

**Reflexões sobre a universalidade e a equidade no acesso aos serviços de reprodução assistida no SUS.**

Bianca Alfano (UERJ)

Reprodução assistida; SUS; Acesso

ST 40 - Estado laico, sexualidade e políticas públicas

*Introdução*

Elaborada pelo campo da medicina reprodutiva, a Reprodução Assistida (RA) descreve um conjunto de técnicas conceptivas que possibilitam a manipulação, seleção, doação e congelamento de gametas, tais como a Inseminação Artificial (IA), a Fertilização *In Vitro* (FIV), a Injeção Intracitoplasmática de Espermatozóide (ICSI), entre outras. Estas técnicas substituem a relação sexual na reprodução biológica, sendo a fecundação um procedimento realizado pelo médico, com ou sem doação de material reprodutivo humano de terceiros (gametas, óvulos e espermatozoides, embriões já formados ou doação temporária de útero). Elas foram desenvolvidas para tratamento paliativo da *infertilidade humana* - dificuldade ou impossibilidade de procriar, segundo o modelo médico uma patologia identificável, subsistente a tratamentos anteriores.

Com todos os avanços e aperfeiçoamentos das novas tecnologias reprodutivas a partir dos anos 1980, aliados a uma ampla divulgação midiática e pequena repercussão acadêmica e feminista na época, o que antes era considerado uma condição social, contornada pela adoção de crianças, passou a ser definido por um diagnóstico médico com soluções controladas por conhecimentos e tecnologias especializadas da ciência (CORREA, 1997). Estas soluções, inicialmente criadas e utilizadas para auxiliar mulheres com disfunções tubárias a engravidar, passaram a ser indicadas a uma demanda cada vez mais diversificada, que vai desde casais estéreis até casais reconhecidamente férteis, mas com riscos de transmissão de doenças genéticas graves para seus filhos.

Pensando na medicina reprodutiva, as tecnologias serviriam para remediar ou curar a infertilidade, produzindo bebês. Mas pesquisas sobre as causas dessa *infertilidade* ou *baixa fertilidade* são pouco incentivadas. Além disso, as novas tecnologias reprodutivas têm sido procuradas não apenas em casos medicamente caracterizados como infertilidade, mas em quaisquer dificuldades de reprodução, com ou sem identificação de causa aparente, ou com causas multifatoriais.

No contexto contemporâneo de disseminação da RA, a *infertilidade* e as novas tecnologias reprodutivas tornaram-se o foco de reflexões importantes de nossa época, como no debate 1) sobre as possibilidades de transformações na parentalidade e nas relações familiares inerentes às novas

tecnologias reprodutivas, na medida em que seu uso poderia ser expandido a pessoas celibatárias, em relações homossexuais ou à maternidade tardia; 2) sobre as várias formas de dispor o material genético, como a doação de gametas e o congelamento de embriões; 3) sobre o direito da criança e quem deve arcar com os custos de tratamentos de infertilidade de alta tecnologia em segmentos desfavorecidos da população global; 4) sobre o poder da mídia de modelar expectativas e desejos reprodutivos, ao noticiarem primordialmente verdadeiros “milagres” reprodutivos; e 5) sobre a natureza do stress e de seus potenciais efeitos somáticos em nossas vidas, incluindo conseqüências reprodutivas adversas, entre outros debates.

O próprio conceito de *infertilidade* pode parecer arbitrário, definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela *American Society for Reproductive Medicine* como ausência de gravidez após um ano de tentativas através de relações heterossexuais regulares sem proteção. Nesta definição, não são consideradas variações regionais e subjetivas do que se entende por *infertilidade*, muito menos de como ela é experienciada. Não ficar grávida entre o primeiro ou segundo mês de casamento pode trazer grande desconforto para o casal ou mesmo o fim de um relacionamento se esta criança não é gerada em um ano de casamento. Ou ainda, o fato de ter apenas um ou poucos filhos pode ser considerado *infertilidade* em comunidades para as quais a “normalidade” é ter uma prole extensa, com mais de sete ou oito filhos. Em algumas sociedades, não gerar filhos homens pode ser socialmente equivalente a não ter filho nenhum (VAN BALEN E INHORN, 2002).

Para alguns críticos, a definição estritamente médica de infertilidade na RA desconsideraria perspectivas morais fundamentais à reprodução, como a preferência por filhos geneticamente vinculados aos genitores como condição para a realização reprodutiva ou os critérios de elegibilidade para o acesso ao tratamento. Tanto na visão médica, quanto numa perspectiva de direitos sexuais e reprodutivos ou de justiça distributiva, é difícil definir, *a priori*, o que efetivamente as tecnologias reprodutivas estariam solucionando, se uma “ausência involuntária de filhos” ou se uma “doença”, no sentido médico do termo. (CORREA, 1997, 2001; DINIZ, 2002).

A “ausência involuntária de filhos” nem sempre é sinônimo de “infertilidade” e, em geral, é justamente o “desejo por filhos” que inicia o ciclo de medicalização da infertilidade, pois só quando se *deseja* ter filhos é que a ausência de filhos torna-se uma ausência *involuntária* de filhos (CORREA, 1997). Este “desejo de filhos” independe de infertilidade; não surge apenas em mulheres casadas ou em união estável, como propõe grande parte dos protocolos clínicos. Pessoas com ou sem problemas médicos de *infertilidade*, celibatárias, mulheres e homens solteiros, com ou sem parceiros, ou homossexuais podem ter este desejo e procurar ter acesso às tecnologias reprodutivas, procriar sem

depender de intercuro sexual ou de um diagnóstico de doença, fazendo uso das doações de espermatozoides, óvulos, úteros ou de embriões.

Mas, mesmo sendo frágil e arbitrário o critério de *infertilidade* clínica, é ele que tem sido adotado e disseminado globalmente pela OMS como elegibilidade de acesso à RA, subestimando a verdadeira extensão do sofrimento causado pela ausência de filhos em mulheres e homens, escondendo perspectivas morais fundamentais à reprodução, como os valores sociais relacionados à fertilidade, à maternidade, à reprodução biológica e social, aos papéis de gênero, ao parentesco, à filiação, à família e mais recentemente à informação genética (DINIZ, 2002; VAN BALEN E INHORN, 2002).

### *Princípios Constitucionais para a Regulamentação ao Acesso à RA*

No Brasil, onde se preconiza a *universalidade* e a *equidade* como princípios norteadores das ações e serviços de saúde no país, a discussão sobre a regulamentação do acesso às tecnologias reprodutivas versa sobre concordâncias ou discordâncias dos projetos de lei aos princípios constitucionais e de direitos humanos adotados pelo Estado brasileiro. Sem a pretensão de esgotar a discussão, é importante conhecermos alguns destes princípios, a começar pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS, sustentado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e n.º 8.142/90, tem como finalidade expandir a cobertura de saúde à população, visando maior equidade e melhoria na eficiência, na qualidade e na satisfação dos usuários. Com o objetivo de alterar a desigualdade na assistência à Saúde dos brasileiros, o atendimento público tornou-se obrigatório a qualquer cidadão, tendo como alguns de seus princípios: a “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; [...] igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” (Lei 8.080/90, Título II, Capítulo II, Dos Princípios e Diretrizes, Art. 7º).

A saúde é um *direito da cidadania* e um *dever do Estado*, com a proposta de democratização e descentralização da saúde pelo SUS, sendo estabelecidas responsabilidades para as três esferas do governo (federal, estadual e municipal), além da participação do setor privado de forma complementar (por meio de prestação de serviço ao Estado quando este não é suficiente para garantir o atendimento a todos da região) e do controle social da própria população, através de conferências e de conselhos de saúde. Para que o acesso universal e igualitário possa ser garantido nas ações e serviços públicos de saúde, estes deveriam estar organizados como uma rede regionalizada e hierarquizada, com o

estabelecimento de níveis de atenção. Para isto, seriam necessários diferentes recursos tecnológicos existentes para a promoção, a proteção ou a recuperação da saúde nos diversos tipos de serviços de saúde. A defesa ao acesso universal e igualitário seria, então, referente a todos estes níveis de atenção do sistema de saúde, com a igualmente importante defesa de que em todos estes níveis haja uma articulação entre a lógica da prevenção e a da assistência. Deste modo, haveria sempre uma apreensão ampliada das necessidades de saúde (MATTOS, 2004).

Sabemos que persistem, na prática, exclusões e desigualdades no acesso a estes níveis de atenção do sistema de saúde no país, apesar dos princípios apresentados acima. No caso da reprodução humana assistida, esta desigualdade é agravada pela inexistência, até o momento, de uma regulamentação específica sobre RA no Brasil, que estivesse baseada nos preceitos do SUS e nos acordos internacionais de direitos fundamentais do indivíduo.

Existe o consenso, entre estudiosos do tema, de que as tecnologias reprodutivas não foram consideradas um problema a ser regulamentado pelo Direito brasileiro. No Brasil, estas tecnologias têm a Resolução 1.358/1992, do Conselho Federal de Medicina- CFM, elaborada 10 anos após o início de sua prática no país, como regulação que permanece pobre até os dias atuais, sem controle de licença para funcionamento das clínicas de RA, concentradas no setor privado, nem monitoramento sistemático de seus resultados.

Em nível parlamentar, foram encontrados quinze Projetos de Lei sobre reprodução assistida no país, em pesquisa realizada por Medeiros (2007) que, descartados os projetos arquivados e os não específicos sobre o tema, analisou no total seis PL's e a Portaria 426/05 do Ministério da Saúde (que institui no SUS a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida). Alguns pontos de preocupação foram destacados nesses projetos: 1. não fossem pequenas modificações, todos parecem ser cópias da resolução do CFM, transformando basicamente um normativo da categoria médica em Lei Federal; 2. existe uma aparente falta de clareza técnica por parte do legislador sobre o que está propondo; 3. o uso indiscriminado do termo *infertilidade* como critério de acesso às técnicas de reprodução assistida, possibilitando arbitrariedades e desigualdades, algumas expostas neste trabalho.

A presença de pessoas capacitadas a discutir o assunto, como médicos especialistas em bioética e reprodução assistida, por exemplo, é essencial para que as proposições legislativas sejam redigidas de maneira menos superficial e geral, sem reduzir o acesso à RA apenas a determinadas técnicas. Mas autorizar que apenas a palavra médica defina todo o processo de acesso às técnicas reprodutivas seria restringir as possibilidades de reflexão sobre o assunto, desconsiderando outros saberes importantes

para o entendimento de valores morais e sociais relacionados ao tema, sob o prisma dos Direitos Humanos.

Um outro ponto discutido pela autora é o fato de todos os documentos analisados trazerem, como beneficiários das técnicas de RA, as mulheres e/ou os casais inférteis. Vale ressaltar que a “permissão” ao acesso a mulheres solteiras, desde que “comprovadamente” inférteis, pode ser encarada como um pequeno esforço no reconhecimento da monoparentalidade, uma entidade familiar bastante comum em nossa sociedade contemporânea. Mas o fato de este mesmo acesso não estar disponível a homens solteiros ou a casais homossexuais revela, entre outros aspectos, que princípios constitucionais e de direitos humanos, como o respeito à igualdade, à diversidade e ao pluralismo, não estão sendo seguidos (RIOS, 2002), assim como direitos sexuais e reprodutivos estabelecidos na Lei de Planejamento Familiar. Negar o acesso às tecnologias reprodutivas a pessoas que não estão dentro de uma relação heterossexual, de casamento e/ou de união estável, seria o mesmo que comprometer o direito fundamental de formação familiar como uma livre escolha do indivíduo. A liberdade de procriação, com a decisão individual de ter ou não filhos, quantos, quando e como tê-los, é cerceada pelas restrições ao acesso às tecnologias reprodutivas.

#### *Reprodução assistida pelo SUS: outras dificuldades*

No que diz respeito à descentralização e ao controle social, são visíveis as mudanças ocorridas nessas quase duas décadas de SUS (MATTOS, 2004). Mesmo com relação ao acesso universal, já não existem barreiras formais que limitam seu acesso apenas por contribuintes da previdência social. No entanto, poderíamos abordar outras tantas barreiras, além das já analisadas aqui, que impedem pessoas de se beneficiarem de tecnologias reprodutivas no país, sem condições de arcar com tratamentos particulares de infertilidade. No Brasil, em 2004, apenas seis unidades de saúde pública ofereciam o tratamento de RA, segundo Dossiê da Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida – SBRA (Samrsla et al, 2007).

Estes autores realizaram estudo, em 2004, com 51 mulheres que aguardavam tratamento no Hospital Regional da Asa Sul (HRAS), hospital de referência da rede pública de saúde do Distrito Federal, em Brasília. Observaram que o tempo de espera pelo tratamento faz com que as mulheres avancem nas faixas etárias e corram o risco de ingressar no período de gravidez de risco, sem terem conseguido o tratamento. Sem informações corretas (ou nenhuma) sobre o tempo de espera pelo tratamento, agravado pela imprevisibilidade no repasse de medicamentos para a fertilização *in vitro* no SUS, suas expectativas em relação à RA são potencializadas. A grande maioria (mais de 80%) das mulheres não sabia quantas aguardavam pelo atendimento naquela unidade de saúde. Apesar de

algumas serem informadas de que o tempo de espera poderia ser de dois a quatro anos, 30% das mulheres entrevistadas já inscritas na fila para o tratamento informaram estar mais de quatro anos aguardando.

No que diz respeito à humanização defendida pelos atuais gestores do SUS, a pesquisa também identificou que a prática estaria longe da teoria nesta unidade de serviço de saúde. Os consultórios do setor de RA do HRAS estariam situados no mesmo corredor de atendimento obstétrico, com a circulação de mulheres grávidas, situação almejada pelo grupo de mulheres entrevistadas. Também passou a funcionar, no mês em que a pesquisa foi realizada, um novo ambulatório voltado para crianças com problemas de respiração bucal.

### *Conclusões*

Considerando os marcos legais que regem atualmente os serviços de reprodução assistida no país, quais sejam a Constituição Federal, o Código Civil brasileiro, os princípios do SUS e a Resolução do Conselho Federal de Medicina, que apesar de não ser legislação, é a principal norma deontológica seguida na área, a restrição do acesso às tecnologias reprodutivas apenas a casais heterossexuais, com problemas de *infertilidade*, poderia ser considerada uma discriminação. Se a família monoparental está legitimada pela Constituição Federal, não seria justificada, pelos argumentos do Direito, a recusa aos serviços de reprodução assistida a mulheres e homens solteiros, homossexuais ou sem parceria fixa, com ou sem diagnóstico de *infertilidade*.

Sem um marco legal específico sobre o assunto, fica ainda mais difícil esclarecer alguns pontos de tensão na área, como a utilização de um conceito médico de *infertilidade*, muitas vezes arbitrário e impreciso, para se restringir o acesso a um direito individual. Apesar de haver tentativas de avanço, sob o ponto dos direitos sexuais e reprodutivos, sendo incluída a questão do HIV e de mulheres solteiras, por exemplo, na portaria do ministério sobre reprodução assistida no país, permanecem sem encaminhamento discussões complexas na área. Como resolver o acesso a homens solteiros ou homossexuais que dependem de um útero para o uso das tecnologias reprodutivas, sendo no Brasil proibida a “barriga de aluguel” (salvo exceções)? Como garantir a universalidade do SUS com os altos custos de cada ciclo de tratamento e uma demanda cada vez maior? E será que existem meios legítimos para se estabelecer limites a seu acesso? Quais os impactos de políticas governamentais de saúde que estimulam a esterilização e o adiamento da gravidez na oferta de reprodução assistida pelo SUS?

O diagnóstico de *infertilidade* tem sido a estratégia usada para reduzir o número de atendimentos pelo SUS, atrelado a outros critérios mais ou menos arbitrários, como a idade da paciente, a ordem de chegada, etc. Mas em se tratando de um direito individual, é justo definirmos quem pode ou

não desejar a maternidade ou a paternidade? O que não é dito, o que permanece sem discussão aberta e legítima, aumenta a tensão existente nas discussões sobre reprodução assistida no país.

### *Referências Bibliográficas*

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.358, de 11 de novembro de 1992. Adota Normas Éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida, como dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 nov. 1992, Seção 1, p. 16053.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF: Imprensa Nacional. 20 set. 1990. Seção 1, p.18055.

CORRÊA, M. *A tecnologia a serviço de um sonho. Um estudo sobre a reprodução assistida no Brasil*. [tese de doutorado] Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 1997.

\_\_\_\_\_. *Novas Tecnologias Reprodutivas: limites da biologia ou biologia sem limites?* Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001.

CORRÊA, M.; Loyola, M.A.- *Reprodução e bioética. A regulação da reprodução assistida no Brasil*. In: *Caderno CRH*, Salvador, v.18, n.43, p.103-112, Jan/Abr. 2005.

DINIZ, D.; Introdução. In: *Quem pode ter acesso às tecnologias reprodutivas? Diferentes perspectivas do direito brasileiro*. DINIZ, D.; BUGLIONE, S. (orgs). Brasília: Letras Livres, 2002, p.9-21.

MATTOS, Ruben Araujo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, 2004 .

MEDEIROS, Luciana S. *As leis do desejo – Bioética e Direito de Acesso ao Serviço de Reprodução Humana Assistida*. Florianópolis: UFSC, 2007.

RIOS, R.R. Acesso às Tecnologias Reprodutivas e princípios Constitucionais: igualdade, pluralismo, direito constitucional de família e orientação sexual no debate bioético brasileiro. In: *Quem pode ter acesso às tecnologias reprodutivas? Diferentes perspectivas do direito brasileiro*. DINIZ, D.; BUGLIONE, S. (orgs) Brasília: Letras Livres, 2002, p.51-72

SAMRSLA, Mônica et al . *Expectativa de mulheres à espera de reprodução assistida em hospital público do DF - estudo bioético*. Rev. Assoc. Med. Bras. , São Paulo, v. 53, n. 1, 2007

VAN BALEN, F.; INHORN, M.C. Interpreting Infertility: A View from the Social Sciences. In: INHORN, M.C.; VAN BALEN, F. *Infertility around the Globe. New thinking on childlessness, gender*

*and reproductive technologies.* University of California Press Berkeley and Los Angeles, California, 2002.