

Bioética nas adversidades do acesso ao tratamento de infertilidade

Drauzio Oppenheimer^{1,2}, Christiane Peres Caldas², Francisca Rego², Rui Nunes²

1. Faculdade de Medicina de Itajubá. Itajubá/MG, Brasil. 2. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Resumo

Casais inférteis enfrentam barreiras no acesso a cuidados médicos especializados, levando a um movimento que busca a igualdade no acesso a tratamentos de infertilidade. Identificar as questões éticas envolvidas e entender como ocorrem as discussões sobre justiça na prestação de tratamento médico de infertilidade é importante. Uma revisão da literatura foi realizada usando as bases de dados Web of Science, PubMed e Google Scholar. Em geral, os artigos mostraram que a maioria dos países não atende aos requisitos éticos de justiça distributiva. Os artigos apontaram barreiras para o acesso e resistência que existem na aceitação da infertilidade como um problema de saúde. Demonstraram, ainda, o sofrimento causado pela infertilidade e a urgência de colocar em prática conceitos éticos para que soluções possam ser adotadas. Um debate ético que alcance a provisão de bem-estar para todos pode melhorar a saúde e o sentimento de justiça por parte dos profissionais de saúde e formuladores de políticas.

Palavras-chave: Acesso à saúde. Bioética. Infertilidade. Reprodução humana. Direitos reprodutivos.

Resumen

Bioética en las adversidades del acceso al tratamiento de infertilidad

Las parejas infértiles se enfrentan a obstáculos para acceder a cuidados médicos especializados, lo que ha dado lugar a un movimiento que busca la igualdad de acceso a los tratamientos de la infertilidad. Es importante identificar las cuestiones éticas implicadas y comprender cómo se producen los debates sobre la justicia en la prestación de tratamientos médicos de la infertilidad. Se realizó una revisión bibliográfica utilizando las bases de datos Web of Science, PubMed y Google Scholar. En general, los artículos mostraron que la mayoría de los países no cumplen los requisitos éticos de la justicia distributiva. Los artículos señalaban las barreras de acceso y la resistencia a aceptar la infertilidad como un problema de salud. También demostraron el sufrimiento causado por la infertilidad y la urgencia de poner en práctica conceptos éticos para poder adoptar soluciones. Un debate ético que consiga proporcionar bienestar a todos puede mejorar la salud y el sentido de la justicia por parte de los profesionales sanitarios y los formuladores de políticas.

Palabras clave: Acceso a la salud. Bioética. Esterilidad. Reproducción humana. Derechos reproductivos.

Abstract

Bioethics in the adversities of access to infertility treatment

Infertile couples face barriers in access to specialized medical care, leading to a movement that seeks equality in access to infertility treatments. Identifying the ethical issues involved and understanding how discussions about justice occur in the provision of medical infertility treatment is important. A literature review was conducted using the Web of Science, PubMed, and Google Scholar databases. In general, articles showed that most countries do not meet ethical requirements of distributive justice. Articles pointed to barriers to access and resistance that exists in accepting infertility as a health problem. They also demonstrated the suffering caused by infertility and the urgency of putting ethical concepts into practice so that solutions may be adopted. In conclusion, an ethical debate that achieves provision of well-being for all can improve health and the feeling of justice on the part of health professionals and policy makers.

Keywords: Access to health. Bioethics. Infertility. Human reproduction. Reproductive rights.

Declararam não haver conflito de interesse.

Desde 2009, a Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica a infertilidade como uma doença e um problema de saúde pública global¹ que pode afetar aproximadamente 15% dos casais em idade reprodutiva², gerando angústia e estresse inespereados³. Em todo o mundo, casais enfrentam várias barreiras ou impedimentos para acessar cuidados médicos especializados e tratamentos de fertilidade⁴, levando a discussões e mobilizações que buscam justiça distributiva e igualdade de acesso a centros médicos e tratamentos de reprodução humana assistida.

Vários países carecem de uma lei específica sobre o direito ao tratamento de infertilidade, no entanto, o conceito de justiça reprodutiva é baseado em quatro princípios fundamentais, um dos quais prevê o direito de todos a ter filhos⁵. Um artigo publicado pela Sociedade Europeia de Reprodução Humana e Embriologia (ESHRE) em 2008 afirma que o direito à igualdade de acesso aos cuidados básicos de saúde é essencial para garantir que todos tenham uma gama de oportunidades de cuidados médicos, independentemente de sua renda ou recursos financeiros⁶. O artigo também afirma que o fator mais importante que causa disparidade no acesso aos cuidados de saúde é a capacidade de um indivíduo pagar por eles⁶.

Destaca-se a conduta médica baseada em princípios éticos: respeito à autonomia de escolha, beneficência, não maleficência e, especialmente nesse contexto, justiça⁷. O princípio da justiça garante aos pacientes um acesso justo e equitativo aos serviços de saúde disponíveis⁸. Além disso, a ética e o biodireito devem acompanhar os avanços da medicina reprodutiva para possibilitar uma conduta humanista e o respeito aos direitos. Ética e biodireito lembram-nos que o tratamento na área da saúde deve se sobrepor a qualquer finalidade lucrativa e priorizar o bem-estar⁹.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 declara os direitos fundamentais de todos os brasileiros e os princípios básicos de acesso aos direitos à saúde, especialmente no art. 1º, III e no art.196, que se referem às políticas sociais, à dignidade humana e à promoção da saúde como direito de todos e dever do Estado, respectivamente, garantindo a igualdade de acesso aos serviços de saúde e a justiça social¹⁰. Além disso, a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo em 1994, reconheceu que fornecer tratamentos de reprodução assistida para

casais inférteis em países com poucos recursos é um direito reprodutivo, além de reconhecer os direitos reprodutivos como direitos humanos^{11,12}.

No entanto, apesar de milhões de casos bem-sucedidos de tratamento de reprodução assistida e sua evolução médica e tecnológica, é importante notar a impossibilidade ou dificuldade de acesso vivida por muitos casais inférteis, especialmente em países em desenvolvimento ou regiões mais pobres¹¹. Assim, verifica-se que, apesar do reconhecimento, ainda que insuficiente, do direito à saúde reprodutiva e ao planejamento familiar, muitos casais ainda enfrentam a falta de oportunidade – seja de natureza financeira, social, de comunicação ou de localização – de acessar o tratamento da infertilidade e se tornarem pais.

Ao investigar as diferentes circunstâncias em que vivem as populações, um estudo publicado em 2017 confirmou a necessidade de propor ferramentas para alcançar serviços de saúde de qualidade considerando os recursos disponíveis em uma comunidade específica. Além disso, os governos devem assumir a dificuldade em proporcionar o direito ao mesmo estado de saúde para todos, dadas as diferentes conjunturas, como condições familiares, sociais e econômicas¹³.

Promover o direito universal de acesso à saúde ainda é um desafio e é inviável idealizar o direito aos serviços de tratamento de infertilidade para todos os indivíduos sem observar as particularidades de uma comunidade e sem envolver aspectos bioéticos, uma vez que o direito fundamental à procriação está baseado em sólidos conceitos morais e éticos¹⁴. Portanto, torna-se de suma importância identificar as questões éticas envolvidas e entender como as discussões e a conscientização sobre a justiça de fornecer cuidados médicos e oportunidades de tratamento para casais inférteis em todo o mundo estão evoluindo.

Método

A pesquisa bibliográfica foi realizada no período de abril a junho de 2023, sobre o tema “bioética nas adversidades do acesso à reprodução humana assistida”, utilizando as bases de dados Web of Science, PubMed e Google Scholar, capítulos de livros e sites de organizações e sociedades relevantes. Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) utilizados foram bioética, infertilidade,

disparidade em saúde, iniquidade em saúde, direitos à saúde e serviços de saúde reprodutiva. Os critérios de inclusão consistiram em artigos publicados após 1980 em inglês ou português.

Revisão da literatura

O ponto principal deste estudo, além de enaltecer a importância de elencar as questões éticas para a superação das adversidades do acesso médico encontradas pelas pessoas com infertilidade, é expor a necessidade de manter a discussão ética atualizada e fortalecida.

Estudos afirmam que a incidência de infertilidade tem aumentado, principalmente nos países em desenvolvimento⁴, atingindo 30% de taxa de infertilidade em algumas populações¹⁵. A alta prevalência de infertilidade em certas regiões pode sugerir problemas ambientais e de estilo de vida que afetam a fertilidade da população local e/ou disparidades no acesso a médicos especialistas¹⁶.

Pesquisas sobre como indivíduos em países desenvolvidos e em desenvolvimento acessam tratamentos de infertilidade mostram que a maioria dos países não cumpre a exigência ética de justiça distributiva e não oferece financiamento público para tratamento de infertilidade. No entanto, mesmo em países como o Reino Unido, onde o tratamento médico é financiado pelo Estado e disponível no Serviço Nacional de Saúde (National Health Service – NHS)¹⁷ e formuladores de políticas consideram a infertilidade uma doença, alguns discursos ainda discordam dessa posição¹⁸, e outros veem a infertilidade apenas como um fracasso reforçado pela pressão social e cultural para ter filhos¹⁹. Mas muitos artigos atestam que, para muitas mulheres e homens, a infertilidade não é simplesmente sobre a impossibilidade de ter filhos; ao contrário, indica um projeto de vida interrompido, causando sofrimento psíquico e um sentimento de incapacidade de atingir a expectativa primária de vida²⁰⁻²².

A *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos* proclama como um de seus objetivos *promover o acesso equitativo aos desenvolvimentos médicos, científicos e tecnológicos, bem como o maior fluxo possível e o rápido compartilhamento de conhecimentos sobre esses desenvolvimentos e a repartição de benefícios, com atenção especial às necessidades dos países em desenvolvimento*²³. A *Declaração Universal dos Direitos Humanos*

afirma, no art. 16.1, que *homens e mulheres maiores de idade, sem qualquer limitação de raça, nacionalidade ou religião, têm o direito de se casar e constituir família*, enquanto o art. 25 inclui o direito à assistência médica²⁴. O tratamento de infertilidade é, portanto, considerado uma questão de direitos humanos, mas, na prática, sua inclusão como cobertura obrigatória geralmente depende de justificativas²⁵.

Além disso, estudos apontam o acesso desigual a tratamentos de reprodução assistida ou mesmo à primeira consulta com um especialista em fertilidade por motivos como: (1) localização: países ou estados menos desenvolvidos; (2) financeiro: a saúde pública não oferece tratamentos mais caros; (3) disparidades raciais e étnicas^{15,26}; e (4) falta de revelação ou comunicação: os casais permanecem ignorantes sobre o problema de saúde e a possibilidade de tratamento. Sendo assim, o tratamento de reprodução assistida está ausente ou inacessível para muitos casais inférteis em todo o mundo.

Um artigo de 2021 afirma que as tentativas de promover o acesso equitativo a serviços médicos e tratamentos de infertilidade não são poucas, incluindo ações da Organização das Nações Unidas (ONU)²⁴, da OMS e de uma declaração do Centro de Controle de Doenças dos EUA (CDC) que coloca o diagnóstico e o tratamento da infertilidade como uma prioridade nacional de saúde pública²⁷. No entanto, os tratamentos para infertilidade são frequentemente interpretados como eletivos, algo reforçado pela resistência em entender a infertilidade como um problema de saúde.

Evidentemente, devido aos avanços na medicina reprodutiva que permitem que casais ou um indivíduo tenham filhos, muitas linhas de pensamento não consideram todas as causas de infertilidade como uma doença. Maung afirma que esse argumento é importante para um debate médico, ético e filosófico, pois indica que o problema com a infertilidade é sua categorização heterogênea e as divergências sobre quais tipos de infertilidade são classificados como uma doença¹⁸.

Em contraste com a resistência, Rutstein e Iqbal mostraram como a maioria dos casos de infertilidade decorre da incapacidade de conceber um bebê saudável ao analisar informações de 47 pesquisas demográficas e de saúde realizadas em países em desenvolvimento e estimar que, em 2002, mais de 186 milhões de mulheres casadas em idade reprodutiva tinham infertilidade primária ou

secundária²⁸. Além da importância do bem-estar geral para a saúde, o bem-estar pode até estar associado à realização da maternidade e/ou paternidade, inúmeras outras causas podem levar casais a necessitarem de tratamento de reprodução assistida, como tentar evitar o nascimento de uma criança com uma doença genética específica⁶.

Organizações e profissionais médicos se esforçam para cumprir os direitos dos casais inférteis e reduzir as barreiras ao acesso, estendendo os tratamentos de fertilização de baixo custo para situações com poucos recursos¹⁶. Na Europa e na América do Norte, por exemplo, o movimento de fertilização *in vitro* de baixo custo, baseado na definição de justiça reprodutiva, busca superar barreiras e levar tratamentos de fertilização de baixo custo para regiões com recursos limitados⁴. No entanto, as políticas públicas devem assumir a infertilidade como um problema de saúde pública e buscar recursos financeiros dentro de dotações orçamentárias ou parcerias público-privadas para mitigar a falta de acessibilidade. Nunes e colaboradores indicam que o poder das instituições internacionais e uma consciência ética global podem ser um ponto de partida para promover o direito universal de acesso à saúde de qualidade em países que priorizam outras necessidades sociais¹³.

Estudos apontam que o debate sobre a oferta de financiamento público para o tratamento da infertilidade segue uma linha conservadora. Embora possa ser racionalmente compreendido, o pretexto resistente à prestação de cuidados e tratamentos médicos especializados, financiados pelo Estado ou cobertos por acordos médicos e planos de saúde, colide com os princípios éticos, segundo os quais todo o indivíduo, sem limitação de raça, nacionalidade, religião ou nível socioeconômico, merece e tem o direito de casar e constituir família².

Para Pennings e Ombelet, um passo fundamental para viabilizar um sistema de saúde com igualdade de acesso é assumir que é melhor adotar o critério de custo-efetividade²⁹. Segundo Brown e colaboradores, a estratégia de oferecer tratamento público de infertilidade envolve uma discussão ética diante de todos os malefícios que as pessoas que desejam ter filhos e enfrentam dificuldades para alcançar esse projeto de vida passam, como sofrimento, frustração, angústia, adversidades sociais e culturais³⁰.

Assim, um passo importante para oferecer acesso a todos que precisam de tratamento é

aceitar que a infertilidade é uma doença, pois também afeta o bem-estar. No entanto, a discussão ética ainda precisa ser ampliada. Além de admitir que a infertilidade é uma doença, uma compreensão aprofundada de quais são as barreiras de acesso permite conhecer os detalhes e impulsiona a busca de alternativas e soluções para fornecer cuidados básicos de saúde a todos. A ESHRE indica que, mesmo em países que oferecem reembolso para tratamento de infertilidade por meio do sistema público ou cobertura de plano, grupos de baixa renda e aqueles com baixa escolaridade fazem uso significativamente menor dos serviços de saúde, esclarecendo a importância de educar a população e aumentar a conscientização sobre os cuidados de fertilidade e as opções de tratamento⁶. Além disso, garantir o acesso equitativo à avaliação, tratamento e cuidados de infertilidade depende do envolvimento de profissionais de saúde e formuladores de políticas²⁷.

A maioria dos dados atuais mostra que as mulheres negras, quando comparadas às brancas, têm menos oportunidades de serem avaliadas e tratadas para infertilidade, e que pessoas de nível socioeconômico mais baixo procuram menos serviços de infertilidade³¹. Ombelet e colaboradores observam que mesmo a implementação de tratamentos de baixo custo dificilmente os tornará acessíveis a todos, e que para homens e mulheres que vivem em extrema pobreza, o ideal seriam intervenções sociopolíticas para melhorar sua situação econômica³².

Apesar de identificar possíveis barreiras ao acesso, ainda enfrentamos grande dificuldade em interpretar as causas para trazer soluções eficientes. Corroborando isso, Perritt e Eugene afirmam que as desigualdades de acesso são mal compreendidas e sugerem o racismo e o contraste econômico como causas prováveis²⁷.

Bahamondes e Makuch citaram uma análise de pesquisas populacionais que estimou a prevalência de infertilidade de 3,5 a 16,7% nos países em desenvolvimento e de 6,9 a 9,3% nos países desenvolvidos³³. Assim, esta revisão da literatura argumenta que a infertilidade afeta indivíduos com diferentes condições em todo o mundo, mas muita ênfase é colocada no fato de que as causas evitáveis de infertilidade são diferentes entre alguns grupos, portanto, ações diferentes podem ser necessárias. Por exemplo, um estudo observou que a população mais pobre nos países em

desenvolvimento é propensa à infertilidade devido à pobreza, baixa escolaridade, início precoce de atividades sexuais, aborto inseguro e falta de serviços de aconselhamento e assistência médica³⁴, portanto, políticas preventivas de saúde pública e melhor assistência a esse grupo já teriam um efeito positivo na redução da incidência de infertilidade.

No entanto, as causas evitáveis de infertilidade e a busca por tratamento por indivíduos economicamente estáveis podem ser justificadas pelo adiamento da maternidade para priorizar a realização profissional ou a estabilidade financeira. Em muitos países do ocidente, mulheres tentam conceber seu primeiro filho depois de alcançar outros objetivos na vida, quando a fertilidade tende a diminuir³⁵. Além disso, fatores culturais e ambientais interferem na fertilidade e diferem entre regiões e países³⁶.

Assim, embora o debate ético deva ter o mesmo objetivo primário ao projetar a justiça distributiva, ele poderia empregar diferentes abordagens considerando diferentes cenários para alcançar a equidade de acesso. Em prol dessa premissa, White e colaboradores levantam a questão das barreiras socioculturais, indicando obstáculos linguísticos, elementos de comunicação, noções de privacidade e preconceitos sobre o cuidado em saúde³⁷. No entanto, ao reconhecer a magnitude do sofrimento que a infertilidade causa na vida das pessoas, sublinhamos a urgência de conscientizar e colocar em prática conceitos éticos para que as soluções sejam adotadas por profissionais de saúde e políticos. Como Nunes e colegas argumentam, é importante lutar por uma sociedade mais saudável, equilibrada e produtiva. Para isso, são necessários esforços globais para implementar os direitos humanos mais rapidamente, sendo o direito de acesso à saúde considerado uma

prioridade, mesmo que ainda dependa da solidariedade cidadã para ser usufruído¹³.

Considerações finais

A partir desta revisão da literatura, a superação das barreiras ao acesso aos tratamentos de infertilidade depende de uma abordagem ética abrangente e contínua. Além de grandes dificuldades de acesso, como questões financeiras, sociais, raciais e de localização, há diferenças entre considerar a infertilidade uma doença, os custos do tratamento financiado pelo Estado e a discussão sobre a oferta de tratamento da infertilidade a casais em situação de extrema pobreza.

Nossa análise mostrou que a autonomia e a justiça são os princípios éticos mais envolvidos nessa discussão, o que tem levado a um debate ético sobre as condições de qualidade de vida, expectativas e consequências na vida das pessoas em diferentes partes do mundo. Fica claro que globalmente, e não apenas nos países em desenvolvimento, medidas devem ser adotadas para o cumprimento dos direitos humanos, priorizando a atenção à saúde conforme informado pelo contexto de cada nação ou localidade do país.

Por fim, além da estabilidade política, do aconselhamento, da disponibilidade de opções de tratamento de baixo custo e de uma infraestrutura médica básica, o apoio aos casais que buscam alcançar a maternidade e/ou paternidade pode ser o ponto de partida de um debate ético no sentido de oferecer bem-estar a todos os indivíduos, uma vez que o fornecimento de saúde também está relacionado ao sentimento de justiça e acolhimento por parte dos profissionais de saúde e formuladores de políticas.

Referências

1. Zegers-Hochschild F, Adamson GD, Dyer S, Racowsky C, Mouzon J, Sokol R et al. The international glossary on infertility and fertility care. *Fertil Steril*. [Internet]. 2017 [acesso 2 maio 2024];108(3):393-406. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2017.06.005
2. Vayena E, Rowe PJ, Griffin PD. Current practices and controversies in assisted reproduction: report of a meeting on medical, ethical and social aspects of assisted reproduction [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2002 [acesso 2 maio 2024]. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2017.06.005
3. Stanton AL, Dunkel-Schetter C. Psychological adjustment to infertility: an overview of conceptual approaches. In: Stanton AL, Dunkel-Schetter C, org. *Infertility: perspectives from stress and coping research*. New York: Plenum Press; 1991. p. 3-16.

4. Inhorn MC, Patrizio P. Infertility around the globe: new thinking on gender, reproductive technologies and global movements in the 21st century. *Hum Reprod Update* [Internet]. 2015 [acesso 2 maio 2024];21(4):411-26. DOI: 10.1093/humupd/dmv016
5. Reproductive Justice. Women of color reproductive justice collective. Sister Song [Internet] 2017. [acesso 2 maio 2024]. Disponível: <https://bit.ly/3Wkjov4>
6. Pennings G, Wert G, Shenfield F, Cohen J, Tarlatzis B, Devroey P. ESHRE Task Force on Ethics and Law 14: equity of access to assisted reproductive technology. *Hum Reprod.* [Internet]. 2008 [acesso 2 maio 2024];23(4):772-4. DOI: 10.1093/humrep/den037
7. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. Oxford: Oxford University Press; 2019.
8. Scalquette ACS. Estatuto da reprodução assistida. São Paulo: Saraiva; 2012.
9. Araujo JPM, Araujo CHM. Biodireito e legislação na reprodução assistida. *Medicina (Ribeirão Preto)* [Internet]. 2018 [acesso 2 maio 2024]; 51(3):217-35. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.v51i3p217-235
10. Brasil. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Brasília, 5 out. 1988 [acesso 2 maio 2024]. Disponível: <https://bit.ly/3S9WB2F>
11. Inhorn MC. Right to assisted reproductive technology: overcoming infertility in low-resource countries. *Int J Gynaecol Obstet.* [Internet]. 2009 [acesso 2 maio 2024];106(2):172-4. DOI: 10.1016/j.ijgo.2009.03.034
12. United Nations. Report of the International Conference on Population and Development. Cairo, 1994 [Internet]. New York: United Nations Population Fund; 1995 [acesso 2 maio 2024];95(13):18. Disponível: <https://bit.ly/3W607w1>
13. Nunes R, Nunes SB, Rego G. Health care as a universal right. *Z Gesundh Wiss.* [Internet]. 2017 [acesso 2 maio 2024];25(1):1-9. DOI: 10.1007/s10389-016-0762-3
14. United Nations. Convention on the rights of persons with disabilities [Internet] 2016. [acesso 2 maio 2024]. Disponível: <https://bit.ly/3W3nypU>
15. Nachtigall RD. International disparities in access to infertility services. *Fertil Steril.* [Internet]. 2006 [acesso 2 maio 2024];85(4):871-5. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2005.08.066
16. Borghot MV, Wyns C. Fertility and infertility: definition and epidemiology. *Clin Biochem.* [Internet]. 2018 [acesso 2 maio 2024];62:2-10. DOI: 10.1016/j.clinbiochem.2018.03.012
17. National Health Service. Treating infertility [Internet]. [acesso 2 maio 2024]. Disponível: <https://bit.ly/3zILLdy>
18. Maung HH. Is infertility a disease and does it matter?. *Bioethics* [Internet]. 2019 [acesso 2 maio 2024];33(1):43-53. DOI: 10.1111/bioe.12495
19. Adashi EY, Cohen J, Hamberger L, Jones HW Jr., Kretser DM, Lunenfeld B et al. Public perception on infertility and its treatment: an international survey. The Bertarelli Foundation Scientific Board. *Hum Reprod.* [Internet]. 2000 [acesso 2 maio 2024];15(2):330-4. DOI: 10.1093/humrep/15.2.330
20. Menning BE. The emotional needs of infertile couples. *Fertil Steril* [Internet]. 1980 [acesso 2 maio 2024];34(4):313-9. DOI: 10.1016/s0015-0282(16)45031-4
21. Sandelowski M. Without child: the world of infertile women. *Health Care Women Int.* [Internet]. 1988 [acesso 2 maio 2024];9(3):147-61. DOI: 10.1080/07399338809515814
22. Kraft AD, Palombo J, Mitchell D, Dean C, Meyers S, Schmidt AW. The psychological dimensions of infertility. *Am J Orthopsychiatry* [Internet]. 1980 [acesso 2 maio 2024];50(4):618-28. DOI: 10.1111/j.1939-0025.1980.tb03324.x
23. Cátedra Unesco de Bioética da Universidade de Brasília. Sociedade Brasileira de Bioética. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos [Internet]. 2005 [acesso 2 maio 2024]. Disponível: <https://bit.ly/4f0NgUD>
24. United Nations General Assembly. Universal Declaration of Human Rights [Internet]. 1948 [acesso 2 maio 2024]. Disponível: <https://bit.ly/3WpRJZP>
25. Kawwass JF, Penzias AS, Adashi EY. Fertility—a human right worthy of mandated insurance coverage: the evolution, limitations, and future of access to care. *Fertil Steril.* [Internet]. 2021 [acesso 2 maio 2024];115(1):29-42. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2020.09.155
26. Kelley AS, Qin Y, Marsh EE, Dupree JM. Disparities in accessing infertility care in the United States: results from the national health and nutrition examination survey, 2013-16. *Fertil Steril.* [Internet]. 2019 [acesso 2 maio 2024];112(3):562-8. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2019.04.044

27. Perritt J, Eugene N. Inequity and injustice: recognizing infertility as a reproductive justice issue. *F S Rep*. [Internet]. 2021 [acesso 2 maio 2024];3(2 Suppl):2-4. DOI: 10.1016/j.xfre.2021.08.007
28. Rutstein SO, Iqbal HS. Infecundity, infertility, and childlessness in developing countries. DHS Comparative Reports. Calverton: World Health Organization; 2004.
29. Pennings G, Ombelet W. Coming soon to your clinic: patient-friendly ART. *Hum Reprod*. [Internet]. 2007 [acesso 2 maio 2024];22(8):2075-9. DOI: 10.1093/humrep/dem158
30. Brown RCH, Rogers WA, Entwistle VA, Bhattacharya S. Reframing the debate around state responses to infertility: considering the harms of subfertility and involuntary childlessness. *Public Health Ethics* [Internet]. 2016 [acesso 2 maio 2024];9(3):290-330. DOI: 10.1093/phe/phw005
31. Chandra A, Copen CE, Stephen EH. Infertility service use in the United States: data from the National Survey of Family Growth, 1982-2010. *Natl Health Stat Report*. [Internet]. 2014 [acesso 2 maio 2024]; 22(73):1-21. Disponível: <https://bit.ly/464xLqw>
32. Ombelet W, Cooke I, Dyer S, Serour G, Devroey P. Infertility and the provision of infertility medical services in developing countries. *Hum Reprod Update* [Internet]. 2008 [acesso 2 maio 2024];14(6):605-21. DOI: 10.1093/humupd/dmn042
33. Bahamondes L, Makuch MY. Infertility care and the introduction of new reproductive technologies in poor resource settings. *Reprod Biol Endocrinol*. [Internet]. 2014 [acesso 2 maio 2024];8(12):87. DOI: 10.1186/1477-7827-12-87
34. Dhont N, van de Wijgert J, Coene G, Gasarabwe A, Temmerman M. 'Mama and papa nothing': living with infertility among an urban population in Kigali, Rwanda. *Hum Reprod*. [Internet]. 2011 [acesso 2 maio 2024];26(3):623-9. DOI: 10.1093/humrep/deq373
35. Daar AS, Merali Z. Infertility and social suffering: the case of ART in developing countries. In: Vayena E, Rowe PJ, Griffin PD, org. *Current practices and controversies in assisted reproduction*. Geneva: World Health Organization; 2002. p. 15-21.
36. Inhorn MC. Global infertility and globalisation of new reproductive technologies: illustrations from Egypt. *Soc Sci Med* [Internet]. 2003 [acesso 2 maio 2024];56(9):1837-51. DOI: 10.1016/s0277-9536(02)00208-3
37. White L, McQuillan J, Greil AL. Explaining disparities in treatment seeking: the case of infertility. *Fertil Steril* [Internet]. 2006 [acesso 2 maio 2024];85(4):853-7. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2005.11.039.

Drauzio Oppenheimer – Mestre – drauzio.oppenheimer@fmit.edu.br

 0000-0003-1897-9635

Christiane Peres Caldas – Mestre – drchristianecaldas@outlook.com

 0000-0002-9745-4572

Francisca Rego – Doutora – mfrego@med.up.pt

 0000-0001-8083-7895

Rui Nunes – Doutor – ruinunes@med.up.pt

 0000-0002-1377-9899

Correspondência

Drauzio Oppenheimer – Faculdade de Medicina de Itajubá. Av. Rennó Junior, 368, São Vicente. CEP 37502-138. Itajubá/MG, Brasil.

Participação dos autores

Drauzio Oppenheimer contribuiu com o desenho do estudo, pesquisa bibliográfica, redação do manuscrito e aprovação da versão final para submissão. Christiane Peres Caldas contribuiu com o desenho do estudo, discussão da revisão da literatura, correção do manuscrito e aprovação da versão final para submissão. Rui Nunes contribuiu com o desenho do estudo, discussão da revisão da literatura, correção do manuscrito e aprovação da versão final para submissão.

Recebido: 18.9.2023

Revisado: 4.6.2024

Aprovado: 11.6.2024