

# AS BARREIRAS DE ACESSO A MEDICINA REPRODUTIVA E OS IMPASSES DO DESEJO

Rafaela Paula Marciano  
Nara Siqueira Damaceno  
Waldemar Naves do Amaral

## RESUMO

De acordo com a WHO, a infertilidade afeta cerca de 48 milhões de casais em todo o mundo e cerca de 8 milhões de pessoas no Brasil. As tecnologias reprodutivas fornecem um campo privilegiado em possíveis articulações entre o feminino e o desejo de ter um filho. Considerando a importância social e psicológica da maternidade e da reprodução em nossa sociedade, a infertilidade pode afetar as esferas emocional, sexual e dos relacionamentos conjugais. Participaram do estudo 24 mulheres, acima de 35 anos, em tratamento para infertilidade em um centro de reprodução assistida de um hospital universitário. Os resultados apontam como barreiras de acesso o alto custo do tratamento, a longa permanência na fila de espera e o atraso no diagnóstico que pode, conseqüentemente, afetar o sucesso da reprodução assistida. Conclui-se que a não priorização da reprodução assistida nas políticas públicas exclui grande parte da população ao acesso a essas tecnologias visto que o desejo de constituir uma família ainda é presente na grande maioria das pessoas. Tal debate se faz necessário para consolidar os direitos reprodutivos das pessoas no âmbito do SUS, independentemente de sua condição socioeconômica, orientação sexual, estado civil, raça e cor.

**Palavras-chave:** Infertilidade, Técnicas reprodutivas, Psicanálise, Maternidade.

## BARRIERS TO ACCESS TO REPRODUCTIVE MEDICINE AND THE IMPASSES OF DESIRE

### ABSTRACT

According to the WHO, infertility affects approximately 48 million couples worldwide and approximately 8 million people in Brazil. Reproductive technologies provide a privileged field in possible connections between women and the desire to have a child. Considering the social and psychological importance of motherhood and reproduction in our society, infertility can affect the emotional, sexual and marital relationship spheres. The study included 24 women, over 35 years old, undergoing infertility treatment at an assisted reproduction center at a university hospital. The results indicate that the high cost of treatment, the long waiting list and the delay in diagnosis, which can consequently affect the success of assisted reproduction, are barriers to access. It is concluded that the failure to prioritize assisted reproduction in public policies excludes a large part of the population from accessing these technologies, since the desire to start a family is still present in the vast majority of people. This debate is necessary to consolidate people's reproductive rights within the SUS, regardless of their socioeconomic status, sexual orientation, marital status, race and color.

**Keywords:** Infertility, Reproductive techniques, Psychoanalysis, Maternity.

Recebido em 24 de julho de 2025. Aprovado em 18 de agosto de 2025

## INTRODUÇÃO

A World Health Organization (WHO, 2020) considera infértil um casal que mantém relações sexuais sem métodos contraceptivos durante 12 meses sem engravidar. De acordo com a WHO, a infertilidade afeta em torno de 48 milhões casais em todo o mundo e cerca de 8 milhões de pessoas no Brasil. Nesse sentido, a infertilidade é uma condição prevalente e representa importante problema social e de saúde pública.

As tecnologias reprodutivas fornecem um campo privilegiado em possíveis articulações entre o feminino e o desejo de ter um filho. O desejo por uma criança, porém, se sustenta no senso comum pelo pressuposto social de que é natural da mulher, já que esta é caracterizada pela sua capacidade de procriar. Braga e Amazonas (2005) pontuam que a demanda por um filho é então legitimada socialmente, tornando-a incontestável, inclusive pela medicina que faz de tudo para atendê-la.

A limitação imposta pela infertilidade aos casais que se deparam com a impossibilidade do desejo de dar continuidade à própria existência, através de um filho biológico, inclui elementos de ordem biológica e psíquica. Nesse sentido, Ribeiro (2012) sustenta que a infertilidade representa a uma ferida narcísica para esses casais, visto que a maternidade tem um importante valor social e uma intensa representação que a associa a determinação biológica feminina.

Segundo Costa, Stotz, Gynspan e Souza, (2006), os discursos sobre a gravidez e a maternidade as colocam como inerentes à constituição da identidade feminina e à sua plena realização como sujeito. Tais discursos sofrem influência do nível socioeconômico, da escolaridade e da cultura de determinada população. Nas camadas populares, por exemplo, a maternidade usualmente configura-se como projeto de vida, e em grupos sociais mais abastados, ela pode ser programada e dotada de recursos tecnológicos específicos para este fim. Nesse sentido, o meio social tem importância fundamental na determinação do papel feminino. O papel da mulher da classe média brasileira não se limita ao papel de mãe e estende-se também a outras atividades como os estudos e a realização profissional.

É inegável que os direitos sexuais e reprodutivos avançaram no Brasil, por meio das políticas públicas e dos movimentos sociais. A luta pela livre escolha da maternidade, como a contracepção livre e gratuita, rompe com a premissa que define a mulher pela maternidade, dissociando sexo de reprodução. Sequeira (2011) aponta que os métodos contraceptivos foram objeto de demanda dos movimentos feministas em um contexto de reforma do sistema de saúde e de luta pelo direito à saúde da mulher. Os direitos sexuais e reprodutivos foram incorporados pelo Estado e legitimados pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei do Planejamento Familiar nº 9.263 de 1996. No entanto, apesar de incluir os direitos reprodutivos no planejamento familiar, as Tecnologias Reprodutivas (TR) ainda não são prioridades nas políticas públicas.

As TR entraram no país através da iniciativa privada e seu desenvolvimento se deu pela lógica do mercado, em um contexto de falta de ação e monitoramento. Nesse sentido, os direitos reprodutivos não atingem de maneira uniforme as mulheres brasileiras. Segundo Mattar e Diniz (2012), há uma hierarquia reprodutiva cercada por relações de poder sobre sexualidade e reprodução, marcadas por desigualdades sociais, de raça, de gênero que ditam a maternidade socialmente aceita. A hierarquia reprodutiva é pautada no ideal social de maternidade, de sexualidade e do cuidado com os filhos, promovendo exclusão e discriminação. Os fatores determinantes da posição na pirâmide reprodutiva são raça, classe, idade e parceria sexual. Os fatores considerados negativos para essa classificação são, por exemplo, as mulheres não brancas; da classe baixa; tanto mais novas quanto acima de 35 anos; em relacionamento homoafetivo ou sem parceiro. Essas mulheres experimentam a maternidade com pouca

aceitação social e em piores condições, com menor cumprimento dos seus direitos em relação às mulheres que possuem características consideradas positivas.

Em 2005, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Portaria GM nº 426/2005 que trata da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida propõe ações para a efetivação da concepção, cujo direito já estava previsto na Lei do Planejamento Familiar. Por meio da portaria, o MS propõe a organização de uma linha de cuidados integrais e interdisciplinares, realizada por diferentes profissionais, tendo como porta de entrada a atenção básica (Brasil, 2005). O MS estabeleceu que os beneficiários da atenção fossem os casais inférteis e os portadores de doenças infectocontagiosas e doenças genéticas, ou seja, portadores de condições medicamente definidas, excluindo assim as pessoas inférteis por causas socioculturais, como por exemplo, as mulheres soltas e a população LGBTQIA+. No entanto, a Portaria GM nº 426/2005 foi revogada por falta de recursos, demarcando a não priorização dos direitos reprodutivos, excluindo, dessa forma, muitos usuários que dependem exclusivamente da saúde pública e ameaçando direitos constitucionais e os princípios do SUS.

Já o Conselho Federal de Medicina (Resolução nº 2.320/2022) estabelece normas que asseguram a igualdade ao admitir ser ético que pessoas casadas ou em união estável, solteiras, homossexuais ou heterossexuais sejam admitidas como usuárias das tecnologias de reprodução assistida. No entanto, após quase 40 anos do primeiro êxito com a fertilização *in vitro* no Brasil, a universalização de acesso às tecnologias reprodutivas continua disponível quase que exclusivamente no setor privado da Medicina.

Segundo os dados do IBGE referentes ao ano de 2019, 71.5% (150 milhões) da população brasileira depende do SUS. Considerando que existem quase 48 milhões de mulheres em idade reprodutiva (15 - 49 anos) no Brasil e cerca de 5 milhões de casais inférteis (SANTOS *et al.*, 2008; IBGE, 2012), é razoável supor que quase 3,6 milhões de mulheres inférteis dependem do sistema público de saúde para tratamento da infertilidade.

Enquanto a oferta pública dos procedimentos pelo SUS não é objeto de investimento governamental, as tecnologias foram chegando aos serviços públicos de saúde por meio de alguns hospitais universitários. Os poucos serviços públicos existentes foram criados por docentes que atuam com reprodução assistida na iniciativa privada e que estavam interessados em expandir o campo da pesquisa nessa área. No entanto, muitos desses serviços se estruturaram oferecendo assistência parcial pelo SUS, o que significa que os usuários precisam arcar financeiramente com parte dos custos do tratamento, como o uso das medicações para super estimular a produção ovariana (Sequeira, 2011; Makuch & Bahamondes, 2012).

Correa e Loyola (2015) pontuam que a não priorização das técnicas reprodutivas no âmbito do SUS cria e mantém uma barreira ao acesso de ordem econômica, ou seja, excluem-se aqueles que não podem pagar por medicamentos, procedimentos e serviços de reprodução assistida. Tendo em vista o valor social da reprodução humana, esta concentração da medicina reprodutiva no setor privado aprofunda desigualdades e vulnerabilidades de pessoas excluídas do acesso a essas tecnologias..

Nesse sentido, as tecnologias reprodutivas são um importante recurso para a efetivação dos direitos reprodutivos, com potencial de atender necessidades diferenciadas diante de pessoas inférteis, seja por causas biomédicas ou por razões socioculturais. Assim, tais técnicas podem transformar relações sociais, legitimando novos arranjos familiares, de filiação e de parentesco.

## Método

Este artigo é resultado de uma tese de doutorado que objetivou avaliar os aspectos emocionais de mulheres inférteis de diferentes níveis socioeconômicos e que estavam em tratamento de reprodução assistida. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética.

As mulheres que desejaram e concordaram em participar da pesquisa foram informadas dos princípios éticos e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Os dados foram coletados em um centro de reprodução assistida de um hospital universitário na cidade de Goiânia. Participaram do estudo o total de 24 mulheres inférteis, acima de 35 anos, em uso de tecnologias reprodutiva assistida de alta complexidade. As participantes foram entrevistadas com base em um roteiro semiestruturado, composto por dados sócio-demográficos (nome, idade, religião, escolaridade, renda familiar, profissão, número de gestação, número de filhos e fator de esterilidade), além dos eixos temáticos elaborados a partir do objetivo da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas individualmente, gravadas e transcritas na íntegra. Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo para descobrir os temas emergentes no material, significativos para o material analítico. Neste artigo, será apresentado o tema barreiras de acesso, ilustrado com alguns fragmentos dos discursos das participantes. As participantes foram identificadas pela letra inicial de Entrevistada seguida pelo número da entrevista (E + n.), a idade (anos = a), número de gestação (Gestação = g) e número de aborto (Aborto = a), tal como o exemplo: E1, 37a, G0A0.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

As participantes destacaram algumas barreiras de acesso ao serviço, tais como o alto custo do tratamento, o tempo na fila de espera para consulta e tratamento, o atraso no diagnóstico. Tais barreiras podem afetar negativamente a possibilidade e o sucesso do tratamento para os casais inférteis.

“Todo mundo da cidade sabia da minha vontade de ser mãe. E a enfermeira do meu PSF falou desse projeto que era pelos SUS e como a gente não tinha condição de fazer tratamento particular, ela disse que eu ia ser pelo SUS e eu ia ser encaminhada, aí faz o processo todo pelo SUS. Aí demos a entrada e o médico do PSF encaminhou e aguardamos 3 anos, aí eu já tinha até esquecido e tinham me esquecido, aí me chamou. Em 2018 eu fiz a 1ª consulta e os exames iniciais e pela avaliação eles indicaram esse método e eu fui para a fila da FIV e aguardei um ano. Aí fui chamada novamente” (E8, 39a, G1A1).

“Aí com um ano de casado a gente já começou a tentar. Só aqui no Hospital XXX já tem dois anos e que a gente tá tratando, já fez inseminação e não deu certo e agora esse mês vamos fazer a fertilização” (E1, 37a, G0A0).

“O processo é longo, assim, foram dois anos na fila e depois que chamou, mais um ano para FIV, né. Então assim, a gente fica sensível, né. Então assim, já semana passada eu já chorei bastante, porque tipo assim, parece que quando a gente chora, a gente põe um pouco pra fora” (E12, 38a, G0A0)

Tais achados corroboram com o estudo de Makuch e Bahamondes (2012) que pontua o desafio dos casais ao acesso dos serviços de infertilidade no Brasil. O acesso ao diagnóstico e tratamento precoce da infertilidade contribui para garantir o direito de mulheres e homens de decidir quando ter filhos e para permitir que casais inférteis tenham pelo menos um filho biologicamente relacionado. Tavares et al (2024) destacam ainda, em consonância com o exposto pelas participantes, o desgaste psicológico no enfrentamento da infertilidade, sendo necessário refletir a respeito de oferecer não apenas a RHA, mas um suporte holístico. Como características do sofrimento diante da infertilidade caracteriza-se o estresse, sintomas ansiosos e depressivos, vergonha e principalmente o autocrítico (Alves; Santos; Pedro, 2023).

Farinati e Montagnini (2018), afirmam que, ainda hoje, ter filhos está associado ao ideal de felicidade de muitos casais. Dessa forma, a infertilidade fragiliza e causa sofrimento para aqueles que se deparam com obstáculos para procriação. Além da infertilidade, o atraso no diagnóstico, o longo tempo de espera para a consulta inicial, bem como para o procedimento de reprodução assistida constituem alguns desses obstáculos.

Algumas mulheres buscaram informações, foram atrás de seus direitos para garantir o acesso ao serviço e diminuir o tempo na fila de espera, já que estavam correndo contra o tempo devido ao relógio biológico.

“Aí fiz uma consulta, o médico me ‘descrençou’ (...). Eu falei: ‘não, me passa um encaminhamento aí, deixa que eu me viro.’ Fiz agendamento, só que aí esse agendamento nunca acontecia, nunca me ligavam e eu tava totalmente desinformada com relação ao tempo de espera. E aí eu comecei a ligar em todo mundo, falei ‘não, não tá acontecendo. Já quero que aconteça. É pra acontecer, então vamos. Consulta, exames...’ comecei a ligar em todo mundo, Secretaria da Saúde, Secretaria não sei o que, e foram me encaminhando” (E19, 38a, G2A2).

“Eu comecei em 2017. Porque foi quase um ano depois. Eu comecei os procedimentos assim que eu perdi, né?! O último foi em novembro de 2016, mas aqui demora um pouco pra chamar. Eu tive que fazer uma coisa meio radical. Eu vim, a médica do posto me encaminhou e o SAMU nada de responder, isso já tinha uns 4 meses. Eu passei um dia inteiro no SAMU querendo ver meu prontuário, onde eu estava na fila, porque tinha que ter transparência. No outro dia me chamaram. Eu passei o dia inteiro lá esperando o responsável. Eu falei “não vou sair daqui, não arredo o pé e ele tem que me mostrar. Alguma coisa ele tem que fazer”. Ele ficou o dia todo na reunião e eu já tava me preparando pra passar o segundo dia lá, ele veio, aí me ligaram marcando consulta, três meses depois” (E5, 35a, G3A3).

O tempo na fila de espera representa uma outra dificuldade, pois a maioria das mulheres que procura os serviços de reprodução tem mais de 35 anos, e, conseqüentemente, uma diminuição acentuada da fecundidade, reduzindo as chances de sucesso do tratamento.

A principal barreira encontrada foi o alto custo das tecnologias reprodutivas, visto que as participantes precisavam arcar com as medicações utilizadas para super estimular a produção ovariana. *"Não é fácil. Isso não é algo acessível a todo mundo, deveria ser mais acessível. Acompanho pessoas e o sonho delas é irreal para elas, é dinheiro demais nessa crise"*. (E25, 41a, G1A0). O custo das medicações representa uma forma de desigualdade social e caracteriza uma importante barreira para quase todos os casais de baixo renda, visto que o custo do tratamento é quase o dobro da renda mensal das famílias brasileiras.

“Tudo bem que aqui é um centro de pesquisa, que tem a integração com a universidade, mas que a gente paga o material e tudo e eles fazem isso por conta própria, porque o governo mesmo... isso é um problema de saúde pública, a infertilidade. Que não é vista assim, né. E aí é uma questão nossa de mulheres que buscamos o tratamento deveria ser mais bem assistido. Até melhor para os médicos que estão aqui formando” (E18, 38a, G2A1).

“Uai, financeiramente é muito caro, é muito caro mesmo. O que a gente está fazendo agora e teve o primeiro. No primeiro, as medicações tinham que tomar toda semana, tudo dá uns 20 mil reais. Esse é o dobro, vai ficar uns 40 mil reais, então os dois dá mais de 60 mil reais. Fora os que eu fazia com o outro médico, fertilização. É um dinheiro muito alto. Pra quem vai fazer só na inseminação não é tão caro não, parcela em 3 vezes, consegue, mas não é fácil não, é um tratamento muito caro” (E28, 38a, G1A0).

“Eu, é o que eu falo pro meu marido 'nós vamos tentar né?'. É um gasto, a gente gasta, gasta o que você não tem, entendeu? Porque é nós dois trabalhando, meu marido trabalha de motorista, eu trabalho na casa de uma pessoa e nós junta nosso dinheirinho pra fazer, mas nós vamos fazer

e pedir à Deus pra dar certo, mas se Deus não quiser também o que que nós pode fazer né? Ai também não pode fazer nada, tem que conformar viver a vida do jeito que nós 'tamo' levando né? Quase doze anos esperando” (E17, 38a, G2A1).

“Mas assim, procurar reprodução assistida foi a partir de 2015, porque as condições não permitiam, financeiras, né? E agora também não permite, mas agora tá bem melhor que a gente tá na nossa casa e antes a gente morava de aluguel então assim, era bem mais complicado” (E15, 36a, G0A0).

“A gente não tem estabilidade financeira tão boa, a gente não tem casa própria, a gente não tem carro. Nem todo mundo vai aceitar e achar que você tá fazendo a coisa certa. Muitos vão ser contra, né? Dizer ‘ah, a pessoa ainda é pobre, não tem estabilidade financeira, pra que ter filho num tempo desse?’” (E24, 39a, G3A1).

O tratamento para infertilidade é um processo longo e árduo que, muitas vezes, gera ausências recorrentes no trabalho. Nesse sentido, além dos gastos financeiros e a longa fila de espera, o tratamento para infertilidade também resultou em outras perdas, como a perda do emprego relatada por uma das participantes:

*“Eu perdi até emprego por causa do tratamento. Foi no começo do tratamento. Ano passado eu trabalhava fixo, tinha 4 anos na empresa, falei que estava fazendo tratamento e que eu tinha que me ausentar pra fazer o tratamento, principalmente nessa fase agora. Ele disse ‘não, você pode ficar tranquila, a empresa não vai te dispensar por causa disso não’, e eu falei ‘será? Uma empresa não pode ver uma grávida que já dispensa’ e não deu outra. Eu tirei férias ano passado em fevereiro e em março já estava com a dispensa. Está vendo como é? Ele veio com uma desculpa mais besta, mas eu me dei conta que era por conta do tratamento. E eu tinha pedido tanto pelo plano de saúde, porque os exames são caros. Eu tinha plano de saúde da Unimed né. Eu falei ‘vou precisar muito’, foi tudo muito conversado pra depois vim aquele período foi um baque. Se fosse naquele momento de fazer a FIV eu ia ficar baqueada. Então financeiramente eu tenho que esperar pelo marido”* (E16, 40a, G0A0).

Os resultados da pesquisa mostraram que o diagnóstico e o início do tratamento demandaram uma grande dificuldade de acesso ao especialista em reprodução humana. As pacientes foram encaminhadas tardiamente para fazer o tratamento da infertilidade e ainda tiveram que lidar com o tempo na fila de espera e com os gastos exorbitantes do tratamento.

“Em 2015, nós decidimos aí eu vi a... na verdade nós tinha a ideia, mas era muito caro pra fazer particular, aí vi a reportagem no Jornal XXX sobre o Hospital XXX, aí eu liguei aqui, pesquisei o nome na internet, liguei, aí eles pegou e me falou que era só pelo encaminhamento na minha cidade, aí eu peguei o encaminhamento, levei, só que aí levou 11 meses pra sair a primeira consulta e aí foi daí pra cá que a gente já vem fazendo o tratamento, foi onde decidi fazer” (E21, 42a, G3A1).

“Aí eu fui no meu médico ele passou uma lista de médicos particulares que faziam aí fui pesquisar o preço e falei ‘impossível né’, não sabia do Hospital XXX. Aí foi difícil, chorei muito com meu esposo e acabou, né. Aí passou uns dias uma sobrinha nossa falou ‘não, tem o Hospital XXX, parece que eles fazem’, aí já renasceu a esperança de novo, né. Aí nós viemos e tudo, aí quando falou que eram dois anos de fila aí foi outro baque. Aí no dia que a gente terminou de fazer os exames tudo que ficou pronto pra fazer a fertilização, aí eu tinha que entrar na fila, aí o médico falou que tinha sido contratado mais um médico e a fila caiu de dois anos pra um ano, no meu caso 11 meses, aí já me animei. Mas nesse período de espera muita coisa e a gente pensa assim...eu tô tendo que fazer tratamento psicológico né? (E22, 40a, G0A0).

Uma das participantes aponta outra dificuldade nos serviços públicos que foi a falta de informações sobre o tratamento e a qualidade do atendimento médico recebido:

“É a primeira experiência minha com o SUS e eu vou te falar que não é experiência agradável não. Eu recusei até ser atendida por um médico porque ele é o dono da razão, ele sabe tudo, ele critica os outros médicos, ele disse que eu não tinha trombofilia sendo que já tinha passado por três médicos particulares, ele me mandou pro hematologista que pediu exames caríssimos que eu fiz e deu novamente. Aqui não fala nada, se não perguntar eles não falam nada” (E23, 37a, G0A0).

O fortalecimento das políticas e ações que garantem o acesso às técnicas de RHA é algo que se apresenta como uma estratégia urgente. As barreiras enfrentadas tanto em relação ao acesso aos dispositivos em saúde quanto aqueles relacionados a aspectos sócio-demográficos foram acentuadas em período pandêmico segundo Macedo et al (2023). De acordo com os autores, o contexto político brasileiro no período pandêmico contribuiu para a exclusão da população infértil principalmente em relação a orientação sexual, por exemplo, não havendo assim programas de abrangência nacional para tratamento da infertilidade (Macedo et al, 2023).

Outra barreira identificada pelas participantes foram as diversas tentativas do tratamento, que incluem mais gastos, e que, muitas vezes, levam ao fracasso.

Tentativas... sim, teve várias tentativas. Eu já fiz o coito programado, eu já fiz a inseminação particular em 2015 que não teve sucesso e fui fazendo acompanhamento com médico. A minha jornada tem dez anos, eu nunca fiquei sem tá no médico. Sempre eu ia. Mas assim, procurar reprodução assistida foi a partir de 2015, porque as condições não permitiam, financeiras, né? E agora também não permite, mas agora tá bem melhor que a gente tá na nossa casa e antes a gente morava de aluguel então assim, era bem mais complicado. Então 2015 fizemos uma tentativa de inseminação artificial, particular, em 2018 aqui no XXX nós fizemos uma inseminação que não teve sucesso e 2019 nós fizemos uma FIV com ICSI particular que também que não resultou no sucesso. E agora estou aqui no que chegou meu mês, né, pra fazer, tentar a fertilização aqui no XXX (E15, 36a, G0A0).

Além dos gastos do tratamento que poderiam levar ao fracasso, as participantes também se preocupavam com os gastos que teriam com a criança, caso o tratamento fosse bem-sucedido.

“A gente veio procurar particular, porque já tinha andado e pra ver como é que é, se a gente conseguia pagar, então a gente veio, andou. Aí na época a gente não conseguia porque ficava muito caro. A gente foi olhar um preço caríssimo, quando a gente falou assim ‘não, não damos conta’. E não tem condição, porque depois vamos ter o neném e depois não tem condição de receber ele se chegar a nascer. Então isso foi uma sensação muito ruim, na época. Muito, mas muito mesmo. Aí a gente trabalhou isso mais de 5 anos, nesse projeto assim ‘não, a gente vai trabalhar, a gente vai juntar e vai conseguir, quando for na época dá certo’. Aí saiu pelo SUS que já foi uma, como se diz, que já gasta um pouco porque a gente mora no interior, mas já foi uma bênção” (E2, 36, G2A0).

Olha, aí eu fui no particular que eu pensava que não era nada, aí fui porque ia resolver rapidinho. Aí descobriu isso. De lá a doutora falou que ficava em torno de 25 a 30. Pensei assim ‘nossa, não tem condição pra isso’. Imagina se gasta isso e depois não dá em nada. E depois vai que dá certo e você ainda tem que ter, ainda tem que cuidar da criança?! Não vai ter condição disso, tem que ter muito dinheiro” (E14, 35a, G0A0).

Apesar das dificuldades de acesso ao tratamento, a esperança do sucesso da procriação e de ter um filho parece, no imaginário dessas mulheres, recompensar todo o sacrifício.

“Uai, é muito difícil, né porque a gente tem que gastar muito, né, mas eu acho assim que Deus vai dar força pra nós. Dá recurso pra gente arrumar o dinheiro pra gente comprar as coisas. Eu sei que vai ser uma batalha, vai ser um gasto, mas vai ser um gasto que vai ter felicidade depois. Pra nós vai ser uma felicidade muita, porque o que a gente vai gastar não vai ser a metade do que a gente vai receber depois” (E10, 40a, G1A0).

Badinter (1985) discute a questão da maternidade sendo construída como o ideal máximo da mulher e representava um caminho para alcançar a plenitude e a realização da feminilidade, por meio da abnegação e do sacrifício. Nesse sentido, o conceito de maternidade pressupõe um discurso social em que está implícita uma imagem feminina vinculada a sofrimentos e sacrifícios, que se apoiam na promessa de uma recompensa: o amor e a felicidade materna. Esse ideal ainda está presente em nossa sociedade e nos discursos das participantes.

Alguns estudos (Okonofua, 1996; Hamberger; Janson, 1997; Nachtigall, 2006 como citado em Makuch; Bahamondes, 2012) apontam como barreiras no setor público, que dificultam o acesso de casais inférteis a reprodução humana assistida, a falta de serviços oferecidos no SUS e a falta de recursos alocados aos cuidados de infertilidade, visto que os casais tinham que arcar com o custo de todas as medicações. Os autores apontam como as principais barreiras dos pacientes inférteis os custos dos procedimentos, a fila de espera e a burocracia envolvida no acesso ao serviço. Tais achados corroboram com os dados desta pesquisa.

Makuch e Bahamondes (2012) pontuam que a inexistência dos serviços públicos de reprodução assistida pode ser justificada pelo fato de que existem outros problemas de saúde urgentes e com risco de vida a serem tratados, incluindo morbidade e mortalidade materna, vacinação, malária, dengue, febre amarela e o arsenal de medicamentos necessários para as pessoas que vivem com HIV e AIDS. Além disso, os cuidados com infertilidade, particularmente as tecnologias de alta complexidade, exigem equipamentos caros e profissionais treinados em um cenário de restrições orçamentárias. A assistência em RHA encontra-se em detrimento às demais demandas de saúde pública pois exige complexidade tecnológica e de formação profissional assim como grande investimento, de modo que há previsão de que seja necessário um investimento de aproximadamente 16 milhões para o primeiro ano de implantação deste tipo de serviço (Entringer et al 2023). Porém apesar das dificuldades, de acordo com Agência Nacional de Vigilância Sanitária, o número de fertilizações *in vitro* apresenta-se crescente, mostrando um crescimento que ultrapassou 800 ciclos em 2019 (Brasil, 2020).

As barreiras no setor público que dificultam o acesso de casais inférteis a RHA foram a falta de oferta desses serviços pelo SUS, a falta de recursos alocados aos cuidados de infertilidade, e o alto custo do tratamento, visto que os casais tinham que arcar com as medicações. A demora no encaminhando ao serviço especializado e a longa fila de espera também foram destacadas como barreiras que podem contribuir com o fracasso do tratamento, especialmente associado à idade materna tardia.

O alto custo financeiro do tratamento foi a principal barreira de acesso encontrada pelas participantes que dependiam exclusivamente do SUS. Os serviços de RHA, no Brasil, são, em sua maioria, destinados à classe média alta e à classe alta, e não atendem às condições sócio-econômicas da maioria da população brasileira, aumentando as desigualdades sociais.

## CONCLUSÃO

A infertilidade provoca uma reabertura da ferida narcísica, alterando as funções vitais do sujeito, produzindo uma série de sintomas e muitas vezes prejudicando relacionamentos sexuais, conjugais, sociais, profissionais e familiares. Além disso, evidenciou-se que os casais inférteis que dependem do SUS enfrentam o desafio de acesso aos serviços de RHA e o atraso no diagnóstico que podem afetar negativamente a possibilidade de sucesso do tratamento.

A principal barreira encontrada foi o alto custo das tecnologias reprodutivas. Os poucos serviços existentes no Brasil, localizados em universidades públicas, se estruturam oferecendo assistência parcial pelo SUS, o que significa que os usuários precisam arcar financeiramente com parte dos custos do tratamento, como o uso das medicações para superestimular a produção ovariana. Além do alto custo econômico, os procedimentos de reprodução assistida podem ser extremamente desgastantes do ponto de vista físico e psicológico.

A falta de serviços de reprodução assistida na rede pública, bem como a falta de recursos alocados aos cuidados de infertilidade constituem-se como importantes barreiras de acesso a milhares de casais inférteis brasileiros. Além disso, a longa fila de espera para a consulta inicial, bem como para o procedimento de reprodução assistida, produzem um sofrimento emocional adicional e, em muitos casos, principalmente no caso de mulheres mais velhas, uma possibilidade reduzida de sucesso.

Conclui-se que a não priorização da reprodução assistida nas políticas públicas exclui grande parte da população ao acesso a essas tecnologias, visto que o desejo de constituir uma família ainda é presente na grande maioria das pessoas. Tal debate se faz necessário para consolidar os direitos reprodutivos das pessoas no âmbito do SUS, independentemente de sua condição socioeconômica, orientação sexual, estado civil, raça e cor.

## REFERÊNCIAS

ALVES, M.; SANTOS, S.; PEDRO, J. Autocriticismo como mediador entre estress de infertilidade e a sintomatologia ansiosa e depressiva em mulheres. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*. v. 9, n. 2, 2023.

BADINTER, Elisabeth. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BRAGA, M. G. R.; AMAZONAS, M. C. L. A. Família: maternidade e procriação assistida. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 10, n. 1, p. 11-18, 2005.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 13º Relatório do SisEmbryo. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2020/divulgado-relatorio-sobre-producao-nacional-de-embrioes> Acesso em: 8 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 426, de 22 de março de 2005. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 22 mar. 2005. Disponível em: <https://www.in.gov.br>. Acesso em: [coloque a data de acesso].

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução nº 2.320/2022*. Adota normas éticas para a utilização de técnicas de reprodução assistida. Brasília, 2022.

CORRÊA, M. C. D. V.; LOYOLA, M. A. Tecnologias de reprodução assistida no Brasil: opções para ampliar o acesso. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 753-777, 2015.

COSTA, T.; STOTZ, E. N.; GRYNSPAN, D.; SOUZA, M. C. B. Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. *Interface* (Botucatu), Botucatu, v. 10, n. 20, p. 363-380, 2006.

ENTRINGER, A. P.; SEQUEIRA, A. L.; RUSSOMANO, F.; SYDRÔNIO, K.; NOGUEIRA, C. O.; GOMES, M. A. S. M.; PINTO, M. Análise de custo de um centro de reprodução humana assistida no Sistema Único de Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. v. 33, e33080, 2023.

FARINATI, D. M.; MONTAGNINI, H. M. L. Vivências e desfechos da reprodução assistida. In: AVELAR, C.; CAETANO, J. P. J. (org.). *Psicologia em reprodução humana*. São Paulo: SBRH, 2018.

MACEDO, U.; SANTANA, M. D. S.; ALMEIDA, M. C. C.; MENEZES, G. M. S.; SANTOS, J. M. S.; BONAN, C.; REIS, A. P.; MCCALLUM, C. A.; RODRIGUES, A. P.; FRANCISCONE, M. T. Infertilidade, justiça reprodutiva e pandemia de COVID-19: reflexões sobre acesso e barreiras. *Cad. Ibero-amer. Dr. Sanit.* v. 12, n. 4, 2023.

MAKUCH, M. Y.; BAHAMONDES, L. Barriers to access to infertility care and assisted reproductive technology within the public health sector in Brazil. *Facts, Views & Vision in ObGyn*, v. 4, n. 4, p. 221-226, 2012.

MAKUCH, M. Y.; PETTA, C. A.; OSIS, M. J.; et al. Low priority level for infertility services within the public health sector: a Brazilian case study. *Human Reproduction*, v. 25, n. 2, p. 430-4355, 2010.

MAKUCH, M. Y.; SIMÔNIA, P. K.; PETTA, C. A.; et al. Inequitable access to assisted reproductive technology for the low-income Brazilian population: a qualitative study. *Human Reproduction*, v. 26, n. 8, p. 2054-2060, 2011.

MATTAR, L. D.; DINIZ, C. S. G. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdade no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 16, n. 40, 2012.

RIBEIRO, M. *Infertilidade e reprodução assistida: desejando filhos na família contemporânea*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

SANTOS, I. S.; UGÁ, M. A. D.; PORTOS, M. The public-private mix in the Brazilian health system: financing, delivery and utilization of health services. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 5, p. 1431-1440, 2008.

SEQUEIRA, A. L. T. *Potencialidades e limites para o desenvolvimento de uma política de atenção em reprodução humana assistida no SUS*. 2011. Tese (Doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, 2011.

TAVARES, L. L.; FERREIRA, C. M.; OLIVEIRA, M. C. B.; LOPES, M. C. R.; VIEIRA, M. P. D. Tratamento da infertilidade com fertilização In Vitro. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*. v. 10, n. 4, 2024.