

**SUS E REPRODUÇÃO ASSISTIDA PARA MULHERES LÉSBICAS: DESAFIOS AO
ACESSO À JUSTIÇA REPRODUTIVA**
**SUS AND ASSISTED REPRODUCTION FOR LESBIAN WOMEN: CHALLENGES
TO ACCESSING REPRODUCTIVE JUSTICE**

Stéffani das Chagas Quintana¹
Maria Augusta Perez Strelow²

Resumo: O presente artigo, a partir do método de abordagem dedutivo e das técnicas de pesquisa bibliográfica e documental, procura analisar os desafios de acesso à justiça reprodutiva enfrentados pelas mulheres lésbicas ao buscar o tratamento de reprodução assistida pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Inicialmente, investigou-se os principais desafios enfrentados por mulheres lésbicas no acesso aos serviços de reprodução assistida oferecidos pelo SUS a partir da legislação brasileira acerca da temática, para, em seguida, ser analisado como as barreiras enfrentadas por mulheres lésbicas no acesso à reprodução assistida impactam no acesso pleno aos seus direitos reprodutivos e à justiça reprodutiva. Em suma, observou-se que as barreiras enfrentadas pelas mulheres lésbicas no acesso à reprodução assistida pelo SUS comprometem a efetivação plena de seus direitos reprodutivos, evidenciando a necessidade de avanços legislativos e institucionais para garantir a justiça reprodutiva de forma igualitária e inclusiva.

Palavras-chave: Direitos Reprodutivos. Justiça Reprodutiva. Mulheres Lésbicas. Reprodução Assistida. SUS.

Abstract: This article, using a deductive approach and bibliographic and documentary research techniques, seeks to analyze the challenges of access to reproductive justice faced by lesbian women when seeking assisted reproduction treatment through the Brazilian Unified Health System (SUS). Initially, the main challenges faced by lesbian women in accessing assisted reproduction services offered by the SUS were investigated based on Brazilian legislation on the subject, and then it was analyzed how the barriers faced by lesbian women in accessing assisted reproduction impact full access to reproductive rights and reproductive justice. In short, it was observed that the barriers faced by lesbian women in accessing assisted reproduction through the SUS compromise the full realization of their reproductive rights, highlighting the need for legislative and institutional advances to guarantee reproductive justice in an egalitarian and inclusive manner.

¹ Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC na linha de Políticas Públicas de Inclusão Social, com bolsa PROSUC/CAPES na modalidade I. Pós-graduada em Direito da Mulher pela Faculdade Legale. Pós-graduada em Direito do Trabalho pela Faculdade Dom Alberto. Bacharela em Direito pela Faculdade Dom Alberto. Integrante do Grupo de Pesquisa Direito, Cidadania e Políticas Públicas, vinculado ao PPGD/UNISC. E-mail: steffaniquintana@hotmail.com.

² Bacharel em Direito pela Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC. Integrante do Grupo de Pesquisa Direito, Cidadania e Políticas Públicas, vinculado ao PPGD/UNISC. E-mail: mariaaugustastrelow@gmail.com.

Keywords: Assisted Reproductive Technology. Lesbian Women. Reproductive Justice. Reproductive Rights. SUS.

1. Introdução

A liberdade de constituição de família é garantida pela Constituição Federal de 1988. Nesse contexto, a reprodução assistida se apresenta como uma alternativa para aqueles e aquelas que desejam ter filhos, mas não têm a possibilidade de fazê-lo pela via natural. Esse é o caso de casais formados por mulheres, que, por não possuírem gametas masculinos, necessitam de assistência médica especializada para gestar.

Conceitualmente, de acordo com a Associação Brasileira de Reprodução Assistida (2018, p. 03), a reprodução assistida é todo processo reprodutivo auxiliado pela medicina. Incluindo-se técnicas como a Fertilização In Vitro (FIV), Inseminação Artificial, entre outras que visam utilizar a *expertise* médica para viabilizar a gestação, sendo os procedimentos realizados em clínicas especializadas. Ainda, com relação ao perfil daqueles que buscam tais clínicas, um estudo realizado em 2022 concluiu que os casais de mulheres são o segundo maior grupo a recorrer ao serviço, atrás apenas dos casais heterossexuais (Machin *et al.*, 2022).

Do ponto de vista financeiro, para casais que dispõem de recursos adequados, a reprodução humana assistida é uma realidade de fácil acesso em clínicas particulares espalhadas por todo Brasil, onde o custo dos procedimentos gira entre R\$15.000,00 e R\$25.000,00 (Levasier, 2023). Contudo, para casais de mulheres que não possuem esse montante, e ainda assim necessitam de assistência técnica especializada para gestar, surge como opção a realização do tratamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), já que a Portaria nº 426 de 2005 do Ministério da Saúde inseriu as técnicas de reprodução humana da fertilização *in vitro* e da injeção intracitoplasmática de espermatozoides no rol de procedimentos oferecidos pelo SUS (Brasil, 2005).

Entretanto, o acesso das mulheres lésbicas às técnicas de reprodução assistida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) revela-se desafiador. Nesse sentido, este estudo tem como objetivo analisar os principais desafios enfrentados por mulheres lésbicas no acesso à reprodução assistida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e como essas barreiras impactam a justiça reprodutiva. Para tanto, inicialmente, foi feita uma investigação acerca dos principais desafios enfrentados por mulheres lésbicas no acesso a serviços de reprodução assistida oferecidos pelo SUS a partir da legislação brasileira acerca da temática e, em seguida, analisou-

se como as barreiras enfrentadas por mulheres lésbicas no acesso à reprodução assistida impactam no acesso pleno aos seus direitos reprodutivos e justiça reprodutiva.

Busca-se responder ao seguinte problema de pesquisa: quais são os principais desafios enfrentados por mulheres lésbicas no acesso à reprodução assistida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e como essas barreiras impactam a justiça reprodutiva? O método de abordagem é o dedutivo e as técnicas de pesquisa são a bibliográfica e a documental. Ademais, justifica-se especificamente o estudo a necessidade de compreensão a respeito dos desafios nesse campo, não apenas como um tratamento para a infertilidade, que é uma questão de saúde pública, mas também como uma forma de garantir o exercício pleno do direito constitucional de constituir uma família de forma livre. Além disso, a relevância social desse tema é ampliada pela sua dimensão transgeracional, uma vez que o direito à constituição familiar envolve muito além do que apenas a geração presente.

2. Desafios de acesso à reprodução assistida pelo SUS por mulheres lésbicas

A liberdade de planejamento familiar, prevista no parágrafo 7º do art. 226 da Carta Magna (Brasil, 1988), não apenas prevê a abstenção do Estado em intervir nas constituições familiares, como também cria para o Estado o dever de garantir o acesso às diversas formas de constituir família e o dever de legitimar as diferentes famílias criadas. A partir deste primeiro dever foi editada a Lei nº 9.263 de 1996, que regulamentou o art. 226, parágrafo 7º da Constituição Federal e previu, em seu art. 9º, que o Estado Brasileiro, para o exercício do direito ao planejamento familiar, oferecerá todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção (Brasil, 1996). Surge, assim, o dever do Estado brasileiro em propiciar recursos para a promoção da gestação dos brasileiros que assim desejarem e necessitarem de assistência médica para este fim.

Como desdobramento desta Lei, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 426/GM, de 22 de março de 2005, que instituiu no âmbito do SUS a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida (PNAIRHA). Foi definido na Portaria que tal política seria implantada de forma articulada entre a União, Estados e Municípios, assim como foi estabelecido que a PNAIRHA seria constituída através da articulação entre serviços de saúde nos níveis da Atenção Básica, Média e Alta Complexidade. A última seria a responsável por efetivamente realizar os procedimentos de fertilização *in vitro* (FIV) e a inseminação

artificial (Brasil, 2005).

Mesmo que exista a Portaria citada, importante ressaltar que nenhuma lei brasileira fala especificamente das técnicas de reprodução assistida e como serão executadas, havendo apenas resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) para os aspectos médicos e éticos de sua realização, e do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) para os respectivos efeitos jurídicos, como o registro dos bebês nascidos por estes meios. No entanto, por se tratarem de atos normativos infralegais, as resoluções citadas não possuem o mesmo peso de uma lei. Ainda que sem força de lei, foi a Resolução nº 2.013/2013 do CFM a responsável por viabilizar que casais homoafetivos passassem por procedimentos de reprodução assistida (CFM, 2013).

Mais especificamente sobre os direitos reprodutivos das mulheres lésbicas, a Política Nacional de Saúde LGBT, instituída em 2011 pela Portaria nº 2.836 do Ministério da Saúde, prevê como um dos seus principais objetivos a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos da população LGBTQIAP+ no âmbito do SUS (BRASIL, 2011). Contudo, a previsão é genérica, e silencia especificamente sobre a possibilidade de realização de reprodução assistida para a sua população-alvo no Sistema Único de Saúde. Diante da omissão, cabe a cada unidade prestadora do serviço de reprodução humana para o SUS estabelecer as regras e critérios de inclusão e exclusão dos pacientes a se submeterem ao procedimento de inseminação.

O Ambulatório de Reprodução Humana do Hospital Materno Infantil de Brasília, por exemplo, adota como critérios, entre outros, que a mulher que se submeta ao procedimento da FIV tenha até 39 anos, ou até 38 anos incompletos no caso de Inseminação Intrauterina (IIU), e inclui os casais femininos como passíveis de recebimento do serviço (Distrito Federal, 2024). Por outro lado, a Unidade de Reprodução Humana do Hospital Fêmeina, um dos hospitais do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), que oferece o serviço de reprodução assistida por FIV pelo SUS em Porto Alegre, estabelece que a idade máxima da mulher para encaminhamento à unidade de reprodução humana é de 35 anos, e que casais homoafetivos estão excluídos do programa de FIV (GHC, [s.d.]).

Estes são apenas dois exemplos de grandes diferenças entre critérios para a realização dos procedimentos de reprodução assistida pelo SUS, pois em 2023 havia dez centros de reprodução assistida vinculados ao Sistema único de Saúde espalhados por seis capitais brasileiras e apenas um no interior, em Ribeirão Preto (Agência Brasil, 2023), induzindo a conclusão de que há um conjunto de critérios diferente para cada centro ou, ao menos, há a possibilidade de haver. Ainda que o sistema de saúde seja unificado, os critérios para a realização da inseminação artificial assistida não são. Surge, então, o primeiro grande obstáculo de acesso das mulheres lésbicas à

reprodução assistida via SUS: a desuniformidade dos critérios de realização do procedimento. Enquanto em alguns estados os casais de mulheres são excluídos da possibilidade de realização do procedimento, em outros as mulheres lésbicas podem ser pacientes.

Outro grande desafio é a localização das unidades, pois os centros de reprodução assistida vinculados ao SUS se encontram em capitais, havendo apenas um no interior, mas em um grande centro urbano. Segundo informações da Agência Brasil (2023), há quatro unidades em São Paulo, sendo três na capital e uma em Ribeirão Preto, duas em Porto Alegre, um centro em Brasília, um em Belo Horizonte, um em Goiânia e um em Natal. A partir desses dados, percebe-se que não há nenhum centro de reprodução assistida vinculado ao SUS na região Norte, e que a maioria dos estados brasileiros não possui nenhuma unidade, o que faz com que o acesso ao tratamento seja extremamente dificultoso.

A dificuldade de acesso trazida pela localização geográfica dos centros de reprodução vinculados ao SUS e seu número ínfimo, se comparado às proporções continentais do Brasil, são fatores que criam filas gigantescas e que causam um tempo de espera pelo tratamento que em muito ultrapassa o razoável. A Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto alerta que o tempo médio de espera, entre encaminhamento da Unidade Básica de Saúde (UBS) até a primeira consulta no hospital é em torno de dois anos, para casos de infertilidade conjugal (Setor de Reprodução Humana HCFMRP, [s.d.]). Note-se que não é informado o tempo médio de espera para outras condições além das de infertilidade, como o caso de casais homoafetivos femininos ou de gestações solo, e que o tempo é estimado com base na primeira consulta no hospital, e não com base na efetivação da inseminação assistida.

O Centro de Ensino e Pesquisa em Reprodução Assistida do Hospital Materno Infantil de Brasília também informa que o tempo de espera para a realização dos procedimentos de reprodução humana varia entre um e três anos, a depender da técnica a ser utilizada (Distrito Federal, 2024). Contudo, apenas o Hospital da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e o Centro de Ensino e Pesquisa em Reprodução Assistida do Hospital Materno Infantil de Brasília informam em seus canais digitais o tempo médio de espera pelo tratamento (Setor de Reprodução Humana HCFMRP, [s.d.]; Distrito Federal, 2024), sendo que as demais unidades espalhadas pelo Brasil não trazem essa informação.

A pesquisa pelo tempo de espera no sistema online do SUS também não auxilia o usuário. O sistema não é unificado, e opera separadamente em cada estado da federação, o que se justifica pelo fato dos procedimentos de reprodução assistida serem realizados com base em encaminhamentos advindos de unidades de saúde do estado onde se encontra o centro de

reprodução humana. Mas, para acessar a fila e ser informado sobre o tempo de espera pelo procedimento, alguns estados, como o Rio Grande do Sul, exigem o número do cartão SUS do paciente e do código de acesso fornecido pela unidade de saúde (Rio Grande do Sul, [s.d.]), de forma que apenas cidadãos que já têm solicitação cadastrada conseguem ter acesso ao tempo de espera.

No Distrito Federal, por outro lado, o sistema permite que sejam feitas buscas pelo tempo de espera por procedimentos sem que o cidadão já esteja na fila, mas é possível consultar apenas consultas médicas, exames e cirurgias eletivas (Ministério Público do Distrito Federal e Territórios, [s.d.]), não sendo possível consultar a espera por procedimentos de reprodução assistida. Assim, observa-se que a falta de unificação dos sistemas vinculados ao Sistema Único de Saúde também prejudica a efetivação do acesso ao procedimento da reprodução assistida, pois cada estado federado institui sistemas diversos e com critérios de busca diferentes, e não são fornecidos dados precisos com facilidade.

Pesquisas periódicas sobre os procedimentos de reprodução assistida realizadas pelo SUS também são deficitárias. Os relatórios periódicos de produção de embriões do Sistema Nacional de Produção de Embriões (SisEmbrio), órgão vinculado à Anvisa, não fazem o recorte de coleta de dados relacionado à reprodução assistida via SUS, apenas coletando dados da produção geral de embriões pelo Brasil, seja nas vias particular ou pública, para fins de pesquisa ou para implantação e constituição de família. (SisEmbrio, 2022). Também não fornece dados relacionados a quem recebe o embrião, se seriam casais heteroafetivos, homoafetivos ou gestações solo, o que também dificulta conclusões acerca do número de procedimentos de reprodução assistida via SUS realizados por mulheres lésbicas.

Outra dificuldade que surge é relacionada ao custo do tratamento. Enquanto algumas unidades de reprodução humana vinculadas ao SUS fornecem o tratamento integralmente gratuito, em outras unidades há custos a serem considerados, alguns bem altos. Apenas na Maternidade Escola Januário Cicco, vinculado à UFN, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP e no Hospital da Mulher, antigo Hospital Pérola Byington, o tratamento é integralmente gratuito. No Hospital das Clínicas da UFMG, no Hospital Fêmea, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP e no Hospital das Clínicas de Porto Alegre a medicação necessária é paga pelo casal que passa pelo procedimento (Hespanhol, 2024).

O Hospital das Clínicas da UFG cobra pelo material de laboratório e medicamentos a serem usados no procedimento, enquanto o Hospital São Paulo da Unifesp cobra pelo material

de consumo, medicação a ser consumida para viabilizar o tratamento e internação necessária para a efetiva realização da inseminação (Hespanhol, 2024). Já no Hospital Materno Infantil de Brasília, os exames laboratoriais e o sêmen a ser utilizado para a inseminação são custeados pelo casal de genitoras (Distrito Federal, 2024). Note-se que é necessária a compra internacional do material genético, pois a Lei nº 9.434 de 1997 impede que no Brasil seja comercializado material genético (Brasil, 1997).

O fato do tratamento de reprodução assistida ter custos variáveis a depender da unidade onde é realizado se mostra mais um percalço a ser enfrentado por aquelas que optam pelo procedimento, adicionado aos problemas já apontados, mormente causados pela omissão legislativa específica sobre a reprodução assistida, e também pela falta de uniformização das diretrizes e normativas de realização da reprodução assistida pelo SUS. Além disso, o horizonte não indica boas novas relacionadas à temática, pois não há perspectiva de solução dos problemas apontados no projeto de reforma do Código Civil. A proposta, entregue no dia 17 de abril deste ano por uma comissão de juristas vinculada ao Senado Federal, apenas traz em seu art. 1.629-C que poderá se submeter ao tratamento de reprodução humana assistida qualquer pessoa maior de dezoito anos, apta a manifestar, livremente, a sua inequívoca vontade (CJCODCIVIL, 2024), deixando de trazer qualquer outra previsão sobre a efetivação da inseminação ou sobre os critérios da realização do procedimentos nas clínicas de reprodução humana, sejam elas públicas ou privadas.

Observa-se, assim, que as diversas barreiras aqui analisadas, em especial a omissão legislativa e normativa sobre a reprodução humana no SUS, prejudicam sobremaneira o acesso das mulheres lésbicas ao procedimento. Nesse sentido, torna-se necessária a análise sobre como as barreiras enfrentadas por mulheres lésbicas no acesso à reprodução assistida impactam no acesso pleno aos seus direitos reprodutivos e justiça reprodutiva, ponto que será discutido no subtítulo seguinte.

3. Reprodução assistida pelo SUS e a justiça reprodutiva

As mulheres lésbicas enfrentam inúmeras barreiras que limitam o seu acesso aos serviços de reprodução assistida, o que impacta diretamente na concretização de seus direitos reprodutivos e de justiça reprodutiva. Esses desafios não se restringem apenas às questões legais ou ao atendimento em si, mas também incluem fatores sociais e culturais que ainda perpetuam estigmas sobre a maternidade LGBTQIAPN+. A dificuldade em acessar esses serviços pelo

Sistema Único de Saúde (SUS) revela um cenário de amplas desigualdades, uma vez que o direito de constituir uma família de forma livre e plena, em atenção à garantia constitucional, nem sempre se concretiza para todas as pessoas. A análise desses desafios se torna fundamental para compreensão de como o sistema atual precisa evoluir para que seja garantido que todas as mulheres tenham acesso justo e igualitário aos serviços reprodutivos, independentemente da orientação sexual.

São significativas e persistentes as dificuldades apresentadas no contexto da saúde para a referida comunidade, que se manifestam gravemente quando relacionadas ao acesso à reprodução assistida para as mulheres lésbicas. O Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (Decreto nº 591/1992), por exemplo, assegura a todos o direito ao mais alto nível de saúde física e mental (artigo 12) e proíbe qualquer tipo de discriminação (artigo 2º), ou seja, não cabendo haver exclusões ou diferenciações no acesso a tratamentos médicos com base na orientação sexual e identidade de gênero (Gorisch, 2014; Brasil, 1992). Entretanto, no Brasil a realidade é preocupante, inclusive, por vezes, muitos profissionais de saúde, como ginecologistas, se negam a atender mulheres lésbicas, argumentando que elas não necessitam desses serviços, o que corrobora diretamente para a perpetuação de estigmas e preconceitos (Gorisch, 2014).

A complexidade da saúde se intensifica ao considerar os marcadores de discriminação e de desigualdades estruturais, particularmente no que diz respeito à orientação sexual e à identidade de gênero (Quinalha; Ramos; Bahia, 2024). Sendo assim, no contexto das mulheres lésbicas, essa realidade se torna ainda mais evidente, comprometendo o acesso a serviços de saúde adequados e a qualidade dos atendimentos recebidos. Consequentemente, o acesso à reprodução assistida torna-se ainda mais problemático, pois as mulheres lésbicas enfrentam um ambiente que não apenas as marginaliza, mas que também subestima as suas necessidades e os seus direitos reprodutivos.

É necessário destacar que o preconceito, as desigualdades, os estereótipos e a discriminação são questões determinantes para a perpetuação de um ciclo de exclusões. Ressalta-se, nesse sentido, que o acesso à saúde “é caracterizado por desigualdades, permeado de estigmas e preconceito”, uma vez que o atendimento “é pautado a partir da centralidade da heteronormatividade” (Gonçalves; Oliveira; Cardoso; Silva, 2023, p. 14). Ademais, ainda que os movimentos LGBTQIAPN+ tenham conquistado determinados avanços significativos na área da saúde, a efetivação das políticas públicas de promoção da diversidade sexual e de gêneros nos serviços públicos de saúde ainda representa um grande desafio (Gonçalves;



Oliveira; Cardoso; Silva, 2023).

Para promover os direitos sexuais e reprodutivos de maneira que contemple uma saúde integral, é fundamental compreender as especificidades desse grupo populacional, garantindo que o atendimento oferecido esteja alinhado às suas reais necessidades (Brasil, 2013). Os estudos analisados por Domene *et al.* (2024), por exemplo, indicaram que casais homoafetivos cis enfrentam uma série de barreiras ao buscar acesso a serviços de saúde reprodutiva. Entre os principais obstáculos, destacam-se questões legais, éticas e técnicas, como as relacionadas às técnicas de reprodução assistida (Domene *et al.*, 2024). Além disso, dificuldades financeiras, preconceitos, discriminação, estigma, falta de compreensão sobre as necessidades específicas desses casais e atitudes homofóbicas de profissionais de saúde também foram identificadas (Domene *et al.*, 2024).

Nesse contexto, ressalta-se que a maternidade exercida por mulheres lésbicas depende de inúmeros fatores que se retroalimentam, envolvendo desde aspectos sociais, jurídicos, econômicos, culturais, políticos, assim como questões pessoais de vida de cada uma delas (Corrêa, 2012). Envolvendo aspectos sociais, por exemplo, “a maternidade lésbica é considerada uma contradição, pois, se por um lado espera-se que todas as mulheres sejam mães, por outro o estigma associado à homossexualidade prescreve que lésbicas são pessoas que não tem ou não desejam ter filhos” (Corrêa, 2012, p. 193). No âmbito jurídico, a lacuna legal prejudica tanto a relação das mulheres com a concretização dos direitos reprodutivos, como dificulta o reconhecimento formal de suas famílias, impedindo o exercício pleno da cidadania e criando barreiras para que possam usufruir dos métodos de reprodução assistida (Corrêa, 2012).

A falta de políticas públicas que considerem as especificidades e as necessidades das mulheres lésbicas também contribuem para um cenário de agravamento das discriminações vivenciadas pelas mesmas, o que pode ser analisado através das inúmeras dificuldades que ainda permeiam o cenário de acesso aos métodos de reprodução assistida pelo SUS (Corrêa, 2012). Por outro lado, também se identificam outros fatores obstaculizantes, como a questão econômica, em razão dos altos custos para atendimentos e para realização dos procedimentos em serviços privados de saúde, além das questões culturais e pessoais (Corrêa, 2012). Todos esses e outros fatores influenciam diretamente no processo decisório das referidas mulheres em relação à maternidade.

Nesse contexto, os desafios enfrentados em relação aos serviços de reprodução assistida geram consequência que ultrapassam a simples dificuldade de acesso. Eles afetam diretamente

a autonomia reprodutiva e limitam o direito dessas mulheres em decidir sobre a formação das suas famílias. A restrição no acesso a esses serviços pelo Sistema Único de Saúde (SUS) não apenas contraria o princípio básico da universalidade, como também aprofunda desigualdades e viola direitos reprodutivos, negando a essas mulheres a possibilidade de que exerçam o direito à maternidade. Ademais, além das barreiras físicas para acesso aos serviços de maneira adequada, é necessário considerar que também há um significativo impacto na saúde mental das mulheres, uma vez que tudo isso perpetua a invisibilidade, marginalização, desigualdade, assim como transforma o desejo de maternidade em mais um processo de constante luta e resistência.

Diante desse panorama, a análise da justiça reprodutiva se torna essencial para que sejam compreendidas as nuances das barreiras enfrentadas pelas mulheres lésbicas no acesso à reprodução assistida. A justiça social pode ser vista como um marco ético que promove a interseccionalidade e possibilita o diálogo entre indivíduos que historicamente foram privados de seus direitos, permitindo a reflexão sobre as intersecções entre gênero, raça e classe que moldam as experiências reprodutivas (Bourguignon, 2024; Collins; Bilge, 2020). Destaca-se que

Desde o início, os projetos de justiça reprodutiva estão conectados à interseccionalidade como forma de investigação e práxis críticas. Em 1994, um grupo de ativistas feministas negras introduziu a expressão “justiça reprodutiva” em uma conferência pró-escolha nos Estados Unidos. Como líderes comunitárias, as participantes do grupo consideravam que mudanças estruturais eram essenciais para a justiça reprodutiva. A ideia de justiça reprodutiva se espalhou rapidamente em um contexto global em que o apoio da ONU aos direitos humanos dialogava com as necessidades de vários grupos (Collins; Bilge, 2020, p. 147).

Também podendo ser identificada como um modelo ético-político nas práticas, estudos e pesquisas voltadas à avaliação de intervenções relacionadas à saúde sexual e reprodutiva de mulheres e outras pessoas com útero (Bourguignon, 2024), as iniciativas relacionadas à justiça reprodutiva focalizam três dimensões interligadas dos direitos humanos, sendo elas: o direito de decidir ter filhos conforme suas próprias escolhas; o direito de não ter filhos, com a possibilidade de utilizar métodos de controle de natalidade, abortar ou optar pela abstinência; e o direito de gerar filhos em condições seguras e saudáveis, livres de qualquer forma de violência, seja por parte de indivíduos ou do Estado (Collins; Bilge, 2020).

Desse modo, a justiça reprodutiva é um conceito que abrange mais do que a saúde reprodutiva ou os direitos reprodutivos (Collins; Bilge, 2020). Enquanto os direitos

reprodutivos englobam as demandas para garantia de que todas as pessoas tenham a capacidade, tanto legal, como política, para realizar escolhas sobre a sua vida sexual e reprodutiva, a justiça reprodutiva procura garantir que essas escolhas sejam feitas em um ambiente que favoreça a dignidade e o empoderamento, levando em conta as intersecções de desigualdade que afetam as experiências reprodutivas (Collins; Bilge, 2020). Embora reconheça a relevância dos serviços de saúde para a manutenção do bem-estar, a justiça reprodutiva também considera o bem-estar físico, espiritual, político, econômico e social de mulheres e meninas como parte integrante da saúde reprodutiva (Collins; Bilge, 2020).

Além disso, busca transformar os direitos humanos formais em direitos reprodutivos efetivos, ressaltando a importância de proteções legais e ressaltando que as instituições sociais, especialmente os governos, têm a responsabilidade de assegurar condições sociais que favoreçam os direitos reprodutivos (Collins; Bilge, 2020). Dessa forma, torna-se fundamental que as práticas em torno da justiça reprodutiva considerem as realidades vivenciadas pelas mulheres lésbicas, promovendo um entendimento mais amplo de que a luta por direitos reprodutivos está intrinsecamente ligada à busca por justiça social e igualdade, reconhecendo a diversidade das experiências e necessidades dentro desse grupo. Essa abordagem interseccional não apenas torna visíveis as desigualdades existentes, como também orienta a formulação de políticas e práticas que efetivamente atendam às necessidades específicas das mulheres lésbicas, corroborando para um futuro mais justo e inclusivo.

As barreiras ao acesso à reprodução assistida para mulheres lésbicas além de dificultarem a concretização dos seus direitos reprodutivos, também afetam a plena efetivação de direitos humanos e sociais. Isso pode ser verificado a partir da interseccionalidade, uma vez que os preconceitos, discriminações, estigmas e políticas inadequadas resultam em uma negação estrutural da autonomia reprodutiva, conduzindo a um estado de vulnerabilidade que reverbera em diferentes esferas da vida (Collins; Bilge, 2020). Portanto, a luta por um acesso igualitário e justo aos serviços de reprodução assistida é uma questão central na busca por justiça reprodutiva, exigindo a criação e implementação de modelos de políticas públicas que não apenas reconheçam, mas que também integrem as especificidades das mulheres lésbicas de maneira interseccional.

4. Conclusão

As dificuldades vivenciadas pelas mulheres lésbicas no acesso à reprodução assistida

pelo Sistema Único de Saúde (SUS) evidenciam um cenário de amplas desigualdades e discriminações que impedem a plena concretização dos seus direitos reprodutivos. As barreiras geográficas, a pouca disponibilidade de clínicas que realizam a inseminação artificial pelo SUS e as barreiras de acesso a estes procedimentos, a não uniformidade dos critérios adotados pelos serviços de saúde públicos, os custos elevados nas unidades particulares e a falta de informação tornam o acesso ao procedimento altamente restritivo. Além disso, a ausência de uma legislação específica para regulação dos direitos reprodutivos desse grupo aumenta ainda mais o nível de exclusão e de vulnerabilidade, bem como a falta de capacitação específica dos profissionais de saúde e a limitação de políticas públicas em torno da temática.

As barreiras vão além do acesso físico ao serviço, representando também uma violação direta à justiça reprodutiva, uma vez que todos os aspectos obstaculizantes para a reprodução assistida limitam a autonomia das mulheres lésbicas em decidir livremente sobre as suas escolhas reprodutivas e sobre como irão constituir as suas famílias. O princípio constitucional da liberdade de planejamento familiar e o direito à saúde são afetados quando as mulheres se deparam com obstáculos que perpetuam desigualdades estruturais e discriminatórias. A ausência de uma regulamentação clara sobre os procedimentos de reprodução assistida pelo SUS, especificamente voltada para casais homoafetivos, deixa brechas que afetam diretamente a efetivação de políticas públicas inclusivas. Nesse contexto, torna-se evidente que há uma urgência de reformas legislativas, culturais e institucionais.

A luta pelos direitos das mulheres lésbicas na área da reprodução assistida está intimamente relacionada ao avanço de políticas públicas de inclusão, bem como ao fortalecimento dos movimentos que buscam a justiça reprodutiva. Dessa forma, a promoção de campanhas de conscientização, a educação de gênero e a implementação efetiva de políticas de saúde que abarquem as especificidades e as necessidades desse grupo são essenciais para que as demandas sejam visibilizadas e atendidas, não tão somente no âmbito jurídico, mas também na esfera social e cultural. Em suma, os desafios enfrentados pelas mulheres lésbicas no acesso à reprodução assistida pelo SUS demonstram a necessidade de que haja uma mudança de paradigmas e uma transformação profunda na forma como o sistema de saúde brasileiro trata a justiça reprodutiva, a fim de que os direitos reprodutivos sejam efetivamente garantidos a todos indivíduos, independentemente da orientação sexual, buscando promover uma sociedade mais justa e inclusiva para todas as famílias e avançando em múltiplas esferas.

Por fim, visando responder especificamente ao problema de pesquisa, que questiona quais são os principais desafios enfrentados por mulheres lésbicas no acesso à reprodução

assistida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e como essas barreiras impactam a justiça reprodutiva, é possível afirmar que as dificuldades são múltiplas e interconectadas. Envolvendo desde aspectos sociais, jurídicos, econômicos, históricos, culturais, políticos e outros. Essas dificuldades se manifestam de forma interseccional, incluindo o preconceito social e cultural, as discriminações, estereótipos e desigualdades que ainda marginalizam a maternidade LGBTQIAPN+ e estigmatiza as escolhas reprodutivas das mulheres lésbicas.

No âmbito jurídico, a inexistência de uma legislação específica que assegure o acesso igualitário aos serviços de reprodução assistida pelo SUS reforça a exclusão dessas mulheres, agravada pela multiplicidade dos critérios de atendimento entre os serviços de saúde e pela falta de políticas públicas. Economicamente, muitas ainda enfrentam barreiras financeiras, já que, além de serem poucos os lugares que oportunizam o tratamento de maneira gratuita, os custos são consideravelmente altos. Historicamente, o Brasil tem avançado lentamente na promoção de direitos reprodutivos plenos para as minorias. Todos esses fatores contribuem para a violação da justiça reprodutiva, restringindo a autonomia das mulheres lésbicas na decisão de constituir uma família e aprofundando as desigualdades estruturais, que exigem uma resposta legislativa e institucional urgente para garantir a equidade no acesso aos serviços de saúde reprodutiva.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASIL. **SUS pode ser esperança para mulheres que sonham ser mães.** São Paulo - SP, 2023. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2023-05/sus-pode-ser-esperanca-para-mulheres-que-sonham-ser-maes>. Acesso em: 27 set. 2024.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA. **Reprodução Assistida:** Um guia fácil e descomplicado de Saúde e Direito. Brasília, 2018. *E-book*. Disponível em: <https://sbra.com.br/wp-content/uploads/2018/09/Ebook-Reprodu%C3%A7%C3%A3o-Assistida.pdf>. Acesso em: 08 out. 2024.

BOURGUIGNON, Ana Maria. Interseccionalidade, direitos humanos e justiça reprodutiva: avaliação crítica em saúde sexual e reprodutiva. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 142, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2024.v48n142/e91113/pt>. Acesso em: 13 out. 2024.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Presidência da República, [2023]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 26 set. 2024.

BRASIL. **Decreto nº 591**, de 6 de julho de 1992. Atos Internacionais. Pactos Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Promulgação. Brasília, DF: Presidência da República, [1992]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-

1994/d0591.htm. Acesso em: 10 out. 2024.

BRASIL. **Lei nº 9.263**, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [1996]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9263.htm. Acesso em: 25 set. 2024.

BRASIL. **Lei nº 9.434**, de 04 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências, DF: Presidência da República, [1997]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19434.htm. Acesso em: 09 out 2024.

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. Brasília, 22 mar 2005. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/sobre/a-secretaria/legislacao-1/nacional/portarias/portarias-em-pdf/portaria_ms_426_2005_integra/@@download/filehttps://bit.ly/31f65vZ. Acesso em: 26 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.836**, de 1º de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Diário Oficial da União. Brasília, 1º dez. 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html. Acesso em: 27 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf. Acesso em: 10 out. 2024.

CFM. Conselho Federal de Medicina - CFM. **Resolução nº 2.013**, de 16 de abril de 2013. Adota normas éticas para a utilização de técnicas de reprodução assistida [...]. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, [2013]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resoluocfm%202013.2013.pdf> . Acesso em: 27 set. 2024.

CJCODCIVIL. Comissão de Juristas Responsável pela Revisão e Atualização do Código Civil - CJCODCIVIL. **Relatório Final dos Trabalhos da Comissão de Juristas Responsável pela Revisão e Atualização do Código Civil**. Brasília, DF: Senado Federal, [2024]. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento/download/68cc5c01-1f3e-491a-836a-7f376cfb95da>. Acesso em: 09 out. 2024.

COLLINS, Patricia Hill; BILGE, Sirma. **Interseccionalidade**. Tradução de Rane Souza. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2020.

CORRÊA, Maria Eduarda Cavadinha. **Duas mães? Mulheres lésbicas e maternidade**. Tese (Doutorado em Ciências, Programa de Saúde Pública) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2012. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-29042012-124625>

/publico/tese_maria_eduarda_cavadinha_correa.pdf. Acesso em 12 out. 2024.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Saúde do Distrito Federal - SES-DF. **Reprodução Humana** - HMIB. Brasília, DF: Secretaria de Saúde do Distrito Federal, [2024]. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/reproducao-humana>. Acesso em: 27 set. 2024.

DOMENE, Fernando Meirinho *et al.* Reprodução em casais homoafetivos cisgêneros: uma revisão de escopo. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/zYrQWCr8yWttgccMHRdxQqD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09 out. 2024.

GHC. Grupo Hospitalar Conceição. **Unidade de Reprodução Humana**. Porto Alegre, RS: Grupo Hospitalar Conceição, [s.d.]. Disponível em: <https://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=cartacidadao&idSubMenu=7>. Acesso em: 27 set. 2024.

GONÇALVES, Emília de Fátima Miterofe; OLIVEIRA, Egléubia Andrade; CARDOSO, Gisela Cordeiro Pereira; SILVA, Leticia Tereza Barbosa da. Saúde de LGBTQIA+ na atenção básica de saúde: uma revisão de escopo. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 47, n. especial 1, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/MWrKPVfTpZ66v9tZhNNTjSm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2024.

GORISCH, Patrícia. **O reconhecimento dos direitos humanos LGBT**: de Stonewall à ONU. Curitiba, PR: Editora Appris, 2014.

HESPANHOL, Thais. **FIV no SUS – Lista atualizada de 2024**. Dra. Thais Hespagnol, Ribeirão Preto, 2024. Disponível em: <https://drathaishepagnol.com.br/fiv-nosus-lista-atualizada-de-2024/>. Acesso em: 14 out. 2024.

LEVASIER, Luana. **Fertilização in vitro**: confira os custos do procedimento e como é feito. Estadão, São Paulo, 07 jan. 2023. Disponível em: <https://investidor.estadao.com.br/colunas/quanto-custa/fertilizacao-in-vitro-custos/>. Acesso em: 07 out. 2024.

MACHIN, Rosana et al. **Assisted reproductive technologies in Brazil**: characterization of centers and profiles from patients treated. *JBRA assisted reproduction*, v. 24, n. 3, p. 235, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7365534/>. Acesso em: 03 out. 2024.

MATERNIDADE ESCOLA JANUÁRIO CICCO. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. **Carta de Serviços ao Cidadão**. Natal, RN: Maternidade Escola Januário Cicco, [s.d.]. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/16952/0/Carta+de+Servi%C3%A7os+ao+Cidad%C3%A3o+Atual+08+10+2019/f8e2ae36-4379-4198-8a11-9ca59efbcda7>. Acesso em: 14 out. 2024.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS. **Acompanhamento SUS - DF**. Brasília, DF: Ministério Público do Distrito Federal e Territórios, [s. d.]. Disponível em: <https://www.mpdft.mp.br/acompanhamento-sus-df/lista-de-espera>. Acesso em: 14 out. 2024.

XIX SEMINÁRIO NACIONAL
DEMANDAS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS
NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

IX MOSTRA NACIONAL DE TRABALHOS CIENTÍFICOS

REALIZAÇÃO

UNISC
UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL
Saúde e Dentadura

ISSN: 2447-8229
2024

QUINALHA, Renan. RAMOS, Emerson; BAHIA, Alexandre Melo Franco (orgs). **Direitos LGBTI+ no Brasil: novos rumos da proteção jurídica**. São Paulo: Edições Sesc São Paulo, 2024.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul. **Acompanhar a solicitação de agendamento para consulta especializada**. Porto Alegre, RS: Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul, [s.d.]. Disponível em: <https://www.rs.gov.br/carta-de-servicos/servicos?servico=1516>. Acesso em: 03 out. 2024.

SETOR DE REPRODUÇÃO HUMANA HCFMRP. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. **Como Agendar**. Ribeirão Preto, SP: Setor de Reprodução Humana do Hospital das Clínicas do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, [s.d.]. Disponível em: <https://reproducao.fmrp.usp.br/como-agendar/>. Acesso em: 02 out. 2024.

SISEMBRIO. Anvisa. **SisEmbrio**. Brasília, DF: Sistema Nacional de Produção de Embriões, [2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/acessoainformacao/dadosabertos/informacoes-analiticas/sisembrio>. Acesso em: 04 out. 2024.