

Infertilidade, justiça reprodutiva e pandemia de COVID-19: reflexões sobre acesso e barreiras

Infertility, reproductive justice and the COVID-19 pandemic: reflections on access and barriers

Infertilidad, justicia reproductiva y la pandemia de COVID-19: reflexiones sobre acceso y barreras

Ulla Macedo¹

Instituto Gonçalo Moniz, Fundação Oswaldo Cruz
Bahia, Salvador, BA, Brasil

 <https://orcid.org/0000-0002-5180-2017>

 ulla.mace@gmail.com

Maiara Damasceno da Silva Santana²

Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil

 <https://orcid.org/0000-0001-5406-5748>

 maiaramerico@gmail.com

Maria da Conceição Chagas de Almeida³

Instituto Gonçalo Moniz, Fundação Oswaldo Cruz
Bahia, Salvador, BA, Brasil

 <https://orcid.org/0000-0002-4760-4157>

 conceicao.almeida@fiocruz.br

Greice Maria de Souza Menezes⁴

Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil

 <https://orcid.org/0000-0002-8393-2545>

 greice@ufba.br

Jamile Mendes da Silva Santos⁵


Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da
Bahia, Salvador, BA, Brasil

 <https://orcid.org/0000-0002-4439-4940>

 jhamilemendes@gmail.com

Claudia Bonan⁶

Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do
Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo
Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

 <https://orcid.org/0000-0001-8695-6828>

 bonanclaudia@gmail.com

Ana Paula dos Reis⁷

Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da
Bahia, Salvador, BA, Brasil

 <https://orcid.org/0000-0002-6750-0187>

 paula@ufba.br

Cecilia Anne McCallum⁸

Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil

 <https://orcid.org/0000-0003-1927-7774>

 cecilia@ufba.br

Andreza Pereira Rodrigues⁹

Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade
Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

 <https://orcid.org/0000-0002-1873-5828>

 andrezaenfermeira@gmail.com

Maria Theresa Franciscone¹⁰

Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil

 <https://orcid.org/0009-0006-1092-2529>

 theresafrancisconi@gmail.com

¹ Doutoranda em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil; Analista de gestão em saúde.

² Doutora em Antropologia, Universidade Federal da Bahia, Bahia, BA, Brasil.

³ Doutora em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil; Pesquisadora em Saúde Pública.

⁴ Doutora em Saúde Pública, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil; Médica.

⁵ Bacharel em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil; Residente em Saúde Coletiva.

⁶ Doutora em Ciências Humanas, Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil; Professora permanente.

⁷ Doutora em Ciências Sociais, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil; Professora adjunta.

⁸ Doutora em Antropologia, London School of Economics and Political Science, University of London, Londres, Inglaterra; Professora associada.

⁹ Doutora em Saúde Coletiva, Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, RJ, Brasil; Professora adjunta.

¹⁰ Graduanda em Direito, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

Débora Cecília Chaves de Oliveira¹¹


Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

 <https://orcid.org/0000-0003-1550-743X>

 ceciliadeby@gmail.com

Nanda Isele Gallas Duarte¹²

Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil

 <https://orcid.org/0000-0003-4055-0878>

 nandaisele@gmail.com

Submissão em: 28/04/23

Revisão em: 06/10/23

Aprovação em: 30/10/23

Resumo

Objetivo: refletir sobre o acesso a serviços de saúde para infertilidade e reprodução humana assistida durante o período da pandemia de COVID-19, na perspectiva da justiça reprodutiva. **Metodologia:** utilizou-se dados do inquérito *online* da pesquisa *Pandemia de COVID-19 e práticas reprodutivas de mulheres no Brasil*, que obteve 8.313 respostas de mulheres residentes em todas as regiões do país, de 18 anos ou mais. O questionário autoaplicável circulou entre julho e outubro de 2021, contendo questões fechadas e abertas. A análise descritiva das respostas objetivas de 242 mulheres que referiram buscar atendimento para infertilidade contou com o cálculo de frequências simples das variáveis. Já os textos escritos nos espaços abertos do questionário foram submetidos à análise temática. **Resultados:** o estudo verificou a existência de barreiras institucionais e não institucionais para os cuidados da infertilidade, ambas incrementadas pela pandemia. **Conclusão:** recomenda-se a efetivação de política pública que garanta acesso pleno a todas as pessoas, haja vista que o tratamento para infertilidade e reprodução assistida tende a se restringir a mulheres cisgênero, de camadas médias e altas, mais escolarizadas e majoritariamente brancas.

Palavras-chave

Infertilidade. Saúde Reprodutiva. Direitos Sexuais e Reprodutivos. Pandemias. COVID-19.

Abstract

Objective: to critically examine access to health services for infertility and assisted human reproduction during the COVID-19 pandemic, emphasizing the perspective of reproductive justice. **Methods:** data for analysis were derived from the online survey titled *COVID-19 Pandemic and Women's Reproductive Practices in Brazil*, garnering 8,313 responses from women aged 18 years or older residing in all regions of the country. The self-administered questionnaire circulated from July to October 2021 and comprised both closed and open-ended questions. Descriptive analysis of the objective responses obtained from 242 women actively seeking infertility care involved the calculation of simple frequencies for relevant variables. Responses provided in the open-ended sections of the questionnaire underwent thematic analysis. **Results:** revealed the presence of both institutional and non-institutional barriers to infertility care, with a notable exacerbation during the pandemic. **Conclusion:** given that infertility and assisted reproduction treatment predominantly cater to cisgender women from middle and upper socio-economic strata, characterized by higher education levels and mostly white, there is a compelling need for the implementation of public policies that ensure equitable access for all individuals.

Keywords

Infertility. Reproductive Health. Sexual and Reproductive Rights. Pandemics. COVID-19.

Resumen

Objetivo: reflexionar sobre el acceso a los servicios de salud para la infertilidad y la reproducción humana asistida durante el período de la pandemia de COVID-19, desde la perspectiva de la justicia reproductiva. **Metodología:** se utilizaron datos de la encuesta en línea de la *Pandemia de COVID-19 y prácticas*

¹¹ Doutora em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil; Professora adjunta.

¹² Mestre em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil; Bolsista.

reprodutivas de las mujeres en Brasil, que obtuvo 8.313 respuestas de mujeres residentes en todas las regiones del país, con edad igual o superior a 18 años. El cuestionario autoaplicado circuló entre julio y octubre de 2021, conteniendo preguntas cerradas y abiertas. El análisis descriptivo de las respuestas objetivas de 242 mujeres que relataron buscar atención por infertilidad implicó el cálculo de frecuencias simples de las variables. Los textos escritos en los espacios abiertos del cuestionario fueron sometidos a análisis temático. **Resultados:** el estudio verificó la existencia de barreras institucionales y no institucionales para la atención de la infertilidad, ambas aumentadas por la pandemia. **Conclusión:** se recomienda la implementación de una política pública que garantice el pleno acceso a todas las personas, dado que el tratamiento de la infertilidad y reproducción asistida tiende a estar restringido a mujeres cisgénero de clase media y alta, con mayor educación y en su mayoría blancas.

Palabras clave

Esterilidad. Salud Reproductiva. Derechos Sexuales y Reproductivos. Pandemias. COVID-19.

Introdução

A pandemia de COVID-19 afetou a oferta de serviços de saúde ao redor do mundo, amplificando iniquidades de gênero, raça, classe, entre outras (1, 2, 3, 4, 5). No caso do Brasil, a má gestão da crise sanitária pelo governo federal dificultou ainda mais o acesso à saúde (6, 7). Houve recomendação expressa de que fossem suspensos diversos serviços (8), entre eles os de atenção à saúde reprodutiva, incluindo os relacionados à infertilidade (9, 10). Nesse tipo de tratamento, interrupções podem representar obstáculos potenciais, pois além de afetarem resultados clínicos de forma direta, impõem incertezas sobre o momento da possível retomada – em termos financeiros e psicológicos (11, 12, 10).

A infertilidade, na definição médica, é a ausência de concepção após um ano de atividade sexual sem uso de métodos contraceptivos, ou a impossibilidade de levar a gravidez a termo (13). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), trata-se de um problema de saúde pública que afeta 17% da população adulta mundial (13). No Brasil, há uma lacuna de dados consolidados sobre a questão, mas a Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida (14) estima que a infertilidade atinja, aproximadamente, oito milhões de indivíduos.

Tratamentos biomédicos podem incidir nas causas da infertilidade, de modo a tentar revertê-la, ou viabilizar gestações ainda que as condições que as impeçam permaneçam, por meio de tecnologias de reprodução humana assistida (RHA). Essas tecnologias variam de acordo com a complexidade e o nível de intervenção técnica: coito programado; inseminação intrauterina (IIU); fertilização *in vitro* (FIV); injeção intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI); transferência de embrião congelado (TEC); doação de gametas e embriões; gestação substituta e outras (15, 16).

As causas da infertilidade podem ser identificadas em todos os corpos, mas homens cisgêneros, comparativamente às mulheres, submetem-se menos à realização de diagnósticos (17, 16), dificultando, assim, a caracterização e a origem do problema. Com isso, recaem sobre as mulheres a investigação primeira, o que reforça a tendência histórica da medicina de intervir em corpos femininos (18, 19). Em caso de confirmação do diagnóstico de infertilidade, intervenções prosseguem, incidindo sobre esses corpos tratamentos relacionados à tentativa de engravidamento, não isentos de riscos e efeitos colaterais. Essa desigualdade de gênero indica maior exposição das mulheres a sofrimentos físicos e psíquicos resultantes de todo esse processo (20).

A abordagem da infertilidade também expressa iniquidades sociais e raciais. A maioria dos países, principalmente os de baixa e média renda, não oferece serviços direcionados a esse problema – prevenção, diagnóstico e tratamento –, de forma universal e gratuita (13). No Brasil, em 2005, foram formuladas duas versões de uma política pública que previa a disponibilização do tratamento de RHA

no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS): a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida (PNAIRHA) (21, 22). No entanto, sua implantação não ocorreu de forma efetiva (23). Atualmente, apenas algumas cidades de grande porte, predominantemente capitais, oferecem serviços pontuais pelo SUS, distintos segundo o nível de complexidade (17, 24).

Diante da escassa oferta pelo setor público (24) e da ausência de cobertura pelos planos de saúde, há muitos casos de judicialização para acessar os tratamentos, em geral negados (23). O custo dos serviços em estabelecimentos privados é extremamente elevado (25), sem perder de vista que a etapa inicial do diagnóstico já envolve extensa investigação clínica (26).

Os tratamentos, sobretudo de RHA, acabam sendo acessíveis, de fato, a uma parcela privilegiada da sociedade, de maior poder aquisitivo. Segundo relatório da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) (27), em 2019 foram congelados 99.112 embriões em 157 clínicas (85% dos estabelecimentos cadastrados na Anvisa). Desses congelamentos, 71% ocorreram na região mais rica do país, Sudeste, seguida do Sul (11%), Nordeste (11%), Centro-Oeste (5%) e Norte (1%).

Esse cenário de inacessibilidade faz emergir acordos questionáveis, do ponto de vista da Bioética, que envolvem circulação de gametas e/ou embriões entre pacientes de clínicas privadas. A equipe médica intermedia o acerto entre *doadora* e receptora: óvulos excedentes de uma são *trocados* pela quitação do tratamento da outra. Braz e Schramm frisam “a necessidade de questionar controle, regulação, fiscalização, legislação e ética da reprodução assistida.” (28, p. 193). Para as autoras, somente o acesso pleno às técnicas de RHA permitiria garantir autonomia e justiça. Se tivessem outra opção, essas pessoas escolheriam livremente doar seus óvulos ou embriões?

A desigualdade de acesso aos tratamentos de infertilidade e/ou RHA no Brasil é naturalizada em argumentos que abordam a incapacidade do SUS para subsidiar procedimentos e medicamentos de alto custo e a falta de profissionais capacitados em RHA na rede pública. Aliado a isso, a lógica do controle reprodutivo, de inspiração neomalthusiana, tende a aparecer nos discursos de gestores públicos que corroboram com o desencorajamento da reprodução de populações mais vulnerabilizadas (28, 29).

Estudos realizados nos Estados Unidos têm apontado que mulheres negras estão em maiores desvantagens em relação ao acesso a terapias de RHA (30). Elas também apresentam maiores alterações nas funções reprodutivas decorrentes de leiomiomas uterinos (31), e são mais propensas ao desenvolvimento da infertilidade resultante de obstrução tubária relacionada à infecção por clamídia (32).

No Brasil, Werneck (33) chama atenção para a histórica obstacularização da reprodução de corpos de pessoas negras e indígenas – considerados *indesejáveis*. A autora remonta à coexistência de duas formas de eugenia no país: *eugenia positiva* – estímulo à reprodução de grupos considerados superiores –, e *eugenia negativa* – eliminação biológica, material e simbólica de indivíduos ou grupos considerados inferiores. Episódios de esterilização em massa contra populações negras (33) e indígenas (34), ocorridos no país até mesmo recentemente, na década de 1990, são exemplares.

Teixeira e Gallo (35) constroem um diálogo entre os discursos que articulam as práticas violadoras de esterilização em massa aos homicídios de filhos de mulheres negras, revelando a existência de uma política institucional genocida que retira delas o direito a maternar. Esse diálogo poderia também abranger a reflexão sobre a falta de acesso aos serviços para infertilidade – que viabilizariam a reprodução desses corpos *indesejáveis* (33).

O presente artigo, baseado na análise dos resultados de um inquérito *online* realizado em 2021, reflete sobre o acesso ao tratamento da infertilidade e a serviços de reprodução humana assistida, durante os dois primeiros anos da pandemia de COVID-19, na perspectiva da justiça reprodutiva.

Justiça reprodutiva

O conceito de justiça reprodutiva contempla duas dimensões basilares: direitos humanos e justiça social (36, 37, 38, 39, 40). Apresenta, portanto, amplitude maior do que a noção de direitos reprodutivos.

Unnithan e Pigg (41) discutem o descompasso existente entre direito e justiça na saúde sexual e reprodutiva. Segundo as autoras, mesmo que os discursos em torno da justiça tivessem motivado lutas por direitos na agenda política de saúde, só mais recentemente uma produção teórica abrangente começa a analisar as injustiças que estruturam a vida sexual e reprodutiva das pessoas. Enquanto o direito tem forte padrão legalista, situado em discursos e práticas jurídicas ainda muito baseadas na ideia de indivíduo (39, 40), a justiça tem um caráter mais amplo, que compreende pessoas e moralidades, desafiando as desigualdades de poder, de maneira que direito e justiça se distinguem em sua função como um *indicador moral* (41, p. 1181). Contudo, o direito continua sendo a mais viável estrutura retórica utilizada por diferentes grupos sociais em suas reivindicações.

Desse modo, importa considerar a perspectiva legal do direito, mas reconhecer e investigar as interações entre variadas forças envolvidas – sociais, econômicas, políticas, históricas, geográficas, entre outras (39). Ressalta-se, portanto, a importância e necessidade de englobar, ao invés da indeterminação e universalização, as especificidades de raça, classe, gênero, etnia e cultura. Foi a partir das críticas às noções de *liberdades privadas* que essa discussão se estendeu ao conceito de direitos sexuais e reprodutivos (40).

A noção de justiça reprodutiva emerge da problematização de feministas negras estadunidenses, com destaque para Loretta Ross, fundadora do coletivo *SisterSong Women of Color Reproductive Justice Collective* (42). Na ocasião da *Illinois Pro-Choice Alliance Conference*, em Chicago, 1994, feministas negras criticaram o termo *pró-escolha* como limitado, restrito a mulheres que poderiam *escolher* entre as ofertas de saúde reprodutiva disponíveis, cujo acesso era mais facultado a brancas, de classe média ou alta (36). Conforme Bakhrú, “quando os direitos reprodutivos são embutidos em noções de livre escolha, ficam ocultos todos os fatores sociais, políticos e econômicos envolvidos na forma como essas escolhas são feitas” (43, p. 07, tradução nossa). A reconfiguração conceitual passou a contribuir, de certo modo, para o esgarçamento do campo discursivo que pressupunha abarcar universalmente todas as mulheres.

A noção de justiça reprodutiva reformula, então, a linguagem do direito sexual e reprodutivo: de liberdade de escolha para justiça social. O uso combinado dos conceitos de saúde reprodutiva e justiça social tem como base o reconhecimento de que as escolhas estão condicionadas a um contexto mais amplo, que circunda a vida das pessoas. Essa mudança deu espaço a uma nova perspectiva de entendimento sobre as desigualdades estruturais que afetam os diferentes corpos.

A justiça reprodutiva reconhece que os diversos sistemas de opressão, atuando de maneira simultânea, tendem a valorizar determinados corpos, em detrimento de outros. De acordo com Ross et al., mulheres negras e indígenas “negociam suas vidas reprodutivas em um sistema que combina várias formas interligadas de opressão” (37, p.11, tradução nossa). Desse modo, pensar justiça reprodutiva faz acionar a ferramenta analítica, teórica, política e crítica da interseccionalidade (44, 45).

Segundo Crenshaw (46, 47), não é possível entender as complexas redes de opressão que envolvem as categorias raça, classe, nacionalidade, religião, geração, gênero, sexualidade, entre outras, tomando-as de forma independente. Nesse sentido, o conceito de interseccionalidade analisa, por exemplo, como o racismo se articula a outros pilares de opressão e origina desigualdades estruturais

(46), fornecendo, então, um sólido substrato analítico (48) que contribui para a superação de modelos reducionistas.

No Brasil, no início dos anos 1980, a discussão acerca da interseccionalidade foi pautada pela antropóloga e ativista Lélia Gonzalez, ainda que não sob essa terminologia. Em seus textos, a autora buscava descortinar as engrenagens do racismo e do sexismo, visando problematizar e interpretar a condição das pessoas negras, sobretudo das mulheres, em um sistema de desigualdades sociais e de opressões raciais (49).

Metodologia

Neste artigo, analisamos dados do inquérito online do estudo Pandemia de COVID-19 e práticas reprodutivas de mulheres no Brasil, realizado pelo grupo de pesquisa Gênero, Reprodução e Justiça (RepGen).¹³

Foi utilizado questionário autoaplicável, elaborado na plataforma Red CAP (*Research Electronic Data Capture*), com 113 perguntas estruturadas sobre vida, trabalho e saúde reprodutiva das mulheres nos dois primeiros anos da pandemia de COVID-19. Em relação, especificamente, ao tema da infertilidade, havia um bloco com as seguintes perguntas: se fazia ou começou tratamento para tentar engravidar, que inclui reprodução assistida; em qual tipo de local era realizado (público, privado); se teve dificuldades em continuar ou interrompeu o tratamento na pandemia e os motivos alegados. Todas as respostas continham uma opção *Outro*, na qual as mulheres poderiam livremente escrever sobre assuntos ou situações não previstas nas alternativas fechadas. No final do questionário, havia ainda uma questão aberta, de preenchimento opcional e sem limites de caracteres, em que se perguntava: *Você quer deixar algum comentário final sobre algumas das questões - ou sobre outro assunto que você considera importante? Sinta-se livre para escrever no campo abaixo.*

Inquéritos *online* autoaplicáveis, por não conseguirem obter uma amostra probabilística de respondentes, tendem a excluir pessoas analfabetas, com pouco ou nenhum letramento digital e sem acesso à internet e aos dispositivos necessários, como celular e/ou computador (50, 51), ou seja, pessoas em situação de maior vulnerabilidade social. Desse modo, durante a circulação do questionário, fez-se necessário empreender esforços para inclusão desses segmentos. Realizamos, então, trabalhos específicos de comunicação, estabelecemos articulações com lideranças de movimentos sociais e, em alguns casos, solicitamos a intermediação presencial para apoio no preenchimento do questionário. No entanto, é preciso considerar os limites desse alcance.

Eram elegíveis mulheres que declararam ter lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, manifestando concordância em participar do inquérito, e que informaram ter 18 anos ou mais de idade. O questionário circulou entre julho e outubro de 2021. Obteve-se 8.313 respostas de mulheres de perfis variados, residentes em todo o Brasil. Entre essas, 242 responderam às perguntas fechadas do bloco sobre infertilidade, das quais muitas escreveram relatos nos campos denominados *Outro*. Textos também foram elaborados na questão aberta contida no final do questionário – 20 das 1.838 mulheres que se manifestaram sobre os mais diversos temas de saúde e de vida na pandemia comentaram, especificamente, sobre problemas de infertilidade e de acesso aos respectivos serviços.

Esse material textual foi submetido à análise temática (52). Na apresentação dos relatos, as respondentes foram identificadas por pseudônimo, cidade/estado de residência, raça/cor, faixa etária, escolaridade e orientação sexual – marcadores sociais que auxiliam a reflexão interseccional.

¹³ O grupo RepGen é composto por pesquisadoras da Fundação Oswaldo Cruz, Universidade Federal da Bahia e Universidade Federal do Rio de Janeiro.

As respostas objetivas foram analisadas descritivamente, com o cálculo de frequências simples das variáveis, bem como associação entre estas, aplicando-se teste de qui-quadrado para diferenças entre proporções, considerando associação estatisticamente significativa se valor de $p < 0,005$.

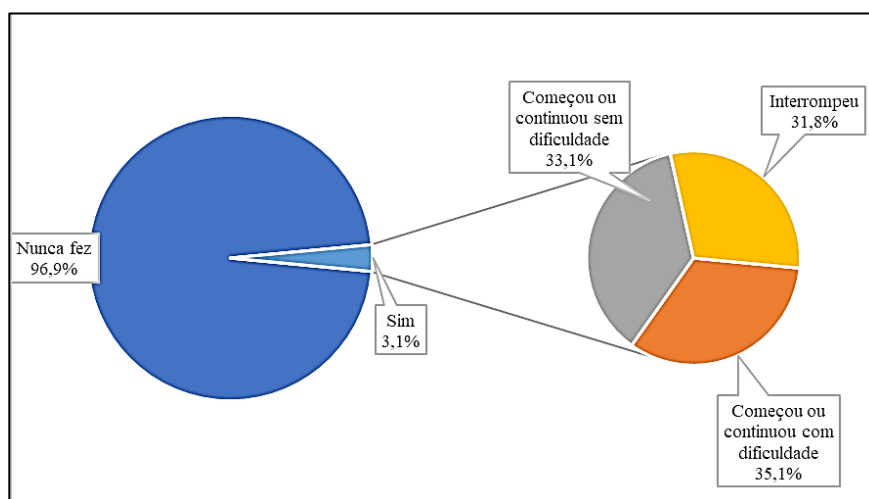
A pesquisa integra um projeto mais amplo intitulado “COVID-19, risco, impacto e resposta de gênero”, coordenado pelo Instituto René Rachou/Fiocruz Minas Gerais, e é parte da colaboração internacional *Gender and COVID-19 Project*, desenvolvida com financiamento da Fundação Bill & Melinda Gates. O projeto foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), sob o CAAE 39133020.8.0000.5091. Foram elaboradas estratégias para garantir anonimato, confidencialidade das informações, além de privacidade de dados pessoais, por exemplo, utilizando plataforma segura, de interface amigável, tanto para acesso por celular, quanto por computador.

Perfil das mulheres em busca por atendimento à infertilidade e/ou tratamento de RHA durante a pandemia

As 242 (3,1%) mulheres que informaram ter feito ou começado tratamento para engravidar, incluindo RHA, predominantemente, tinham entre 30-39 anos (59,1%), possuíam ensino superior completo ou pós-graduação (83,9%), eram heterossexuais (91,8%), com parceiro (92,2%), sem filhos (71,8%), com religião (79,1%) e residentes em capitais (57,8%) – a maior parte no Sudeste do país (48,8%). Em relação à raça/cor, 145 (60,2%) mulheres se declararam brancas, 69 (28,4%) pardas, 23 (9,6%) pretas, 3 (1,3%) de origem asiática, 1 (0,4%) indígena, da etnia Kaingang (SC), e 1 (0,4%) participante assinalou a opção *Outra*, escrevendo *afro-indígena*¹⁴ (dados não apresentados). O perfil de mulheres escolarizadas, de maioria branca e moradora da região Sudeste é comum entre respondentes de inquéritos *online* de abrangência nacional, confirmado na presente pesquisa (51).

Dentre as participantes, 80 (33,1%) relataram ter começado ou continuado o tratamento sem dificuldades; 85 (35,1%) com dificuldades e 77 (31,8%) se viram obrigadas a interrompê-lo durante a pandemia (Gráfico 1).

Gráfico 1. Tratamento para infertilidade e/ou RHA e dificuldades durante a pandemia de COVID-19



Fonte: autoria própria.

Na comparação entre mulheres que interromperam o tratamento durante a pandemia com aquelas que o mantiveram ou o iniciaram (com ou sem dificuldades)¹⁵, idade, raça/cor e local do tratamento se

¹⁴ Ainda em relação à raça/cor, duas participantes marcaram a alternativa *não quero ou não sei responder*.

¹⁵ A única mulher indígena (etnia Kaingang, 40-49 anos, residente em Xanxerê (SC), com pós-graduação, heterossexual, casada e com um filho) que respondeu o bloco da infertilidade fazia tratamento pelo SUS e o interrompeu na pandemia. Já a participante que se

mostraram estatisticamente associadas. A proporção de interrupção é crescente com a idade (18,2% entre menores de 30 anos, 26,6% entre 30-39 anos, alcançando a metade entre aquelas de 40 anos ou mais). Mais do que o dobro de usuárias do SUS (60,0%) informaram interrupção do tratamento em relação àquelas do setor privado (26,5%). Há indicação de que mulheres negras, residentes nas regiões Norte e Nordeste e menos escolarizadas, informaram mais frequentemente interrupção do tratamento do que as brancas, residentes em outras regiões e mais escolarizadas. Entretanto, essas diferenças não foram estatisticamente significantes, possivelmente face ao pequeno número de pessoas analisadas. Ainda assim, esses achados indicam como a crise sanitária afetou mais, proporcionalmente, pessoas em situação de maior vulnerabilidade social, que correspondem a usuárias de serviços públicos de saúde (Tabela 1).

Tabela 1. Interrupção do tratamento para infertilidade e/ou RHA durante a pandemia da COVID-19, segundo características sociodemográficas

Características	Interrupção do tratamento		P
	Não*	Sim	
Faixa etária			
<i>Até 29 anos</i>	81,2	18,2	0,001
<i>30-39</i>	73,4	26,6	
<i>40 e +</i>	50,0	50,0	
Raça/cor**			
<i>Preta</i>	52,2	47,8	0,197
<i>Parda</i>	56,2	33,8	
<i>Branca</i>	70,8	29,2	
Escolaridade			
<i>Até médio completo</i>	59,0	41,0	0,178
<i>Superior completo e mais</i>	70,0	30,0	
Região			
<i>Norte</i>	50,0	50,0	0,226
<i>Nordeste</i>	59,3	40,7	
<i>Centro Oeste</i>	77,8	22,2	
<i>Sudeste</i>	70,7	29,7	
<i>Sul</i>	75,0	25,0	
Local do tratamento			
<i>SUS</i>	40,0	60,0	0,001
<i>Rede privada</i>	73,5	26,5	

declarou afroindígena (30-39 anos, residente em Salvador (BA), pós-graduação, bissexual, casada e sem filhos), bem como as três de origem asiática (cada qual em uma faixa etária distinta, que varia dos 20 aos 40 anos, duas delas residentes no estado de São Paulo e uma no Paraná, todas com ensino superior completo ou pós-graduação e sem filhos) fizeram o tratamento/investigação em clínicas privadas e prosseguiram durante a crise sanitária sem dificuldades. Em relação às demais, ver Tabela 1.

Zona de residência

<i>Capital</i>	66,4	33,6	0,755
<i>Outro município</i>	68,4	31,6	

Situação conjugal

<i>Não tem parceiro/a</i>	84,2	15,8	0,118
<i>Com parceiro/a</i>	66,8	33,2	

Filhos

<i>Não</i>	69,4	30,6	0,485
<i>Sim</i>	64,7	35,3	

* Inclui as mulheres que continuaram o tratamento, sem dificuldades e com dificuldades.

** Nesta análise, devido ao pequeno número, não apareceram os dados das mulheres de origem asiática (03), da indígena (01) e da *afroindígena* (01).

Fonte: autoria própria.

A análise do perfil das respondentes, segundo local de tratamento, revela uma associação estatisticamente significativa com idade, raça/cor, escolaridade e presença de filhos. As usuárias do SUS eram mais jovens (36,0% tinham menos de 30 anos), negras (44,2%), menos escolarizadas (52,0% informaram ter até ensino médio completo) e não tinham filhos (52,0%), de forma distinta da maior parcela das usuárias do setor privado, que tinham mais idade (60,7% entre 30-39 anos e 28,1% com 40 anos ou mais), declararam-se brancas (63,3%), possuíam ensino superior completo ou pós-graduação (87,2%) e não tinham filhos (75,0%). Diferenças não atingiram significância estatística para as demais variáveis. (Tabela 2).

Tabela 2. Características sociodemográficas das respondentes segundo local de tratamento para infertilidade e/ou RHA

Características	Local do tratamento		P
	SUS	Privado	
Faixa etária			
Até 29 anos	36,0	11,2	0,003
30-39	48,0	60,7	
40 e +	16,0	28,1	
Raça/cor**			
Preta	25,0	7,9	0,024
Parda	29,2	28,8	
Branca	45,8	63,3	
Escolaridade			
Até médio completo	52,0	12,8	0,000
Superior completo e mais	48,0	87,2	
Região			
Norte	12,0	3,1	0,068
Nordeste	8,0	26,0	

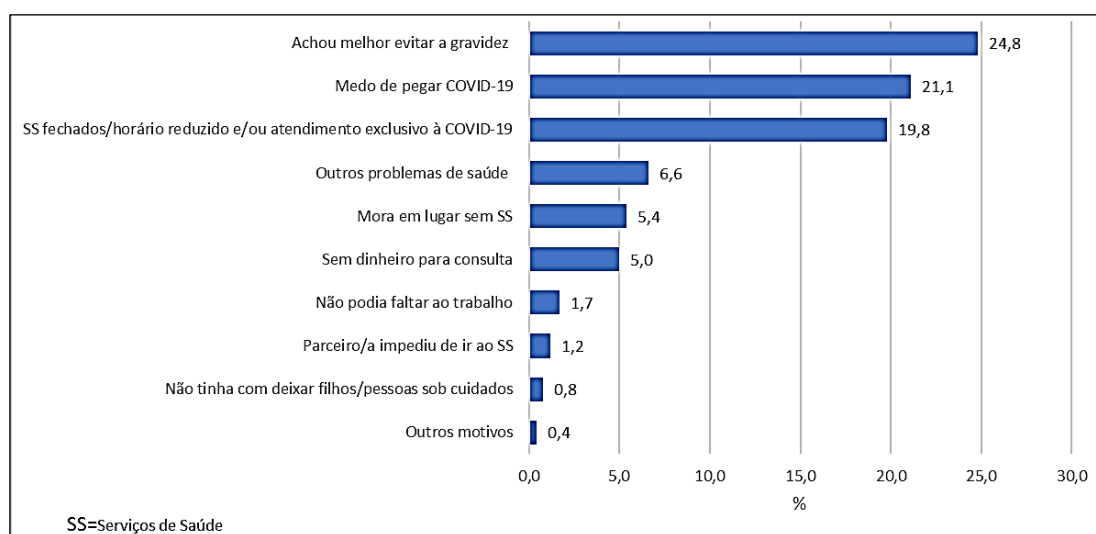
<i>Centro Oeste</i>	12,0	11,7	
<i>Sudeste</i>	48,0	48,0	
<i>Sul</i>	20,0	11,2	
Zona de residência			
<i>Capital</i>	45,8	59,4	
<i>Outro município</i>	54,2	40,6	0,207
Situação conjugal			
<i>Não tem parceiro/a</i>	4,0	8,2	
<i>Com parceiro/a</i>	96,0	91,8	0,462
Filhos			
<i>Não</i>	52,0	75,0	
<i>Sim</i>	48,0	25,0	0,015

Fonte: autoria própria.

Entre as dificuldades informadas para a realização do tratamento de infertilidade e os motivos para sua interrupção no período da crise sanitária, destacaram-se aqueles relacionados diretamente à COVID-19, como medo da exposição ao vírus e barreiras institucionais resultantes do impacto da pandemia no funcionamento dos serviços de saúde. Essa análise não pode deixar de considerar a ação/inação do governo federal, à época, no delineamento das respostas à pandemia. Autoridades governamentais e sanitárias brasileiras negaram consensos e orientações da comunidade científica nacional e internacional, desestimularam medidas preventivas, propagaram informações falsas, atrasaram a aquisição de vacinas e geraram um ambiente de insegurança que repercutiu no funcionamento dos serviços e na confiança das pessoas.

Já as barreiras não institucionais refletiram a complexidade da vida das diferentes mulheres que desejavam tratamento para infertilidade, como morar em locais sem serviços, possuir outros problemas de saúde, não ter dinheiro para consulta/tratamento, não poder faltar ao trabalho, entre outros (Gráfico 2).

Gráfico 2. Dificuldades na realização do tratamento para infertilidade e/ou RHA ou motivos para sua interrupção durante a pandemia de COVID-19*



*Questão de múltipla resposta. Fonte: autoria própria.

O que disseram as mulheres

Nesta seção, foram analisados os relatos contidos nas alternativas *Outro* do bloco sobre infertilidade, bem como na questão aberta do final do questionário. Esses registros conseguiram captar depoimentos de mulheres que sequer tiveram condições de começar qualquer atendimento relativo à infertilidade e/ou reprodução humana assistida, embora quisessem.

Os relatos apontaram para iniquidades sociais e raciais. Muitas mulheres manifestaram descontentamento em relação à inacessibilidade dos serviços, sobretudo das técnicas de RHA. Mencionaram o desejo de realizar tratamento de reprodução assistida, mas destacaram a impossibilidade financeira de fazê-lo em clínicas particulares.

Eu quero fazer fertilização *in vitro* ou outro método de gravidez assistida, mas eu não tenho condições financeiras. Eu quero uma ajuda pra fazer gratuito. (Mirtes, Povoado de Palmas-TO, parda, 18-24 anos, ensino médio completo, heterossexual)

A questão econômica representa grande obstáculo para acesso aos tratamentos privados de RHA e motiva busca por atendimentos gratuitos, principalmente no SUS. Contudo, as mulheres se deparam com expressiva escassez de oferta desses serviços no setor público.

Já solicitei atendimento no SUS para FIV, pois perdi as duas tubas uterinas, mas ainda não fui chamada. (Aline, Belo Horizonte-MG, parda, 40 ou mais, superior incompleto, heterossexual)

Quis fazer, mas não consegui atendimento (Raquel, Simões Filho-BA, parda, 25-29 anos, ensino médio completo, heterossexual)

Diferente de Aline e Raquel, que *não foram chamadas* ou *não conseguiram atendimento*, muitas não conseguem nem mesmo obter informações sobre a oferta do serviço pelo SUS.

Gostaria de ter mais oportunidades para realização de FIV. No SUS tentei por várias vezes e até mesmo os funcionários nem sabem como informar. A Baixada Santista é deficiente nesse assunto. (Lisi, Praia Grande-SP, branca, 30-39 anos, ensino médio completo, heterossexual)

Diante dessas barreiras de acesso, as participantes registraram suas reivindicações nos espaços abertos do questionário, em aparente expectativa de dialogarem conosco. O *sonho de ser mãe* foi expresso como um direito a ser garantido.

Espero que essa pesquisa possa ajudar mulheres a realizarem seu sonho de ser mãe sem que precisem recorrer a serviços de saúde particulares. Que o SUS tenha condições de ofertar serviços/procedimentos para atender e tratar a infertilidade. (Lara, Salvador-BA, parda, 40 anos ou mais, pós-graduação, heterossexual)

Acho que deveria existir algum programa do governo que ajudasse mulheres com problemas de fertilidade a realizar o sonho de ser mãe, pelo SUS. Obrigada e parabéns pelo trabalho e iniciativa (Camila, povoado de Brejão, Ibicoara-BA, parda, 30-39 anos, pós-graduação, heterossexual)

É insuficiente a quantidade de estabelecimentos que realizam tratamento para infertilidade e/ou RHA pelo SUS, considerando ainda que nem todas as tecnologias oferecidas pelas clínicas privadas

estão disponíveis no setor público (28). Ademais, os serviços estão concentrados em municípios de maior porte, em geral, capitais. A seguir, Lúcia conta como, ao mudar de cidade, viu-se diante da necessidade de interromper o tratamento.

Mudei de cidade e não consegui encontrar assistência na rede SUS no município atual (...). Queria escutar mais sobre a situação das mulheres que precisam do SUS para reprodução assistida. Como ficou nesse contexto de pandemia? Eu parei tudo, por várias faltas - falta de condições econômicas, condições emocionais, falta de suporte do SUS. Sei que esses dois anos podem ter sido cruciais para o êxito e declínio do meu tratamento. Tenho endometriose, não tenho trompa, e preciso de uma FIV. (Lúcia, João Pessoa-PB, preta, 30-39 anos, pós-graduação, bissexual)

As *faltas* apontadas por Lúcia se acentuaram durante a crise sanitária, impactando amplamente as mulheres que buscavam atendimento para infertilidade, ou que já estavam em tratamento. No entanto, a forma como foram afetadas variou segundo os marcadores sociais da diferença. No depoimento abaixo, Mariana reconhece que seu acesso integral a serviços de saúde, incluindo RHA, proporcionou-lhe experiência distinta da maioria das mulheres que atravessaram a pandemia com dificuldades de obter atendimentos diversos.

Cada vez mais vejo como a pandemia impacta e é desigual nas mulheres. Sinto saudades de amigos e familiares, mas consigo ter assistência médica de qualidade e rede de apoio na dificuldade de engravidar. Descobri minha suposta infertilidade durante a pandemia. A primeira dose da vacina está me deixando mais forte e animada para me preparar para fertilização *in vitro* com ajuda de profissionais especializados, médicos e terapeutas. Uma pena que muitas mulheres não conseguem por falta de recursos financeiros. (Mariana, São Paulo-SP, parda, 30-39 anos, pós-graduação, heterossexual)

A pandemia apareceu com frequência nos relatos, sendo recorrentemente citada como motivo direto de interrupção ou de adiamento do tratamento.

Ia começar, mas desisti por causa da pandemia (Bárbara, Salvador-BA, parda, 30-39 anos, pós-graduação, heterossexual)

Iria tentar a IA [inseminação artificial] mas tive de adiar os planos por conta do risco de COVID. (Camila, povoado de Brejão, Ibicoara-BA, parda, 30-39 anos, pós-graduação, heterossexual)

As dificuldades mencionadas se apresentaram em termos de barreiras institucionais e não institucionais. Tratando-se das institucionais, foram apontados: fechamento dos serviços; dificuldade de encontrar bons profissionais que atendessem nesse período; falta de insumos; falta de vacinas; entre outros. O depoimento abaixo explicita como até as clínicas privadas foram afetadas pela crise sanitária, tendo que adaptar procedimentos por escassez de recursos.

Falta de vacina, falta de anestesia - tive que tomar aqui, por economia, por causa da COVID-19, do outro tipo de anestesia mais leve. Tive problemas para agendar um exame por falta de material na cidade, que não conseguiu ser importado e o serviço priorizando atendimentos só de urgências. (Rosa, Belo Horizonte-MG, branca, 30-39 anos, pós-graduação, heterossexual)

O atraso na vacinação, decorrente da má gestão da pandemia pelo governo federal, também afetou tratamentos de forma direta, conforme aponta Taís, que estava realizando atendimento particular:

A falta de vacina interrompeu minha FIV, dificultando ainda mais meu caso clínico.
(Taís, Recife-PE, parda, 40 anos ou mais, pós-graduação, heterossexual)

Em relação às barreiras não institucionais, receios referentes à pandemia foram recorrentemente relatados. Segundo Gorayeb et al. (53), aspectos psicológicos da experiência da infertilidade acompanham sentimentos de culpa, medo e inferioridade, bem como diminuição da autoestima, afetando, inclusive, a imagem corporal (54). Isso pode culminar em depressão (28) e se tornar um sério obstáculo à fecundação e ao projeto de gestar. A crise sanitária ainda adicionou outras camadas de sentimentos.

Sentimentos provocados pela pandemia atrapalham na tentativa de engravidar.
(Karina, Salvador-BA, branca, 30-39 anos, pós-graduação, heterossexual)

As dificuldades vieram das muitas dúvidas sobre os efeitos da COVID-19 durante a gestação. (Simone, Tabaporã-MT, branca, 30-39 anos, pós-graduação, heterossexual)

A suspensão dos tratamentos, consequência da instauração de medidas restritivas no período, provocou receios de que a idade recomendada para conceber fosse ultrapassada. Afinal, ninguém sabia ao certo a duração da pandemia. O tempo representa um dos grandes desafios para as pessoas que tentam engravidar, portanto, é uma categoria fundamental para a análise deste tema. Silvia, que buscou atendimento em clínica privada, expressou seus anseios na questão aberta:

Acho que a pandemia atrasou meu tratamento de fertilidade... Demorou um tempo até que eu procurasse o serviço, porque a orientação era buscar apenas em caso de risco de morte. Hoje estou com diagnóstico de infertilidade e ainda não sei se é possível reverter. Eu gostaria de encontrar um local onde pudessem avaliar minhas trompas obstruídas. (Silvia, Duque de Caxias-RJ, parda, 30-39 anos, pós-graduação, heterossexual)

A aflição associada ao tempo acompanha as usuárias do SUS muito antes da ocorrência da pandemia de COVID-19. O tempo caduca na burocracia requerida para pleitear tratamentos de infertilidade e/ou RHA e na subsequente *fila* para acessá-los. As que saem da *fila* e mantêm o desejo de engravidar, quando não conseguem firmar acordos de *doação* de óvulos/embriões em troca da quitação de tratamentos privados, tendem a se endividar com o alto custo dos serviços ou recorrer a procedimentos informais, como a inseminação caseira (IC). Felipe e Tamanini (55), em pesquisa sobre mulheres lésbicas e IC, abordam uma série de nuances acerca do tema, mencionando apuros jurídicos implicados na relação com os doadores. Ril (56) ainda destaca como a informalidade do procedimento dificulta a inclusão da dupla maternidade no registro de nascimento do bebê. Nesses casos, a combinação entre orientação sexual, identidade de gênero e classe tende a promover exposição a riscos diversos.

[Fiz] inseminação caseira. Clínicas particulares de reprodução assistida são muito caras e a burocracia pelo SUS é grande, bem como o tempo de espera. (Inês, São Paulo-SP, branca, 25-29 anos, superior completo, lésbica)

A noção de justiça reprodutiva, central para esta pesquisa, alicerçou muitos dos relatos registrados no questionário. Um exemplo é o desabafo de Cristina, com o qual finalizaremos esta seção. Ela reflete sobre o direito à saúde, compreendendo que esse direito, na prática, não tem abrangência universal; esbarra-se em barreiras discriminatórias, que hierarquizam e excluem.

(...) Infelizmente o direito à saúde é de quem pode pagar muito. (...) As pessoas da periferia não podem chegar perto de locais de alto padrão para tratamento. Tudo custa e muito, muito caro. A vida do pobre não tem valor algum. Triste! (Cristina, Guarulhos-SP, preta, 40 anos ou mais, pós-graduação, heterossexual)

Considerações finais

A pandemia de COVID-19 e a forma como o governo brasileiro de extrema direita (2018-2022) conduziu a crise, bem como os retrocessos dos últimos anos no campo das políticas de saúde e dos direitos reprodutivos, prejudicaram o acesso à saúde reprodutiva, de um modo geral. Durante a crise sanitária, a ausência de estratégias para enfrentamento de situações variadas potencializou iniquidades.

Tratando-se do acesso a serviços para infertilidade e/ou RHA, os achados desta pesquisa indicam que as usuárias do SUS foram proporcionalmente mais afetadas. Elas relataram, com maior frequência, interrupção ou dificuldades para prosseguir com o tratamento durante a pandemia, descritas em termos de barreiras institucionais e não institucionais. As primeiras se referiam à reorganização dos serviços diante da crise sanitária, haja vista que, em algumas situações, os estabelecimentos fecharam temporariamente ou se reestruturaram de forma emergencial para o atendimento exclusivo aos casos de COVID-19. Como exemplo de barreira não institucional, destaca-se o medo de contrair o coronavírus, devido às incertezas sobre consequências da doença na gestação. Outras barreiras não institucionais apontam para a complexidade da vida das participantes e ajudam a compreender o delineamento de iniquidades.

A crise sanitária incrementou as barreiras de acesso já existentes e revelou outras. Mas o grande entrave precede à pandemia e diz respeito à ausência ou insuficiência de oferta gratuita de serviços para infertilidade e/ou RHA. O elevado custo dos atendimentos privados, a falta de cobertura pelos planos de saúde e a escassa oferta pelo SUS impedem que muitas pessoas realizem diagnósticos e tratamentos para engravidar.

Ainda que os cuidados para a infertilidade estejam descritos em documentos oficiais, não há uma política pública efetiva de acesso abrangente, em todo território nacional. Somente algumas cidades brasileiras de grande porte oferecem tratamentos na rede pública (17, 24), o que exige mais do que paciência diante do longo tempo de espera. Ademais, os procedimentos realizados pelo SUS estão aquém das técnicas empregadas pelas clínicas privadas (28).

O entrecruzamento dos marcadores sociais da diferença é um expressivo limitador de acesso (57). O tratamento tende a se restringir a mulheres cisgênero, de camadas médias e altas, mais escolarizadas e majoritariamente brancas, na medida em que esse perfil possui, historicamente, maiores oportunidades de acesso a serviços diversos no Brasil, resultando no aprofundamento de desigualdades sociais e raciais no país.

Para muitos, a vontade de engravidar constitui questão crucial e, em vários casos, corresponde a uma condição de saúde importante (28). O direito de gestar e maternar deveria estar assegurado em política pública que garantisse acesso pleno aos serviços para infertilidade e/ou RHA. Cabe então

refletir: seriam as barreiras de acesso uma forma de negar esse direito a determinados grupos? Há resquícios de valores eugênicos e neomalthusianos presentes aí? (28, 58). A noção de justiça reprodutiva contribui para a reflexão sobre o tema.

Talvez por compreenderem que o *sonho de ser mãe* seja mais do que um sonho, as participantes desta pesquisa escreveram reivindicações por tratamentos gratuitos, de maneira a questionar, implicitamente, estruturas discriminatórias e excludentes.

As barreiras de acesso aos serviços referentes à infertilidade e/ou RHA vão de encontro ao artigo 196º da Constituição Federal (59), que prevê acesso universal à saúde, confrontando, por conseguinte, os princípios de equidade e integralidade do SUS (60). O desejo de engravidar ultrapassa classe, raça, identidade de gênero, orientação sexual, entre outros marcadores. Trata-se de uma questão de justiça.

Conflito de interesses

As autoras declaram que não há conflito de interesses.

Contribuição das autoras

Macedo U, Santana MDS, Chagas Almeida MC, de Souza Menezes GMS, Bonan C, dos Reis AP e McCallum CA contribuíram com a concepção, análise e interpretação dos dados, redação, revisão crítica e aprovação da versão final do artigo. Santos JMS, Pereira Rodrigues A e Franciscone MT contribuíram com a concepção, revisão crítica e aprovação da versão final do artigo. Chaves de Oliveira DCC e Duarte NIG contribuíram com revisão crítica e aprovação da versão final do artigo.

Editoras

Editora científica: Alves SMC

Editoras convidadas: Gaitan AC, Carneiro RG

Referências

1. Reis AP, Góes EF, Pilecco FB, Almeida MCC, Diele-Viegas LM, Menezes GMS et al. Desigualdades de gênero e raça na pandemia de Covid-19: implicações para o controle no Brasil. *Saúde debate* [Internet]. 2020 [citado em 01/10/2022]; 44(spe4):324–40. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E423>
2. Barbosa JPM, Lima RCD, Santos GBM, Lanna SD, Andrade MAC. Interseccionalidade e violência contra as mulheres em tempos de pandemia de covid-19: diálogos e possibilidades. *Saúde soc.* [Internet]. 2021 [citado em 01/10/2022]; 30(2):e200367. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200367>
3. Barroso H, Gama M. A crise tem rosto de mulher: como as desigualdades de gênero particularizam os efeitos da pandemia do COVID-19 para as mulheres no Brasil. *Revista do Ceam* [Internet]. 2020 [citado em 01/10/2022]; 6(1):84-94. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/revistadoceam/article/view/31883>
4. Brito L, Borges L, Fortes P, Gomes A, Campany L, Palacios M, Rego S, Santos S, Schramm F, Thome B. Impactos Sociais da Covid-19: uma perspectiva sensível às desigualdades de gênero. *Observatório Covid-19 Fiocruz* [Internet]. 2020 [citado em 01/10/2022]. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.18622.84807>
5. Estrela FM et al. Pandemia da Covid 19: refletindo as vulnerabilidades a luz do gênero, raça e classe. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2020 [citado em 20/10/2022]; 25(9):3431–6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.1405202>
6. Soares I. E daí?, diz Bolsonaro sobre Brasil superar a China em mortes por Covid-19. *Correio Braziliense* [Internet], 28 abr. 2020 [citado em 25/10/2022]; Política [cerca de 3 p.]. Disponível em: https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/politica/2020/04/28/interna_politica,849392/e-dai-diz-bolsonaro-sobre-brasil-superar-china-em-mortes-por-covid.shtml
7. Sodré F. Epidemia de Covid-19: questões críticas para a gestão da saúde pública no Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde* [Internet]. 2020 [citado em 01/10/2022]; 18(3):e00302134. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00302>
8. Rede CoVida (Universidade Federal da Bahia; Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde/Fundação Oswaldo Cruz). *Boletim Pandemia de Covid-19: saúde e direitos reprodutivos no cenário da Covid-19*. Salvador: Rede CoVida; 2020. 53 p.

9. SBRH (Sociedade Brasileira de Reprodução Humana) [Internet]. SBRH mantém posicionamento sobre o COVID-19 na reprodução humana. Abril de 2020 [citado em 20/10/2022]. Disponível em: <https://www.sbrh.org.br/?p=5036>
10. Carvalho B et al. COVID-19 e reprodução assistida: um ponto de vista sobre o cenário brasileiro. *Femina* [Internet]. 2020 [citado em 20/10/2022]; 48(6):353-358. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/femina/item/1063-revista-femina-2020-vol-48-n-06>
11. Montagnini HML, Blay SL, Novo NF, Freitas V, Cedenho AP. Estados emocionais de casais submetidos à fertilização in vitro. *Estud psicol (Campinas)* [Internet]. 2009 [citado em 20/10/2022]; 26(4):475–81. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2009000400008>
12. Tamanini M. Pandemia da Covid 19: Maternidade, aborto, embriões e a imoralidade do sacrifício da mãe dentro e fora da reprodução assistida. *Revista Feminismos* [Internet]. 2021 [citado em 20/10/2022]; 9(1):188-205. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/feminismos/article/view/42843>
13. Organização Mundial de Saúde (OMS) [Internet]. Infertility prevalence estimates, 1990–2021. Geneva: World Health Organization; 2023 [citado em 05/04/2023]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/978920068315>
14. Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida (SBRA) [Internet]. [citado em 05/04/2023]. Disponível em: <https://sbra.com.br/fertilidade-o-tempo-nao-para/>
15. Souza K, Alves O. As principais técnicas de Reprodução Humana Assistida. *Saúde & Ciência em Ação – Revista Acadêmica do Instituto de Ciências da Saúde* [Internet]. 2016 [citado em 01/10/2022]; 2(1):26-37. Disponível em: <http://www.revistas.unifan.edu.br/index.php/RevistaICS/article/view/182>
16. Luna N. Provetas e clones: uma antropologia das novas tecnologias reprodutivas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. 300 p. doi <https://doi.org/10.7476/9788575413555>
17. Oliveira K. Análise da implantação da política nacional de atenção integral em reprodução humana assistida no Acre. [Dissertação na internet] Porto Alegre, Brasil: Programa de Pós-graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGA/UFRGS); 2018 [citado em 01/10/2022]. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/178390/001067074.pdf>
18. Rohden F. Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2001. 224 p. doi <https://doi.org/10.7476/9788575413999>
19. Nunes S. A medicina social e a questão feminina. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [Internet]. 1991 [citado em 20/10/2022]; 1(1):49–76. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73311991000100003>
20. Batista L et al. O impacto da infertilidade: narrativas de mulheres com sucessivas negativas pelo tratamento de reprodução assistida. *Reprodução & Climatério* [Internet]. 2016 [citado em 20/10/2022]; 31(3):121-127. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.recli.2016.05.004>
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 426, 22 de março de 2005. Política Nacional de Atenção Integral à Reprodução Humana Assistida. Brasília-DF. 2005 [citado em 16/01/2023]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatizesConsolidacao/comum/13620.html>
22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 38.806, 06 de julho de 2005. Regulamentação da Política Nacional de Atenção Integral à Reprodução Humana Assistida. Brasília-DF; 2005 [citado em 16/01/2023]. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_388.pdf
23. Corrêa M, Loyola MA. Tecnologias de reprodução assistida no Brasil: opções para ampliar o acesso. *Physis: Revista De Saúde Coletiva* [Internet]. 2015 [citado em 20/10/2022]; 25(3):753–77. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000300005>
24. Souza MCB. Latin America and access to Assisted Reproductive Techniques: a Brazilian perspective. *JBRA Assisted Reproduction* [Internet]. 2014 [citado em 20/10/2022]; 27;18(2):47-51. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35761726/> doi <https://doi.org/10.5935/1518-0557.20140004>
25. Albert SC. Infertilidade na relação conjugal: uma pesquisa na abordagem junguiana utilizando a terapia breve com Sandplay. [Dissertação na internet]. São Paulo, SP: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2008 [citado em 20/10/2022]. Disponível em: <https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/15729>
26. Serger LJ. Estresse e ansiedade em casais submetidos a reprodução assistida. [Tese na internet]. São Paulo, SP: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2000 [citado em 09/09/2022]. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-11102001-141733/pt-br.php>
27. Anvisa. 13º Relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões. *SisEmbrio* [Internet]. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2020 [citado em 16/01/2023]. Relatório nº 13. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiaOTVjMDYxOGMtMmNiYy00MjQ3LTg3Y2ItYTExYTQ4NTkxYjFkIiwidCI6ImI2N2FmMjNmLWZjZjMtNGQzNS04M>

[GM3LWI3MDg1ZjVIZGQ4MSJ9&pageName=ReportSection770f72a0cca27de07030](#)

28. Braz M, Schramm FR. O ninho vazio: a desigualdade no acesso à procriação no Brasil e a bioética. *Revista Brasileira de Bioética* [Internet]. 2005 [citado em 20/10/2022]; 1(2):180-194. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/8070> doi <https://doi.org/10.26512/rbb.v1i2.8070>

29. Meneses da Silva FV, Cunha LR. Esterilização compulsória como forma de controle a liberdade reprodutiva das mulheres em situação de rua. *Direito Público - RDP* [Internet]. 2022 [citado em 16/01/2023]; 19(102):476-493. Disponível em: <https://www.portaldeperiodicos.idp.edu.br/direitopublico/article/view/6544> doi <https://doi.org/10.11117/rdp.v19i102.6544>

30. Ebeh DN, Jahanfar S. Association between maternal race and the use of assisted reproductive technology in the USA. *SN Compr Clin Med*. [Internet]. 2021 [citado em 20/10/2022]; 18:1-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s42399-021-00853-z>

31. Csokmay JM et al. Are there ethnic differences in pregnancy rates in African-American versus white women undergoing frozen blastocyst transfers? *Fertil Steril* [Internet]. 2011 [citado em 20/10/2022]; 95(1):89-93. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2010.03.050>

32. Chambers LC et al. Racial/Ethnic Disparities in the Lifetime Risk of Chlamydia trachomatis Diagnosis and Adverse Reproductive Health Outcomes Among Women in King County, Washington. *Clin Infect Dis* [Internet]. 2018 [citado em 20/10/2022]; 67(4):593-599. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/cid/ciy099>

33. Werneck JP. O belo ou o puro? Racismo, eugenia e novas (bio)tecnologias. In: Rotania A, Werneck J, organizadoras. *Sob o signo das Bios: vozes críticas da sociedade civil*. Rio de Janeiro: E-papers Serviços Editoriais; 2004. p. 49-63.

34. Souza J. Mulheres Pataxó Hã-hã-hã: gênero, sexualidade e reprodução [Monografia na internet]. Salvador, BA: Departamento de Antropologia, UFBA; 2002 [citado em 09/09/2022]. Disponível em: <https://pineb.ffch.ufba.br/downloads/12486991222002%20SOUZA,%20Jurema%20M%20-%20Mulheres%20Pataxo%20Hahahae.pdf>

35. Teixeira A, Gallo M. Nosso útero, nosso território: justiça reprodutiva e suas lutas decoloniais por aborto e maternidade. *SYNTHESIS. Cadernos do Centro de Ciências Sociais da UERJ* [Internet]. 2021 [citado em 09/09/2022]; 14(2):52-66. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/synthesis.2021.64353>

36. Roberts D. Reproductive Justice, Not Just Rights. *Dissent* [Internet]. 2015 [citado em 09/09/2022]; 62(4):79-82. Disponível em: <https://doi.org/10.1353/dss.2015.0073>

37. Ross LJ et al. *Undivided rights: Women of color organize for reproductive justice*. Chicago: Haymarket Books; 2016. 376p.

38. Ross LJ et al. (Eds.). *Radical Reproductive Justice: Foundations, Theory, Practice, Critique*. New York: Feminist Press; 2018. 500p.

39. Gurr BA. *Reproductive justice: the politics of health care for Native American women* Rutgers University Press. New Brunswick, New Jersey and London; 2015. 192p.

40. Petchesky R, Corrêa S. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. *Physis: Rev. Saúde Coletiva* [Internet]. 1996 [citado em 09/09/2022]; 6(1-2):147-177. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73311996000100008>

41. Unnithan M, Pigg SL. Sexual and reproductive health rights and justice: tracking the relationship. *Culture, Health & Sexuality* [Internet]. 2014 [citado em 09/09/2022]; 16(10):1181-1187. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13691058.2014.945774>

42. Brandão ER, Cabral CS. Justiça reprodutiva e gênero: desafios teórico-políticos acirrados pela pandemia de Covid-19 no Brasil. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2021 [citado em 17/12/2022]; 25:e200762. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200762>

43. Bakhru TS. *Reproductive justice and sexual rights: transnational perspectives Thinking Transnationally*. 1 ed., New York, NY: Routledge; 2019. 276p. doi <https://doi.org/10.4324/9781315099408>

44. Collins PH, Bilge S. *Interseccionalidade*. 1.ed., São Paulo: Boitempo; 2020. 288p.

45. Kilomba G. *Memórias da plantação: Episódios de racismo cotidiano*. Rio de Janeiro: Cobogó; 2019. 249 p.

46. Crenshaw KW. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Estudos Feministas* [Internet]. 2002 [citado em 09/09/2022]; 10(1):171-188. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000100011>

47. Crenshaw KW. A interseccionalidade na discriminação de raça e gênero. *Cruzamento: raça e gênero*. Brasília: Unifem; 2004. p. 07-16. [citado em 09/09/2022]. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4253342/mod_resource/content/1/InterseccionalidadeNaDiscriminacaoDeRacaEGenero_KimberleCrenshaw.pdf

48. Hogan VK, Culhane JF, Crews KJ et al. The impact of social disadvantage on preconception health, illness, and well-being: an intersectional analysis. *Am J Health Promot*. [Internet]. 2013 [citado em 09/09/2022]; 27(3 Suppl):eS32-eS42. Disponível em: <https://doi.org/10.4278/ajhp.120117-qual-43>

49. Gonzales L. Primavera para as rosas negras: Lélia Gonzalez em primeira pessoa. *Diáspora Africana*: Editora Filhos da África; 2018. 476 p.
50. Carlomagno MC. Conduzindo pesquisas com questionários online: Uma Introdução às Questões Metodológicas. In Silva T et. al. (org). *Estudando cultura e comunicação com mídias sociais* [Internet]. Brasília: IBPAD; 2018 [citado em 17/12/2022]. p.31-55. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6423894/mod_resource/content/1/Pesquisas%20com%20question%C3%A1rios%20on%20line.pdf
51. Szwarcwald CL et al. ConVid - Pesquisa de Comportamentos pela Internet durante a pandemia de COVID-19 no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2021 [citado em 17/12/2022]; 37(3):e00268320. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00268320>
52. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* [Internet]. 2006 [citado em 09/09/2022]; 3(2):77-101. Disponível em: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
53. Gorayeb R et al. Caracterização clínica e psicossocial da clientela de um ambulatório de esterilidade. *Estud. psicol. (Campinas)* [Internet]. 2009 [citado em 20/10/2022]; 26 (3):287-96. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2009000300002>
54. Cwikel J et al. Psychological interactions with infertility among women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* [Internet]. 2004 [citado em 20/10/2022]; 117:126-131. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2004.05.004>
55. Felipe M, Tamanini M. Inseminação caseira e a construção de projetos lesboparentais no Brasil. *Revista Nanduty* [Internet]. 2020 [citado em 09/09/2022]; 8(12):18-44. Disponível em: <https://ojs.ufgd.edu.br/index.php/nanduty/article/view/15301> doi <https://doi.org/10.30612/nty.v8i12.15301>
56. Ril S. Experiências de gestação e parto de mulheres lésbicas e bissexuais. [Dissertação na internet]. Florianópolis, SC: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina; 2020 [citado em 20/10/2022]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/230878>
57. Santos JMS. Cuidados na infertilidade de mulheres negras tentantes: Uma análise interseccional [Monografia]. Salvador, BA: Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia; 2022. 99p.
58. Oliveira F. Feminismo, luta anti-racista e bioética. *Cad. Pagu.* [Internet]. 2009 [citado em 20/10/2022]; (5):73-107. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/1775>
59. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Presidência da República; 2016 [citado em 09/09/2022]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
60. Mattos RA. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2009 [citado em 09/09/2022]; 13(supl 1):771-80. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500028>

Como citar

Macedo U, Santana MDS, Chagas de Almeida MC, de Souza Menezes GMS, Santos JMS, Bonan C, dos Reis AP, McCallum CA, Pereira Rodrigues A, Franciscone MT, Chaves de Oliveira DC, Duarte NIG. Infertilidade, justiça reprodutiva e pandemia de COVID-19: reflexões sobre acesso e barreiras. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. 2023 out./dez.;12(4):33-50
<https://doi.org/10.17566/ciads.v12i4.1021>

Copyright

(c) 2023 Ulla Macedo, Maiara Damasceno da Silva Santana, Maria da Conceição Chagas de Almeida, Greice Maria de Souza Menezes, Jamile Mendes da Silva Santos, Claudia Bonan, Ana Paula dos Reis, Cecilia Anne McCallum, Andreza Pereira Rodrigues, Maria Theresa Franciscone, Débora Cecília Chaves de Oliveira, Nanda Isele Gallas Duarte.

