Vale destacar que as mulheres que se identificaram como lésbicas se concentraram na faixa dos 30 anos; já a faixa dos 40, foi exclusivamente formada por mulheres heterossexuais. As duas pessoas que estão na faixa dos 20 se identificaram como heterossexuais, uma delas afirmou ter endometriose e outra procurou a RA pois o marido fizera uma vasectomia. O homem cisgênero tem entre 46 e 50 anos e o homem transgênero tem entre 36 e 40 anos.

Gráfico 8 - Idade



Fonte: Elaboração própria

Entrevistas

Dez mulheres, das 36 pessoas respondentes do questionário, decidiram partilhar conosco seu depoimento sobre a RA, depois de terem respondido ao questionário. Das 10 entrevistadas, 3 se identificaram como lésbicas, 2 como bissexuais em um relacionamento entre mulheres e 5 como mulheres heterossexuais. Todas cisgênero. Quatro fizeram a FIV no Distrito Federal, duas em São Paulo, uma no Rio de Janeiro, uma na Bahia, uma no Amazonas e uma tentou acessar o serviço de congelamento de óvulos no Piauí. Apenas duas entrevistadas se identificaram como pardas, as outras como brancas. Suas experiências são bastante ricas e distintas entre si, antes de agregá-las em uma análise, vamos conhecê-las em suas especificidades.



Depoimentos de pessoas que acessaram ou tentaram acessar técnicas de Reprodução Assistida

“NÃO É POSSÍVEL QUE A MINHA ESCOLHA DE SER MÃE SOLO, SER MÃE AO LADO DE OUTRA MÃE, INVIABILIZE MEU SONHO DE SER MÃE. EU ESPERAVA ESSA AJUDA DO SUS.”

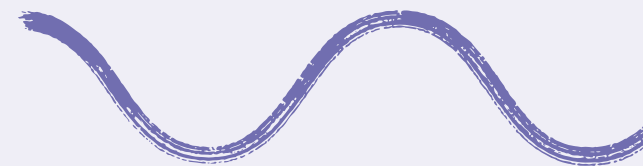
Julia e Mirela são casadas. Mirela teve complicações associadas à endometriose, sempre quis ser mãe, então procurou saber quais eram suas alternativas. O primeiro contato com a RA foi o congelamento de óvulos, que fez em uma clínica privada. Depois, achou um serviço público em sua cidade. Explicaram-lhe que não poderia fazer uma inseminação artificial, pois havia perdido uma trompa; teria de fazer a FIV e a fila para tal procedimento demoraria de três a cinco anos. Em 2018, ela entrou na fila da FIV, solteira ainda. Disseram-lhe que poderia adquirir um sêmen no momento da FIV; essa era uma possibilidade do serviço. Na fila, conheceu Julia, que também tinha o projeto de ter um filho, mas não queria engravidar. Casaram-se. Permaneceram na fila em parceria.

Quando foram chamadas, em 2021, o hospital já não possuía um contrato com um banco de sêmen. Anteriormente, havia um convênio com um banco de sêmen; o casal ou pessoa ou família interessada poderia comprar o sêmen nesse banco e o hospital fazia o procedimento de FIV. Contudo, por conta de um processo judicial encampado por um usuário, o hospital perdeu esse convênio, já que feria a natureza pública da oferta do serviço por se tratar de um serviço pago pelos usuários. Isso acabou impedindo a FIV para casais de mulheres, mulheres solteiras ou pessoas que precisam de sêmen para engravidar. Elas foram dispensadas do serviço. Receosas da idade de Mirela, quem iria engravidar e estava, então, com 36 anos, procuraram uma clínica privada.

A primeira clínica lhes pareceu inviável, pois o valor chegava nos R\$60 mil e havia certo descaso em explicar alternativas de baratear o tratamento, como a doação de óvulos*. Acharam uma clínica nova em sua cidade com um preço mais acessível. A clínica explicou opções de baratear o acesso e deu informações detalhadas para as duas. No fim do processo, tiveram um gasto total de R\$21 mil, incluindo a compra de sêmen e a medicação para estimulação do endométrio de Mirela para receber o óvulo. Usaram a técnica de Recepção de Óvulo da Parceira e conseguiram engravidar na primeira tentativa. A entrevista para este estudo foi feita com Julia e Mirela junto do filho recém-nascido. Estavam as duas de licença, Mirela acessou a licença maternidade, mas Julia conseguiu apenas a licença paternidade e teria de voltar ao trabalho cedo, mesmo estando amamentando (já que fez estimulação à lactação**).

*O compartilhamento de óvulos é um procedimento adotado por algumas clínicas particulares. Uma pessoa com problemas para engravidar por razão de uma produção insuficiente de óvulos pode custear parte (usualmente a metade) do ciclo de FIV de uma pessoa que procurou a RA por motivos que não envolvem a falta de óvulos. Como contrapartida, a pessoa que teve o ciclo de FIV barateado doa óvulos para aquela que pagou solidariamente pelo seu tratamento. O processo assegura o anonimato das partes.

** Estimulação à lactação é uma técnica que permite à pessoa parceira que não gerou estimular a produção de leite a partir do manejo de hormônios e outros medicamentos.



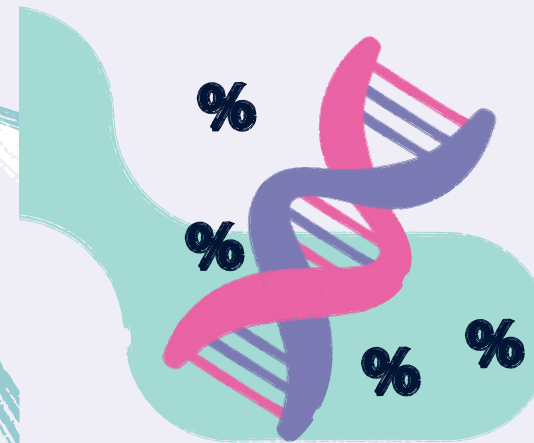
“NÃO QUE EU ESTEJA PEDINDO TAPETE VERMELHO, MAS EU TIVE UM MÉDICO QUE NÃO OLHOU PRA MINHA CARA, ESTAVA DE CABEÇA BAIXA OLHANDO MEU PROTOCOLO DE MEDICAÇÃO E EU EM FRANGALHOS.”

Luiza desejou ter filhos depois de se envolver na rede de cuidados de um sobrinho. Sua esposa também queria ser mãe, mas nunca quis gestar. As duas procuraram uma clínica de RA porque não queriam fazer coparentalidade com nenhum conhecido e achavam inseguro tentar uma inseminação artificial caseira, por conta própria. Quando Luiza chegou na clínica em 2018, achou que seria algo simples, mas lhe disseram que sua idade, 35 anos, já era avançada e que ela estava passando por algo similar à menopausa, o que a fazia produzir poucos óvulos. Sua esposa, 10 anos mais velha do que ela, não foi cogitada como potencial fornecedora de óvulos pelos médicos. Não procuraram um serviço público porque não havia um em sua cidade. Passaram por três clínicas privadas. A primeira, menos tecnológica e localizada na cidade em que moravam, não deu certo. Luiza fez a estimulação, mas não produziu óvulos. Depois, foram para uma clínica em São Paulo, a mais famosa no mercado, participaram do programa de doação de óvulos e compraram esperma, mas a tentativa também não deu certo. Os óvulos fecundados foram implantados, mas não geraram gravidez. Voltaram para sua cidade, procuraram outra clínica, repetiram o último procedimento e, dessa vez, deu certo. Ao todo, foram três clínicas e cinco tentativas. Tiveram um gasto médio de mais de R\$100 mil. Conseguiram cobrir parte desse valor com uma liminar na justiça que fez o Plano de Saúde pagar por duas tentativas. Não se endividaram, mas não tiravam férias desde que iniciaram o projeto. Luiza sofreu muito durante o processo, as tentativas que deram errado pesaram para o seu emocional. Foi no final de 2021 que engravidou, seu filho participou de seu depoimento para este estudo. Sua parceira não conseguiu licença maternidade porque decidiu não entrar na justiça com medo de atrasar seu pedido de aposentadoria.



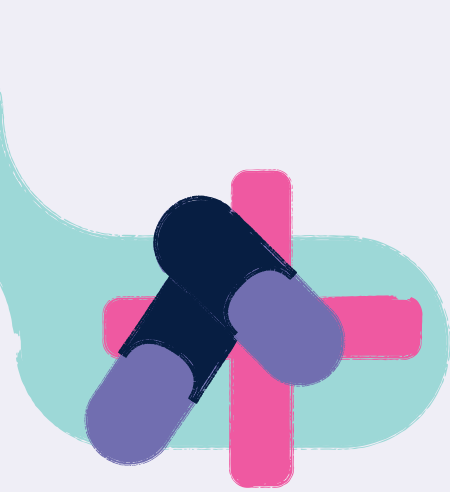
“EU FUI PERGUNTAR NO RH QUAL LICENÇA EU TERIA DIREITO E A MOÇA ME DISSE QUE NÃO SABIA, MAS QUE PODERIA SER EQUIVALENTE À LICENÇA PATERNIDADE. ESSE DIA EU NÃO DORMI, EU FIQUEI MUITO TRANSTORNADA.”

Márcia tinha vontade de engravidar, mas ao acompanhar a gravidez de uma pessoa da família, desistiu. Na pandemia, estava com uma namorada há dois anos e as duas viram uma foto de um casal de amigas grávidas em uma rede social e começaram a conversar e se convencer a passar pelo processo de RA. Demoraram a achar informações e descobrir como fazer. Chegaram a ser atendidas em um hospital público que oferecia o serviço pelo SUS, gostaram muito do acolhimento, mas, por compromissos de trabalho, não conseguiram comparecer a uma das consultas, a que as incluiria na fila. Tentaram reagendar, mas tiveram dificuldades e acabaram desistindo. Fizeram duas tentativas de FIV em uma clínica privada e a segunda deu certo. Quem estimulou hormonalmente para coletar os óvulos foi Márcia, parte dos que foram coletados foi doada para baratear os custos do procedimento e isso a deixava feliz, por saber que ajudaria outra pessoa a engravidar também*. Gastaram em torno de R\$25 mil. Na primeira vez que implantaram um óvulo fecundado, descobriram um pólipio no útero de sua namorada quando ela já havia feito a estimulação para o processo de recebida. Implantaram para não perder o dinheiro investido e os remédios no corpo, mas Márcia não estava confiante, tanto é que não se surpreendeu quando a gravidez não veio. Sua namorada, contudo, sofreu um pouco mais com a negativa. Na segunda vez, sem o pólipio, engravidaram. Estavam, no momento do depoimento para este estudo, arrumando o quarto da bebê e acompanhando um hematoma na barriga da grávida que estava custando a diminuir. Márcia fazia estimulação à lactação e esperava poder amamentar junto da namorada, mas tinha receio sobre a possibilidade de conseguir licença maternidade para viabilizar esse plano.




“A GENTE TINHA MUITO MEDO DE NÃO DAR CERTO, QUANDO A GENTE VIU AS PORCENTAGENS, É MUITO POUCO.”

Para Beatriz, o desejo da maternidade veio a partir da relação com a esposa. A primeira vez em que conversaram foi em 2020, mas, naquele momento, não se sentiram prontas. Em 2021, chegaram a pensar em acessar um serviço público na cidade, mas desistiram por conta da fila; sua esposa estava com 34 anos e não se sentiu segura em esperar. Além disso, souberam que naquele momento não havia um banco de sêmen disponível, o que as impediria de fazer o tratamento, e era ainda incerto se a situação se resolveria no futuro. Por indicação de familiares, foram conhecer clínicas particulares e pesquisar os preços. Decidiram que tanto os óvulos como a gravidez seriam de sua parceira. Chegaram a entrar num programa de doação de óvulos*, mas o primeiro exame para ver a quantidade de folículos indicou um número muito pequeno de óvulos, tornando a doação arriscada, já que ficariam com poucos óvulos para o procedimento. Caso não tivessem entrado no programa de doação de óvulos, teriam gastado em torno de R\$25 mil, caso tivessem permanecido no programa do início ao fim, o valor seria em torno de R\$15 mil. Como saíram do programa na metade do processo, gastaram algo como R\$19.500,00. Beatriz teve dificuldade com o banco de sêmen nacional que utilizaram para fazer a fecundação, pois havia poucas opções de material de homens negros, como ela. Como os óvulos eram da esposa, procuraram um doador que fosse parecido com Beatriz, mas não foi simples. Depois que fizeram a implantação, estavam ansiosas porque tinham muitos conhecidos e familiares com dificuldades em engravidar e com experiências de aborto espontâneo. No fim, conseguiram engravidar na primeira tentativa e juntas criam um filho de pouco mais de um ano.



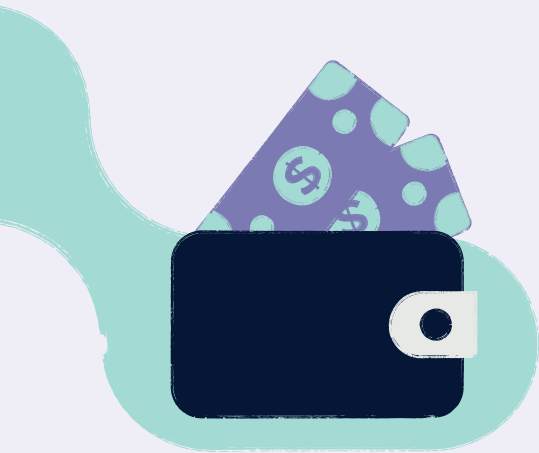
“FINANCEIRAMENTE, EU NÃO TINHA CONDIÇÕES DE PAGAR UMA MEDICAÇÃO DE TREZENTOS REAIS POR SEMANA. E AÍ EU SÓ SOUBE DISSO QUANDO EU JÁ ESTAVA GESTANDO.”

Luana estava em um relacionamento estável há 10 anos com um homem e participava da criação de duas filhas de um relacionamento anterior dele, uma de 14 anos e uma de 15. Fez um curso de doulagem e passou a se aproximar mais da experiência da maternidade. Além disso, tiveram de se mudar e uma das meninas ficou com a mãe; a outra, já adolescente, demandava menos cuidado. Veio a vontade de ter mais uma criança em casa. O companheiro havia feito vasectomia havia mais de 12 anos. Conseguiram uma consulta em um hospital público que tinha serviço de RA. Ficaram nove meses realizando exames mais simples de checagem inicial, para ver se seriam colocados na fila. Conseguiram entrar no serviço porque um parente de Luana atuava no hospital. Foram informados de que não entravam nos critérios da Unidade Básica de Saúde, que é quem seleciona e encaminha casos de RA para o hospital. Disseram-lhes que a vasectomia tinha sido de escolha de seu companheiro e não um problema de infertilidade sob o qual ele não teria controle. Não eram, então, qualificados para entrar na fila do serviço de RA. Mesmo tendo acessado o hospital com apoio de redes de relações, não conseguiram entrar na fila porque o companheiro fazia uso de cannabis medicinal e, de acordo com os médicos, isso diminuiria as chances de sucesso da FIV. Luana julgava esse um critério equivocado, pois não havia nenhum embasamento científico na decisão. Foram para uma clínica privada e conseguiram realizar a coleta cirúrgica de espermatozoides e a FIV. Tiveram cinco embriões bem avaliados, implantaram um e ela engravidou na primeira tentativa. Gastaram em torno de R\$50 mil, sendo que a FIV custou R\$25 mil, mas acumularam-se muitos outros gastos inesperados com exames, medicamentos e manutenção de embriões e gametas congelados. Apesar da permanência desafiadora da falta de apetite, que iniciou ao tomar os hormônios que estimulam a produção de folículos, a gravidez está saudável.



“ISSO COLOCA A GENTE NUMA POSIÇÃO DE VERGONHA QUE A GENTE NÃO DEVERIA TER, UMA VERGONHA DE GESTAR; É UM PROCESSO MUITO DESCONFORTÁVEL.”

Manuela tem pouco mais de 20 anos e descobriu recentemente que tem endometriose. Apesar de ser uma doença muito comum, foi muito difícil conseguir o diagnóstico. Soube que, provavelmente, terá dificuldades em engravidar com o agravamento da doença e com o processo de cuidado dela. Por isso, decidiu procurar a possibilidade de congelamento de seus óvulos. Não tinha desejo de ter filhos quando participou da entrevista, mas sabia que queria ser mãe um dia e imaginou que o congelamento de óvulos seria uma opção. É assentada rural em um município do interior em um estado que não tem serviço de RA pelo SUS, havendo apenas uma clínica privada. Iniciou uma pesquisa sobre a possibilidade de acesso no serviço público, já que não possui plano de saúde ou recursos para pagar pelo serviço privado. Descobriu que, em São Paulo, existiria uma clínica que poderia fazer isso por ela, mas ela não tinha como ir até lá e, talvez, nem cumprisse os critérios para ser incluída na fila. Achou particularmente difícil encontrar informações que lhe fossem úteis e lhe ajudassem a decidir o que fazer ou mesmo conhecer suas reais possibilidades de fazer algo. Desistiu, por enquanto, nutrindo uma crítica importante de que a RA não é para pessoas como ela.



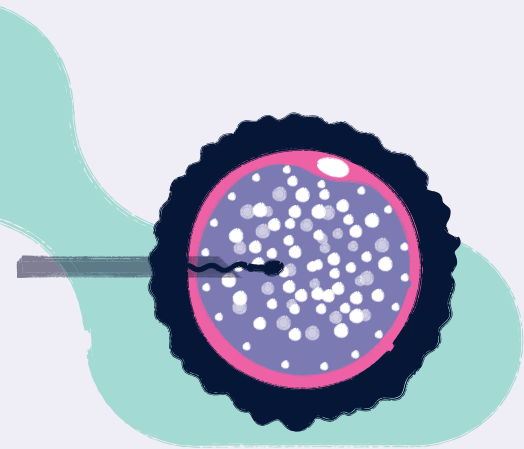
*“EU ESTOU PAGANDO EMPRÉSTIMO
PARA UMA COISA QUE NÃO DEU CERTO.”*

Rosana tinha 34 anos e estava casada há sete anos com um homem. Tentava ser mãe desde o noivado, mas não conseguia. Seu marido já havia sido casado e tivera quatro filhos. Ela imaginou, por isso, que “o problema” era com ela. Já quando procurou fazer exames para descobrir o que tinha, demorou a achar uma ginecologista que a atendesse pelo plano, assim como para conseguir acesso aos exames demandados. Teve de fazer alguns por conta própria, o que foi pesado financeiramente para ela; um dos exames custou R\$2 mil, por exemplo. O resultado não foi promissor; disseram que seus óvulos tinham “uma idade de 45 anos”. Foi encaminhada para um médico especialista em RA que atendia na sua cidade, onde havia apenas duas clínicas particulares (não havia nenhum serviço público na sua Região). A clínica na qual esse médico atendia era muito cara para suas condições, então, foi na outra em que o atendimento era mais barato. Descobriu que sua produção de óvulos estava baixa. Tentaram o coito programado, mas não deu certo; disseram-lhe que a sua melhor opção seria fazer uma FIV. Endividou-se, pegou empréstimo com um agiota, vendeu um terreno que seu pai havia dado a ela e pagou um ciclo de FIV. Gastou, em média, R\$30 mil, só conseguiu dois embriões viáveis e implantou os dois em uma tentativa; não conseguiria dinheiro para outra. Eles não vingaram. Tudo isso aconteceu logo antes da pandemia. Sem dinheiro para uma nova tentativa e com as complicações da pandemia, desistiu. Ainda sonhava em ser mãe quando deu o depoimento para este estudo e se ressentia com o fato de o SUS não ter uma política mais efetiva de atenção para mulheres que querem engravidar, mas não conseguem.



*“O MÉDICO ME DISSE ‘NEM SE VOCÊ TIVER UM
POTE DE DINHEIRO, VAI DAR CERTO PRA VOCÊ.’”*

Amanda tinha 54 anos quando deu seu depoimento para este estudo e havia feito a FIV mais de 20 anos antes. Acompanhou o processo de FIV de uma colega de trabalho que teve gêmeos e, tendo dificuldade em ter filhos, resolveu tentar. Sentiu um desejo de ter filhos enquanto estava casada com o último marido, que já tinha uma filha adulta na época. Queria um filho dessa relação. Ela tinha 35 e ele, 39 anos. Seu esposo participou do processo, mas não fazia muita questão de ter mais filhos. Ele tinha uma varicocele no saco escrotal que poderia atrapalhar o processo, mas se recusou a operar. Amanda já havia engravidado uma vez, com 19 anos, mas resolveu interromper por medo do pai, e se arrepende de ter feito isso. Fez um ciclo de FIV que, calcula, custou algo como R\$30 mil (na moeda atual). Estava com pressa de fazer a FIV logo no mês em que procurou a clínica, então convenceu o médico a pular alguns exames. Depois da estimulação hormonal, fez o ultrassom para ver a quantidade de óvulos e descobriu que tinha apenas dois. Apesar de ser pouco, foi encaminhada para o procedimento de retirada. Dias depois, no procedimento, o médico lhe disse que ela já não tinha mais óvulos. Ela se ressentiu com esse processo, já que passara por uma anestesia e pelo procedimento em vão. Além disso, o médico lhe pareceu impaciente, o que tornava sua lembrança do episódio ainda pior. Na consulta de retorno, o médico lhe disse categoricamente que ela não teria chances de engravidar, pois produzia poucos óvulos e, os que tinha, eram de baixa qualidade. Com tal fala, ela desistiu. Conta que foi uma época difícil e que lembrar disso ainda lhe causa tristeza, mas decidiu não ter filhos de outra forma e se sente realizada a partir de outras experiências em sua vida.



“NÃO SEI O QUE ACONTECIA; QUANDO ESTIMULAVA, PARECIA QUE OS ÓVULOS FICAVAM TÍMIDOS.”

Ester tinha 59 anos quando deu seu depoimento. Quando jovem, escolheu investir na sua carreira e na estabilidade financeira. Sentiu vontade de ter filhos aos 37 anos; estava casada com o companheiro, 13 anos mais velho que ela. Levaram ainda dois anos para tentar engravidar. Ela e o marido marcaram uma consulta em uma clínica privada, fizeram vários exames e conseguiram muitas facilidades, descontos e acesso pelo plano de saúde porque o marido era um médico e professor muito conhecido no campo. Nos exames, não se achou nenhum problema conclusivo, então decidiram tentar de forma natural por um ano, interrompendo a pílula e acompanhando o ciclo de ovulação. Não engravidou. Decidiram pela FIV porque ela estava com 40 anos e o médico chamou atenção para a falta de tempo que ela teria de continuar tentando sem intervenção. Para ela, contudo, a estimulação não funcionava. Na primeira tentativa, conseguiu cinco óvulos, com os quais se formaram três embriões. Transferiu os três, mas não engravidou. Na segunda tentativa, estimulou, mas só teve um óvulo e decidiram não fazer a coleta. Na terceira tentativa, nenhum óvulo. O médico lhes explicou que, nesses casos, talvez fosse melhor voltar a tentar sem intervenção. Decidiu desistir da FIV. Depois dessa terceira tentativa, viveu o luto escrevendo sua tese. A lembrança do período ainda é intensa, dolorosa. Não teve filhos, mas sente que viveu uma vida muito rica depois disso.

Como podemos observar nas histórias, **os motivos para buscar uma RA variam**, como, por exemplo:

- busca por prevenção da transmissão de IST;
- tentativa de preservar preventivamente gametas que podem estar ameaçados por uma doença como a endometriose ou por tratamentos hormonais, como o processo de hormonização para pessoas trans;
- vasectomia feita por um parceiro em outro momento da vida;
- necessidade de acesso a um dos gametas;
- adiamento da vida reprodutiva por conta da trajetória profissional e/ou da situação financeira instável;
- necessidade de auxílio com problemas de infertilidade.

O afunilamento da Reprodução Assistida

Márcia, uma das entrevistadas, categoriza a experiência com a FIV da seguinte maneira: “é um funil. É meio desesperadora essa matemática”. Essa é uma experiência compartilhada por todas as entrevistadas que passaram pelo processo de FIV. Primeiro, vem a **estimulação hormonal** para conseguir óvulos ou, caso se esteja custeando o tratamento de outra pessoa que vai estimular e doar parte dos óvulos, vem a espera por notícias sobre o corpo dessa anônima.

O estímulo foi experimentado de forma bastante variada pelas entrevistadas. Julia contou que teve pouquíssimos efeitos e que, inclusive, é importante não se basear tanto no relato de outras pessoas. Para ela, isso pode já gerar uma ansiedade e cada caso é um caso. Mesmo assim, todas as mulheres mencionaram uma intensificação das emoções, o que acaba se misturando e confundindo com o próprio impacto emocional do procedimento em si. Talvez o caso mais grave de efeitos dos procedimentos seja o de Luana, que perdeu o apetite de forma duradoura.

“Quando eu fiz as injeções eu pensei, nossa, foi muito tranquilo. E nesses dias até o dia da coleta foi, só que é isso, né, o hormônio continua no seu corpo. No dia da coleta eu fiquei um pouco enjoada, sem apetite, mas nada sério. Um dos efeitos colaterais é perder a vontade de comer e eu tive muito isso, nunca tinha tido antes. Eu tenho isso até hoje, mesmo depois de muitos meses, e não é nojo da comida, é que eu não tenho apetite, até hoje eu não tenho apetite. O prato está na minha frente, mastigo e tem dia que eu choro para engolir.”

Eu passei muito mal durante o primeiro trimestre, mas sempre diziam que era normal, porque era o primeiro trimestre e logo iria passar. Não passou, tenho enjojo, ânsia e isso eu tenho desde a coleta de óvulos. Não sei se é, pode ser uma impressão minha, mas a sensação de não conseguir engolir a comida é a mesma sensação que eu tinha desde que eu saí da coleta. Eu engordei quatro quilos no processo da coleta e desde esse processo eu emagreci doze quilos. Nos últimos dois meses eu venho ganhando um pouquinho, mas com bastante dificuldade. Está tudo bem comigo e com o bebê, mas é isso, todo dia antes de comer eu sinto a mesma coisa, eu respiro muito fundo igual eu fazia lá na coleta.”

(fala de Luana)

Passado esse momento de lida com os hormônios, vem o ultrassom que mede a **produção dos óvulos**. É um marco que define a continuidade ou não de um investimento que já foi iniciado. Para Amanda e Ester, por exemplo, foi aí que sua tentativa foi interrompida, pois não havia óvulos. Luiza só conseguiu passar desse momento porque teve acesso à doação de óvulos.

Coletados os óvulos, vem o processo de **fecundação**. Nem todos os óvulos fecundados se tornam embriões⁵². Nem todos os embriões são avaliados como saudáveis ou com boas chances; avaliações são feitas sobre eles, que viram critérios como AA (muito bom) ou BB (bom) e assim por diante. Desses embriões, alguns não sobrevivem até o momento da implantação.

Com embriões viáveis, faz-se a **implantação**. Aqui há, ainda, uma decisão importante a ser tomada: quantos embriões implantar. Da amostra deste estudo, não generalizável, mulheres que fizeram a FIV alguns anos atrás implantaram mais embriões, na expectativa de que isso aumentaria a chance de algum deles fecundar. Mirela, Márcia, Beatriz, Luana e Luiza, contudo, que passaram pelo processo mais recentemente, implantaram apenas um.

Os motivos para essa escolha de um único embrião implantado variaram, envolvendo desde evitar uma gravidez gemelar, até ter mais chances, no final das contas, pois implantando um por vez as chances aumentariam a longo prazo, como alguns dos médicos explicaram para algumas das mulheres. “Perder” embriões no processo, assim, seria mais custoso, envolvendo o risco de ter que recomeçar todo o ciclo. Luiza passou por isso. Em uma de suas tentativas, conseguiu três embriões, implementou dois, depois, recebeu informações de grupos de pessoas que tentam a gravidez por RA de que essa não seria a melhor prática; disseram-lhe, inclusive que, ao implementar mais de um, poderia ocorrer de um fagocitar o outro, levando-a a perder uma chance.

52 O SisEmbrião calcula um indicador chamado taxa de fertilização, que descreve o número de óvulos fecundados em relação ao número de óvulos inseminados. Essa taxa ficou em 76% com dados de 2019.

“Quando deu certo, eu recebi sete óvulos, dos quais formaram três embriões. Eu, fominha, botei dois, porque eu achei na minha cabeça que aumentava a chance. Mas eu não sabia e nenhum médico me falou que às vezes eles fagocitam, sabe? Um como o outro, na verdade se diminui as chances. Minha amiga botou dois e um fagocitou o outro. Tinha dois sacos gestacionais e só um bebê. Então meio que você perde uma chance. Aí depois eu coloquei um e não foi para a frente. Tive que recomeçar tudo de novo. Quando foi para a frente, eu coloquei só um também.”

(fala de Luiza)

Diferente de alguns circuitos de debate – como aqueles que envolvem a discussão de Projetos de Lei preocupados com o excesso de criação de embriões e sua tutela –, para quem passa pelos procedimentos de RA, o embrião surge como um resultado precioso de uma “matemática desesperadora”, como diria Márcia. Matemática essa que se inicia na produção, ou não, de óvulos e de quantos óvulos são produzidos.

É compreensível, em termos de eficiência da técnica, a REDLARA calcular a taxa de gravidez a partir da existência de óvulos viáveis para a fecundação. Contudo, na experiência de quem passa pelos procedimentos, ter óvulos parece uma etapa bastante importante no processo de afunilamento. Poderíamos, ainda, pensar em um afunilamento ainda mais amplo no diálogo com Manuela. Para ela, o ciclo não pôde ser iniciado porque não havia um serviço próximo de sua residência e viável para a sua situação de renda que permitisse a ela passar pelo estímulo e entrar na matemática.

O resultado

Nem todos os embriões implantados viram uma gravidez; como vimos, o funil atua de forma importante nesta etapa. E a espera **pelo** resultado pode ser desafiadora emocionalmente. Algumas das entrevistadas compraram testes de farmácia adiantando a espera, sugerida pelos médicos, de 14 dias para fazer o primeiro “beta”; outras alugaram uma quitinete no primeiro andar para evitar escadas; outra, ainda, tirou folga no trabalho para garantir que não faria qualquer esforço além da conta.

O **resultado positivo** vem com muita alegria, mas também com cautela de acompanhar a gravidez e um certo medo associado à FIV. Julia acredita que existe uma tendência em considerar a FIV um causador de perigos. Se, por um lado, isso pode criar redes de prevenção desses perigos, por outro, acaba gerando mais ansiedade em quem passa pelo processo, que fica à espreita de que alguma complicação possa acontecer, ou até um aborto. Para ela, toda a gravidez envolve riscos, mas o medo e a tensão coletiva associada à FIV acabam gerando uma ansiedade a mais.

O **resultado negativo** teve um peso emocional importante para as entrevistadas, especialmente para Luiza e Rosana. Rosana teve uma crise de choro no trabalho, quando abriu o segundo exame e confirmou o negativo. Ligou para o marido aos prantos, não conseguiu mais trabalhar e ficou um tempo vivendo o luto. Quando nos deu o depoimento, a história ainda lhe trazia tristeza. Já Luiza contou que passava dias deitada e chorando com os resultados negativos, foram anos muito difíceis para ela.

O **luto** não é uma experiência presente apenas para quem chegou nesse momento de implantação e não gravidez. Amanda e Ester, que tiveram a negativa já na coleta de óvulos, relembram do momento com certo pesar, especialmente quando disseram ter percebido que não viveriam a experiência da gravidez e de terem filhos. Algumas entrevistadas chamaram isso de “abrir mão de um sonho”. O luto não paralisou nenhuma das entrevistadas, que o elaboram de diversas formas e por experiências muito ricas de vida. Contudo, ele existe como lembrança frustrada da expectativa de ter filhos.

A intensidade emocional do processo também é importante para as mulheres que tiveram filhos. Julia argumentou que, como cada dia apresenta um desafio, é muito importante ter apoio e acolhimento emocional, inclusive de especialistas como psicólogos acompanhando o tratamento. A necessidade de um acompanhamento psicológico foi sublinhada também por Luiza e Rosana. Entre as pessoas que responderam ao questionário, 10 sentiram falta de atendimento psicológico e 10 desejaram maior sensibilidade dos profissionais.

A insistência de Luiza em seguir, mesmo com as negativas, teve muita relação com o fato de ela e a esposa terem conseguido recursos financeiros para tanto. Estavam bastante animadas e felizes com o nascimento e a criação do filho e, por isso, satisfeitas com o resultado da FIV. Rosana teria feito uma nova tentativa se tivesse esses recursos. Não os ter e precisar se endividar para participar do processo, além do evidente impacto financeiro, também teve um impacto emocional para ela, que viu seu desejo de ser mãe atrelado às suas condições financeiras.

“Fiz tudo à risca depois que implantou, repouso absoluto. E ficamos naquela expectativa para fazer o exame de beta. Gente, eu não via a hora, não ia trabalhar e ficava naquela expectativa louca. E chegou o dia de fazer e... negativo. E aí já começou a bater aquela tristeza. Liguei para o médico, ele pediu para esperar mais dois dias e fazer de novo. Dalí dois dias fiz de novo. Eu estava no trabalho, quando saiu o resultado, negativo. Já foi um erro da minha parte ter aberto o exame sozinha e dentro do trabalho.”

Esse dia não tive mais condições de trabalhar, chorei muito, liguei para o meu marido, voltei para casa e liguei para a clínica. Foi quando eles falaram ‘vamos tentar de novo’. Eu falei ‘não tem como a gente tentar de novo, eu não tenho como desembolsar de novo o mesmo valor. Para pagar a clínica eu já tive que emprestar dinheiro, então eu estou pagando empréstimo para uma coisa que não deu certo’. Então, eu me desgastei muito, foi muito difícil, desisti naquele primeiro momento porque foi muito triste.”

(fala de Rosana)

Atendimento e comunicação dos serviços de Reprodução Assistida

Além dos desafios experimentados com o processo de afunilamento, a experiência com a FIV pode variar muito dependendo de alguns cuidados no atendimento oferecido pelos serviços de RA. Um dos principais incômodos relatados pelas entrevistadas envolve desencontros de informações ou informações incompletas que receberam dos serviços. Julia e Mirela, por exemplo, ficaram alguns anos em uma fila de FIV em um serviço público. O caso delas envolvia o acesso a um banco de sêmen. Quando foram chamadas para o atendimento, ficaram muito animadas, mas, no dia da consulta, alguns meses depois, descobriram que o hospital não tinha mais o convênio com o banco e que, assim, elas não seriam atendidas. Para elas, faltou tato; mesmo que a mudança dos critérios faça parte do jogo, elas poderiam ter sido avisadas antes. E o tempo importa muito neste contexto.

Pelo menos quatro entrevistadas, ainda, não foram avisadas sobre a possibilidade de fazer a doação de óvulos ou de receberem óvulos doados. Luana explicou que teria feito isso para baratear os custos da FIV, mas só descobriu que existia a possibilidade depois que já tinha finalizado o ciclo. Rosana, por outro lado, teria apreciado se lhe oferecessem essa possibilidade, sendo que produzia uma quantidade menor de óvulos. Manuela, de forma mais geral, sentiu falta de informações de qualidade e acessíveis sobre a RA e sobre como acessá-la por serviços públicos; demorou muito a achar qualquer informação ou orientação na internet e não souberam lhe informar de forma conclusiva no serviço de saúde que frequentava.

Foi pela dificuldade em obter informações mais detalhadas sobre o processo de FIV que Luiza entrou em um grupo virtual de mulheres que tentam engravidar. Nesse grupo, as participantes produzem e compartilham informações a partir de suas pesquisas e experiências. Elas montaram, por exemplo, uma tabela com o número de participantes que procurou cada clínica da região e a taxa de sucesso de cada uma. Conversavam sobre medicamentos e a forma de gastar menos com eles, entre outros temas. Parte das mulheres lésbicas entrevistadas fazia parte de um coletivo de dupla maternidade e, neste coletivo, elas trocavam informações sobre

as especificidades de sua experiência, nem sempre conhecidas pelas clínicas, e, assim, conseguiam procurar e garantir um acesso mais sensível às suas demandas. Entre todas as pessoas que responderam ao questionário, dezesseis disseram que sentiram falta de informações claras, completas e adequadas ao seu caso específico.

Quando há boa comunicação com as clínicas e os profissionais, isso é sublinhado como algo que influenciou a experiência positivamente. Julia e Mirela gostaram muito da clínica privada que, por fim, as atendeu. A médica explicava etapa por etapa do tratamento, tirava todas as dúvidas que surgiam e, ainda, as apoiava em formas de conseguir baratear o processo, como por meio da doação de óvulos e mostrando como fazer parte dos exames por plano de saúde. Ester também sublinhou como o fato de ter tido espaço para conversar e discutir cada etapa do seu tratamento facilitou o processo e a tomada de decisões de sua parte.

“A gente foi muito bem atendida pela médica, ela explicou como se fosse para uma criança o procedimento ‘aqui é assim, a gente espera tantos dias, depois tem isso’. Para mim foi muito bom, porque eu entendi, porque nós somos um casal e mesmo que não fôssemos um casal de mulheres, é importante todo mundo entender.”
(fala de Julia)

Outra reflexão importante das entrevistadas é sobre a humanização do atendimento. Luiza contou que a experiência que deu certo para ela foi com um médico atencioso, que a acolhia e tinha sensibilidade com as emoções do processo. O médico era conhecido do grupo de mulheres que ela fazia parte e tinha uma taxa de sucesso maior na tabela de elaboração própria do grupo. Para ela, isso se devia ao fato de ele ser “mais humano”.

Márcia e a namorada passaram por uma situação complicada. As duas retiraram óvulos. A namorada fez isso primeiro e foi deixada sozinha na sala, com frio, sem que Márcia tivesse nenhuma notícia sobre seu estado de saúde por horas. As duas reclamaram disso na clínica que, ao ouvi-las, reformulou sua prática. Quando Márcia foi fazer o procedimento, deixaram a namorada entrar como acompanhante e trouxeram uma coberta para o frio.

A forma de falar sobre determinadas questões também é um marcador importante na experiência. Rosana contou do impacto que teve em ouvir que seu sistema reprodutivo tinha uma “idade de 45 anos”. Amanda repetiu algumas vezes como o médico selou seu destino ao dizer que seus óvulos eram poucos e de má qualidade e que, para ela, “nem com um pote de ouro o tratamento teria efeito”. A dificuldade em ter filhos pode ser um desafio muito grande e a forma de lidar com o corpo e com a experiência das pessoas, assim como o modo de falar sobre ela e se comunicar com a pessoa que experimenta tal dificuldade influencia, e muito, o processo da FIV.

Os custos e o acesso

Algumas das entrevistadas tentaram acessar um **serviço público** para fazer a FIV ou mesmo para congelar óvulos; nenhuma teve sucesso. Julia e Mirela não puderam continuar porque o convênio com o banco de sêmen foi extinto; Manuela e Rosana não acharam um serviço perto de sua casa; Luana e o marido foram retirados da fila por não caberem nos critérios do hospital; Márcia e Beatriz não conseguiram tempo para lidar com a fila e a demora das consultas. **Dentre as trinta e seis pessoas que responderam ao questionário, apenas duas acessaram serviços de RA por meio de instituições públicas.** Uma pessoa entrou na justiça para conseguir entrar em um serviço público, mas não conseguiu.

Quem conseguiu acessar a FIV na pequena amostra das entrevistas, pagou por isso. As mulheres que tinham plano de saúde, na sua maioria, não conseguiram cobrir os procedimentos por ele e decidiram não brigar por isso na justiça. No universo dos que responderam ao questionário, outras oito pessoas disseram ter tentado acessar pelo plano de saúde, mas sem sucesso. Duas pessoas entraram na justiça, apenas uma, Luiza, conseguiu acesso. Ela entrou na justiça e conseguiu uma liminar que obrigou o plano a cobrir duas tentativas. O caso acabou sendo julgado como favorável ao plano de saúde, mas como o pagamento foi por liminar, já havia sido feito e, até o momento da entrevista, não haviam cobrado de Luiza que o devolvesse. Ester conseguiu cobrir alguns procedimentos e exames pelo plano de saúde por conta da posição de importância de seu marido no circuito da saúde de sua cidade. Mirela e Julia puderam contar com alguns exames feitos pelo plano por conta do apoio de sua médica.

O preço pago pelo processo de RA, segundo informado pelas entrevistadas, variou de R\$19.500,00 a R\$ 100.000,00, dependendo de questões como a possibilidade de doação de óvulos, local de moradia, a quantidade de tentativas, a própria clínica e suas especificidades. Além disso, o custo total do processo, em alguns casos, foi maior do que o indicado no início. Luana assustou-se com a quantidade de exames e medicamentos que foram surgindo no processo, quando ela já não conseguia decidir se podia ou não pagar por eles, como, por exemplo, a progesterona tomada durante a gravidez, que custava quase R\$300,00 semanais. O custo é considerado, por todas as entrevistadas, um fator impeditivo do acesso. Como diz Mirela, “graças a Deus que aqui a gente tem uma condição financeira que não inviabiliza nosso sonho. Mas para muita gente, pode ser isso”.

De fato, Rosana e Manuela tiveram mais camadas de dificuldades em tentar acessar a RA por razões financeiras. Rosana endividou-se na primeira tentativa e passou a refletir sobre a profunda necessidade de pensar a saúde reprodutiva de forma mais integrada, atentando para as mulheres que querem ter filhos, não conseguem e não podem pagar o preço alto dos serviços privados. Inclusive, lhe parece estranho que o preço tenha aumentado com o tempo, sendo que, em tese, as tecnologias se tornaram mais comuns e, quiçá, acessíveis.

Manuela teve uma experiência que a levou a concluir que tal tipo de tecnologia era proibitiva para mulheres como ela, como se o direito a ter filhos fosse marcado pela condição de morar em um centro urbano do Sudeste ou ter dinheiro para investir em um tratamento de forma inteiramente privada. Isso também a fez refletir sobre a falta de cuidado de qualidade em relação à endometriose, uma doença tão comum e tão cheia de consequências para o sistema reprodutivo, mas que é de difícil diagnóstico. Assim, a prevenção sobre a infertilidade é falha e o acesso a tecnologias para ter filhos em casos de infertilidade é restrito.

“Às vezes, quando a gente está atrás de informação na internet, a gente acaba se perguntando ‘caramba, por que é que eu vou fazer isso, mesmo? Será que tem mesmo necessidade, será que isso faz parte da minha realidade, será que eu, uma mulher do interior, vou me meter a engravidar?’. E isso coloca a gente numa posição de vergonha que a gente não deveria ter, uma vergonha de gestar, é um processo muito desconfortável. Aquela sensação de que isso é inacessível, como se gestar fosse uma coisa assim para alguns, sabe? O acesso a esse tipo de tratamento e ferramenta fosse só para alguns, sabe? Então isso incumbe a gente de uma certa vergonha também, porque essa questão financeira é jogada na nossa cara todo o tempo, é complicado. Isso te deixa mal em uma situação em que você já está mal. É muito desconfortante.”
(fala de Manuela)

Beatriz refletiu sobre a acessibilidade da RA para pessoas negras e não brancas. Ela precisou de um banco de sêmen e procurou um dos mais conhecidos no Brasil. Apesar de achar que o banco tinha uma quantidade razoável de amostras e informações, notou que havia poucas opções de doadores negros, o que tornava o seu acesso mais limitado – enquanto uma mulher negra que não teria material genético envolvido na reprodução e queria que seu filho se parecesse com ela. Para Beatriz, o campo da RA no Brasil parece muito voltado para a população branca, o que já foi discutido e confirmado em outras pesquisas⁵³.

53 COSTA, Rosely Gomes. O que a seleção de doadores de gametas pode nos dizer sobre noções de raça. *Revista Saúde Coletiva*, 14(2):235-255, 2004.

Uma profissional de saúde presente no evento de escuta com especialistas, realizado como parte da metodologia deste estudo, sublinhou a frustração que os e as profissionais da rede pública experimentam ao não conseguirem oferecer os serviços de forma democrática. A falta de recursos e os vínculos frágeis com convênios de bancos de sêmen, por exemplo, impactam o serviço e são os profissionais da ponta que experimentam o custo de dar notícias ruins ou informar da impossibilidade do acesso. Pesquisadores e profissionais sublinharam, ainda, o alto custo, em três âmbitos, para quem passa pela FIV: físico, emocional e financeiro.

As experiências da população LGBTQIA+

As mulheres que experimentaram a maternidade dupla partilharam conosco alguns desafios particulares. O primeiro deles foi encontrar uma clínica que conhecesse as especificidades de um casal homoafetivo. Márcia contou que a clínica que as recebeu, claramente, foi aprendendo com elas essas especificidades, como a necessidade de gerar um documento que comprovasse a FIV para possibilitar a feitura da certidão de nascimento com as duas mães. Para ela, foi possível manejar essa inexperiência sem grandes percalços, especialmente porque a clínica soube manejar a técnica do Recebimento de Óvulo da Parceira (ROPA).

Márcia contou que um casal próximo a ela decidiu que precisaria de um atendimento especializado e estava economizando para custear o tratamento em uma clínica focada no público LGBTQIA+, em São Paulo. Isso porque o óvulo viria do estímulo feito no corpo do homem transgênero que compõe o casal e a implantação seria no corpo de sua companheira, o que envolve a interrupção da testosterona utilizada no processo de transição de gênero e o manejo cuidadoso com os hormônios de estimulação.

Essa falta de conhecimento específico sobre a RA para a população LGBTQIA+ pode ser um impeditivo do acesso. O homem transgênero que respondeu ao questionário, ao ser perguntado o que poderia ter tornado a sua experiência melhor, escreveu: “Eu não sei dizer, pois eu e minha parceira tentamos acessar o serviço público e não conseguimos nem sequer sermos colocados em algum tipo de ‘fila’. Depois acabamos desistindo e fazendo inseminação caseira”. Não tivemos, com esta pesquisa, notícias sobre serviços que levassem em conta o interesse reprodutivo de pessoas transgênero, envolvendo, por exemplo, o congelamento de gametas no início da hormonização. Durante o evento de consulta com especialistas, o representante de uma organização vinculada aos direitos da população transmasculina sublinhou a invisibilidade da pauta reprodutiva no atendimento à população trans, reforçando a necessidade de promover espaços para a preservação de gametas antes do processo de hormonização.

Além disso, o desconhecimento sobre alguns processos exige das pessoas a busca por acesso e conhecimento biomédico fora dos circuitos institucionais. Julia contou que fez a estimulação da lactação com uma consultora que a atendeu virtualmente, da mesma forma que Márcia. Julia tentou ter apoio de sua ginecologista no processo, mas percebeu que ela não conhecia muito a respeito. Quase foi impedida de amamentar seu filho no hospital, mas, ciente de que isso poderia acontecer, preparou todos os papéis e exames que lhe seriam cobrados, não por ter sido informada anteriormente pelo hospital, mas porque participa de grupos de mulheres na mesma situação que ela e aprendeu a estar preparada.

O “estar preparada” pode definir se a pessoa vai conseguir ou não acesso a direitos. Um deles, bastante básico, envolve o registro das duas mães na certidão de nascimento. Duas mães só conseguem fazê-lo se levarem consigo uma certidão de união estável e um documento da clínica comprovando a realização de FIV, o que não se solicita de casais heterossexuais. Esta burocracia impede quem fez inseminação artificial em clínicas ou em casa de conseguir o registro, obrigando as pessoas a entrarem na justiça para ter seu direito garantido.

“Quando eu cheguei no cartório para registrar, o moço me levou para um computador para fazer uma prévia. Nessa prévia, eles colocam mãe e depois só tem pai. Aí eu fiquei assim. E o funcionário, era um senhorzinho, ele já sacou e já falou assim ‘ah, vai direto lá no guichê’. Aí dei toda a documentação, a gente precisa de uma declaração da clínica informando que a gente fez a fertilização, dei para atendente e em quinze minutos a gente já estava com a declaração. Então foi muito tranquilo, mas é claro, a gente tem que sempre antever os problemas, a gente tem que ir atrás de tudo porque a vida vai exigir isso da gente, infelizmente.”
(fala de Julia)

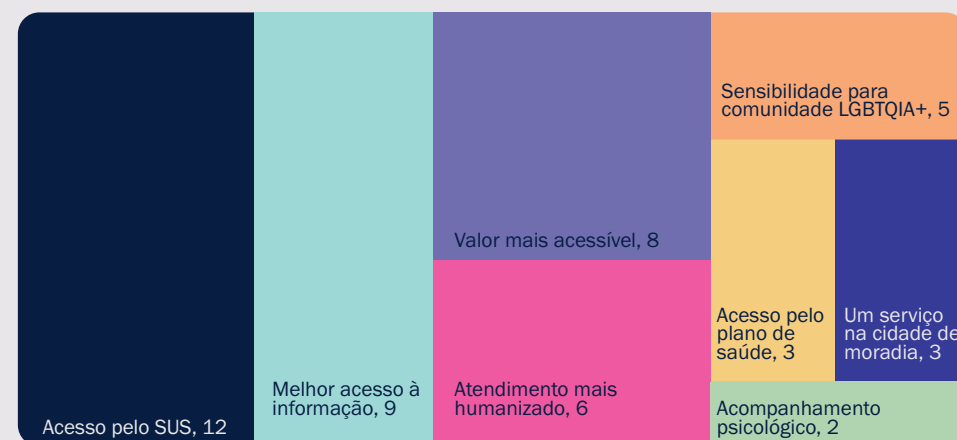
Outro ponto bastante sublinhado pelas mães lésbicas e bissexuais em relacionamentos com mulheres envolveu a licença maternidade. As mulheres mães que não gestaram tendem a conseguir uma licença equivalente à paternidade, inclusive quando têm projetos de amamentação. Esse foi o caso de Julia. Para ela, o tempo de uma licença paternidade, em média de quatro semanas, é muito escasso para cuidar de um recém-nascido. Márcia ainda refletiu sobre como grupos de mulheres em relações de maternagem com outras mulheres têm se organizado em torno da dupla licença maternidade ou da licença parental ampliada para o casal, no sentido de garantir um cuidado de fato partilhado.

O tempo de licença paternidade ser reduzido é, da mesma forma, um problema para casais heterossexuais, nas opiniões de Márcia, Julia, Beatriz e Luiza. Ao mesmo tempo, Julia e Márcia argumentam que não se vê um movimento articulado tão forte de pais questionando tal processo. De todo modo, para elas, o debate sobre uma licença ampliada é fundamental para pensar a criação de filhos de forma que sobrecarregue menos a pessoa que pariu. Todas tiveram dificuldades com tal processo, seja atuando no serviço privado, público ou mesmo no sistema ONU. No universo das que responderam ao questionário, das sete mulheres lésbicas ou bissexuais que tiveram filhos com a RA, apenas duas conseguiram licença maternidade para as duas mães.

O que teria tornado a sua experiência melhor?

Perguntamos a todas as pessoas que responderam ao questionário, o que teria tornado a experiência delas com a RA melhor. Uma pergunta aberta, que poderia incorporar múltiplas indicações. Doze menções foram feitas sobre a inclusão do acesso pelo SUS, nove sobre um melhor acesso à informação, oito sobre um valor mais acessível, seis sobre um atendimento mais humanizado, cinco sobre a sensibilidade para a comunidade LGBTQIA+, três sobre o acesso pelo plano de saúde e três sobre um serviço perto da cidade de moradia. Ainda duas menções explicitamente falaram sobre o acompanhamento psicológico.

Gráfico 9 – O que teria tornado a experiência com a Reprodução Assistida melhor, em ordem de importância das menções



Fonte: Elaboração própria

Luana refletiu sobre como uma equipe multidisciplinar seria importante para prestar um atendimento mais humanizado, com acompanhamento psicológico e com mais acesso à informação. Para ela, contudo, isso teria um custo excessivo no sistema privado. O custo alto aparece como um problema para o qual as entrevistadas apontam diferentes soluções, desde melhores critérios e transparência sobre os preços, até a cobertura parcial ou integral por planos de saúde e a possibilidade de ter o serviço no SUS.

Em termos do acesso à informação, Manuela fez uma reflexão sobre a importância que teria a criação de um site feito pelo Ministério da Saúde ou pelas Secretarias de Saúde com informações confiáveis sobre as tecnologias de RA, como elas podem ser utilizadas e onde encontrá-las.

Julia e Mirela se ressentem de não terem conseguido fazer seu atendimento pelo SUS, como planejaram por tanto tempo. Para elas, para que a RA seja de fato acessível, ela precisa ser incluída no SUS, opinião compartilhada por quase todas as mulheres entrevistadas. Rosana insiste que, mesmo que o SUS não consiga oferecer a FIV para todas as pessoas, já que é um tratamento caro, seria fundamental que ele apoiasse no processo de diagnóstico da infertilidade, orientando a pessoa na melhor decisão que poderia tomar sobre seu corpo e processo. Para Ester, contudo, é preciso ir além do diagnóstico, porque só definir o que a pessoa tem sem oferecer um apoio pode gerar muito sofrimento; é preciso garantir o tratamento.

Algumas mulheres sublinharam como a prática contemporânea de adiar o momento de ter filhos pode ser complicada. Por um lado, a possibilidade de contracepção e adiamento é uma conquista, especialmente para garantir condições emocionais, financeiras e seguir ambições profissionais. Contudo, isso pode impossibilitar uma gravidez numa idade mais avançada. E, poucas vezes, há uma atenção integrada que apoie os projetos de concepção de diferentes pessoas. Para Manuela, falta uma perspectiva mais integrada para a saúde reprodutiva que apoie casais, pessoas e famílias no planejamento reprodutivo.

Manuela, inclusive, nos explica como, em seu caso, a falta de uma visão integrada toma uma dimensão ainda mais grave. Ela é uma assentada rural vivendo em uma comunidade tradicional. O interesse da comunidade é permanecer no território e sobreviver. Contudo, por diversos processos históricos e de disputa territorial, a comunidade tem diminuído, como é o caso de populações ribeirinhas, povos indígenas e quilombolas, por exemplo. As políticas de contracepção têm chegado nesses espaços e com efeitos positivos na opinião de Manuela, mas, por outro lado, elas podem diminuir a possibilidade de ter filhos e de, conseqüentemente, dar continuidade à comunidade. E, nesse caso, não há nenhuma tecnologia de RA disponível de fato para apoiar tal adiamento ou remediar a dificuldade de concepção. **Nessa perspectiva, o acesso restrito à RA, da forma como se configura no país, reforça e produz iniquidades do processo reprodutivo.**

“Aqui na comunidade, a gente tem acesso a formas de esperar e atrasar esse projeto de engravidar. Mas eu acredito que seja uma faca de dois gumes, porque não é só a questão de vou deixar para depois, é também: é agora ou nunca. Porque além da questão financeira, tem a questão da saúde feminina que não é vista de uma forma realmente integral pelas políticas públicas da nossa região. Se eu deixar para depois, eu não vou ter como, entendeu? Hoje em dia se fala muito em necropolítica, o deixar morrer, fazer morrer, mas acho que hoje em dia tem isso de não deixar nem nascer. Porque a gente tem muito acesso a anticoncepcionais, contraceptivos e tudo, mas quando as mulheres decidem que vão gestar - e eu falo principalmente no contexto de comunidades rurais e tradicionais - não vai ter como, porque não é tão fácil de fazer. Precisa de um suporte que o sistema não está pronto para oferecer. Então, quando eu tiver o suporte financeiro e emocional para gestar, eu não vou poder porque isso não vai estar ao meu alcance, sabe? Eu não vou ter congelado meus óvulos ou ter tido um tratamento para fertilidade. E isso é muito complicado. A gente está falando de uma coisa que a gente só vai ver o resultado depois de algumas décadas, principalmente se essas mulheres de comunidades tradicionais ficarem com problema para engravidar. E aqui já é uma comunidade que não é tão grande assim. É uma coisa bem complicada, é um controle populacional de uma população que a gente não quer que desapareça e talvez desapareça. Então, a gente tem que pensar nisso com cautela, com cuidado e pensando em um futuro que a gente quer que exista.”

(fala de Manuela)



Considerações finais

Podemos nos perguntar em que medida adiar o projeto de ter filhos é uma escolha individual. Foram anos de políticas para evitar gravidez na adolescência, políticas contraceptivas para evitar múltiplos filhos e políticas que pretendiam restringir o direito de pessoas LGBTQIA+ a constituir famílias e ter filhos. Além disso, o ritmo de trabalho contemporâneo exige de pessoas jovens um tipo de competitividade que dificilmente é conciliável com experimentar uma gravidez, parir e cuidar de filhos. Adiar a maternidade ou paternidade é um fenômeno social, coletivo, mas as consequências disso não são tomadas como uma questão pública, a ser discutida e pensada coletivamente.

Os motivos para se buscar as tecnologias de RA variam muito, o adiamento é uma questão, mas várias outras podem estar envolvidas, como, por exemplo, a prevenção da transmissão de IST, o acesso a um dos gametas ou, até, a possibilidade de fazer uma certidão de nascimento com o nome de duas mães. A RA pode também ser buscada de modo preventivo, para preservar gametas que podem estar ameaçados por uma doença como a endometriose ou por tratamentos hormonais ou, ainda, para auxiliar pessoas com problemas de infertilidade dos mais diversos tipos. Todas essas questões inserem a RA em um contexto de debate sobre direitos reprodutivos.

O acesso às tecnologias de RA, contudo, é bastante restrito. Não apenas no que se refere à FIV, mas também na procura pelo congelamento de gametas e na própria busca por exames que levem a um diagnóstico da situação específica da pessoa ou casal que não consegue engravidar. A grande maioria dos serviços são privados e estão no eixo Sul-Sudeste. Assim, da forma como o acesso é configurado, as tecnologias de RA acabam reproduzindo e produzindo iniquidades reprodutivas importantes. E, neste contexto, a RA só pode figurar como uma tecnologia que apoia a garantia de direitos reprodutivos se for tomada como uma questão de interesse público.

Para quem acessa a RA, ainda, a experiência pode ser desafiadora. Demanda-se um apoio mais qualificado de acolhimento, a humanização dos serviços e a oitiva atenta sobre as necessidades de quem passa pelo processo. Além disso, as especificidades dos diferentes públicos que podem acessar a RA não são difundidas de forma democrática entre os serviços, dificultando o acesso de casais homoafetivos e pessoas transgênero, por exemplo. Sem contar que os bancos de gametas são consideravelmente embranquecidos, dificultando o processo para pessoas não brancas.

Uma preocupação acerca da geração de embriões excedentes marca o debate sobre o projeto de lei com mais chance de aprovação acerca da RA no Brasil. O qual, se aprovado, tende a restringir ainda mais o acesso à RA, constituindo obstáculo para a garantia do direito a políticas de saúde que promovam o planejamento familiar de forma integrada, equitativa e acessível.



Recomendações

As recomendações foram elaboradas pela pesquisadora, em diálogo com a equipe do UNFPA, e incorporaram as contribuições dos participantes do evento de consulta com especialistas.

De forma geral para melhorar o acesso a uma saúde sexual e reprodutiva de forma equitativa no Brasil, os participantes chegaram a **duas recomendações principais no que tange aos aspectos formativos e educacionais.**

- Recomenda-se ao Ministério da Educação (MEC) e às universidades que fortaleçam as ações para diversificar o perfil do corpo docente que forma os profissionais de saúde no país. A maior diversidade do perfil docente pode impactar positivamente práticas de ensino e pesquisa que acrescentem novas perspectivas de atenção menos universalistas e ainda mais informadas por variáveis como raça, etnia, gênero e identidade de gênero e orientação sexual, que compõem de modo interseccional a demografia brasileira.
- Recomenda-se ao Ministério da Educação (MEC) maior direcionamento às universidades para que o processo de ensino-aprendizagem não ignore as políticas públicas em saúde nas formações de profissionais de saúde. Considerá-las no período formativo pode significar o desenvolvimento de profissionais que tenham condições de, uma vez conhecendo as políticas em vigor, não só contribuir para efetivá-las, mas avaliá-las criticamente, apontar desafios e gargalos, atuar para atualizá-las e para identificar aquelas ainda necessárias.

Recomendações para a Reprodução Assistida no Brasil

Para ministérios, secretarias e poder executivo

1. Composição de uma plataforma virtual com informações atualizadas e confiáveis sobre a RA, suas indicações, caminhos e possibilidades de acesso para diferentes públicos.
2. Revisão da atual política (normativas do Ministério da Saúde) que versa sobre a RA no país, hoje restrita a três segmentos populacionais (inférteis; pessoas vivendo com HIV/AIDS; pessoas com condições genéticas de não reprodução). Com isso, busca-se ampliar as pessoas beneficiárias e conjugar com outras políticas que também buscam acesso ampliado a este serviço. A partir dessa revisão, partir para a discussão sobre a implementação.
3. Produção de pesquisas governamentais para dimensionar as demandas por RA no Brasil a fim de ampliar a oferta e a política.
4. Fomento de um debate ampliado sobre as potencialidades da RA dentro de uma perspectiva integrada e interseccional no âmbito da saúde reprodutiva e do planejamento familiar, assegurando a participação de diferentes atores institucionais, como o Ministério da Saúde, Ministério das Mulheres e Ministério dos Direitos Humanos, sociedade civil organizada, sociedade de especialistas, pesquisadores, entre outros.
5. Avaliação e regulamentação de alternativas sobre o uso de bancos de esperma nos serviços públicos de RA, incluindo a possibilidade de convênios com iniciativa privada e outras modalidades de acesso. Discutir a Resolução-RE N 4.042, de 25 de outubro de 2023 (ANVISA), que concedeu habilitação para a Empresa Importadora de Células Germinativas, Tecidos Germinativos e Embriões Humanos, e perspectivas de facilitar a incorporação e utilização de gametas de terceiros por serviços de RA do SUS.
6. Ampliação de serviços públicos de oferta de RA para facilitar o acesso. Com o envelhecimento da população, é recomendável considerar esta variável para se antecipar e investir na RA como uma opção.
7. Inclusão de exames e procedimentos de RA no Rol dos planos de saúde. Rediscutir o inciso III, § 1º do art. 16 da RESOLUÇÃO Nº 211, DE 11 DE JANEIRO DE 2010, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, que inviabiliza o acesso às técnicas de RA permitindo que sejam excluídas da cobertura assistencial.
8. Implementação de políticas que garantam a preservação de gametas de pessoas trans que fazem uso de hormônios.

Para poder legislativo

1. Evitação da aprovação de leis que retrocedam o debate sobre RA no Brasil.
2. Facilitação do reconhecimento civil desburocratizado das parentalidades de diferentes arranjos LGBTQIA+.

Para sociedade civil, organizações não governamentais e organismos internacionais

1. Composição de cartilhas sobre as demandas de RA de diferentes grupos, realizadas a partir da oitiva atenta desses grupos, incluindo, por exemplo, as diferentes siglas da população LGBTQIA+, pessoas com deficiência, pessoas que vivem com HIV-AIDS e/ou outras IST, mulheres com mais de 35 anos, pessoas não brancas, pessoas de baixa renda, entre outras.
2. Composição de cartilhas sobre a humanização do atendimento em RA.
3. Fomento de um debate acerca dos critérios que devem incluir pessoas no acesso à RA pelo SUS, tendo-se em conta não apenas a potencial eficiência da tecnologia, mas o direito que diferentes grupos têm de acessá-la.
4. Advocacy no sentido de evitar a aprovação de leis que retrocedam o debate sobre RA no Brasil.

Para o setor privado – Saúde suplementar

1. Formulação de alternativas para baratear o acesso à RA, incluindo a possibilidade de mais clínicas privadas oferecerem atendimentos sociais como uma responsabilidade social do setor privado.
2. Inclusão de critérios atualizados sobre humanização do atendimento gerados por cartilhas produzidas a partir da perspectiva dos e das usuáries e constante avaliação destes critérios.
3. Financiamento de cartilhas que possam guiar a humanização e democratização do acesso à RA no setor.
4. Criação de protocolos de disponibilização de informações completas sobre os tratamentos, incluindo os custos totais prováveis, procedimentos e alternativas.

Anexos

ANEXO I - TABELA COMPARATIVA - RESOLUÇÕES CFM - PRINCÍPIOS GERAIS E PACIENTES-ALVO

	Ano da resolução							
	1992	2010	2013	2015	2017	2020	2021	2022
	Princípios gerais							
Para tratar o quê	Auxiliar na resolução dos problemas de infertilidade humana	Auxiliar na resolução dos problemas de reprodução humana				Auxiliar no processo de reprodução humana		
Seleção de sexo	Proibido (exceções são previstas)							
Idade máxima da mulher receptora	Sem limitação	50 anos	50 anos (podem ocorrer exceções a critério do médico responsável)					
Transferência embrionária	No máximo 4 embriões sem restrição de idade	No máximo 4 embriões com restrições por idade	No máximo 4 embriões com restrições por idade. Em caso de doação, a idade da doadora define o número de embriões a serem transferidos para a receptora				No máximo 3 embriões com restrições por idade. Em caso de doação, a idade da doadora define o número de embriões a serem transferidos para a receptora	
Redução fetal	Proibido							
	Pacientes-alvo das técnicas de Reprodução Assistida							
Público-alvo	Mulheres	Todas as pessoas capazes						
Estado civil	Estando casada ou em união estável, será necessária a aprovação do cônjuge ou do companheiro, após processo semelhante de consentimento informado	Não mencionado						
Homoafetivos/trans	Não mencionado	É permitido o uso das técnicas de RA para relacionamentos homoafetivos e pessoas solteiras, respeitando o direito da objeção de consciência do médico			É permitido o uso das técnicas de RA para heterossexuais, homoafetivos e transgêneros.		Não mencionado	
Homoafetivos femininos	Não mencionado		É permitida a gestação compartilhada em união homoafetiva feminina					

ANEXO II - TABELA COMPARATIVA - RESOLUÇÕES CFM - DOAÇÃO E CRIOPRESERVAÇÃO DE GAMETAS E EMBRIÕES

	Ano da resolução							
	1992	2010	2013	2015	2017	2020	2021	2022
	Doação de gametas e embriões							
Comercialização	Sem caráter lucrativo ou comercial							
Identificação	Anônima para doadores e receptores						Anônima, exceto na doação de gametas para parentesco de até quarto grau, de um dos receptores, desde que não incorra em consanguinidade	
Idade limite para a doação de gametas	Não mencionado		35 anos para a mulher e de 50 anos para o homem			37 anos para a mulher e de 45 anos para o homem		
Doação compartilhada	Não mencionado		Permitido					
Idade máxima da mulher receptora	Sem limitação		50 anos	50 anos (podem ocorrer exceções a critério do médico responsável)				
	Criopreservação de gametas e embriões							
Destido nos embriões	No momento da criopreservação, os cônjuges ou companheiros devem expressar sua vontade por escrito, quanto ao destino que será dado aos pré-embriões criopreservados, em caso de divórcio, doença grave ou de falecimento de um deles ou de ambos, e quando desejam doá-los							
	Embrião não pode ser descartado ou destruído	Os embriões criopreservados com mais de 5 anos poderão ser descartados se esta for a vontade dos pacientes		Os embriões criopreservados com mais de 5 anos poderão ser descartados se esta for a vontade dos pacientes	Os embriões criopreservados e abandonados por 3 anos ou mais poderão ser descartados		Os embriões criopreservados e abandonados por 3 anos ou mais poderão ser descartados, mediante autorização judicial	Não mencionado
	Não mencionado				Os embriões criopreservados e abandonados por 3 anos ou mais poderão ser descartados		Os embriões criopreservados e abandonados por 3 anos ou mais poderão ser descartados, mediante autorização judicial	Não mencionado

ANEXO III - TABELA COMPARATIVA - RESOLUÇÕES CFM - DOAÇÃO DE ÚTERO E POST-MORTEM

	Ano da resolução							
	1992	2010	2013	2015	2017	2020	2021	2022
	Doação de gametas e embriões							
	Sem caráter lucrativo ou comercial							
Cessão de útero	Permitido		Permitido, inclusive para casais homoafetivos				Permitido	
Grau de parentesco	Até o segundo grau da doadora genética		Até o quarto grau de um dos parceiros que compõem o casal. Demais casos sujeitos à autorização do Conselho Regional de Medicina.				Até o quarto grau de um dos parceiros que compõem o casal, desde que a cedente de útero tenha pelo menos um filho. Demais casos sujeitos à autorização do Conselho Regional de Medicina.	
Comercialização	Sem caráter lucrativo ou comercial							
	Post-Mortem							
Possibilidade	Não mencionado	Não é ilícito, desde que tenha autorização prévia do falecido	É possível, desde que tenha autorização prévia do falecido	É permitida, desde que tenha autorização prévia do falecido				

ANEXO IV - PROJETOS DE LEI RELACIONADOS À REPRODUÇÃO ASSISTIDA

	Projeto de lei				
	1184/2003	1135/2003	2061/2003	3696/2021	4892/2012 (vários PLs apensados)
Uso das técnicas de RA	Nos casos em que se verifique infertilidade e para a prevenção de doenças genéticas ligadas ao sexo.	Auxiliar na resolução dos problemas de infertilidade humana, facilitando o processo de procriação quando outras terapêuticas tenham sido ineficazes ou ineficientes.	Um dos componentes auxiliares na resolução dos problemas de infertilidade humana, através dos serviços de saúde, públicos e privados, como forma de facilitar o processo de procriação, quando outras terapêuticas tenham sido ineficazes ou ineficientes para solução da situação de infertilidade.	Poderão, a critério de pessoa solicitante, ser utilizadas como um dos componentes auxiliares na resolução dos problemas de infertilidade humana, através dos serviços de saúde, públicos e privados, como forma de facilitar o processo de procriação, não apenas para a solução de problemas de infertilidade.	Serão utilizadas apenas em caso de diagnóstico médico indicando o tratamento a fim de remediar a infertilidade ou esterilidade.
Destinado a	Mulheres ou casais	Mulheres ou casais	Todo homem e mulher – doador e receptor – capazes nos termos da lei, que tenham concordado de maneira livre e consciente em documento de consentimento informado.	A reprodução assistida é apresentada como uma possibilidade para qualquer pessoa maior de idade, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Independentemente de gênero ou orientação sexual, o programa mencionado no caput dará acesso a mulheres e homens, solteiros(as), lésbicas, bissexuais e transexuais, ficando vedado o impedimento do procedimento por estas características. Caso seja negado o serviço de Reprodução Assistida, no âmbito público ou privado, sendo que o critério de reprovação foi o de orientação sexual da pessoa solicitante, o responsável pelo serviço e o profissional que negou o atendimento respondem por crime de homofobia.	Pode se submeter ao tratamento de reprodução humana assistida qualquer pessoa maior de 18 anos, capaz, que, mediante manifestação inequívoca de sua vontade e por indicação médica, deseje ter um filho.

	Projeto de lei				
	1184/2003	1135/2003	2061/2003	3696/2021	4892/2012 (vários PLs apensados)
Gravidez de substituição	Proibida	Permitida, desde que exista um problema médico que impeça ou contra-indique a gestação na doadora genética.	Permitida, desde que exista um problema médico que impeça ou contra-indique a gestação na doadora genética.	Permitida, desde que exista um problema médico que impeça ou contra-indique a gestação na doadora genética, ou mesmo por solicitação do usuário do serviço.	A cessão temporária de útero é permitida para casos em que a indicação médica identifique qualquer fator de saúde que impeça ou contraindique a gestação por um dos cônjuges, companheiros ou pessoa que se submete ao tratamento.
Redução Fetal	Proibida	Proibida	S/I	S/I	Proibida
Congelamento de embriões	Restrita - implantação a fresco	Obrigatória para embriões excedentes	Permitido	S/I	Em caráter excepcional, caso haja a indicação médica de não se transferir imediatamente os embriões para a receptora, eles poderão ser criopreservados.
Limite de feitura de embriões	Até dois	Até três	Até quatro, podendo ser reduzido com a melhoria das técnicas	S/I	É vedada a produção de embriões supranumerários, entendidos como aqueles que excedem o número necessário à transferência em razão da idade da mulher. I - até dois embriões, em mulheres com até 35 anos; II - até três embriões, em mulheres entre 36 e 39 anos; III - até quatro embriões, em mulheres com 40 anos ou mais.

ANEXO V - Lista de clínicas e serviços de Reprodução Assistida no Brasil

Projeto de lei					
	1184/2003	1135/2003	2061/2003	3696/2021	4892/2012 (vários PLs apensados)
Acesso à identidade do doador	Permitido se solicitado pela criança ou representante legal	Não permitido, garantido apenas acesso a dados médicos	Não permitido, garantido apenas acesso a dados médicos	S/I	<p>O sigilo é garantido ao doador de gametas, salvaguardado o direito da pessoa nascida com utilização de material genético de doador de conhecer sua origem biológica, mediante autorização judicial, em caso de interesse relevante para garantir a preservação de sua vida, manutenção de sua saúde física ou higidez psicológica e em outros casos graves que, a critério do juiz, assim o sejam reconhecidos por sentença judicial.</p> <p>Parágrafo único. O mesmo direito é garantido ao doador em caso de risco para sua vida, saúde ou, a critério do juiz, por outro motivo relevante.</p>
Utilização póstuma	Caso seja autorizada previamente	Caso seja autorizada previamente	S/I	S/I	<p>É permitido o uso de material genético de qualquer pessoa, seja óvulo, espermatozoide ou embrião já formado, após a sua morte, desde que haja manifestação específica, em documento escrito, dado por ela em vida, para o uso do seu material biológico criopreservado.</p>
Observação					<p>É vedada a prática de "Confusão na Inseminação ou Fertilização Artificiais" na qual são misturados o material genético de um dos pretendidos genitores e o material genético de doador para suscitar dúvida quanto à origem biológica do ser concebido.</p>

Banco de dados	Clínica/Centro de saúde	Cidade	Estado	Email	Telefone	Site	Status
REDLARA	ANDROFERT - Clínica de Andrologia e Reprodução Humana SC Ltda	CAMPINAS	SP	contato@androfert.com.br	(19) 3295-8877	http://androfert.com.br/	Privado
ANVISA	Clínica ANA BARTMANN	RIBEIRÃO PRETO	SP	clinica@anabartmann.com.br	(16) 9 9745-4244	https://anabartmann.com.br/contato/	Privado
REDLARA	ANDROLAB - Clínica da Fertilidade	CURITIBA	PR	androlab@androlab.com.br	(41) 3352 2544	https://www.androlab.com.br/	Privado
ANVISA	ANDROSCIENCE	SÃO PAULO	SP	contato@androsceince.com.br	(11) 3073-0623	https://www.androsceince.com.br/	Privado
ANVISA	ART FÉRIL	RECIFE	PE	contato@artfertil.com.br	(81) 99517-6564	https://artfertil.com.br/contato/	Privado
ANVISA	ART REPRODUÇÃO HUMANA	SÃO PAULO	SP	contato@artmedicina.com.br	(11) 99723-2517	https://artmedicina.com.br/contato/	Privado
ANVISA	BANCO DE SÊMEN DO RIO DE JANEIRO	RIO DE JANEIRO	RJ	contato@bsrj.com.br	(21) 9721-50250	http://bsrj.com.br/portal/	Privado
ANVISA	BIOFERT- CENTRO DE REPRODUÇÃO HUMANA	VITÓRIA	ES	contato@clinicabiofert.com.br	(27) 3222-0866	https://www.clinicabiofert.com.br/index.php	Privado
ANVISA	BIOFERTIL	JOÃO PESSOA	PB		(83) 98882-7889	https://biofertil.med.br/	Privado
REDLARA	BIOS - Centro de Medicina Reprodutiva do Ceará	FORTALEZA	CE	administracao@bios.med.br	(85) 4012-6364	https://www.bios.med.br/	Privado
ANVISA	BIOS- CENTRO DE MEDICINA REPRODUTIVA	NATAL	RN		(84) 3231-1010	https://clinicabios.com.br/	Privado

Banco de dados	Clínica/Centro de saúde	Cidade	Estado	Email	Telefone	Site	Status
REDLARA	CEERH - Centro Especializado em Reprodução Humana	SÃO PAULO	SP	paulo@ceerh.com.br	(11) 3257-2758	https://ceerh.com.br/a-clinica/	Privado
ANVISA	CEFERP- CENTRO DE FERTILIDADE DE RIBEIRÃO PRETO	RIBEIRÃO PRETO	SP	ceferp@ceferp.com.br	(16) 3512-7942	https://ceferp.com.br/	Privado
REDLARA	Cegonha Medicina Reprodutiva	BELO HORIZONTE	MG	financeiro@cegonha.med.br	(31) 25342710	https://www.cegonha.med.br/programa-cegonha/	Privado
ANVISA	CÉLULA MATER	SÃO PAULO	SP	info@celulamater.com.br	(11) 3067-6700	https://celulamater.com.br/	Privado
REDLARA	CENAFERT - Centro de Medicina Reprodutiva	SALVADOR	BA	cenafert1@hotmail.com	(71) 3245-4009	https://cenafert.com.br/	Privado
ANVISA	CENTRO CATARINENSE DE REPRODUÇÃO HUMANA	JOINVILLE	SC				Privado
ANVISA	CENTRO DE FERTILIDADE	LONDRINA	PR		(41) 3362-9023	https://centrodefertilidade.com.br/	Privado
REDLARA	Centro de Fertilidade do Hospital Moinhos de Vento	PORTO ALEGRE	RS	CENTRO.FERTILIDADE@HMV.ORG.BR	(51) 3537-8476	https://www.hospitalmoinhos.org.br/institucional/servicos/fertilidade-e-reproducao-assistida	Privado
ANVISA	CENTRO DE MEDICINA DA REPRODUÇÃO	RIO DE JANEIRO	RJ		(21) 99184-7500		Privado
ANVISA	CENTRO DE PESQUISA E REPRODUÇÃO HUMANA NILO FRANTZ	PORTO ALEGRE	RS	clinica@nilofrantz.com.br	(51) 3328-4680	https://www.nilofrantz.com.br/	Privado
ANVISA	CENTRO DE REFERÊNCIA SAÚDE DA MULHER- HOSPITAL PEROLA BYINGTON	SÃO PAULO	SP		(11) 3367-3900		Público

Banco de dados	Clínica/Centro de saúde	Cidade	Estado	Email	Telefone	Site	Status
ANVISA	DR. GABRIELLA MACIEL COLLIER	RECIFE	PE	contato@dragabriella macielcollier.com.br	(81) 3037-2895	https://gabriellamacielcollier.com.br/	Privado
ANVISA	CENTRO DE REPRODUÇÃO HUMANA BRUNO BORN	LAJEADO	RS			https://www.hbb.com.br/crh/	Privado
ANVISA	CENTRO DE REPRODUÇÃO HUMANA CONCEPTION	CAXIAS DO SUL	RS		(54) 3534-8195	https://www.conceptionbr.com/	Privado
ANVISA	CENTRO DE REPRODUÇÃO HUMANA DE PERNAMBUCO	RECIFE	PE		(81) 99633-2292	https://crhpe.com.br/	Privado
ANVISA	CENTRO DE REPRODUÇÃO HUMANA DE PIRACICABA	PIRACICABA	SP		(19) 3447-3700	https://www.crhpc.com.br/	Privado
REDLARA	Centro de Reprodução Humana de Sao José do Rio Preto	SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	SP	atendimento@crhriopreto.com.br	(17) 3216-8662	https://www.crhriopreto.com.br/	Privado
ANVISA	CENTRO DE REPRODUÇÃO HUMANA DO AMAZÔNIA	MANAUS	AM	atendimento@crh.am	(92) 98200-5888	https://www.crh.am/	Privado
ANVISA	CENTRO DE REPRODUÇÃO HUMANA HMSJ	SÃO PAULO	SP	relacionamento@santajoana.com.br	(11) 94388-7059	https://santajoana.com.br/	Privado
REDLARA	Centro de Reprodução Humana Monteleone	SÃO PAULO	SP	pedro@monteleone.med.br	(11) 3050-0938 (11) 3884-0938 (11) 98703-0733 (11) 98766-0816	https://www.monteleone.med.br/	Privado

Banco de dados	Clínica/Centro de saúde	Cidade	Estado	Email	Telefone	Site	Status
REDLARA	Centro de Reprodução Humana Prof. Franco Junior	RIBEIRÃO PRETO	SP	crh@crh.com.br	(16) 3911-1100	https://www.crh.com.br/	Privado
ANVISA	CENTRO DE REPRODUÇÃO NASCER	BELÉM	PA		(91) 98712-0714	https://centronascer.com/	Privado
ANVISA	CENTRO INTEGRADO DA MULHER	MARINGÁ	PR	contato@centrointegradomulher.com	(44) 3218-8700	https://www.cimreproducaohumana.com.br/	Privado
ANVISA	CHEDIDI GRIECO MEDICINA REPRODUTIVA	SÃO PAULO	SP	contato@chedidgrieco.com.br	(11) 92000-3418	https://chedidgrieco.com.br/	Privado
ANVISA	CIN-NF	CAMPOS DOS GOYTACAZES	RJ		(22) 98135-4886	https://web.facebook.com/centrodeinfertilidadeemedicinafetal/	Privado
ANVISA	CITI HINODE	SÃO PAULO	SP		(11) 93005-9999	https://www.citihinode.com.br/	Privado
ANVISA	CLIFERT	ARACAJU	SE		(79) 3211-8658		Privado
ANVISA	CLÍNICA BEBÊ DE PROVETA	RIO DE JANEIRO	RJ		(21) 2597-3639		Privado
ANVISA	CLÍNICA BIAZOTTU-MEDICINA REPRODUTIVA	CAMPINAS	SP			https://www.biazotti.com/	Privado
REDLARA	Clínica de Fertilidade GEARE	RECIFE	PE	financeirogeare@gmail.com	(81) 3221-4074 (81) 3221-4117	https://redegeare.com.br/	Privado
ANVISA	CLÍNICA DE REPRODUÇÃO HUMANA DE PETROLINA	PETROLINA	PE		(87) 98825-6923	https://www.instagram.com/clinicadereproducaohumana/	Privado

Banco de dados	Clínica/Centro de saúde	Cidade	Estado	Email	Telefone	Site	Status
ANVISA	CLÍNICA DR. JOSÉ BENTO DE SOUZA	SÃO PAULO	SP		(11) 99219-2319	https://drjosebento.com.br/	Privado
ANVISA	CLÍNICA ENDOGIN	BAURU	SP		(84) 3346-6428	https://www.instagram.com/clinicaendogin/	Privado
ANVISA	CLÍNICA FERTBABY	BELO HORIZONTE	MG	contato@fertibaby.com.br	(31) 3335-9274	https://fertibaby.com.br/	Privado
ANVISA	CLÍNICA FERTILIS	SOROCABA	SP		(15) 98169-5699	https://fertilis.com.br/?gclid=CjwKCAjwT52mBhB5EiwA05YKoaWOLVzz4WbMnLFv7yLb96xao0qjFLCu98oiDQIG1i1oyuZADPxoCjKQAvD_BwE	Privado
ANVISA	CLÍNICA FERTMINAS	MURIAÉ	MG		(32) 3721-9594	https://clinicafertminas.com.br/	Privado
ANVISA	CLÍNICA GÊNESE	SALVADOR	BA		(71) 3352-1112	clinicagenese.com.br	Privado
ANVISA	CLÍNICA GERA	SÃO PAULO	SP	contato@clinicagera.com.br	(11) 94332-1144	https://clinicagera.com.br/	Privado
ANVISA	CLÍNICA GERA RESTAURAÇÃO DA FERTILIDADE	CAMPO GRANDE	MS	contato@labfiv.com.br	(67) 9 9895-0057	https://www.geracampogrande.com.br/	Privado
ANVISA	CLÍNICA GERAR VIDA	RIO DE JANEIRO	RJ	contato@clinicagerarvida.com.br	(21) 98420-1075	https://www.clinicagerarvida.com.br/	Privado
ANVISA	CLÍNICA IN VITRO	GOIÂNIA	GO	clinicainviro2@gmail.com	(62) 98411-6767	https://www.clinicainvirodegoiania.com.br/	Privado
ANVISA	CLÍNICA INTRO	CUIABÁ	MT	contato@clinicaintro.com.br	(65) 98168-2000	https://www.clinicaintro.com.br/	Privado

Banco de dados	Clínica/Centro de saúde	Cidade	Estado	Email	Telefone	Site	Status
ANVISA	CLÍNICA LA VITTA	MANAUS	AM	atendimentolavitta@gmail.com	(92) 3234-8890	https://lavittamanausam.com.br/	Privado
ANVISA	CLÍNICA MATRIX	RIBEIRÃO PRETO	SP	marcosmoura@clinicamatrix.com.br	(16) 3623-9060	http://clinicamatrix.com.br/	Privado
REDLARA	Clínica Origen - Rio de Janeiro	RIO DE JANEIRO	RJ	marcello.valle@origen-rio.com	(21) 2128-5351	https://origen.com.br/?fbclid=IwAR1eibVmxuAu8dYLFu8bQ7yefu2BzWfRrefDZNOV4wOwG73aEGiADKahmk	Privado
ANVISA	CLÍNICA PRIMORDIA	RIO DE JANEIRO	RJ		(21) 2247-0818	https://clinicaprimordia.com.br/	Privado
REDLARA	Clínica Progerar Saúde e Reprodução Humana LTDA	SÃO PAULO	SP	clinica.genesis@hotmail.com	(13) 3234-9696 (13) 3223-6569	https://www.clinicaprogerar.com.br/	Privado
REDLARA	Clínica Pró-Nascer	RIO DE JANEIRO	RJ	pronascer@pronascer.com.br	(21) 2493-7854	https://www.pronascer.com.br/	Privado
ANVISA	CLÍNICA SAFE	BELO HORIZONTE	MG		(31) 7181-6863	https://centroavancadoendometriose.com.br/nossahistoria/	Privado
ANVISA	CLÍNICA SESMA	RIBEIRÃO PRETO	SP		(16) 99797-9943	https://clnicasesima.com.br/clinica-de-reproducao-humana/	Privado
ANVISA	CLÍNICA VILARA	NOVA LIMA	MG	contato@clinicavilara.com.br	(31) 3228-8368		Privado
ANVISA	CLÍNICA VILARA VARGINHA	VARGINHA	MG	varginha@clinicavilara.com.br	(35) 3222-2752	https://www.clinicavilara.com.br/	Privado
REDLARA	CLINIFERT	FLORIANÓPOLIS	SC	contato@clinifert.com.br	(48) 3224-9117 (48) 3222-8780	https://clinifert.com.br/	Privado

Banco de dados	Clínica/Centro de saúde	Cidade	Estado	Email	Telefone	Site	Status
REDLARA	Conceber - Centro de Reprodução Humana	CURITIBA	PR	alessandro@clinicaconceber.com.br	(41) 3039-5556	https://www.clinicaconceber.com.br/	Privado
REDLARA	Conception Centro de Reprodução Humana	CAXIAS DO SUL	RS	atendimento@conceptionbr.com	(54) 3534-8195 (54) 3419-7151	https://www.conceptionbr.com/	Privado
REDLARA	CONCEPTUS - Centro de Reprodução Assistida do Ceará	FORTALEZA	CE	conceptus@clinicaconceptus.com.br	(85) 3261-0011 (85) 99931-003	https://clinicaconceptus.com.br/	Privado
ANVISA	CREAG- CENTRO DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA DE GUARAPUAVA	GUARAPUAVA	PR		(42) 3623-5656	https://creag.com.br/	Privado
ANVISA	CRH RIO PRETO	SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	SP		(17) 99142-2322	https://www.crhriopreto.com.br/	Privado
ANVISA	CRIOGENESIS	SÃO PAULO	SP		(11) 5536-9246	https://criogenesis.com.br/	Privado
ANVISA	CRIOVITA	ITAJAÍ	SC	contato@criovita.com.br	(47) 99790-1385	https://www.criovita.com.br/	Privado
REDLARA	Day Clinic Rio Sul	RIO DE JANEIRO	RJ	dale@clinicadale.com.br	(21) 2543-1355	http://clinicadale.com.br/	Privado
ANVISA	DNA FÉRTIL- CENTRO DE REPRODUÇÃO	NATAL	RN		(84) 9829-2726	https://dnafertil.com.br/	Privado
ANVISA	EMBRIOCARE	SÃO PAULO	SP			https://www.instagram.com/embriocaresp/?utm_medium=copy_link	Privado
REDLARA	Embrios Centro de Reprodução Humana Ltda	BENTO GONÇALVES	RS	embrios@embrios.com.br	(54) 3701-2214	https://embrios.com.br/	Privado

Banco de dados	Clínica/Centro de saúde	Cidade	Estado	Email	Telefone	Site	Status
ANVISA	EMBRYO- CENTRO DE REPRODUÇÃO HUMANA	CURITIBA	PR		(41) 3524-6461	https://www.embryo.med.br/web/	Privado
ANVISA	EMBRYO FETUS	SÃO PAULO	SP		(11) 95600-2313	https://www.doutorvicente.com.br/	Privado
REDLARA	Embryolife - Instituto de Medicina Reprodutiva	SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	SP	contato@embryolife.com	(12) 3923-2659	http://www.embryolife.com/	Privado
ANVISA	ENGRAVIDA	BRASÍLIA	DF		(11) 3821-7700	https://www.engravidacom.br/	Privado
ANVISA	ENGRAVIDA	RIO DE JANEIRO	RJ		(11) 3821-7700	https://www.engravidacom.br/	Privado
ANVISA	ENGRAVIDA	SÃO PAULO	SP		(11) 3821-7700	https://www.engravidacom.br/	Privado
ANVISA	EVA- CENTRO DE REPRODUÇÃO HUMANA	SÃO LUÍS	MA		(98) 3235-3949		Privado
ANVISA	ÉVE REPRODUÇÃO HUMANA	JUIZ DE FORA	MG	clinicaeve@clinicaeve.com.br	(32) 4009-4888	https://clinicaeve.com.br/	Privado
ANVISA	FECONDARE	FLORIANÓPOLIS	SC		(48) 3024-2523	https://fecondare.com.br/	Privado
REDLARA	Fecunda Reprodução humana Ltda	UBERLÂNDIA	MG	fecunda@clinicafecunda.com.br	(34) 3236-6248	https://www.clinicafecunda.com.br/	Privado
ANVISA	FECUNDAR- MEDICINA REPRODUTIVA	SINOP	MT	contato@clinicafecundar.com.br	(66) 9 9939-0230	https://clinicafecundar.com.br/	Privado

Banco de dados	Clínica/Centro de saúde	Cidade	Estado	Email	Telefone	Site	Status
REDLARA	Felicita Instituto de Fertilidade	CURITIBA	PR	contato@feliccita.com.br	(41) 3334-4443	https://feliccita.com.br/	Privado
ANVISA	FERT EMBRYO	PRESIDENTE PRUDENTE	SP	atendimento@fertembryomedreprodutiva.com.br	(18) 3222-1800	https://www.fertembryomedreprodutiva.com.br/	Privado
ANVISA	FERTBABY CEARÁ	FORTALEZA	CE		(85) 3182-8300	https://fertibabyceara.com.br/	Privado
ANVISA	FERTCLÍNICA	MARINGÁ	PR	fertclinica@fertclinica.com.br	(44) 3224-6964	https://www.fertclinica.com.br/	Privado
REDLARA	Fertibaby Medicina Reprodutiva	BELO HORIZONTE	MG	contato@fertibaby.com.br	(31) 3335-9274 (31) 99169-5644	http://fertibaby.com.br/	Privado
REDLARA	FERTICLIN - Clínica de Fertilidade Humana	SÃO PAULO	SP	contato@ferticlin.com.br	(11) 5581-2045	https://www.ferticlin.com.br/	Privado
ANVISA	FERTIL- CENTRO DE MEDICINA REPRODUTIVA E FERTILIDADE LTDA	RIO DE JANEIRO	RJ	contato@cenafert.com.br	(71) 3245-4009	https://cenafert.com.br/	Privado
REDLARA	Fertil Reprodução Humana	MONTES CLAROS	MG	orestesprudencio@hotmail.com	(38) 3222-0133	https://www.fertil.med.br/	Privado
REDLARA	Fértil Reprodução Humana	GOIÂNIA	GO	reproducao humana@fertile.com.br	(62) 3242-1931	https://fertilereproducaoahumana.com.br/	Privado
ANVISA	FERTILIDADE E VIDA	CAMPINAS	SP		(19) 99414-0098	https://fertilidadevida.com.br/?gclid=Cj0KCQjw2qKmBhCFARisAFy8buJshzaAwpaUpDIs9vmYwUOW1oXIVk1R4CQlKE6Kk9f909CBjP0aAqzjEALw_wcB	Privado

Banco de dados	Clínica/Centro de saúde	Cidade	Estado	Email	Telefone	Site	Status
ANVISA	FERTILITÁ	ARACAJU	SE		(79) 3211-5139	https://fertilita.com.br/	Privado
REDLARA	FERTILITAT - Centro de Medicina Reprodutiva	Porto Alegre	RS	fertilitat@fertilitat.com.br	(51) 33391142	http://www.fertilitat.com.br/	Privado
REDLARA	FERTILITY - Centro de Fertilização Assistida	São Paulo	SP	fertility@fertility.com.br	(11) 3018-8181	https://fertility.com.br/	Privado
ANVISA	FERTILITY CAMPO GRANDE	CAMPO GRANDE	MS	la@lalabassessoria.com	(11) 3018-8181	https://fertility.com.br/	Privado
ANVISA	FERTILITY-EMBRIOFERT	SÃO PAULO	SP	contato@proseed.com.br	(11) 9 8318-0033	https://proseed.com.br/	Privado
ANVISA	FERTILIZARE-MEDICINA REPRODUTIVA	VOLTA REDONDA	RJ		(24) 99246-4951	https://fertilizare.com.br/	Privado
REDLARA	Fertipraxis	Rio de Janeiro	RJ	marcacao deconsulta@fertipraxis.com.br	(21) 2430-9060	https://fertipraxis.com.br/	Privado
REDLARA	FERTIVITRO - Centro de Reprodução Humana	São Paulo	SP	fertivtro@fertivtro.com.br	(11) 5081-9600 (11) 96442-9600	https://fertivtro.com.br/	Privado
REDLARA	FertLiv Reprodução Assistida	Campo Grande	MS	laboratorio@fertliv.com.br	(67) 3327-3193	https://www.fertliv.com.br/	Privado
ANVISA	FERTVIDA LTDA	TERESINA	PI	agendamentos@fertvidaprime.com.br	(86) 3233-2210	https://www.fertvidaprime.com.br/	Privado
ANVISA	FERTVITA	BALNEÁRIO CAMBORIÚ	SC	contato@fervita.com.br	(47) 98837 2052	https://fervita.com.br/	Privado

Banco de dados	Clínica/Centro de saúde	Cidade	Estado	Email	Telefone	Site	Status
REDLARA	Fertway Reprodução Humana	Curitiba	PR	administracao@fertway.com.br	(41) 3026-2103	http://www.fertway.com.br/	Privado
ANVISA	FIV BRASÍLIA	BRASÍLIA	DF		(61) 9956-6375	https://www.instagram.com/fivbrasilja/	Privado
ANVISA	FIV MARÍLIA	MARÍLIA	SP		(14) 99902-2551	https://www.instagram.com/fiv_marilia/	Privado
REDLARA	FIVMED - Instituto de Reprodução Humana Ltda	Campinas	SP	contato@fivmed.com.br	(19) 3744-3646	https://www.fivmed.com.br/	Privado
ANVISA	FLEURY- CENTRO DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS AVANÇADOS	SÃO PAULO	SP	pesquisa.inovacao@grupofleury.com.br	(11) 3179 0822	https://www.fleury.com.br/	Privado
ANVISA	GAIA- CENTRO DE REPRODUÇÃO HUMANA	CRICIÚMA	SC	contato@clinicagaia.com.br	(48) 3045-5135	https://www.clinicagaia.com.br/	Privado
REDLARA	Generar - Reprodução Humana	Porto Alegre	RS	reproducao.humana@generar.com.br	(51) 3311-2149	https://www.generar.com.br/	Privado
REDLARA	GENESIS - Centro de Assistência em Reprodução Humana Ltda.	Brasília	DF	genesis@genesis.med.br	(61) 3345-8030	https://www.genesis.med.br/	Privado
REDLARA	GENESIS - Centro de Reprodução Humana	Passo Fundo	RS	adm@genesispf.com.br	(54) 3311-6599	https://genesispf.com.br/	Privado
ANVISA	GENICS	SÃO PAULO	SP	atendimento@clinicagenics.com.br	(11) 99312-1086	https://clinicagenics.com/tratamento-para-ensgravidar/?ecid=C0K0Q0w2aKmRbCfARIsAF8buikp02lpavs0FFUvN_ofJR2B0DwV4Y4o7aBys0yTPEr8emDPrakCsaAlZqEALw_wcR	Privado
REDLARA	Genics Medicina Reprodutiva e genômica	São Paulo	SP	atendimento@clinicagenics.com.br	(11) 5052-1409	https://clinicagenics.com/	Privado

Banco de dados	Clínica/Centro de saúde	Cidade	Estado	Email	Telefone	Site	Status
REDLARA	GERA - Grupo de Endoscopia e Reprodução Assistida	São Paulo	SP	embriologistasgera@gmail.com	(11) 3266-7976	https://clinicagera.com.br/	Privado
REDLARA	Gerar Vida Centro de Reprodução Humana	Rio de Janeiro	RJ	clinicagerarvida@gmail.com	(21) 2442-8004 (21) 3153-1098	https://www.clinicagerarvida.com.br/	Privado
ANVISA	GERARE-REPRODUÇÃO HUMANA	PALMAS	TO	clinicagerarepalmas@gmail.com	(63) 3214-5500	https://gerare.com.br/	Privado
ANVISA	GERARTE- CLÍNICA DE REPRODUÇÃO HUMANA	PASSO FUNDO	RS	atendimento@genesispf.com.br	(54) 3311-6599	https://genesispf.com.br/?gclid=Ci0KCOIw2qKmbhCFARIsAFv8buKpJlJdDC-HxFlh5Zbu6033rJFcWHFa8c1_KDPr09X2LZOPIH6NsisaAu3NEALw-wcB	Privado
ANVISA	HASSAN CENTRO DE REPRODUÇÃO HUMANA	PENÁPOLIS	SP	contato@crhwahibhassan.com.br	(18) 99708 5368	https://crhwahibhassan.com.br/	Privado
ANVISA	HERMES PARDINI-CRIOVIDA BANCO DE SEMEN	BELO HORIZONTE	MG		(31) 3228 6200	https://www.hermespardini.com.br/	Privado
ANVISA	HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP	SÃO PAULO	SP		(11) 2661-0000	https://www.instagram.com/hospitalhcfmusp/	Público
ANVISA	HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG	BELO HORIZONTE	MG		(31) 3307-9300	https://www.instagram.com/hcufmg/	Público
ANVISA	HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIAS	GOIÂNIA	GO		(62) 3269-8200		Público
ANVISA	HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	RS	secretariageral@hcpa.edu.br		https://www.hcpa.edu.br/	Público

Banco de dados	Clínica/Centro de saúde	Cidade	Estado	Email	Telefone	Site	Status
REDLARA	Hospital das Clínicas Ribeirão Preto	Ribeirão Preto	SP	reproduc@fmrp.usp.br	(16) 3602-2815 (16) 3602-2816	http://www.hcrp.fmrp.usp.br/sitehc/	Público
ANVISA	HOSPITAL FEMINA	PORTO ALEGRE	RS	contato@femina.com.br	(65) 2128 9000	https://femina.com.br/	Público
ANVISA	HOSPITAL MATER DEI	BELO HORIZONTE	MG	jaqueline.mata@linkcomunicacao.com.br	(31) 99808-1371	https://www.materdei.com.br/	Privado
ANVISA	HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA- HMIB	BRASÍLIA	DF	hmib.reproducao@gmail.com	(61) 2017-1604	https://www.saude.df.gov.br/reproducao-humana/	Público
ANVISA	HOSPITAL SÃO PAULO	SÃO PAULO	SP	ouvidoria@huhsp.org.br	(11) 5576-4522	https://www.hospitalsaopaulo.org.br/index.html	Público
ANVISA	HOSPITAL SÍRIO LIBANÉS	SÃO PAULO	SP		(11) 3394-0222		Privado
REDLARA	Humana Medicina Reprodutiva	Goiânia	GO	contatohumanamr@gmail.com	(62) 3281-1101 (62) 3946-9050	https://humanamedicina-reprodutiva.com.br/	Privado
REDLARA	Huntington - Centro de Medicina Reprodutiva - Santa Joana	São Paulo	SP	jalegretti@huntington.com.br	(11) 5573-3015	https://www.huntington.com.br/	Privado
REDLARA	Huntington - Centro de Medicina Reprodutiva - Unidade Ibirapuera	São Paulo	SP	jalegretti@huntington.com.br	(11) 3059-6100	https://www.huntington.com.br/	Privado
REDLARA	Huntington - Centro de Medicina Reprodutiva - Vila Mariana	São Paulo	SP	jalegretti@huntington.com.br	(11) 3059-6100	https://www.huntington.com.br/	Privado
REDLARA	Huntington Brasília	Brasília	DF	embriologia-brasilia@huntington.com.br	(61) 3248-0101	https://www.huntington.com.br/	Privado

Banco de dados	Clínica/Centro de saúde	Cidade	Estado	Email	Telefone	Site	Status
REDLARA	Huntington Pró-Criar Medicina Reprodutiva	Belo Horizonte	MG	contato.bh@procriar.com.br	(31) 3292-5299	https://www.procriar.com.br/	Privado
ANVISA	HVM- ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR MOINHOS DE VENTO	PORTO ALEGRE	RS	ouvidoria@hmv.org.br	(51) 3314-3300	https://www.hospitalmoinhos.org.br/institucional	Privado
ANVISA	IBRA- INSTITUTO BRASILEIRO DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA	BELO HORIZONTE	MG		(31) 40420121	https://ibra.com.br/	Privado
ANVISA	IMIP	RECIFE	PE	ouvidoria@imip.org.br	(81) 2122-4160	https://imip.org.br/	Público
REDLARA	imr - instituto de medicina reprodutiva e fetal	São José do Rio Preto	SP	imr@imrfetal.com.br	(17) 3211-6500		Privado
ANVISA	IN VITRO- JUIZ DE FORA	JUIZ DE FORA	MG		(32) 98723-1020		Privado
REDLARA	Insemine Centro de Reprodução Humana	Porto Alegre	RS	contato@insemine.com	(51) 3331-1388 (51) 99397-6504	https://insemine.com/	Privado
ANVISA	INSTITUTO DE REPRODUÇÃO HUMANA	CAMPINAS	SP	contato@drdanielfaundes.com.br	(19) 3743-3232	https://www.drdanielfaundes.com.br/	Privado
ANVISA	INSTITUTO DE REPRODUÇÃO HUMANA INVITRO- PONTE NOVA	PONTE NOVA	MG	invitroj@invitro.med.br	(31) 3817-4384	https://gerarinvitro.com.br/?fbclid=IwAR0rs1CGUpcl2SrlwzCEhZ9KnMsrcMbbG YmJKXlpicg5n4W9IM-6mrGKcTE	Privado
REDLARA	Instituto Ideia Fertil de Saúde Reprodutiva - Unidade Santo André	Santo André	SP	administrativo@ideiafertil.com.br	(11) 4433-2830	https://www.ideiafertil.com.br/	Privado
REDLARA	Instituto Ideia Fertil de Saúde Reprodutiva - Unidade São Paulo	São Paulo	SP	fernanda.sannicandro@ideiafertil.com.br	(11) 31920901	https://www.ideiafertil.com.br/	Privado

Banco de dados	Clínica/Centro de saúde	Cidade	Estado	Email	Telefone	Site	Status
REDLARA	Instituto Verhum	Brasília	DF	financeiro@verhum.com.br	(61) 3365-4545	https://verhum.com.br/	Privado
ANVISA	INVENTRE CENTRO AVANÇADO DE MEDICINA REPRODUTIVA	SANTO ANDRÉ	SP	contato@inventre.com.br	(11) 4427-9917	https://www.inventre.com.br/	Privado
ANVISA	IVI SALVADOR MEDICINA REPRODUTIVA	SALVADOR	BA		(71) 99188-0336	https://ivi.net.br/agendar-consulta/	Privado
REDLARA	Jules White Medicina Reprodutiva	Vitória	ES	juleswhite@juleswhite.com.br	(27) 2104-6200	https://www.juleswhite.com.br/	Privado
ANVISA	LA VIE	UBERABA	MG		(34) 3325-6900	https://www.lavieclinica.com.br/la-vie/	Privado
ANVISA	LAB FOR LIFE	SÃO PAULO	SP	gerencia@labforlife.com.br	(11) 97597-4061	https://labforlife.com.br/	Privado
REDLARA	Life Reprodução Humana	Cuiabá	MT	life@lifecuiaba.com.br	(65) 3052-4001	http://www.lifecuiaba.com.br/	Privado
ANVISA	LIFESARCH	BELO HORIZONTE	MG	contato@lifearch.com.br	(31) 3273-3888	https://www.lifearch.com.br/	Privado
ANVISA	MATER LAB	SÃO PAULO	SP		(11) 5056-5900	https://materlab.com.br/	Privado
ANVISA	MATERNIDADE ESCOLA JANUÁRIO CICCIO	NATAL	RN		(84) 3215-5969	https://www.instagram.com/mejcoficial/	Público
ANVISA	MOGIINVITRO- REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA	MOGI DAS CRUZES	SP	contato@mogiinvitro.com.br	(11) 94702-3892	http://invitro.com.br/	Privado

Banco de dados	Clínica/Centro de saúde	Cidade	Estado	Email	Telefone	Site	Status
ANVISA	MONTELEONE MÉDICOS ASSOCIADOS	SÃO PAULO	SP		(11) 98766-0816	https://www.monteleone.med.br/	Privado
REDLARA	NASCER Medicina Reprodutiva	RECIFE	PE	sebastiaoteixeira@clinicanascer.com.br	(81) 3036-6320 (81) 9960-5723	https://www.clinicanascer.com.br/	Privado
REDLARA	Nidus Medicina Reprodutiva	JUIZ DE FORA	MG	administrativo@clanicnidus.com.br	(32) 32165092	https://clanicnidus.com.br/	Privado
REDLARA	Nilo Frantz Medicina Reprodutiva	PORTO ALEGRE	RS	clinica@nilofrantz.com.br	(51) 3328-4680	https://www.nilofrantz.com.br/	Privado
ANVISA	NÚCLEO SANTISTA DE REPRODUÇÃO HUMANA	SANTOS	SP		(13) 3273-2693	http://reproducaohumana.santos.com.br/	Privado
REDLARA	Origen - Centro de Medicina Reprodutiva	BELO HORIZONTE	MG	administracao@origen.com.br	(31) 2102-6363	https://origen.com.br/	Privado
REDLARA	Originare - Centro de Reprodução Humana	SÃO PAULO	SP	gestao@originare.com.br	(11) 3709-0900	https://originare.com.br/	Privado
ANVISA	PERFETTO REPRODUÇÃO HUMANA	GOIÂNIA	GO	contato@perffettoreproducao.com.br	(62) 3773-2915	https://perffettoreproducao.com.br/	Privado
REDLARA	Primordia Medicina Reprodutiva	RIO DE JANEIRO	RJ	isaac@clinicaprimordia.com.br	(21) 2247-0818	https://clinicaprimordia.com.br/	Privado
ANVISA	PRO FERTIL- CENTRO DE MEDICINA REPRODUTIVA	NITERÓI	RJ	atendimento@profertil.com.br	(21) 98440-3869	https://profertil.com.br/?gclid=CjwKCAjw_aemBhBLFiwAT98FMijyBoAOrpz00cUauukz06r5aBUeOiu-eiXHvGZlhoCdJ4QAvD_BwE	Privado

Banco de dados	Clínica/Centro de saúde	Cidade	Estado	Email	Telefone	Site	Status
REDLARA	PROCRIAR - Centro de medicina reprodutiva e diagnósticos LTDA	BLUMENAU	SC	prociar.adm@gmail.com	(47) 3035-7674	https://www.prociarmrd.com.br/	Privado
ANVISA	PROGENESE	PATO BRANCO	PR		(46) 3220-2969	http://clinicaprogenese.com.br/index.php	Privado
ANVISA	PROJETO ALFA	SÃO PAULO	SP		(11) 97566-7809	https://www.projetoalfa.com.br/	Privado
ANVISA	PRONATUS	BELÉM	PA	contato@clinicapronatus.com.br	(91) 97400-1612	https://www.clinicapronatus.com.br/	Privado
ANVISA	PRO-SEED BANCO DE SÊMEN	SÃO PAULO	SP	contato@proseed.com.br	(11) 97127-8576	https://proseed.com.br/	Privado
REDLARA	Proser - Clínica de Fertilidade e Reprodução Assistida	PORTO ALEGRE	RS	atendimento@clinicaproser.com.br	(51) 3398-4980	https://clinicaproser.com.br/	Privado
ANVISA	PROVISÃO HOSPITAL DE OLHOS DE MARINGÁ E MATER BABY	MARINGÁ	PR		(44) 9-9164-8577	https://www.hospitalprovisao.com.br/	Privado
ANVISA	REPRODUCE	SOROCABA	SP	contato@reproduce.com.br	(15) 3141-5326	https://reproduce.com.br/	Privado
ANVISA	REPRODUCTION	PRESIDENTE PRUDENTE	SP	reproduction.reproduction@hotmail.com	(18) 98115-4174	https://www.reproduction.com.br/	Privado
ANVISA	REPRODUH- REPRODUÇÃO HUMANA	AVARÉ	SP	duvidas@reproduh.com	(14) 9-9656-3492	https://www.reproduh.com/	Privado
REDLARA	Reproferty - Centro de Reprodução Humana- Saúde da Mulher e Saúde do Homem	SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	SP	luana@reproferty.com.br	(12) 3941-5199	https://reproferty.com.br/	Privado

Banco de dados	Clínica/Centro de saúde	Cidade	Estado	Email	Telefone	Site	Status
ANVISA	SATIS	JOINVILLE	SC	satis@satis.ind.br	(34) 3664-4716	https://www.satis.ind.br/home	Privado
ANVISA	SEGIR	PORTO ALEGRE	RS	segir@segir.com.br	(51) 3222-5410	https://segir.com.br/	Privado
ANVISA	SEMEAR FERTILIDADE	RIBEIRÃO PRETO	SP	atendimento@semearfertilidade.com	(16) 3234-4020	https://www.semearfertilidade.com/	Privado
REDLARA	Serviço de Reprodução Humana do Hospital e Maternidade Santa Joana	São Paulo	SP	embriologia@reproducaoohmsj.com.br	(11) 5573-3015	www.hmsj.com.br	Privado
ANVISA	SHILOH SERVIÇOS DE REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA	SÃO PAULO	SP	atendimento@shilohfertilidade.com.br	(11) 99510-2630	https://clinchashiloh.com.br/	Privado
REDLARA	Suporte Vianett Administração B	Ribeirão Preto	SP	ludson@vianett.com.br	(16) 32374412	https://vianett.com.br/	Privado
ANVISA	UNIFERT	VILA VELHA	ES		(27) 98884-4818	https://unifert.com.br/	Privado
REDLARA	Vida - Centro de Fertilidade	Rio de Janeiro	RJ	atendimento@vidafertil.com.br	(21) 2493-0748	https://vida.com.br/	Privado
ANVISA	VIDA FÉRTIL	PORTO ALEGRE	RS		(51) 3012-0447	https://centrovidafertil.com.br/	Privado
ANVISA	VITA REPRODUÇÃO HUMANA GINECOLOGIA CIRURGICA	UBERLÂNDIA	MG	clinicavitarh@gmail.com	(34) 9-9673-6888	http://www.clinicavita.med.br/	Privado

Lista de Siglas

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CFM – Conselho Federal de Medicina

FIV – Fertilização *in vitro*

ICSI – Injeção Intracitoplasmática de espermatozoides

IIA – Inseminação Intrauterina

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

LARCs – Métodos Reversíveis de Longa Duração

LGBTQIA+ – lésbicas, gays, bissexuais, trans e travestis, queers, intersexuais, assexuais e todas as demais existências de gêneros e sexualidades

MEC – Ministério da Educação

MS – Ministério da Saúde

PFL/CE – Democratas (antigo Partido da Frente Liberal)/Ceará

PL – Projeto de Lei

PL/ES – Partido Liberal/Espírito Santo

PODE/PR – Podemos/Paraná

PSD/SP – Partido Social Democrata/São Paulo

PSDB/CE – Partido da Social Democracia Brasileira/Ceará

PSDB/SP – Partido da Social Democracia Brasileira/São Paulo

PT/DF – Partido dos Trabalhadores/Distrito Federal

RA – Reprodução Assistida

REDLARA – Red Latinoamericana de Reproducción Asistida

ROPA – Recebimento de Óvulo da Parceira

SisEmbrio – Sistema de Informações sobre Embriões Congelados no País

STF – Supremo Tribunal Federal

STJ – Supremo Tribunal de Justiça

SUS – Sistema Único de Saúde

UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas

Lista de Figuras

Figura 1 – Uma linha do tempo da Reprodução Assistida

Figura 2 – Para que serve a Reprodução Assistida (de acordo com o Conselho Federal de Medicina)?

Figura 3 – Distribuição das clínicas de Reprodução Assistida entre Regiões e Estados da Federação, Brasil

Lista de Quadros

Quadro 1 – Técnicas de Reprodução Assistida e seus potenciais usos

Quadro 2 – Judicialização da Reprodução Assistida no Brasil

Quadro 3 – Comparação entre a quantidade de embriões congelados e ciclos de FIV iniciados (2012-2019)

Quadro 4 – Serviços Públicos de Reprodução Assistida no Brasil

Quadro 5 – Taxa de sucesso da FIV

Lista de Gráficos

Gráfico 1 – Distribuição de respostas por Estado

Gráficos 2 e 3 – Identidade de gênero e orientação sexual

Gráfico 4 – Raça/cor

Gráfico 5 – Renda

Gráficos 6 e 7 – Acesso à Reprodução Assistida e filhos

Gráfico 8 – Idade

Gráfico 9 – O que teria tornado a experiência com a Reprodução Assistida melhor, em ordem de importância das menções

Agradecimentos

O Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) no Brasil agradece as contribuições das e dos profissionais presentes no evento de consulta com especialistas, realizado em Brasília, no dia 06/11/2023.

Ana Lígia da Silva Sousa - Associação Brasileira de Enfermeiros Obstetras e Obstetizas (ABENFO DF)

Ana Lúcia Tiziano Sequeira -IFF/Fiocruz

Andressa Leite Saldanha - Gerência de Apoio à Saúde da Família - Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES DF)

Ariadne Ribeiro - UNAIDS

Bárbara Ferreira - Organon

Dan Kaio Lemos - Instituto Brasileiro de Transmasculinidades (IBRAT)

Daniel Canavese - Ministério dos Povos Indígenas

Daphne Rattner - Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNA)

Fabiane Souza Oliveira de Castro - Adolescentro Brasília

Heliana Hemetério - Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexos (ABGLT)

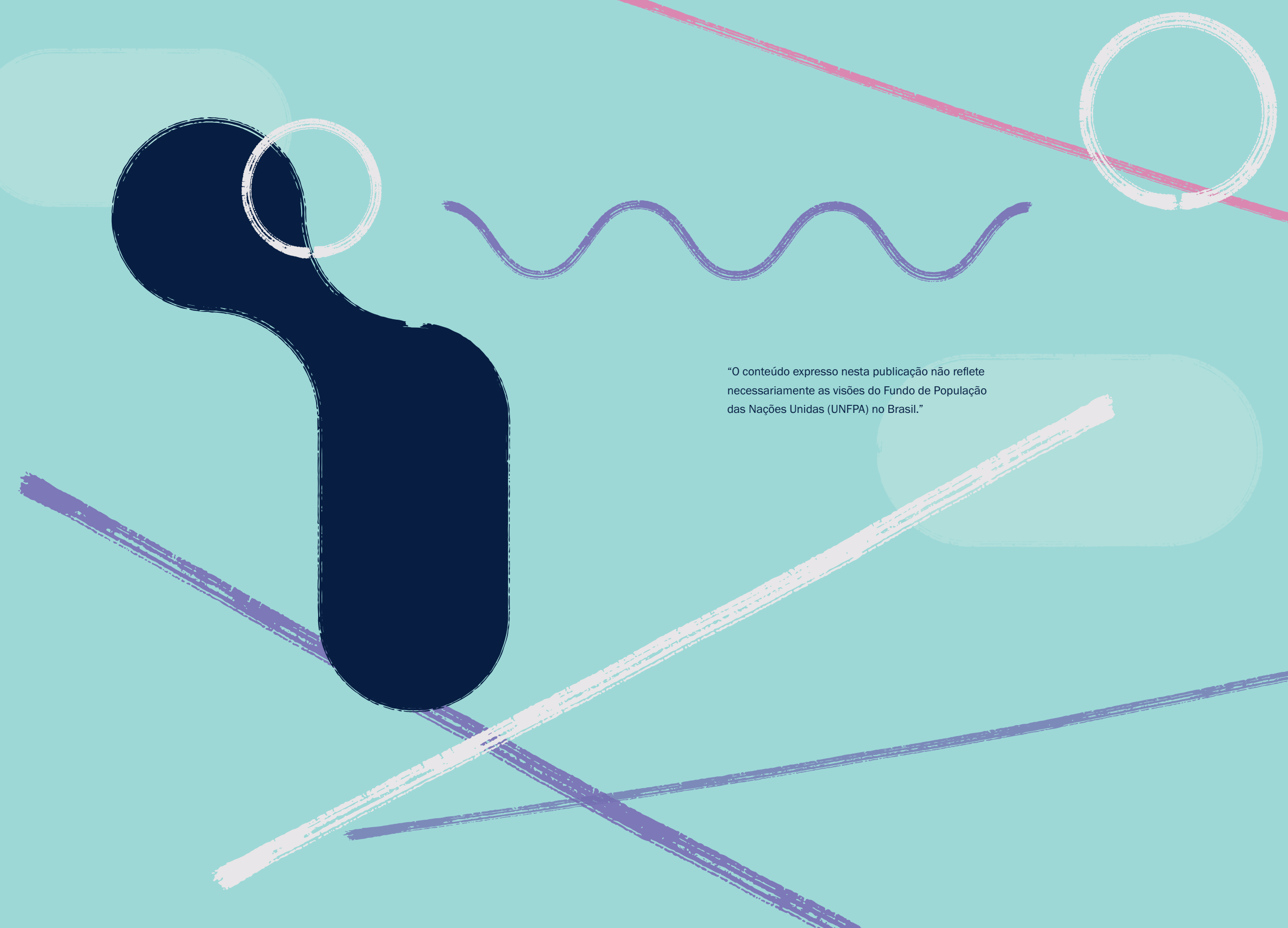
Magnus R. Dias da Silva - UNIFESP

Natalia Ivet Zavattiero Tierno - Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) - Serviço de Reprodução Humana

Renato Fraietta - UNIFESP

Ricardo Lourenço - Organon

Thiago Gehre Galvão - Comissão para os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (CNODS)

The background is a solid teal color. On the left, there is a large, thick, black brushstroke that forms a vertical, rounded shape. A white circle is drawn over the top part of this black shape. In the upper right corner, there is another white circle. A purple wavy line runs horizontally across the middle of the page. Several diagonal brushstrokes in purple and white cross the lower half of the page. A light teal rounded rectangle is positioned in the lower right area, containing the text.

“O conteúdo expresso nesta publicação não reflete necessariamente as visões do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) no Brasil.”

O estudo **Reprodução Assistida e direitos: panorama, desafios e recomendações para políticas públicas no Brasil** busca compreender a história e a situação da Reprodução Assistida no Brasil, quem tem acesso a tais tecnologias, quais são os serviços existentes e como é a experiência de diferentes grupos com eles.

O material apresenta as tecnologias de Reprodução Assistida, um panorama normativo da Reprodução Assistida no Brasil, um mapeamento das clínicas existentes no Brasil e América Latina, assim como experiências de pessoas que tentaram acessar ou acessaram tais tecnologias e serviços. Por fim, o documento traz recomendações para a ampliação equitativa do acesso à Reprodução Assistida no Brasil, visando contribuir para a garantia do direito ao planejamento reprodutivo no país.

Este estudo compõe a coletânea **Temas emergentes em saúde sexual e reprodutiva e direitos**, uma realização do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) no Brasil, com o apoio da Organon.

Realização:



Fundo de População
das Nações Unidas

Apoio:



Realização:



Fundo de População
das Nações Unidas

Apoio:



ISBN: 978-65-87917-11-5



9 786587 917115