Sumário executivo

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

Realização:
UNFPA
Fundo de População das Nações Unidas

Apoio:
ORGANON

Por que ampliar o acesso à Reprodução Assistida?

Na constituição de 1988, inciso sétimo do artigo 226, o Estado brasileiro prevê o planejamento familiar como um direito do cidadão, e a lei nº 9.263, de 1996, o regulamenta. Tal direito envolve o apoio de serviços de saúde no processo de concepção. Muitas pessoas e casais não conseguem engravidar por conta própria, seja por infertilidade ou por estarem em arranjos monoparentais ou não heterossexuais.

As tecnologias de Reprodução Assistida (RA) podem, nesse contexto, funcionar como dispositivos de garantia do direito constitucional ao planejamento familiar.

Trata-se de um conjunto de tecnologias da biomedicina que apoiam o processo de conseguir engravidar e gerar filhos. Contudo, o acesso às tecnologias de RA no Brasil é amplamente privado, restrito e desigual, acompanhado de uma lacuna normativa e financiamento público insuficiente.

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. Já a Fertilização in vitro (FIV) é uma tecnologia da década de 1970. 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 dos embriões, gerados em laboratório, no corpo de uma pessoa que possui útero com condições de gestar.

> *Graças a Deus que aqui a gente tem uma condição financeira que não inviabiliza nosso sonho. Infelizmente, para muita gente é assim."*

Esta frase, como as outras que você encontrará neste estudo, são extratos de depoimentos de pessoas que tentaram acessar ou acessaram tecnologias de RA, coletados para o estudo **Reprodução Assistida e direitos: panorama, desafios e recomendações para políticas públicas no Brasil**, realizado pelo Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) no Brasil, com apoio da Organon.

Diferente da usual centralidade de universidades públicas e do Sistema Único de Saúde (SUS) na pesquisa científica do país, a FIV chegou a partir da iniciativa privada. Em 1984, nasceu o primeiro bebê por FIV no Brasil e, desde então, a prática tem crescido.

Desde 2006, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) acompanha os embriões gerados por clínicas de RA, a partir do Sistema Nacional de Produção de Embriões (SisEmbrio). Os relatórios sugerem um crescimento no número de embriões congelados e ciclos de FIV iniciados:

2012
32 mil embriões congelados e
21 mil ciclos de FIV iniciados

2019
100 mil embriões congelados e
44 mil ciclos de FIV iniciados

Às vezes, quando a gente está atrás de informação na internet, a gente acaba se perguntando: será que isso faz parte da minha realidade, será que eu, uma mulher do interior, vou me meter a engravidar? Bate aquela sensação de que isso é inacessível, como se gestar fosse uma coisa para alguns."

No Brasil, existem
192 clínicas de RA
Sendo
181 (94%) privadas e
11 (6%) públicas*.

As clínicas estão concentradas no Sudeste e Sul. Somadas, essas regiões possuem 77,6% das clínicas (149). Há também uma centralização das instituições nas capitais, deixando o interior desatendido. O Norte possui apenas 5 clínicas, o menor número entre as regiões, seguido pelo Centro-Oeste, com 17 clínicas, 6 delas localizadas no Distrito Federal. O Nordeste possui 21 clínicas, 7 delas localizadas em Pernambuco.

Dos 11 serviços públicos, 5 estão no Sudeste, 4 deles no estado de São Paulo, sendo 3 na capital. Outros dois centros estão em Porto Alegre. Brasília, Goiânia, Natal e Pernambuco são os locais do restante dos serviços públicos. Sete deles estão alocados dentro de Hospitais Universitários.

O custo de um ciclo completo de FIV variava, em 2023, entre **R$ 15 mil** a **R$ 100 mil**, dependendo do número de tentativas, procedimentos e da localidade da clínica.

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 Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). 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, em vigor até a data desta publicação.

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.

*De acordo com os bancos de dados do SisEmbrio/ANVISA e da Red Latinoamericana de Reproducción Asistida (REDLARA).

É um funil. É meio desesperadora essa matemática."

Os dados da REDLARA são a principal fonte de informações sobre a relação entre iniciar um ciclo de RA e conseguir uma gravidez. De acordo com a instituição, a taxa de gravidez com FIV foi de 24,2% em 2019, na América Latina. Assim, mesmo com o acesso à técnica, é possível que a gravidez não aconteça na primeira tentativa e que o procedimento tenha que ser repetido.

Isso gera um custo emocional para as pessoas envolvidas e pode ainda gerar um custo financeiro não previsto. No estudo realizado pelo UNFPA, pessoas que acessaram ou tentaram acessar a RA, bem como profissionais que atuam na área, sublinharam a necessidade da humanização do serviço, de oferta de atendimento psicológico e de uma equipe multidisciplinar, capacitada para apoiar esse processo que frequentemente gera expectativas, esperas e frustrações.

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."

Renda e local de moradia não são os únicos critérios que restringem o acesso às tecnologias de RA, há, ainda, uma visão heteronormativa sobre quem pode ter filhos. No Brasil, não há uma legislação que regulamente a prática de RA, contudo, existem alguns projetos de lei em tramitação. Em um deles, os beneficiários das tecnologias são casais heterossexuais que, por quaisquer problemas de infertilidade, não poderiam realizar sua "potência natural" de ter filhos.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) regulamenta a prática dos médicos e clínicas de RA por meio de resoluções. A primeira delas, da década de 1990, definia como beneficiários apenas casais e mulheres com problemas de infertilidade. Apenas em 2010, a RA passou a ser entendida como possibilidade variada de auxiliar no processo de reprodução humana, tendo como beneficiárias todas as pessoas civilmente capazes. Mesmo com essa abertura, são poucos os serviços que atendem demandas específicas da população LGBTQIA+.

Outras barreiras são observadas. Em 2023, um dos únicos serviços públicos de RA do país estava sem convênio com um banco de sêmen, impossibilitando o acesso de casais de mulheres, de mulheres solteiras e de casais em que a produção de esperma é limitada.

Garantia do direito ao planejamento reprodutivo

Os motivos para se buscar as tecnologias de RA variam. O adiamento da vida reprodutiva é uma questão, mas várias outras podem estar envolvidas, 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.

Todas essas questões inserem a RA em um contexto de debate sobre direitos reprodutivos. E o acesso restrito à RA, da forma como se configura no país, não só não garante direitos, como reforça e produz iniquidades no acesso a eles.

Ampliar e qualificar o acesso às tecnologias de RA é chave para garantir universalmente direitos reprodutivos e reduzir iniquidades.

Para democratizar a RA, é necessário:

- Ampliar e regionalizar o acesso no SUS;
- Conhecer e atender demandas da população LGBTQIA+;
- Prevenir retrocessos no acesso;
- Inserir a RA dentro de uma perspectiva integrada e interseccional no âmbito da saúde reprodutiva e do planejamento familiar.

TEMAS EMERGENTES EM SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA E DIREITOS

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

Sumário executivo 2024

Confira a versão completa do estudo clicando aqui.

Realização:

UNFPA
Fundo de População das Nações Unidas

Apoio:

ORGANON