CAMILA VITULE BRITO DE SOUZA

Casais de mesmo sexo, parentalidade e novas tecnologias reprodutivas

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Mestre em Ciências

Programa de Medicina Preventiva

Orientadora: Profa. Dra. Marcia Thereza Couto Falcão

São Paulo, 2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Souza, Camila Vitule Brito de

Casais de mesmo sexo, parentalidade e novas tecnologias reprodutivas /
Camila Vitule Brito de Souza. -- São Paulo, 2014.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Medicina Preventiva.

Orientadora: Marcia Thereza Couto Falcão.

Descritores: 1.Tecnologia reprodutiva 2.Técnicas reprodutivas assistidas
3.Homossexualidade 4.Parentalidade 5.Família 6.Composição familiar
7.Medicalização

USP/FM/DBD-212/14

Para minha mãe, Maria Luíza (*in
memorian*), por ter plantado as sementes
que agora tornam-se frutos.

Para minha irmã, Mariana, que sempre me
acompanhou nesse processo de crescimento
e amadurecimento.

Agradecimentos

À minha orientadora Marcia Thereza Couto por sua generosidade e pela atenciosa orientação. Pelo carinho, pela compreensão, pelo estímulo e por mostrar a simplicidade das coisas. Também por acreditar em mim e me acolher em uma pesquisa de maior âmbito, permitindo que eu desenvolvesse o tema de pesquisa aqui apresentado.

À minha “co-orientadora” Rosana Machin, também por acreditar em mim e me acolher em pesquisa de sua coordenação. Pelos cuidadosos apontamentos e indicações de bibliografia.

A todos os entrevistados, que confiaram seus depoimentos e fizeram este trabalho possível.

Aos colegas de pós-graduação Carolina Luisa Alves Barbieri, Florêncio Mariano da Costa Júnior, Anna Carolina Arena Siqueira, Vivian Bracco e Joice Cozza Andrade Moraes pelos encontros, trocas, suporte e risadas ao longo do trabalho.

Às professoras Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira, Regina Facchini e Rosana Machin, que compuseram minha banca de qualificação. Com sua cuidadosa leitura do trabalho trouxeram questionamentos valiosos para o desenvolvimento da dissertação.

Ao CNPq, por ter financiado a pesquisa.

À Faculdade de Medicina da USP e ao Departamento de Medicina Preventiva.

À secretária de Pós Graduação do Departamento de Medicina Preventiva Lilian Santos de Godoy Prado pelo sempre atencioso trabalho.

Aos professores do departamento de Medicina Preventiva da FMUSP, principalmente Marcia Thereza Couto, Lilia Blima Schraiber, José Ricardo Ayres, André Mota, Ricardo Teixeira e Dulce Maria Senna, com os quais aprendi tanto desde os tempos de Aprimoramento em Saúde Coletiva.

À minha família, por sempre ter me dado suporte.

Aos meus amigos, por sempre se fazerem presentes.

Ao primo Rodrigo, pela acurada revisão da dissertação. Ao pai Fernando e à amiga Julia, pela revisão da tradução do resumo em inglês. À amiga Marina, pelas contribuições feitas para o resumo em português. Aos amigos Mariana e Diego, pela tradução do resumo para o espanhol.

Lista de Siglas

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CFM: Conselho Federal de Medicina

CNJ: Conselho Nacional de Justiça

LGBTT: Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

NTR: Novas Tecnologias Reprodutivas

ROPA: Recepção de Óvulo de Parceira

RA: Reprodução Assistida

SOUZA, C.V.B. *Casais de mesmo sexo, parentalidade e novas tecnologias reprodutivas* [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2014.

Resumo

A configuração tradicional da família, composta pela família nuclear (pai/homem, mãe/mulher e filhos) vem sofrendo transmutações cada vez mais evidentes durante as últimas décadas. No Brasil, a luta pela normatização social e legislativa do casamento entre pessoas do mesmo sexo vem sendo travada e a vivência da parentalidade tem se tornado parte da luta de casais de mesmo sexo. Nesse sentido, um número crescente de famílias homoparentais passam a ser efetivamente formadas. As Novas Tecnologias Reprodutivas (NTR), assim como a adoção, fazem parte dos meios que esses casais têm utilizado para a concretização do sonho da parentalidade. As NTR são um produto médico de consumo que, ao desvincular sexo e reprodução, coloca esta última como questão de escolha, possibilitando diferentes arranjos parentais via compra de intervenção tecnológica. Dentro desse contexto, o estudo centrou-se nas concepções dos casais de mesmo sexo sobre o uso de NTR na efetivação do projeto de parentalidade. O estudo de natureza qualitativa foi realizado com casais de mesmo sexo, tanto de homens como de mulheres, que tinham o plano de terem filhos ou que já os tivessem tido. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com um grupo de 26 pessoas composto por 12 casais e dois sujeitos (um homem e uma mulher), todos residentes na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil, entre os anos de 2011 e 2012. Os resultados apontam que os laços biológicos se fazem preponderantes nos discursos dos casais de mulheres, bem como há uma maior tendência destas a utilizarem/quererem utilizar as NTR, principalmente a ROPA (Recepção de Óvulos da Parceira). Os casais de homens, mesmo quando apontam para o desejo de terem um filho geneticamente aparentado, optam pelo recurso da adoção, dentre outros motivos, pelo receio do vínculo que possa ser estabelecido, por meio da gestação, entre a mãe de aluguel e a criança. A análise produzida a partir dos dados empíricos contribui para o debate sobre a relação entre famílias homoparentais e uso de tecnologias médicas. Isso porque problematiza como as NTR incorporam mudanças fundamentais no parentesco

contemporâneo ocidental, e como a medicina e a sociedade caminham juntas na construção de novos significados acerca da parentalidade, num movimento em que natureza e cultura imiscuem-se tornando-se cada vez mais difícil e contraprodutivo separá-las.

Descritores: Tecnologia Reprodutiva; Tecnologia Reprodutiva Assistida; Homossexualidade; Parentalidade; Composição familiar; Família; Medicalização.

SOUZA, C.V.B. *Same-sex couples, parenthood and new reproductive technologies*. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2014.

Abstract

Family's traditional configuration, composed by the nuclear family (father/man, mother/woman and children) has been passing through evident transmutations during the last decades. In Brazil, the fight for social and legal standardizations of same-sex marriage has been occurring and the experience of parenthood has become part of the fight of same-sex couples. In this sense, homoparental families begin to be effectively formed. New Reproductive Technologies (NRT), as adoption, make part of the resources that these couples have been using to fulfill their dream of parenthood. NRT are a medical consumer product, which unlinking sex and reproduction make reproduction a matter of choice, enabling different parenthood arrangements through purchase of technological intervention. In this context, the study focused the same-sex couples conceptions about the use of NRT in their parenthood's project effectiveness. The qualitative study was developed with same-sex couples, both men and women, who had plans to have children or have already had them. Semi-structured interviews were conducted with 26 respondents, composed by 12 couples and two subjects, resident in the metropolitan area of São Paulo, Brazil, between 2011 and 2012. The results point out the preponderance of biological bond in female couples speeches and that there is a tendency of such couples to use/want to use NRT, mainly ROPA (Reception of Oocytes from Partner). Male couples, even when they show the desire to have a genetically related child, choose adoption, among other reasons, for the fear of the bond that may be established through pregnancy between the surrogate mother and the child. The analysis produced from empirical data contributes to the debate about the relationship between homoparental families and the use of medical technologies, once it discusses how NRT incorporate fundamental changes in occidental contemporary kinship and how medicine and society walk together building new meanings to parenthood in a process that nature and culture encroach up, turning increasingly difficult and counter-productive to separate them.

Descriptors: Reproductive Technology, Reproductive Technology Assisted;
Homosexuality; Parenthood; Family; Family Characteristics; Medicalization.

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: normas adaptadas da ABNT (NBR 6023).

Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

SUMÁRIO

Dedicatória

Agradecimentos

Lista de siglas

Resumo

Abstract

1. APRESENTAÇÃO.....	01
2. INTRODUÇÃO À TEMÁTICA E JUSTIFICATIVA DO OBJETO DE ESTUDO.....	05
2.1 Introduzindo a temática no campo da Saúde Coletiva.....	05
2.2 Gênero.....	07
2.3 Sexualidade e homossexualidade.....	12
2.3.1 Sexualidade e identidade sexual.....	12
2.3.2 Homossexualidade.....	17
2.4 Contextualizando a temática	21
2.4.1 Casamento gay e homoparentalidade.....	21
2.4.2 Direitos sexuais e reprodutivos e Novas Tecnologias Reprodutivas	23
2.5 Saúde e necessidades de saúde: algumas problematizações.....	29
2.6 A dificuldade de um novo léxico.....	31
3. REFERENCIAIS DE ANÁLISE.....	36
3.1 A constituição da noção de família.....	36
3.2 A família homossexual como vivência familiar e a homoparentalidade como possibilidade.....	38
3.3 Novas tecnologias reprodutivas e homoparentalidade.....	43
3.3.1 Novas Tecnologias Reprodutivas (NTR).....	43
3.3.2 Novas Tecnologias Reprodutivas e mercado.....	49

3.3.3	Tecnologia e parentesco.....	54
3.3.4	O uso das NTR por casais de mesmo sexo.....	58
4.	OBJETIVOS	70
5.	METODOLOGIA	71
5.1	Análise dos dados	76
6.	CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS	79
7.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	87
7. 1.	E os sujeitos se apresentam	87
7.1.1	“Geração atual”, “geração anterior” e o “não-estereótipo”.....	87
7.1.2	“Pioneirismo”.....	93
7.2.	Família, conjugalidade e homoparentalidade	98
7.2.1	Noção de família.....	98
7.2.2	Conjugalidade.....	106
7.2.3	Homoparentalidade.....	111
7.3.	Novas tecnologias reprodutivas (NTR) e homoparentalidade	120
7.3.1	Homens: NRT X adoção.....	120
7.3.2	A problemática da inserção do terceiro.....	126
7.3.3	Mulheres: NTR/ experiências biológicas da maternidade X adoção.....	138
7.3.4	Laços biológicos X laços sociais.....	145
7.4.	Casais de mulheres e Novas Tecnologias Reprodutivas (NTR)	148
7.4.1	ROPA (Recepção de Óvulo de Parceira).....	151
7.4.2	Plano de utilização de NTR X uso de NTR concretizado.....	161
7.4.3	Mulher + mulher = bebê.....	168
7.4.4	Bancos de sêmen.....	173
8.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	182

9. REFERÊNCIAS.....	188
ANEXO I Parecer substanciado do CEP.....	198
ANEXO II Roteiro de entrevistas em profundidade com casais do mesmo sexo.....	199
ANEXO III Roteiro de entrevista em profundidade com casais do mesmo sexo II.....	200
ANEXO IV Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).....	201

1. APRESENTAÇÃO

A questão da interação dialética entre o social e a subjetividade sempre foi uma questão de interesse para mim. Formada em psicologia pela PUC-SP em 2008, com o intuito de trabalhar no campo da saúde, realizei o Aprimoramento em Saúde Coletiva no Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa (CSE) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) entre os anos de 2009 e 2011. Foi no Aprimoramento que entrei em contato com as Ciências Sociais em Saúde e, dentro de toda a gama de teorias e atividades trabalhadas dentro do Aprimoramento, vislumbrei um caminho que se debruçava justamente sobre a inter-relação das dimensões social e subjetiva, sentindo que poderia fazer deste caminho meu percurso.

Marcia Thereza Couto foi minha professora de Ciências Sociais em Saúde no Aprimoramento e a responsável por apresentar-me todo esse campo até então desconhecido por mim, porém sempre tocante e instigante. Escolhi-a como orientadora na monografia produzida ao final do Aprimoramento, por isso decidimos repetir a parceria no mestrado.

No entremeio do final do Aprimoramento e do início do Mestrado, tive a oportunidade de ser pesquisadora assistente na Pesquisa *Adoção de Tecnologias Reprodutivas na Construção de Novas Configurações Familiares* (Machin et al, 2013), de coordenação de Rosana Machin e vice-coordenação de Marcia Thereza Couto, que pensava os casais homoparentais e o seu desejo de terem filhos, fosse por meio de adoção ou das Novas Tecnologias Reprodutivas. Eu realizava algumas entrevistas, bem como a transcrição delas.

Ao participar do referido trabalho de campo, interessei-me muito pela temática abordada e expressei minha vontade em recortar um objeto para desenvolver minha pesquisa de mestrado. O tema ia ao encontro do meu interesse em trabalhar a interação entre o social e a subjetividade no âmbito da saúde. Dentro da pesquisa como um todo, o que me falava mais fortemente era a questão da utilização da tecnologia médica e a relação existente entre medicina e sociedade. Influenciada pelas minhas leituras de Maria Cecília Donnangelo (1976), realizadas no período do Aprimoramento, olhar a

relação entre a homoparentalidade¹ e as Novas Tecnologias Reprodutivas (NTR)² pareceu-me uma abordagem interessante. Nesse sentido, poderia pensar articulações entre a conformação de uma configuração familiar que se faz recente (implicando uma nova vivência social e subjetiva) e uma determinada tecnologia médica que, por sua vez, também determina novos modos de relação social e subjetivações. Problematicar as questões de saúde – e a construção de significados de saúde – implicadas nesse processo também me pareceu deveras significativa.

Dentro de tudo isso, intrínsecas a uma dissertação de mestrado, sempre há uma posição e uma defesa política. Somente o fato de parar para olhar o processo de mudança da instituição familiar e o modo com que a sociedade lida com as questões de gênero já acarreta uma posição política. Sendo assim, para além do olhar direcionado à dialética medicina e sociedade, o estudo constrói-se com base nos direitos humanos, na aceitação da diversidade sexual e na luta pela efetivação de uma equidade, seja na saúde e/ou no âmbito social.

A temática da homoparentalidade e do uso de Novas Tecnologias Reprodutivas (NTR) por casais de mesmo sexo também leva em conta noções de bioética. Sabe-se da importância das discussões nesse âmbito, entretanto, tal aspecto não será aprofundado, apenas tangenciado ao longo do texto, uma vez que não é o objetivo deste trabalho discuti-lo.

Julgo importante colocar-me como pesquisadora heterossexual, assim como faz Guimarães (2004) em sua análise pioneira sobre a construção da homossexualidade entre homens do Rio de Janeiro na década de 70, por tratar-se de uma pesquisa baseada em entrevistas com pessoas que têm uma vivência sexual e social diferenciada da minha. Por vezes, percebi-me com “dedos” a escrever – receio de que fosse mal interpretada ao discorrer sobre um tema permeado por preconceitos e não vivenciado por mim. Contudo, os entrevistados foram dando seus próprios nomes a suas experiências e o trabalho foi erigido em cima deles. Cada vez fui me sentindo mais

¹ O termo homoparentalidade é tradução do termo homoparentalité, cunhado pela associação francesa de pais e futuros pais gays e lésbicas, a APLG (Association des Parents e Future Parents Gays e Lesbiennes).

² Opto por utilizar a denominação Novas Tecnologias Reprodutivas (NTR) em consonância com as autoras brasileiras que usam tal denominação: Salem (1995); Machin (1999,2000); Ramírez-Gálvez (2003); Luna (2004,2005,2007) e Fonseca (2008).

confortável em me mover na malha de significados e nomeações criada pelos próprios depoentes.

O presente trabalho apresenta-se como uma documentação de um período histórico e de um processo social e histórico nos moldes etnográficos, sendo uma fotografia de casais de mesmo sexo de classe média da grande São Paulo, a qual figura o desejo e a efetivação de parentalidade desses casais em meio às Resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) e às tecnologias oferecidas pelos serviços de Reprodução Assistida (RA). A dissertação, por essa razão, é construída essencialmente das falas dos sujeitos que compõem esses casais, afinal são elas que dão corpo, vida e sentido ao estudo.

No capítulo “Introdução à Temática e Justificativa do Objeto de Estudo”, efetuo a articulação entre o campo da Saúde Coletiva e a questão de gênero, delineando também o caminho de luta pelos direitos sexuais e reprodutivos, trazendo a questão da sexualidade, da homossexualidade, do casamento gay e da homoparentalidade, assim como a problematização de questões acerca do conceito de saúde. Coloco, da mesma forma, minha dificuldade em escrever sobre homoparentalidade, devido ao número reduzido de palavras que não fazem referência ao binarismo masculino/feminino, no caso, maternidade/paternidade, uma vez que nossa própria linguagem é baseada nessa diferenciação.

Em “Referenciais de Análise”, trago as referências conceituais nas quais a análise baseia-se. São discutidas as referências de noção de família, de *família escolhida* (“família gay”) como nova forma de vivência familiar, de Novas Tecnologias Reprodutivas (NTR) e da homoparentalidade, bem como a relação entre tecnologia e parentesco.

Em “Metodologia”, destaco que a presente pesquisa é oriunda de outra ainda mais ampla (Machin et al. 2013) e exponho a metodologia qualitativa do estudo, baseada em entrevistas em profundidade – guiadas por roteiros semiestruturados – e nos relatos do diário de campo. Apresento também a forma de análise dos dados: a *hermenêutica-filosófica*.

Em “Resultados e Análise”, optei pelo resgate das referências trazidas em “Introdução à Temática e Justificativa do Objeto de Estudo” e “Referenciais de

Análise”, com os dados produzidos no trabalho. Têm-se, portanto, quatro categorias de análise, a saber: 1- E Os Sujeitos se Apresentam; 2- Família, Conjugalidade e Homoparentalidade; 3- Novas Tecnologias Reprodutivas (NTR) e Parentalidade e 4- Casais de Mulheres e Tecnologias Reprodutivas (NTR).

Espero que as falas dos sujeitos trazidos nesta dissertação presentifiquem-se a cada página e que o leitor possa fluir no enredo construído por elas.

1. INTRODUÇÃO À TEMÁTICA E JUSTIFICATIVA DO OBJETO DE ESTUDO

2.1 Introduzindo a temática no campo da Saúde Coletiva

A Saúde Coletiva é um campo de saberes e práticas que trabalha com a saúde como fenômeno social. Sendo assim, o campo é composto pelo âmbito dos saberes, em que são produzidos conhecimentos em relação ao objeto saúde, e pelo âmbito das práticas, realizadas em organizações e instituições por diferentes agentes, ambos interligados (Paim, 1998).

Em uma definição literal de Paim (1992 apud Paim, 1998) sobre o campo, a Saúde Coletiva é um

“Conjunto articulado de práticas técnicas, científicas, culturais, ideológicas, políticas e econômicas, desenvolvidas no âmbito acadêmico, nas instituições de saúde, nas organizações da sociedade civil e nos institutos de pesquisa, informadas por distintas correntes de pensamento resultantes da adesão ou crítica aos diversos projetos de reforma em saúde” (Paim, 1992 apud Paim, p. 310, 1998).

Conforme Campos (2000), a partir de uma perspectiva dialética, o campo da Saúde Coletiva é, por sua vez, um pedaço do campo da saúde.

Do ponto de vista das práticas, o campo é fundamentado numa esfera de práticas transdisciplinar, multiprofissional, interinstitucional e transetorial. No domínio dos saberes, um tripé interdisciplinar dá forma à Saúde Coletiva. As disciplinas básicas que constituem esse tripé são a Epidemiologia, o Planejamento e Administração em Saúde e as Ciências Sociais em Saúde (Paim, 1998).

Desta forma, a Saúde Coletiva é um campo de práticas baseadas em interligações e um campo científico multidisciplinar que permite a construção de diferentes objetos teóricos, havendo dentro dele a convivência de uma diversidade de objetos e de discursos (Birman, 1991).

Dentro do campo científico, o presente trabalho insere-se no domínio da disciplina de Ciências Sociais em Saúde. As Ciências Sociais e Humanas em Saúde

começaram a estruturar-se após a Segunda Guerra Mundial em alguns países do Ocidente (Herzlich, 2005; Nunes, 2006; Couto et al, 2009), com a saúde emergindo como tema social de destaque e as Ciências Sociais tomando cada vez mais intensamente a saúde como temática. As Ciências Sociais em Saúde desenvolveram-se distintamente em diferentes países (Estados Unidos, França, Inglaterra, Canadá e América Latina – especialmente Brasil e México), conforme a realidade de cada um (Nunes, 2006; Couto et al., 2009).

Minayo (2006), ao escrever sobre a as “Contribuições da Antropologia para Pensar e Fazer Saúde”, faz uma descrição específica da Antropologia da Saúde. Coloca que a grande contribuição da antropologia é sua tradição na compreensão da cultura e que a utilização da cultura como lente para a interpretação da sociedade (assim como dos fenômenos de saúde e doença) caracteriza essa contribuição. Traz que os eventos ligados ao tema da saúde estão profundamente ligados às características organizacionais e culturais de cada sociedade e que o desafio central da Antropologia da saúde é o de entender a saúde como um bem da sociedade sempre em construção.

Segundo a autora, uma visão antropológica sugere a necessidade do entendimento da dimensão biológica dentro do contexto estrutural, político e subjetivo em que ocorre, lidando assim com a inter-relação das dimensões objetiva e subjetiva. Neste sentido, considera-se hoje que a antropologia é uma das disciplinas mais dinâmicas que do campo da Saúde Coletiva, contribuindo incisivamente para o pensamento dentro desse campo (Minayo, 2006).

Ao se propor o estudo das dialéticas natureza X cultura e tecnologia X sociedade, a partir da análise da temática da homoparentalidade e das Novas Tecnologias Reprodutivas, este trabalho baseia-se em uma busca pela compreensão da relação entre a dimensão biológica e as dimensões sociais, culturais, políticas e subjetivas, o que faz com que possa inserir-se dentro do campo da Antropologia em Saúde, de acordo com a caracterização da disciplina realizada por Minayo (2006).

Propondo ainda uma melhor localização da presente pesquisa dentro do campo, baseio-me, mais uma vez, em Minayo (2006), quando coloca que há uma diferenciação interna da produção da Antropologia em Saúde, havendo diferentes nichos. Um desses nichos seria relativo a um conjunto de estudiosos que produzem abordagens interdisciplinares, trabalhando em conjunto com outros pesquisadores da área da saúde.

Tais estudiosos realizam o que Minayo chama de *estudos estratégicos interdisciplinares*, que incluem “a articulação entre natureza e cultura e entre ciência e técnica, vistas em seu movimento interativo por meio do qual o ser humano cria e cria-se a si mesmo; cria seus meios de viver e o pensamento inscrito nesses meios” (Minayo, 2006, p. 223). Penso que seria fortuito localizar a pesquisa apresentada também dentro desse nicho, uma vez que trata justamente de pensar as relações dialéticas entre natureza e cultura, ciência e técnica de maneira contextualizada.

A discussão de gênero também é parte importante dentro do desenho do estudo, sendo uma temática que permeia toda a sua estrutura como um pano de fundo. Nunes (2006) aponta sobre a produção geral das Ciências Sociais em Saúde no Brasil; traz que a década de 90 representou um período de consolidação das pesquisas nessa área e que, desde essa década, vêm surgindo novas temáticas no campo, influenciadas por conjunturas político-sociais e institucionais, havendo o desenvolvimento de grande variedade de temas. As relações de gênero, segundo o autor, apresentam-se como um desses novos temas trabalhados.

Localizo meu estudo também nesses ‘novos temas trabalhados’ dentro do campo das Ciências Sociais em Saúde nos últimos anos.

2.2 Gênero

Hoje, no Brasil, assim como no mundo, discute-se sobre diversidade sexual, homofobia, casamento entre pessoas do mesmo sexo e homoparentalidade (parentalidade de pessoas do mesmo sexo). Contudo, houve um longo percurso sócio-histórico cultural e intelectual para que tais temas tivessem visibilidade e ressonância social, e para que pudessem fazer parte da pauta de discussões da sociedade civil e do Estado.

A discussão das relações de gênero, inicialmente ligada ao movimento feminista, é peça fundamental na construção desse percurso. Conquanto, não pretendo explorar a fundo as teorias de gênero, pois tal aprofundamento é demasiadamente complexo e não se coloca aos objetivos deste estudo. Ademais, apresento alguns autores e suas contribuições no campo dos estudos de gênero, iluminando pontos centrais para a compreensão geral do processo histórico e intelectual que prepara o terreno para as

atuais discussões acerca da homossexualidade e da homoparentalidade, juntamente com a discussão sobre sexualidade, feita a seguir. Da mesma forma, apresento, a partir das ideias expostas, a perspectiva a ser adotada na análise do material.

No final do século XIX e início do século XX, influenciado pelos ideais iluministas, temos na Europa, nos Estados Unidos e em alguns países da América Latina (incluindo o Brasil) um movimento feminista que luta pela emancipação da mulher e pela igualdade em relação aos homens. Após um período sem grandes mobilizações, o feminismo ressurgiu com força nos anos 60 e 70, dentro de um contexto de movimentos de contestação, como o movimento estudantil na França, o movimento hippie e o movimento gay internacionais e o movimento de pacificação americano, em razão da Guerra do Vietnã (Costa, 2005).

A categoria gênero surge nessas décadas de efervescência nos Estados Unidos, a partir de grupos de reflexão ligados ao movimento feminista, como categoria para análise das relações entre homens e mulheres. O crescente acesso das mulheres às universidades nesse período possibilitou que, dentro da universidade, elas desenvolvessem críticas ao movimento feminista e novas perspectivas teóricas acerca dele, bem como sobre gênero. Os estudos realizados por essas mulheres foram chamados de *Women's Studies*.

Tais estudos de gênero, realizados nas décadas de 70 e 80, eram baseados em um posicionamento crítico da explicação do lugar da mulher na sociedade. Muitos dos estudos baseavam-se no patriarcado e eram fundamentados em papéis sexuais; outros eram descritivos, referindo-se à existência de fenômenos a interpretar; outros, ainda, eram causais, ou seja, tentavam atribuir uma explicação para a submissão da mulher ao homem (Scott, 1995).

Assim, até a década de 80, sobrevivia com força na academia a dualidade impermeável entre sexo e gênero, sendo sexo utilizado para se falar de natureza (de diferenças biológicas entre sexos) e gênero usado para se falar de cultura. A partir do gênero, as feministas pretendiam evidenciar que as distinções entre o masculino e o feminino não eram naturais, mas criadas pela própria estrutura social.

Entretanto, na década de 80 acontece uma grande virada: Joan Scott, historiadora norte-americana, em seu texto *Gênero: Uma Categoria Útil de Análise Histórica* (Scott,

1995), originalmente publicado em 1986, faz a primeira grande síntese da categoria de gênero, ligando sexo e gênero e fazendo uma crítica às formulações de gênero até então desenvolvidas. A partir de sua crítica, ela propõe o caráter essencialmente social das diferenças entre os sexos, rejeitando o determinismo biológico como justificativa para tais diferenças.

Scott (1995), deste modo, coloca que há a autonomia da cultura perante a biologia, sendo o gênero construído sócio-historicamente, através do parentesco, da economia e da organização política. Assim, a partir da diferença biológica, a cultura edifica uma trama de valores, crenças, sentimentos e comportamentos que acabam por definir cada gênero, sendo o gênero ordenador e normatizador das práticas sociais (Scott, 1995).

A autora apresenta também que as identidades são construídas sempre pela referência do outro, vivenciada socialmente, e coloca que a reflexão sobre as mulheres deve contemplar também a reflexão acerca dos homens. Assim, atribui ao gênero, além de uma característica sócio-histórica, uma característica relacional. Logo, há a rejeição da interpretação das relações através de esferas separadas para um e para outro sexo.

Ainda segundo Scott (1995), a dimensão de gênero está intimamente relacionada à questão de poder, ambas construindo-se reciprocamente. Por muitas vezes, a ênfase colocada sobre o gênero não é explícita nas relações de poder, contudo, o gênero é uma dimensão decisiva na definição da igualdade e da desigualdade, uma vez que as hierarquias são baseadas em compreensões generalizadas da relação considerada 'natural' entre masculino e feminino. A autora afirma que o gênero é uma das referências recorrentes da concepção, legitimação e crítica do poder político.

Para Scott (1995), gênero é então um princípio constituído sócio-historicamente, de forma relacional, e implicado nas relações de poder. Nas palavras da autora: “O núcleo essencial da definição baseia-se na conexão integral entre duas proposições: o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder” (Scott, 1995, p.21). Com ele, codificamos o sentido e compreendemos as complexas relações entre diferentes interações humanas (Scott, 1995).

Por fim, Scott (1995) sugere que a desigualdade de gênero tem a ver com as outras desigualdades, como a de classe e a de raça, e que gênero tem que ser redefinido e reestruturado dentro de uma visão de igualdade político-social que inclua também essas outras esferas de desigualdade.

Judith Butler, filósofa americana, assim como a historiadora Joan Scott, contribuiu de forma importante para a conceituação e para o desenvolvimento da categoria gênero. Suas formulações dizem respeito, principalmente, à produção de sujeitos e modos de subjetivação (Facchini, 2008).

Sua questão principal em *Problemas de Gênero* (Buttler, 2003), originalmente publicado em 1990, é considerar as relações de gênero de forma mais ampla do que sendo somente interações sociais entre mulheres e homens. Ela questiona uma noção de feminino e de masculino fixas e um pensamento baseado na binaridade das identidades masculina X feminina cristalizadas, contrapondo-se e realizando a crítica a diversas teóricas feministas.

Butler critica a padronização identitária, relativizando a ideia de identidade e de identidade sexual. Ela reformula a relação entre sexo e gênero, entre biologia e corporeidade, o que se tornou uma das mais influentes desnaturalizações da biologia que emergiu dos estudos feministas nos anos 90. O gênero, para ela, é definido como a estilização repetitiva dos corpos, ou seja, uma *performance* corporal que se realiza em meio a uma norma regulatória rígida e que se mantém no tempo, produzindo a aparência de ser natural. Dito de outro modo, a noção de gênero como performaticamente produzido seria uma sequência de atos baseados em scripts culturais estabelecidos previamente (Lamas, 1999) – atos constrangidos pelas práticas reguladoras da sexualidade (Ramírez-Gálvez, 2003).

De acordo com o pensamento da estudiosa, a divisão entre os sexos não é algo natural, mas é a linguagem que atribui o que é natural e o que não é natural. Deste modo, a autora procura romper com a ideia de que a diferenciação entre masculino e feminino é pré-social. Em seu raciocínio, não é a natureza que pré-existe ao gênero – sendo o gênero uma atribuição cultural ao que é natural –, mas gênero é constituído pela interação entre natureza e cultura, não havendo separação entre elas (Buttler, 2003).

A autora desconstrói, dessa maneira, a divisão sexo/gênero, base da teoria feminista, criticando a cristalização dos estudos de gênero e da produção feminista.

Coloca que o feminino já não é mais uma noção estável, seu significado é tão problemático quanto o significado de mulher, afinal, ambos só se constituem em termos relacionais. De acordo com Butler (2003):

“A complexidade do conceito de gênero exige um conjunto interdisciplinar e pós disciplinar de discursos, com vistas a resistir à domesticação acadêmica dos estudos sobre gênero ou dos estudos sobre as mulheres, e de radicalizar a noção de crítica feminista” (Butler, 2003, p.12).

Judith Butler, portanto, reivindica que não há uma relação necessária entre o corpo que se possui e o gênero que se vivencia. Sobremaneira, defende que sexo sempre foi gênero na história da humanidade, não havendo corpo natural que pré-existisse à sua inscrição na cultura. Neste sentido, independentemente do sexo, o gênero torna-se um ‘artifício flutuante’: “homem” e “masculino” podem referir-se tanto a um corpo feminino como a um masculino (Almeida, 2008).

Para Butler, gênero é um processo em que estão articulados sexo, desejo e prática sexual, dentro do qual o corpo é moldado pela cultura através do discurso (Lamas, 1999). A partir de sua construção teórica, ela permitiu compreender e incluir diversas maneiras de se viver as feminilidades e as masculinidades socialmente construídas.

Seu trabalho é, pois, fundamental ao pensamento em torno do gênero e da sexualidade, colocando sexo e gênero em uma perspectiva discursiva e abrindo a possibilidade do entendimento deles enquanto *performatividades* (Almeida, 2008) e possibilidades. Ela defende as práticas paradoxais de sexo/gênero que possibilitam uma vivência de gênero para além do modelo dos dois sexos, como as *drag queens*, *queers* e transgêneros (Correa, 2006).

O modelo binário dos dois sexos seria proveniente do que Butler chama de *matriz heterossexual*, que pressupõe coerência entre sexo, identidade e práticas sexuais, e é âncora do modelo de identidade sexual (Ramírez-Gálvez, 2003). Ela é definida pela autora como um pressuposto de grande entendimento e aderência cultural, por meio do qual corpos, gênero e desejos são naturalizados (Butler, 2003). As práticas *queer*, portanto, têm um lugar de subversão da identidade, mobilizando as possibilidades dos sujeitos e opondo-se à tal *matriz heterossexual* (Ramírez-Gálvez, 2003).

A partir desse olhar, ganham voz dentro da discussão de gênero os gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transgêneros, obtendo mais força política. Novas questões passam a ser discutidas dentro do movimento LGBTT, como o “casamento gay”³ e a homoparentalidade.

2.3 Sexualidade e homossexualidade

Uma breve apresentação sobre (homo)sexualidade e sua relação com a questão de gênero também se faz importante na preparação do terreno para a discussão da homoparentalidade e das NTR, conforme feito a seguir.

2.3.1 Sexualidade e identidade sexual

Assim como o gênero, a sexualidade e os estudos sobre a sexualidade também são constituintes do terreno que pretendo adentrar ao discutir os casais de mesmo sexo e as NTR. A sexualidade está intrinsecamente relacionada às questões de gênero, entretanto, tratam-se de domínios separados.

Ao passo que gênero trata da atribuição social dada aos indivíduos, baseada nas diferenças sexuais (atribuição cultural da diferença sexual), a sexualidade é uma “série de crenças, comportamentos, relações e identidades socialmente construídas e historicamente modeladas” (Weeks, 2010, p. 43) que tem o corpo como *locus* de vivência e manifestação. Sendo assim, ela é uma construção social e histórica (Rubin, 1984; Heilborn, 1996, 1999, 2006; Carrara, 2005; Weeks, 2010) para além de um simples produto resultante do funcionamento biopsíquico, produzida a partir da correlação entre esses diferentes âmbitos.

A ideia de que o sexo é uma força natural cuja existência antecede a vida social foi incorporada ao saber popular e, por sua vez, naturalizada nas sociedades ocidentais que passaram a entender o sexo como algo a-social, desinvestido de historicidade e como propriedade dos indivíduos (Rubin, 1984). Contudo, a sexualidade é compreendida hoje como uma construção moderna que diz respeito a uma dimensão

³ A união civil entre pessoas do mesmo sexo vem sendo referida pelos meios de comunicação como “casamento gay”.

interna dos sujeitos, e que toma forma dentro de um contexto cultural específico, também não sendo sinônimo de simples atividade ou ato sexual (Heilborn, 1999).

Weeks (2010), na mesma linha, sugere que o sentido que atribuímos à sexualidade é construído em situações sociais concretas, não sendo a sexualidade restrita simplesmente ao corpo, mesmo que este seja seu *locus*, estabelecendo o enquadramento do que é ou é sexualmente possível, do que é ou não prazeroso.

A sexualidade, se por um lado é fonte de prazer, por outro é fundamental para a construção de identidades pessoais e sociais (Carrara, 2005). Ao falar sobre a sexualidade em nossa sociedade Ocidental, Bozon afirma que “(...) nas sociedades que elaboraram um domínio da intimidade e dos sentimentos pessoais, a sexualidade tornou-se uma das experiências fundamentais para a construção da subjetividade e da relação consigo mesmo” (Bozon, 2004, p. 95).

Contudo, todo esse processo se dá em meio a relações de poder. De acordo com Foucault (1993), a história da sexualidade é uma trama formada por discursos sobre a sexualidade, os quais formalizam a maneira como entendemos e agimos com e em relação a nossos corpos. Tal trama, por sua vez, é tecida com fios de poder. Foucault coloca, assim, a sexualidade como um dispositivo de poder, ou melhor, de *biopoder*, nome que dá à forma de atribuição de regras sociais que oferecem meios de regulação dos corpos individuais à mesma medida que instituem o comportamento do conjunto desses corpos individuais ao relacionarem-se.

Na história da sociedade ocidental, à medida que se passou a ter uma preocupação com os indivíduos, em nível populacional (preocupação com a saúde, com questões sanitárias e com o desenvolvimento econômico), de forma concomitante, passou-se a se preocupar mais em relação ao controle dos corpos desses indivíduos, o que acarretou diretamente o controle da sexualidade (Weeks, 2010).

Dentro desse contexto de controle, a construção do olhar sobre a sexualidade foi feita de acordo com o seu potencial de perigo (de ameaça à sociedade e às instituições) e não baseada em seu potencial de prazer (Carrara, 2005). É como se o sexo fosse considerado culpado até provarem sua inocência, e ele é sempre tratado com suspeita (Rubin, 1984).

Intrínseca à noção de controle está a noção de poder. Weeks (2010) discute essa dimensão de poder ao tratar das identidades sexuais. Traz que nas últimas décadas, o termo ‘sexo’ passou a se referir pontualmente às diferenças anatômicas entre homens e mulheres e, nesse sentido, a marcar e a hierarquizar essas diferenças. Coloca que este movimento não aconteceu aleatoriamente, mas as definições de identidades e comportamento sexuais são construídas em meio a relações de poder. As identidades sexuais que julgamos ‘naturais’ são constantemente geradas nesse processo de construção, o que torna a sexualidade na modernidade ponto central como atuação de poder. Nesse sentido, conclui que só podemos compreender a relação com o corpo e com a sexualidade dentro de um contexto particular, atentos às condições historicamente variáveis que atribuem importância à sexualidade e à atribuição de relações de poder que determinam o que é visto como comportamento normal e o que é visto como comportamento anormal dentro desse contexto social.

De acordo com Guimarães (2004), o processo de classificação e seleção de identidades sexuais também está intrinsecamente ligado ao poder e tais classificações só têm sentido dentro do sistema de relações que as erigiu, sendo a identidade sexual uma dimensão da identidade social.

A dimensão de poder, além de ser inerente à construção da identidade sexual, também constitui a relação entre gênero e sexualidade. Julgando que há características diferentes entre homens e mulheres no que diz respeito à vida sexual e reprodutiva, Heilborn (2006) afirma que tais diferenças devem-se a uma combinação de fenômenos inscritos no corpo como efeitos de socialização de gênero.

Aqui se coloca a questão da relação entre gênero e sexualidade, bastante discutida. É contestado o fato de se tomar gênero como eixo que sustenta a identidade individual, sem levar em conta outros elementos estruturadores do sujeito (Birman, 1991 b). Por outro lado, considerar a sexualidade como parte do gênero seria restringir o olhar sobre os diferentes aspectos da sexualidade. Uma vez que a sexualidade se refere ao corpo – local de sensações físicas e de significados sexuais –, gênero seria somente uma das dimensões sob as quais a sexualidade pode ser abordada (Vilela e Barbosa, 1996).

Assim, sexualidade e gênero são entidades separadas, porém a relação entre elas é intrínseca. De acordo com Heilborn: “o manejo da atividade sexual por parte dos sujeitos é capital para a constituição de suas identidades de gênero” (Heilborn, 1999, p. 43).

Para Rubin (1984), a fusão feita culturalmente entre gênero e sexualidade – inclusive semanticamente nas línguas inglesa e portuguesa, pois a palavra sexo refere-se tanto à identidade de gênero (masculina ou feminina) como a atividade sexual –, criou a ideia de que uma teoria da sexualidade poderia ser decorrente de uma teoria de gênero. Contudo, segundo a autora, o gênero influencia a sexualidade e esta já teve manifestações específicas de gênero. Apesar de haver essa relação entre ambos, eles não são a mesma coisa, formando a base de duas arenas distintas da prática social.

Rubin faz esta argumentação em seu texto *Pensando o Sexo: Notas para uma Teoria Radical das Políticas da Sexualidade* (1984), posterior a *O Tráfico de Mulheres* (1975), no qual utiliza o conceito de sexo/gênero como uma “série de arranjos através dos quais a sociedade transforma a sexualidade biológica em produtos da atividade humana” (Rubin, 1975, p. 159 apud Rubin 1984). Em *Pensando o Sexo: Notas para uma Teoria Radical das Políticas da Sexualidade*, contrariando essa proposição apresentada no texto de 1975, Rubin alega que é fundamental separar analiticamente sexualidade e gênero, para que se possa refletir com mais precisão sobre a separação social existente. Admite também que tal ideia se opõe ao alicerce de muitos pensamentos feministas que tratam a sexualidade como derivação do gênero.

Conforme Parker (2001), na invenção da sexualidade das sociedades ocidentais, o relacionamento entre sexo e poder foi reestruturado. Foi dada ênfase à sexualidade, quando colocada em oposição a gênero, deste modo, as práticas sexuais passaram a ser parte da construção de uma relação hierárquica entre homens e mulheres, além de determinar a interpretação da natureza de cada indivíduo. Ela foi estruturada segundo as qualidades conhecidas de gênero: mulher passiva/homem ativo e, nessa construção, os atos sexuais em si tiveram menos importância do que sua relação com a masculinidade e com a feminilidade.

Por outro lado, nos discursos criados sobre a sexualidade, o ato sexual está mais ligado à questão da reprodução do que à questão de gênero, sendo o significado deste construído em relação a uma lógica reprodutiva muito mais do que em relação ao

binômio passividade/atividade. Dentro desse campo, conforme desenvolveu Rubin (1984), foi estabelecido um sistema hierárquico de valores, no qual a heterossexualidade monogâmica e reprodutiva é tida como a norma sexual, sendo “boa”, “natural” e “normal” e da qual todas as outras práticas sexuais são desviantes, sendo “más”, “não naturais” e “anormais” (Parker 1991). Nas palavras de Rubin:

“Heterossexuais maritais e reprodutivos estão sozinhos no topo da pirâmide erótica. Clamando um pouco abaixo se encontram heterossexuais monogâmicos não casados em relação conjugal, seguidos pela maioria dos heterossexuais. O sexo solitário flutua ambigualmente. Casais lésbicos e gays estáveis, de longa duração, estão no limite da respeitabilidade, mas sapatões de bar e homens gays promíscuos estão pairando um pouco acima do limite daqueles grupos que estão na base da pirâmide. As castas sexuais mais desprezadas correntemente incluem transexuais, travestis, fetichistas, sadomasoquistas, trabalhadores do sexo como as prostitutas e modelos pornográficos, e abaixo de todos, aqueles cujo erotismo transgride as fronteiras geracionais. ” (Rubin, 1984, p. 13 e 14).

Sendo assim, por exemplo, o sexo pelo prazer, a promiscuidade sexual e a homossexualidade são estigmatizados e repreendidos, pois ameaçam a sexualidade dita “normal”. Contudo, a partir do final do século XX, há o início de uma modernização dos valores sexuais e as diversidades passam a encontrar mais espaço para serem vivenciadas. A distinção entre o normal e o anormal torna-se mais esfumada quando algumas práticas, como a masturbação, a contracepção, o aborto e a homossexualidade são colocadas como possibilidade (Parker, 1991).

O surgimento de novas elaborações para identidades sexuais está associado às mudanças observadas nas últimas décadas, as quais fazem da modernização no âmbito dos costumes e da representação de família uma alta concentração de renda atrelada à emergência de um mercado de consumo refinado, à ampliação da educação superior, ao aumento da importância da comunicação de massa e aos movimentos de liberação das mulheres e homossexual. Tais mudanças, por sua vez, estabelecem novos códigos em relação à homossexualidade.

É em meio a esta conjuntura que as camadas média e alta dos grandes centros metropolitanos passam a se caracterizar a partir da simetria entre os parceiros, havendo

a dissolução da distinção de gênero, numa contraposição ao caráter tradicional da sociedade brasileira. O universo simbólico é, assim, marcado pela difusão do igualitarismo. Tal constituição de identidade só se dá em meio ao contexto do individualismo moderno (Heilborn, 1996, 1999).

Mesmo havendo certo espaço para repensar valores sexuais, não houve uma mudança substancial na forma de racionalização e criação de sentido da vida sexual no Brasil nos últimos tempos. A hierarquia sexual continua baseando-se na norma reprodutiva, sendo esta a referência principal. Contudo, a liberalização da diversidade sexual no Brasil, que vem acompanhando a modernização da vida no país, afirmou a grande importância da sexualidade como chave para a definição de identidade do ser (Parker, 1991).

1.3.2 Homossexualidade

O comportamento homossexual sempre esteve presente entre os humanos. Mas a depender da sociedade e da época, ele era recompensado ou punido, necessário ou proibido, entendido como uma experiência temporária ou como uma vocação para a vida inteira⁴. Contudo, a homossexualidade como conhecemos é um complexo institucional relativamente moderno (Rubin, 1984) e é significado em termos de identidade sexual.

Jeffrey Weeks, historiador inglês, desenhou a diferença entre comportamento sexual e identidade sexual. Segundo ele, o comportamento homossexual seria o comportamento sexual que o indivíduo tem diferente da identidade sexual, a qual seria proveniente de um desenvolvimento histórico e cultural (Loyola, 1998).

De acordo com Weeks (2010), os termos heterossexualidade e homossexualidade são de origem mais ou menos recente e marcam um estágio decisivo na definição moderna da sexualidade. Os dois termos foram utilizados pela primeira vez, ao que tudo indica, pelo escritor húngaro-russo Karl Kertbeny, em 1869, de maneira a definir a homossexualidade como uma forma diferente de sexualidade. Não lhe era atribuída conotação negativa, sendo a homossexualidade considerada uma

⁴ Coloco o exemplo da sociedade grega, na qual se relacionavam sexualmente mestre e aprendiz.

variante benigna da sexualidade. Entretanto, o desenvolvimento de ambos os termos, nos séculos XIX e XX, estabeleceu definições mais precisas dos comportamentos e identidades sexuais, e homossexualidade e heterossexualidade tornaram-se expressões opostas. Nesse processo, houve também mudança da conotação dos termos: a homossexualidade, inicialmente entendida como uma vertente benigna da sexualidade, passou a ser uma descrição médico-moral de anormalidade, portanto passível de cura com ações médico-correcionais (Fry, 1982). Já a heterossexualidade, termo que já definia a norma, passou a ser cada vez mais utilizado ao longo do século XX como definição de normalidade. Weeks (2010) nomeia esse processo de “a institucionalização da heterossexualidade”.

As leituras da homossexualidade masculina e a feminina são distintas historicamente, mas se aproximam em alguns aspectos. Em relação à homossexualidade masculina, o homossexual como identidade começou a ser formado a partir do século XIX, num contexto de desenvolvimento da sociedade industrial e de transformação da vida familiar, quando houve a instituição de marcada distinção entre os papéis sociais de homens e mulheres dentro das famílias e na vida social. Os homens que rompessem com o papel social demarcado (de machões) eram categorizados como não sendo homens de verdade – era o caso dos homens que tinham comportamento homossexual. A homossexualidade, assim, virou categoria científica e sociológica, com efeitos nas práticas médica e legal, constituindo a ideia de uma natureza exclusivamente homossexual (Weeks, 2010).

No Brasil, a partir da década de 60, começa a surgir, nos grandes centros urbanos, uma nova forma de pensar o exercício da sexualidade. Fry (1982) traz o modelo para pensar a homossexualidade existente antes da década de 60 no país e também o desenvolvido a partir dos anos 60. O primeiro modelo, dito “tradicional”, tinha seu foco no gênero mais do que na sexualidade para classificação das pessoas. A divisão era feita seguindo a seguinte lógica: sujeito mais feminino = papel mais passivo (*bicha*) e sujeito mais masculino = papel mais ativo (*bofe*). O modelo “*bicha-bofe*” era baseado em uma relação desigual entre os papéis.

A partir da década de 60, a lógica para pensar a sexualidade passou do foco das relações de gênero para o foco na sexualidade, pensamento que pode ser traduzido a partir das perguntas: “com quem é que você transa? Com sujeitos do mesmo sexo, do

outro sexo ou de ambos os sexos?”, passando-se de um sistema mais hierárquico para um sistema mais igualitário. Fry nomeia o indivíduo que tem certa liberdade em relação a seu papel de gênero e à sua “atividade” ou “passividade” de *entendido*.

Em relação à homossexualidade feminina, segundo Heilborn (2004), seu discurso é composto pela invisibilidade, uma vez que há uma menor cultura pública da lesbianidade, com menos referências explícitas à homossexualidade feminina do que à masculina. Ainda segundo Heilborn, a homocorporalidade⁵ feminina está ligada a um padrão de conjugalidade maior do que têm as relações homossexuais masculinas e o sexo tem lugar menos privilegiado se comparado ao lugar que o amor ocupa nas relações lésbicas. A conjugalidade entre mulheres é caracterizada, comparativamente à conjugalidade entre homens, por apresentar relações mais duradouras e um maior retraimento para o âmbito doméstico.

Da mesma forma que no âmbito da homossexualidade masculina passa de um modelo mais desigual de relações de papel para um modelo mais igualitário, a homossexualidade feminina passa pelo mesmo processo. As denominações *fancha* e *lady* eram utilizadas para se referirem à lésbica masculinizada (captura da representação de gênero masculina) e à lésbica feminina, respectivamente. Da oposição *fancha/lady* passa-se a uma vivência mais fluida e não enraizada nesses estereótipos, havendo também recusa do paradigma da *fancha* (Heilborn, 2004).

O desenvolvimento desse tipo de pensamento, mais igualitário, no sentido da equidade de gênero, é base para como pensamos as questões de sexualidade na atualidade. De acordo com Weeks (2010), atualmente, tomamos os termos homossexual e heterossexual de forma que eles realmente demarcam uma divisão entre as pessoas, havendo os heterossexuais e os homossexuais, além dos bissexuais. Contudo, a realidade não é assim tão ordenada. De acordo com a pesquisa de Heilborn (1996), que entrevistou mulheres que mantinham relações homocorpoais, coexistem formas não lineares de lidar com a administração da identidade sexual, não sendo ela fixa. Isso implica o modo “ser/estar homossexual” colocado pela autora.

⁵ Heilborn utiliza o termo homocorporal para se referir à experiência sexual vivenciada entre pessoas do mesmo sexo.

Sendo assim, as identidades, no mundo moderno, podem ser escolhidas e essa escolha é orientada por uma preocupação com a verdadeira sexualidade, sendo, neste sentido, por diversas vezes, política (Weeks, 2010). De acordo com o autor:

“Cada vez mais, a homossexualidade se torna uma opção, uma escolha, a qual os indivíduos podem seguir de um modo que era impossível numa sociedade mais hierárquica e monolítica. A existência de um modo de vida gay dá a oportunidade para as pessoas explorarem suas necessidades e seus desejos sob formas que eram algumas vezes literalmente inimagináveis até bem pouco tempo” (Weeks, 2010, p. 69).

Apesar de haver esse movimento em relação às identidades sexuais, a discriminação social contra homossexuais ainda é extremamente presente e agressiva, devido à homossexualidade ocupar um lugar de anormalidade no sistema hierárquico de valores proposto por Rubin (1984).

Todavia, a comunidade LGBTTT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais) tem ocupado uma parte importante nas transformações sociais. No Brasil, desde o fim da década de 70, século XX, há uma crescente organização e o aumento do movimento homossexual. Do ponto de vista do direito, há, de um lado, oscilação entre a reivindicação da não interferência do Estado no tocante à liberdade individual e à vida privada; de outro, há a luta pelo reconhecimento público e legal das escolhas individuais. Se há a luta pela não descriminalização de indivíduos e grupos, de acordo com sua prática sexual, há também uma briga pelo reconhecimento legal das relações que se constroem a partir dessa prática social. O movimento homossexual consolidado nos últimos anos no Brasil mostra como as relações entre sociedade civil e Estado são porosas e se dão de maneira complexa (Carrara, 2005, p. 23).

Carrara, ao olhar o momento brasileiro contemporâneo, discorre sobre o lugar ocupado pela homossexualidade, que não é fixo, como coloca Heilborn (1996), que é escolha, conforme afirma Weeks (2010); para além disso, é um lugar de abertura no qual estão engendradas múltiplas possibilidades de ser/viver:

“No plano da cultura, parece estar em jogo a possibilidade de perder a perspectiva de que a homossexualidade não é certa disposição orgânica ou psicológica, nem apenas um certo conjunto de práticas sexuais,

nem somente um estilo de vida, nem talvez uma identidade social, mas sim um “lugar” simbólico, aberto a múltiplas incorporações, imagens e personificações” (Carrara, 2005, p. 23).

Souza (2005), em consonância com Butler (2003), traz que, dentro do discurso cultural dominante, a homossexualidade e as formações familiares homossexuais (de conjugalidade e parentais) ressignificam os constructos heterossexuais hegemônicos, criando um novo espaço de significação que contém a diferença.

Todo esse movimento, sucintamente ilustrado acima, da mudança das convenções de gênero e sexualidade dentro da própria homossexualidade, dos movimentos feminista e LGBTT e de toda a luta pelos direitos humanos cria as condições para que os projetos de conjugalidade e parentalidade possam ser vivenciados.

2.4 Contextualizando a temática

2.4.1 Casamento gay e homoparentalidade

Para Butler (2003), a homossexualidade não se reduz aos constructos heterossexuais, à *matriz heterossexual*, mas se utiliza deles num processo de desconstrução e reconstrução. Não é assim, cópia da heterossexualidade, porém composta por identidades internamente dissonantes e complexas que dão novas significações e valor às categorias hegemônicas (Souza, 2005).

Começo tal tópico com esta ideia, uma vez que a questão do “casamento gay” e também da homoparentalidade podem ser lidas a partir dela, já que é uma leitura possível que sejam entendidas como ressignificações de uma lógica naturalizada e naturalizante.

Mesmo havendo grande homofobia e preconceito da sociedade em relação às uniões civis de pessoas de mesmo sexo e da legalização da parentalidade exercida por casais de mesmo sexo⁶, tais eventos têm ocorrido em escala mundial e nacional.

⁶ Lembrando que as uniões informais entre pessoas de mesmo sexo e a criação de crianças por gays e lésbicas são fatos que sempre estiveram presentes na sociedade, mesmo que não lhes fosse dada visibilidade.

Em alguns países do mundo já houve a legalização do casamento entre pessoas do mesmo sexo. Atualmente, quatorze países já legalizaram o casamento entre pessoas do mesmo sexo, sendo nove desses países europeus (Holanda, Portugal, Espanha, Bélgica, Dinamarca, Noruega, Suécia, Islândia e França). Na América do Sul, somente Argentina e Uruguai legalizaram o casamento entre casais de mesmo sexo. Os outros países nos quais houve a aprovação do casamento de pessoas de mesmo sexo são Nova Zelândia, África do Sul e Canadá. Nos Estados Unidos, por sua vez, o casamento entre pessoas do mesmo sexo é permitido por lei em doze estados e no distrito federal.

No Brasil, houve, em maio de 2011, o reconhecimento da união estável entre casais de mesmo sexo em todo o território nacional. Desde então, muitos casais passaram a procurar a Justiça para que essas uniões ganhassem o status de casamento civil. A grande maioria das decisões judiciais foram favoráveis e os Tribunais de Justiça de três estados brasileiros primeiramente resolveram unificá-las: Alagoas (janeiro de 2012), Bahia (outubro de 2012) e São Paulo (fevereiro de 2013). Contudo, hoje, ao todo 13 estados no Brasil já autorizam o casamento entre pessoas do mesmo sexo. Além de Alagoas, Bahia e São Paulo, os outros estados são: Paraíba, Santa Catarina, Rondônia, Paraná, Espírito Santo, Sergipe, Piauí, Ceará, Mato Grosso do Sul além do Distrito Federal⁷.

Não obstante, no dia 14 de maio de 2013, houve a aprovação de uma medida do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) que permitiu o casamento civil entre pessoas do mesmo sexo e proibiu os cartórios de recusarem a conversão da união estável de pessoas de mesmo sexo em casamento. A medida, por sua vez, ainda pode ser contestada no Supremo Tribunal Federal⁸.

A agitação é ainda aumentada quando, para além do “casamento gay”, trata da questão da homoparentalidade (parentalidade exercida por pessoas do mesmo sexo)⁹. O

⁷<http://www.institutoadiversidade.com.br/casamento-homoafetivo/casamento-gay-ja-e-valido-em-treze-estados>. Acesso em 5 de maio de 2014.

⁸<http://www2.stf.jus.br/portalStfInternacional/cms/destaquesNewsletter.php?sigla=newsletterPortalInternacionalDestaques&idConteudo=238515>. Acesso em 20 de maio de 2013.

⁹ Em termos legais, no Brasil, muitos casais de mesmo sexo vêm entrando com recursos para a legalização da paternidade de ambos os membros do casal (seja em casos de adoção, seja em casos de utilização de tecnologia reprodutiva) e as decisões judiciais têm sido favoráveis. Contudo, estas são personalizadas, dependendo do juiz e do Tribunal onde os pedidos são julgados.

pressuposto vivenciado é o de que a parentalidade é baseada na diferença entre os sexos, ou seja, no modelo masculino (homem) + feminino (mulher).

Contudo, havendo diversos femininos e diversos masculinos, os quais não se detêm somente à questão biológica, tal pressuposto é desnaturalizado. Os corpos biológicos são, assim, separados do desejo parental. A partir dessa conjectura, o raciocínio desenvolvido é o seguinte: as pessoas nascem com características sexuais (pênis ou vagina). Estas são instrumentos materiais que permitem a reprodução, mas não definem as relações. Os sujeitos reproduzem-se se quiserem e criam suas próprias estruturas familiares, não sendo o sexo um destino para escolha de parceiros sexuais e afetivos (Almeida, 2013).

2.4.2 Direitos sexuais e reprodutivos e Novas Tecnologias Reprodutivas

Conforme Almeida (2010), nas últimas décadas, duas importantes mudanças ocorreram para que o terreno de pensamento sobre relações de parentesco fosse renovado: primeiramente, a pesquisa antropológica deixou de debruçar-se sobre as sociedades ‘primitivas’, alargando sua amplitude a todas as sociedades; depois, principalmente pela influência das problematizações de gênero e sexualidade, as concepções sobre família e parentesco passaram por críticas e revisões.

Os avanços na compreensão dos direitos sexuais e reprodutivos em âmbito mundial são constituintes dos avanços dos direitos sexuais e reprodutivos na esfera nacional em relação a todos os gêneros. Acrescento essa mudança como primordial para a discussão de família e parentesco em voga nos dias atuais, juntamente com a ampliação dos objetos da antropologia e das problematizações de gênero e sexualidade colocadas por Almeida (2010).

A partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, a comunidade internacional, por meio da Organização das Nações Unidas (ONU), vem realizando uma série de Convenções Internacionais, dentro das quais são estabelecidos estatutos comuns de cooperação mútua e mecanismos de controle que garantam os direitos humanos: direitos considerados básicos a uma vida digna (Ávila, 2003). Dentro das convenções de direitos humanos, é consenso a centralidade da Conferência Internacional de População

e Desenvolvimento (CIPD) do Cairo, realizada em 1994, e da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada no ano de 1995 em Pequim, como marcos importantes para a consolidação de uma terminologia relacionada aos direitos sexuais (Facchini e Barbosa, 2006).

De acordo com Ávila (2003), a CIPD do Cairo (1994) conferiu papel principal à saúde e aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos, focalizando o desenvolvimento do ser humano. Ela gerou transformação profunda no debate sobre a população ao dar prioridade às questões dos direitos humanos. No capítulo VII, da Plataforma de Ação do Cairo, os direitos reprodutivos estão definidos desta maneira:

“Os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos, em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no *reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo* de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu *direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência*.” (§ 7.3, grifos meus).

Importante atentar que, nessa definição de direitos reprodutivos, não há menção a uma norma heterossexual, apresentando os direitos ancorados no *reconhecimento do direito básico de todo casal e todo indivíduo* e incluindo o *direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência*.

Na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, de 1995, realizada na cidade de Pequim, foram reiterados os acordos estabelecidos no Cairo e se prosseguiu na definição dos direitos reprodutivos e dos direitos sexuais como direitos humanos. Os direitos sexuais foram definidos de maneira mais autônoma em relação aos direitos reprodutivos, havendo relativa dissociação entre eles (Ávila, 2003).

Contudo, na Conferência, não foi aprovado o parágrafo que tratava das múltiplas formas de discriminação contra as mulheres, menção explícita da orientação sexual. No

processo de revisão da Conferência, realizado em 2000, a menção à orientação sexual foi recusada novamente vez pelos países mais conservadores (Corrêa, 2006).

Nessas duas Conferências, os governos de vários países, dentre eles o do Brasil, assumiram o compromisso de basear nos direitos sexuais e reprodutivos as políticas e os programas nacionais dedicados à população e ao desenvolvimento. O Ministério da Saúde, assim, elaborou o documento *Saúde Sexual e Reprodutiva de Homens e Mulheres*, aprovado como plano de trabalho da Comissão Intergovernamental para Promover uma Política de Saúde Sexual e Reprodutiva, na XVII Reunião dos Ministros da Saúde do Mercosul, realizada no Rio de Janeiro em 3 de dezembro de 2004. O documento propõe o desenvolvimento de políticas que contemplem homens e mulheres, tendo como base os conceitos de saúde sexual e reprodutiva como componentes dos Direitos Humanos. Entretanto, dá relevância à saúde das mulheres (Ávila, 2003).

Dentro desta conjectura, Corrêa (2006) afirma que, no contexto das Nações Unidas, a legitimação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres não foi acompanhada por avanços equivalentes no tocante aos direitos da diversidade sexual (homossexuais, lésbicas, bissexuais, transexuais, transgêneros, trabalhadoras e trabalhadores do sexo).

Em relação especificamente às tecnologias médicas, Luce (2010), antropóloga canadense, afirma que as últimas três décadas trouxeram mudanças consideráveis no cuidado reprodutivo, incluindo o advento das NTR e da tecnologia genética. O primeiro bebê proveniente de uma fertilização *in vitro* nasceu no ano de 1978, na Inglaterra, e, desde então, tal técnica tem sido amplamente utilizada em escala mundial para a concepção de bebês.

Luce (2010) sublinha que, hoje, o que vem contribuindo ultimamente para os estudos de parentesco é a questão do desenvolvimento da genética e da tecnologia reprodutiva. A partir dessas contribuições, a procriação, a genealogia e a noção de família vêm sendo questionadas e desestabilizadas, sendo reintroduzidas na vivência social a partir de experiências individuais e coletivas de parentesco na era da reprodução assistida. Dentro deste panorama, a pesquisa no campo das NTR contribui ainda mais para a emergência de um novo enfoque de estudos do parentesco, hoje chamados de *estudos de parentesco* (Luce, 2010).

As NTR estão intrinsecamente ligadas às mulheres, pois é em seu corpo que a tecnologia é aplicada e é esse corpo que sofre modificações e que gesta a criança. Luce (2010) realizou um estudo com casais de mulheres que utilizaram tecnologia reprodutiva para a concepção de filhos no Canadá. Nele, traz que a heteronormatividade e a assumida naturalidade da heterossexualidade, especialmente em relação à reprodução e à família, têm influência significativa na saúde e no bem estar das mulheres homossexuais e nas experiências de cuidado reprodutivo.

A autora coloca que mulheres homossexuais são habitualmente deslocadas dos discursos de reprodução e de saúde reprodutiva, mas que movimentos que alocam a mulher lésbica em tais discursos vêm sendo realizados em âmbito mundial. Traz exemplos do Canadá, país de seu campo de pesquisa, onde em 2000 foi criado o *Lesbian Health Guidelines* (Davis, 2000 apud Luce 2010), que coloca a saúde lésbica como uma questão de cuidado em saúde dos serviços de saúde. O guia defende o acesso de lésbicas às NTR de uma maneira não discriminatória e afirma que as lésbicas que se sujeitam aos riscos e dificuldades de acesso às NTR e programas de adoção necessitam de proteção. O *Assisted Human Reproduction* (Canadá, 2004 apud Luce 2010), também produzido no Canadá e com validade nesse país, coloca claramente que a negação dos serviços de reprodução assistida por motivo de orientação sexual é proibida (Luce, 2010).

No Brasil, em 2006, foi produzido o dossiê *Saúde Das Mulheres Lésbicas: Promoção da Equidade e da Integralidade*, com a produção da Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos e da Rede Feminista de Saúde, com pesquisa de Regina Facchini e Regina Maria Barbosa. O dossiê traz que, a despeito dos avanços na compreensão dos direitos sexuais e reprodutivos, eles ainda estão, no país, atrelados preferencialmente aos direitos reprodutivos, estando ligados diretamente ao planejamento familiar (contracepção e aborto), não tematizando a reprodução assistida, não incluindo a garantia da saúde de mulheres não heterossexuais como parte dos direitos sexuais (Facchini, R; Barbosa, R. M, 2006).

Sendo assim, não há, no Brasil, diferentemente do Canadá, a objetivação de políticas de saúde que tratem da relação lésbica e reprodução assistida dentro do campo dos direitos sexuais e reprodutivos. Conforme Facchini e Barbosa (2006), a homossexualidade feminina entrou na agenda política brasileira apenas muito

recentemente, sendo as ações de saúde voltadas à saúde das lésbicas e bissexuais ainda bastante incipientes e realizadas em larga escala por organizações da sociedade civil. Colocam que a produção científica acerca do tema da homossexualidade feminina no país é diminuta, há a inexistência de políticas de saúde consistentes, por isso o pouco conhecimento sobre a demanda dessa população, como a ausência de tecnologias de cuidado à saúde condizentes às demandas. Tudo atrelado à persistência de pré-noções e ao preconceito.

Em relação à maternidade lésbica, em termos mundiais, sabe-se que, segundo estimativas, há hoje mais casais femininos tentando ter filhos do que vinte anos atrás. Mesmo assim, no tocante a lésbicas e reprodução assistida, há poucos estudos que tratam da temática (Luce, 2010). No contexto mundial, temos como exemplo o trabalho da canadense Luce (2010), supracitado, e de Ryan-Flood (2009), que realiza um estudo comparativo da maternidade lésbica na Suécia – onde a adoção e o uso de NTR são proibidos para gays e lésbicas – e na Irlanda – onde as lésbicas eram excluídas do acesso às NTR, exceto por uma clínica que oferecia o serviço e, inclusive, doador anônimo para inseminação. No âmbito nacional, tem-se a tese de doutoramento de Maria Eduarda Corrêa (2012), que versa sobre mulheres lésbicas e maternidade, tendo sido entrevistados casais que utilizaram as Novas Tecnologias Reprodutivas para a concepção de filhos.

O desejo¹⁰ de ter filhos também atravessa a vida dos casais masculinos de mesmo sexo, não somente a dos casais de mulheres. É certo que não são todos os gays e lésbicas que anseiam pela formação de uma família com filhos, mas é crescente o número de casais do mesmo sexo que têm o desejo de terem filhos e que buscam meios para concretizar tal desejo.

Alguns países europeus, como Dinamarca, Holanda e Espanha, não colocam impedimentos para o uso das tecnologias reprodutivas e reconhecem o direito de adoção a casais de mesmo sexo. Em quase metade dos estados dos Estados Unidos foram emitidas regulações garantindo o direito à adoção por casais homoparentais (Fonseca, 2008).

¹⁰ Utilizarei o termo desejo sem atrelar a ele nenhuma conotação psicológica ou psicanalítica, assim como faz Tarnovski (2004), não sendo meu objetivo problematizar a categoria desejo, o que foge aos propósitos da dissertação aqui apresentada.

No Brasil, é recorrente a adoção legal por somente um dos membros do casal, uma vez que a adoção por ambos depende do parecer de um juiz que, por muitas vezes, não é favorável. Em relação à utilização das Novas Tecnologias Reprodutivas por casais de mesmo sexo, no mesmo país, até maio de 2013, a Resolução do CFM vigente era a Nº 1.957/10. Nela, não havia restrições em relação ao uso da tecnologia pelas mulheres em geral, não havendo nenhuma lei efetiva. Contudo, a resolução CFM Nº 2013/13, que entrou em vigor no dia 09 de maio de 2013, coloca claramente a permissão do uso das técnicas de Reprodução Assistida para casais homoafetivos¹¹, respeitando o direito da objeção de consciência do médico¹².

A questão da utilização da barriga de aluguel, por sua vez, tem suas especificidades. No momento de realização das entrevistas, a resolução vigente do CFM era a Nº. 1957/10, dentro da qual não há menção à utilização por casal de mesmo sexo, podendo haver a utilização de útero substitutivo na existência de um problema médico que impeça ou contraindique a gestação. A nova resolução, de maio de 2013, entretanto, faz menção aos casais homoafetivos na utilização da doação temporária de útero, quando trata dos documentos e observações que devem constar no prontuário do paciente¹³.

O dado advindo da pesquisa de campo mostra que casais masculinos de mesmo sexo também começam a fazer uso das Novas Tecnologias Reprodutivas no Brasil, sendo necessário também dar atenção a este movimento¹⁴.

A novidade que a presente pesquisa traz em relação aos estudos já realizados sobre a ligação entre parentalidade e NTR (Ryan-Flood, 2009; Luce, 2010; Corrêa, 2012) é justamente a inserção da perspectiva dos casais masculinos de mesmo sexo em relação às NTR. Este estudo procura pensar como tanto os casais femininos quanto os casais masculinos vêm as NTR e por quais motivos decidem ou não fazerem uso delas.

¹¹ O termo homoafetivo é utilizado na Resolução.

¹² A questão das resoluções e de suas implicações será melhor desenvolvida no item “O Uso das NTR por Casais de Mesmo Sexo”.

¹³ Esta questão também será melhor discutida no item “O Uso das NTR por Casais de Mesmo Sexo”.

¹⁴ Durante a pesquisa de campo, por meio de um dos casais entrevistados, teve-se a notícia de que um casal de homens estaria realizando o procedimento de útero substitutivo, a conhecida “barriga de aluguel”. Segundo o casal entrevistado, a advogada contratada por eles para legalizar a parentalidade de ambos em relação ao filho adotado - o que foi realizado com sucesso -, estava trabalhando para legalizar o vínculo parental de dois homens com uma criança concebida através do útero substitutivo. Entretanto, não se conseguiu contatar a advogada e nem o referido casal.

Mesmo que, por conta dos procedimentos serem realizados no corpo feminino e as mulheres terem mais autonomia em sua realização, trazendo à pesquisa, por muitas vezes, dados específicos dos casais femininos entrevistados, julgou-se importante o olhar para os casais de ambos os sexos como constituintes da malha que vem mudando as relações de parentesco por meio da inter-relação entre natureza e cultura, sendo a tecnologia uma das ferramentas – desenvolvida na cultura e pela cultura – que participa da tecelagem dessa malha.

2.5 Saúde e necessidades de saúde: algumas problematizações

Dentro do campo da Saúde Coletiva e da produção de seus autores, a saúde pode ser entendida como um “vir-a-ser”, um devir (Campos, 2000), um bem a ser conquistado pelos conflitos e pela luta de classe (Minayo, 1991).

Ayres (2007) traz a ideia de *projetos de felicidade*. A ideia de projeto remete a “lançar-se” e a de felicidade é construída a partir de experiências concretas que o homem tem a partir de sentimentos opostos a ele, como dor, sofrimento e infelicidade. A união dos dois termos dá a ideia de o sujeito estar lançado à felicidade, ao que não traz sofrimento, sendo o *projeto de felicidade* aquilo que o move, formado por razão e afeto. *Projetos de felicidade*, neste sentido, seriam totalidades compreensivas que orientariam e avaliariam a prática em saúde. Assim, o autor marca que as intervenções em saúde sigam a direção apontada pelos *projetos de felicidade*, com os quais se tem contato pela escuta.

De forma geral, poderíamos entender que os *projetos de felicidade* produzem saúde ou mesmo que tê-los é, em si, saúde. Como o conceito de projetos de felicidade está apontado para o futuro, tal ideia de saúde habita o mesmo campo axiomático da saúde como um “vir-a-ser” de Campos (2000) e também de um bem a ser conquistado de Minayo (1991).

Contudo, dentro da seguinte discussão, a ideia de saúde conquistada pela luta de classe (Minayo, 1991) poderia ser substituída por ‘conquistada pela luta de gênero’? Ou ainda, através dos movimentos LGBTTT, que lutam contra a discriminação e pelos direitos das lésbicas, gays, bissexuais e transgênero, que também incluem a luta protagonizada por casais de mesmo sexo para efetivação legal das uniões civis e por eles poderem exercer a parentalidade? Podemos considerar que a ‘nova luta’, a luta pela

parentalidade, inclusive, vem se apresentando como busca de concretização de um *projeto de felicidade*? E, nesse sentido, de produção de saúde?

Em um contexto em que os casais de mesmo sexo, em especial as mulheres, têm recorrido a instituições médicas para realização de procedimentos de reprodução assistida (RA), é colocado o questionamento: há produção de novas necessidades de saúde dentro desse novo contexto?

Segundo Schraiber e Mendes-Golçalves (2000), as necessidades de saúde são formadas pela demanda – busca ativa pela intervenção – que está inserida, por sua vez, dentro de uma lógica de consumo de serviço médico e depende de um contexto instaurador de necessidades. Temos um contexto instaurador de necessidades conformado pela demanda das lésbicas e pelos serviços oferecidos pelas clínicas de RA, pautados por uma lógica de mercado. No entanto, poderíamos chamar esta conformidade das necessidades de saúde, na acepção do termo? E considerar que os casais de mulheres que procuram as clínicas não levam uma questão de saúde propriamente dita, a qual é vista como questão de saúde, assim como os casais heterossexuais que levam a infertilidade?¹⁵

O tema é controverso e polêmico. A homofobia e o preconceito caracterizam fortemente a sociedade em que vivemos. Mas seria fora de questão pensar que a luta pela concretização da homoparentalidade é um *projeto de felicidade* (Ayres, 2007) de vários (e de cada vez mais) casais de mesmo sexo? Tanto o projeto em si como a sua concretização produzem saúde? Uma saúde como um “vir-a-ser” (Campos, 2000) e como produto de uma luta social (Minayo, 1991)?

Seria desmedido também colocar que os casais de lésbicas têm apresentado nas últimas décadas novas necessidades em saúde ligadas ao âmbito reprodutivo, colocando novas demandas aos serviços de saúde? Uma vez que a “utilidade de um bem ou serviço não é um dado intrínseco a ele, mas é socialmente construída”? (Campos, p. 69, 2000). De acordo com Paim (1998), uma das ações que o campo da saúde coletiva pode cumprir é:

“Qualificar o conjunto de necessidades sociais em saúde, entendendo-as não apenas como carências mas como ‘ideais de

¹⁵ Mesmo que possam haver casos de infertilidade entre as mulheres lésbicas.

saúde’ ou, alternativamente, como ‘projetos de vir a ser’; isto significa tomar a saúde como meta a ser conquistada, como um bem que se adquire através dos conflitos e da luta de classe” (Paim, p. 313, 1998).

Estaríamos vivenciando hoje uma nova luta por direitos sexuais, afetivos e reprodutivos, marcada por características próprias, como a desvinculação entre sexo e reprodução? E as novidades sempre nos parecem estranhas, justamente por se contraporem à experiência de conforto de se viver em meio a verdades naturalizadas.

Dentro de toda essa discussão, saúde e sociedade estão intrínseca e dialeticamente ligadas. A minha proposição, entretanto, é a de somente suscitar essas questões, ficando elas ao lado do leitor, como companheiras durante seu caminhar pelas páginas. Num campo em que se trabalha a saúde como fenômeno social, penso ser importante manter essas problematizações latentes, mesmo que sua manifestação seja controversa.

Todavia, as páginas a seguir propõem a todo momento a problematização entre natureza e cultura e suas tensões, tendo como fio norteador a dialética entre tecnologia médica e as mudanças sócio-econômico-culturais, ideia desenvolvida por Donnagelo (1976) e que implica uma transformação na relação do ser humano com a natureza e na forma como este a compreende. Tal enfoque converge com a caracterização de Birman (1991) acerca do campo da Saúde Coletiva. Segundo ele, o campo da Saúde Coletiva pode ser enunciado em essência como relativo às relações entre a natureza e a cultura. Essas são as relações apresentadas e discutidas a seguir dentro do recorte das Novas Tecnologias Reprodutivas e da homoparentalidade.

2.6 A dificuldade de um novo léxico

Com as transformações da maneira de se enxergar e vivenciar as relações de gênero, sexualidade, família e parentalidade, os conceitos de identidade de gênero, parentalidade, paternidade e maternidade têm adquirido novos significados e uma nova linguagem vem sendo desenvolvida como reflexo dessa mudança.

A expansão da terminologia para englobar parentalidade não biológica é um discurso de resistência. A dinâmica de nomenclatura em famílias de mães lésbicas, assim como de pais gays, sugere que dar nome e identidade dentro desse campo é

complexa e ao mesmo tempo pode repudiar e confirmar discursos heteronormativos sobre família (Ryan-Flood, 2009).

Durante o processo de escrita desta dissertação, tive dificuldade em relação à utilização das palavras. Em um mundo no qual as identidades de gênero não são fixas (e no qual se luta para que elas sejam cada vez menos) é difícil falar em termos de maternidade – relacionada à mãe/mulher – e paternidade – relacionada ao pai/homem). Um bom exemplo para explicitar esta questão é a afirmação de uma das mulheres de um dos casais entrevistados, que havia passado por procedimento de reprodução assistida. Ela não se sentia mulher e também não se sentia mãe. Logo, a afirmação de ela ser mulher seria errônea. Segundo ela:

“Na verdade acho que... Lógico... a minha identidade de gênero, a minha identidade íntima, é obvio que eu me sinto mais... Eu sou um homem. Mas o meu lado bom é o que eu tenho de mulher dentro de mim (...) Eu acho... o nome é transexual (...) Só que eu sou um transexual que se conformou e se adaptou (...) Eu vou ter que me adaptar para não prejudicar a criança. Mais uma vez eu vou ter que me adaptar de outra forma, e ser uma outra mãe... E aceitar até que me chame de mãe (...) Eu já procurei inclusive em línguas mortas... Sério... A palavra pai... Como se fala pai em sânscrito... Eu fui procurando, para ver se eu arranjava um apelidinho que a criança me chamasse para ser legal para ela e legal para mim. Que os outros não achassem esquisito. Então, é muito louco isso daí. Eu estou enfrentando um dramazinho meu aqui, que eu ainda não sei como vou me colocar na vida dessa criança. Mas caso eu tenha que virar mãe... Virarei, sem problema algum” (Janete).

A entrevistada poderia ser chamada de transgênero (conforme sua própria autorreferência) ou *mulher queer*. As *mulheres queer* seriam aquelas que não se identificam com a identidade de gênero feminina, sendo mulheres que rompem padrões socialmente convencionados em relação ao seu sexo e transitam entre diferentes atributos e expectativas sociais referentes às masculinidades e feminilidades (Denzin et al. 2006) – *queer woman*, “mulher torta”, em oposição à *straight woman*, “mulher reta”, normatizada. Contudo, ao tratar-se o fenômeno da parentalidade de maneira geral, faltam palavras plurais que enquadrem as diferentes identidades de gênero e parentais. Não obstante, qualquer enquadramento em termos de nomeação dentro do campo de gênero e sexualidade apresenta-se delicado, pois, por meio dele, pode-se fixar uma identidade. E já dizia Judith Butler (2003) que o corpo é moldado pela cultura através do discurso e a escrita, por sua vez, é um discurso.

Jacquelyne Luce (2010) pareceu encontrar as mesmas dificuldades. O título de seu livro é *Beyond Expectation: Lesbian/Bi/Queer Woman and Assisted Conception* (*Além das Expectativas: Lésbicas/Bissexuais/Queer Woman (Mulher Transgênero) e Reprodução Assistida* – livre tradução). Ela utiliza *queer woman* no título do livro, todavia, não há menção de nenhuma *queer woman* ao longo de suas páginas. Ao referir-se às mulheres entrevistadas para seu estudo, utilizava a palavra lésbica (*lesbian*) e, às mulheres que tinham tido bebês, utilizava a palavra mãe (*mother*).

Deste modo, escrever sobre esta temática e achar as palavras mais adequadas requer constante reflexão. A meu ver, este é um léxico ainda em nascimento, informe, que está sendo desenvolvido conjuntamente com as mudanças que vêm sendo vivenciadas. Por estar em constante movimento e sofrendo diversas modificações é tão difícil trabalhar com ele. Convém então, esclarecer aqui as minhas escolhas quanto às denominações ao longo do texto.

Começando justamente pela existência de um transsexual dentro da amostra dos casais de mulheres, optei pela sua não diferenciação quando falar dos casais de mulheres. Por haver a dificuldade de me referir de forma plural em relação aos casais de mulheres e por elas, em sua grande maioria, se autodefinirem lésbicas (somente havendo uma autorreferência como transgênero), utilizarei as denominações casais de mulheres e casais de lésbicas. Tal decisão não foi fácil, contudo, ela foi feita com base na própria dificuldade de denominação do campo. Por outro lado, aponto que o transexual é Janete, parceiro de Cláudia, e suas falas estão distribuídas ao longo do trabalho. Peço que o leitor, ao lê-las, tenha em mente este fato.

Também utilizarei casais de homens e casais gays ao me referir aos homens. De forma geral, também empregarei o termo casal/casais de mesmo sexo – masculino ou feminino. Deixo claro aqui que há grande dificuldade de englobar diferentes identidades de gênero dentro de um mesmo discurso abrangente, fato que direcionou essa escolha.

Não utilizarei os termos homoafetividade, homoafetivo ou união homoafetiva para referir-me aos casais de mesmo sexo, por estar me movendo em um campo de análise socioantropológica, dentro do qual tal termo não possui características de neutralidade. Tal termo, entretanto, tem sido utilizado no âmbito do direito e também da medicina para referência aos casais de mesmo sexo. Ele foi cunhado pela advogada e

juíza aposentada Maria Berenice Dias, que utilizou o termo “Direito Homoafetivo” pela primeira vez, numa tentativa de trazer os casais de mesmo sexo para dentro do conceito de família, na tentativa de uma normatização. A advogada é figura central nessa discussão dentro do Supremo Tribunal Superior (STF). A Resolução CFM N° 2013/13 acerca do uso das Novas Tecnologias Reprodutivas (NTR) (última resolução), por sua vez, utiliza o termo casais homoafetivos, já incorporado ao discurso médico-normativo.

Em relação à parentalidade, encontra-se a mesma dificuldade com as denominações. Mesmo havendo a palavra parentalidade, que abrange tanto a maternidade quanto a paternidade, por muitas vezes, ela não cabe no discurso e tem-se que utilizar as palavras maternidade e paternidade. Utilizarei o termo parentalidade ao referir-me, de forma geral, ao fenômeno, num esforço de não utilizar as palavras maternidade – atrelada à mulher – e paternidade – atrelada ao homem – em contexto heterossexual. Essa utilização tem como objetivo desnaturalizar e desconstruir a noção de parentalidade culturalmente disseminada, que se restringe à maternidade e à paternidade heterossexuais. Coloco que tentei ao máximo não utilizar as palavras maternidade e paternidade, mas por vezes tive de usá-las.

O mesmo acontece em relação à palavra mãe e à palavra pai, com um acréscimo de dificuldade: em teoria, há dois pais e duas mães em casais de mesmo sexo. Garcia et al (2007) optam por usar mãe e pai como referência à parentalidade biológica ou reconhecida por lei através da adoção e os termos co-mãe e co-pai aos companheiros das mães e pais, em referência a *co-parent*, *co-mother* e *co-father*, termos mais comum na literatura de língua inglesa sobre a temática (Garcia et al, 2007).

Importante atentar aqui que na língua inglesa há uma palavra que se refere tanto à mãe, como pai: *parent*. Não há palavra correlata em português que possa ser usada sem se referir a gênero, posto que *pais* (que seria equivalente a *parents*) é uma palavra masculina e pode ser usada tanto para pais de mesmo sexo de sexo masculino como para casais formados por homem e mulher, não podendo ser usada para casais femininos.

Há ainda os seguintes fatos: 1- As duas pessoas que adotam a criança podem adotar conjuntamente: dois casais de homens entrevistados para essa pesquisa adotaram seus filhos conjuntamente de forma legal; 2- As duas mulheres que utilizam técnicas de

reprodução assistida podem ser consideradas mães biológicas (uma geneticamente e outra por gestação)¹⁶ e registrarem a criança conjuntamente. Há casos no Brasil e de casais na pesquisa realizada. Sendo assim, quem seria o pai e o co-pai? E a mãe e a co-mãe? Quem determina?

Utilizarei, por vezes, a mesma denominação que usam Garcia et al (2007). Quando ambos os companheiros forem pais/mães legais, ou ambas mães biológicas, convencionarei de chamar de mãe/pai aquele/aquela que se colocou à frente durante o processo de entrevista e de co-mãe/co-pai aquele/aquela que se colocou na entrevista depois, ou de forma mais atenuada. Nesta escolha está implícita a posição de que ambos os membros do casal são pais/mães de seus filhos e que o uso dos termos co-pai e co-mãe é usado somente para diferenciá-los.

Em relação à parentalidade exercida pelos casais de mesmo sexo, chamarei de homoparentalidade. Segundo Tarnovski (2004), um campo específico de estudos sobre configurações familiares formadas por homossexuais consolida-se na Europa e Estado Unidos. Na França, a APLG (*Association des Parents e Futurs Parents Gays e Lesbiennes*), fundada em 1986, impulsiona tais estudos. O termo *homoparentalité*, em português, homoparentalidade, foi cunhado em meio a este contexto. Ele reclama uma especificidade para a parentalidade gay e a maternidade lésbica. Juristas, psicanalistas, sociólogos e antropólogos transformaram a homoparentalidade em um objeto legítimo de estudo e de concernimento acadêmico. No Brasil, por exemplo, Roudinesco (2003) é uma das primeiras estudiosas a se apropriar de tal nomenclatura.

¹⁶ Este tema será tratado mais a frente, quando discutida a ROPA (Recepção de Óvulo da Parceira).

2. REFERENCIAIS DE ANÁLISE

3.1 A constituição da noção de família

A noção de família é um constructo social e dinâmico que tem diferentes manifestações a depender do tempo, do local e da época em que está inserido. No Ocidente, ela vem sofrendo alterações significativas nos últimos séculos. De acordo com o historiador francês Philippe Ariès (1978), a família, até o século XVII, não existia como sentimento ou como valor. As pessoas viviam coletivamente, não havendo separação nítida entre público e privado. A casa era o local de encontro e de convivência de muitas pessoas, sendo o núcleo da sociedade. Neste contexto, a casa, hoje sinônimo de privado, era pública.

O processo de transformação desse tipo de convívio iniciou-se no século XV, efetivando-se no século XVIII, e teve como uma das características mais relevantes a concentração da família em torno da criança e de seus cuidados/educação. O sentimento familiar, ou seja, a importância atribuída ao relacionar-se em família, acabou por substituir outros sentimentos que formavam os laços sociais, como fidelidade ou prestação de serviços, tornando-se preponderante. Este sentimento de família desenvolveu-se conjuntamente com os progressos da vida privada e da individualidade.

A partir do século XVIII, a família começou a manter a sociedade em separado e a porta da casa passou, cada vez mais, a ser a delimitação entre a vida social e a vida privada. A família, por sua vez, foi paulatinamente se reduzindo à família nuclear: pais e crianças, excluindo-se os amigos, clientes e criados. Tal processo se deu primeiramente com as camadas mais ricas, generalizando-se, a seguir, para as outras camadas. A nova composição deu origem à chamada família moderna.

Os valores do romantismo dos séculos XVIII e XIX também ajudaram a formar a noção de família moderna. Nela, os cônjuges passaram a não ser mais escolhidos com o intuito de manutenção dos laços entre linhagens ou com o interesse em garantir a manutenção do patrimônio familiar. O amor romântico passou a ser a regra de escolha do companheiro, havendo a separação da relação conjugal de outros aspectos da organização familiar e também sua priorização (Giddens, 1994). O afeto passou, assim,

a ocupar lugar privilegiado nas relações familiares e os sentimentos começaram a nortear a constituição e a vivência da família. Dentro do mesmo movimento, a família tornou-se espaço de eclosão da sexualidade. O casamento passou, então, a ser a união de duas pessoas que se amam, baseado no amor e no desejo e não mais um contrato com característica fundamentalmente econômica (Mello, 2005).

Na sociedade contemporânea ocidental, na qual vivemos, a ideia de família difundida mais comum ainda é a da *família moderna*; da família nuclear composta por mãe, pai e filhos, assentada também nos moldes do amor romântico. Esta noção de família nuclear tem como base fundamental a questão da diferença biológica entre os sexos: o casal é formado por pessoas de diferentes sexos, o que é prerrogativa necessária para que haja procriação e constituição da prole.

Esse ideal de família parece se impor como fato incontestável, uma vez que está associada à verdade irreduzível da procriação como fruto de dois sexos distintos. A procriação é unida indissolúvelmente ao parentesco nesta acepção de família, a qual é concebida como a mais natural das instituições. Não obstante, tal naturalização do parentesco, a partir de bases biológicas, remete à ideia de que todas as famílias só podem ser constituídas desta maneira (Zambrano, 2006).

Contudo, nas últimas décadas do século XX e neste início do século XXI, mesmo havendo a preponderância do imaginário da família nuclear, o Ocidente vem assistindo a modificações. De acordo com Roudinesco (2003), um terceiro grande período na evolução da família tem início na década de 60 do século XX. A família, que passa a ser chamada de família *contemporânea* ou *pós moderna*, passa a ter como característica a união de duas pessoas por um período relativo de tempo, com o objetivo de busca de intimidade e de realização sexual. A sexualidade, que assistiu sua eclosão na família moderna, tem sua importância acentuada nessa nova vivência de família. Conforme Giddens (1994), na pós-modernidade há a vivência de uma sexualidade plástica, não necessariamente reprodutiva e que, por sua vez, alimenta a autonomia das pessoas. Elas passam a pensar de forma diferente sobre si e sobre suas relações, baseadas em valores de práticas afetivas democráticas, independentemente de sexo, gênero, orientação sexual ou estado civil.

Neste contexto de vivência familiar, a parentalidade é tida como valor afetivo, construído culturalmente e não somente biologicamente, havendo a dissociação do binômio parentalidade/procriação: a ideia da procriação como objetivo principal do casamento e da família é relativizada, havendo a valorização de outras bases como companheirismo, cumplicidade e apoio mútuo.

As importantes mudanças econômicas, culturais e sociais ocorridas nas últimas décadas são constituintes desse processo, sendo responsáveis diretas pelas mudanças no âmbito relacional familiar. A afirmação do trabalho feminino, que ganha força a partir das duas Grandes Guerras, e a entrada definitiva da mulher no mercado de trabalho (Amazonas e Braga, 2006); a diminuição da influência religiosa, particularmente católica, no imaginário social dominante no Ocidente; a liberação sexual, impulsionada pelo advento da pílula anticoncepcional; a legalização e generalização do divórcio; a autonomização da sexualidade em relação à conjugalidade e à reprodução (Mello, 2005) e, mais recentemente, a autonomização da reprodução em relação à sexualidade, possibilitada pelas novas tecnologias de reprodução (NTR), são acontecimentos fundamentais nesse contexto.

Influenciada por eles, a família nuclear tradicional, vem sofrendo transmutações, seja pelo aumento de separações/divórcios e formação de outros núcleos familiares (recasamentos), seja pelo aumento de famílias monoparentais, ou ainda pelo acréscimo de casais de mesmo sexo e da homoparentalidade. Inegavelmente existe um polimorfismo familiar em processo de legitimação.

3.2 A família homossexual como vivência familiar e a homoparentalidade como possibilidade

A família *pós moderna* tem como características a fluidez e os diversos arranjos, o que abre caminho para uma nova organização social das relações de parentesco. A família de hoje é mais um grupo formado com base na escolha e afinidade do que com base em laços genéticos e consanguíneos. Tal ideia inclui famílias monoparentais, adotivas e homossexuais (Finkler, 2001).

Weston (1997), em seu estudo pioneiro sobre famílias formadas por casais de mesmo sexo *Families We Choose*¹⁷, conceituou as famílias homossexuais como *famílias escolhidas*¹⁸, nas quais a organização familiar se dá por meio do afeto e da escolha e não através do laço genético, como acontece na tradicional família nuclear heterossexual. As *famílias escolhidas* incorporam amigos, parceiros e crianças em diferentes combinações. Minam o status de procriação como o fator principal para dar lugar a um modelo no qual convivem diferentes possibilidades de relações familiares. A autora coloca que, mesmo que a oposição ‘família definida pela biologia’ (heterossexuais) X ‘família de escolha’ (famílias homossexuais) seja uma abordagem que simplifica a complexidade do parentesco, ela se apresenta como ferramenta útil para se pensar a família nos dias atuais.

As *famílias escolhidas* têm cada vez mais visibilidade no mundo contemporâneo. A luta pela legalização do casamento gay vem sido travada em diversos países. No Brasil, em maio de 2011, o Supremo Tribunal Federal (STF) reconheceu a união entre pessoas do mesmo sexo em uma analogia à união estável de casais heterossexuais¹⁹. Em maio de 2013, houve a regulamentação do casamento civil gay no país²⁰.

Almeida (2010), ao discorrer sobre o casamento gay, ilustrando o movimento que vem sido vivenciado nos últimos anos, traz que, nos dias atuais, a relação conjugal já não é mais necessária para o reconhecimento dos laços de filiação nem para o desempenho da parentalidade. Afirma que: “Desvinculado da reprodução, desvinculado da filiação, desvinculado da aliança entre grupos, ao casamento só falta a desvinculação da heterossexualidade. Esta já se iniciou com o reconhecimento cultural e legal da conjugalidade homossexual” (Almeida, 2010, p. 207).

¹⁷ Families We Choose é um estudo antropológico, sobre gays e lésbicas realizado em São Francisco, Estados Unidos, inicialmente publicado em 1991. Weston realizou entrevistas para documentar como lésbicas e gays estavam construindo suas próprias redes de parentesco. Segundo Luce (2010), o estudo etnográfico de Weston é um dos primeiros e um dos mais importantes estudos já desenvolvidos sobre o tema. Luce coloca que, a partir dele, outros estudos puderam ser realizados acerca da mesma temática, como o que a própria Luce desenvolveu.

¹⁸ Tradução de *chosen families*, termo usado por Weston para se referir às famílias formadas por gays e lésbicas.

¹⁹ <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=178931> (Acesso em 30 de maio de 2013)

²⁰ <http://www.estadao.com.br/noticias/impreso,brasil-oficializa-casamento-gay-com-direito-a-sobrenome-e-partilha-de-bens,1031923,0.htm> (Acesso em 5 de maio de 2014).

Para além do casamento, cada vez mais casais de mesmo sexo têm exercido a parentalidade. Têm-se notícia da intensificação da criação de filhos por lésbicas e gays no Ocidente, principalmente nos Estados Unidos, a partir da década de 70 do último século (Garcia, 2007). Neste sentido, a homoparentalidade não se apresenta como um fenómeno tão recente na história das sociedades ocidentais.

Deste modo, a parentalidade homossexual que chama atenção na atualidade não é a última novidade. Um grande número de gays e lésbicas tiveram filhos de relações heterossexuais anteriores ou foram pais solteiros antes de assumirem sua sexualidade. Porém, mesmo não sendo ‘a última novidade’, algo de inovador vem sendo acrescentado ao fenómeno: a convicção de que uma pessoa deveria renunciar a um relacionamento com uma pessoa do mesmo sexo, se desejasse ter filhos, não mais é a ‘regra de ouro’ vivenciada socialmente.

Weston (1997) traça a mudança ideológica dentro da qual gays e lésbicas começaram a se autorretratar como pessoas que gostariam de estabelecer suas próprias famílias. Aponta que o discurso de famílias gays emergiu dentro de um contexto sócio histórico particular e dentro de determinadas condições materiais. Coloca a importância do movimento LGBTTT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais), que ganhou força e visibilidade a partir das últimas décadas do século XX, encorajando homens e mulheres homossexuais a assumirem suas orientações sexuais para os heterossexuais. A partir do encorajamento, gays e lésbicas passaram a trazer seus parceiros para os pais conhecerem, lutaram contra a descriminalização de sua orientação sexual e brigaram pela custódia de seus filhos de sangue (de relacionamentos heterossexuais) ou mesmo adotivos. Tal movimentação também contribuiu para que homossexuais pudessem repensar as relações de parentesco e constituição de família.

O elemento dos anos 90, no contexto americano, que se encontra inserido nesse panorama de lutas e que tem como combustível o questionamento da separação homossexualidade X parentalidade é constituído pela ênfase dada pelos homossexuais ao parentesco e aos laços afetivos que são desenvolvidos em contraposição à genética. Há uma batalha pelos casais de mesmo sexo pela diferenciação entre parentalidade de uma forma mais ampla (categoria na qual caberia a homoparentalidade) e a parentalidade exercida por casais heterossexuais. Pela primeira vez, lésbicas e gays, sistematicamente, passam a reivindicar suas próprias famílias (Weston, 1997).

Se a resistência em relação à formação e à legalização de casais do mesmo sexo é grande, a aceitação desta nova modalidade de família é ainda maior. Há o questionamento por parte da sociedade civil de se essas novas famílias teriam condições apropriadas de criarem filhos (Garcia, 2007). A disseminação da ideia de que gays e lésbicas não poderiam manter relacionamentos duradouros, pois são promíscuos e, assim, não poderiam criar filhos, faz parte deste questionamento, bem como a crença de que pais homossexuais alienariam as crianças e dariam origem a filhos homossexuais. Há uma tradição de se pensar que gays e lésbicas são nocivos à família e que a instituição família precisa ser protegida deles (Weston, 1997). A homoparentalidade é considerada perigosa e tal variação de parentesco, ao afastar-se da norma heterossexual, é considerada danosa para crianças frutos de uniões entre pessoas do mesmo sexo (Butler, 2003; Zambrano, 2006).

No entanto, psicanalistas, como Maria Rita Kehl (2001) e Elizabeth Roudinesco (2003) defendem que é a diferença simbólica e não a de sexo na criação dos filhos que é significativa. Maria Rita Kehl (2001) coloca que os lugares masculino e feminino nos casais não coincidem de forma exata com os ocupados por homens e mulheres, identificados a partir das diferenças anatômicas; são sim, circulantes, cambiáveis, na vivência da família contemporânea. A identidade sexual, por sua vez, é característica imaginária e subjetiva, não sendo somente biológica. Roudinesco (2003) também afirma que são as diferenças simbólicas as mais importantes para a constituição do sujeito e não as anatômicas. Questiona até que ponto a diferença sexual pode ser considerada a mais relevante no âmbito das diferenças dentro do espectro da parentalidade e defende que é necessário aceitar as diferenças para aceitação das novas conformações familiares.

Alguns autores como Patterson (1995), Buttler (2003), Mello (2005), Amazonas e Braga (2006) e Ryan-Flood (2009) citam que há diversas pesquisas, especialmente realizadas na Europa, que apontam que os filhos de casais homoparentais não têm problemas em sua subjetivação pelo motivo de serem filhos de pais do mesmo sexo, não apresentando mais alterações na construção de sua subjetividade e em seu desenvolvimento do que filhos de casais heterossexuais nem sendo mais ignorantes em relação à diferença sexual.

De acordo com Roudinesco (2003), o que assusta na questão da homoparentalidade é a supressão da diferença entre os sexos, pois ela quebra uma lógica segundo a qual vivemos há pelo menos dois mil anos, na qual os papéis sociais e, por conseguinte, os parentais delineiam-se a partir da diferença entre os sexos. Haver pais homossexuais provoca um rompimento com o modelo de complementaridade entre os sexos como instância ordenadora da família.

Por ir contra uma regra social naturalizada, a homoparentalidade é alvo de preconceitos e investidas contrárias por parcelas de importantes da sociedade e de formadores de opinião, como psicanalistas, advogados, políticos, além de religiosos, que colocam que tal formação familiar não é uma formação natural, sendo um risco à cultura (Butler, 2003).

As famílias formadas por casais de mesmo sexo vêm também conquistando a atenção da mídia. Tal aumento de visibilidade dessas configurações familiares vem suscitando diversas questões a serem discutidas pela opinião pública e pelos estudos relativos à sexualidade, gênero, família e parentesco (Tanovski, 2004). No Brasil, nos últimos anos, diversos estudos têm sido realizados sobre a temática da homoparentalidade (Tarnovski, 2002, 2004; Uziel, 2002; Souza, 2005; Corrêa, 2012) e a questão vem ganhando cada vez mais visibilidade social, sendo cada vez mais discutida dentro da academia.

Fonseca (2008) agrega novos fatores para sua compreensão. Para a autora, a homoparentalidade é vista como uma co-produção que envolve valores culturais, lei, tecnologia e dinheiro e nos obriga a repensar as categorias básicas de parentesco, baseadas na “tradicional família nuclear”, na procriação sexuada e na biogenética.

Tarnovski (2004) afirma ao se referir à homoparentalidade como objeto de compreensão:

“É preciso destacar que a construção da homoparentalidade como objeto de estudo não pode ser presumida como autoevidente, já que a constituição da homossexualidade como um “problema” não pode ser pensada fora das classificações sociais que a destacam como um atributo marcado pelo signo da alteridade. O conteúdo simbólico e normativo, assim como os efeitos sociais dessas classificações não podem ser perdidos de vista quando se trata de

“problematizar” as famílias compostas de homossexuais” (Tarnovski, 2004, p. 410).

Os casais de mesmo sexo, para realizarem a aspiração da parentalidade, passam a utilizar a adoção e as Novas Tecnologias Reprodutivas (NTR). As tecnologias médicas possibilitam que haja laço genético com um dos pais, uma vez que há o uso de material genético de um deles.

O próximo tópico faz uma apresentação das Novas Tecnologias Reprodutivas e de sua relação com o parentesco e com a homoparentalidade.

3.3 Novas Tecnologias Reprodutivas e homoparentalidade

3.3.1 Novas Tecnologias Reprodutivas (NTR)

De acordo com Donnangelo (1976), ao escrever sobre a medicalização da sociedade, a medicina, a um primeiro olhar, pode ser encarada como método técnico (manipulação de objetos técnicos e científicos que agem sobre o corpo), que responde às práticas sociais, econômicas, políticas e ideológicas da qual também é parte. Estas práticas regulam o próprio exercer da medicina, assim como os meios de trabalho e o destino de seus produtos, dimensionando o objeto ao qual ela se aplica e lhe atribuindo significados.

Podemos apreender o caráter histórico da medicina por meio dessa articulação entre medicina e sociedade, lembrando que essa possibilidade de apreensão depende da superação da redução da prática médica a um ou a outro dos elementos que compõe a sociedade como um todo. Logo, a medicina deve ser compreendida como histórica e construída de maneira dialética com a sociedade, sendo ao mesmo tempo produto e produtora da sociedade.

A organização atual da prática médica leva em conta a expansão da produção de serviços, um grande desenvolvimento tecnológico e o aumento do consumo por maior parte da população. São utilizados equipamentos materiais custosos, os quais parecem não se diferenciar da tecnologia empregada na produção econômica em geral. Como

qualquer outro sistema de conhecimento, a biomedicina é social e culturalmente construída, refletindo a sociedade e a cultura às quais ajuda a construir.

As Novas Tecnologias Reprodutivas (NTR) são um grande representante desse desenvolvimento tecnológico e de consumo de serviço médico. Elas produzem mudanças econômicas, sociais e culturais, também sofrendo os resultados dessas mudanças. Conforme Correa (2001), e em consonância com Donnangelo (1976), as NTR e a apropriação da vontade de ter filhos pela medicina são parte do processo de medicalização social²¹.

As NTR foram desenvolvidas inicialmente com o intuito de serem uma solução para casais heterossexuais inférteis. No Ocidente, a partir da década de 50 foram aperfeiçoados os primeiros tratamentos para a esterilidade.

A inseminação artificial como introdução do esperma na vagina sem relação sexual é um procedimento antigo. Tem-se notícia da utilização desse procedimento no ano de III A.C (Lewin, 1993). Por sua vez, a primeira inseminação artificial realizada em laboratório foi feita pelo escocês John Hunter em 1795, mas a prática só se tornou recorrente no século XX, quando sofreu severa oposição da Igreja.

Hoje, a inseminação artificial consiste na introdução de sêmen tratado²² no útero da uma mulher (através do colo do útero) em seu período fértil. Para isso, o processo é iniciado com uma estimulação ovariana leve, com hormônios administrados oralmente ou injetados (injeção intramuscular) na mulher que deseja engravidar. Isso é feito no segundo dia de menstruação e a posologia pode se estender de cinco a quinze dias, de acordo com o esquema utilizado. Durante todo esse período, a mulher passa por sessões de ultrassonografia pélvica vaginal para acompanhamento do crescimento dos folículos ovarianos. É esperado que cresçam de dois a cinco folículos. Quando pelo menos um dos folículos chega à dimensão de 18 mm de diâmetro, é administrado o hCG (Gonadotrofina Coriônica Humana), com a finalidade de completar a maturação dos

²¹ O termo medicalização social é utilizado para designar modificações da prática médica em meio a inovações tecnológicas diagnósticas e terapêuticas, desenvolvimento da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos que tem como efeito o aumento exagerado do consumo de serviço médico e equipamentos (Correa, 2001).

²² É realizado o *screening* do sêmen. *Screening* é um procedimento técnico médico utilizado para identificar doenças em indivíduos sem sintomas.

oócitos e induzir a ovulação. Então, é introduzido o sêmen. A taxa de sucesso é de 20 a 30% (Correa, 1998; Luna, 2004).

Já a fertilização *in vitro* (FIV) inicia-se também com uma estimulação ovariana. No entanto, ela exige a administração de uma dose maior de hormônios. Há a posologia de altas doses de medicamentos hormonais visando o amadurecimento de vários folículos. Tais folículos, quando maduros, são coletados através de punção (punção ovariana) e depois é realizado o seu encontro com os espermatozoides, podendo este ocorrer de diferentes maneiras: 1- FIV Clássica: os óvulos são colocados em uma incubadora no laboratório, junto com os espermatozoides, em condições ambientais semelhantes às encontradas na trompa uterina – local onde normalmente ocorre a fecundação; 2-ICSI: os óvulos são fertilizados pela micromanipulação dos gametas, injetando-se um espermatozoide em cada óvulo – Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoide; 3- ICSI Magnificado, Super-ICSI ou IMSI (Intracytoplasmic Morphologically Select Sperm Injection). É uma técnica seletiva de espermatozoides, que identifica com precisão os espermatozoides com maior capacidade de fertilização a partir de alterações em seu formato (morfologia alterada), vacúolos, motilidade e da fragmentação do DNA (IPGO – Medicina e Reprodução). Após a fecundação extracorporal, um ou mais embriões são transferidos para o útero da mulher, já tendo ocorrido as primeiras divisões celulares. Os embriões que não foram utilizados podem ser doados ou congelados. De forma geral, as fertilizações *in vitro* têm uma eficácia entre 40% e 50% (Correa, 1998)²³.

Hoje, portanto, fazem parte das Novas Tecnologias de Reprodução (NTR) a maturação artificial de oócitos, a hiperestimulação ovulatória, a transferência de gametas e sua conservação em bancos de esperma, as inseminações artificiais, a fertilização *in vitro* e a transferência, congelamento e armazenamento de embriões, que permitem a gravidez na menopausa e gestação substituta (barriga de aluguel) (Rotania, 1996).

²³ As taxas apresentadas de eficácia tanto da inseminação artificial quanto da inseminação *in vitro* são altas, dadas as dificuldades do tratamento. Isso nos induz a pensar que tais taxas são dados fornecidos pelas clínicas de reprodução.

A doação de células reprodutivas, tanto de óvulos quanto de espermatozoides, assim como a doação temporária de útero, também faz parte do universo das Novas Tecnologias Reprodutivas.

As implicações das novas tecnologias são amplas e profundas e deram origem a diversos inquéritos públicos em diferentes países (Fonseca, 2004). Diversos dilemas éticos suscitam debates envolvendo o uso dessas tecnologias. Também são colocadas questões referentes aos riscos da utilização das técnicas e também à efetividade dos procedimentos. De acordo com Machin (2000), a utilização das NTR pode parecer simples, mas os procedimentos são altamente complexos e apresentam além de riscos à saúde, alto custo e baixa resolutividade efetiva, informações pouco mencionadas.

Machin (1999) aponta os efeitos colaterais da medicação para induzir ovulação, sendo o mais importante a síndrome de hiperestímulo ovariano, havendo grande crescimento dos ovários e extravasamento de líquido para a cavidade abdominal. Tal síndrome pode causar a morte da paciente ou a remoção de seu aparelho reprodutivo. Outro risco colocado em relação às NTR é o de gestações múltiplas. Em geral, os bebês nascem prematuros e podem haver complicações fetais (comprometendo o desenvolvimento das crianças) e maternas (Luna, 2007). Correa (1996) afirma que os riscos de uma fertilização *in vitro* são pouco conhecidos pela população, pois eles não são disseminados.

Assim, maneiras de ler as NTR foram desenvolvidas nas últimas décadas. Por um lado, elas são vistas como criadoras de um contexto de uma família feliz, formada por um casal heterossexual – sendo expandido para o casal homossexual –, por um médico e pelo tão esperado bebê. Por outro, elas são vistas pelas lentes do insucesso, focando o uso do corpo feminino como local de experimento, a dificuldade de ser uma paciente infértil, os efeitos da barriga de aluguel, os tratamentos extremamente caros, o risco de gravidez de múltiplos fetos, o risco de aborto espontâneo, a pressão por ter filhos biológicos (Thompson, 2005).

Não obstante, as NTR, ao possibilitarem a separação entre parente biológico e parente social, através da doação de óvulos, sêmen, embriões e mãe substituta (Barbosa, 1999; Salem, 1995; Luna, 2007), oferecem uma biologia “sob controle”, sendo uma opção reprodutiva que permite que as famílias sejam livres para escolher as formas que

desejam assumir. Poderia se pensar hoje na procriação por meio da tecnologia como algo sujeito a preferências e opções pessoais, podendo a criança ser entendida como a objetificação do ato de optar. Assim, as NTR ampliam a gama de escolhas das pessoas que querem ter filhos, instaurando a possibilidade de a ordem reprodutiva ser baseada em escolhas e direitos individuais (Salem, 1995).

Nesse ponto, as tecnologias de reprodução assistida vêm sendo naturalizadas, como se elas apenas ‘dessem uma mão para a natureza’. É como se a infertilidade rompesse com a chamada natureza e as NTR viessem ‘corrigir’ tal lapso, fazendo com que a “natureza” voltasse a seu eixo. A ‘resolução’ da infertilidade passa a depender de novos avanços nos tratamentos e no investimento em novos tratamentos. Desta forma, o processo de desenvolvimento tecnológico da medicina culmina com a naturalização da tecnologia e sua aceitação pública. As pessoas acostumaram-se com a ideia de que a reprodução pode ser feita em laboratório e não dentro do aparelho reprodutor feminino (Luce, 2010). Sendo assim, vê-se a reprodução assistida como uma "ciência natural" aplicada para formação de "famílias naturais" (Luna, 2007).

Entre os casais heterossexuais, a ideia inerente ao uso das NTR é a de estar o mais próximo possível da reprodução considerada "natural", com a fecundação do óvulo da mulher pelo sêmen do companheiro por meio da relação sexual. As NTR preservam elementos desse esquema. Procura-se garantir que pelo menos o “sangue”, ou seja, as características genéticas de um dos dois elementos do casal, seja transmitido à criança concebida ou que a gravidez, com transmissão de amor e tranquilidade, garanta a boa formação do filho. O projeto de ter filhos próprios para pessoas que não conseguem ter é perpetuado pelas NTR (Costa, 2003).

Logo que começaram a ser utilizadas, as Novas Tecnologias Reprodutivas (NTR) eram vistas como reforçadoras das díades mulher/natureza (biologia) e mulher/maternidade. O corpo da mulher estava em foco, havendo aprofundamento do movimento de medicalização do corpo feminino e da reprodução²⁴. Contudo, as mulheres não estavam assistindo a esse avanço passivamente, mas exercendo um papel

²⁴ A medicalização traduz conjuntos de problemas em termos médicos, influenciando a perspectiva das pessoas da realidade e como elas experienciam o mundo. Foram as mulheres e seus corpos que sofreram os maiores efeitos da medicalização nos últimos tempos. Menstruação, menopausa, gravidez e reprodução foram colocados sob o escrutínio médico. A tecnologia contraceptiva deu à mulher uma maior liberdade, possibilitando o controle da concepção e o fim da gravidez não desejada. Simultaneamente essas tecnologias fizeram as mulheres dependentes do profissional médico (Finkler, 2001).

ativo na constituição desse avanço tecnológico, procurando e usando tecnologias médicas em suas tentativas de ficarem grávidas. Luce (2010) coloca que é importante perguntar o quanto as mulheres resistiram ou promoveram o uso das NTR e também atribuíram a elas sentidos particulares e representações significativas.

Autoras como Machin (1999) e Correa (2001) colocam que as NTR fazem parte do processo de medicalização social, sendo representante de medicalização no âmbito da reprodução. Correa (2001) aponta vários aspectos da medicalização, como a influência da inovação tecnológica na medicina, o aumento de equipamentos médicos, o aumento de consumo de assistência médica e medicamentos e expansão da comercialização de serviços e produtos médicos.

O processo de medicalização reprodutiva faz parte de um processo de medicalização mais amplo: o de medicalização das famílias como política dos Estados Modernos. Ele se inicia no século XVIII, com o objetivo de melhoria da saúde e qualidade das populações²⁵. Pode-se ter ideia do processo de medicalização reprodutiva a partir de um pequeno resumo apresentado por Luna (2007), e que apresento a seguir.

No século XIX, é constituída uma nova modalidade dentro da medicina: a ginecologia e sua autonomização difundem e legitimam a visão de que a finalidade do corpo feminino é a reprodução. Há, assim, a medicalização do parto e do corpo feminino, havendo também separação entre ginecologia e obstetrícia. No século XX, consolida-se a medicalização da gestação com o atendimento pré-natal e através do parto. Nas últimas décadas do século XX, a medicina voltada à reprodução cria autonomia em relação à ginecologia e à urologia e elege o casal infértil como paciente. Também nesse mesmo período, a pesquisa em reprodução (técnicas de inseminação, fertilização in vitro, doação de sêmen, etc) é desenvolvida primeiramente na pecuária e veterinária, depois de voltando para a infertilidade humana. O nascimento do primeiro bebê de proveta se dá em 1978 (Luna, 2007).

Sendo parte de um processo mais ampliado de medicalização da sociedade, a medicalização da reprodução, e dentro de tal medicalização, o advento das NTR possibilita uma biologia “sob controle” e uma biologia “sobre controle” acaba por

²⁵ Tal movimento já foi mencionado anteriormente no item sobre sexualidade. A partir da medicalização das famílias e indivíduos, passa-se a ser um vetor importante o controle sobre os corpos e sobre a sexualidade.

deixar de ser natureza, sendo este controle exercido social, culturalmente e pelo escrutínio médico.

Conforme Salem (1995), as instituições médicas detêm considerável poder em suas mãos no processo de utilização de NTR. São elas que fixam os critérios de escolha de quem é visto como apto para utilizar-se das NTR, como também estabelecem a política de doação de óvulos e sêmen. Cabe também a elas fazer a compatibilidade das características do doador com a do casal que demanda a tecnologia. Em relação à doação de material reprodutor, o anonimato de doadores de sêmen é imposto, mas não o da gestante substituta. A equipe médica detém as informações sobre o doador de sêmen e mantém seu anonimato, princípio que indica uma supremacia do biológico sobre o social na conformação parental, demonstrando que há a priorização do traço genético como verdadeiro, sendo os laços sociais mais frágeis que os laços biológicos (Salem, 1995).

No Brasil, sendo realizados nas clínicas de fertilização, como também regulado por elas e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), os procedimentos tecnológicos reprodutivos são um produto médico de consumo, os quais melhor aprimorados para atender aos seus consumidores. O próximo tópico apresenta esta característica das NTR.

3.3.2 Novas Tecnologias Reprodutivas e mercado

De mercados de capitais emergentes a *screening* genético, passando pelo debate público acerca de soja transgênica e da clonagem de ovelha, as novas biológicas e produtos biológicos têm se mostrado definidores da mudança cultural do milênio a níveis locais e globais, com consequências de longo alcance, como em relação à intimidade (Franklin, 2001). As NTR fazem parte desses “novos produtos biológicos”.

Thompson (2005) afirma que no mundo econômico e social organizado dentro de certas condições biomédicas, a reprodução e, sendo assim, as NTR têm se tornado um foco predominante de valor, troca, emancipação e opressão. A biologia molecular torna a reprodução produto, dentro de um modo de vivência industrial. Nas clínicas de reprodução assistida, nos últimos vinte anos tem havido padronização e inovações em meio a uma constatare pressão para aprimoramento de técnicas e resultados.

Ramírez-Gálvez (2003), ao falar sobre as mudanças causadas pelas NTR, traz que “compreender os processos de mudança introduzidos por essas tecnologias implica contextualizá-los num panorama maior de relação entre tecnologia e sociedade, ciência e capital, no momento histórico em que surgem e se consolidam” (Ramírez-Gálvez, 2003, p. 09). Cada vez há mais clínicas de reprodução assistida e cada vez há mais clientela, tendo sido instaurado um verdadeiro mercado de oferta e de consumo reprodutivo, submetido às leis do capital.

A relação entre ciência, tecnologia e capital possibilita a massificação dos serviços de reprodução assistida e influencia o imaginário das pessoas, que passam a considerar as NTR como uma dentre as possibilidades de “escolha” reprodutiva (Ramírez-Gálvez, 2003). Segundo Strathern (1992b), tal escolha como um ato subjetivo e de liberdade é criada dentro do sistema de mercado e, neste sentido, é ilusória. A mediação tecnológica, que possibilita às pessoas que não poderiam ter filhos naturalmente os tenham, acaba por exercer controle sobre estas, assim como a própria lógica de mercado. De acordo com Thompson (2005), as NTR prometem uma combinação perfeita entre escolha comercial e afirmação de parentesco natural. O modo de reprodução biomédica, então, parece coexistir confortavelmente com o modo de produção capitalista. Logo, os relacionamentos e as experiências são transformados em *commodities* e o corpo humano e suas partes passam a ser comercializados (Ramírez-Gálvez, 2003).

Pode parecer-nos estranho o link estabelecido entre reprodução, algo que diz respeito à intimidade de um casal, e economia. Contudo, intimidade e economia são campos que se entrelaçam e se coproduzem. Zelizer (2011) coloca que a atividade econômica e a intimidade se complementam; a todo o tempo pagamos por nossa intimidade ao mesmo tempo que a intimidade influencia a forma como organizamos a vida econômica. Ela chama este movimento de “negociação da intimidade”. Zelizer explora a compra da intimidade com base na suposição e na compra das relações íntimas. Coloca que, se olharmos com cuidado, perceberemos que as transações sociais íntimas coexistem com as transações monetárias: pais pagam babás para cuidarem de seus filhos, pagam também escola, plano de saúde²⁶; cônjuges divorciados pagam

²⁶ Isso em um contexto de famílias de classe média, que é o estrato que esta dissertação trata.

pensão alimentícia para os filhos. Assim, o dinheiro e a intimidade coabitam uma mesma arena e, muitas vezes, o dinheiro sustenta essa intimidade.

Mesmo Zelizer (2011) não se referindo diretamente às NTR, podemos entender a contratação de um procedimento de reprodução assistida como uma “compra de intimidade”, uma vez que é gasto certo montante de dinheiro para que seja produzido um filho – a rigor concebido em uma relação íntima entre homem e mulher – a partir de tecnologia médica.

Dentro de uma sociedade e cultura de consumo, as NTR são mais um bem consumível, cuja especificidade é possibilitar às pessoas a realização de algo que naturalmente e no âmbito da intimidade não aconteceria. Neste sentido, ao falarmos de NTR, falamos de *business*, ou seja, de uma atividade empresarial na qual a opção que define o cidadão ativo é a opção de mercado, que produz coisas que vão ao encontro das necessidades do consumidor (Strathern, 1991), dentro da lógica de consumo de tecnologia médica.

Rotania (2003) afirma que as NTR são uma expressão das *tecnociências*, que são transformação de conhecimento em tecnologia para uso de fins industriais e de mercado. Conhecimentos específicos de biologia molecular e genética, por exemplo, foram aplicados ao campo da reprodução e passaram a criar novas necessidades que, por sua vez, passaram a ser econômica e socialmente assimiladas. Corrêa (2003) coloca que as indagações (até que ponto a reprodução assistida é válida? E qual é o limite da aplicação dessas tecnologias?) são pouco exploradas pelo discurso da medicina reprodutiva, a qual sustenta a absolutização do desejo de ter filhos. Ramírez-Gálvez (2003) afirma que as NTR reinventam a natureza.

É certo que nenhuma tecnologia inaugura modos de agir que já não existam nas pessoas como desejo, a exemplo da demanda. A tecnologia é instrumento para potencializar a ação humana no mundo e responde a esses desejos e demandas (Amazonas e Braga, 2006), por exemplo, a vontade de ter filhos. Contudo, as NTR atijam atitudes consumistas que tanto criam quanto respondem a esse desejo (Fonseca 2008).

Ademais, de acordo com Ramírez-Gálvez (2005), a partir das NTR, quando há o deslocamento da reprodução da vida íntima de um casal para o escrutínio médico, ou,

como diz Ramírez-Gálvez, ‘da alcova para o laboratório’, a reprodução ganha características de fabricação da vida e, nesse processo, o dom da vida obscurece a forma como os bebês são produzidos, ou seja, esconde o fato de as crianças produzidas serem uma mercadoria comercializada dentro de uma lógica de mercado. Ramírez-Gálvez chama as crianças produzidas de tecnofilhos. A autora ainda afirma que a reprodução assistida (RA) reinventa a natureza em função da vontade dos indivíduos, como se isso fosse parte do processo natural da evolução humana. Sobre isso, ela coloca que:

“A reinvenção da natureza se tornou um dos aspectos essenciais do processo de RA. Os desenvolvimentos da biologia molecular abrem caminho para reformular os atributos biológicos em função da vontade dos indivíduos. As leis da natureza parecem estar sendo reescritas para se adaptarem ao mundo contemporâneo, possibilitando racionalizar a nova atividade econômica e tecnológica como reflexo do processo *natural* da evolução humana.” (Ramírez-Gálvez, 2003, p. 10).

Thompson (2005), dentro desse processo, foca sua atenção no embrião humano produzido nas clínicas de fertilização. Segundo ele, o embrião transmite a ideia de que as tecnologias de reprodução assistida são parte de novo e indicativo de um determinado espaço e tempo, nos quais a biomedicina e, mais amplamente, a biotecnologia são uma parte da economia global. O embrião tem seu valor enraizado no seu potencial de se tornar uma vida e, por este viés, a capacidade reprodutiva não pode ser reduzida ao valor de mercado, conforme acontece com os produtos agrícolas, por exemplo. Os objetos e processos biomédicos contemporâneos, tal qual a fertilização *in vitro*, são produzidos e cambiados em um esquema de “quase mercado”. No caso da comercialização de gametas (óvulos e sêmen) nos Estados Unidos, os consumidores são cobrados pela chance de superar a infertilidade e passar seus traços a partir de semelhança fenotípica com o doador (Thompson, 2005).

No Brasil, a comercialização de gametas é proibida, sendo sempre uma doação de gametas²⁷. Contudo, os procedimentos são cobrados pela clínica e o valor do embrião está ligado a este domínio também. Não obstante, cada vez mais mulheres passam a

²⁷ Os bancos de sêmen brasileiros (apenas dois, localizados em São Paulo) constituem-se como bancos de doadores.

comprar sêmen importado de bancos americanos, mediadas por clínicas. O esquema de doação compartilhada também é normatizado no país: a mulher que recebe o óvulo “doador” custeia os procedimentos de reprodução assistida da doadora desse óvulo. Tal procedimento também é mediado pela clínica de reprodução. Ou seja, mesmo em relações que aparentemente são doações, há a mão do mercado que regula e normatiza as práticas realizadas.

Mesmo nos EUA, onde doadores de esperma e óvulos tendem a ser tratados como fontes convencionais dentro do modo de produção capitalista, há uma tendência de se evitar o pagamento pelos gametas, o que é evidenciado pela palavra doador, sendo que tal tendência é mais forte para óvulos do que para sêmen (Thompson, 2005). Talvez o fato diga respeito à ideia difundida socialmente de que dinheiro e intimidade são grandezas contraditórias e, quando relacionados, geram conflito. Dentro dessa lógica, pessoas debatem o comércio de gametas e a venda de sangue e órgãos humanos no Estados Unidos (Zelizer, 2007). Mas é fato que usar a denominação doador, quando não se é doador a rigor (o que acontece também no Brasil no caso de doação compartilhada de óvulos ou na compra de sêmen estrangeiro), mantém as duas esferas separadas, como se uma não estivesse conectada à outra nesse tipo de procedimento e, por sua vez, mantém a ideia da reprodução assistida de forma romanceada, como se não fizesse parte de um mercado de consumo.

Contudo, isso ocorre. Thompson (2005) chama a reprodução que acontece nas clínicas de *modo de reprodução biomédico* e estabelece uma diferenciação entre tal modo e o modo de produção capitalista em geral. Segundo ele, no capitalismo, a máxima é aumentar a produtividade. No modo de reprodução biomédico, diferentemente, a máxima é a eficiência – o sucesso do tratamento – e não a produtividade. Porém, o sucesso significa a produção de um bebê somente, sendo a produção de gravidezes múltiplas ou acumulação de embriões excedentes considerado insucesso.

Neste contexto, a tríade ciência, tecnologia e capital acaba por influenciar as relações de intimidade e as NTR, por sua vez, acabam por influir na noção de parentesco e no entendimento e na vivência da parentalidade.

3.3.3 Tecnologia e parentesco

O crescimento da informação, do conhecimento e de serviços trouxe mudanças importantes para o capitalismo moderno. A revolução digital teve um papel central e o surgimento da biologia molecular, da genética e da biomedicina, mudaram as conexões entre biologia e sociedade. Nas últimas décadas, a biologia molecular e as tecnologias genéticas adentraram nas clínicas de reprodução assistida (Thompson, 2005).

Weiss (2011) coloca que a relação entre cultura e sociedade, por um lado, e biotecnologia e genética, por outro, é mais complicada do que parece em um primeiro olhar. As novas possibilidades de inseminação assistida – algo que lida com a biologia – estão paradoxalmente dando voz à concepção social de família e parentalidade. No contexto da inseminação assistida, nem o doador de esperma nem a doadora de óvulo (pai e mãe biológicos, respectivamente) têm a parentalidade legal das crianças, sendo direito dos pais sociais, ou seja, daqueles que manifestaram o desejo de cuidar de uma criança concebida artificialmente. Dentro desse contexto, em que a intervenção técnica, que se dá através da manipulação da biologia, desautoriza o laço biológico em detrimento do social, o autor coloca a seguinte questão: estaria acontecendo uma “desbiologização” através da biologia?

Franklin (2001) também compartilha de ideia semelhante. Coloca que o movimento da natureza tornando-se artificial levanta uma interessante reflexão em relação à análise do parentesco e de gênero e sua relação com os acontecimentos da vida. Traz que a luta para desnaturalizar parentesco e gênero, separando-os das questões biológicas, passou a ser acompanhada por uma desnaturalização da própria biologia, não somente em relação à biologia como ciência, mas também em relação aos corpos biológicos, no sentido de tornar cada vez mais difícil determinar o que é considerado estritamente biológico. Segundo a autora, as “novas biologias” (as práticas da atual ciência biológica) e os “novos produtos biológicos” (novas tecnologias, como criopreservação de embriões humanos, clonagem de animais, sementes transgênicas) podem ser entendidos no sentido de desfamiliarizar o que se entende por biologia e também por biológico.

Por outro lado, mesmo que esses acontecimentos mostrem um enfraquecimento da noção biológica de família, a biologia ainda é parte importante na atribuição de uma

paternidade, mesmo que não biológica. A ideia colocada dessa maneira parece um descompasso, mas ela diz respeito à importância da semelhança física entre pais e filhos, indicadora de um possível laço biológico entre ambos, mesmo que este efetivamente não exista. Os futuros pais e as clínicas de reprodução parecem preocupados em, respectivamente, acharem e fornecerem doadores que tenham semelhanças físicas com os pais. Neste ponto, Weiss (2011) traz outro questionamento diametralmente oposto ao primeiro: haveria também uma “rebiologização” através da cultura?

Como componente do quadro de “rebiologização” através da cultura, temos a democratização do conhecimento do genoma através da imprensa e da mídia eletrônica, particularmente a Internet. Os genes se tornaram centrais à constituição da identidade e determinantes importantes para a saúde e o comportamento. Se o anseio de filhos adotivos em conhecer seus “pais verdadeiros” já era um fenômeno bastante recorrente e discutido na literatura sobre família e adoção, o desejo de conhecer a origem biológica tem se tornado mais forte nos tempos atuais. Como fato social a origem genética é muito real e tem reais consequências no âmbito das relações sociais (Weiss, 2011).

Para Kaja Finkler (2000, 2001) há uma *medicalização do parentesco* nos tempos atuais. Traz que relações de parentesco são enquadradas em termos de herança genética de pais, avós e outros parentes, com a biomedicina insistindo em conectar aqueles que talvez possam não estar ou querer estar conectados. A mídia tenta imprimir uma ênfase no parentesco biológico e a noção de que as doenças passam através do parentesco genético. O fato de se levantar o histórico médico da família dá força à noção de que há uma associação entre parentesco e saúde; revistas de família sugerem que as pessoas façam um genetograma e “pedigrees” familiares como uma forma de predizerem o futuro da saúde de seus filhos.

O papel da herança biológica através dos genes é amplamente aceito. Os genes são, de repente, considerados os responsáveis para tudo, sendo desenvolvida a crença de que a genética faz a pessoa; de que é ela quem determina seus comportamentos e habilidades. A noção compartilhada é a de que o parentesco é baseado em características comportamentais e na noção biomédica de laços biológicos. O DNA, como detentor do código genético, possibilita uma conexão ao passado, propiciando que as pessoas procurem seus ancestrais, e igualmente com o futuro, pois dele tem-se a ideia

que as pessoas podem antecipar o futuro de seus descendentes (Finkler, 2000, 2001; Thompson, 2005).

Ao mesmo tempo que na sociedade contemporânea os indivíduos podem escolher suas famílias baseados em laços afetivos, paradoxalmente, a sociedade, prescreve uma relação de parentesco baseada na biologia. A *medicalização do parentesco* subverte a ideologia da escolha e dos novos padrões familiares baseado em fatores que não o de sangue. Numa contradição interessante, com a medicalização da família e do parentesco, liberdade e escolha são confrontados com determinismo genético. A *medicalização do parentesco*, assim, reflete e promove uma noção tradicional de família e parentesco que vai contra às mudanças que vêm ocorrendo nos padrões familiares nos últimos anos do século 20 e nesse novo milênio, sendo adequado perguntar como as explicações genéticas influenciam o entendimento de família e parentesco, assim como refletem e, ao mesmo tempo, se contrapõe ao processo social mais amplo (Finkler, 2001).

O que Finkler (2001) chama de *medicalização do parentesco* é ideia semelhante ao que Franklin (2001) nomeia de *genetização do parentesco*. Para Franklin (1999), as tecnologias de reprodução assistida e os exames de DNA para comprovação de relação parental são sinais de que está ocorrendo um processo de *genetização do parentesco*, uma vez, que ao parentesco é atribuído o valor genético a partir desses procedimentos. Assim, *genetização* e *medicalização do parentesco* dizem respeito a um mesmo processo, e têm sentidos aproximados.

Luna (2005) utiliza o termo *genetização do parentesco* e em relação à genetização afirma que mesmo a partir da vivência dessa importância genética, as pessoas são seres culturalmente relacionados, sendo a *genetização do parentesco* não absoluta, mas contextual, dependendo da conjuntura em que elas estão inseridas. Como exemplos podemos pensar nas mulheres que utilizam a doação de óvulo e nas mulheres que utilizam o sêmen de bancos de esperma (doadores desconhecidos) para conceberem crianças. No primeiro caso, a doadora do óvulo não é considerada mãe da criança e sim a mulher que demonstrou o desejo da parentalidade e recebeu o óvulo. No segundo, o homem que doou o esperma não é reconhecido como pai, sendo este não reconhecimento justamente o intuito das mulheres quando decidem utilizar o banco de esperma.

Dentro desses parâmetros, Weiss (2011) coloca que no exame do papel da biologia na interpretação da noção de família dentro das sociedades liberais, temos duas tendências conflitantes dentro dos discursos legal e ético sobre o papel da biologia em definir laços familiares: há uma tendência em “rebiologizar” a família (desejo de conhecimento das origens biológicas e aclamação do DNA), vista principalmente na cultura popular e na mídia; há outra contrastante em “desbiologizar” a família (enfraquecimento da noção biológica de família, com a entrada da cultura), que conta com a possibilidade de utilização de NTR para procriação como fator. Nesta segunda tendência poderíamos incluir o que Luna (2005) chama de *genetização do parentesco contextual*.

A constante discussão entre natureza e cultura é, pois, parte integrante dentro desse campo, assim como dos dias atuais. O paradoxo entre natureza e cultura (Thompson 2001, 2005; Franklin, 2001) é bastante discutido. Afirma-se que todos os conceitos de natureza, incluindo os científicos, são formatados, marcados e interpenetrados pela aprovação cultural, e, de forma menos frequente, coloca-se que os conceitos de cultura invocam uma legitimação natural para seu sistema de classificação. Contudo, falar em termos de paradoxo entre natureza e cultura é quase sempre contraprodutivo, uma vez que natureza e cultura se coproduzem e as relações explicativas entre elas são eminentemente passíveis de revisão (Thompson, 2001; 2005).

Entretanto, a modernidade vive em meio a tal paradoxo. Quanto mais se tenta separar o natural do cultural, mais se formam híbridos de natureza e cultura, sendo complexo estabelecer limites entre o natural e o cultural, principalmente quando se trata de uma área em que há recorrentes intervenções tecnológicas sobre a biologia, como é o caso da reprodução assistida. Deste modo, as NTR e suas implicações em relação ao parentesco são representantes desse processo. O parentesco passa não mais a ser mais somente símbolo de relações naturais, havendo uma ‘naturalização’ do que é definido como cultural e uma ‘culturalização’ do compreendido como natural, num fluxo de significados entre natureza e cultura, conforme afirma Luna (2007).

Franklin (2011), na mesma linha coloca que o parentesco no contexto das NTR não se trata de meramente de “novas formas de se fazer bebês”, mas sim de uma gama de questões muito maior, tais como de que forma o conhecimento é produzido, de que

forma o capital é acumulado e de como a categoria de identidade é transformada. As diferentes arenas em que há atuação da biotecnologia produzem uma rica narrativa na qual as ideias de parentesco, natureza e cultura são costuradas de maneira historicamente densa e complexa.

Thompson (2005) chama o processo de forjar uma zona funcional compatível, na qual tanto natureza quanto cultura são implantadas estrategicamente em um meticuloso trabalho de construção de *coreografia ontológica*. Conforme implícito na metáfora “construção familiar” (family building), a *coreografia ontológica* das NTR “constrói as famílias” a partir da inter-relação entre natureza e cultura (Thompson, 2005). Nesse sentido, a relação entre natureza e cultura tende a se complexificar cada vez mais nos novos tempos e com o uso das NTR.

As NTR incorporam mudanças cruciais no parentesco contemporâneo, fazendo com que conceitos sobre o parentesco ocidental sejam revistos (Strathern, 1992). Quando os donos dos gametas se colocam na posição de doadores de sêmen ou óvulo, passam automaticamente a não serem os pais da criança formadas a partir desses gametas; da mesma forma, quando a mulher que gesta o bebê em um esquema de doação de útero (barriga de aluguel) também “perde” o seu lugar de mãe. Em ambos os casos os pais da criança produzida são aqueles que requerem os procedimentos a fim de concretizar o sonho da parentalidade. Tal lógica de funcionamento abre precedentes para que casais de mesmo sexo passem a utilizar as NTR como forma de concretização do sonho de terem filhos. A produção de uma criança com sêmen de doador, no caso de casais de mulheres ou a partir de doação de óvulo e útero, no caso dos homens, passa a ser tecnicamente possível, viável e, em termos de mercado, interessante. A parentalidade, assim, é atribuída ao casal e não aos doadores. A (re)formulação contínua sobre noções de parentesco passa, então, a ter mais um interessante ingrediente.

3.3.4 O uso das NTR por casais de mesmo sexo

Regulamentadas pelas práticas individuais de médicos, clínicas e legislação fragmentada, o uso das NTR não desafia manifestadamente as ideias dominantes de sexualidade, parentalidade, reprodução e família. Mas, a partir de sua utilização por

lésbicas, os casais heterossexuais passaram a não mais ter mais o monopólio tanto material quanto simbólico da procriação (Luce, 2010).

No mundo Ocidental, nas últimas três décadas, os casais de mesmo sexo que se encontram na condição de desejarem ter filhos têm utilizado as tecnologias de reprodução como meio para efetivação de seu desejo de parentalidade. Por meio de inseminações artificiais e arranjos coparentais, lésbicas e gays têm desafiado a centralidade do sexo heterossexual para procriação e, assim, o modelo de sexos opostos de pais para constituição de uma família. Diante disto, segundo Strathern (1992), as NTR foram mais responsáveis do que qualquer outra coisa no sentido de questionar o entendimento tradicional de família e parentesco.

Weston (1997) afirma que a inseminação artificial, em particular, é uma técnica para se produzir filhos que desafia o entendimento tradicional do filho biológico como produto de uma relação entre pessoas de sexos diferentes. Neste sentido, a popularização da inseminação artificial como alternativa para a concepção de filhos forneceu a faísca histórica que alimentou o fogo desse interesse sem precedentes dentro da parentalidade homossexual. A partir da inseminação, há a reincorporação da biologia e da procriação no contexto das famílias homossexuais.

Segundo Thompson (2005), mesmo que as NTR e outras formas de biomedicina sejam dirigidas, em grande parte, pelo desejo de participar e de reivindicar formas hegemônicas de família (família nuclear), elas acabam subvertendo essas formas. Nos estados Unidos, o mercado é relativamente livre para não limitar o uso de tecnologias somente a casais heterossexuais inférteis – o que vem acontecendo também no Brasil. Do mesmo modo, as formas literais de reprodução de uma família nuclear, ou seja, o ato sexual entre pessoas de sexos diferentes não é necessário para a reprodução a partir das NTR. Desta forma, questões como estado civil e orientação sexual se tornam cada vez mais irrelevantes para a reprodução.

As NTR têm um grande potencial para tolerar múltiplas formas de família e de contribuir para o fim da discriminação de parentesco e de reprodução contra solteiros, gays e lésbicas que querem ter filhos, apesar das barreiras de acesso. A necessidade de atrair mais pacientes, combinada com o aumento das taxas de sucesso de tratamento e

com a oferta de opções reprodutivas que se baseiam no segredo sobre “o terceiro”²⁸ proporcionaram que o sonho do filho biológico se tornasse realidade a muito mais pessoas (Thompson, 2005).

Contudo, neste momento da exposição da presente pesquisa, é necessário colocar o contexto brasileiro no que diz respeito ao uso das Tecnologias Reprodutivas, que se diferencia dos contextos dos Estados Unidos, Europa e Canadá.

No Brasil, não há legalmente um mercado no qual o esperma ou óvulos possam ser comercializados. Os bancos de sêmen são formados por sêmen coletados de doadores anônimos e as clínicas de reprodução fazem a mediação da doação de óvulos, uma vez que têm bancos de óvulos excedentes, adquiridos através de processos de Reprodução Assistida. Ou seja, brasileiros não podem vender seu sêmen ou seus óvulos, assim como também não os podem comprar. A utilização do sêmen e óvulos doados é mediada pelos serviços de reprodução assistida²⁹.

Tal conformação se diferencia fortemente da norte-americana. Nos Estados Unidos há efetivamente um mercado de gametas existente há décadas e, hoje em dia, pode-se escolher o sêmen que se irá comprar por meio de sites que expõe muitas características do doador, sendo possível, até ouvir sua voz, ler uma redação redigida por ele e ter acesso a seu histórico familiar de doença. Há venda de sêmen *in natura*³⁰, que pode ser utilizado para inseminações artificiais caseiras, sem a mediação de um serviço de reprodução assistida (California Cryobank³¹; Xytex Cryo International Sperm Bank³²). No Brasil, por não haver venda de sêmen *in natura*, a prática da inseminação caseira é pouco utilizada, e os casais recorrem às clínicas de reprodução quando desejam realizar uma Reprodução Assistida com sêmen de doador anônimo.

A inseminação caseira, no Brasil, só pode ocorrer por meio de um doador conhecido, que concorde em doar seu sêmen. No caso de um casal de lésbicas, por exemplo, o doador poderia ser um amigo do casal. Este esquema no Brasil, entretanto,

²⁸ “O terceiro” seriam os doadores de gametas (óvulos e esperma), que não têm suas identidades reveladas e que não constituem nenhum vínculo parental com a criança formada com seus gametas.

²⁹ O primeiro banco de esperma implantado no Brasil foi o Pro-Seed. <http://www.pro-seed.com.br>. Acessado em 12 de fevereiro de 2013.

³⁰ Não congelado em hidrogênio.

³¹ <http://www.cryobank.com>. Acesso em 12 de fevereiro de 2013.

³² <https://www.xytext.com/index.cfm>. Acesso em 12 de fevereiro de 2013.

não se apresenta muito comum. As razões são diversas, mas giram em torno da preocupação com um sêmen sem doenças (preocupação com DST e Aids) e da preocupação em atrelar uma terceira pessoa (o pai biológico) na relação parental. Na Europa e Canadá, tal maneira de inseminação era largamente utilizada (Lewin, 1993; Luce, 2010). Muitos dos bebês de casais de mesmo sexo nasceram a partir dela. No entanto, a epidemia de Aids mudou o perfil das inseminações e elas passaram a ser cada vez em maior número realizadas em clínicas de reprodução com a utilização de doadores anônimos de bancos de sêmen (Luce, 2010).

Neste sentido, no final do século XX, nos estados Unidos, houve o chamado *baby boom* lésbico. A inseminação foi a inovação tecnológica que motivou tal fenômeno, facilitando uma parentalidade biológica sem requerer um casamento heterossexual ou uma relação sexual heterossexual como subterfúgios. Como a prática da inseminação se espalhou dentro do universo lésbico, especialmente inicialmente no contexto americano, os laços biológicos começaram a ter importância onde menos se esperava: nas famílias homossexuais, cuja definição se opunha às relações biológicas de famílias heterossexuais, havendo uma reincorporação parcial da biologia nas “famílias escolhidas” (Weston, 1997). Podemos pensar, por sua vez, que começamos a vivenciar um *baby boom lésbico* no Brasil nos tempos atuais.

Assim, de forma geral, a partir do uso das NTR por casais de mesmo sexo, vê-se a noção de escolha adentrando o campo da biogenética e potencializando novos entendimentos acerca do parentesco (Finkler, 2001). Soluções tecnológicas para questões extremamente íntimas acabam entrelaçando a técnica e o pessoal, não havendo clara separação entre natural e social (Thompson, 2005). Vê-se a fronteira entre biológico e social cada vez mais esfumada. De acordo com Almeida: “Quanto mais a natureza é ajudada pela tecnologia e quanto mais o reconhecimento da parentalidade é circunscrito pela legislação, mais difícil se torna pensar em uma natureza independente da intervenção social” (Almeida, 2011, p. 204).

No Brasil, não há uma estrutura jurídica para resolver questões gerais decorrentes do uso das NTR. Havendo um eventual conflito, é indicado que os médicos devem buscar apoio nas resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) e no Código Civil Brasileiro (Ramírez-Gálvez, 2005). Sendo assim, não há uma lei efetiva quanto ao uso de NTR por casais de mesmo sexo (que permita ou que proíba a sua

utilização), todavia, o uso de tecnologias reprodutivas vem sendo regulado pelo CFM e pelas clínicas de reprodução assistida particulares e serviços de reprodução assistida públicos. Como não há legislação específica sobre a questão, o CFM estabeleceu as regras orientadoras para os procedimentos, tornando a medicina construtora de significados sobre procriação, parentalidade e família (Ferreira, 2011).

Desde 1992, houve três Resoluções do CFM em relação à Reprodução Assistida. A primeira é do ano de 1992 (Resolução CFM Nº 1.358/92)³³, revogada quando a segunda, de 2010 (Resolução CFM Nº 1.957/10)³⁴ entrou em vigor. A última Resolução, a CFM Nº 2013/13³⁵, entrou em vigor em maio de 2013.

Na resolução de 1992, a infertilidade era reconhecida como problema de saúde e o paciente era o casal infértil, sendo necessário o consentimento do companheiro da pessoa que se submeteria ao procedimento. Na resolução de 2010, o paciente passa a ser toda a pessoa capaz que solicite a utilização da tecnologia da reprodução assistida. Há implícita, nesta segunda resolução, a ampliação das NTR para além das indicações médicas para casos de infertilidade, o que acaba por possibilitar que casais homossexuais e homens e mulheres solteiros realizem o sonho de serem pais/mães.

Contudo, à medida que a Resolução CFM Nº 1957/2010 dependia da interpretação do texto, apresentando mais uma “brecha” do que uma determinação, a Resolução do CFM Nº 2013/13, que entrou em vigor no dia 09 de maio de 2013, deixa claro que a reprodução assistida pode ser realizada por homens e mulheres solteiros e por casais homoafetivos³⁶. Importante salientar que a nova resolução traz a seguinte disposição final: “Casos de exceção, não previstos nesta resolução, dependerão da autorização do Conselho Regional de Medicina” (Conselho Federal de Medicina, Resolução CFM Nº 2013/13, cap. IX), ou seja, casos não previstos na Resolução dependem do escrutínio médico para a utilização das tecnologias reprodutivas. Neste sentido, a nova Resolução coloca ainda mais a medicina como controladora das práticas reprodutivas e, por esta via, cada vez mais é apoderada da construção de significados sobre procriação, parentalidade e família, como bem afirmou Ferreira (2011).

³³ http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1992/1358_1992.htm. Acesso em 17 de abril de 2013.

³⁴ http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2010/1957_2010.htm. Acesso em 17 de abril de 2013.

³⁵ http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2013/2013_2013.pdf. Acesso em 17 de abril de 2013

³⁶ A Resolução do CFM utiliza o termo casal homoafetivo. Utilizo tal termo nesta parte da dissertação, ao me referir à Resolução CFM Nº 2013/13.

A última Resolução, logo em seu início, apresenta uma nova Consideração: o reconhecimento e qualificação da união estável homoafetiva como entidade familiar pelo Supremo Tribunal Federal. Posta essa consideração, algumas das novidades da resolução se referem diretamente à utilização de reprodução assistida por casais de mesmo sexo. Tais novidades e diferenças entre as Resoluções de 2010 e a de 2013 são expostas a seguir.

A Resolução de 2010 trazia no capítulo II, intitulado “Pacientes e Técnicas de RA”, somente uma caracterização sobre os pacientes que poderiam utilizar as técnicas de Reprodução Assistida. Os pacientes, de acordo com ela, seriam:

“Todas as pessoas capazes, que tenham solicitado o procedimento e cuja indicação não se afaste dos limites desta resolução, podem ser receptoras das técnicas de RA desde que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos sobre o mesmo, de acordo com a legislação vigente” (Conselho Federal de Medicina, Resolução N° CFM 1957/2010, cap.II, item 1 do anexo à Resolução).

Tal caracterização continua a ser feita nas mesmas palavras na Resolução de 2013. No entanto, é acrescentada mais uma caracterização, a qual faz alusão pontual aos casais homoafetivos:

“É permitido o uso das técnicas de RA para relacionamentos homoafetivos e pessoas solteiras, respeitado o direito da objeção de consciência do médico” (Conselho Federal de Medicina, Resolução CFM N° 2013/13, cap.II, item 2 do anexo à Resolução)

Interessante apontar que a resolução não se refere exclusivamente a casais de sexo feminino, uma vez que é no corpo das mulheres que os procedimentos são realizados, não excluindo o direito de casais de sexo masculino de utilizarem as tecnologias reprodutivas.

Os casais de sexo masculino somente utilizariam as técnicas de reprodução assistida em caso de útero substitutivo, mais conhecido como “barriga de aluguel”.

Neste sentido, pode-se interpretar que a utilização da barriga de aluguel por casais de homens é permitida de acordo com a nova Resolução.

Contudo, a questão do útero substitutivo apresenta especificidades. A resolução de 2010 coloca diretrizes sobre a utilização do útero substitutivo. O capítulo VII da Resolução do CFM N° 1957/2010, referente à gestação de substituição ou doação temporária de útero, traz que o procedimento só pode ser empregado caso exista um problema médico que impeça ou que contraindique a gestação na doadora do óvulo (doadora genética). Coloca também que a doação de útero não pode ter caráter lucrativo ou comercial e que a doadora temporária do útero tem que ser da família da doadora genética, tendo parentesco até segundo grau (irmã e avó), estando os demais casos sujeitos à autorização do Conselho Regional de Medicina.

A Resolução do CFM N° 2013/13, por sua vez, apresenta grandes modificações no capítulo VII. O único item que não apresenta modificações é o que afirma que o útero substitutivo não pode ter caráter comercial ou lucrativo.

Em relação às mudanças, o novo capítulo VII traz que a doadora temporária de útero tem que ter parentesco consanguíneo até o quarto grau com a doadora genética (2º grau: mãe e avó; 3º grau: tia; 4º grau: prima), respeitando a idade limite de 50 anos.

O capítulo traz ainda modificações que se referem diretamente à utilização do método por casais homoafetivos: na resolução antiga, o procedimento só poderia ser utilizado caso houvesse um problema médico que impedisse ou que contraindicasse a gestação na doadora genética. A nova Resolução, por conseguinte, apresenta que:

“As clínicas, centros ou serviços de reprodução humana podem usar técnicas de RA para criarem a situação identificada como gestação de substituição, desde que exista um problema médico que impeça ou contraindique a gestação na doadora genética ou *em caso de união homoafetiva*” (Resolução CFM N° 2013/13, cap. VII do anexo à Resolução, grifo meu)

Ou seja, a nova Resolução do CFM permite que a gestação de substituição seja empregada por casais homoafetivos e, sendo assim, tanto por casais de sexo feminino quanto por casais de sexo masculino.

O capítulo modificado coloca ainda um item que não integrava a antiga Resolução. Ele traz os documentos e observações que devem constar no prontuário dos pacientes que se submeterão ao procedimento. Um desses documentos é o Termo de Consentimento Informado. A Resolução traz que ele deve ser assinado pelos pacientes (pais genéticos) e pela doadora temporária de útero. Nesse caso, os pacientes seriam um casal infértil – por este motivo, a necessidade da utilização do útero substitutivo por eles. Mas, a Resolução traz agregada à afirmação de que o Termo de Consentimento deve ser assinado pelos pacientes e pela doadora a seguinte observação: “Obs.: gestação compartilhada entre homoafetivos onde não existe infertilidade” (Conselho Federal de Medicina, Resolução CFM Nº 2013/13, cap. VII, item 3 do anexo à Resolução), ou seja, coloca que o Termo de Consentimento também pode ser assinado pelos pacientes casal homoafetivo, que por sua vez, não são inférteis. Tal observação acentua que a utilização do útero substitutivo pode ser feita por casais de mesmo sexo. No caso de casais de homens, a gestação de substituição se dá através do útero de uma mulher, isto é, de uma barriga “alugada”. Há notícias de que o procedimento vem sendo feito no país, mesmo antes da nova Resolução, em tempos que ele não era permitido pelo CFM³⁷ Entretanto, estudos indicam que no caso destes casais a adoção é o meio mais utilizado por casais de sexo masculino que desejam ter filhos (Tarnovski, 2004; Zambrano, 2006). Em relação aos casais de sexo feminino a questão se complexifica ainda mais. O uso do útero substitutivo em casais de mulheres pode sim ocorrer por questão de infertilidade, no caso das duas mulheres do casal serem inférteis ou, mesmo no caso de elas terem óvulos com boas condições, mas não terem condições físicas de gestar uma criança. Entretanto, os casais de sexo feminino têm utilizado o útero de substituição de uma maneira peculiar.

A ROPA (Reception of Oocytes from Partner/Recepção de Óvulos da Parceira) é um procedimento no qual ambas as parceiras participam do processo de reprodução e gravidez: uma delas fornece os óvulos que serão fecundados com espermatozoides de doador e a outra gesta o(s) embrião(ões) formado(s) a partir do óvulo da primeira (Marina et al, 2010; Correa, 2012). Ambas as mulheres têm, assim, que passar por estimulação hormonal – uma para produção de óvulos que serão usados e outra, para preparação do útero para receber o embrião –, fazendo as duas posologia de altas doses de hormônios.

³⁷ Temos o exemplo do casal contado por um dos casais entrevistados, relatado no capítulo Introdução e Justificativa.

O útero substitutivo, nesta montagem, é o útero de uma das mulheres do casal-paciente, não havendo uma terceira pessoa como há na triangulação casal-paciente masculino/mulher dona do útero substitutivo. Casais de mulheres brasileiras vêm empregando esse arranjo dentro do processo de utilização das NTR.

Olhando esse fenômeno específico de útero substitutivo via Resoluções do CFM, podemos interpretar que a ROPA é uma gestação de substituição que se dá em casos de união homoafetiva, o que foi resolvido pela última Resolução do CFM. No entanto, a questão da doadora temporária do útero ter que ser parente consanguínea da doadora genética mantém-se. Nestes termos, temos que mesmo a ROPA não estando explicitamente legalizada em nenhuma das duas Resoluções (2010 e 2013), ela pode ser realizada pelos serviços médicos uma vez que o Conselho Federal de Medicina autorize, entrando o procedimento dentro dos casos de exceção.

Neste ponto, vale interpretar o procedimento de acordo com as Resoluções: a Resolução de 2010 afirmava que as doadoras deveriam pertencer à família da doadora genética, sem menção de consanguinidade, sendo os demais casos sujeitos à autorização do Conselho Regional de Medicina, como já apontado acima. Como relatado também anteriormente, o parentesco da concessora de útero se apresenta como uma das mudanças da nova Resolução de 2013: ele passa a ter que ser consanguíneo até o quarto grau e o fato de os demais casos estarem sujeitos à autorização do Conselho Federal de Medicina desaparece da Resolução. Todavia, a Nova Resolução (Resolução CFM Nº 2013/13) apresenta uma Disposição Final (capítulo IX), inexistente na Resolução de 2010, como já comentado anteriormente, e que afirma, de forma geral, que os casos não previstos na resolução, dependerão da autorização do Conselho Regional de Medicina.

Neste sentido, casos de exceção continuam sob a análise médica para serem efetivados e o caso da ROPA seria, segundo este raciocínio, um caso de exceção, uma vez que a parceira que cede o útero, de acordo com a última Resolução, deve ser parente consanguínea de até quarto grau da parceira que cede o óvulo, fato difícil de acontecer. Clínicas particulares têm feito arranjos e tem-se notícia da realização de diversos procedimentos de ROPA em casais de mulheres brasileiras.³⁸

³⁸ Este tema será tratado com especificidade nos Resultados e Análise

Ademais, outra prática que também vinha sendo realizada pelas clínicas de reprodução assistida foi permitida de forma clara pela resolução: a doação compartilhada de oócitos, que consiste na doação de oócitos por parte de uma mulher (que tem bons oócitos para a reprodução) à uma outra (que não tem bons oócitos para a reprodução e consequentemente não consegue reproduzir) em troca do custeio dos procedimentos de RA da primeira pela segunda. Nas palavras da Resolução:

“É permitida a doação voluntária de gametas, bem como a situação identificada como doação compartilhada de oócitos em RA, onde doadora e receptora, participando como portadoras de problemas de reprodução, compartilham tanto do material biológico quanto dos custos financeiros que envolvem o procedimento de RA. A doadora tem preferência sobre o material biológico que será produz” (Conselho Federal de Medicina, Resolução CFM N° 2013/13, cap. IV, item 9 do anexo à Resolução).

Tal prática vem sendo realizada pelas clínicas num contexto onde doadoras de oócitos são mulheres de casais homoafetivos. De acordo com determinada interpretação da Resolução, as mulheres de casais de mesmo sexo são portadoras de problemas de reprodução e essa doação compartilhada pode ser realizada.³⁹

A Nova Resolução, que se dá dentro do contexto brasileiro e mundial de luta pelos direitos humanos, do embate pela aceitação da diversidade sexual, da ampliação do entendimento da questão de gênero, do combate à homofobia, da conquista do “casamento gay” e, sendo assim, responde às demandas sociais, por outro lado, também conversa diretamente com um mercado que se estrutura e que se mostra como tendo grande potencial de oferta e procura. Como já colocado, as NTR são *business*, produzidas para serem consumidas por cidadãos ativos dentro da lógica de consumo de mercado da sociedade capitalista em que vivemos (Strathern, 1991), sendo expressão das tecnociências, produzidas para fins desse mercado (Rotania, 2003). No Brasil são as clínicas particulares que realizam os procedimentos de RA em sua grande maioria, sendo assim, “donas” desse novo mercado. Algumas delas vêm aplicando os

³⁹ Este tema também será tratado mais profundamente nos Resultados e Análise

procedimentos em casais de mesmo sexo, mas há também notícias de que algumas clínicas não os realizam para este público⁴⁰.

De forma geral, a maioria dos serviços que realiza procedimentos que utilizam as NTR são serviços privados, localizados, preponderantemente na Região Sudeste. Não há referências exatas de quantas dessas clínicas existem no país e inexistente licença específica que regule o funcionamento destas (Machin et al., 2012). Conforme a Rede Latino Americana de Reprodução Assistida (REDLARA) em 2006 havia 56 clínicas registradas de Reprodução Assistida no Brasil, realizando, aproximadamente 13.485 ciclos por ano, o que representava, na época, 45% de todos os procedimentos feitos na América Latina. O custo de cada ciclo era de em média, US\$ 6.000 (seis mil dólares) (Makuch et al, 2009).

Como afirma Corrêa, num panorama nacional de carência de serviços mais primários em saúde, “um dispositivo de cuidados médicos como a reprodução assistida não poderia ser encontrado senão no setor privado da medicina, reproduzindo em toda sua extensão o que tem sido a história do consumo e da exclusão do consumo nas sociedades contemporâneas” (Corrêa, 1997, p.94).

Mesmo sendo a grande maioria dos serviços que realizam procedimentos de RA privados, há serviços públicos ou ligados a universidades que também os realizam, como há também clínicas particulares que executam os procedimentos a baixo custo. Conforme Makuch et al (2009), em 2009, havia 23 serviços de infertilidade públicos e mais 12 serviços universitários no Brasil. Contudo, os autores apresentam que tais serviços tinham restrições de atendimento, necessidade de os pacientes arquem com os gastos relativos aos medicamentos necessários para os procedimentos e, por muitas vezes, só davam acesso a técnicas de baixa complexidade, como a inseminação com doador. A idade da mulher e o estado marital também apresentavam-se como limitações de uso do serviço.

A Portaria nº 426, de 22 de março de 2005⁴¹ instituiu, no âmbito do SUS a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, contudo, a operacionalização por conta da ineficácia da portaria foi suspensa. De acordo com o atual secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, Helvécio Miranda, a

⁴⁰ Alguns casais de mulheres nas entrevistas relataram haver um mal estar da clínica e do médico com a situação de duas mulheres apresentarem o desejo de gerar uma criança a partir das NTR.

⁴¹ <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Noticias&id=933>. Acessado em 20 de abril de 2013.

política será revista por um Grupo de Trabalho, sendo assim estudada a retomada da política de reprodução assistida⁴².

Assim, em relação aos serviços públicos, há poucos que realizam os procedimentos de reprodução assistida mesmo em casais heterossexuais ou mulheres solteiras (não realizando em casais de mesmo sexo). Entretanto, tem-se a informação que depois da Resolução de 2010, um dos serviços universitários existente na cidade de São Paulo já atendia casais de mesmo sexo (Machin et al. 2012).

Contudo, dentro do cenário vivenciado hoje no país, contornos diferentes tendem a ser desenhados. Este movimento é apontado pela própria nova Resolução do CFM, que valida práticas que já estavam sendo utilizadas pelas clínicas médicas e serviços de reprodução assistida particulares, como a utilização de barriga de aluguel por casais de homens, a ROPA e a doação compartilhada de oócitos por casais de mulheres. Neste sentido, com a legitimação desse novo mercado, o consumo desses tipos de práticas tecnológicas tende a aumentar, podendo também atingir a esfera pública futuramente.

Aponta-se aqui que esse processo de conformação e regularização de mercado médico, juntamente com a procura dos casais de mesmo sexo pelos serviços de RA, dá origem a novas necessidades dentro de um sistema de mercado. Questiona-se se tais necessidades criadas são relativas a demandas de saúde, ou seja, se são efetivamente necessidades de saúde na acepção do termo, como caracterizado por Schraiber e Mendes-Golçalves (2000).

⁴²<http://smsdc-cmsgsf.blogspot.com.br/2013/05/ministerio-da-saude-estuda-retomada-de.html>. Acesso em 20 de abril de 2013.

3. OBJETIVOS

Mediante o panorama descrito nos capítulos 2 e 3, o estudo tem como **objetivo geral** entender como vem se dando o processo da homoparentalidade a partir das Novas Tecnologias Reprodutivas no Brasil e especificamente na cidade de São Paulo. Neste sentido, ele debruça-se sobre a questão de como os casais de mesmo sexo vêm a concepção de filhos a partir da utilização das técnicas reprodutivas e que uso vêm fazendo ou não destas.

Sendo assim, os **objetivos específicos** implicam: 1- a investigação das concepções de família, gênero e parentalidade dos casais de mesmo sexo e na análise da influência destas concepções na utilização ou não das NTR; 2- a investigação da concepção que os casais entrevistados têm sobre as NTR e quais os motivos da escolha ou não desses métodos; 3- Em analisar se a possibilidade de escolha das NRT é constituinte de novas concepções de família e parentalidade, considerando implicações sociais, legais, éticas e mercadológicas.

4. METODOLOGIA

A presente pesquisa é um recorte de uma pesquisa mais ampla, de coordenação de Rosana Machin e de vice-cordenação de Marcia Thereza Couto (Machin et al, 2013). A pesquisa intitulada *Adoção e Tecnologias Reprodutivas na Construção de Novas Configurações Familiares* tinha como objetivo pensar o uso tanto da adoção como das Novas Tecnologias Reprodutivas para formação de família homoparentais.

Neste sentido, a pesquisa qualitativa⁴³, baseada em entrevistas em profundidade, a partir de um roteiro de entrevista semiestruturado e do uso do diário de campo, realizou a análise das (re)configurações da família, filiação e parentalidade por meio da análise de casais de mesmo sexo, que buscam a constituição de famílias com prole por meio das NTR e da adoção; a análise das concepções de família entre os casais e de construção projeto familiar com prole entre casais do mesmo sexo; o aprofundamento do conhecimento sobre as novas configurações familiares decorrentes do acesso às NTR e à adoção, desenvolvendo assim subsídios para a compreensão das novas configurações familiares a partir da perspectiva de seus próprios agentes e também subsídios para as discussão em saúde no tocante às questões relativas à RA.

Sua realização foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unifesp, registrado sob nº 1937/10 e também pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da USP, registrado sob nº 26632/12 (ANEXO 1), em cumprimento aos preceitos estabelecidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

A minha entrada nesta pesquisa maior, inicialmente realizando entrevistas e suas transcrições, mobilizou o interesse em trabalhar com um recorte específico, que olhasse a questão das inter-relações entre homoparentalidade e tecnologia médica, no caso, as NTR.

⁴³ A pesquisa qualitativa é um campo de investigação que abarca disciplinas, campos e temas, localizando o observador no mundo. Ela é formada por uma gama de práticas materiais – diário de campo, entrevistas, conversas e gravações - e pela interpretação destas práticas. É a partir da transformação dos dados que são produzidos em representações, passíveis de interpretação pelo observador que se dá visibilidade ao universo estudado (Denzin; Lincoln, 2006).

Embora as entrevistas do projeto maior já estivessem em curso, realizadas tanto pelas coordenadora e vice-coordenadora quanto por mim, após a aprovação do projeto desta pesquisa (ANEXO 1), continuei a realizar as entrevistas para o projeto como um todo, mas também com o foco em minha dissertação de mestrado.

Por esta pesquisa ter sido originada a partir de uma pesquisa maior, ao longo da realização do trabalho de campo, foram utilizados dois roteiros como guias para a realização das entrevistas, em dois momentos diferentes: o primeiro roteiro, que fazia parte da pesquisa *Adoção e Tecnologias Reprodutivas na Construção de Novas Configurações Familiares* foi utilizado na coleta das entrevistas para a pesquisa maior e os dados produzidos nesta etapa também foram utilizados no presente trabalho. Ele tratava de questões de sexualidade, gênero, família, reprodução, Novas Tecnologias Reprodutivas, adoção e projeto de filiação (ANEXO 2). Entretanto, depois de iniciado o mestrado, o roteiro da pesquisa original foi modificado, sendo acrescidas algumas questões mais pontuais sobre NTR (ANEXO 3) e algumas entrevistas foram realizadas tendo este segundo roteiro por base. Não obstante, por se tratar de uma pesquisa realizada como parte de uma pesquisa maior, o desenho metodológico exposto aqui se refere, neste sentido, tanto à pesquisa aqui apresentada tanto à pesquisa *Adoção e Tecnologias Reprodutivas na Construção de Novas Configurações Familiares* anteriormente citada.

Antes do início de cada entrevista, foram entregues para cada participante dois Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO 4). O TCLE foi lido pelos sujeitos e foram esclarecidas as eventuais dúvidas sobre a participação na pesquisa. Os participantes e a pesquisadora que estava realizando as entrevistas, após a leitura do termo, assinaram ambas as vias, ficando uma com o participante e outra com a pesquisadora.

As entrevistas foram realizadas tanto com casais femininos como masculinos. Foram entrevistados casais que planejavam ter filhos, e que pensavam nos meios para sua concretização, e casais que já haviam concretizado a adoção ou a utilização de NTR. Decidiu-se pela incorporação dessa ampla gama de condições dado que, através da entrevista, ou seja, da narrativa desses casais, se desejava saber sobre a concepção que os casais tinham sobre a utilização das NTR e sobre as influências culturais, econômicas, sociais, legais e subjetivas que determinavam sua escolha pela utilização

ou não das tecnologias. O estudo limitou-se à Grande São Paulo – cidade de São Paulo e municípios da Grande São Paulo –, por esta ser o polo econômico do país, onde se acredita que as novas configurações familiares se reproduzem com maior intensidade.

Por meio de entrevistas, tem-se a produção de narrativas, as quais são formadas pela subjetividade dos entrevistados, por seus preceitos, anseios, julgamentos, ou seja, por sua posição em relação ao tema trabalhado. A diferença entre a análise narrativa e as outras formas de produção de dados qualitativa está exatamente na centralidade da maneira como as pessoas narram suas histórias, que são tomadas como um todo e interpretadas dentro do contexto em que foram geradas (Canesqui, 2007).

Brockmeier e Harré (2003) afirmam ser, sobretudo, através da narrativa que compreende-se os textos e contextos mais amplos e complexos da nossa existência. Segundo Gomes e Mendonça (2002), com essa forma, a experiência é representada e recontada pelo narrador por meio da ordenação significativa e coerente dos eventos apresentados. O narrador, nesse processo, acaba por perceber articulação entre passado, presente e futuro.

É a partir do encadeamento de acontecimentos que emerge a compreensão deste mundo temporal. O narrador fala de suas experiências passadas a partir de uma compreensão atual dessas experiências. O presente, assim, apresenta-se como uma reconstrução do passado e, por sua vez, ambos são geradores de expectativas para o futuro. Quem conta a história, assim, significa suas vivências e, a partir da narração destas, abre seu discurso ao outro, de modo a permitir a apreensão da significação subjetivamente construída a outras pessoas (Silva e Trentini, 2002).

Além das entrevistas, também foram utilizados os diários de campo produzidos durante o campo realizado. O diário de campo contém tudo aquilo que não se encontra na narrativa produzida pelos sujeitos de pesquisa, contendo todas as informações extrafonte que digam respeito ao tema de pesquisa: observações sobre conversas informais; comportamento, expressões, hábitos, costumes e gestos dos entrevistados; características dos locais onde foram realizadas as entrevistas, etc. Sendo assim, o objetivo do diário de campo é o registro pelo pesquisador de suas percepções sobre o campo da pesquisa (Minayo, 1993).

As entrevistas foram realizadas tanto com casais femininos como masculinos. Eram elegíveis casais de mesmo sexo que tinham planos de terem filhos e casais que já

os tinham e que morassem na Grande São Paulo. Tendo isto em vista, foram entrevistados casais que planejavam ter filhos, e que pensavam nos meios para sua concretização (adoção ou uso de Novas Tecnologias Reprodutivas), e casais que já haviam concretizado a adoção ou a utilização de NTR. Decidiu-se pela incorporação dessa ampla gama de condições dado que, através da entrevista, ou seja, da narrativa desses casais, se desejava saber sobre a concepção que os casais tinham sobre a utilização das NTR e sobre as influências culturais, econômicas, sociais, legais e subjetivas que determinavam sua escolha pela utilização ou não das tecnologias.

Trabalhou-se com o critério de saturação para definição do número de entrevistas que foram realizadas. A saturação consiste em realizar as entrevistas até o ponto em que se percebe que não há mais dados novos, havendo reincidência de sentidos (Patton, 1990). Na realidade, a saturação se dá quando o pesquisador reconhece que alcançou os sentidos manifesto e latente das falas dos entrevistados, sendo a saturação decisão do próprio pesquisador. A sugestão inicial proposta para a pesquisa era a de se trabalhar com dez casais, considerando a dificuldade do tema e de achar casais que se disponibilizassem a participar da pesquisa. Contudo, foram realizadas mais três entrevistas, que ampliaram o leque de significações e a profundidade da análise.

Entretanto, a busca pelos casais não foi tarefa nada fácil. O trabalho de campo foi realizado ao longo de dois anos, não havendo um período restrito para ser feito devido à dificuldade de se encontrar os casais. A busca pelos sujeitos iniciou-se através do contato com comunidades LGBTT. Nenhum casal, em um primeiro momento, se disponibilizou a participar da pesquisa via esse contato, havendo somente um casal de mulheres que procurou uma das pesquisadoras por e-mail ao final do trabalho de campo. Foram também contatadas clínicas de reprodução. Por meio de um dos médicos de uma das clínicas entrou-se em contato com dois casais de lésbicas.

Contudo, o meio mais eficaz de encontrar os casais foi a indicação destes através de pessoas do círculo de convivência das pesquisadoras, por meio do “boca-a-boca”. Boa parte dos casais que deram entrevistas foram contatados através de pessoas que as próprias pesquisadoras conheciam ou a partir de indicações de pessoas conhecidas das pesquisadoras.

No início do campo havia uma expectativa de se poder utilizar largamente a metodologia da bola de neve (Kendall et al., 2008), na qual há indicações subsequentes

a partir de uma primeira indicação. No entanto, não foi isso que ocorreu. Poucos casais entrevistados conheciam outros casais de mesmo sexo com planos concretos de terem filhos ou com filhos. Somente três contatos foram feitos através dessa metodologia: dois casais de homens foram contatados através de um primeiro contato com outro casal de homem e um casal de mulheres foi contatado a partir de outro casal de lésbicas. Dois casais de mulheres chegaram a fazer indicações, porém os casais indicados não quiseram participar da pesquisa.

Assim, além da dificuldade de encontrar casais de mesmo sexo com planos de terem filhos ou que já os tivessem, houve a dificuldade de casais dentro dessa caracterização que aceitassem participar da pesquisa.

O trabalho de campo foi realizado entre os anos de 2011 e 2012. No total, foram realizadas 14 entrevistas, com 26 sujeitos. Doze delas foram realizadas com ambos os sujeitos do casal conjuntamente. As outras duas foram realizadas com os sujeitos sozinhos: uma das mulheres entrevistadas era separada e de um dos casais masculinos entrevistados, somente um dos parceiros prestou depoimento. Portanto, ao todo, foram entrevistados oito casais de mulheres, uma mulher separada, quatro casais de homens e um homem que compunha um casal sem seu companheiro. Para preservar a identidade dos sujeitos, os seus nomes originais foram trocados por nomes fictícios.

As entrevistas foram realizadas em sua maioria na casa dos sujeitos, a não ser por uma entrevista, feita com um casal de homens, que foi realizada em um café e por mais duas delas, uma com um casal de mulheres e outra com um dos homens de um casal, que foram conduzidas em sala privativa da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP). Pelo estudo ser recorte de uma pesquisa maior, nem todas as entrevistas foram realizadas por esta pesquisadora. No total do trabalho de campo realizei sete das 13 entrevistas analisadas. A transcrição das entrevistas realizadas por mim também foi feita por mim.

Os sujeitos, ao serem contatados para participarem da pesquisa eram informados de que poderiam fazer a entrevista de forma conjunta ou separada de seus parceiros. A grande maioria dos casais (11 casais) preferiram dar seu depoimento conjuntamente. Dentre os casais de mulheres, três deles tinham planos concretos de utilizar as NTR para concretização do desejo de parentalidade; quatro já haviam utilizado as NTR, sendo que um deles com sucesso, já tendo um bebê; um deles tinha

planos de utilizar ou as NTR ou a adoção e a mulher que realizou a entrevista sozinha já havia realizado uma adoção. Além disso, ambas as mulheres de um casal que tinha planos de realizar inseminação artificial (Dulce e Clarice) já tinham filhos de relações heterossexuais anteriores (um cada uma) e uma outra mulher (Cássia), membro de um casal que cogitava tanto as NTR como a adoção (Cássia e Natália) já tinha três filhos de casamento heterossexual precedente.

Entre os casais de homens, três deles tinham planos concretos de adoção (inclusive o casal representado pelo membro que prestou depoimento sozinho) e dois deles já haviam realizado uma adoção. Um dos casais que já havia realizado a adoção era um casal de franceses, que trabalha e vive no Brasil há alguns anos e que realizou a adoção dentro do país. O bebê do casal de mulheres e as duas crianças adotadas pelos casais de homens foram conhecidos pelas pesquisadoras.

5.1 Análise dos dados

Usou-se para análise dos dados princípios do método de interpretação de sentidos, baseado na *hermenêutica-filosófica*. A hermenêutica é a ‘a arte da interpretação’. A raiz é a palavra grega *hermeneuein*, a qual significa interpretar. É por meio do diálogo, das narrativas compostas por passado, presente e futuro produzidas no encontro com o outro que se chega a uma interpretação *hermenêutico-filosófica* (Ayres, 2005).

Cada qual, tanto pesquisador, quanto entrevistado, possuem diferentes maneiras de ver o mundo, o que Hans-George Gadamer, filósofo alemão considerado um dos maiores expoentes no estudo da *hermenêutica-filosófica*, denomina horizontes. Assim, quando há realização de uma entrevista, a partir da interação dialógica entre pesquisador e entrevistado, há uma fusão de horizontes e é a partir dessa interação que se dá o entendimento.

A fusão de horizontes para Gadamer é a acomodação do outro (do diferente, da perspectiva diferente), através do diálogo com ele. Neste contato, o horizonte do passado não é negado, mas expandido no presente e na interação. “Um diálogo produtivo tem, por muitas vezes, o efeito de nos forçar a ver as coisas de maneira

diferente e sob novas perspectivas” (Lawn, 2007, p. 98). A fusão de horizontes produz a novidade, ou seja, uma nova perspectiva sobre o mundo e uma nova maneira de relacionar-se com ele. A novidade se manifesta, assim, a partir do encontro do que é familiar com o que é desconhecido; do novo que passa a ficar em tensão com aquilo que já foi compreendido, promovendo uma nova ideia e uma nova vivência (Lawn, 2007).

Dentro do desenvolvimento da análise de pesquisa, houve a construção de um novo discurso pela pesquisadora a partir de sua interpretação do discurso dos entrevistados, sendo este novo discurso produzido através do processo de fusão de horizontes.

O desenvolvimento da análise baseou-se também nas etapas analítico-interpretativas propostas por Gomes et al (2011), que percorrem os seguintes passos: (1) leitura compreensiva, visando impregnação, visão de conjunto e apreensão das particularidades do material; (2) identificação e recorte temático que emergem dos depoimentos; (3) identificação e problematização das ideias explícitas e implícitas nos depoimentos; (4) busca de sentidos mais amplos (sócio culturais), subjacentes às falas dos sujeitos da pesquisa; (5) diálogo entre as ideias problematizadas, informações provenientes de outros estudos acerca do assunto e o referencial teórico do estudo; e (6) elaboração de síntese interpretativa, procurando articular objetivo do estudo, base teórica adotada e dados empíricos.

Sendo assim, a análise qualitativa dos dados produzidos foi realizada à luz da bibliografia pertinente e acerca do objeto em questão, no sentido de buscar tanto o sentido manifesto quanto o latente existentes na fala dos entrevistados e chegar a questões relevantes, as quais pudessem ser transformadas em dados brutos e que pudessem ser lapidados como problemas relativos ao tema de investigação, por meio de um processo analítico-interpretativo.

Os passos na análise incluíram, primeiramente, a leitura flutuante e impregnativa das entrevistas. A partir dessa leitura, foram levantados os temas preponderantes (explícitos e implícitos) nas falas dos sujeitos e as falas foram agrupadas de acordo com os temas levantados. Os temas elencados, por sua vez, deram origem a categorias mais amplas, compostas por subcategorias. Tais categorias foram problematizadas e discutidas de acordo com a bibliografia levantada pela pesquisadora, visando a produção de um diálogo de ideias e construção de uma síntese interpretativa, com articulação entre objetivo do estudo, dados empíricos e base teórica.

Por esse processo, foram estabelecidas para análise das entrevistas as seguintes categorias e subcategorias:

1. E OS SUJEITOS SE APRESENTAM

1.1- “Geração atual”, “geração anterior” e o “não-estereótipo”

1.2 – “Pioneirismo”

2. FAMÍLIA, CONJUGALIDADE E HOMOPARENTALIDADE

2.1 - Noção de família

2.2 - Conjugalidade

2.3 - Homoparentalidade

3. NOVAS TECNOLOGIAS REPRODUTIVAS (NTR) E HOMOPARENTALIDADE

3.1 - Homens: NRT X adoção

3.2 - A problemática da inserção do terceiro

3.3 - Mulheres: NTR/ experiências biológicas da maternidade X adoção

3.4 - Laços biológicos X Laços sociais

4. CASAIS DE MULHERES E NOVAS TECNOLOGIAS REPRODUTIVAS (NTR)

4.1 - ROPA (Recepção de Óvulo de Parceira)

4.2 - Plano de utilização de NTR X uso de NTR concretizado

4.3 - Mulher + mulher = bebê

4.4 - Bancos de sêmen

5. CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Para um melhor entendimento dos resultados e análise, trago uma caracterização dos sujeitos entrevistados. Os entrevistados tinham entre 27 e 50 anos. Os homens entrevistados eram mais velhos do que as mulheres. A média de idade dos homens entrevistados era de 39,5 anos, enquanto a média de idade das mulheres era de 34,4 anos.

Todos os casais habitavam a mesma casa. Um dos casais de homens homossexuais era casado e os outros casais, tanto de homens quanto de mulheres, possuíam contrato de união estável.

Os dois casais de homens que já haviam concretizado a adoção são os casais mais velhos dentre os casais (44 e 49 anos e 50 e 50 anos). Nos casais de mulheres, observou-se que há maior diferença de idade entre as parceiras do que nos casais masculinos. Em geral, a mulher mais nova passaria (ou passou) pelo processo de inseminação artificial e gestação do filho do casal. Dentro dos casais de mulheres homossexuais, somente um tinha filho por RA e dois outros tinham filhos de relações anteriores⁴⁴.

⁴⁴ Segundo a Pesquisa da 9ª Parada do Orgulho GLBT – SP 2005 (Carrara et al., 2006), entre os respondentes, a porcentagem que afirmou ter filhos foi de 13,6%. Tal porcentagem subia progressivamente de acordo com a faixa etária, chegando a 27,6% entre aqueles que tinham 40 anos ou mais. As mulheres homossexuais foram as que mais responderam ter filhos (24,4%), seguidas pelas bissexuais (12,8%), trans (11,3%), pelos homens bissexuais (10,5%) e, por último, pelos homens homossexuais (8,8%). A maior parte dos filhos (52%) era de relações heterossexuais anteriores. A adoção formal e informal foi relatada em sua maior parte por trans (22,2%). O relato de filhos oriundos de relação sexual eventual ou “produção independente” foi mais comum entre as mulheres homossexuais (9,5%) em comparação aos homens homossexuais (3%). Não há dados sobre filhos produzidos por NTR. Já, de acordo com a Pesquisa da 10ª Parada do Orgulho GLBT – SP 2006 (Facchini et al., 2007) a porcentagem dos entrevistados que declarou ter filhos foi de 17%, sendo a maior parte advinda de relacionamento heterossexual (10%), 2% de relação eventual ou produção independente e 1% de filhos de parceiros considerados seus. Uma leitura cabível seria a de os filhos de reprodução assistida se encaixarem dentro desses 1%.

Todos os sujeitos entrevistados se autodeclararam brancos e possuíam nível superior completo. Pode-se pensar que a amostra apresentou essas características pela forma que os sujeitos foram captados, sendo a maioria deles parte do círculo de convivência das pesquisadoras ou encaminhados por médico de clínica particular. Neste sentido, não é porque não há representantes com outro perfil socioeconômico e racial na amostra que o fenômeno da homoparentalidade não aconteça em outros estratos sociais. Contudo, temos uma representação do fenômeno na classe média, mesmo havendo dentro dessa classe diferentes realidades. É no universo das camadas médias, por sua vez, que são observadas mudanças significativas em relação à sexualidade, às representações de conjugalidade e família e de ordenação entre os gêneros (Salem, 1989 apud Heilborn, 1999). As camadas médias têm ativa participação nos movimentos feminista, homossexual e de direitos humanos a igualdade de direito entre as pessoas (Fry, 1982). O acesso ao nível superior e, assim, à intelectualização tem grande parcela nisso. Mesmo havendo casais que morassem na região periférica de São Paulo e de casas e modos de vida mais simples, a característica comum entre os entrevistados era a de todos possuírem nível superior completo.

Outra coisa que deve ser levada em consideração é a questão do custo para a realização de procedimentos no âmbito das NTR e o fato de eles serem realizados quase que exclusivamente por clínicas particulares. Ou seja, somente os casais de mesmo sexo quem têm condições de pagar por um tratamento de reprodução assistida, ou por parte dele (uma vez que há a doação compartilhada de oócitos), procura ter filhos a partir desses métodos.

Quanto à adoção, nos estratos sociais menos favorecidos o tipo de adoção mais comum é a “adoção à brasileira”⁴⁵ ou mesmo a criação de filhos de outros pais como se fossem seus, sem a legalização desse vínculo. Essas variáveis referentes ao uso de NTR e adoção podem também ser consideradas influentes na conformação da amostra.

Abaixo se encontram resumos sobre a história dos sujeitos entrevistados, enfatizando seus planos para concretização do desejo de terem filhos, ou os meios utilizados para concretização desse desejo para os que já os têm.

⁴⁵ É chamada de adoção à brasileira o registro de filho alheio em nome dos adotantes, com o consentimento dos pais biológicos.

Edna: Educadora física, solteira. Morou junto da companheira e hoje está separada. Ela e a companheira adotaram uma menina por meio da “adoção à brasileira” há 15 anos atrás. A filha foi registrada como filha natural da companheira. Com a separação, ela não teve direito algum sobre a filha, a qual, legalmente era somente filha da ex-companheira. Edna sofreu muito com a situação e seu vínculo com a filha ficou enfraquecido.

Ana e Júlia: Ana é historiadora e Júlia psicóloga. Ambas são do interior de São Paulo. Estão juntas há quatro anos. Há resistência das famílias em aceitar a orientação sexual. Pensam que com a chegada de um bebê haja uma maior aceitação. Tem planos de utilizar doador conhecido (um amigo de ambas) para realização de inseminação fora do contexto médico, mas pensam nas características negativas da inserção de uma terceira pessoa no contexto parental. No entanto, também cogitam a utilização de NTR e também pensam na adoção como uma possibilidade, no entanto, mais difícil do que uma inseminação. Valorizam o processo da gestação.

Beatriz e Maria: Beatriz é assistente social e Maria psicóloga. Estão juntas há três anos e meio. Ambas as famílias não aceitam suas orientações sexuais. Beatriz tem o desejo de engravidar. Maria quer exercer a maternidade, mas não tem o desejo de ficar grávida. No momento da entrevista estavam para iniciar os procedimentos de Reprodução Assistida através de doação compartilhada: ambas as parceiras iriam doar os óvulos para a clínica de reprodução e em troca teriam o seu procedimento custeado. Ambas produziriam bastantes óvulos, pois passariam por tratamento hormonal, uma vez que a ideia do casal era fazer a ROPA (Maria forneceria os óvulos e Beatriz gestaria). O casal vê na chegada da criança com vínculo biológico com ambas (óvulo e gestação) um meio de aproximação e aceitação das duas famílias. Ambas as parceiras também planejam amamentar a criança. Maria, que não engravidaria, faria posologia de prolactina e estimularia por sucção de bomba de tirar leite a produção de leite.

Íris e Helena: Íris é enfermeira e Helena psicóloga. Estão juntas há três anos. Vivem hoje em São Paulo, mas têm o plano de mudar para o Nordeste, terra de Íris. Planejam utilizar os procedimentos de reprodução assistida em um futuro próximo. No entanto, ainda apresentam dúvidas de como os utilizarão (ROPA ou fertilização em uma delas). Estão coletando informações para a tomada de decisão. Relatam participarem de um grupo de discussão de famílias alternativas.

Cássia e Natália: Ambas são assistentes sociais. Estão juntas há um ano. Cássia já tem três filhos de relação heterossexual anterior e um neto. Natália, sozinha, já tentou adotar uma menina, cuja família não tinha condições de criar, mas o processo não deu certo. Natália não faz questão de engravidar, mas quer exercer a parentalidade. Cássia engravidaria novamente. Pensam em fazer uso das NTR, mas relatam que o custo dos procedimentos de RA é muito alto e elas não conseguiriam arcar com eles. Tinham a esperança de conseguir realizar os procedimentos na rede pública, contudo, a idade de Cássia é limitante pra a realização desse tipo de procedimento nos hospitais públicos que estavam pesquisando (37 anos) e pouquíssimos realizam os procedimentos. Pensam em utilizar sêmen de amigos heterossexuais ou em adotar uma criança de até um ano por meio de processo legal. Falam da ROPA como uma possibilidade ideal e afirmam não saber se é possível de realizá-la. Também não sabem que há um nome específico para esse procedimento.

Joana e Fátima: Joana é economista e Fátima, designer gráfica. Estão juntas há cinco anos. Pensavam na ROPA como uma possibilidade idealizada. Não sabiam que esse tipo de procedimento poderia ser feito até uma consulta com um médico de clínica reprodutiva que ofereceu o procedimento. Realizaram um primeiro procedimento de inseminação artificial *in vitro*, com uso de ROPA (óvulo de Fátima e útero de Joana), com sêmen de banco brasileiro, mas o embrião colocado no útero de Joana não se desenvolveu. No momento em que foi realizada a entrevista, haviam decidido que Joana (mais nova) passaria por uma inseminação artificial (sem ser *in vitro*) e estavam prestes a realizar o procedimento com sêmen de banco de sêmen americano, comprado por meio da clínica particular⁴⁶. Fátima, assim, não faria mais parte do processo.

Dulce e Clarice: Dulce é analista de sistemas e Clarice, turismóloga. Estão juntas há cinco anos. Dulce tem uma filha de produção independente anterior (menina de 10 anos) e Clarice também tem filha de relacionamento heterossexual anterior (menina de 8 anos). Pensaram primeiramente em realizar inseminação caseira com sêmen de “doadores” da Internet que cobravam cerca de R\$2000,00 pela amostra. Depois, tentaram fazer o procedimento de fertilização *in vitro* (FIV) pelo serviço de

⁴⁶ Havendo poucas opções no banco de sêmen brasileiro, a clínica particular pede autorização para a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) para importar o sêmen de banco internacional, justificando que não há amostras de sêmen no banco nacional compatíveis com as pacientes. Depois da autorização da ANVISA, o sêmen pode ser importado. A clínica media todo o processo.

uma universidade de São Paulo, contudo, a universidade só faria o procedimento de fertilização simples, pois era o que estava no protocolo da instituição. Então, procuraram uma clínica particular e lhes foi perguntado pelo médico se gostariam de realizar a ROPA. Elas responderam que sim. Realizaram, assim, um primeiro procedimento, com sêmen de banco brasileiro (óvulo de Dulce, útero de Clarice e doador de sêmen escolhido “a quatro mãos” – casal e filhas), mas o embrião não se desenvolveu. No momento da realização da entrevista, estavam começando a se preparar para passar por outro procedimento de fertilização *in vitro* e ROPA, mas estavam pensando em utilizar sêmen de banco de sêmen do exterior ou, até mesmo, realizar o procedimento fora do país. Realizam um grupo de compartilhamento de experiências e apoio a casais de mesmo sexo que têm ou querem ter filhos.

Janete e Cláudia: Janete é química e Cláudia, advogada e empresária. Estão juntas há oito anos. Realizaram três procedimentos de reprodução assistida com sêmen de banco de sêmen brasileiro, mas sem sucesso. Janete (mais nova), que passa pelos procedimentos, como química não se sentia à vontade de fazer uso dos medicamentos de estimulação hormonal, então o casal tentava a inseminação artificial sem o uso de medicamentos. No momento de realização da entrevista estavam prestes a realizar o quarto procedimento de RA. Para este último procedimento, iriam utilizar sêmen de banco americano: haviam escolhido o doador e importado cinco amostras de sêmen dele. Se essa quarta tentativa não desse certo, partiriam para a FIV (fertilização *in vitro*) – neste caso, Janete usaria os medicamentos – e já teriam amostras de sêmen compradas para realização do procedimento.

Lia e Carla: Lia é advogada e Carla, funcionária pública. Estão juntas há cinco anos. Realizaram quatro tentativas de gravidez via Reprodução Assistida (FIV) com sêmen de banco de sêmen brasileiro. Nas primeiras três houve somente o procedimento de coleta dos óvulos, porque os embriões não se desenvolviam o suficiente para serem implantados. No primeiro procedimento, ambas tomaram medicamentos pois elas queriam realizar a ROPA. A segunda e a terceira tentativas foram realizadas somente com os óvulos de Carla. No quarto procedimento, foram coletados óvulos das duas parceiras, que tomaram medicamento para estimulação ovariana. Dois embriões se desenvolveram e foram transferidos para o útero de Carla. Um deles continuou a se

desenvolver no útero e ela deu luz a um menino. Elas não sabem e não querem saber de quem era o óvulo que deu origem ao filho.

Daniel e Rubens: Ambos são psicólogos. Estão juntos há três anos e têm planos de concretizar uma adoção daqui a um ano e meio. Gostariam de ter um filho geneticamente deles, mas relatam entender a complexidade desse viés, considerando a adoção um caminho mais possível. Cogitam hipoteticamente que alguma das mulheres de parentesco próximo da família poderia gerar a criança deles (mãe e irmã), mas colocam como complicada a questão de que lugar a mulher geradora ocuparia dentro da exercício da parentalidade, uma vez que ela poderia se apegar ao bebê.

João e Fábio: João é bancário e Fábio trabalha com mídias sócias. Estão juntos há seis anos. A faísca que ascendeu pontualmente o desejo da parentalidade conjunta foi o convite de uma amiga lésbica alemã para que Fábio fosse doador de sêmen de um bebê que planejava. Fábio aceitaria o convite, pois lhe pareceu bom ter um filho biológico, mesmo que a relação fosse distante, mas João, pensando ficar sem lugar nessa estruturação familiar barrou o processo. Passaram, então a pensar em como poderiam concretizar o desejo da parentalidade. Hipoteticamente pensaram nas irmãs de ambos como podendo ocupar o lugar de útero substitutivo, mas não chegaram a falar sobre a proposição com nenhuma delas. Colocam que a barriga de aluguel não é permitida oficialmente no país. Veem a adoção como a única alternativa real e colocam que a perpetuação de algo dos pais nos filhos não advém somente da passagem de gens, mas de valores.

Miguel: Miguel é antropólogo e está com o parceiro há quatro anos. A entrevista foi realizada somente com Miguel. Entrou-se em contato com seu companheiro, entretanto, este não deu seu depoimento. Eles têm planos concretos de adoção de uma criança conjuntamente, mas esperam obter uma estabilidade financeira maior para arcar com os gastos de um filho. Miguel coloca que já pensou em todas as possibilidades possíveis para efetivar o desejo de parentalidade, mas acredita que a adoção seja o melhor caminho, para evitar problemas futuros, como uma terceira pessoa na relação parental. Traz que a questão do sangue é importante para ele, mas se incomoda mais com a utilização comercial do corpo, no caso da barriga de aluguel.

Artur e Rafael: Artur é banqueiro e Rafael, dentista. Estão juntos há 19 anos. Adotaram conjuntamente, de forma legal, um menino há 3 anos. Hoje ele está com quase cinco anos. A adoção da criança lhes foi negada duas vezes até que na terceira vez, conseguiram adotar o menino. Artur sempre quis exercer a parentalidade, mas Rafael não. Artur pensou na possibilidade de fazer inseminação em alguém e a sobrinha se ofereceu para passar pelo procedimento, mas decidiram que não. Também pensou em fazer barriga de aluguel, mas assim a criança concebida não seria fruto do amor do casal, pois não haveria como juntar o sêmen dele e do companheiro e colocar na barriga de uma mulher. A questão do vínculo parental da criança com uma terceira pessoa (com a mãe que forneceria o útero) também era vista como negativa. Optaram pela adoção. Rafael, que não queria exercer a parentalidade, se apaixonou pelo filho ao visitar um abrigo. Tanto Artur como Rafael colocam que o menino é “filho de alma”, o que julgam ser um vínculo mais forte do que o vínculo biológico. Estão em processo de adotar outra criança, mas que lhes foi negada em primeira instância. Trazem a importância social da adoção.

Claude e Thierry: Claude é administrador e Thierry é coach. Estão juntos há 26 anos. São franceses e vieram morar no Brasil, pois Claude foi transferido pela empresa que trabalha há 4 anos atrás. Começaram a pensar em realmente efetivar o desejo de parentalidade depois da chegada ao Brasil. Adotaram há 8 meses, conjuntamente, de forma legal, um menino de quatro anos e meio. Não tiveram dificuldades no processo de adoção e parabenizam o Brasil, pois na França um casal de mesmo sexo não pode realizar adoção. Antes tinham tido a oportunidade de efetivar uma “adoção à brasileira”, mas preferiram fazer tudo dentro da lei e havia o medo de o vínculo com a mãe biológica ser mantido. Têm conhecidos no exterior que realizaram o procedimento da “barriga de aluguel”, mas não gostam da ideia de o filho ser produzido artificialmente e para eles, nunca foi uma necessidade ter um filho genético deles. Trazem a problemática de que história contar para uma criança produzida artificialmente sobre sua origem. Colocam a importância social da adoção.

Na página seguinte é apresentado um quadro com a caracterização dos sujeitos entrevistados. Ele está dividido entre mulheres (de 1 a 17) e homens (de 18 a 26). Os casais foram pintados de mesma cor para facilitar o entendimento do quadro.

Quadro: Características sociais e familiares dos entrevistados

Nome	Idade	Cor/ Etnia	Escolaridade	Profissão	Status de relacionamento	Situação quanto ao projeto
1. Edna	44	B	Superior completo	Educadora física	Solteira	Adoção concretizada
2. Ana	30	B	Superior completo	Historiadora	Parceira de Júlia há 4 anos	Plano de utilizar NTR
3. Júlia	26	B	Superior completo	Psicóloga	Parceira de Ana há 4 anos	Plano de utilizar NTR
4. Beatriz	28	B	Superior completo	Assistente Social	Parceira de Maria há 3 anos e meio	Plano de utilizar NTR
5. Maria	27	B	Superior completo	Psicóloga	Parceira Beatriz há 3 anos e meio	Plano de utilizar NTR
6. Íris	28	B	Superior completo	Enfermeira	Parceira de Helena há 3 anos	Plano de utilizar NTR
7. Helena	28	B	Superior completo	Psicóloga	Parceira de Íris há 3 anos	Plano de utilizar NTR
8. Cássia	35	B	Superior completo	Assistente Social	Parceira de Natália há 1 ano	Plano de adoção e NTR
9. Natália	37	B	Superior completo	Assistente Social	Parceira de Cássia há 1 ano	Plano de adoção e NTR
10. Joana	32	B	Superior completo	Economista	Parceira de Fátima há 8 anos ⁴⁷	NTR concretizada ⁴⁸
11. Fátima	42	B	Superior completo	Designer gráfica	Parceira de Joana há 8 anos	NTR concretizada
12. Dulce	32	B	Superior completo	Analista de sistemas	Parceira de Clarice há 5 anos	NTR concretizada
13. Clarice	38	B	Superior completo	Turismóloga	Parceira de Dulce há 5 anos	NTR concretizada
14. Janete	32	B	Superior completo	Química	Parceira de Cláudia há 8 anos	NTR concretizada
15. Cláudia	51	B	Superior completo	Advogada	Parceira de Janete há 8 anos	NTR concretizada
16. Lia	45	B	Superior completo	Advogada	Parceira de Carla há 7 anos	NTR concretizada (com bebê)
17. Carla	30	B	Superior completo	Funcionária pública	Parceira de Lia há 7 anos	NTR concretizada (com bebê)
18. Daniel	35	B	Superior completo	Psicólogo	Parceiro de Rubens há 4 anos	Plano de adoção
19. Rubens	33	B	Superior completo	Psicólogo	Parceiro de Daniel há 4 anos	Plano de adoção
20. Miguel	30	B	Superior completo	Antropólogo	Parceiro há 4 anos	Plano de adoção
21. João	32	B	Superior completo	Bancário	Parceiro de Fábio há 6 anos e meio	Plano de adoção
22. Fábio	33	B	Superior completo	Mídias/internet	Parceiro de João há 6 anos e meio	Plano de adoção
23. Artur	44	B	Superior completo	Banqueteiro	Parceiro de Rafael há 19 anos	Adoção concretizada
24. Rafael	49	B	Superior completo	Dentista	Parceiro de Artur há 19 anos	Adoção concretizada
25. Cloud	50	B	Superior completo	Administrador	Parceiro de Thierry há 26 anos	Adoção concretizada
26. Thierry	50	B	Superior completo	Coach	Parceiro de Cloud há 26 anos	Adoção concretizada

⁴⁷ NTR concretizada corresponde à realização de pelo menos um procedimento visando uma gestação, mesmo que ela não tenha sido concretizada.

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1 E OS SUJEITOS SE APRESENTAM

O modo como os entrevistados se autoidentificam e se enxergam dentro da sociedade atual é discutido dentro dessa categoria que apresenta os sujeitos da pesquisa e circunscreve seu perfil dentro de determinadas características gerais, que apareceram marcadamente e recorrentemente em suas falas. São utilizadas atribuídas categorias êmicas de identidade, ou seja, proveniente de suas próprias falas, inclusive nos títulos dos próximos dois subcapítulos que se seguem, os quais são apresentados entre aspas, em alusão às próprias falas dos sujeitos. Trabalharei assim, com categorias de elaboração dos sujeitos sobre eles mesmos.

Os tópicos a seguir têm o objetivo de contextualizar os sujeitos entrevistados no universo da Grande São Paulo, Brasil, no início da segunda década do século XXI, a partir das suas autorreferências, não apresentando o intuito de enquadrá-los em nenhuma identidade fixa.

7.1.1- “Geração atual”, “geração anterior” e o “não-estereótipo”

A questão da geração como categoria de análise ganha força novamente depois da virada do milênio e vem sendo trabalhada por diversos sociólogos. Karl Mannheim (1893- 1947) passa a ser revisitado e muitas das análises empreendidas baseiam-se em sua conceituação de geração. A atualidade da análise de Mannheim sobre geração consiste no fato de ele elaborar uma perspectiva multidimensional das relações sociais e geracionais. O autor acentua o sentido histórico de geração; segundo ele, o pertencer a uma geração significa uma predisposição a um determinado modo de ser e de pensar e assim, a um modo específico de intervenção no processo histórico. Tais modos se constituem, por sua vez, a partir de vivências de acontecimentos biográficos paralelos que levam os sujeitos de idades próximas a elaborarem visões similares acerca de acontecimentos históricos. Contudo, o que instaura uma relação entre os que fazem parte de uma mesma unidade geracional, de acordo com este autor, são as tendências formadoras de um coletivo, surgidas a partir da apropriação dessas vivências (Motta e Weller, 2010).

De acordo com os depoimentos, os entrevistados enxergam-se de diferentes maneiras em termos de geração. Em geral contrapõem a geração da qual se veem como parte, a “geração gay atual” a uma “geração gay anterior”. Os depoentes colocam que há diferença entre a vivência da geração atual de homossexuais e a vivência da geração que consideram anterior, na qual havia uma necessidade de afirmação sexual e da identidade gay. Nos dias de hoje, as questões de luta são diferentes, se dando no âmbito da família, estando inclusas as bandeiras do “casamento gay” e da homoparentalidade. O tempo transcorrido entre uma geração e outra, colocadas pelos entrevistados é de cerca de 20 anos. De acordo com um dos homens entrevistados na faixa dos 30 anos: *“É uma crítica, mas eu acho que a cultura gay da geração anterior, ela ficou muito baseada na necessidade de se afirmar sexualmente, da liberdade sexual e tudo mais”* (Daniel). A fala de outra entrevistada, de 32 anos, concerne ao mesmo campo de significado:

“Então, já passamos dessa fase de dar a cara a tapa, de chocar, de querer mesmo a liberdade, essa certeza a gente já tem, então agora começamos a colocar os olhos nas questões mais efetivas, desse lance de família (...) Vejo uma nova geração que já se pode fazer o que quiser, que não precisa lutar pra fazer isso, eles já podem dormir com quem eles quiserem e já podem... Quando você tem escolha, você tende a fazer aquilo que te faz feliz apenas, então... Não sei. Eu acho que as coisas estão mudando e estão mudando bem rápido” (Dulce). Tanto Daniel quanto Dulce consideram-se parte de uma nova geração, que se contrapõe à anterior, marcada pelas lutas de afirmação da homossexualidade.

Entretanto, os casais mais velhos de entrevistados, entre 40 e 50 anos, oscilam entre os dois sentidos de gerações atribuídos pelo todo: colocam que são da geração anterior, mas que ao mesmo tempo vivenciam os mesmos processos da “nova geração”. Interessante a fala de um dos depoentes, que com 50 anos, mostra através de sua fala um pertencimento à geração anterior colocada pelos outros entrevistados, na qual o pensar em exercer a homoparentalidade não encontrava lugar nem ressonância social e eram necessários outros arranjos se um filho fosse desejado por um homossexual:

“Eu acho que já há 25 anos atrás, quando a gente decidiu descobrir o lado gay, quando nós decidimos assumir a nossa sexualidade, a nossa relação, na época realmente era sinônimo de não ter filhos, porque na época não tinha essa oportunidade. Para quem quisesse filhos na época, como gays, acho que o pessoal tinha que se casar, ter outra vida sexual” (Claude).

Claude hoje faz parte dos casais de mesmo sexo que têm filhos, também se considerando como fazendo parte da nova geração.

A abordagem mannheiniana de geração implica em empreender uma análise das trajetórias sociais no tempo que é tanto existencial (individual) quanto coletivo, histórico e social, sendo passível, assim de mudanças e permanências (Motta e Weller, 2010) e nesta acepção os casais entrevistados localizam-se dentro de uma transformação das lutas e interesses LGBTT, contudo, havendo permanências e continuidades nesse processo de transformação.

A cultura gay da “geração anterior” era marcada por uma luta de liberação sexual e desvelamento/aceitação da homossexualidade. Neste sentido, muitos dos entrevistados afirmam não se encaixar na “cultura gay”, que tem a liberdade sexual como marca e é preconceituosamente ligada à promiscuidade. Dentro dessa cultura, o estereótipo do homossexual, principalmente no caso masculino, é o gay promíscuo, que vai a bares e casas noturnas para procurar parceiros. Uma das entrevistadas desconstrói em seu discurso essa marca de promiscuidade, colocando-se à margem do estereótipo:

“O gay tem direito a isso, assim também como os héteros têm direito também. O que mais cresce por ano é casa de swing para casal hétero então é que a diferença disso é que eles (...) Homo e hétero a gente tem uma situação igualada de promiscuidade” (Dulce).

Outros dois entrevistados, por sua vez, colocam-se claramente como não fazendo parte desse universo estereotipado, fazendo até uma separação entre o “gay promíscuo” e os gays que querem constituir família. O primeiro afirma:

“Mas o principal é assim: nós nunca fomos pessoas da noite, de balada. Nosso estilo de vida sempre foi muito caseiro. É... Não por preconceito, mas nós temos pouquíssimos amigos homossexuais (...) Nunca nos escondemos em guetos (...) Nunca frequentamos lugares gays. Não é a nossa pegada. O nosso lance é sair pra jantar com os amigos (...) Com a família (...) Enfim, temos relações absolutamente comuns e normais à sociedade” (Artur).

O outro coloca:

“Eu era meio homofóbico na realidade, até... Eu falava: ai, cultura... Balada gay... Absurdo... Eu não gosto ainda (...) É uma coisa que não... Estereotipado (...) O meu preconceito ia inclusive na questão de o gay ser muito individual, muito individualista e falar: ai, não preciso de ninguém... Essa auto-afirmação de que eu sou livre e não preciso de mais ninguém pra conviver na minha vida. Essa postura, de certa forma não se encaixa com essa questão de constituir família mesmo, né? Não tem como você constituir uma relação saudável com quem está ao seu redor se você tem essa postura de “eu sou imbatível” e não preciso de mais ninguém que apenas preciso

trepar uma vez por semana quando eu vou pra balada. Isso não é verdade e parece que falta alguma coisa” (Fábio).

Assim como na pesquisa realizada por Tarnovski (2004), que realizou estudo com sujeitos que se autodefiniam homossexuais que tinham filhos ou que tinham o desejo de tê-los, a maioria dos entrevistados se coloca fora do “meio homossexual”, sendo este meio entendido como promiscuidade. Os depoentes parecem querer evitar que lhes seja atrelada essa imagem, que lhes parece negativa. Eles também buscam afirmar a sua “normalidade” em suas reflexões acerca da parentalidade, valorizando o contato afetivo e o cotidiano com os filhos. A crítica à promiscuidade pode ser, por este viés, relacionada aos projetos de conjugalidade e de parentalidade.

A ideia de se contrapor ao estereótipo socialmente compartilhado de promiscuidade é mais forte nos discursos masculinos talvez pelo fato de se ter sido criada uma imagem do homem gay promíscuo e não da mulher gay promíscua, numa forte relação de estereótipo de gênero. Ao longo de muitos anos o espaço da mulher foi o a casa e do cuidado com a família, em contraposição ao espaço do homem, que era a rua. Essa mentalidade ainda é tomada pelo senso comum como regra, mesmo que venha mudando ao longo das últimas décadas.

A fala de Fátima, também converge para a questão dos estereótipos baseados em questão de gênero:

“Tem uma ligação, quando você fala ‘homossexual’ as pessoas acham que você é promíscuo, tem uma coisa assim. Então, se você está sozinho, se for uma mulher - ah... estou correndo perigo...-, sabe aquela coisa? Então se for um homem já fica olhando com... Eu já percebi que ultimamente quando falo que eu sou gay, eu já falo – não, mas eu moro com uma mulher há 8 anos, né? -, quer dizer, isso já vem engatado... – Olha, eu moro com uma mulher há 8 anos”.

Tal fala traz ainda outra característica comum às falas dos outros sujeitos: a colocação da homossexualidade individual vinculada ao casal que se relaciona há anos. Parece haver uma maior aceitação pelos próprios entrevistados além também de uma maior aceitação social, uma vez que a homossexualidade estaria ligada à promiscuidade. Em alguns casos os entrevistados relatam ser a primeira relação séria com pessoa de mesmo sexo. Como afirma Thierry: *“Somos um casal faz muito tempo, um casal estável”*. De acordo com uma das depoentes, a aceitação social de um casal de mesmo sexo é tão maior do que a aceitação da homossexualidade em si que faz diferença na

hora de contar para a família: *“Eu não sei se eu teria chegado para a minha família e falado se eu estivesse solteira, sem ninguém (...) Então acho que isso no mundo homossexual acho que pesa 50%, da decisão de você chegar para a sua família e contar”* (Joana).

A própria construção da diferença está ligada ao movimento de transformação e permanência, uma vez que para denotar a geração da qual fazem parte, os depoentes a contrapõe com os parâmetros da geração anterior, negando-os e como se tais não os formassem. Contudo, a questão da liberdade sexual, à qual constantemente é atrelado o valor da promiscuidade, ainda é bastante vivenciada e está dentre as pautas de luta por uma boa parte da mesma geração que exalta o valor da conjugalidade e da parentalidade. Temos aqui uma amostra dos sujeitos que fazem parte da “geração gay atual”, contudo, ela não é representativa da geração como um todo, dado que uma geração não é homogênea, mas possui em seu cerne a mudança como a manutenção de características.

Os entrevistados também colocam que há outros estereótipos fortes vivenciados socialmente e que também não se enquadram neles: o de homens gays ligado à ideia hegemônica de feminilidade (sensível, sentimental, graciosa, dependente, fraca e passiva) e o de mulheres lésbicas ligado à ideia hegemônica de masculinidade (forte, racional, independente, bruto e ativo). Joana, que foi morar nos EUA com a companheira, transferida a trabalho, afirma sobre sua chegada ao país:

“Aí quando eu cheguei, eu não sei se eles esperavam chegar uma mulher totalmente masculinizada, chocar... eu cheguei e para eles foi até decepcionante – ah... -, tipo ... – você é normal? – (...) Acho que você imagina que vai chegar uma mulher masculinizada ou um homem afeminado. Acho que esse é o estereotipo”.

Outro entrevistado afirma sobre a temática: *“Eu acho que assim, a nossa vida é uma vida tão boba, tão normal... Sei lá se acham que eu ando... Que o meu pijama tem pluma (...) Que o meu chinelinho, como é que chama? Tem coelhinho na pontinha”* (Artur).

O entrevistado se contrapõe a este estereótipo, enfatizando em seu discurso a questão de sua normalidade, assim como faz Janete:

“Como eu disse para você... Então é interessante porque as pessoas vêm na minha casa... Acho que eles vão achar que tem figura de mulher pelada... Umas coisas

assim... E quando vê que é uma casa normal, de gente normal... Tem cachorro, tem santinho na porta, tem... Sabe... Tem tudo normal”.

A normalidade pode ser entendida, nas duas falas, como uma equiparação aos casais heterossexuais, ou seja, à *matriz heterossexual*.

Os sujeitos entrevistados, em geral, também não fazem parte de grupos militantes LGBTT. Dentre os entrevistados, somente um casal de lésbicas fazia parte de um grupo de militância, tendo se conhecido, inclusive, em suas reuniões. No entanto, delineia-se outro tipo de grupo entre os homossexuais, que têm características diferentes dos grupos de militância que buscam aceitação e direitos equânimes aos direitos dos heterossexuais. São os grupos de compartilhamento de vivências e informações de casais de mesmo sexo com desejos de ter filhos ou que já os têm.

Um dos casais de mulheres entrevistados (Dulce e Clarice), no momento em que foi realizada a entrevista, havia criado e fomentavam um desses grupos, que acontecia de forma presencial e que fazia uso da Internet e das redes sociais para compartilhamento de vivências e ideias e sobre homoparentalidade. De acordo com Clarice: *“O enfoque é compartilhar experiências, ajuda mutua mesmo através de conversa (...) Para participar a gente aceita que outras pessoas vão na reunião, para conversar, participar, para saber como acontece”.*

Outro casal de lésbicas (Íris e Helena) faz menção a dois grupos com essas características, dos quais já haviam participado. Um deles é o mesmo grupo criado por Dulce e Clarice. Sobre este grupo, Íris afirma: *“Nesse a gente participa, mas nesse não tem nada de coisa política... É assim o grupo das mães, de pais e mães que querem isso”.*

Luce (2010) fala do surgimento de grupos similares no Canadá nas décadas de 80 e 90, que eram grupos de discussão e de suporte de lésbicas que estavam considerando ter filhos ou estavam tentando engravidar. Segundo a autora, a troca de informações e experiências diminuía o sentimento de isolamento das mulheres e o grupo era um lugar seguro no qual podiam compartilhar opiniões diferentes das culturalmente disseminadas. Os grupos brasileiros, baseados nas mesmas funções, entretanto, trazem uma novidade em relação aos grupos relatados por Luce: há a participação tanto de mulheres quanto de homens discutindo a parentalidade, enquanto

os grupos descritos por esta autora são compostos unicamente por mulheres e giram em torno da maternidade e da gravidez.

Neste sentido, podemos pensar em termos geracionais que diferentes gerações (no caso, a “geração gay atual” e a “geração gay anterior”) vivem a questão da homossexualidade e da parentalidade de modos diferente e igual, havendo diferenças e intersecções, não sendo as gerações, assim, blocos definidos, não havendo definições estanques nem em uma mesma geração. Entretanto, temos que os sujeitos entrevistados, de idades próximas, que perpassam um mesmo momento histórico, construindo, por sua vez, história, elaboram visões similares acerca dos acontecimentos históricos e, neste cerne, da vivência da conjugalidade entre pessoas do mesmo sexo e da homoparentalidade. Neste ponto, todos os entrevistados fazem parte de uma mesma “geração atual”, que começa a se relacionar com a conjugalidade e com a parentalidade de forma não antes feita no país, sendo uma geração pioneira, segundo sua própria visão do momento histórico em que estão inseridos.

7.1.2 – “Pioneirismo”

Os entrevistados relatam-se como pioneiros em relação à homoparentalidade no país. Apesar de haver mudança na maneira dos entrevistados lidarem com a ideia de constituição de família, a maioria dos casais entrevistados não convivem e nem conhecem outros casais de mesmo sexo que desejem ou que tenham filhos.

Por conta disso houve a dificuldade de se utilizar a metodologia da “bola de neve” para sua captação, como relatado no capítulo metodológico. De acordo com João: *“Eu sei de histórias, conheço pessoas que já... Que tem amigos que tem filhos, mas a gente nunca conviveu num círculo de um casal gay que tenha filhos”*. Uma das entrevistadas traz o questionamento de se a homoparentalidade de fato está acontecendo de forma escondida ou está começando a acontecer:

“Nós temos muitas amigas, conhecemos muita gente do meio homossexual de mulher, de homem também... E não conhecemos ninguém que tenha filhos. Então, a minha dúvida é: será que realmente isso é muito escondido ou não existe? Ou está começando?” (Fátima).

Neste sentido, o pioneirismo em relação ao fenômeno da constituição de família e da homoparentalidade é marcado na fala de muitos casais. Assim como aconteceu com as lésbicas descritas por Luce (2010) na década de 90 no Canadá e Estados Unidos, as lésbicas brasileiras sentem-se pioneiras em desejarem/serem mães. Outra fala de Fátima também vai nesse sentido: *“As pessoas vão abrindo o caminho, acho que a gente também tem essa função, tem que ajudar a mudar tudo, né?”*. O sentimento de serem os primeiros, sem parâmetros anteriores como base, também permeia a fala dos homens. Daniel coloca:

“A gente vai aprender vivendo, né? O que é ser uma família em que a criança tem dois pais? E o que é ser dois pais de uma criança? É diferente de quando você tem a mãe e o pai. Bem ou mal, por mais moderno que o casal seja, né? Você tem aí séculos de história e culturalmente a gente tem o que é ser mãe, o que é ser pai. Se as pessoas quiserem se acomodar aí elas podem. A gente não. A gente vai ter que descobrir”.

Rubens, companheiro de Daniel, acrescenta: *“Nós somos nossas próprias referências”*. Dentro desse âmbito, muitos entrevistados colocaram às pesquisadoras que elas deveriam estar tendo dificuldades no campo, pois pela sua vivência, julgam ter poucos casais com essas características: *“E a gente tá indo... Quebrando uma outra barreira, assim... Que não tem tantos casais gays. Acho que você deve estar tendo dificuldades”* (Fábio).

Mesmo os casais existentes são reativos a dar entrevistas, ficando inseguros e não querendo se expor. Uma das entrevistadas que frequentava um dos grupos de compartilhamento de vivências afirma a uma das pesquisadoras sobre a invisibilidade dos sujeitos:

“Mas eu sei como é difícil o trabalho que você está fazendo, como sofre para achar sujeitos. Porque mesmo nesse grupo aí das mulheres, eu tento, tento... E é muito difícil você conseguir... Porque vão deixando – ah, vamos marcar... -, e não faz nada... Então, é um trabalho muito sofrido você trabalhar com sujeitos assim que são... Não sei... Pouco visíveis... Não sei... é a maior dificuldade” (Íris).

A partir desses depoimentos e da bibliografia produzida sobre o assunto no Brasil (Tarnovski, 2002; Uziel, 2002; Souza, 2005; Corrêa, 2012), podemos pensar que o fenômeno da homoparentalidade vivenciada da forma que está sendo hoje (de forma aberta, com utilização de tecnologia e com luta legal para que a parentalidade seja atribuída a ambos do casal) é um fenômeno recente no país e começa a ter maior visibilidade a partir do novo milênio.

Sendo vivida como novidade para os entrevistados, a questão da dificuldade do passo da constituição de uma família homoparental também é colocada por eles, principalmente pelos que falam mais pontualmente sobre seu pioneirismo. Colocam a dificuldade em termos de lidar com o preconceito social e, mais ainda, em termos de autopreconceito. Daniel coloca: *“Primeiro é o medo do preconceito(...) Não é nem como a criança vai lidar, mas como eu vou lidar com esse preconceito. Que eu acho que a criança sempre lida melhor que a gente com essas coisas”*. Fátima agrega a questão do autopreconceito e o medo de não estar preparada:

“Eu tenho medo até do meu próprio preconceito, você entendeu? Acho que esse é o meu maior medo, o meu próprio preconceito. Eu tenho medo que isso atrapalhe a criança. Por isso que tenho trabalhado muito... Mas enfim... Quero... Se chegar em uma reunião, eu falar abertamente, com a maior tranquilidade, não sentir insegurança... Esse é o meu medo, eu não estar preparada para isso, entendeu?” (Fátima).

Contudo, saber que há outros casais nas mesmas condições dá mais segurança e confiança na escolha pelo caminho da homoparentalidade. Três casais de mulheres citam o exemplo de Muniara e Adriana, casal que saiu na mídia e que realizou a ROPA, enfatizando a questão do aumento de confiança em sua decisão ao saber que a homoparentalidade é possível. O mesmo ocorre em relação aos casais de homens que relatam saber de casos de adoção e até mesmo de “barriga de aluguel”.

Dentro desse novo contexto, outro ponto levantado por alguns entrevistados foi a dicotomia entre parentalidade e homossexualidade, como vivências excludentes. Dulce conta sobre sua dificuldade em significar as duas vivências conjuntamente:

“A dificuldade que se colocava para mim é que eu sempre sonhei em ser mãe e isso para mim na época em que me descobri lésbica era um problema, um confronto com a minha sexualidade era um sonho contrastando com a realidade. Era como se nesse momento eu tivesse que abandonar uma das coisas e depois com o amadurecimento tanto da vida quanto da sexualidade é que eu vi que eu podia ser essas duas coisas que eu queria ser”.

A ideia disseminada culturalmente é de que as lésbicas não estão ligadas à procriação, como se elas não fossem mulheres com capacidade procriativa (Weston, 1997; Luce, 2010; Correa, 2012). Weston (1997), ao falar sobre homossexualidade e procriação, coloca que assegurar que somente casais heterossexuais “naturalmente” têm acesso à família, enquanto os gays estão destinados a um futuro de solidão, é não somente amarrar o parentesco à procriação, mas tratar gays e lésbicas como membros de

uma espécie não procriativa e colocados à parte do resto da humanidade. Neste sentido, ao se referir especificamente às mulheres lésbicas que desejam ter filhos ou que já são mães, a autora propõe que deve haver uma reconciliação entre a identidade lésbica não procriativa e a prática procriativa em si. A fala de Dulce, referida acima, vai ao encontro do que é proposto por Weston (1997).

A questão da homossexualidade X parentalidade também aparece na fala de um dos entrevistados, que se manteve por muito tempo em relacionamentos heterossexuais por conta de seu desejo de constituição de família e de ter filhos:

“Que no meu caso, a minha sexualidade eu só aceitei a sexualidade mais tarde, assim, com vinte e cinco anos. Então eu tive relacionamentos héteros, tudo. E esse fato de ter tido relacionamento hétero tem muito a ver com a vontade de constituir família mesmo, assim. Acho que eu demorei pra aceitar a minha sexualidade porque eu ainda tinha aquela visão da família tradicional, que só ia poder constituir a família se eu estivesse com uma mulher. Então existiu, refletindo agora, né? Depois de tudo, eu acho que tinha esse elemento de querer ser pai, de querer ter uma família contou muito na minha não decisão antes dos vinte e cinco anos e tudo mais” (Fábio).

Em relação à heterossexualidade, os sujeitos, por diversas vezes em suas falas comparam seus relacionamentos homossexuais aos de casais heterossexuais e colocam que não há diferença, a não ser pela prática sexual, dando exemplos de seu cotidiano comum. Como exemplo, tem-se a fala de Joana, que afirma:

“Quando você chega e fala – olha, eu sou homossexual e tenho um relacionamento estável -, ou seja, não é impossível você casar, você morar com alguém... ter alguém, eu acho que você de certa forma se inclui no mundo da outra pessoa também, - olha, você tem um marido?, eu tenho uma mulher - , - você mora junto?, eu também moro -, - tem conta conjunta?, eu também tenho -, então você acaba... a única diferença é o sexo... Então, eu acho que o fato de você ter alguém... – olha, praticamente a nossa vida é idêntica à minha. Você passa o Natal com a família dele, eu também passo o Natal com a família dela”.

No mesmo sentido, Lia, por sua vez, ao falar dela e da companheira traz que: “A gente é igual a qualquer outra pessoa, seria bom se fosse assim, sempre, né, a coisa calma e tranquila. Talvez diferente... Um pouco... mas não essa coisa tão pesada, não é assim que a gente se sente”. Íris coloca pontualmente o preconceito sofrido por casais de mesmo sexo e famílias homoparentais em pauta. Questiona:

“Tem gente aqui que também quer e que a gente quer o nosso espaço e a gente quer viver bem... Não quer ferir ninguém -, a gente quer só viver a nossa família, a nossa vida, que é a família que a gente desde cedo, da nossa socialização, enfiam na

nossa cabeça. E quando a gente quer construir a família do jeito deles, aí eles não querem deixar? É uma coisa muito estranha” (Íris).

Conforme Butler (Butler apud Souza, 2005), a homossexualidade se utiliza dos constructos da *matriz heterossexual* num processo de desconstrução e reconstrução, não sendo assim cópia da heterossexualidade, mas composta por identidades internamente dissonantes e complexas que ressignificam e revalorizam as categorias hegemônicas (Souza, 2005). Neste sentido, podemos pensar no casamento entre pessoas do mesmo sexo e na homoparentalidade não como um enquadramento à norma heterossexual, mas como construção de um novo espaço de significação e valores que contém a diferença.

A fala de Rubens, que questiona o desejo de um casal de mesmo sexo ter filhos e constituir família dentro de uma sociedade na qual a norma seguida é a do casal heterossexual, pode ser interpretada como uma fotografia desse sentimento desejante de integração:

“A gente questiona o nosso desejo de ter filho. Então muitas vezes a gente discutiu sobre isso. E passa pela nossa cabeça se a gente não tá tentando reproduzir um modelo heteronormativo pra que a gente se sinta melhor nesse mundo difícil dos gays. E assim, eu acho importante dizer que isso passa às vezes pela nossa cabeça, a gente querendo ou não, consciente ou inconsciente, não sei. Mas também, e se isso também for um motivo, sabe? Não sei se isso é ruim. Não sei... Eu aprendi esse modelo heteronormativo, eu sei que existem outras possibilidades, mas a gente reproduz tanta coisa, né?” (Rubens).

A partir da análise dessa categoria, podemos colocar que há um alocamento identitário dos entrevistados num novo momento histórico e geracional da vivência da homossexualidade, que se contrapõe aos estereótipos socialmente disseminados até então e que prioriza a constituição da identidade a partir de relacionamentos estáveis e em termos de constituição de família.

Há o sentimento de um pioneirismo dos entrevistados em relação à homoparentalidade, uma vez que a grande maioria dos casais não conhece outros casais que tenham planos concretos para terem filhos ou que já os tenham tido. Essa não convivência acresce a dificuldade dos casais na decisão de constituição de família homoparental. Contudo, a partir, principalmente da mídia, e dos grupos de apoio tem-se notícia de outros casais que vivenciam o modelo homoparental, o que fortifica a decisão dos depoentes por este modelo familiar. A questão da colocação social da homossexualidade em contraposição à parentalidade como vivências excludentes e o

preconceito em relação a relacionamentos entre pessoas do mesmo sexo também são fatores que dificultam essa decisão, assim como a própria vivência de pais de mesmo sexo. A norma heterossexual como direcionadora da escolha pelo modelo homoparental também é questionada.

7.2 FAMÍLIA, CONJUGALIDADE E HOMOPARENTALIDADE

A noção de família é uma construção social e dinâmica que se manifesta de diferentes formas conforme o tempo, o local e a época. Atualmente vivemos uma família *contemporânea* ou *pós moderna* (Roudinesco, 2003), dentro da qual a parentalidade é um valor afetivo para além do laço biológico, havendo dissociação entre parentalidade e procriação. Nestes a família nuclear tradicional vem sofrendo transformações.

Neste contexto, pela primeira vez na história, lésbicas e gays, sistematicamente, passam a reivindicar suas próprias famílias (Weston, 1997), seja na luta pela legalidade do casamento gay ou pela efetivação do desejo de parentalidade.

Nesta categoria são discutidas a noção de família que têm os entrevistados, assim como suas noções e vivências de conjugalidade e de parentalidade/desejo de parentalidade.

7.2.1. Noção de família

A noção e a vivência de família vêm mudando de maneira clara durante os últimos anos no Ocidente. Há o aumento de separações/divórcios e formação de outros núcleos familiares (recasamentos), o aumento de famílias monoparentais e o acréscimo de casais de mesmo sexo e da homoparentalidade. Os diversos arranjos abrem caminho para uma nova organização social das relações de parentesco (Finkler, 2001; Roudinesco, 2003; Uziel, 2002; Melo, 2005; Amazonas e Braga, 2006;).

A ideia de família colocada pelos entrevistados tem como base o afeto. A entrevistada Maria, ao discorrer sobre o que é família para ela, dá ênfase a esta questão. Afirma: “*Para mim família é qualquer pessoa que tenha um... Uma relação afetiva*

muito próxima de cuidado, de carinho... De projeto de vida junto, para mim isso é família, de uma forma bem simples”.

Beatriz, membro de família com várias pessoas adotadas, traz como conceito de família, uma família construída com muito afeto:

“Eu tenho 7 primos adotivos, os meus dois irmãos, então assim... é tudo muito... – agregue-se a nós, junte-se a nós -, tudo muito coração, tudo muito... E eu adoro isso. E eu acho que é isso que eu tenho de... De conceito (...)E eu queria construir uma família assim, que tivesse muito afeto e com a criança, entre nós... O casal, e tudo mais. E eu acho que isso a gente tem muito”.

A questão do amor e do afeto em contraposição ao laço biológico constitui o discurso de Íris:

“Sempre fui criada mostrando que para ser mãe, para ser pai, para ser... Para você criar e fazer aquela criança e você cuidar, você não precisa assim... Alguma coisa forte, algum título forte da sociedade... Um laço biológico (...) Eu não vinculo tanto isso de ser mãe, mas sim essa questão do carinho, do amor, de tudo... De crescer, de desenvolver”.

As falas dos entrevistados, exemplificadas pelas falas de Beatriz e Íris estão em conformidade com o que Weston (1997) escreveu sobre as famílias compostas por pessoas do mesmo sexo. A autora coloca que as *famílias escolhidas* têm como parâmetro a ideologia do amor e da escolha em contraposição à ligação genética, o que os entrevistados dessa pesquisa colocam como conceito de família. No mesmo sentido, a concepção de família destes também apresenta correlação com a ideia das entrevistadas de pesquisa realizada por Correa (2012) sobre mulheres lésbicas e maternidade. De acordo elas, suas famílias seriam constituídas por um *núcleo de amor escolhido*.

Dentro do mesmo âmbito de significado, que se contrapõe à família baseada em laços genéticos, o compartilhar, como ferramenta fundamental para a constituição de família, também se encontra presente nas falas dos entrevistados. Segundo Fábio: *“A família, ela tá mais relacionada ao compartilhar. Compartilhar valores, emoções, é... Momentos”*. Claude também fala da questão do compartilhar como referência para constituição de família. De acordo com ele, família *“são pessoas que tem uma história comum, que convivem juntos, que tem uma história comum (...) Coisas boas, coisas que*

podem ser mais difíceis ou tristes... Mas são diferentes pessoas vivendo, compartilhando uma vida juntos”.

A concepção de família, ainda, de forma geral, engloba a entrada do filho, além do casal. Um dos depoentes, que adotou uma criança, marca claramente essa característica:

“Acho que a nossa história é justamente a chegada do Éric que faz com que nós sejamos uma família hoje. Antes disso éramos um casal. Realmente a criança que faz... A chegada da criança que faz com que a gente se sinta uma família (...) Mas o que faz a família é mesmo a chegada da criança, o projeto comum de criar ele. Claro que a gente também se projeta no futuro dele, como adolescente, como adulto... tudo isso ” (Thierry).

O casal Janete e Cláudia traz em seu discurso o entendimento de se tornar família depois que se tem um filho, que seria alguém que cuidaria de uma delas, caso a outra morresse: *“Então, acho que é importante a gente formar essa família. Até porque se eu morrer ela tem a família, né?” (Janete).* A companheira complementa: *“Alguém vai cuidar de mim” (Cláudia).* Não obstante, em contraposição, um dos casais, ainda sem filhos, diz já se sentir uma família: *“A gente gosta muito de estar junto, de estar nós aqui... A gente já sente que a gente é uma família, a gente já fala isso “ (Beatriz).*

Nas falas dos entrevistados, alguns acontecimentos familiares (coformação familiar e vivências familiares) influenciam as concepções acerca de família e filhos. Temos o exemplo de Rubens, que é filho único do primeiro casamento do pai. Seu pai se casou mais três vezes e Rubens tem mais seis irmãos dos outros casamentos. Falando sobre a questão do desejo de ter filhos, ele afirma sobre sua família: *“Então, já é uma família contemporânea”* e sendo assim, ele ter um filho seria uma continuação dessa família que chama de contemporânea. Outro exemplo é o depoimento de Rafael, que não tinha um bom relacionamento com o pai e, por isso, não desejava ter filhos:

“O que assustava muito também era, era uma criança na nossa vida, entendeu? (...) Tanto é que até mesmo na minha relação hétero, antes de conhecer o Artur, eu nunca pensei em ser pai (...) Eu tive uma relação muito complicada com o meu pai, entendeu? (...) Então eu sempre falei não... Eu não queria isso pra mim, entendeu? Assim, justamente, inconscientemente também acho que pelo fato: não, eu não quero que uma outra criança sofra o que eu sofri, entendeu? Acreditando na minha incapacidade de criar uma criança aí eu falei: não, não quero ter filhos”.

Ainda trago a fala de Íris, que tem uma família recomposta e a partir dessa experiência relata que aprendeu não precisar de um laço genético para ser família:

“Sem esse vínculo de mãe eu sempre queria ver, acompanhar um ser humano crescendo e comigo, e criando, acho fantástico isso. Claro que baseado em toda a família que eu tenho, grande... Um quer ajudar o outro, a criar o outro, até porque tenho duas mães e dois pais... eu fui criada por duas mães e dois pais (...) Os meus pais são primos, meu pai e minha mãe são primos, e eles separaram muito cedo... Então eles continuaram muito unidos e aí se casaram de novo e criaram eu, minha irmã, meu irmão, juntos, então sempre considerei os quatro (...) Sempre fui criada mostrando que para ser mãe, para ser pai, para você criar e fazer aquela criança e você cuidar, você não precisa assim... De alguma coisa forte, algum título forte da sociedade... Um laço biológico”.

Mesmo tendo os entrevistados concepções de família baseadas no afeto, na cooperação e no compartilhamento de valores e experiências, a questão prática, ou seja, a efetivação da família homoparental apresenta-se complexa. O tema da dificuldade de vivência de uma família formada por casais de mesmo sexo, em oposição à família tradicional (formada por casal heterossexual) é encontrada fortemente nos discursos de diversos casais. Fátima traz a problemática de aceitação da família homoparental por ela mesma, como sendo uma família:

“Eu tive muita dificuldade de assumir a relação como uma relação tradicional de família”. Sua companheira relata sobre este fato: “Acho que preconceito de construir uma família não tradicional... A Fátima tinha muito grilo assim – e na escola, vamos falar o que? - Ué, vamos falar que a criança tem duas mães!” (Joana).

Dulce comenta sobre a introjeção dos valores heterossexuais como naturais e do conflito que foi vivenciado por ela, quanto à formação de uma família. Também coloca que essas questões estão se modificando e que em São Paulo lidar com elas é mais fácil:

“Você houve falar desde que você é pequenininha...Do seu relacionamento, do marido, desde que você é pequena, brinca com isso.... Você vai casar com um anãozinho... Ela nunca vai falar que você vai casar com a anãzinha que vende pipoca, nunca. Essa coisa que é abstraída da sua vida...Então você relaciona tudo da vida adulta, de ter marido, família etc., com uma vida hétero... E isso acaba impactando muito de quando você descobre (...) Eu não tinha essa ideia que eu possa viver minha sexualidade e ter uma família assim, e é também em novelas, em muitas coisas...Acho que melhorou bastante e acho que a facilidade em São Paulo é maior ainda”.

Íris traz que o plano de formar uma família se constitui como tarefa difícil, sendo uma luta, por ser uma família diferente do que é socialmente aceito e que é necessário mostrar essa vivência à sociedade:

“Sabia que entrar nisso aí implica ter uma família diferente do que é preconizado pela sociedade. A gente sabia que para conseguir mais espaço, até para outras pessoas que se sentem como a gente consigam, a gente tem que sair e tem que dar um pouco a cara a tapa mesmo, assim... Ir para o público, ir para os amigos, ir... E mostrar”.

Clarice, por sua vez questiona a oposição “família tradicional” X “família gay”: traz que casais de mesmo sexo vêm sendo criticados ao quererem formar e formarem famílias nos moldes das famílias heterossexuais. Afirma que a família que ela quer formar é uma “família normal” – em referência à família tradicional:

“As feministas, as hiper feministas, no sentido de uma crítica, falam: ‘esse negócio de querer casar é coisa de hétero, você não tem que imitar isso, você tem que viver a vida que você quer’. Mas, só se a vida que eu quero é essa? Por que eu não posso ter o direito de escolher? Por que o gay é obrigado a viver na promiscuidade? E se eu não quero isso para mim? Só porque eu sou gay eu sou obrigado a viver daquele jeito? Eu não sou. Um hétero pode escolher o que ele quer. Ele pode escolher se vai casar, pode escolher se vai ser fiel, ele pode escolher se vai no swing, ele pode escolher se vai ter amante, então por que a gente não pode escolher? E se eu quiser escolher ter uma família normal? Entendeu? É um problema meu. E eu quero ter uma família assim”.

As falas de Clarice podem ser interpretadas como havendo um sentido de desejo de pertencimento social às normas sociais estabelecidas. A ideia de pertencimento social fica ainda mais clara na fala de Claude, quando este levou o filho para conhecer a família francesa. A ideia de normalidade – referindo-se à família heterossexual –, aparece também em sua fala, assim como na fala de Clarice:

“Porque na verdade quando eu pensei nessa viagem, eu pensei mais em relação ao Pablo, ‘olha, isso vai ser importante para ele, encontrar seus avós, encontrar os seus tios, as suas tias, nossos irmãos e irmãs’, mas eu na verdade percebi que também era muito importante para mim. E ficando com a minha família... Eu percebi que... Como se fôssemos... Como que eu tinha voltado ao normal, vamos dizer (...) O normal era isso, o fato de ter uma família. Porque na verdade isso é a normalidade, ter filhos. Todos nós não temos... O gênero humano ele se reproduz, então na verdade ter filhos faz parte da normalidade. Já que nós não somos um casal normal, uma família normal... Mas o fato de ser uma família isso é normal. Então eu percebi isso de uma maneira muito forte e que na verdade essa normalidade de ter filhos... eh... era muito mais importante do que o fato de ser um casal”.

Como complemento a essa linha de pensamento, do que chamei de pertencimento social, vários casais afirmaram ter a ideia de que um filho os aproximaria de suas respectivas famílias, bem como causaria a aceitação de sua homossexualidade por elas. A seguir, apresento a fala de Ana sobre essa questão:

“Pode ser otimismo meu, mas eu acho que a minha família vai encarar como meu filho, quando ver que eu abracei a ideia e que realmente é meu, acho que eles também. Até porque criança em casa é algo muito idolatrado, então quando uma pessoa chega com uma criança aí as coisas mudam um pouco nesse sentido”.

Júlia, que não tem contato com a família depois de ter assumido sua homossexualidade e mudado de cidade, vê em um filho uma esperança de reconciliação com a família e a aceitação de sua sexualidade:

“Eu acho que por eu ter contado tão recentemente... Eu já vi famílias que demoram anos para lidar com a situação, então fico na esperança de que quando a criança surgir... Eles consigam... queiram estar próximos, queiram fazer parte da vida dela... Isso que eu espero”.

Já Beatriz espera que a criança possa ser mediadora de uma aproximação sua com a família de Maria, sua companheira: *“Comigo a gente nem acredita que vai conseguir uma aproximação, talvez com filhos quem sabe (...) A Maria se relaciona com eles assim (...) Mas ela nunca fala de mim”.* Rubens traz a mesma ideia em relação à aceitação de sua relação com Daniel pela família de Daniel:

“A mesma coisa a mãe do Daniel. A gente brinca assim, com essa resistência que ela tem ainda com a sexualidade dele e fala, ai Daniel, até o dia... Imagina se a gente tem um filho e ela vê um bebê assim? E aí o Daniel, ele já até brinca: nossa, ela ia pegar ele... Ela ia levar pra passear. Ela ia dominar a criança”. No caso de Lia e Carla, o nascimento do bebê aproximou as famílias: *“Ah, a gravidez foi tranquila, acho que o nascimento dele aproximou as famílias”.*

Na pesquisa realizada por Tarnovski (2004) sobre o significado da paternidade para homens que se autodefinem como homossexuais, a ideia de ter filho como moralização da homossexualidade e, deste modo, como porta para a aceitação da homossexualidade também é colocada por seus entrevistados. De acordo com Tarnovski: “o respeito conquistado na criação do(a) filho(a) cria um movimento de moralização da homossexualidade a partir da paternidade. Não é como homossexuais que eles se afirmam pais diferentes, mas é como pais que se afirmam homossexuais diferentes” (Tarnovski, 2004, p. 409).

Outro fato que trouxe o sentimento de pertencimento à família, e, sendo assim, pertencimento social, por parte do casal Claude e Thierry foi o fato de o filho adotivo ter sido registrado no nome de ambos e ter em sua certidão de nascimento o nome dos avós. Thierry coloca:

“Para mim o momento mais emocionante de todo esse processo foi quando eu vi a certidão de nascimento do Eric⁴⁹ como nosso filho, mas também tendo como avós meus pais e os pais do Claude. Isso é... Isso foi o momento mais emocionante para mim”.

No mesmo sentido de inclusão social, nos discursos dos entrevistados, também aparecem, por diversas vezes, comparações com casais heterossexuais. Joana coloca que ter um relacionamento estável a equipara a casais heterossexuais, lembrando aqui a questão da promiscuidade que aparece nas falas dos entrevistados como característica naturalizada do “mundo gay”:

“Quando você chega e fala: olha, eu sou homossexual e tenho um relacionamento estável, ou seja, não é impossível você casar, você morar com alguém... Ter alguém, eu acho que você de certa forma se inclui no mundo da outra pessoa também. Olha, você tem um marido? Eu tenho uma mulher. Você mora junto? Eu também moro. Tem conta conjunta? Eu também tenho (...) A única diferença é o sexo... Então, eu acho que o fato de você ter alguém... Olha, praticamente a nossa vida é idêntica à sua. Você passa o Natal com a família dele, eu também passo o Natal com a família dela”.

Dulce traz pontualmente a questão da promiscuidade, apontando que não este não é um parâmetro de diferenciação entre relações homossexuais e heterossexuais:

“O gay tem direito a isso! (direito a exercer a sexualidade) “Assim também como os héteros têm direito também. O que mais cresce por ano é casa de swing para casal hétero (...) Alguns anos atrás falando com minha mãe sobre isso... Ela falava: eles são do oba oba, cada dia faz sexo com um. E a AIDS, e isso e aquilo...Que ficou vinculado a homossexualidade. Hoje eu acho que homo e hétero, a gente tem uma situação igualada de promiscuidade”.

Em relação à vivência da homossexualidade e ao plano de ter filhos dos casais que já tinham filhos de relações anteriores (três mulheres já tinham filhos de relações heterossexuais anteriores, sendo duas dessas mulheres companheiras), cada um apresentou diferentes experiências acerca do fenômeno. Natália traz a questão da dificuldade de se ter uma mãe lésbica, vivida pelos filhos. Traz essa problematização também, em relação ao possível filho com Cássia. Coloca:

“Meu filho mais velho perdeu metade das amizades por causa disso. Então eu sei bem o que eles passaram com isso(...) Eu vi um processo muito complicado pra eles, né? Principalmente pra ele que ele era mais rueiro. Minha filha e meu filho mais novo, eles num saem na rua, é muito difícil. Mas ele era mais rueiro, então ele sofreu bastante. Vivia entrando com o olho roxo porque tinha brigado na rua porque tinham xingado a mãe dele”.

⁴⁹ Este nome, assim como os dos filhos dos outros casais, também são fictícios.

Traz também que os dois filhos têm aceitado a ideia de um novo irmão e que a filha caçula é resistente, pois é muito ciumenta.

Já Dulce e Clarice não falam especificamente das dificuldades que as filhas possam ter passado. Porém, Clarice fala da construção diária com as filhas (considera a filha de Dulce também sua filha) sobre a homossexualidade:

“As nossas filhas não são filhas do casamento gay. Elas são filhas de casamento hétero, mas viveram desde pequenininhas num casamento gay, então não conto mentira. Desde que ela tinha 3 anos de idade, eu expliquei o que era homossexualidade, claro que numa linguagem que ela pudesse entender, mas falei toda a verdade, tudo que elas perguntam eu sempre falei a verdade. A gente ensina a se defender, que mesmo na escola da Pietra quando ela tinha 10 anos, uma menina chegou para ela e disse ‘verdade que a sua mãe é sapatão?’ Aí ela falou ‘não é assim que fala, é lésbica’”.

Clarice fala também dela e de Dulce estarem planejando conjuntamente com as filhas de as últimas fazerem um grupo *teen* de como lidar com o fato de ser filho de casal do mesmo sexo, sendo um braço do grupo realizado por Dulce e Clarice: *“As nossas filhas tem 12 e 10 anos e baseadas na nossa experiência de grupo elas resolveram montar um grupo para elas: grupo de filhos de homossexuais”*. Dulce, por sua vez, fala da experiência de escolha conjunta a quatro mãos de sêmen para o novo irmão:

“A reivindicação das crianças é de que não queriam ninguém com olho azul porque não tem ninguém assim aqui... Então nós procuramos mais parecido com a Clarice, com ossos pequenos... Então procuramos mais parecido com ela, o tipo físico tudo mais. E as crianças optando pelo irmão parecer um pouco com elas também”.

Em relação a assumir a homossexualidade para família, todos os casais, sem exceção, afirmaram que foi um processo difícil. Algumas famílias, ainda hoje não aceitam a homossexualidade, mas a maioria dos entrevistados relata ter uma boa relação com suas respectivas famílias. Um dos motivos alegados pelos depoentes para não aceitação da homossexualidade por suas famílias é a questão religiosa. Cássia relata que:

“No começo a minha família era muito difícil de aceitar (...) A minha homossexualidade, né? Pelo aquilo que eu falei: meus pais são católicos mesmo assim, né? Meu pai é ministro da Igreja, de fazer batizados, casamentos, aquela coisa de... Saca família tradicional, quadradinha? Família Dorian, né? E então é muito difícil”.

Maria, ao discorrer sobre a interferência da religião na aceitação de sua sexualidade pela família, diz:

“Eu cresci em uma família muito conservadora, super conservadora, né, a questão religiosa interfere muito, eles são católicos, para eles até hoje a nossa relação é difícil por conta disso, pela questão do pecado, tudo (...) O que é homem, o que é mulher... Para eles é bem claro e enfim... Essa é a educação que eu tive com eles”.

Ana, de família de testemunha de Jeová também relata sua dificuldade:

“E minha família é testemunha de Jeová... então tinha um discurso religioso muito, muito cruel (...) É morte mesmo, não tem salvação. Homens que se deitam com homens não herdarão o reino de Deus, e era o tempo todo buzinando na minha cabeça. Aí minha mãe chamava os pastores, os pastores iam em casa, os anciãos... Falavam o tempo todo. Falavam de masturbação, falavam de homossexualidade (...) Saí da religião. Com 14 anos eu parei de ir na igreja”.

Após a apresentação da noção de família dos casais entrevistados e das suas vivências familiares, perpassando pelas dificuldades que os casais de mesmo sexo enfrentam para formar “famílias gays”, seja no âmbito cotidiano relacional ou no âmbito ideológico – uma vez que têm que se contrapor a uma sociedade cuja norma é a heterossexualidade –, a próxima subcategoria traz a questão da conjugalidade e de como os casais vem lidando com essa temática.

As duas subcategorias de análise, Noção de Família, apresentada nas páginas precedentes, e Conjugalidade, serão discutidas conjuntamente ao final desta segunda subcategoria.

7.2.2- Conjugalidade

A luta pela oficialização do chamado “casamento gay”, em termos mundiais, continua em percurso. No Brasil, como já comentado, a partir do reconhecimento da união estável entre casais de mesmo sexo em 2011, muitos casais passaram a procurar a Justiça para que essas uniões pudessem ganhar o status de união civil, sendo a maioria das decisões favoráveis. Somente em maio de 2013 houve a aprovação de uma medida do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) permitindo o casamento civil entre pessoas do mesmo sexo, e colocando a obrigatoriedade dos cartórios em converter a união estável entre pessoas do mesmo sexo em casamento. Tal medida, entretanto, ainda pode ser contestada pelo Supremo Tribunal Federal. As entrevistas foram realizadas em 2011 e 2012 e, portanto, no período logo após haver o reconhecimento da união estável para

casais de mesmo sexo, sendo também um período anterior à nova medida aprovada pelo CNJ.

Quase todos os casais entrevistados haviam assinado um contrato de união estável, excluindo o caso de Edna que estava separada da companheira há alguns anos e de Daniel e Rubens, que ainda não haviam legalizado a união. Dois dos casais (Artur e Rafael, Lia e Carla) já haviam passado a união civil para o status de casamento civil. Ambos os casais também haviam registrado seus filhos (adoção, no caso de Artur e Rafael e por NTR, no caso de Lia e Carla) com os nomes do casal.

Lia traz que a passagem da união civil para o casamento depende de decisões personalizadas de juízes. Relata que tiveram sorte de terem uma resposta positiva:

“Foram poucos casais que conseguiram essa... Foi tranquilo, porque a gente também tem residência também em Jacareí e não sei se vocês sabem que o juiz de Jacareí é uma pessoa que merece aplauso (...) E ele é uma pessoa fantástica, então nós temos residência lá, fizemos o pedido, e ele deferiu sem problema nenhum”.

Também conta como funcionou o processo, primeiro a ser realizado no estado de São Paulo:

“Há também um pedido de registro, aí o diretor do cartório também tem que mandar... Porque nesse caso era o primeiro do Brasil feito... O primeiro do estado feito ali, naquela comarca. Aí ele pede para o juiz... Ele abre um incidente administrativo, é assim que funciona, e pede para o juiz deferir o pedido, porque ele não pode. Aí mandou para o juiz e o juiz deu para o promotor de justiça e o juiz... Para o promotor deu parecer favorável e o juiz mandou que procedesse. Pediu que a gente juntasse os termos de consentimento, da FIV, e a gente juntou aquela papelada toda... E aí ele deferiu” (Lia).

Artur coloca o caso dele e de Rafael como uma novidade e um exemplo para os outros casais gays, também sendo um dos primeiros do país:

“Aí nós recebemos a autorização pra nos tornarmos casados. Então saiu essa autorização, nós nos casamos. Então assim, a nossa papelada está absolutamente em ordem (...) Hoje é uma certidão de casamento. Como qualquer casal heterossexual (...) Nosso caso é uma jurisprudência hoje e que é utilizada por outros casais”.

Em relação ao contrato de união estável, em diversos discursos, o motivo principal de os casais terem buscado a efetivação legal de sua união foram os direitos a bens e benefícios do companheiro. João e Fábio assinaram um contrato de união antes mesmo do reconhecimento da união civil entre casais de mesmo sexo com a ajuda de

uma associação ligada ao movimento LGBTTT quando João ficou desempregado. João fala sobre a situação:

“E aí em novembro ele tinha decidido sair da empresa. E eu falei: ou, fica tranquilo (...) Eu seguro as contas até você achar outro trabalho. E aí foi o que eu ia te falar: vou te colocar no plano de saúde do banco, que pode colocar, desde que você tenha alguns documentos que comprovem a união. Aí fiz uma conta conjunta, fizemos um contrato que até antes da STF já tinha um tipo de contrato que você podia... Uma brecha na lei, né?”.

A fala de Rubens, que ainda não havia assinado contrato de união civil, mas tinha planos, também traz a questão dos bens como razão para a assinatura do contrato de união civil: *“A gente conversou sobre isso, né? E principalmente por conta da compra do apartamento, é... Pra se proteger juridicamente (...) De repente meu pai e minha mãe surtam, eu morro e eles querem a parte do apartamento”.* O motivo que Joana apresenta para efetivação do contrato de união estável tem os mesmos elementos das falas de João e Rubens. Segundo ela:

“A gente comprou essa casa quando a gente estava há um ano juntas... depois que a gente estava morando aqui um ano... A gente começou a conversar, - puxa, a gente não tem nada aqui, que documento (...)E aí a gente começou a procurar e eu tenho uma amiga do trabalho que é advogada, e que tinha feito um contrato para um casal heterossexual que estava morando junto. Ela falou – Joana, é a mesma coisa, é um código civil de união estável, é um contrato como qualquer outro, vocês colocam tudo que vocês quiserem, qualquer cláusula e a gente vai registrar com base no código tal, de união estável -. Esse foi meio o motivo do contrato. Então, a gente fez – imagina, amanhã morro e ela não consegue pegar nem minha conta corrente”.

Na maioria dos casos, os casais somente assinaram o contrato de união estável, não fazendo nenhuma cerimônia de celebração. Maria coloca a influência de questões financeiras e de outros planos, como o da parentalidade, como motivos de não realização de um ritual: *“É por questão financeira, no momento o ideal não era fazer isso... A gente está com outros planos agora, de filho... então tem que reservar para outras coisas e não para festa, né?”.* Fábio também relata a questão financeira atrelada a outros planos como motivo: *“Não deu... A gente ficou de resolver comprar a casa e ainda não deu”.* O casal Joana e Fátima, por sua vez, nem apresenta motivos: *“Não, eu sempre falava que queria, aí quando a gente assinou o contrato, falamos – vamos deixar para o mês que vem... De repente a gente faz alguma coisa -. No fim a gente assinou o contrato e não fez nada”* (Joana). Contudo, alguns casais apresentam o desejo de realizarem uma cerimônia simbólica, como os próprios João e Fábio: *“Acho que pra*

gente o próximo passo agora é o ritual. Pra mim é muito claro isso” (João) e Beatriz e Maria: “Não teve ainda... foi agora em julho quando fui lá. Nem sei se vai ter... A gente acha que depois” (Beatriz).

Por outro lado, Íris e Helena, Dulce e Clarice e Artur e Rafael realizaram cerimônias para simbolizar a união. No caso de Artur e Rafael, houve a realização de uma cerimônia de casamento com uma grande festa.

Pode-se pensar através desses depoimentos que a questão da legalização do vínculo diz respeito, mais especificamente, à obtenção de direitos e não ao ritual da união em si. A fala de Rubens sobrepõe pontualmente a preponderância da questão jurídica à simbólica: *“Então assim, por questões jurídicas, a gente decidiu que a gente abre mão nesse momento desse simbólico de casar comemorando, assim. E simplesmente casar no cartório”*.

Neste sentido de legalização do vínculo, muitos casais que assinaram contratos de união estável, tinham o plano da passagem da união para o casamento civil. Cássia afirma:

“A gente fez um contrato no cartório de notas, né? Mas agora como virou a lei, saiu a lei do casamento, então a gente tem a pretensão de casar, né? A gente só tá na espera porque ela já foi casada. Então a gente tá na espera de sair o divórcio dela, que já tá correndo com advogado, tudo mais e tal”.

Daniel coloca a efetivação de um contrato de casamento como facilitador do processo de adoção que ele e Rubens planejam iniciar: *“A gente não quer só a união civil. A gente quer o casamento. Até pensando na adoção efetiva (...) Se formos casados, facilita muito mais o processo de adoção no futuro”*.

A menção de uma norma heterossexual se faz fortemente presente nas falas dos casais entrevistados e o desejo de normas que são vistas como heterossexuais podem ser observadas (como o casamento legal e o desejo de ter filhos). Há quem defenda que a luta pelo casamento de pessoas de mesmo sexo e pela homoparentalidade tomam como parâmetro tal lógica heterossexual e que essa luta seria feita no sentido de imitar os heterossexuais, o que contradiria uma das bandeiras da luta do movimento LGBTT, que é a aceitação da diferença. Tal posição de parcela da sociedade é ilustrada pela fala de Íris, já ilustrada anteriormente, de que *“as hiper feministas, no sentido de*

uma crítica, falam: ‘esse negócio de querer casar é coisa de hétero, você não tem que imitar isso, você tem que viver a vida que você quer’. Mas, só se a vida que eu quero é essa?’”(Íris).

As falas das entrevistas denotam sim um desejo de pertencimento à sociedade que lhes coloca à margem e de enquadramento à norma que é socialmente aceita. Mas me pergunto de que outra maneira o sentir-se pertencer poderia ser realizado em termos de casamento e família, duas instituições base para o convívio em sociedade, sociedade guiada por uma lógica ‘heterossexual compulsória’, para usar a denominação de Buttler (2003). Vivemos em meio à heteronormatividade (Warner, 1991), termo que denota um princípio normativo heterossexual que penetra invisivelmente todas as relações, determinando-as e naturalizando a heterossexualidade como normalidade. Neste sentido, a questão do poder, ligado à heterossexualidade, está cotidianamente presente.

Dentro desse contexto social heteronormativo, tornamo-nos sujeitos introjetando tais normas e também acabamos vivenciando-as como naturalizadas. Quando os sujeitos que se constituíram em um mundo nos quais as regras do jogo são as regras da heterossexualidade se remetem a instituições cristalizadas como o casamento e a parentalidade, acabam por remeter-se a elas também a partir da óptica normativa heterossexual, pois tais instituições vêm sendo recriadas ao longo dos tempos justamente a partir dessa lógica.

Pelo viés da homoparentalidade reconhecida socialmente há, de certa forma, a recriação da instituição família, num processo no qual um pé permanece sobreposto a concepções naturalizadas e conhecidas e, portanto, seguras, e o outro se lança no ar, sem saber ao certo em que solo irá se assentar, guiado pela própria moção de caminhar, num processo análogo ao que descreve o poeta espanhol Antônio Machado (1874-1939) quando escreve: “Caminhante, não há caminho; se faz caminho ao andar”⁵⁰.

As falas dos entrevistados mostram essa movimentação, dentro do momento histórico e social vivido na atualidade ao desejarem efetivação legal de vínculo afetivo (casamento), colocando sua função como segurança; desejarem ter filhos e o reconhecimento também legal da parentalidade; ao considerarem a família como laço

⁵⁰ Refrão do poema Cantares, de Antônio Machado. <http://blogs.utopia.org.br/poesialatina/cantares-antonio-machado>. Acessado em 14 de junho de 2013.

afetivo e não genético; ao questionarem a norma heterossexual, enxergando-se também como parte de uma sociedade heteronormativa.

7.2.3 Homoparentalidade

O processo de decisão do casal de ter filhos se configura de forma diferente em cada casal entrevistado. Entretanto, o que há em comum é o fato de o filho ser um plano conjunto dos entrevistados enquanto casais. Movimento parecido é encontrado por Lewin (1993). As mulheres entrevistadas por ela marcam a importância de embarcar na parentalidade com o apoio da companheira. Essas mulheres se enxergam como vivendo relações comparáveis a casais heterossexuais em termos de estabilidade e comprometimento. Elas descrevem a decisão de ficarem grávidas como tendo sido feita de maneira conjunta com as parceiras (Lewin, 1993).

Em relação aos dados produzidos, Rubens traz que a decisão de ele e Daniel terem filhos tomou forma depois que eles se configuraram enquanto família: *“Eu acho que a gente já deve ter falado do assunto no namoro, mas morar junto, que daí a gente se configurou uma família, então acho que o assunto veio à baila, né?”*. De modo semelhante, Joana coloca que a decisão de ter filhos foi crescendo em meio à sua relação com Fátima, ou seja, mediante à relação de casal:

“Então, essa coisa de filho foi crescendo muito na gente. E a gente decidiu: – Vamos ter! Chegou a hora! -. Então, há dois anos e meio atrás ou mais a gente decidiu – vamos ter –, foi quando a gente chegou no Dr. A gente chegou a ir em consulta, fizemos”.

Thierry, companheiro de Claude há 26 anos, relata que o desejo do casal de ter e filhos já existia há anos, contudo, ele passou a ser mais objetivo nos últimos anos e quando o casal de franceses se mudou para o Brasil, onde adotaram um menino:

“Para mim durante muitos anos não foi um tema, porque não foi possível(...) Foi um tema que começou a surgir faz uns 15 anos, mas um projeto sem possibilidade de fazer. E pouco a pouco com as evoluções da sociedade, das possibilidades começamos a pensar um pouco mais. E começou, na verdade, aqui (no Brasil) (...) a virar um projeto mais forte, um desejo mais forte”.

Lia relaciona o desejo de ter filhos com a maturidade de sua relação com Carla: *“A Carla tinha um desejo imenso de engravidar, né? Então, aí foi. Acabou que a gente foi amadurecendo isso, senti que a nossa relação estava muito séria, muito madura e começamos a descolar essa questão”*. Carla, por sua vez, comenta sobre o desejo de filhos surgido dentro de seu casamento com Lia: *“Em 2007 nós nos casamos. Comentávamos de filhos, mas nada definitivo. E aí em 2010 foi que a gente começou a procurar os médicos, uma consulta realmente para fazer algo mais sólido acerca disso”*.

Mesmo sendo originado na “célula casal”, a maioria dos entrevistados relata que o desejo de ter filhos, individualmente, sempre existiu, ou seja, colocam que a maternidade e a paternidade sempre foram desejadas. Edna traz nesse sentido: *“Eu venho de uma família onde a maternidade sempre esteve presente. Eu vejo com as minhas irmãs(...) Então assim, independente da minha orientação sexual, eu sempre desejei ser mãe”*. Daniel, da mesma forma, coloca que sempre quis ter filho: *“Eu tenho a vontade de ter um filho desde novinho, entendeu? Acho que desde antes de entender que esse filho seria outro homem e não com uma mulher”*.

A fala de Cássia também traz a mesma pontuação: *“Na verdade, assim, eu sempre quis ser mãe, né? Sempre quis ter um filho (...). Eu sempre me imaginei (...) Eu gosto de criança (...) Desde adolescente eu sempre pensei: ai, meu sonho é ser mãe”*. Maria também afirma o mesmo desejo: *“Eu sempre pensei em ter filho”*, assim como Janete, que conta sobre a sua vontade e sobre a vontade de Cláudia, sua companheira: *“Eu sempre quis ter filhos, sempre quis ter filhos e ela como uma boa canceriana, né, não ficaria fora disso”*.

O casal Ana e Júlia coloca que ter um filho era condição no início de seu relacionamento, para ambas as partes. Ana coloca: *“Eu sempre quis ter, sempre adorei criança, sempre, sempre. Para mim já era uma pauta antes de começar a namorar, sabe? Eu já queria, eu acho que se ela não quisesse eu não ia namorar, porque tinha que ser.”* Júlia, complementando Ana afirma sobre a importância de achar alguém que tivesse a mesma vontade que ela: *“Para mim também, isso sempre foi importante, alguém que quisesse ter filhos”*. Cláudia traz que essa também foi uma condição colocada desde o início do relacionamento com Janete:

“Foi uma das condições, quando eu mudei para cá. Nós tivemos várias conversas e em uma delas eu falei para ela que eu queria ter uma gravidez, eu queria sentir o ser mãe, essa coisinha crescendo, as dores do parto e tudo mais. Então, porque geralmente tem mulheres que não aceitam, né? Ter filhos como condição para relacionamento”.

Conforme Tourni e Coyle (2002 apud Corrêa 2012), é comum que lésbicas que desejam ter filhos se envolvam com lésbicas que também têm o mesmo desejo. Os dados da pesquisa de Corrêa (2012) sobre maternidade lésbica corroboram os achados de Tourni e Coyle (2002 apud Corrêa), assim com os depoimentos dos casais Ana e Júlia e Cláudia e Janete trazidos acima.

Somente um dos entrevistados (Rafael) afirma que não queria ter filhos, motivo pelo qual ele e Artur quase se separaram. Rafael conta sobre o fato de não querer ter filhos: *“Eu não queria porque é complicado, assim, de repente você entrar assim num... Fazer um cadastro de adoção e de repente te chamarem e falarem: -Olha, tem uma criança assim, assado que está pra adoção”.* Artur relata a crise por conta de Rafael não querer ter filhos: *“A gente ficou quatro meses separados, morando juntos na mesma casa. Eu falei: - Olha, ou a gente muda esse perfil ou então... Ou então a gente vai separar -. Aí ele não queria e a gente foi dar um tempo mesmo (...) Aí a gente acabou voltando”.* Acabaram por adotar um menino que conheceram em um abrigo e se “apaixonaram”, inclusive Rafael.

Sobre a natureza da vontade de ter filhos, a grande maioria dos entrevistados coloca que tal vontade está atrelada à sua própria família de origem. Relatam terem sobrinhos e a experiência de serem tios/tias é colocada como essencial no desejo de serem pais/mães, contribuindo no aumento dessa vontade.

Fábio coloca sobre ele e João:

“Nós dois, a gente tem uma afinidade muito grande com criança e, enfim, temos sobrinhos e tudo mais e desde o começo, acho, eu sempre falei da história de pensar em ter uma criança”. João relata sua afinidade com as sobrinhas: *“Essa afinidade sempre foi muito clara, assim. Com as sobrinhas também. A mãe traz as meninas pra cá, faz acampamento com elas. Assim, sempre foi um desejo, né?”.*

Edna relata sobre o seu contato com a família de origem e sobrinhos:

“Eu tenho uma família que eu tenho onze irmãos, os quais praticamente todos casados. Têm filhos. E eu cuidei muito dos meus sobrinhos, né? De ver nascer, de estar

ajudando as minhas irmãs. Então assim, a maternidade sempre foi muito presente para mim”.

Artur também conta da proximidade com sua família e com seus sobrinhos em termos de criação:

“Na realidade assim, eu cresci numa família muito próxima, muito... Minha relação familiar é muito boa, muito próxima, a gente tá sempre junto. Eu com as minhas irmãs, com meus sobrinhos, com a minha mãe, meu pai na época e... Então pra mim, sempre foi muito intrínseco isso, entendeu? Da realização e continuação dessa família. Minhas irmãs tiveram filhos, as duas, eu tenho sobrinhos maravilhosos que eu ajudei a criar, que peguei desde pequeno. Porque eu sou o mais novo e eu era o tio jovem e eles eram bebês. Tenho uma relação muito próxima com os meus sobrinhos: a gente se ama alucinadamente”.

Natália também traz a influência dos sobrinhos em sua vontade de ter filhos: *“Ah, sim. Eu tenho sobrinhos, né? Eu participei do crescimento dos meus sobrinhos (...) Que daí você fica com mais vontade ainda, né? Fala assim: - Ah, eu também quero um”.* Assim como Natália, Claude traz a proximidade da criação das sobrinhas como aumentando a vontade dele e de Thierry de exercerem a parentalidade: *“Nossos irmãos, nossas irmãs já tinham filhos, e nós temos muita relação com as nossas sobrinhas. Participamos da criação delas. Porque somos muito próximos das nossas famílias”.* Lia também traz em seu discurso.

Outro fator que os entrevistados apontam que influencia em sua vontade de ter filhos é o fato de gostarem de crianças. Íris afirma neste âmbito:

“Porque eu sempre gostei muito de criança, sempre achei muito gostoso estar junto de criança e acompanhar as crianças mais pequenas, mais velhas, sempre tive essa afinidade com criança. E aí, não sei, e aí comecei a pensar – como seria ter assim... um filho, uma criança para criar”.

Lia também coloca sua afinidade com crianças: *“Eu gosto muito de criança, então de final de semana tem uma pracinha aqui em Salesópolis... Então a gente pega os sobrinhos... eu tenho muito jeito com criança, sempre tive”.* Maria, por sua vez, da mesma forma coloca a questão de gostar de crianças como sendo um dos determinantes de sua vontade de ser mãe: *“Eu sou apaixonada por criança, eu trabalho com criança, eu amo criança (...) A minha formação em psicologia clínica é psicologia clínica infantil”.*

De acordo com Weston (1997), muitos gays e lésbicas retratam seus filhos como produto de uma profunda reflexão e relatam que estes introduziram comprometimento e planejamento em seu dia a dia. No mesmo sentido, a preparação relatada pelos entrevistados (tanto pelos que ainda planejam quanto pelos que já têm filhos) é uma preparação assentada em reflexão e na construção de meios para que seja possível criar uma criança. Desta maneira, há ênfase na questão financeira como fator influente na decisão de ter filhos.

Os casais de entrevistados João e Fábio relatam a compra de uma casa maior por conta do plano de terem filhos. Fábio afirma:

“Interessante porque a escolha da casa foi começando a entrar na adoção, a gente tem essa clareza. A gente falava: ah, tem vontade, não tem vontade? Ah, então vamos achar uma casa que tenha a nossa cara, que tenha um quintalzinho e que já seja grande para mais pra frente, na hora certa, que ela possa comportar uma criança, ou duas... A gente imagina uma ou duas crianças e aí por isso uma casa maior. A gente investiu um pouco mais pra garantir que a gente teria nosso estilo de, né?”.

Daniel e Rubens também trazem a compra de um apartamento maior como uma decisão influenciada pela vontade de terem filhos. Rubens coloca: *“A gente decidiu comprar um apartamento maior porque a gente quer receber mais a família. É... Existe essa vontade também que surge de ter um filho, de ter criança em casa”.*

O fato de terem estabilidade financeira e condições de sustentar filhos também é colocada por alguns casais de entrevistados, como coloca Miguel, que ainda não julga ter com seu companheiro uma estabilidade financeira que possibilite que o plano de filhos seja concretizado: *“Então a gente tá vivendo ainda muito de bicos, nesse sentido. Nada uma coisa estável que daria garantia, por exemplo de: bom, agora podemos concretizar o projeto de ter filho, mudar pra um apartamento maior, etc., etc.”.*

Para Ana e Júlia a situação financeira está melhor e tal fato tem implicações na efetivação do plano de ter um filho. Ana traz que: *“Ela começou a trabalhar, depois eu comecei a trabalhar. A situação financeira ficou bem melhor, bem melhor mesmo, bem mais tranquila. Aí a gente começou a discutir com mais praticidade mesmo, - e agora, o que a gente vai fazer?”.*

Cláudia, por sua vez traz que ela e Janete têm uma boa situação financeira, só faltando-lhes os filhos: *“Esse trauma, essa vontade de ter um filho... A gente tem uma*

situação financeira estável. A gente tá em um momento, a gente tem tudo o que todo mundo quer na vida, só não temos os filhos”.

Os entrevistados de Tarnovski (2004), que estudou a paternidade homossexual, apontaram a estabilidade financeira e material como a principal condição para que eles pudessem se tornar pais. Nos relatos de seus entrevistados, há uma marcante noção de que é necessário haver planejamento e cuidadosa preparação para que possa se receber uma criança. A mesma noção está presente fortemente nas falas dos casais de mulheres e homens entrevistados expostas acima. A análise empreendida por Ryan-Flood (2009) sobre maternidade lésbica, da mesma forma, enfatiza o papel do status econômico e da possibilidade de ter acesso a serviços médicos, incluindo o uso de NTR como importante na questão da decisão de ter filhos.

Em relação ao plano de filhos por meio de adoção ou NTR com a família de origem, ele se apresenta como plano do casal, ainda pouco compartilhado com a família de origem, embora em alguns dos casos ele o seja. Segundo Daniel, há dificuldade em partilhar a vontade de ter filhos com sua família: *“Falar de filhos nem pensar. Eu acho que é óbvio se a gente entrar em processo de adoção, eu vou falar, obviamente, né? Mas esperar que haja uma aceitação, tal, acho que tem muitos passos aí ainda pra percorrer. Pra mim é bem duro, é bem duro”.*

Miguel também coloca a dificuldade de dividir seus planos com sua mãe: *“A minha mãe, ela tem bastante rejeição à ideia de adotar uma criança (...) Ainda fica pra ela um sentimento que eu ainda vou encontrar uma mulher e ter um filho”.* De acordo com Helena, o fato de compartilhar a vontade de ter filhos com sua mãe também é uma questão complicada:

“Para minha mãe é muito difícil, porque ela ainda está no processo de assimilar o fato da gente ser um casal e ser família (...) Eu estava vindo desse evento, que eu fui visitá-la. E ela: – Ah, que evento que era esse, que você foi? Eu falei: – De homoparentalidade. – Parentalidade é de parente? – Não, é de casais do mesmo sexo que querem ter filhos. – Mas como assim? Você quer ter filhos? Ela ficou bem surpresa, foi bem recente. Aí eu falei: – Quero, claro. – E você vai casar com um homem? – Não. Mas ela foi no meu casamento, ela sabe que nós somos casadas, mas para ela... Ela não associa: – Pera aí, como é que você vai ter filho se não for com homem? (...) Mas as outras pessoas da família lidam bem com o nosso relacionamento, com o fato da gente querer ter filhos... Da minha família. Da família dela também... Estão só esperando: cadê os netos?”.

Beatriz, de forma diferente de Miguel e Helena, relata que sua mãe está sabendo do projeto dela e Maria terem filhos e o aceitou bem: *“Inclusive nosso projeto de ter filhos a minha mãe está sabendo... Ela recebeu muito bem: – Ah, aproveita, vai que vem gêmeos... Eu estou forte para ajudar a cuidar. Bem legal assim”*. Contudo, a situação não é a mesma para sua companheira Maria, cuja família não sabe dos planos de parentalidade: *“A minha família não sabe(...) Eu vou esperar dar tudo certo e aí pronto, porque eu falo com o meu irmão e ele vai falar com a minha mãe. Eu vou contar, mas depois que tudo tiver dado certo”*.

Fábio traz que já conversou com suas irmãs sobre o plano de adoção, não tendo falado com o restante de sua família:

“Sobre a adoção eu já conversei com as minhas irmãs, mas nada... As minhas sobrinhas são as mais engraçadas: - Ai tio, você tem que ir logo menino, porque só tem menina -. Elas tão me cobrando porque elas querem um menino. Isso pras minhas irmãs é tranquilo, agora com eles (pais), com meus avós e meus tios eu nunca falei. Meu pai a história é... Como tudo com ele é obscuro, assim, né?”

No caso de NTR concretizada com sucesso, o casal Lia e Carla só contou para a família depois da confirmação da gravidez, não tendo sido compartilhado o plano da parentalidade antes de sua efetivação. Carla coloca: *“Não contamos para ninguém, nós fizemos o tratamento todo só para nós duas... Quando a gente contou já tinha confirmado a gravidez”*.

Em relação à adoção também concretizada por Claude e Thierry, antes de sua efetivação, o casal também não disse nada acerca de seus planos de adotarem uma criança para suas famílias de origem. Contaram somente quando iam visitá-las na França, já levando o filho. Sobre isso Claude conta:

“Nós não falamos nada para as nossas respectivas famílias do processo de adoção. Foi um ‘blackout’ total, não falamos nada, somente (...)Quando ele chegou, fomos fazer uma viagem para Europa e falamos: – Vai chegar o nosso filho -. Para a minha mãe que tem 80 anos, primeiro foi um choque, não estava preparada para isso. Mas com uma história de alguns dias (...)Creio que foi uma notícia, mas não foi uma surpresa – Ah, sei... sabíamos que um dia vocês poderiam adotar”.

No outro caso em que houve a adoção, as famílias tanto de Artur como de Rafael sabiam sobre o processo, contudo, a família de Artur deu todo o suporte enquanto a família de Rafael não acreditava que o processo de adoção fosse dar certo e

desencorajava o casal. Sobre a “negatividade de sua família”, Rafael traz: *“A minha família acreditava plenamente que nós não iríamos conseguir. Eu via até com certo negativismo, assim: não, é muito difícil, desiste. Eu cheguei a ouvir isso da minha família: é muito difícil, desiste disso, porque não vai rolar nunca”*.

Conforme Luce (2010), a aceitação da homoparentalidade por parte da família, amigos e pessoas em geral é algo diferente de ter filhos com alguém do mesmo sexo. Muitas mulheres homossexuais não discutem o fato de terem filhos com suas famílias. Dentre as entrevistadas de Luce, que realizou estudo sobre mulheres lésbicas e uso de tecnologia reprodutiva no Canadá, há mulheres que preferiram não contar sobre os planos de terem filhos à família e aos amigos até o nascimento de fato dos bebês, por conta da homofobia. Podemos ver que tal fato também acontece com os casais brasileiros entrevistados, ocorrendo tanto com os casais de homens quanto com os casais de mulheres.

Neste sentido, de acordo com os depoentes, há a dificuldade de assumir o desejo de parentalidade para suas famílias por conta do preconceito sofrido. Os mesmos depoentes contam que não foi fácil assumir sua orientação sexual para suas famílias e em alguns casos esta questão ainda é delicada. O tema da vivência do preconceito continua a permear as falas dos entrevistados quando estes relatam sua preocupação com a criança ser filha de dois pais ou de duas mães.

O medo das situações de preconceito que podem ser vivenciadas na escola aparece em alguns discursos, como no de Rubens: *“O meu maior receio era de como é que vamos ser pais do mesmo sexo para a criança? Como vão ser as situações na escola? Reunião?”*. O mesmo receio aparece na fala de Joana:

“Eu tenho mais receio de como o mundo vai ver isso. Não de como eu vou falar, de como eu vou lidar. Um exemplo, eu tenho medo de um dia a criança estar na escola e falarem: – Ah... sua mãe é gay. Da criança ser magoada por isso. Não de como eu vou lidar com a criança. Não sei se a Lara pensa assim, mas o meu medo é como o mundo... como o mundo vai tratar a criança por causa disso”.

Ainda aparece na fala de Ana o mesmo temor: *“Com quem eles vão brincar?(...) A gente tem medo da escola: e a escola vai ser tranquila? Não vai ser tranquila? A gente sempre pensa nisso, a gente vai engravidar”*.

O fato do preconceito social de a criança ter pais do mesmo sexo, sem estar necessariamente atrelado à escola ainda está presente nas fala de Daniel. De acordo com

ele: *“Tem uma coisa, uma questão do preconceito que, assim, eu não me engano: a criança vai sofrer (...) Eu fico imaginando a barra que deve ser pra criança. Já Natália se preocupa com a maneira de a criança aceitar ser filha de um casal e como ela e Cássia trabalharão essa questão: “Acho que a minha preocupação maior até agora em relação a isso é mais como é que ele vai aceitar do que de como vai ser (...) O fato de ter duas mães, né? Como é que a gente vai trabalhar isso na cabeça dele”.*

Clarice, que vivencia conjuntamente com Dulce uma família composta por um casal de duas mulheres e duas filhas – uma filha de cada uma de relacionamentos heterossexuais anteriores – também se preocupa com o fato da criança planejada ser filha de duas mulheres. Contudo, coloca que é uma construção cultural e educacional a vivência nesse tipo de composição familiar:

“A maior preocupação das pessoas no grupo é com as crianças, como lidar com isso, a questão cultural, como as famílias lidam com isso. Mas aqui por exemplo a gente nota que é uma questão cultural, de construção mesmo. As nossas filhas não são filhas do casamento gay elas são filhas de casamento hétero, mas viveram desde pequenininhas num casamento gay, então não conto mentira desde que ela tinha 3 anos de idade. Eu expliquei o que era homossexualidade, claro que numa linguagem que ela pudesse entender, mas falei toda a verdade, tudo que elas perguntam eu sempre falei a verdade, a gente ensina a se defender, que mesmo na escola da minha filha, quando ela tinha 10 anos, uma menina chegou para ela e disse: – Verdade que a sua mãe é sapatão? Aí ela falou: – Não é assim que fala, é lésbica”.

Mesmo havendo essa preocupação com o preconceito que pode ser sofrido por uma criança filha de duas pessoas do mesmo sexo, em contraposição, estudos vêm sendo feitos com experiências de filhos de pais do mesmo sexo. Maureen Sullivan (1998 apud Luce 2010) faz um estudo comparativo entre famílias de mães de mesmo sexo e famílias com mães solteiras e coloca que uma marca das crianças criadas por pais de mesmo sexo é uma maior tolerância em relação às diferenças sociais e estilos de vida não convencionais (Maureen Sullivan, 1998 apud Luce 2010). Neste sentido, podem ser criadas crianças com um maior “jogo de cintura” em relação a situações de preconceito e uma mais ampla compreensão de mundo.

Nas situações escolares, assim como as crianças têm e sofrem preconceitos entre elas das mais diferentes qualidades: ou por serem gordinhas, ou por usarem óculos, ou por não serem boas em esportes, etc. – preconceitos nascidos pelo fato de serem diferentes da maioria dos coleguinhas –, o fato de uma criança ser filha de pais de

mesmo sexo pode ser visto como mais uma qualidade diferente, que compõe o hall de diferenças entre as crianças. Desta maneira, elas sofrerão preconceito por esta diferença, da mesma maneira que as outras crianças sofrem preconceito por suas diferenças.

7.3 NOVAS TECNOLOGIAS REPRODUTIVAS (NTR) E HOMOPARENTALIDADE

Com as NTR a reprodução se dá dentro das paredes do laboratório, o que possibilita novos arranjos parentais, por meio da combinação de gametas – uma vez que fazem parte do jogo doadores de gametas (tanto de sêmen quanto de óvulos) – e de lugar de gestação, sendo outro participante do jogo o útero de substituição ou barriga de aluguel.

Se a tecnologia permite que tantos casais de mulheres quanto casais de homens tenham filhos a maneira como as mulheres e os homens entrevistados enxergam as NTR como alternativa para concretização do sonho da parentalidade difere substancialmente.

7.3.1 Homens: NRT X adoção

Os casais de homens entrevistados ou já tinham adotado crianças ou tinham planos de adoção. Contudo, suas impressões sobre as NTR e os motivos de sua “não escolha” pelo seu uso para efetivação do desejo de parentalidade são apresentados e discutidos a seguir, assim como a escolha que fizeram pela adoção.

Nenhum dos casais de homens havia realizado ou tinha o desejo de utilizar NTR para a efetivação do sonho de ter filhos como plano do casal. Entretanto, alguns entrevistados mencionam a vontade de terem um filho geneticamente seu, com a “sua carinha”. Daniel coloca: *“É um desejo, sabe? É um desejo de ver alguém ali que eu sei que tem a minha carinha, entendeu? Veio de mim”*. Seu companheiro, Rubens, partilha de mesma ideia: *“Eu também tenho essa vontade genética. Eu chamo de vaidade genética, porque eu queria ver um serzinho que tem as minhas características, sei lá”*. João também se posiciona de forma similar: *“Todo mundo tem aquela coisa de ver a carinha na criança”*.

Não tendo o plano de utilizar NTR, a maioria dos casais de homens trouxe a utilização de tecnologia de reprodução, no caso, a barriga de aluguel, como algo hipotético. Nas falas dos casais, há menção de que foi comentado entre eles que alguma mulher da família (irmã, mãe ou sobrinha) poderia ser a mãe de aluguel. Tal fato é ilustrado pela fala de Rubens, parceiro de Daniel:

“Quando a gente começou a conversar disso (em ter filhos), a gente teve aquela fase de pensar assim, soluções mirabolantes. A gente chegou a falar... Eu cheguei a cogitar até: Nossa Dani, imagina se minha mãe fosse mais nova, você podia ter um filho, fazer uma fecundação artificial e minha mãe podia gerar um filho pra gente. O Daniel conhece a minha mãe: ela ia delirar, ia babar de poder ser avó e dar uma coisa que a gente não consegue ter, né?(...) “Depois eu cheguei até a pensar... Eu tenho uma irmã. Ela tem vinte e poucos anos. Não, né? Eu falei: Pô, a minha irmã podia gerar um filho seu, né? Geneticamente seu. Eu não poderia porque é minha irmã, mas poderia gerar um filho, pô”.

João, no mesmo sentido, traz que a barriga de aluguel nunca foi discutida seriamente, mas sempre foi comentada de forma descontraída entre ele e Fábio:

“Não como um tom de piada pejorativo, mas sempre fui num tom descontraído, pelo menos pra mim, não era uma discussão séria sobre o assunto. Pra que de fato convergisse pra uma decisão. Eu nunca sentei com a irmã dele ou com a outra irmã dele ou ele sentou com a minha irmã: – Você seria uma barriga de aluguel? Nunca rolou essa conversa”.

Artur, diferentemente dos outros entrevistados, coloca que pensou mais seriamente sobre a questão, inclusive conversando com uma sobrinha sobre o assunto. Contudo, julga que a criança concebida não seria fruto de seu amor e de Rafael:

“Então cheguei a pensar sim, em fazer uma inseminação com alguém... E a minha sobrinha até falou que faria, entendeu? Cheguei a pensar em diversas coisas... Em barriga de aluguel... Mas aí o problema é o seguinte: essa criança não ia ser fruto do nosso amor, entendeu? E pra mim, o mais importante... Eu acho que filho tem que ser fruto do amor”.

Em contraponto, dois casais de homens não colocam, nem hipoteticamente, a questão do uso de útero de substituição. Incomodam-se com a ideia do uso de NTR e da utilização de útero de substituição. Para Miguel, o que incomoda é o fato de a reprodução assistida ser um procedimento comercial. Ele afirma: *“A gente fica um pouco incomodado com essa questão da utilização comercial do corpo do outro. Por mais que tenha um consentimento, mas chegar a esse ponto é um pouco incômodo”.*

Já para os companheiros Claude e Thierry, fica forte o fato de as NTR serem um procedimento artificial, utilizado para produzir filhos. Também questionam como contar a uma criança concebida através de NTR e barriga de aluguel sobre a forma “não natural” como foi concebida. Segundo Thierry:

“Acho que para cada um de nós uma criança é o resultado do desejo comum do homem e da mulher. A natureza é assim. E essa possibilidade de, vamos dizer, fazer crianças desse jeito. É um ponto de vista moral, para nós, a gente não julga ninguém, mas para a gente não ficou confortável com essa idéia para nós, pensando na criança mesmo. E aí? Qual história a gente vai contar?(...) Preferimos não utilizar metodologias de criação ou de fabricação de uma criança”. Claude traz mais pontualmente a questão da escolha da mãe (do óvulo; do fenótipo a ser escolhido por um casal de homens) e seu desconforto, assim como de seu companheiro, com a situação: “Você usar uma mãe para fabricar a criança. Que tem que ter um metro e 80, ser loira... Sabe? Essas coisas para nós... Nós não ficamos confortáveis com esse tipo de coisa”.

Ainda, em relação à barriga de aluguel, é trazida a questão da inserção do terceiro elemento na dinâmica parental, ou seja, que lugar ocuparia a mulher que se submeteria à barriga de aluguel na dinâmica parental? O medo da vinculação da criança e do casal a esta mulher se faz presente na fala de Artur:

“Então não tinha como pegar o meu sêmen com o sêmen dele e conceber uma criança. Aí a botar numa barriga de uma terceira. Aí nós íamos estar o resto da vida vinculados a essa pessoa. Como que ia ser a relação com essa pessoa? Se com dois não é fácil você chegar em acordo com alguma coisa imagina a três? Nós dois morando aqui, dois pais homossexuais, ela podendo achar milhões de coisas contrárias, a mãe tendo preferência perante a justiça da guarda de um filho. E aí? É muito sério, uma escolha muito séria(...) Olhando o quanto você está, o quanto você possa estar sujeito aos sabores, eu jamais faria uma barriga de aluguel hoje. Jamais (...) Você envolver uma outra pessoa, vira um inferno”.

A mesma preocupação está presente na fala de Rubens, que relata que ao pensar em sua irmã como doadora de óvulo e de útero, sendo seu companheiro Daniel o dono do esperma, se dá conta da ‘entrada do terceiro’ e de seu temor em sua irmã querer ficar com a criança:

“A minha irmã podia gerar um filho seu, né? Geneticamente seu. Eu não poderia porque é minha irmã, mas poderia gerar um filho e pô, ia ser tão mais fácil os trâmites jurídicos. Mas depois conversando também a gente falou: meu, e se ela se apega a esse bebê? A gente não quer um filho pra deixar com a mãe, a gente quer um filho pra criar”.

O incômodo com a entrada de um terceiro também se apresenta na fala de Miguel, o qual traz o tema da interferência na criação do filho: *“Tem muitos problemas você ter uma terceira pessoa envolvida na relação e que te tolhe um pouco a liberdade na criação do seu próprio filho, principalmente na concepção e também na questão de barriga de aluguel”*.

A ideia da maternidade, que engloba o gestar e a ligação genética, é muito forte nas falas desses entrevistados. Parece ser, de fato, inconcebível para estes casais entrevistados a realização de uma barriga de aluguel, por conta do vínculo biológico estabelecido entre a mulher e a criança. Há em seus discursos uma marca da preponderância do vínculo biológico sobre o social e o receio de “perder” o filho para a mãe biológica.

Mesmo que homens e mulheres homossexuais compartilhem o desejo de terem filhos, os homens não podem gerar crianças, o que faz com que eles encontrem mais obstáculos para se tornarem pais. A saída mais utilizada para os gays que querem exercer a parentalidade é a adoção (Weston, 1997). Neste sentido, em contraponto à utilização da barriga de aluguel, que para alguns dos entrevistados é hipotética e que para outros não é pensada nem como alternativa de forma fictícia, todos os homens trazem a adoção como opção real, sendo que dois casais já haviam adotado crianças.

A fala de Miguel leva em consideração a eventual entrada de um ‘terceiro elemento’, que chama de “problemas futuros” e vê a alternativa da adoção como a melhor alternativa: *“Conversando com o meu companheiro, a gente chegou à conclusão que adoção talvez seja o melhor caminho porque a gente crê que é importante evitar problemas futuros”*.

Mesmo simpatizando com a ideia de ter um filho ‘geneticamente seu’, os casais não vêm essa característica como fundamental. As falas de Claude (já pai de um filho adotivo), Fábio e Daniel são exemplo disso. Claude afirma sobre a temática:

“Mas para Thierry e para mim nunca foi uma necessidade absoluta que seja uma criança do nosso sêmen. Então, pensamos também que tem muitas crianças que poderiam ser adotada... Por que criar ou fazer mais uma criança de uma maneira um pouco artificial?”.

Fábio também coloca que não é necessário um filho biológico: *“Pra mim isso é muito claro, assim. Não tem necessidade de ser uma criança que venha da gente. Isso não faz muito sentido pra mim”*. Daniel traz que o desejo de ter uma ligação genética com a criança seria quase que egoísta, quando a adoção não seria: *“Eu diria assim: o desejo de ter um filho geneticamente meu é quase egoísta. Quando eu penso numa adoção eu saio um pouco só do meu desejo e penso também no outro”*.

Nas falas de dois dos casais de homens é colocada a importância da passagem de valores em contraste à passagem de genes, contrapondo de forma indireta, por sua vez, o útero substitutivo e a adoção, assim como o gerar e o criar. João afirma sobre a temática:

“Então a gente também quer transmitir esses valores nossos, né? Das famílias... Porque eu acho que tem muito a ver com o lance da perpetuação da espécie. Pra mim, assim: o lado biológico que todo mundo sempre fala é a perpetuação da espécie, é ver minha carinha ali. Pra mim é muito mais importante a perpetuação dos valores, né? É... Daquilo de bom que eu aprendi com os meus pais, daquilo de bom que eu aprendi com os meus amigos, com o próprio Fábio. E deixar a minha marquinha no mundo não precisa ser o meu gene. São os meus valores ali transmitidos pra aquelas pessoas”.

Para Thierry, criar, que está ligado à educação e transmissão de valores, é mais importante que o laço genético: *“O nosso desejo de ser pai é criar. Criar, oferecer um lar, oferecer amor para quem não tem, oferecer oportunidades, educação... Claro, transmitir valores”*. Conforme Artur, que já efetivou uma adoção, o filho adotivo não é filho biológico, mas sim, filho de alma, expressão à qual denota uma importância mais significativa do que a de filho biológico: *“Aí resolvemos, realmente partir para adoção. E foi a melhor escolha possível. Foi a melhor escolha, porque ele realmente não é nosso filho biológico, mas ele nosso filho de alma, de coração”*.

João traz que a barriga de aluguel não podia ser efetivada legalmente no país⁵¹ e a adoção apresenta-se como a melhor alternativa:

“Se a gente pode adotar, também porque a gente iria pra uma outra situação? Todas as irmãs já têm filhos... Barriga de aluguel não pode oficialmente, legalmente no país, não tem suporte legal. Então, um caminho que não deixa de ser interessante: tem muita criança aí precisando de um lar, de carinho”.

O discurso de adoção como “benfeitoria social”, ou seja, acolher as crianças que não têm lar, presente na fala de João apresentada acima, também permeia as falas de

⁵¹ A entrevista foi realizada antes da Resolução Nº 2013/13 do CFM.

outros entrevistados, justificando sua escolha pela adoção, principalmente as falas dos dois casais que já tinham efetivado uma adoção. De acordo com Artur: *“A única coisa que nós realmente lutamos e brigamos é de que uma criança abandonada tenha o direito a um lar, independente de ele ser homo, hétero, branco, negro, rico, pobre, brasileiro estrangeiro. Ela tem que ser encaixada na sociedade”*. Já Thierry traz que há casais querendo adotar crianças e há crianças querendo ser adotadas, e que uma adoção muda a vida tanto das crianças quanto dos casais:

“Para nós a adoção era outra coisa. Tem crianças que existem no mundo que não tem mais famílias e aí a questão é totalmente diferente (...) Nós estávamos na rua e lá tinha uma mulher com o seu bebê... Eu estava pensando – olha, cinco anos atrás o nosso filho estava na mesma situação, na rua com a sua mãe... -, e essa adoção está mudando, muda a vida dele... E claramente muda a nossa vida também... E essa experiência eu acho... Eu acho incrível... É uma benção para nós e eu espero que para ele também. Esse é o objetivo”.

Contanto, a fala de cunho mais fortemente social é a de João novamente:

“É, e essa questão social... É que é ruim você falar de social. Não tô fazendo uma bene... Como que fala? Uma benesse, isso? Pra sociedade. Não é o objetivo. A gente adotar não é esse. Adotar tem outro objetivo. Mas querendo ou não você tá... Você tá fazendo alguma coisa pela sociedade. Então, se for pra fazer”.

Mesmo não cogitando de forma real fazer uso de tecnologia reprodutiva, o plano de um dos casais de ter filhos tem início quando um de seus membros (Fábio) é convidado para ser doador de esperma de um casal de amigas lésbicas que morava na Alemanha, ficando balançado com o convite e propenso a aceitá-lo, uma vez que sempre quis ser pai. Contudo, não teve a aprovação de seu companheiro, João. De acordo com Fábio: *“Pra mim era confortável individualmente falando. Pra mim ia ser interessante ter um filho(...) Isso foi empolgante, mas de fato, não era uma coisa dos dois, então não poderia ser egoísta a ponto de ir adiante com um projeto sem ter um consenso entre a gente”*. O ponto da importância do laço genético também aparece no relato desta história, feito por João, ao se referir ao parentesco das pessoas implicadas no processo com a criança. Ele se sentiria sem lugar dentro da dinâmica familiar se Fábio aceitasse ser o doador de esperma do casal de amigas:

“A questão é: uma é a mãe biológica; a outra é a mãe de criação de fato, que estaria lá na Alemanha no dia a dia; querendo ou não ele seria o pai biológico, que é um vínculo, que não deixa de ser um vínculo forte; e o quarto elemento, eu seria o marido do pai biológico. O que isso significaria nesse contexto, né?”.

Após esta vivência do casal, Fábio e João passaram a discutir sua vontade de ter filhos e começaram a planejar uma adoção, que não havia sido ainda efetivada no momento da realização da entrevista.

7.3.2 A problemática da inserção do terceiro

Interessante pensar as entrevistas a partir da “entrada do terceiro”. No caso relatado no item anterior, por exemplo, Fábio seria o terceiro elemento entrando na dinâmica parental do casal de lésbicas por meio da doação de seu esperma. Ele estava se considerando pai e seu companheiro João se viu sem lugar na estrutura familiar a partir do momento em que Fábio passasse a ocupar o lugar de pai biológico.

As entrevistas realizadas com os casais de mulheres trazem com força a questão da “entrada do terceiro” e, de forma quase consensual, as entrevistadas afirmam que ao utilizarem tecnologia reprodutiva para terem filhos, não utilizariam (ou utilizaram, no caso de NTR concretizado) sêmen de doador conhecido, justamente por conta dessa entrada. Enquanto para os homens a entrada de um terceiro no âmbito das NTR se dá através da barriga de aluguel, para as mulheres, a entrada do terceiro neste campo se dá via doador de sêmen.

Beatriz afirma sobre a utilização de sêmen de doador conhecido, ou seja, sobre “entrada de um terceiro” conhecido: *“A gente não quer muito, principalmente a Maria, não quer um terceiro na relação. Eu também não quero”*. Sua companheira, Maria, complementa:

“Eu acho que a relação é nossa, não tem que ter uma terceira pessoa, independente, enfim... De quem seja, amigo, tudo... Eu acho que é uma coisa de nós enquanto casal, não queria uma terceira pessoa também ali participando disso, de ser o responsável pela criança”.

Assim como os casais de homens falam hipoteticamente sobre pedir a alguma familiar próxima que cumpra o papel de útero substitutivo, algumas mulheres falam hipoteticamente sobre a utilização de sêmen de algum amigo ou parente próximo, mas julgam não serem estes os melhores doadores, justamente por existir a possibilidade de eles passarem a participar da vida da criança concebida.

Íris, ao relatar seus planos com Helena para terem filhos conta que pensaram em pedir para algum familiar para ser o doador:

“Aí a gente pensou já em pedir para alguém da família. Mas aí volta essa questão, mesmo sendo da família, será que vai dar certo? Será que a gente não vai ter problemas futuramente? (...) Não sei. É muito complicado isso, porque a gente não sabe até onde é o ‘ser pai’, né? E eu não sei se isso iria exatamente ferir a gente, até porque a gente já tem um pouco esse preconceito, que isso vai interferir no nosso jeito (...) De família... No jeito de criar, mas talvez não interfira no final das contas, sabe lá... Mas é uma coisa que a gente tem medo, tem um receio”.

Helena traz que haviam pensado no irmão de Íris para doador, mas a questão da dúvida da parentalidade é colocada como fator contrário à ideia: *“A gente tinha pensado, por exemplo, de ser o irmão dela, o doador, pedir para o irmão de sangue, né. Mas a gente ficou pensando: será que vai ter algum impacto na família? Por exemplo, de dizer que é filho dele e não é filho dela?”.*

De acordo com pesquisa realizada por Luce (2010), um dos cenários mais comuns no Canadá de doadores conhecidos é o casal de mulheres pedir para o irmão da mulher que não sofrerá a inseminação para ser o doador; dessa maneira, é criada uma ligação biológica da ‘mãe não genética’ ou co-mãe com o filho – o que presentifica a importância das relações biológicas –, assim como a legitimação do parentesco. Em caso de ligação genética da co-mãe com a criança, por exemplo, através da utilização de seu sêmen do irmão, numa eventual separação, a ela também pode ser reconhecida como parente da criança, uma vez que há um laço genético.

Estabelecer uma relação biológica entre a criança e a mãe não biológica e sua família através do esperma do irmão desta pode ser um meio de renegociar o posto privilegiado das mães biológicas dentro das narrativas dominantes de parentesco e família. Com o laço biológico da criança com as duas mulheres e através da extensão dos laços biológicos com as duas famílias, as mães não biológicas podem ter mais chances em um reconhecimento legal da maternidade, mesmo reconhecendo o doador como pai. A ideia de co-mãe e filho partilharem do mesmo material genético é duradora e significativa. Contudo, as entrevistadas de Luce reconhecem que ter um membro da família como doador de esperma pode no futuro deslocar a mãe não biológica ou ambas as mães da posição de parentalidade se o suposto tio não aceitar esse lugar social e brigar por seus direitos legais de pai biológico (Luce, 2010).

Muitas das entrevistadas de Luce (2010) pensaram em usar um membro da família como doador, como forma de facilitar o reconhecimento de ambas as mulheres como mães da criança, fazendo seu link genético com a criança através de um corpo masculino como intermediário, como se o parentesco “passasse” através dele, porém, sem envolvê-lo. A mesma lógica pode ser verificada na fala de Íris, que relata que ela e Helena pensaram em seu irmão por conta da carga genética, que seria a mesma que a dela: *“Porque o meu irmão é como se fosse uma parte me representando (...) Representaria a minha genética, essa era uma coisa interessante assim”*.

Fátima, por sua vez, traz que ela e Joana pensaram hipoteticamente em pedir a um ex-namorado seu que fosse o doador de sêmen, mas a possibilidade de terem que “dividir” o filho com ele faz com que não cogitem realmente o pedido, uma vez que o desejo das duas é ter um filho que seja somente delas:

“Inclusive até em uma época a gente brincou... Ele foi meu namorado há muito tempo atrás... e eu cheguei a perguntar uma vez – Você seria o pai do nosso filho? Só que a gente pensou... É um homem lindo, seria ótimo... Muito prático... Mas aí ia ter que dividir (...) É o nosso filho, acabou. NOSSO”.

Não obstante, alguns casais de mulheres trazem que pensaram seriamente sobre a possibilidade de utilizarem um doador conhecido, desistindo por causa das complicações que poderiam ser causadas pela “entrada do terceiro”.

Lia conta de um amigo de Carla que se ofereceu para ser doador. Relata que o casal gostou da ideia, mas depois de um tempo, o amigo disse que gostaria de cuidar do bebê e elas desistiram da alternativa:

“Inicialmente eu pensava... Eu mais que a Carla, né? (...) Em que fosse de um amigo. Mas não deu nada certo, né? Um amigo se ofereceu, foi muito simpático, amigo seu, né, Carla? (...) Graças a Deus, depois de 15 dias ele disse: mas eu quero levar o bebê -. Queria ser a mãe... – Eu quero acordar à noite, eu quero trocar fralda, eu quero não sei o quê - (...) Isso me afligia, sinceramente. Depois que eu tive a indicação que seria um grande problema... Porque podia ser que outra pessoa não tivesse essa postura, mas ele queria realmente participar... E heterossexual, a gente tem esse modelo... Pega a cada 15 dias, leva para passear e devolve, mas não... Achei um pouco complicado (...) Se a gente levasse isso adiante ele queria todos os direitos... Não haveria o que se discutir”.

Janete relata que conversou com seu irmão e com seu sobrinho sobre eles serem os doadores de espermatozoide para Cláudia, mas também não achou uma boa alternativa, pois

se preocupava com as questões legais da parentalidade, ou seja, com seus parentes serem legalmente os pais de seu (sua) filho(a):

“Eu ainda conversei com o meu irmão. Conversei com um sobrinho meu e tal... Depois fiquei pensando: isso vai dar uma mistura aí que vai ser pior ainda. O meu sobrinho falou que a hora que eu quisesse, meu irmão falou que tudo bem mas (...) Tem as suas preocupações legais. E eu deixei quieto. Eu não vou pedir mais, não vou mexer mais com isso. E fui fazendo a minha cabeça que meu filho, independente de não ter a minha carga genética seria meu filho. E aceitar a história do doador de sêmen, que não fosse da minha família”.

Com o intuito de tirar da jogada o “terceiro elemento”, os casais de mulheres preferem optar pelo doador de sêmen desconhecido. Com a reprodução realizada em laboratório e com a utilização de sêmen de doador desconhecido, conforme afirma Weiss (2001), a base para a parentalidade não é a biologia (a carga genética que está nos gametas), mas as intenções das pessoas envolvidas, que demonstram o interesse procriativo. Sendo assim, nem o doador de esperma, nem a doadora de óvulo (pai e mãe biológicos, respectivamente), têm a parentalidade legal das crianças, sendo esta direito dos pais sociais, que manifestaram o desejo de cuidar de uma criança concebida artificialmente.

Somente dois dos casais entrevistados cogitavam o uso de sêmen de doador conhecido, contudo, trazem em suas falas que a inserção deste terceiro é uma decisão delicada. Da mesma forma, casais que tinham planos de realizar uma inseminação caseira com doador conhecido na pesquisa empreendida por Corrêa (2012) tinham a preocupação com a entrada do terceiro.

Um dos casais é Ana e Júlia, que pensava em utilizar sêmen de doador conhecido, um amigo de Ana. Colocam assim, a possibilidade do não uso da reprodução assistida, mas a realização de uma autoinseminação. Entretanto, mesmo sendo o casal simpático à utilização do sêmen do amigo de Ana, em suas falas há claramente a problemática da inserção do “terceiro” na relação. Ana coloca:

“A gente pensou muito na terceira pessoa, eu sempre achei que a gente podia ter uma opção que não fosse fertilização, mais barato, mais simples, que a gente não gastasse tanto dinheiro com isso e a gente ficava pensando na terceira pessoa. E a nossa discussão era: e a terceira pessoa vai ser nociva? Vai ser tranquilo na relação?(...) O meu amigo sempre foi mais sério, eu acho (...) Só que é alguém que eu confio(...) Eu acho que é um desafio do caramba, porque a gente vai ter a terceira pessoa, que é o fantasma ali... De toda lésbica, que é lidar com a terceira pessoa no

relacionamento. A gente vai ter que arrumar uma via para lidar com isso, mas eu acho super possível”.

Júlia, por sua vez, fala sobre a dificuldade em relação à entrada do terceiro, uma vez que é Ana que propõe que seu amigo seja o doador de sêmen. Ela aceita a proposta da inserção da terceira pessoa, contudo, se mostra apreensiva com este fato:

“Vai ter que lidar com uma outra pessoa, além da sua companheira, você vai ter que discutir sobre as coisas do dia a dia com uma outra pessoa. E é óbvio que às vezes eu penso e eu fico um pouco preocupada, mas eu andei pensando e conversando com ele eu acho ele uma pessoa que dá para negociar muita coisa. E a Ana tem bastante intimidade com ele, eu acho isso importante (...) Mas também a pessoa fala que não vai e tomar decisões sozinha, mas também pode acontecer... Eu também penso nisso. Não sou ingênua de achar que tudo vai ser lindo e maravilhoso e muito fácil, né? Eu acho que pode ser complicado”.

A problemática da inserção do terceiro como não muito confortável aparece nas falas do outro casal que coloca como possibilidade o uso de espermatozoides de doador conhecido e de autoinseminação: Cássia e Natália. Como doador, elas pensam em um vizinho, que se ofereceu para doar o espermatozoide. De acordo com Natália, sobre a presença de tal vizinho em suas vidas:

“É, presente ele estaria até porque é uma pessoa do convívio da gente. É uma pessoa que frequenta aqui, né? Então não tem como falar: não vai ver, ou vai, né? Mas pelo menos a gente já conversou e bem ou mal ele sabe que é, que seria dele, mas não muito, né?”

Segundo Luce (2009), no Canadá, anteriormente as lésbicas procuravam doadores conhecidos para a concepção de filhos. Nas décadas de 80 e 90, lésbicas e mulheres solteiras utilizavam a autoinseminação, a qual era feita com sêmen de doador e realizada em suas próprias casas. Mesmo nas clínicas, o sêmen do doador era inserido na vagina usando-se uma cânula. Contudo, com as clínicas de fertilidade abrindo as portas, elas passaram a procurar tais clínicas para realizarem sua vontade de terem filhos. Supõe-se que haja o mesmo movimento no Brasil. De acordo com as entrevistas realizadas para essa pesquisa, a alternativa de utilização de sêmen de doador conhecido/autoinseminação coexiste com a alternativa de utilização de tecnologia reprodutiva/doador desconhecido, sendo que a segunda é bem mais preponderante do que a primeira.

Como exemplo de não utilização de tecnologia reprodutiva/sêmen de doador desconhecido, também podemos pensar em Dulce, que havia realizado uma produção

independente no início dos anos 2000 e no momento da entrevista tinha uma filha de 10 anos. Ela manteve um relacionamento heterossexual com a finalidade de engravidar. Seu relato mostra o uso de outra alternativa a não ser a utilização de NTR: a “produção independente” Dulce conta sobre a sua experiência:

“Esse relacionamento relâmpago para engravidar é que complicava a vida porque eu nunca conseguia completar meu plano mirabolante, porque foi o que me manteve oito meses nesse relacionamento heterossexual e... Consegui enfim vencer todas as minhas barreiras e engravidei.”

Mesmo havendo relatos que indicam que há uma coexistência entre a utilização de NTR/doador desconhecido, autoinseminação e “produção independente”, ambas as últimas com doador conhecido, somente pode ser levantada a suposição de que há um movimento similar ao que Luce (2010) descreve em relação ao Canadá, pois a literatura sobre a autoinseminação por lésbicas no Brasil é escassa e fluida⁵², não sendo possível delinear de forma exata sua ocorrência no país. Na pesquisa realizada por Luce (2010), por sua vez, também havia uma lésbica que havia feito uma “produção independente”.

O que é fato é que a utilização de sêmen de doador desconhecido é vista como uma melhor alternativa para a maioria dos casais de lésbicas entrevistados, uma vez que um doador desconhecido não tem implicação parental nenhuma com a criança concebida, não sendo uma terceira pessoa na dinâmica parental, que como afirma Ana, *“é o fantasma (...) de toda lésbica (...) lidar com a terceira pessoa no relacionamento”*.

A ideia da terceira pessoa ser “um fantasma” também pode ser apreendida da fala do casal Joana e Fátima, que comprou sêmen de doador desconhecido de banco americano e não ficou feliz com o fato de o doador permitir ser revelado após o filho completar 18 anos⁵³. Fátima coloca:

“Esse que a gente escolheu, inclusive, ele tem uma característica que a gente não gostou e não foi também uma característica que a gente escolheu, mas... Calhou dele ter, que é que com 18 anos a criança pode procurá-lo, se ela quiser, se a gente permitir. Então ele se dispõe a ser identificado para a criança”.

⁵² Correa (2012) também afirma em sua tese que a literatura sobre autoinseminação e produção independente inexistente no país.

⁵³ Nos bancos de sêmen americanos há a alternativa de o doador de sêmen querer ficar anônimo ou permitir que sua identidade seja revelada às crianças concebidas com seu sêmen depois que elas completarem 18 anos.

Entretanto, Joana logo afirma que o casal não permitirá que o filho procure o pai, estando tal ideia fora de cogitação:

“Não, não vai ter opção... Não vai ter opção (...) A gente vai assinar um contrato que a gente abre mão disso ou a gente exige isso, para a criança poder acionar essa opção. Então, a gente tem opção de quando a criança nascer já mandar e-mail para a clínica e falar – não queremos essa opção –, aí acabou, não temos essa opção (...) Imagina você descobrir que tem 20 irmãos... Está louco, é muita informação”.

A não utilização de sêmen de doador conhecido também parece ser uma ideia disseminada pelas próprias clínicas de fertilização. Lia e Carla, casal que realizou o procedimento de reprodução assistida, relata que foi aconselhado pelos profissionais da clínica onde realizaram o procedimento que não fizessem a fertilização com sêmen de doador conhecido: *“O pessoal da clínica nos aconselhou que não fizessemos isso, porque a gente teria dor de cabeça: – Não façam isso! –.*(Lia). Encontra-se ideia análoga no trabalho de Luce (2010). Ela afirma que segundo o diretor do US National Centre for Lesbian Rights, utilizar o sêmen de um doador conhecido, é um campo minado, uma vez que o doador conhecido terá todos os direitos de pai.

Para as mulheres que Luce (2010) entrevistou, a decisão do doador conhecido ou não estava ligada às perspectivas de futuro das mulheres, assim como dependia da do quanto de envolvimento elas desejavam que o doador tivesse na vida da criança e também do medo em relação a uma disputa pela guarda da criança.

De acordo com os depoimentos dados para esta pesquisa, pode-se pensar em um certo cenário de preferência de doador de espermatozoides desconhecido e anônimo na amostra de casais de mulheres brasileiros, de classe média e residentes da cidade de São Paulo.

Não obstante, tal cenário não é o mesmo a depender do país e contexto analisados. Conforme Ryan-Flood (2009), os caminhos como as lésbicas enviassem as possibilidades de parentalidade são influenciados por discursos sociais mais amplos sobre o que é família, assim como a são perpassados por limitações sociais e institucionais. As decisões reprodutivas entre mães lésbicas não podem ser entendidas independentemente do contexto em que ocorrem. A autora realizou um estudo comparativo de maternidade lésbica na Suécia e na Irlanda. Na Suécia, a adoção e o uso de NTR eram proibidos para gays e lésbicas. Na Irlanda, as lésbicas eram excluídas do acesso às NTR, exceto por uma clínica, que oferecia o serviço, inclusive doador

anônimo para inseminação. Em ambos os países, a maioria das entrevistadas preferiam doadores conhecidos, uma vez que os bancos de sêmen são de difícil acesso nesses países.

Ryan-Flood (2009) realizou pesquisa na Suécia e na Irlanda sobre maternidade lésbica. Na Suécia, país que possui um sistema forte de participação ativa de pais na criação dos filhos, uma vez que as iniciativas de equidade de gênero, realizadas na década de 70, deram ênfase ao modelo de participação dos pais, as mulheres preferiam doadores conhecidos que tivessem contato com as crianças, sendo refletidas nas decisões reprodutivas normas culturais mais amplas que se preocupam com a participação do pai. Nos casos em que houve a inseminação de fato, os doadores mantiveram relações próximas com o casal e com a criança. As entrevistadas preferiam, também, que o doador fosse gay, por seu comprometimento com o movimento e a comunidade *queer*.

Já na Irlanda, país no qual não há lei que proteja mães lésbicas, a maioria dos casais entrevistados tinham preferência por um doador conhecido, mas que, entretanto, não se envolvesse com a futura criança. A genealogia da maternidade na sociedade irlandesa forneceu às mulheres um forte senso de confiança em sua habilidade de criar ambientes de amparo e carinho para crianças sem o envolvimento ativo dos pais.

Contudo, mesmo havendo diferenças entre o envolvimento do pai biológico entre as entrevistadas dos dois países, no conjunto intersecção está a preferência para que suas crianças tivessem acesso à identidade de seu pai biológico. O discurso da parentalidade tanto na Suécia quanto na Irlanda, reflete uma ênfase social mais ampla no conhecimento da paternidade biológica como necessária para a construção da identidade do indivíduo. As narrativas das participantes revelam a complexidade da escolha do doador e da construção de formas familiares que assegurariam o bem estar da criança. Em ambos os países, o doador conhecido é visto como o ‘melhor para a criança’.

No Brasil, de acordo com os dados produzidos pela pesquisa aqui apresentada⁵⁴, há preponderância de escolha de doadores desconhecidos e de utilização de tecnologia

⁵⁴ Dados que também são referentes à pesquisa de maior amplitude *Adoção e Tecnologias Reprodutivas na Construção de Novas Configurações Familiares* (Machin et al, 2013).

médica para a reprodução entre os casais de mulheres. No país, assim como na Irlanda, também não há leis que protejam casais de mesmo sexo. Há também uma forte cultura de valorização da maternidade, sendo as mães mais importantes em termos de lei (por exemplo, quando um casal se separa, é prioridade da mãe ficar com o filho), como existem diversos casos de mães solteiras, que criam seus filhos sozinhas, principalmente nas camadas mais pobres, sendo “mãe e pai”, expressão corrente no país. Tem-se como hipótese que a escolha das mulheres pelos doadores anônimos pode ter nuances sócio culturais de um “empoderamento” materno, sendo este traduzido pelo não desejo de que o pai biológico participe da criação do filho, pois ele a atrapalharia. A oferta de NTR também é parte importante neste contexto de escolha, uma vez que possibilita que o pai biológico seja excluído, já que há a oportunidade de utilização de sêmen de doador anônimo proveniente de banco de esperma.

Podemos pensar em relação a este “empoderamento” materno mesmo nas falas dos casais de homens entrevistados. As suas escolhas pela adoção e não pelo útero substitutivo são preenchidas também por esta noção. Enquanto o medo das mulheres é que o pai biológico participe da criação, o receio dos homens é o de que a mulher lhes tire a criança, uma vez que a mãe tem prioridade em relação ao filho. A fala de Artur traduz essa ideia:

“Como que ia ser a relação com essa pessoa? Se com dois não é fácil você chegar em acordo com alguma coisa imagina a três? Nós dois morando aqui, dois pais homossexuais, ela podendo achar milhões de coisas contrárias, a mãe tendo preferência perante a justiça da guarda de um filho. E aí? É muito sério, uma escolha muito séria”.

No que concerne, ainda à preferência dos casais de mulheres entrevistados por doador desconhecido e pela utilização de tecnologia de reprodução assistida, pode-se também conjecturar que tais escolhas, no Brasil, são conformadas, para além da não interferência do “terceiro” na relação parental, pela problemática do HIV. À uma fertilização assistida realizada em uma clínica especializada com esperma de doador desconhecido proveniente de banco de sêmen, está implícito um *screening* do sêmen, o que afasta a possibilidade de doenças sexualmente transmissíveis e aumenta a segurança dos casais, o que, por sua vez não acontece fora das paredes do laboratório.

Um paralelo com o Canadá parece interessante de ser traçado. Neste país, antes do HIV, o número de casais de lésbicas ou de mulheres solteiras que realizavam

inseminação caseira com doadores conhecidos era maior do que depois do início da epidemia. De acordo com Luce (2010), o aumento do uso do banco de espermatozoides se deu também por conta do HIV/Aids. O aumento do número de lésbicas procurando realizar uma inseminação assistida em clínicas médicas no Canadá, segundo a autora, está ligado ao HIV e à habilidade dessas clínicas em fornecer ‘espermatozoides limpos’ às elas. O discurso do risco de contaminação pelo HIV/Aids governa e normaliza as práticas clínicas de doadores e coloca a doação de espermatozoides fora do contexto clínico como arriscada e perigosa. A questão da Aids aparecia nos discursos das mulheres entrevistadas por Luce no contexto da autoinseminação.

Mesmo a problemática do HIV não aparecendo nomeadamente no discurso de nenhum casal de mesmo sexo (tanto de homens quanto de mulheres) entrevistado, nem mesmo no dos casais de mulheres que cogitavam autoinseminação, a reprodução em laboratório parece se mostrar mais “segura” para os casais de brasileiras entrevistados, que já pensam no uso da tecnologia como primeira opção factível. O risco de contaminação do espermatozoides normaliza as práticas das clínicas e dos doadores, como afirma Luce (2010), assim como também das contratantes do serviço de reprodução assistida. Sugere-se que tal movimento também ocorre no Brasil e, por isso, a grande maioria das entrevistadas já havia procurado ou tinha o plano de procurar clínicas de fertilização.

Weston (1997) também traz a questão do HIV como importante na conformação das famílias homossexuais no contexto dos Estados Unidos. Lá, antes da epidemia de Aids, alguns gays doavam espermatozoides para inseminação de lésbicas e assumiam responsabilidades na criação das crianças concebidas. Por algum tempo a cooperação entre gays e lésbicas como parceiros na inseminação e adoção pareceu oferecer a promessa de aparar algumas arestas dentro da comunidade gay, dividida por gênero, raça e classe. Contudo, com o surgimento da Aids, surgiu o medo de o espermatozoides doado por um gay estar contaminado e contaminar a mãe e a criança e tal prática tornou-se arriscada. O surgimento da Aids, assim, canalizou a parentalidade por homens gays na direção da parentalidade social (adoção) e não mais a partir de uma contribuição física.

O enfoque dado no desenho desse paralelo é o processo da passagem da utilização de sêmen de doador conhecido para uso de NTR com doador desconhecido com sêmen tratado, mudança que aconteceu no Canadá e EUA por conta do HIV e que

pode influenciar hoje como tem se dado as escolhas dos casais brasileiros de mesmo sexo em suas escolhas para efetivar o desejo de parentalidade, dentro de um contexto de normatização das práticas clínicas de reprodução. Neste sentido, sugere-se que o processo de lésbicas gerarem filhos parece se dar no Brasil de forma mais forte já dentro do contexto das NTR, com utilização de sêmen de doador anônimo e realizado dentro do contexto médico, não tendo havido um movimento de autoinseminação tão marcado como houve nos EUA e no Canadá. A escolha pela adoção dos homens entrevistados também pode ser permeada por este contexto, assim como nos Estados Unidos, contudo, nenhum dos entrevistados se refere de forma pontual à questão do HIV ou da normatização das práticas clínicas de reprodução.

Ainda dentro da temática da escolha do doador de sêmen, realizando o diálogo entre dados produzidos por Ryan-Flood (2009) – Suécia e Irlanda – e os produzidos pela presente pesquisa – Brasil –, temos que mesmo havendo ações opostas, sendo uma a de atrelar o terceiro à construção familiar, como acontece na Suécia e na Irlanda, e outra a de retirar o terceiro da relação parental, movimento que se constata no Brasil por meio da utilização/preferência de utilização de sêmen de doador desconhecido, tais ações remetem-se a um mesmo princípio: a importância dos laços biológicos. O destaque dado à biologia nos discursos das mulheres entrevistadas (tanto na Suécia e Irlanda, como no Brasil) ilustra importância que ela continua a ter em relação às noções contemporâneas de parentesco.

Ryan-Flood (2009), ao analisar os dados de sua pesquisa afirma que diferentemente das *famílias escolhidas*, conceituadas por Weston (1997), nas quais a centralidade da biologia na definição do parentesco é indeterminada, casais de lésbicas com crianças evocam articulações com a biologia. O destaque dado ao cunho biológico nos discursos das mulheres entrevistadas por ela também ilustra que o destaque dos laços biológicos na construção do parentesco na atualidade se mantém.

A importância dos laços biológicos para determinação de laços parentais tem como representante simbólico o *princípio do anonimato da terceira parte envolvida na concepção* dentro do *setting* da clínica de reprodução assistida. Segundo Salem (1995), este é um princípio adotado de forma quase universal, por meio do qual o casal que recebe o sêmen não pode saber a identidade do doador, assim como o doador não é autorizado a saber a identidade do casal para quem está doando. Tal princípio tem o

objetivo de cortar qualquer relação entre doadores e receptores, contudo, o acento do anonimato recai sobre o doador, o qual tem laço biológico com a criança concebida e justamente por isso não pode ser revelado.

Os bancos de esperma norte-americanos adotam o anonimato como regra⁵⁵ e, segundo Salem, o anonimato comporta, por sua vez, um duplo sentido: ao mesmo tempo que ele se fundamenta na identificação de laços familiares/biológicos, ele é um recurso socialmente estabelecido que age no sentido de driblar esta identificação. De acordo com a autora, “(...) o princípio do anonimato implica o reconhecimento da primazia dos laços biológicos sobre os sociais e, exatamente por isso, é que a identidade do doador é ocultada” (Salem, 1995, p. 52). Salem também afirma que por conta disso, o maior mal estar em relação às NTR é justamente a interveniência de um “terceiro”.

As falas das entrevistadas acerca do receio do terceiro na relação, da preferência pelo uso das NTR e da utilização sêmen proveniente de banco de sêmen – escolha que inclui o anonimato do doador – dão corpo às afirmações de Salem (1995) sobre a interveniência da “entrada de um terceiro” e da supremacia dos laços biológicos sobre os sociais no âmbito da parentalidade.

De acordo com Luce (2010), o uso do banco de esperma facilitou ainda mais a autonomia reprodutiva, distanciando quem utiliza o sêmen do doador do próprio doador, eliminando potenciais preocupações de paternidade. A abertura das portas das clínicas de fertilidade e o fato de o doador de sêmen não ter nenhum direito sobre a parentalidade por meio da prática da inseminação artificial, resolveu as potenciais complicações legais e sociais de usar um doador conhecido. Segundo Green (Green, 1999 apud Luce 2010), as lésbicas seriam provavelmente as maiores consumidoras da tecnologia de clonar, pois a partir da clonagem, há a aproximação da reprodução genética, não havendo questões com doadores de esperma.

A fala de Clarice personifica a autonomia reprodutiva de um casal de mulheres através do uso de sêmen de doador desconhecido: *“Então eu acho que as pessoas estão*

⁵⁵ De acordo com a prática recorrente, os bancos de esperma americanos hoje, guardam os dados dos doadores (inclusive informações de saúde) e das crianças concebidas com a utilização do esperma. O anonimato do doador é garantido pelos bancos, a menos que o doador tenha o desejo de ser conhecido e autorize seu desvelamento (Luce, 2010).

se valorizando, percebendo que você não precisa de uma terceira pessoa, você tem outros métodos que podem ser feitos para você ter um filho só seu e da sua mulher”.

Dentro do contexto médico, a lógica comercial dá suporte à exclusão do terceiro: os bancos de sêmen oferecem às mulheres a parte faltante para a concepção de uma criança, sem a participação direta do dono do sêmen no processo. De acordo do Thompson (2005), os bancos de espermatozoides oferecem potencialmente uma sobreposição entre o que é entendido como “família natural” e a cultura de consumo.

7.3.3 Mulheres: NTR/ experiências biológicas da maternidade X adoção

As NTR possibilitam a separação entre sexo e procriação e entre parente biológico e parente social. Por possibilitarem essas separações, elas passaram a ser uma opção muito sedutora para casais de mulheres que desejam ter filhos.

Há pouco tempo atrás, as NTR eram vistas somente como saída para casais heterossexuais inférteis. Entretanto, na última década no país, este cenário vem mudando de figura. Duas entrevistadas desenham em termos temporais a emergência da utilização das NTR pelos casais de lésbicas no Brasil e o fato de a utilização das tecnologias reprodutivas ter se tornado uma real opção para se ter filhos. Clarice, companheira de Dulce, relata que antes, quando as NTR não eram utilizadas por casais de mesmo sexo, outros caminhos eram feitos, como se ter uma relação heterossexual com a finalidade da concepção de um filho, o que foi feito por sua companheira. Clarice relata o fato:

“A Dulce tinha 20 anos e ninguém falava nisso, nem entre casais hétero era uma coisa que quase não se falava no Brasil. Quem tinha muito dinheiro ia fazer fora do país. Então, ela que morava no interior, novinha, fez isso, arrumou um cara para transar uma vez e engravidar...Então era assim que a gente fazia. Arrumava um amigo e fazia outras técnicas. Mas, agora acho que está muito popular que de uns dois anos para cá a gente conhece muita gente que fez”.

Já Cláudia, que tinha 51 anos no momento da entrevista, coloca que quando era jovem a utilização das NTR para concepção de filhos não existia como possibilidade para casais de mesmo sexo. Contudo, sempre teve o desejo de ter um filho e na atualidade, as técnicas de reprodução assistida possibilitam a realização desse sonho:

“Na época que eu era jovem não tinha, não existia isso, né. Nem se falava em inseminação. Era uma coisa que nem se cogitava. Mas depois com essas técnicas eu comecei a desejar. Então, era um desejo meu. E Deus me mandou uma mulher mais nova, talvez para isso também. Tanto que eu resisti... talvez ele tenha mandado e eu – está vendo? -, então tomei coragem de novo e me permiti sonhar novamente. Na verdade eu estou tentando realizar um antigo sonho. Vamos ver se acontece”.

O “ser possível ter um filho com outra mulher”, o que as entrevistadas demarcam que não era antes, e a existência de outros casais que realizaram procedimentos de reprodução assistida com tal propósito, fazem com que estas mulheres efetivem o uso das NTR, não mantendo este uso como mera possibilidade.

Contudo, biologicamente não é possível que duas mulheres produzam um filho, pois a reprodução, mesmo que se dê em meio ao laboratório, propiciada pela ciência e pela tecnologia médica, continua a ser sexuada, necessitando de dois gametas distintos para ocorrer.

Algumas entrevistadas reclamam dessas condições biológicas. Íris e Helena trazem à tona sua inconformidade com a limitação natural da reprodução. Helena questiona: *“Por que não pode ser uma gravidez assim: porque aconteceu?. – Olha, estou grávida, sabe?-, por que não pode ser assim? É uma coisa que incomoda um pouco a gente assim. Que era a solução de tudo, não ia ter mais nenhum porém, né?”* Íris chama o fato de a reprodução ser sexuada como “fator externo”:

“Esse fator externo realmente é uma coisa que é complicada (...) É uma situação que em um casal hétero consegue até sem querer. Um casal hétero que está tudo certo, sem infertilidade, consegue tranquilo, sem querer e tudo mais. E eu acho que é uma coisa que fere muito para quem quer e deseja e não tem como”.

Ana também expõe seu descontentamento com o fato de ela e a mulher não poderem ter filhos naturalmente, ou de “uma forma mais tranquila”:

“Primeiro quero dizer que é muito cruel você não poder ter filhos, sabe? Tipo de uma forma mais tranquila. Porque eu não sei se foi o fato da gente morar juntas, mas tem uma hora que você olha a pessoa e fala – Putz, eu gosto tanto que queria ter um filho com ela!- E que isso não fosse um problema, mas é um problema”.

Contrapondo a utilização de NTR – que prometem uma combinação perfeita entre escolha comercial e afirmação de parentesco natural (Thompson, 2005), assim como a retirada do “terceiro elemento” do jogo da parentalidade – à adoção, as

entrevistadas julgam que a utilização de tecnologia de reprodução uma opção mais fácil do que adotar uma criança, mesmo havendo todo um processo de medicalização da reprodução.

No caso dos homens, a adoção é a preferência unânime, mas para as mulheres, ela não se apresenta como a opção mais desejada. A questão da adoção é pensada pelos casais, mas sua realização não é cogitada de forma factível. Eles vêm adoção como mais difícil do que a utilização de tecnologia reprodutiva porque no Brasil, o processo de adoção de uma criança é moroso, principalmente quando se trata da adoção de bebês e de recém-nascidos e, em especial, quando se trata de recém-nascidas brancas e de sexo feminino. A adoção tardia, de crianças mais velhas (o que é aceito pelos casais de homens⁵⁶), não é uma tida como opção para as mulheres, que desejam cuidar de bebês. A fala de Íris demonstra este panorama:

“Você tem que estar muito preparado para fazer uma adoção. E tem que estar preparado para o que vier, porque aqui no Brasil a gente sabe que é muito difícil você conseguir uma pessoa como todo mundo pede (...) A fila é gigante para ter um recém-nascido... É gigantesca”.

Assim como Íris, Beatriz e Maria também não querem realizar uma adoção tardia, pois querem ter a experiência de cuidar de uma criança pequena. Julgam o uso de NTR como mais rápidos do que a adoção para terem um bebê. Beatriz coloca:

“Aí a gente queria deixar o nome na fila de adoção, mas a gente repensou. A gente não quer fazer adoção tardia (...) Para conseguir adotar rápido tem que ser adoção tardia, pelo menos aqui (...) E a gente quer, além dessa questão da criança mais velha, a gente quer ter isso. Ter esse cuidado com a criança pequena. E aí ia demorar muito. Por isso que a gente desistiu nesse primeiro momento. A inseminação, a fertilização, é muito mais rápido (...) Só que assim... podia ser, por exemplo, se eu adotasse, o que eu queria era um bebê... entendeu? Sabe aquela coisa maternal de cuidar do pequenininho, sabe?”.

A experiência da gestação e da amamentação também é colocada como fator importante na decisão pelas NTR em detrimento da adoção. Segundo Ana:

“Eu acho que a gente tem que ter o direito de passar por todos os estágios, da gravidez... Não faz sentido a gente não poder fazer isso também. De curtir a gravidez, de amamentar... De tudo esse processo. Eu acho que a gente tem que poder fazer tudo isso, não faz sentido se não puder fazer”.

⁵⁶ Os dois casais de homens que concretizaram adoções adotaram meninos em torno dos 3, 4 anos.

Janete traz também o fato de a adoção ser um processo demorado e afirma que sua companheira, Cláudia, tem a necessidade de gestar e amamentar, o que chama de “maternidade em sua plenitude”:

“Acho que esperar a adoção é um negócio muito sério. Tem gente que sofre demais de espera. E acho que a Cláudia tem essa necessidade de ser mãe, essa coisa de... Essa coisa de sentir a maternidade na sua plenitude. Eu acho que ela tem esse direito” (Janete).

Além da experiência da gestação e amamentação, o desejo de se ter um “filho seu” também é trazido por duas entrevistadas ao contraporem NTR e adoção. Íris coloca: *“Talvez seja o desejo de ter um filho... Talvez o nosso biológico conte muito”*. No mesmo sentido, Joana afirma que:

“Eu nunca pensei (em adoção). Eu sempre falei com a Fátima, por essa minha vontade de engravidar mesmo, é a parte física de engravidar. Eu falo – Fátima, mas tanta criança, tanta pessoa incompetente põe filho no mundo. Eu não vou abrir mão de colocar o meu”.

Os dados produzidos pela presente pesquisa são similares aos produzidos por Luna (2007), ao entrevistar mulheres heterossexuais de camadas médias como a de camadas populares que frequentavam clínicas e serviços de reprodução assistida. Suas entrevistadas também mencionam a burocracia para se adotar como um ponto negativo da adoção em contraposição à praticidade do uso de tecnologia reprodutiva para se ter filhos, a qual é escolhida como opção principal.

Contudo, a questão da adoção é vista por dois casais de entrevistadas como uma alternativa para um segundo filho. Beatriz fala sobre a possibilidade pensada juntamente com Maria:

“Talvez, se a gente conseguir fazer inseminação agora, der tudo certo, e ter o bebê, a gente faça uma experiência de fazer uma adoção tardia e ir trabalhando isso com a criança, porque a gente já vivenciou essa questão maternal com a criança, e já está naturalizado uma criança com a gente. Não sei. Vamos sentir como é isso”.

Lia e Carla também pensam em uma adoção para o segundo filho. O casal é o único casal entrevistado que já tinha um filho concebido por meio de NTR. Lia afirma sobre esta vontade: *“A gente, eu em especial, tenho um contato com o pessoal do orfanato e às vezes me sinto bastante tentada... Talvez no futuro à adoção. Um irmão ou irmã para A., uma menininha seria ótimo”*.

Há, entretanto, o caso de Edna. No momento da entrevista, ela havia realizado uma adoção à brasileira há dezesseis anos atrás, época em que o acesso às NTR não era tão facilitado como hoje no Brasil. Na época em que ela e sua companheira fizeram a adoção, elas não chegaram a pensar na utilização de tecnologia. Relata que havia a opção de produção independente, mas que não foi realmente cogitada. Sobre as NTR, conta que não havia acesso em termos de informações e também financeiro. Então, a opção escolhida foi a adoção e a adoção à brasileira. Edna conta:

“Relações héteros, acabou ficando muito distante pra mim, então eu não via e também não viabilizei outras possibilidades, né? (...) E não se falava (sobre NTR). E acho que também não teria... Não tinha acesso, né? Assim... Não teria acesso à informação, o acesso talvez financeiro: o custo, né? (...) A gente já foi pro caminho da adoção e quando vimos já estávamos com a menina (...) Sem elaborar muito. Não elaboramos muito (...) Então nós não passamos pelo fórum, não fomos para a lista de espera e quando a gente... Já estávamos com a menina e aí nós decidimos pela aquela adoção à brasileira, que aí nós registramos no nome da minha ex-parceira, como se ela fosse filha natural dela... Também sem elaborar muito essa questão”.

Dentro dos casais entrevistados, o único casal de mulheres que pensa na adoção como sendo a opção mais viável e factível, destacam essa posição pois não tem dinheiro para fazer utilização de NTR, possibilidade que o casal preferiria. Cássia relata que gostaria de fazer o procedimento de reprodução assistida pelo SUS. Contudo, os serviços que oferecem RA têm restrições quanto à idade da mulher para realização dos procedimentos. Segundo Cássia:

“Tinha algumas clínicas particulares, mas aí o valor é muito alto, assim, a gente não teria condições, então eu fui buscar informações sobre o SUS (...) E então a gente ficou nessa dificuldade, porque ela já está com 37. E ela engravidaria, né? Então assim, se isso não for possível, né? Claro que assim: se a inseminação for possível a gente preferiria, né? Mas se não for possível, uma adoção”.

Mesmo pensando hipoteticamente no uso de NTR, Cássia e Natália definiram que a gestação seria vivenciada por Natália, pois Cássia não tinha o desejo de passar pelo processo de gestação e Natália concordaria em ficar grávida mais uma vez⁵⁷. Assim como Cássia não fazia questão de engravidar e esse foi o critério de definição de quem passaria pela gestação, mesmo que de forma ideal entre ela e Natália, Íris também coloca que não faz questão de passar pelo processo de gestação, mas Helena faz: *“Por mim, eu não faço a questão de engravidar. Eu não tenho, eu não faço essa questão, eu*

⁵⁷ Natália já tem uma filha e dois filhos de relacionamento heterossexual anterior.

quero, como eu disse a você, eu quero ter aquele ‘serzinho’ e criar, me vincular a ele, ter afetividade... E ela já faz a questão de engravidar, ela faz”.

Da mesma forma, entre o casal Beatriz e Maria, Maria nunca teve o desejo de ficar grávida, enquanto Beatriz sempre teve a vontade de engravidar. Sobre este fato, Beatriz cometa: *“Aí a gente começou a ver as coisas se encaixarem, a ponto de já poder ter uma família. Vontade de ser mãe... A Maria nunca quis gerar filho, nada disso (...) Mas eu sempre tive muita vontade de ver a minha barriga crescendo”.* Entre Ana e Júlia, a vontade de vivenciar a gestação é mais de Júlia, colocando-se Ana como “menos corajosa” ou “menos capaz”: *“Eu acho que eu vou sofrer muito, acho Júlia mais corajosa (...) Eu acho que eu vou morrer de dor, eu vi a minha mãe grávida duas vezes... E eu acho que é muito para mim, eu acho que não sou capaz”.*

Assim, para muitas entrevistadas, a escolha de quem, no casal, seria a mãe que gestaria a criança se mostrou, em grande parte, uma decisão de querer ou não ter a experiência de gravidez e do parto. A proporção encontrada na pesquisa entre as mulheres que faziam questão de engravidar e as que não faziam foi de praticamente 50%/50%. Contudo, mesmo não gestando a criança, as mulheres que não faziam questão de engravidar também se enxergavam como mães, não se sentindo menos mães por não terem gestado.

Tais achados são muito similares aos encontrados por Ryan-Flood (2009) em sua pesquisa realizada na Suécia e na Irlanda. Nos dois países pesquisados por ela, havia uma clara distinção entre as mulheres que queriam ter essa experiência da gravidez e as que não queriam. Quase 40% das entrevistadas expressaram que não gostariam de engravidar. Todas as participantes se identificavam como mães, independentemente de sua relação biológica com o filho. As participantes estavam igualmente envolvidas em exercerem a parentalidade.

Outro fator decisivo entre as entrevistadas para a determinação de quem passaria dentre o casal pela experiência da gravidez foi o trabalho. Em dois casais (Maria e Beatriz e Lia e Carla), o fato de uma delas ser funcionária pública ajudou a determinar a questão da experiência de gestação. Conforme Maria:

“A Beatriz está concursada, eu trabalho como autônoma (...) A licença-maternidade para ela é garantida que é 6 meses, então nesse período... Por exemplo, se

eu engravidar ela teria que ficar trabalhando, não teria direito nenhum a participar desse momento (...) Plano de saúde, plano de saúde da Beatriz é da prefeitura, eu estou no plano de saúde com ela por conta da união homoafetiva, tudo... Mas se eu gerar a criança, nascer de mim, essa criança não tem direito ao plano de saúde dela”.

Lia e Carla que já tinham um menino, contam que a divisão da gestação foi feita de acordo com a comodidade de Carla ser funcionária pública e ter uma licença-maternidade de seis meses. Sobre isso, Carla afirma:

“São 6 meses, mas eu tenho licenças prêmio... Quando a gente começou a conversar e decidi que ia ser para agora, eu não tirei... Então eu tenho os meses da última vencida e juntando as férias desse ano, as férias do ano que vem (...) Então foi tudo planejado para ficar mais tempo com ele e eu fiquei (...) E aí eu fiquei com a gestação por conta dessa praticidade que ela não teria essa licença toda”.

Em relação à correspondência entre papel de gênero e vontade/decisão de quem engravidaria, não houve uma correspondência entre “lésbica feminina” e desejo de gestação. Neste sentido, a matriz heterossexual (Butler, 1996), baseada na conformidade entre o sexo feminino/gênero feminino/reprodução é ressignificada. Neste ponto, tal dado encontra eco na pesquisa de Souza (2005), que compara os efeitos da articulação entre maternidade e homossexualidade, nas regiões metropolitanas de Campinas (São Paulo, Brasil) e Toronto (Ontário, Canadá), dentro da qual também não é encontrada tal correlação. De acordo com a pesquisadora, uma lésbica masculinizada pode ou não engravidar, a depender da configuração de cada caso, o que é encontrado de forma afim na pesquisa aqui apresentada.

O caso de Maria e Beatriz é interessante em se tratando também de não correspondência entre sexo, gênero e reprodução. Somente Beatriz gostaria de passar pelo processo da gestação, mas as duas gostariam de amamentar. Elas contam sobre tal desejo e sobre como pensam em realizá-lo:

“Tem um hormônio que no parto ativa e estimula a amamentação. Então se ela vai ter o bebê daqui a uma semana eu posso começar a tomar esse hormônio uma semana antes do bebê nascer (...) Qualquer um pode tomar. Vende em farmácia. Mães que têm dificuldade para amamentar... Isso é distribuído, é uma coisa normal, não é proibido nem nada (...) E daí quando o bebê nasce a amamentação tem a estimulação(...) Quanto maior for a sucção mais leite vai vir, tendo essa questão hormonal. E tem tipo uma sonda, um cateter que você coloca do lado do peito para estimular o bebê a ter resultado, ele está sugando e está saindo alguma coisa... E poder ter essa estimulação do peito para o seu leite (Maria).

Beatriz complementa: *“Isso até que o leite dela vem... porque ela está tomando remédio e ele está sugando, estimulando o peito e o leite vem”.*

A questão da amamentação está dentro do âmbito de vivências da maternidade e este casal demonstra ter o desejo dessa vivência ser efetivada por ambas, tentando dissociar a amamentação da gestação e do parto, processos biológicos que estão necessariamente ligados, pois mulheres grávidas produzem prolactina, o hormônio responsável pela produção de leite. O casal planeja fazer tal dissociação, por sua vez, utilizando-se também de tecnologia: medicamento e cateter. Neste caso, como nos outros, no que se refere ao desejo de gestação, não há uma correlação entre sexo, gênero e reprodução, uma vez que as duas companheiras anseiam amamentar.

7.3.4 Laços biológicos X laços sociais

Em termos gerais, a preponderância dos laços biológicos sobre os laços sociais pode ser vista na preferência dos casais de mulheres pelo uso de NTR em contraposição à adoção. No caso dos homens entrevistados, a mesma predominância do biológico sobre o social pode ser vista na ideia de a mãe de aluguel poder se aposar da criança concebida. Por outro lado, a adoção como escolha, dá voz ao laço social como mais importante para os homens.

Souza (2005) sugere que a maternidade lésbica é algo incentivado e esperado mesmo pelos heterossexuais, devido à cultura de um corpo feminino que é dotado de capacidade reprodutiva. Os discursos dos entrevistados e a escolha pelas NTR, assim como a importância que as entrevistadas dão ao cuidar de bebês, à gestação e à amamentação (em contraposição aos homens que aceitam adotar crianças mais velhas não colocando, de forma geral, o cuidado com bebês como importante) e o suposto “empoderamento” materno, podem ser pensados nesse sentido. A autora defende, neste sentido, que a maternidade lésbica não é absolutamente subversiva, pois sustenta o discurso do “instinto materno”⁵⁸ e da mulher como tendo função reprodutora, ao mesmo tempo que mantém, mesmo de forma parcial, a família dentro dos limites da consanguinidade (Souza, 2005).

Em se tratando de consanguinidade, a ideia de sangue, por sua vez, se faz importante tanto para as mulheres quanto para os homens, simbolizando o conceito de biológico/genético. Cássia afirma a importância do sangue, fazendo a correlação entre sangue e genética: “*A gente pensou nisso, tipo, se houvesse a possibilidade de ela fazer*

⁵⁸ Segundo Badinter (1985) o instinto materno, ao qual chama de amor materno, é construído socialmente.

uma fertilização com o meu óvulo, né? Aí eu falei: seria um pouquinho meu, um pouquinho dela, assim. Seria das duas, vamos supor, teria assim o sangue da duas”.

Cláudia traz que um filho “*tem que ter o sangue*”, ao complementar Janete quando esta diz que “*gostaria muito de ter um filho com ela. Nosso, que fosse uma coisa nossa. Acho que para a criança seria mais fácil, para a sociedade seria mais fácil, para a minha família também, a aceitação seria totalmente diferente*”, fala na qual podemos também ver a atribuição de importância aos laços genéticos.

Luna (2005) encontra superposição das ideias de sangue e DNA, como equivalentes na pesquisa que realizou, sendo o sangue é veículo de transmissão da herança de família. De acordo com ela:

“Os laços de sangue são símbolos de pertencimento entre pessoas, das relações de filiação (...) O sangue articula a ordem da Natureza com a ordem da Cultura, transmitindo mais do que genes. A pessoa nasce mais do que um simples corpo natural, já surgindo moralmente construída, representante de uma família, uma tradição” (Luna, 2003 p. 400).

Pelo sangue não seriam passadas apenas características físicas, mas também traços de temperamento e comportamento, abrangendo também características sociais. A fala de Miguel retrata a importância atrelada ao sangue no mesmo sentido, como símbolo confluyente de natural e social:

“Não me coloco distante da nossa cultura... Eu acho que não é tanto por uma base genética, mas é reconhecer características no seu filho que têm a ver com a história dos seus familiares. E eu acho que isso dá... É uma sensação... Meus primos que têm filhos reconhecem nos filhos características da família, tanto de si próprio quanto dos pais. Então isso é um sentimento familiar que é construído na nossa sociedade que eu acabo reproduzindo também, no reconhecimento do fato de querer ter um filho. De reconhecer características próprias, de reconhecer características dos meus familiares no meu próprio filho, que tem a ver com uma história cultural da minha própria família. Eu acho que eu... Colocando em palavras o que é sentimento, eu acho que passa por essa ideia, mais do que uma base genética”.

Mesmo havendo nas falas dos entrevistados diversas referências à importância do laço biológico, todos os entrevistados afirmam, ao mesmo tempo, a relevância do laço social, uma vez que se preocupam com o fato de somente o casal exercer a parentalidade (através da adoção, no caso dos homens, e da preferência pelo doador

desconhecido e uso de NTR pelas mulheres). É impossível que os dois membros do casal sejam simultaneamente mães ou pais biológicos das crianças concebidas.

Neste sentido, há a coexistência no discurso dos entrevistados entre a preponderância dos laços sociais sobre os biológicos e a predominância dos laços biológicos sobre os sociais, por mais que tal coexistência possa parecer paradoxal. Segundo Thompson (2001), falar em termos de paradoxo entre natureza e cultura é quase sempre contraprodutivo, uma vez que natureza e cultura se coproduzem e as relações explicativas entre elas são eminentemente passíveis de revisão (Thompson, 2005).

Weiss (2011) coloca que o advento das NTR e as novas possibilidades de reprodução assistida de forma paradoxal dão voz à concepção social de parentalidade, quando os pais legais da criança concebida são aqueles que manifestaram o desejo de serem pais, contratando a clínica de reprodução assistida. Por outro lado, a biologia ainda se mostra bastante importante na atribuição da paternidade, o que é objetivado no *princípio do anonimato da terceira parte envolvida na concepção*. Weiss faz dois questionamentos frente a este movimento: estaria havendo uma “desbiologização” através da biologia? E por outro lado, estaria havendo também uma “rebiologização” através da cultura? De acordo com os depoimentos dos entrevistados, há os dois movimentos acontecendo de forma concomitante e não excludente, sendo ambos coautores na maneira de se conceber e se utilizar/não se utilizar as NTR pelos casais de mesmo sexo.

Na pesquisa realizada por Ryan-Flood (2009) sobre maternidade lésbica, assim como ocorre nos dados aqui apresentados, as entrevistadas enfatizam a natureza construída, não atribuindo uma clara delimitação entre natural e cultural e vivenciando o fato de terem filhos como uma co-construção entre natureza e cultura, uma vez que duas mulheres não são capazes biologicamente de darem origem a uma criança, sendo necessários “artifícios” para que isto seja possível.

Conforme Franklin (2001), as diferentes arenas em que há atuação da biotecnologia – como é o caso das NTR - produzem uma rica narrativa na qual as ideias de parentesco, natureza e cultura são costuradas de maneira historicamente densa e complexa (Franklin, 2001). O campo das NTR é, portanto um terreno híbrido de

natureza e cultura, que tem implicações sobre a forma de constituição do parentesco. De acordo com Luna (2007), é complexo estabelecer limites entre o natural e o cultural, uma vez que há recorrentes intervenções tecnológicas sobre a biologia e os conceitos de natureza e cultura são construções. Num contexto de NTR, o parentesco passa não mais a ser mais somente símbolo de relações naturais, havendo uma ‘naturalização’ do que é definido como cultural e uma ‘culturalização’ do compreendido como natural, num fluxo de significados entre natureza e cultura.

Em relação às NTR, os casais de mulheres entrevistados, de forma geral, mostram, ao mesmo tempo, serem levados e a darem forma a esse fluxo quanto ao parentesco e seu desejo de parentalidade, no que Thompson (2005) chama de *coreografia ontológica*, ou seja, a construção das famílias a partir da inter-relação entre natureza e cultura (tecnologia). Por este viés, a relação entre natureza e cultura tende, segundo o autor, a se complexificar cada vez mais nos novos tempos e com o uso das NTR.

7.4. CASAIS DE MULHERES E NOVAS TECNOLOGIAS REPRODUTIVAS (NTR)

As mulheres, pelo fato de a gestação ocorrer em seus corpos e a reprodução assistida, assim, ser de mais fácil acesso a elas (assim como possibilitarem a retirada do “terceiro elemento da jogada”), fazem a opção pelo uso de NTR em contraposição à adoção, o que é a alternativa escolhida pelos homens para efetivação do desejo de parentalidade. Como já mencionado, das 17 mulheres entrevistadas, apenas uma (Edna) havia feito uma adoção à brasileira há dezesseis anos. Por sua vez, dos oito casais de mulheres entrevistadas, três tinham planos concretos de utilizar NTR, quatro já haviam feito uso de NTR, sendo que um deles teve sucesso no tratamento, já tendo um menino e o um casal gostaria de utilizar as NTR, mas não conseguiria financiar o tratamento, optando, deste modo, pela adoção.

O fato de a tecnologia reprodutiva ser um produto comercial, o qual se pode adquirir, também é um facilitador para os casais de mulheres que desejam ter filhos, que vêm nessa característica a saída para o dilema da “inserção do terceiro”. Há um preço a se pagar para que não haja um homem que quer ser pai em meio a um casal de mulheres

e esse preço é realmente literal: medido em milhares de reais, para os casais de brasileiras. Ainda, através do uso de NTR, o vínculo biológico (pelo menos com uma das mães), considerado de extrema importância para as entrevistadas, se mantém inalienável, e esse uso, além disso, possibilita que uma das mães passe pela experiência da gestação, do parto e da amamentação.

Às NTR estão associados fertilidade, gênero, maternidade, hereditariedade, reprodução consanguínea e parentesco. Estes valores remetem diretamente ao desejo do filho biológico, tido como a principal justificativa para a oferta de serviços de reprodução assistida (Corrêa, 2001a) e a principal justificativa de quem contrata os serviços, não sendo diferente com os casais de mulheres entrevistados.

De acordo com Ramírez-Gálvez (2003), o campo das NTR é constituído pela inter-relação entre ciência, tecnologia e capital. O embrião produzido, chamado de tecnoembrião, é figura representante da mercantilização e do consumo biotecnológico e que afirma os valores tradicionais atrelados à família biológica. Conforme Thompson (2005), as NTR prometem uma combinação perfeita entre escolha comercial e afirmação de parentesco natural.

Nesse esquema, a biologia molecular torna a reprodução produto, dentro de um modo de vivência industrial (Thompson, 2005), sendo que a lógica do capitalismo contemporâneo transforma “o que faz bater o coração mais rápido” em commodities, dentro de um contexto de mercantilização da medicina ou medicalização (Ramírez-Gálvez, 2003).

Em meio a esse campo, soluções tecnológicas para questões extremamente íntimas acabam entrelaçando a técnica e o pessoal, não havendo clara separação entre natural e social (Thompson, 2005). Sendo assim, a utilização de tecnologia reprodutiva é representante do movimento da vida econômica adentrar a criação e sustentação de laços sociais. Segundo Zelizer (2011), usamos a vida econômica para iniciar, manter e renegociar laços com os outros, em especial os laços íntimos, numa certa compra de intimidade. A autora afirma sobre este movimento:

“Afim de contas todos nós estamos constantemente negociando combinações apropriadas entre as nossas relações íntimas e as atividades econômicas fundamentais. As escolhas

que as pessoas fazem a esse respeito têm um grande peso moral e sérias consequências para a viabilidade da sua vida íntima (...) A intimidade assume muitas formas. E a compra da intimidade também” (Zelizer, 2011, p. 251).

A preferência pela utilização de tecnologia reprodutiva, vista como mais fácil em relação à adoção pelas mulheres entrevistadas, é expressão desse panorama. Em quase nenhuma das entrevistas com os casais de mulheres há ênfase na ideia que se está fazendo parte de um mercado de reprodução ou de se estar “comprando” um filho⁵⁹. Em seus depoimentos, a tecnologia reprodutiva é encarada como uma saída para o dilema de não se conseguir ter filhos de maneira biológica/sexuada com a mulher amada.

As mulheres entrevistadas fazem parte do momento histórico de hoje no Ocidente, guiado pelas relações de mercado e no qual há vivência de um intenso individualismo e a mercantilização da medicina ou medicalização. Neste sentido, segundo Luna (2007), o direito de reprodução e escolha dos meios para procriação em expressão condizente com a ideologia individualista moderna. De acordo com Strathern (1992), o mundo europeu tem como principal característica a produção de uma fonte inesgotável de desejos, os quais são satisfeitos através do consumo, sendo que a tal satisfação é personalizada e individualizada. Neste âmbito, a cidadania é afirmada pelo poder em se fazer escolhas e consumir, mas, ao mesmo tempo, essas escolhas são constituídas por um jogo pré-formatado, que cria a ilusão que elas são atos subjetivos de liberdade, quando são reguladas por um sistema de mercado.

O mercado das NTR, por sua vez, é regulado no Brasil pelas clínicas particulares de reprodução assistida. Como afirma Corrêa (1997), num panorama nacional de carência de serviços mais primários em saúde:

“Um dispositivo de cuidados médicos como a reprodução assistida não poderia ser encontrado senão no setor privado da medicina, reproduzindo em toda sua extensão o que tem sido a história do consumo e da exclusão do consumo nas sociedades contemporâneas” (Corrêa, 1997, p.94).

⁵⁹ O discurso que mais traz essas ideias é o de Janete e Cláudia.

Neste contexto, a combinação de tecnologias biomédicas e mercado permitiu o surgimento de formas impensadas e incontrolláveis de comercialização das funções reprodutivas. Assim, tais formas passaram a fazer parte do repertório de *possibilidades de escolha* reprodutiva. (Ramírez- Gálvez, 2003). A inter-relação entre tecnologia, medicina, sociedade e mercado configura-se, assim, como formadora do contexto de instauração de necessidades, que, neste viés, poderiam ser descritas como “necessidades de *escolha reprodutiva*”. Tais necessidades, por sua vez, são associadas a *necessidades de saúde*, justamente por fazerem parte do âmbito médico, havendo sua aproximação com a saúde pelo processo de medicalização da sociedade. Nesse sentido, a necessidade de uso de NTR é veiculada e sentida como do campo da saúde. Por outro lado, se tomarmos o uso das NTR pelos casais de mulheres como um ideal de saúde (Paim, 1998) ou como projeto de felicidade (Ayres, 2007) ou, ainda, como um “vir a ser” (Campos, 2000), seu uso produz saúde, sendo necessidades criadas pertencentes ao campo da saúde.

Nos tópicos a seguir, discute-se as decisões dos casais de mulheres mediante a essas *possibilidades de escolha* construídas pela combinação ciência, tecnologia e capital.

7.4.1 ROPA (Recepção de Óvulo de Parceira)

ROPA, como já colocado, é sigla para Reception of Oocytes from Partner ou, em português, Recepção de Óvulos da Parceira, procedimento no qual uma das parceiras gesta o embrião gerado pelo óvulo da outra com espermatozoides de doador. Em termos corriqueiros: é colocado o “óvulo de uma na barriga da outra”. Ao invés de se concentrar a tecnologia reprodutiva em uma mulher (como seria o caso de uma inseminação artificial ou de uma fertilização), o emprego da tecnologia é “dividido” entre as duas mulheres do casal.

Há relatos de procedimentos condizentes à ROPA na literatura internacional (Strathern, 1992b; Thompson, 2005), sem a utilização do termo na caracterização do procedimento. Investigação na Espanha, entretanto, já utiliza a denominação ROPA (Marina et al., 2010) e produções de autoras nacionais, como a tese de doutoramento de Correa (2012) e o artigo de Machin (2014), também fazem uso do termo.

Há relatos de procedimentos de ROPA na literatura internacional (Strathern 1992b; Thompson, 2005) e em literatura nacional relatando o procedimento nos Estados Unidos (Luna, 2007; Fonseca, 2008), contudo sem a sigla ROPA denominar o procedimento. Pesquisadores espanhóis, já utilizam a denominação ROPA e produções de autoras nacionais (Corrêa, 2013; Machin, 2014) também fazem uso do termo.

Dentro dos três casais que tinham planos reais de efetivarem uma reprodução assistida, dois tinham o desejo de efetuar a ROPA, sendo que somente um deles não desejava utilizar como tecnologia reprodutiva a ROPA propriamente dita. Dentro dos quatro casais que já haviam feito uso de tecnologia reprodutiva, três deles realizaram pelo menos um procedimento de ROPA, tendo apenas um casal não utilizado a ROPA. Mesmo o casal que não teria condições de bancar um tratamento de reprodução assistida, optando pela adoção, de forma hipotética, gostaria de fazer uso da ROPA. De forma análoga, conforme a pesquisa realizada por Corrêa (2012), sobre mulheres lésbicas e maternidade, dois casais de lésbicas entrevistados por ela também fizeram o uso da ROPA. Neste sentido, a partir dos dados produzidos, pode-se afirmar que a ROPA é “o sonho de consumo” das entrevistadas. E um sonho que vem virando realidade.

Mas o que as entrevistadas acham da ROPA? Dois casais de mulheres entrevistadas contam que pensaram primeiramente na ROPA como algo hipotético, como um ideal de situação, sem saber que ela poderia ser realmente efetivada a partir da tecnologia. Segundo Cássia, membro do casal que realizaria uma adoção, por não ter dinheiro para financiar tratamento com tecnologia reprodutiva:

“Vamos imaginar um ideal, tá? Hipotético. Se ela engravidasse com o meu óvulo... Era o que a gente gostaria (...) Mas a gente não sabe se há possibilidade (...) Seria um pouquinho meu, um pouquinho dela, assim. Seria das duas, vamos supor, teria assim o sangue da duas”.

Joana, que conjuntamente com Fátima passou por um procedimento de ROPA (óvulo de Fátima e útero de Joana), contam terem idealizado a situação do “óvulo de uma na barriga da outra” antes de saber que ele era realmente possível. Joana diz:

“E uma vez a gente conversou assim: seria tão legal se desse para ser só o óvulo ali. Só que a gente achava que isso seria uma coisa impossível (...) O óvulo da Fátima engravidar... Na verdade foi: – Ah, podia funcionar! Mas a gente não tinha a menor ideia que existia essa possibilidade.

As entrevistadas, de maneira geral, colocam a ROPA como promotora de um ideal de filho gerado biologicamente pelas duas mães, assim como acontece em uma reprodução sexuada, com casais heterossexuais. Clarice conta o porquê utilizar a ROPA:

“Porque se você casa com um homem, você quer ter um filho com ele, não com o seu vizinho. Você quer ter um filho do homem que você ama. Então nada mais natural do que você querer gerar um filho da pessoa que você ama. E aí, as pessoas não entendem. Falam: ‘porque se você gerar com o seu próprio ovulo não vai ser filho dela? Vai assim como numa adoção o filho também é seu. Você adota e é seu’. Mas, é diferente você saber que aquela criança vai nascer com as características da pessoa que você ama e é você que está gerando (...) Porque é uma coisa que os héteros têm direito e a gente também quer ter. Gerar um filho da pessoa que a gente ama (...) A maior alegria é saber que está gerando um filho da pessoa que você ama, que não é só seu, é um filho dela. Acho que isso é que faz e deu aquele impulso na gente”.

Dulce, mulher de Clarice, afirma no mesmo sentido:

“Pensando que fisicamente, nesse lance de um filho do nosso relacionamento, fruto do nosso relacionamento, então a gente abraçou essa ideia. A minha mãe: ‘Por quê? Por que você vai colocar o seu óvulo nela? Por que não fazem inseminação?’ Eu falei para ela: mãe se o papai não pudesse, você ia querer sêmen do vizinho? E ela: ‘claro que não, né!’ Eu tenho uma oportunidade de engravidar a mulher que eu amo, é um direito nosso, é um direito nosso, por que que não querer ter um filho que é meu e dela? Por que vamos inseminar?”.

De acordo com Íris, a ROPA é a via pela qual pode se concretizar a utopia do filho biológico dela e de Helena: *“É utopia, a utopia do filho das duas. Ele ser filho biológico das duas, isso é muito forte”.* Lia, na mesma linha de significados, traz que gostaria da mistura (em termos biológicos) proporcionada pelo procedimento: *“Porque a gente queria essa mistura... É da natureza humana desejar esse tipo de coisa. A gente tem isso.”*

Também é colocado por Maria que a ROPA facilitaria a aceitação do casal e do próprio filho pelos pais, promovendo uma aproximação a partir da genética com ela, uma vez que quem gestaria seria sua companheira Beatriz:

“Aí tem a possibilidade, que a gente pensou... de eu doar o óvulo, fazer a fertilização e ela gerar, então seria material biológico meu e nascendo dela... Aí também (...) Isso aproximaria a minha família da criança, porque eu sei que vai ser difícil, enfim... acho que vai ser ao longo do tempo que meus pais vão ter essa relação, essa criança que nasce da Beatriz, a genética da Beatriz... Eles vendo a minha vinculação com a criança que ao longo do tempo isso pode ser desenvolvido com eles. Mas só o fato de ser geneticamente para meus pais é importante. Filho genético meu

isso já aproximaria, né? Então foi uma das possibilidades que a gente pensou também”.

A importância dada ao laço biológico está presente de forma bastante forte nessas falas das entrevistadas ao contarem o porquê da preferência pela ROPA dentro da gama de procedimentos oferecida pelas NTR (inseminação, fertilizações e ROPA). Strathern, já em 1992 (Strathern 1992b), afirma que a colocação do óvulo fecundado de uma das parceiras no útero da outra está relacionada a ‘acontecimentos naturais’, ou seja, a laços biológicos que estruturam o parentesco no Ocidente: a transmissão por meio da genética e o parto.

No caso da ROPA em particular, genético não seria sinônimo de biológico, como costumamos utilizar em português. As duas mulheres, a partir do procedimento da ROPA, estariam ligadas biologicamente à criança concebida, mas somente uma estaria ligada de forma genética: a dona do óvulo. A outra estaria ligada biologicamente através da gestação, não tendo, por sua vez, nenhuma ligação genética com a criança concebida.

Fonseca (2008) coloca que o desejo de implicar ambas as mulheres de forma biológica na procriação no ano de 2008 ainda aparecia como fantasia entre as lésbicas brasileiras, em contraposição a países do Hemisfério Norte nos quais a lei e o dinheiro tornavam tal tecnologia mais acessível. De acordo com os dados produzidos para a presente pesquisa, podemos afirmar que tal configuração de contexto sofreu uma mudança nos últimos anos e para além de um ideal hipotético, fantasiado pelos casais de mulheres, a ROPA vem sendo concretizada no país.

Um dos componentes que promove essa concretização é o fato de as clínicas de reprodução assistida privadas estarem oferecendo o tratamento e também divulgando a existência deste. Dois casais de entrevistadas relatam que o médico da clínica ofereceu a possibilidade da ROPA durante a consulta para uso de NTR. Relevante considerar que foram diferentes médicos, provenientes de diferentes clínicas que sugeriram o procedimento aos casais. Corrêa (2012) também relata um caso em que a ROPA foi ofertada pelo médico da clínica de reprodução assistida ao casal de mulheres que se consultava com ele.

Joana relata a sua surpresa e de Fátima quando o médico contou que existia a possibilidade e a ofertou:

"Marcaram com o doutor e a gente foi. E para a nossa surpresa, a gente nem falou e ele falou: – Então, o que vocês imaginam? Então a gente falou: – Olha, na verdade... E a gente nem falou essa possibilidade do óvulo da Fátima... Ele falou: – Mas pera aí, por que não as duas? Quando ele falou isso, ele abriu o mundo na nossa frente... – As duas? Mas dá para fazer assim? Aí até comentou: – Claro que o óvulo da Joana é mais novo e tal, mas você toma remédio, a gente faz... funciona. A Joana vai dar à luz e o óvulo da Fátima, né? Ficou tudo decidido e ele falou: – Quando vocês querem fazer?"

Assim como Joana e Fátima, Dulce e Clarice também se mostraram surpresas quando a ROPA foi oferecida pelo médico que lhes assistia. Contudo, Clarice afirma que a ROPA tem sido difundida e realizada por algumas clínicas de reprodução. Clarice conta:

"Têm clínicas que fazem tranquilamente. Tanto é que nós chegamos na clínica no ano passado para fazer uma inseminação e quando chegou lá falamos que queríamos o filho. E ele (o médico) falou: – Vocês vão querer fazer aquilo que todas estão querendo fazer agora? E falamos: – O quê? Gerar o óvulo da parceira? E eu falei: – Eu quero. Se você está oferecendo, eu quero (...) A gente não sabia ainda que era possível. Depois que a gente descobriu que é possível todo mundo quer (...) Hoje em dia têm clínicas que fazem tranquilamente, você chega lá e fala que quer fazer com o óvulo dela e eles fazem. Tanto que foi o médico que ofereceu para gente"

Contudo, Dulce coloca que a primeira vez que ela e Clarice procuraram uma clínica de reprodução assistida, buscaram com o intuito de fazer a ROPA, mas a médica da clínica afirmou não realizar tal procedimento. Por isso o maior espanto do casal diante da oferta do médico relatada acima. Quanto à primeira vez que procuraram uma clínica de reprodução, Dulce coloca: *"Quando a gente foi procurar pela primeira vez e a médica disse que teria que ser uma inseminação, a gente ficou... – Não tem como fazer transferência? – Não tem... Vai ter que ser inseminação mesmo"*.

A fala de Beatriz também traz que a clínica que procurou com sua companheira Maria com o intuito de fazer a ROPA também não a realizava, alegando a ilegalidade do procedimento: *"Eu pedi isso hoje na clínica, conversei sobre isso hoje na clínica e falaram: – Não pode, porque a gente faz procedimento todo legal e é ilegal"*.

Luna coloca em 2007 (Luna, 2007) que a maioria dos médicos não atende casais homossexuais. Em artigo de 2005 (Luna, 2005) relata o caso de uma médica de clínica privada que negou a solicitação de um casal de lésbicas de fazerem ROPA. Segundo a médica, de acordo com as regras do CFM, o pedido não se enquadrava dentro das condições para doação de óvulos, uma vez que a doação tem que ser anônima, e

também não se enquadrava dentro da sessão temporária de útero, pois a mulher que cederia o útero (uma das parceiras) não teria conexão biológica com a dona do óvulo. A negação se fez por meio da interpretação da médica da Resolução 1358/92 do CFM, a existente na época.

Assim como aconteceu com o casal de lésbicas no relato de Luna, algumas clínicas também se negaram a realizar a ROPA para alguns casais entrevistados. Por outro lado, três casais de entrevistadas chegaram a realizar efetivamente a ROPA.

Dulce e Clarice passaram pelo procedimento da ROPA, contudo, sem sucesso. Sobre a ROPA, Clarice afirma:

“Nós fizemos isso o ano passado, mas perdemos o nenê com um mês de gestação. Então não conseguimos e agora estamos começando esse ano de novo. Então está se popularizando, tem muita clínica fazendo e então as pessoas por conta de ver todos esses comerciais, vão tendo a ideia de que podem gerar um filho, mesmo sendo lésbicas”.

Lia e Carla também passaram pelo procedimento. Lia relata que na primeira vez não deu certo:

“Inicialmente a gente estava pensando em fazer a tradicional ROPA, fazer comigo e transferir para ela, em razão da minha idade obviamente seria um processo mais difícil... E a clínica até colocou que seria bem complicado, né? E aí não deu certo a primeira tentativa”.

Na segunda tentativa, ambas passaram por estimulação ovariana e óvulos das duas foram fertilizados com sêmen de doador. Os óvulos deram origem a dois embriões, que foram colocados no útero de Carla e destes um se desenvolveu. O casal preferiu não saber de quem era o óvulo que deu origem ao embrião que se desenvolveu, num arranjo que permite que as duas mulheres se sintam “mais mães”, uma vez que não se sabe quem a mãe genética da criança.

Joana e Fátima também utilizaram a ROPA. Joana traz a maneira como o serviço particular no qual foi realizado o procedimento contornava a impossibilidade da ROPA ser realizada, uma vez que, segundo a Resolução de 2010 (a qual valia na época da realização da ROPA), a doação de útero só podia se dar entre parentes consanguíneos (o que se mantém na Resolução de 2013, como afirmado anteriormente). Sua fala traz a questão da ovodoação como possibilitação da ROPA. Lembrando que ovodoação também foi regulamentada pela Resolução de 2013.

Joana diz:

“O serviço faz dessa forma, que eles chamam de ovodoação, que você doa seu óvulo para uma mulher engravidar (...) Porque pode parecer que a Fátima está fazendo barriga de aluguel comigo e não pode. Então, a gente assinou dois termos nesses primeiro tratamento, de ovodoação, tanto é que eles falaram: – (...) Finge... você não conhece ela -. Eu assinei um termo que eu estou recebendo um ovo doado, que eu não vou procurar saber quem é a pessoa e a Fátima está assinando um termo que está doando óvulo e que abre mão de qualquer tipo de parentesco. Então, é como se eu não a conhecesse e ela estivesse doando. Porque não pode conotar que é barriga de aluguel dela comigo (...) Tanto é que no serviço também perguntaram: - Como é que vocês vão lidar com o registro? -, porque talvez em alguns casos que eles fizeram teve um problema você dizer que você foi na clínica e que já conhecia ela, que ela me conhecia, que ela é a mãe do meu filho... E que eu quero que nós duas registremos... E você coloca o nome da clínica. Se você pega um juiz maldoso, ele pode processar a clínica, mas você fez barriga de aluguel, aí a clínica provavelmente vai falar, o advogado: – Ah, não, eu fiz ovodoação, ela doou o óvulo para ela -. Mas daí: - Não, a ovodoação tem que ser anônimo -. Então entra em um âmbito legal que eu acho que até a clínica pode ser prejudicada. Por isso que a gente assinou o termo falando que... Então é bem complexo. Eles poderiam falar que não fariam daquela primeira opção, daquela primeira forma, que eles não podem fazer ovodoação de pessoas que se conhecem e que não tem relacionamento de parentesco. Embora a gente tenha uma união estável, mas eu não sei se isso conota para a justiça parentesco. Então é bem complicado tudo.”

Clarice relata que o meio que a clínica que ela e Dulce estavam fazendo tratamento utilizava para que a ROPA pudesse ser efetivada era solicitar autorização para o CFM (pois o caso entrava como caso de exceção). Importante lembrar nesse ponto que Dulce e Clarice tinham um grupo de discussão de mães lésbicas e pais gays. Clarice conta sobre o médico responsável pelos procedimentos:

“Ele tem muito medo e para não correr esse risco resolveu agir pela maneira mais correta, que é autorização. Então estamos há sete meses esperando as autorizações e agora que ele foi lá e pediu para o grupo. O grupo fez cartas; nós fizemos; cada casal fez uma cartinha para o CFM solicitando a autorização. Então, estamos bombardeando o Conselho pedindo que tomem logo uma posição (...) Tem muita gente querendo”.

A fala de Clarice traz o retrato de um momento, no qual estava havendo pressão popular assim como também de médicos e clínicas de reprodução em relação à regulamentação do uso de tecnologia reprodutiva por lésbicas junto ao CFM, o que foi regulamentado pela Resolução CFM Nº 2013/13.

Pelas entrevistas terem sido realizadas antes da Resolução de 2013 e, portanto, antes da Resolução CFM Nº 2013/1, podemos pensar que a nova Resolução normatiza certas práticas que já estavam sendo utilizadas, mesmo que nem por todas as clínicas de

reprodução, sendo este o caso da ROPA. Não obstante, conforme leitura da Resolução de 2013, pode-se interpretar que a ROPA é uma gestação de substituição que se dá em casos de união homoafetiva, o que é normatizado pela resolução. Segundo a Resolução:

“As clínicas, centros ou serviços de reprodução humana podem usar técnicas de RA para criarem a situação identificada como gestação de substituição, desde que exista um problema médico que impeça ou contraindique a gestação na doadora genética ou *em caso de união homoafetiva*” (Conselho Federal de Medicina, Resolução Nº CFM 2013/13, capítulo VII do anexo à Resolução, grifo meu).

Contudo, o fato da doadora temporária do útero ter que ser parente consanguínea da doadora genética mantém-se na Resolução de 2013 (estando presente também nas resoluções de 92 e de 2010). Dentro desse parâmetro, a ROPA não seria possível, uma vez que, de certo modo, é improvável que duas companheiras sejam parentes consanguíneas. Pode-se concluir, no entanto, que há informações conflitantes na Resolução, as quais podem acarretar diferentes leituras, mas, ao mesmo tempo, está colocado “com todas as letras” que a gestação de substituição pode ser realizada em casos de união homoafetiva, o que normatiza a prática da ROPA. Neste sentido, prevê-se que o número de clínicas oferecendo e realizando a ROPA, assim como o número de casais que procuram o procedimento aumente.

A ROPA é um caso exemplar de nova necessidade “de saúde”. Há um contexto instaurador de necessidades conformado pela demanda dos casais de mulheres (ter um filho que seja biologicamente das duas) e pela oferta do serviço pelas clínicas de RA. A ROPA é criada pelas lésbicas e para as lésbicas. Contudo, sugere-se que tal necessidade esteja mais ligada ao consumo do que se configure como uma *necessidade de saúde* dentro do que propõem Schraiber e Mendes-Golçalves (2000). Há sua aproximação ao campo da saúde propriamente dito, por serem uma necessidade instaurada dentro do campo médico.

De acordo com as entrevistadas, a ROPA também se mostra uma saída para que o processo de ambas as mulheres do casal serem reconhecidas legalmente como mães possa ser mais facilmente efetivado. Neste sentido, o apoio institucional e social tem força na garantia da permanência dos laços de parentesco para esses casais de mulheres.

Conforme com Herrera (2007), o reconhecimento legal pode facilitar e abrir o caminho para o reconhecimento social. Obter a legalidade é uma maneira de validar a normalidade da família. Quando se reconhece legalmente o vínculo entre a mãe não biológica e seu filhos, há também, legalmente, a associação do filho a toda família desta mãe. Nas entrevistas realizadas por Herrera (2007) no Chile e em Barcelona, as “outras mães” tinham a preocupação com a validação do parentesco e com a desproteção legal.

Ainda segundo Herrera (2007), o fato de o vínculo da “outra mãe” (a mãe não biológica) com o filho não ser reconhecido legalmente tem implicações em todos os níveis, como a dificuldade de aceitação social e o fato de a “outra mãe”, no caso de uma separação, não ter direito nenhum sobre o filho.

No Brasil, sendo apenas uma das mulheres mãe biológica da criança (dona do o óvulo e do útero simultaneamente), é necessário que a “outra mãe”, à qual se convencionou chamar de co-mãe (Garcia et al, 2007; Herrera, 2007; Fonseca, 2008) entre na Justiça e faça o requerimento de uma adoção. Nessa situação, somente desta maneira ela pode se tornar mãe legal como a primeira, mesmo que segundo Weiss (2011), no âmbito das NTR, a ênfase da parentalidade recaia sobre as intenções das pessoas envolvidas, que demonstram o interesse procriativo e não sobre a biologia, sendo a parentalidade direito dos pais sociais, ou seja, de quem manifesta o desejo de cuidar de uma criança concebida artificialmente.

A preocupação e a importância das duas mães registrarem um filho faz parte também das falas dos casais de mulheres, assim como das entrevistadas de Herrera (2007). Ana, que conjuntamente com Júlia pretendem ter um filho com sêmen de doador conhecido afirma:

“Falou que no caso tinha que ser registrado pela Júlia, né? E a gente tem que entrar na justiça para tentar incluir o meu nome (...) Então, morri... É o filho da Júlia. Se a Júlia morreu o filho é meu. Os direitos ficam mais tranquilos, mas tem que entrar na Justiça, não tem jeito” (Ana).

Joana, que já haviam utilizado NTR, inclusive a ROPA com sua parceira Fátima traz sobre a questão do registro, uma vez que passariam por um novo procedimento de fertilização, no qual só Joana participaria com o óvulo e o útero:

“Mas o ideal seria que o nome das duas pudesse estar na certidão. Só que para isso você tem que brigar na Justiça (...) Eu acho que hoje estou mais inclinada... se não

tiver uma coisa simples, acho que estou mais inclinada a eu registrar e depois a Fátima entrar com processo de adoção e a gente adota nosso filho... Porque o documento de adoção é igual ao documento de certidão, qual a diferença? Vai estar o nome das duas lá de qualquer forma (...) Então, assim, é uma certidão de adoção e uma certidão de nascimento” (Joana).

Janete, que financiou todas as inseminações de Cláudia (que no momento da entrevista haviam sido três, nenhuma com sucesso), traz que julga importante guardar toda a documentação para brigar na Justiça pelo registro. Coloca o contrato de união estável também como algo que faz diferença:

“Sim, é um contrato registrado em cartório. Até porque tudo isso tem que ser levado em consideração na hora que nós vamos pedir o registro dessas crianças. Por exemplo, é o meu cartão de crédito... Então eu peço, o recibo sai no meu nome, dessa inseminação... Todo o tratamento é no meu nome, porque na hora que eu for pedir: – Escuta, eu... Nós duas decidimos, a minha parte... Eu paguei isso aqui, quer dizer, eu sou provedora dessa situação, então é o meu filho, para entrar justamente na justiça e termos uma resposta positiva. Mas eu acho que é questão de tempo”.

Cláudia, por sua vez, coloca que o fato de haver casos bem sucedidos de registro no nome das duas mães a tranquiliza, assim como Janete: *“O Dr. Eduardo tem deixado a gente tão calma, porque (...) Ele já tem clientes que conseguiram. Que conseguiram, que já estão no segundo filho e registrado no nome das duas. Então, eu não tenho... acho que vai ser muito tranquilo”.*

No único caso de NTR bem sucedida dentre as entrevistadas (Lia e Carla), o registro do filho pelas duas mães foi deferido, frente à documentação de FIV. Lia conta como foi o processo:

“Você se habilita, entrega os documentos, se habilita, ficam correndo as proclamas durante um período e depois você vai... É idêntico o procedimento ao de um casal heterossexual. Há também um pedido de registro, aí o diretor do cartório também tem que mandar. Porque nesse caso era o primeiro do Brasil feito. O primeiro do estado feito ali, naquela comarca. Aí ele pede para o juiz. Ele abre um incidente administrativo, é assim que funciona, e pede para o juiz deferir o pedido, porque ele não pode. Aí mandou para o juiz e o juiz deu para o promotor de justiça e o juiz... O promotor deu parecer favorável e o juiz mandou que procedesse. Pediu que a gente juntasse os termos de consentimento, da FIV, e a gente juntou aquela papelada toda... E aí ele deferiu”.

Contudo, em relação a esse caso em específico, não se pode afirmar ao certo se foi realizada ROPA ou não, pois foram coletados óvulos das duas parceiras, e fertilizados e elas preferiram não saber qual deles deu origem ao menino concebido.

Nesse sentido, o registro pelas duas mães ainda depende muito do parecer do juiz e, assim, de decisões personalizadas, bem como acontece em qualquer caso de adoção. A ROPA seria uma alternativa para uma não dependência de pareceres personalizados e para não se ter que dar entrada em um processo de adoção. A ROPA facilitaria os trâmites jurídicos, uma vez que as duas mulheres podem ser comprovadas como mães da criança concebida: uma via DNA (o que pode ser atestado por um exame de DNA) e outra via gestação e nascimento, pois legalmente é considerada mãe aquela que dá a luz.

Por meio da ROPA, numa interessante combinação, os elos natural e social se fundem. O vínculo biológico afirma o vínculo social e o “papel de mãe”. Por este viés, a ROPA promove a legalização do vínculo filial da criança concebida com ambas as parceiras, havendo facilitação de uma questão social por uma questão biológica. A ROPA seria uma saída para as duas mulheres poderem ser reconhecidas como mães sem grandes trâmites legais.

7.4.2 Plano de utilização de NTR X uso de NTR concretizado

Alguns dos casais de mulheres que ainda não tinham realizado nenhum procedimento de tecnologia reprodutiva trazem a dúvida de tecnologia utilizar e levantam questões sobre o alto custo e efetividade dos procedimentos como também acerca da agressão ao corpo por meio dos hormônios usados nos tratamentos.

Segundo Íris:

“Cada tecnologia tem seus prós e os contras. Então, tem os contras financeiros, tem os contras também em relação ao corpo (...) A gente já na inseminação artificial mesmo, que seria o procedimento mais barato aqui no Brasil, se for de clínica. E aí a gente pensa: puxa, e as chances de dar certo? A gente vai pagar, porque não é barato(...) São 20% de chance de dar certo. Aí a gente já pensa: puxa, 20% de chance de dar certo (...) A fertilização vai para para 45, quase 50 (...) Dependendo também de como a fertilização é feita, porque tem aqueles vários tipos”.

Júlia, companheira de Íris toca na questão das altas doses hormonais usadas nos tratamentos:

“A quantidade de hormônios, o tratamento... Essas coisas que preocupam um pouco a gente, porque se por um lado a FIV pode ser mais cara mas mais certa, ela

tem um processo de tratamento envolvido que é muito invasivo. E isso é uma coisa que preocupa muito a gente assim, porque a gente já tenta evitar o máximo possível qualquer coisa muito assim, nociva ao organismo”.

Maria, companheira de Beatriz, também traz a questão financeira ligada à efetividade do tratamento. Ela coloca: *“Porque cada tentativa é muito dinheiro e o máximo que a gente vai conseguir fazer é uma tentativa pela questão financeira, então tem que ser bem escolhido”.* Como saída para o alto custo dos procedimentos de tecnologia reprodutiva, o casal pretende realizar uma ovodoação para financiar o tratamento. Beatriz, que passaria pelo procedimento de reprodução assistida, doaria os óvulos. Ela coloca a doação de óvulos também como solidariedade e afirma que Maria também faria a doação tendo somente este propósito:

“A gente quer fazer ovodoação: doar óvulos (...) A gente acha que é uma questão de solidariedade até. E aí a gente encontrou uma clínica que (...) a pessoa que vai fazer o tratamento, para quem ela doa, a receptora paga o tratamento, e aí a gente falou: nossa, é o canal! A gente queria doar... Inclusive eu que vou fazer e ela vai pagar o meu tratamento, a receptora (...) A Maria no caso vai doar porque é uma questão que a gente quer auxiliar mesmo quem está nessa batalha. E a gente está muito feliz com isso, porque agora vai concretizar... Porque 9.000 reais que ia custar a fertilização, é muito dinheiro ”. A ovodoação pagaria somente a fertilização, tendo o casal que custear o restante. Sobre isso, Maria conta: *“os exames a gente tem que ir atrás, consulta... Só o procedimento da punção e da fertilização em si, o restante a gente teria que pagar, ainda vai ter que pagar”.*

A doação compartilhada de oócitos, prática relatada na qual a receptora do óvulo custeava o tratamento da doadora, foi regulamentada pela última Resolução do CFM (Resolução CFM Nº 2.013/13). No parágrafo IV, Doação de Gametas ou Embriões, há o seguinte acréscimo em relação à Resolução de 2010:

“É permitida a doação voluntária de gametas, bem como a situação identificada como doação compartilhada de oócitos em RA, onde doadora e receptora, participando como portadoras de problemas de reprodução, compartilham tanto do material biológico quanto dos custos financeiros que envolvem o procedimento de RA. A doadora tem preferência sobre o material biológico que será produzido” (Conselho Federal de Medicina, Resolução Nº CFM 2013/13, cap. IV, item 9 do anexo à Resolução).

Neste sentido aqui, temos um exemplo de que a nova Resolução regulamenta práticas que já estavam sendo empregadas pelas clínicas de reprodução assistida.

A lógica de consumo que rege a mercantilização da medicina (medicalização) e as relações em uma clínica de reprodução assistida, mesmo que não escancarada, fica bem clara nessa “troca” que acontece nos casos de doação compartilhada de oócitos. No Brasil é proibida a venda de gametas⁶⁰, prática corrente nos EUA, por exemplo. Contudo, as clínicas mediam esta venda, que acaba por se dar em um contexto de “doação”. Janete, em seu depoimento também traz também a questão da ovodoação. Sobre ela, afirma:

“Eu acho que a procura por óvulos é enorme. Então, eu acho que essa abertura em algumas clínicas se deve também a isso. Porque a pessoa doa, faz isso. Tem casos de meninas. Ela tem direito a um desconto absurdo dentro do tratamento, a umas medicações e tal, se ela fizer ovodoação. Porque tem que ser doação, não pode ser comprado. E a procura é muito grande (...) E quem tem dinheiro para pagar é mulher mais velha, é quem depende da ovodoação”.

Quanto às mulheres que já passaram por alguma intervenção de reprodução assistida, elas também, antes de realizarem os procedimentos, tinham expectativas e questionavam/decidiam qual tecnologia usar. Carla aponta a idealização do tratamento: *“A gente imaginava que ia chegar lá e que na primeira tentativa ia conseguir, porque até então para a gente não tinha problema nenhum, era chegar e engravidar”.* Dulce coloca que ela e Clarice chegaram a pensar em uma inseminação caseira, comprando sêmen de doador via Internet. Dulce relata sobre o comportamento de Clarice acerca da procura pelo sêmen:

“Aí entrou a história da inseminação caseira, e ela ficou completamente doida com achar na internet doador. – Amor, eu encontrei um rapaz, lá na Paraíba e não sei das contas. Ele está doando. Ele só quer R\$2.000,00 reais, porque está doando por amor! - e colocava no Orkut quase assim: procuro sêmen desesperadamente! Uma coisa assim. Então foi uma neurose maior para mim”.

Cláudia conta que estava desde início decidida a só realizar inseminação, pois há menos uso de hormônios: *“Eu falei que só inseminação. Era o que eu queria, da forma mais natural (...) Não usar hormônio... Eu como química... meu doutorado foi em fármacos, para o mal dos meus pecados, porque eu não tomo remédio”.*

⁶⁰ “A doação nunca terá caráter lucrativo ou comercial” (Conselho Federal de Medicina, Resoluções CFM Nº 1.358/92; Nº 1.957/10; Nº CFM 2013/13, parágrafo IV).

Contudo, o que é preponderante são seus relatos de experiência de utilização de NTR. As entrevistadas dão ênfase à dificuldade do processo. Trazem que o tratamento é caro e que várias tentativas são feitas até que o casal consiga ter êxito, o que gera tremenda exaustão. Os casais sempre têm muita expectativa de que dê certo e, sendo assim, muita frustração quando não dá. Fátima e Joana contam sobre suas expectativas acerca da inseminação artificial *in vitro* para ROPA (óvulo de Fátima e útero de Joana) que realizaram e que não teve sucesso. Fátima, que passou pela estimulação ovariana, relata: *“A gente ficou muito chateada. Eu particularmente fiquei muito mal. É um tratamento muito caro. É um carro popular cada vez, vamos dizer assim (...)É desgastante”*. Joana, no mesmo sentido coloca: *“Foi bem chocante. A gente não esperava que fosse dar errado”*.

Dulce, que recebeu o óvulo fertilizado de Clarice num procedimento de ROPA relata o não êxito do procedimento:

“Ai (Clarice) tomou o protocolo 1 dos hormônios, e estava com 15 folículos enormes, carregando a barriga para lá e para cá.... E aí fez a punção, fizemos a transferência e ela engravidou. E infelizmente com 1 mês de gestação, nós perdemos o bebê”.

Lia e Carla, que passaram por quatro FIV, tendo sido bem sucedida a última, colocam a dificuldade e o estresse gerado pelas tentativas malsucedidas e pela quantidade de hormônios utilizada para os tratamentos. Em relação à primeira tentativa, que foi uma ROPA, Carla conta: *“As duas com medicação desde a primeira, uma para desenvolver os óvulos e a outra para preparar o útero e receber (...) E toda aquela paranoia com a medicação. A gente tinha até medo de acabar a energia durante a noite e a gente não acordar”* Lia, complementando Carla coloca: *“Era muito hormônio nessa casa(...) Na geladeira só tinha injeção(...) Acordava com sobressaltos. A questão psicológica é muito afetada”*. Sobre a segunda tentativa Lia relata sobre a inseminação artificial que não deu certo: através de exames descobriu-se que Carla tinha as trompas enoveladas. *“A segunda eu falei: – Vamos parar com essa bobagem, que essa é uma bobagem, vamos fazer inseminação nela, direto, vamos parar com isso! Aí realizamos exames. Ela tem as trompas viradas, enoveladas não sei das quantas”*. O procedimento não deu certo e o casal partiu novamente para uma FIV.

No que se refere à terceira tentativa que também não teve sucesso, Lia “se perde” em meio a tantos procedimentos realizados:

“Aí eu falei: – Pronto, vamos para a FIV! Aí a gente retomou a questão da FIV e aí (...) acho que foi só com você (...) Mas era complicado, porque ela tinha uma quantidade boa mas existia uma qualidade péssima (...) É oneroso e principalmente um desgaste emocional impressionante em cada tentativa. Enfim, não é fácil”.

Carla coloca que na após a terceira tentativa malsucedida quase desistiram: *“Na terceira a gente quase que desistiu, né? (...) Tínhamos pensado em parar”*. Muito cansado, o casal pensava realmente em parar as tentativas com NTR e partir para a adoção, contudo, tentaram mais uma vez. Lia conta que estavam pensando em parar e

“pensar na questão futura de adoção, porque a gente estava muito fraca... Juntando as duas não dava uma. Até brincaram: vocês duas não dá uma. Eles acabam com a gente. Bom, aí eu menstruei, aí ela foi para o plantão... Aí eu liguei que eu menstruei (...) Liguei para a doutora e falei: – Doutora, a senhora faz? – Faço”.

Carla acrescenta:

“13 óvulos, aí 5 foram fecundados, aí ficaram 2 (...) Aí ela ligou no sábado de manhã(...): – Olha, a gente vai transferir hoje, a gente tem dois e eu acho que é o momento de transferir agora. E aí a gente foi para a clínica. Foram transferidos os 2. Aí a gente ficou naquela expectativa (...) Enlouquecida... a questão psicológica... Você vicia, só pensa naquilo (...) Passou uma semana, vai para a clínica para fazer o ultrassom e aí confirmou um só”.

Sobre a expectativa Lia afirma: *“Foram 15 dias desesperadores... Como a coisa é feia, nossa!”*. Nessa última tentativa, óvulos das duas companheiras foram fertilizados, tendo passado as duas por estimulação ovariana. Carla conta do stress desse processo: *“Foi bastante estressante esse processo, porque eram duas medicações... eles entraram com medicações para que a gente menstruassem no mesmo dia, para sincronizar o ciclo, não precisar congelar”*. Este último procedimento deu origem a um menino, conquanto, o casal não quis saber de quem era o óvulo que originou a criança, não se podendo efetivamente afirmar que neste caso houve uma ROPA bem sucedida, somente um uso de NTR (no caso, FIV) bem sucedida.

Janete e Claudia, que optaram por realizar sempre inseminações artificiais (pois há menos posologia de hormônios) também relatam sobre o alto investimento emocional. Claudia ia passar pelo quinto procedimento de inseminação artificial. Janete conta sobre Claudia, cada vez que o procedimento não dá certo:

“Aí ela chora, chora. Eu fico preocupada porque ela está muito confiante dessa vez. E eu fico com o pé atrás. Então, toda vez que a gente leva uma cacetada eu levo ela para viajar. É sempre melhor chorar no avião do que chorar em casa. Então, eu levo para chorar no avião”.

Janete relata ainda, que se a inseminação artificial que Claudia estava prestes a fazer não desse certo, elas partiriam para a FIV e que estava receosa quanto a este fato:

“Eu tenho muito medo dessa ansiedade da Cláudia, porque realmente se com uma FIV não der certo ela vai ter uma caída muito séria, muito séria mesmo. Ela é muito emoção, ela é muito emotiva e tal. Então, nós estamos tentando. Se Deus quiser... vai ser uma benção muito grande se ela estiver grávida agora. Mas senão a gente vai partir para a FIV”.

De acordo com Machin (1999, 2000), os procedimentos das NTR são altamente complexos, apresentam riscos à saúde – apresentando diversos efeitos colaterais –, alto custo e baixa resolutividade efetiva, informações que são pouco mencionadas. Este último fato pode colaborar em grande parte para a alta expectativa dos casais que se propõe a passar pelo tratamento, o que pressupõe, por sua vez, uma grande decepção quando este não dá certo.

Mesmo que o casal Íris e Julia, que ainda não havia passado por nenhum tratamento com NTR tenham mencionado a sua preocupação com a nocividade dos tratamentos, devido à quantidade de hormônios que é utilizada e os procedimentos invasivos, há grande diferença entre as falas dos casais que ainda não passaram por nenhum tratamento e dos quais já passaram por eles. Na fala dos primeiros, há grande esperança de que os tratamentos tenham sucesso em uma primeira tentativa, o que é contraposto em termos reais pelas falas dos últimos, que trazem a dificuldade do tratamento e o testemunho das diversas tentativas realizadas, na maioria dos casais, ainda, sem sucesso. Tal insucesso gera muito stress. No caso dos casais que não realizaram nenhum procedimento de reprodução assistida, a utilização das NTR é idealizada, idealização ainda enfatizada pelo casal Beatriz e Maria, o qual tem como plano (ou fantasia) que as duas amamentem o filho.

Conquanto, os casais que já utilizaram NTR, por mais difícil que seja, são resilientes, mantendo a esperança de que o tratamento dê certo a cada novo procedimento. Dois deles relatam que já compraram o enxoval do bebê, mesmo não havendo bebê, o que denota sua esperança. Joana traz: *“A gente comprou tudo. Então assim, hoje a gente tem tudo, mas não tem filho (...) Então a gente tem, toda a parte*

grande a gente já tem tudo”. Cláudia, conta que ela e Janete, assim como Joana e Fátima, também já compraram o enxoval:

“E aí cada vez que eu inseminava... não dava certo, a gente viajava. Aí eu ia para EUA e comprava o enxoval todo... e voltava chorando... A quantidade de roupa de nenê que eu tenho... Aí eu falava – pode deixar, sou louca -, mas era uma louca mesmo. Acho que foram umas três viagens”.

Quanto ao fator inseminação X fertilização, ele está presente nas falas de algumas entrevistadas. A primeira escolha delas (mesmo que não efetiva, mas a primeira escolha ideal) é a inseminação, por se tratar, segundo elas, de um procedimento mais natural, com menos utilização de hormônios e menos corporalmente invasivo.

Cláudia, que só havia decidido realizar só inseminações afirma:

“Porque eu também preferi fazer a inseminação fui eu que quis, estou na quinta tentativa. Porque eu queria que fosse uma coisa mais natural mesmo (...) Então, para mim era muito complicado tomar aquele monte de medicamento, sabendo que faz um mal danado, porque fica tudo muito louco dentro da gente, sem ter problema nenhum(...) Com a FIV você já sai realmente grávida, né? Você está com o embrião. Então, para mim eu acho que seria muito mais traumático. Por enquanto não engravidou porque não engravidou, né?”

Helena, que ainda não havia realizado nenhum procedimento com NTR, coloca a sua preferência pela inseminação. Contudo, aponta que com a FIV, a utilização de tecnologia pode ser mais efetiva:

“A quantidade de hormônios, o tratamento (...) Se por um lado a FIV pode ser mais cara mas mais certa, ela tem um processo de tratamento envolvido que é muito invasivo(...) A gente já tenta evitar o máximo possível qualquer coisa muito assim, nociva ao organismo”.

Na pesquisa realizada por Luna (2007), poucas entrevistadas consideraram importante a diferença entre inseminação intrauterina e FIV, diferente do que é encontrado nesta pesquisa.

Apesar da dificuldade da efetividade do tratamento, da carga de medicamentos utilizada, do stress emocional, a gravidez concretizada e o filho parecem abonar todas as dificuldades e percalços. Lia e Carla, único casal de entrevistadas a ter sucesso em um dos tratamentos (para ser exata, no quarto tratamento) falam sobre a gravidez. Carla, que vivenciou a gravidez, conta:

“E a gravidez foi ótima, a gente curtiu o tempo todo... Nós adquirimos um doppler para ouvir o coração do bebê (...)Então toda noite eu chegava do serviço (...) eu subia e a gente escutava o coraçãozinho dele, os movimentos, que faz um barulhinho (...)Eu sempre falava que queria ter uma barriga enorme (...) e foi incrível assim: a minha barriga, com três meses, ela já começou a aparecer mesmo. E a minha barriga ficou enorme que todo mundo olhava e falava: – Mas você tem certeza que não são dois? E só tinha barriga, foi uma gravidez fantástica”.

7.4.3 Mulher + mulher = bebê

Os casais, de forma geral referem-se espontaneamente ao processo de utilização das NRT sem se referir ao componente sêmen, como se a concepção da criança dependesse somente das duas mulheres. Quando falam sobre a utilização das tecnologias, relatam os procedimentos (que tinham planos de fazer ou que já haviam realizado) falando da inseminação, dos hormônios, da maturação de folículos, da punção de óvulos, da transferência de óvulos, entretanto sem mencionar o esperma num primeiro relato. Somente quando são perguntadas especificamente sobre o esperma, passam a falar dele.

O discurso das entrevistadas está imbuído da lógica mãe genética = óvulo e mãe não genética = sêmen, numa lógica que mimetiza a reprodução sexuada, onde o sêmen é proveniente de um dos membros do casal (o homem) e o óvulo de outra (a mulher).

Não há neste caso uma correlação entre papel de gênero e quem é dona do óvulo (parte relativa à mulher) e quem “representa” o sêmen (parte relativa ao homem), não havendo uma conformidade entre sexo feminino/gênero feminino/reprodução, sendo esta relação, base da matriz heterossexual (Butler, 1996), ressignificada, assim como no caso do desejo de gestação.

Dentro da lógica ‘mãe genética = óvulo e mãe não genética = sêmen’, os casais que realizaram procedimentos de NTR e, sendo assim, utilizaram sêmen de doador, relatam que procuraram doadores que tinham o fenótipo similar com a ‘mãe não-genética’, ou seja, com a mãe que não era dona do óvulo que seria fecundado com tal esperma ou co-mãe. Dados similares são encontrados na pesquisa de Corrêa (2012), na qual as mulheres entrevistadas buscavam um doador que se assemelhasse à ‘mãe não genética’, na busca de uma mistura das duas mães.

Joana, que passaria por um processo de inseminação artificial após uma ROPA malsucedida (óvulo de Joana, útero de Fátima), com sêmen de doador de banco de sêmen brasileiro o mais semelhante possível a Fátima, explica o porquê da escolha do sêmen de banco americano para a inseminação ser de um doador com características físicas muito semelhantes às de Fátima:

“Explicando agora o porquê do sêmen. A Fátima tem olho azul e cabelo claro (...) Eu falei: – Fátima, se a gente pega alguém parecido comigo, vai nascer a cara do doador, não vai ser parecido com você, só se tiver alguma sorte do destino, apesar de ter mãe de olho verde, então até pode vir com olho claro, mas se é a parte genética, não vai parecer com você, a probabilidade de parecer com você é quase zero (...) Então a gente lá escolheu, o sêmen chegou (...) Em três semanas (...) É a cara da Fátima quando era pequena”.

Dulce relata a escolha de doador em duas situações diferentes: a primeira, quando Clarice passaria por uma inseminação e o sêmen seria de doador parecido com ela; e a segunda, quando seria realizada a ROPA com seu óvulo e útero de Clarice. Neste segundo caso, a escolha do sêmen havia sido feita de acordo com a semelhança com Clarice. Pelo fato de as duas já terem filhas de relação heterossexual anterior, a escolha do sêmen ainda foi feita a “a quatro mãos”.

“Quando a gente ia fazer inseminação a gente pensou alguém mais parecido comigo, que já que ia ser com óvulo dela(...) Queria parecido comigo. E quando a gente foi para a FIV, para a troca de óvulos, a gente procurou mas parecido com a Clarice (...) o tipo físico, tudo mais. E as crianças optando pelo irmão parecer um pouco com elas também” (Dulce).

Nas duas situações, é a lógica ‘mãe genética = óvulo e mãe não genética = sêmen’ que determina a escolha do doador de sêmen.

Cláudia, que era a dona do óvulo e também do útero (pois o procedimento escolhido por ela e Janete era a inseminação artificial) relata que o sêmen não era o seu papel, o qual atrelava à sua companheira:

“Mas é muito engraçado, porque para mim aquele sêmen é dela. A gente pediu as fotos do doador, mas para mim assim... Não quer dizer nada. Eu vejo a foto da infância do doador e eu penso no meu filho, né, que ele vai ter algumas características daquela criança, vai ser parecido com aquela criança. Mas para mim, como tem parecido com ela, para mim vem dela, então essa história de doador para mim eu não tive problemas em aceitar isso(...) E foi muito engraçado que em nenhum momento tomei conhecimento do sêmen, quem era o doador, que cor que tinha, que cor que não tinha. Esse é um papel dela, uma função dela. A minha função é gerar”.

O único casal que não traz a necessidade do doador de esperma ter fenótipo similar ao da mãe não genética (co-mãe) é Lia e Carla. Lia coloca que o casal procura um doador parecido com as duas, entretanto, neste caso, as duas tinham o tipo físico parecido: *“Que fosse a nossa semelhança, branca, castanha, loira... Puxado mais para a nossa família... mais parecido (...) Porque a gente escolhia... um tipo mais parecido conosco”*.

Hayden (1995), ao estudar casais de lésbicas que utilizaram sêmen de doador conhecido ou anônimo, coloca que o poder de gerar a criança é atribuído às co-mães e não ao esperma doado, pois as co-mães participaram conjuntamente da decisão de ter um filho e ativamente da decisão da escolha do doador (Hayden, 1995). Pode-se depreender o mesmo fato nas falas apresentadas acima. Por este viés, se as co-mães representam o esperma, elas realmente fazem jus a esta “representação”, procurando doadores com fenótipos similares ao seu, como se fosse o seu próprio sêmen.

Salem (1995) dá o nome de “manipulação social das origens genéticas” à tentativa de compatibilizar as características físicas entre doadores e receptores de gametas, o que é feito pelas entrevistadas. Segundo a autora, esta é uma tentativa de mimetizar o parentesco biológico convencional, dado que as relações de parentesco forjadas pelas NTR implicam na proximidade com o parentesco genético. A semelhança de fenótipo, assim, substituiria de modo simbólico a transmissão de genes.

Dados similares também são encontrados por Weston (1997). Para suas entrevistadas, o sêmen é visto apenas como catalisador, o qual facilita a concepção. Na impossibilidade de uma partenogênese (procriação da fêmea sem necessidade de um macho que a fecunde, como acontece com alguns seres vivos), o desejo da mãe genética é o de que a criança se pareça fisicamente com a mãe não genética. Deste modo, há a procura de um doador com características físicas parecidas com a mãe não genética. De acordo com a autora, um filho ser parecido com os pais pode significar a criação de uma continuidade étnica e cultural. No contexto de mães lésbicas escolhendo doadores, elas escolhem deliberadamente características físicas do doador na tentativa de reforçar o laço legalmente frágil com a mãe não genética. Os laços biológicos dentro do contexto das famílias homossexuais não aparecem como algo dado, mas como algo conscientemente criado, tendo a escolha como peça central e condição estrutural (Weston, 1997).

No Brasil, o “laço biológico criado” também é incentivado pelos parâmetros médicos. Em todas as Resoluções do CFM (Resolução CFM Nº 1358/92, Resolução CFM Nº 1.957/10 e Resolução CFM Nº 2013/13) a responsabilidade da escolha dos doadores é da unidade que realiza a reprodução assistida e é recomendado que haja máxima semelhança fenotípica entre doador e receptora. Assim, as relações de parentesco são legitimadas pela proximidade de características físicas, como que simbolizando uma passagem de genes. O movimento dos casais de mulheres de escolherem o doador a partir de sua semelhança com a mãe não genética se dá no contexto de reprodução de casais de mesmo sexo, mas segue esta mesma lógica, que preza por manter os padrões fenotípicos sem muitas alterações dentro de uma mesma linhagem, mesmo que essa linhagem seja criada.

A preferência em utilizar o termo ‘mãe não genética’ à co-mãe, mesmo que diversas autoras (Hayden, 1995; Herrera, 2007; Fonseca, 2008) utilizem o segundo termo, se dá ao fato que em termos de ROPA, a relação que diz respeito aos laços ditos biológicos se complexifica. Coloca-se, nesse caso o questionamento: em casos de ROPA, o nome co-mãe pode ser atrelado à ‘mãe não genética’, uma vez que dentro desse contexto a ‘mãe não genética’ é a ‘mãe biológica’? Sendo que legalmente, no Brasil, a mãe é aquela que dá a luz?⁶¹ Em casos de ROPA, a mãe que tem a necessidade de provar que é mãe é a mãe genética, o que, por sua vez, pode ser feito por meio de um exame de DNA.

A associação ‘mãe genética = óvulo e mãe não genética = sêmen’ permanece nos casos de ROPA. Tem-se como exemplo o casal Dulce e Clarice. A ROPA seria realizada com óvulo de Dulce e útero de Clarice e a escolha do sêmen havia sido feita de acordo com a semelhança entre o doador e Clarice, ou seja, entre o doador e ‘a mãe não genética’, mas que passaria pela gestação. O casal Joana e Fátima também segue a mesma lógica. Na ROPA realizada em um primeira tentativa de uso de NTR, na qual o óvulo era de Joana e o útero de Fátima, a busca foi por um doador que fosse parecido com Fátima. Joana, em seu discurso afirma a dificuldade em se conseguir um doador no banco de esperma brasileiro com características semelhantes às Fátima, que tinha olho azul. Lembrando que sobre o casal Lia e Carla não podemos afirmar com certeza que houve ROPA, tendo sido os óvulos das duas fertilizados. No caso delas, o doador foi escolhido de acordo com a semelhança com as duas, sendo um caso específico no

⁶¹ Com exceção dos casos em que há doação de útero (barriga de aluguel).

estudo, no qual as duas companheiras participam do processo de maneira indissociada tanto quanto à escolha do sêmen quanto à escolha do óvulo.

Luna (2002b), Strathern (1998) e Roberts (1998) afirmam apud Luna 2007 que em um procedimento de ROPA, a doadora do óvulo assumiria a posição estrutural masculina dentro do processo de procriação (inseminar ou doar gametas), enquanto a outra mulher ocuparia o papel feminino, ligado à gestação. Tal comparação faz sentido ao pensarmos, como já foi colocado anteriormente, como a ROPA sendo a efetivação do filho de duas companheiras, como se não existisse sêmen, sendo a ideia que a maioria das entrevistadas traz em um primeiro momento. Contudo, ao pensarmos a entrada do sêmen, tal análise pode mudar um pouco de figura.

Os casais, ao escolherem o doador, procuram um doador que seja fenotipicamente semelhante à ‘mãe não genética’, numa relação onde o sêmen ocupa o lugar da carga genética desta, como substituto simbólico da transmissão de genes. Sendo assim, a mãe que é “dona do sêmen”, cumprindo a função de inseminar o óvulo da outra mãe (função do homem), é simultaneamente a mãe que gesta (função da mulher). Tal leitura pode parecer paradoxal e se mostrar por deveras confusa, por outro lado, mostra a não fixação em lugares de reprodução demarcados. Voltamos à ressignificação da matriz heterossexual (Butler, 1996), pois não há, mais uma vez, correspondência entre sexo feminino, gênero feminino e reprodução. Tal não fixação de lugares reprodutivos é possibilitada pelas NTR. Elas proporcionam uma série de possibilidades de combinações e vivências quando utilizadas por casais de mulheres, mesmo que todas as vivências se deem com base na ideia pertencimento biológico.

De acordo com Franklin (2001), o movimento da natureza se tornando artificial levanta uma interessante reflexão em relação à análise do parentesco e de gênero e sua relação com os acontecimentos da vida. A luta para desnaturalizar parentesco e gênero, separando-os das questões biológicas, passou a ser acompanhada por uma desnaturalização da própria biologia e não somente em relação à biologia como ciência, mas também em relação aos corpos biológicos, no sentido de se tornar cada vez mais difícil determinar o que é considerado como estritamente biológico. Deste modo, a questão do significado dos fatos biológicos tem se mostrado difícil. A autora afirma que de forma superficial, pode-se dizer que o domínio do biológico é hoje mais construído do que era anteriormente, o que tem consequências não somente no modo como pensamos a biologia, a biotecnologia e nossa relação com elas, mas também em relação

ao que consideramos laço biológico. As “novas biológicas” – as práticas da atual ciência biológica – e os “novos produtos biológicos”, dentre eles as NTR, podem ser entendidos como sujeitos que desfamiliarizam o que se entende por biologia e também por biológico (Franklin, 2001), num processo de desenvolvimento de novos significados. De acordo com Luna (2007), há um fluxo de significado entre natureza e cultura, havendo uma socialização de um processo biológico (Luna, 2007).

Voltando a Franklin (2001), dentro desse processo de construção de novos significados, os casais que realizam FIV foram convencidos de que ter um bebê via reprodução assistida é como se ter um bebê via uma gravidez normal e natural. As maneiras que os seres humanos estão hoje conectados e relacionados com a biologia, desfaz os laços biológicos extremamente fixos que serviam de base para a representação do parentesco (Franklin, 2001). Para além da FIV, a questão da escolha do sêmen fenotipicamente semelhante à ‘mãe não genética’ também busca a naturalidade de uma reprodução “mulher/mulher”, forjada pela tecnologia. A ROPA, sendo uma FIV realizada com esperma de doador com características similares à da ‘mãe não genética’, na qual há a transferência do óvulo de uma mulher para a outra⁶², neste sentido, é símbolo da máxima complexificação da construção da biologia e da interpenetração entre natureza e cultura.

7.4.4 Bancos de sêmen

Conforme os depoimentos, o sêmen é que vivenciado como mero catalisador para a reprodução entre duas mulheres. Contudo é peça imprescindível dentro do processo da concepção de uma criança. Neste sentido, a escolha do sêmen se torna parte importante na realização do sonho da parentalidade entre lésbicas. A importância da escolha de um doador com características similares às da ‘mãe não genética’ foi discutida acima. Entretanto, quais recursos os casais de mulheres utilizam na busca e escolha desse sêmen?

No Brasil, a comercialização de gametas é proibida (Resoluções CFM N° 1358/92, CFM N° 1.957/10 e CFM N° 2013/13, cap. IV). Assim, o banco brasileiro é composto apenas por doações de sêmen, diferentemente do americano. Íris, que ainda

⁶² De acordo com as características da ROPA que foi realizada pelos casais de entrevistadas.

não havia concretizado nenhum procedimento de NTR, mas estava planejando, coloca o questionamento quanto à aquisição de sêmen no Brasil. Traz que mesmo que não se possa haver comercialização de sêmen, o sêmen é comprado e custa caro:

“Mas a gente paga caro para ter o sêmen (...) Aqui no Brasil, é 1.500 reais. Que você paga em média, dizem que esse valor é por causa da conservação, não sei o que (...) Do tratamento, 1.500 reais. Então, não se pode vender, mas há um comércio em cima desse sêmen, engraçado isso”.

A aquisição também só se pode dar via da clínica de reprodução assistida, diferentemente de nos EUA, por exemplo, onde o banco vende até sêmen *in natura* diretamente para o consumidor. Clarice relata como funciona a aquisição do sêmen no Brasil. Mesmo não podendo ser comercializado, a lógica comercial também é pano de fundo para as afirmações de Clarice:

“Então, aqui no Brasil a gente não pode comprar o sêmen como pode lá fora, só a clínica pode comprar. E se ela for comprar, você é obrigada a fazer o procedimento com a clínica. Você não pode pedir para o médico comprar para você fazer em casa. Até porque vem congelado e você não tem como (...) Então você é obrigada a ir a uma clínica, não tem outro jeito se você não quiser fazer com um doador conhecido, tem que ir numa clínica”.

Todos os casais que realizaram procedimentos de NTR utilizaram o banco brasileiro de sêmen pelo menos uma vez. Quanto ao banco do Brasil, Carla e Lia, que utilizaram o banco brasileiro no uso de NTR bem sucedido, reclamam das poucas informações acerca do doador: *“Eu acho bem restritas as informações da lista. Acho que poderia ter uma questão maior do histórico (...) Eu acho que deveria ter mais informações acerca do histórico, saúde (Carla); “Então a gente escolhe ‘mas no mucho’. Quase que fomos escolhidas” (Lia). Dulce, da mesma forma que Carla e Lia, coloca a questão falta de informação do banco brasileiro:*

“Eu achei que era o ‘que temos para hoje’. Na verdade eu acho que tem informações que eles colocam que são desnecessárias e o que realmente importa fica de fora. Não tem um quadro de doenças da família, por exemplo, não tem várias coisas (...) Não fala nem se ele usa óculos, se é careca, se é narigudo (...) Então eu acho que fica devendo muito, para a gente (...) O sonho de ser mãe é tão acima dessas coisas que a gente acaba passando por cima dessas coisas no Brasil, mas sem dúvida fica um pouco limitado”.

Janete aponta que há poucas amostras para serem escolhidas, pois há poucos doadores:

“E o banco fala assim: – Tem uma mostra que dá para inseminação, outra amostra que não dá para inseminação -, no fim o que eu escolhi não estava disponível. E também tem essa: não estar disponível, porque como é pouco doador, e muita procura, então tem um ‘x’ que eles podem fornecer”.

Por conta da pouca informação acerca dos doadores e pelo pouco número de amostras do banco nacional, os casais vêm como alternativa a compra de sêmen de banco americano, que é mediada pela clínica de Reprodução Assistida. Outro fator colocado por dois casais de entrevistadas no que se refere à sua preferência pelo banco americano é a “ má qualidade” dos doadores brasileiros. O fato de serem doadores na acepção do termo, segundo Joana, influi nesse aspecto:

“Porque a qualidade é outra, aqui, veja bem, qual é o perfil do banco de sêmen brasileiro? É um homem no hospital esperando alguém que está doente e: – Você quer doar sêmen hoje? Não tem essa cultura, porque não é remunerado. Nos EUA, e eu estudei lá, meus amigos todos doavam sêmen, cada um lindo de 19... 20 anos. Eles pagam, são estudantes universitários, super saudáveis, que mal entraram na vida de bebida ainda que são super sarados, super atléticos. A qualidade do sêmen é infinitamente... não dá nem para comparar”.

A “qualidade” dos doadores, da mesma forma, é questionada por Fátima:

“Vou ser muito sincera, é feio o que eu vou falar. Mas tem a questão da beleza também. O povo brasileiro é um povo feio... Aí o que você tem, motorista, não sei quem... Era tudo gente... Aí: – Ah, meu Deus, como será que é, né? Eu acho que isso pegou”.

Fátima também coloca que se sentia insegura quanto ao banco brasileiro pela falta de informações e opções. Relata sentimento diferente em relação ao banco americano:

“A insegurança que o banco de sêmen daqui do Brasil me causou foi enorme (...) Em contrapartida, o banco de sêmen americano, dá uma super tranquilidade, porque te dá uma série de informações, te dá opções, sabe? É infinitamente diferente. É a mesma coisa que você tirar no escuro e tirar no claro”.

A questão do sentimento de insegurança em relação ao sêmen brasileiro também está presente na fala de Janete. Quando opta pelo banco americano, depois de utilizar sêmen de banco brasileiro em diversas tentativas, fica mais confiante:

“Eu não sentia segurança em relação ao sêmen... Sabe, eu nunca sabia se estava fazendo certo no que estava escolhendo. Tinha uma insegurança muito grande (...) Eu escolhia assim, tipo, o menos pior, e aquilo estava me dando um negócio ruim, sabe? (...) Puxa, você tem tanto cuidado, de escolher sêmen de vaca, sêmen de cavalo e

para filho pegar qualquer um?⁶³ (...)Então, que drama quando penso no tanto de dinheiro que eu gastei no ano passado com aquele banco (...) Dessa vez não, dessa vez eu escolhi o melhor, o cara tem uma saúde perfeita, estou tranquila com a saúde do cara (...) Todas as gerações... estou tranquila”.

Pelo que relatam as entrevistadas, as clínicas brasileiras, assim como mediam a aquisição de sêmen do banco brasileiro, estão também fazendo a mediação para compra do sêmen de banco americano. Cláudia relata que ela e Janete descobriram que uma determinada clínica brasileira importava o sêmen:

“Ah, sim, a gente descobriu que eles importavam (...) E a dona do banco (americano) falou: – Olha, tem uma clínica assim, assim e assado que importa. Falei para Janete: – Vamos marcar uma consulta e ver o que acontece. E eles foram ótimos, a importação foi muito rápida”.

Joana conta uma situação em que o próprio médico da clínica em que estava realizando o tratamento sugere que a inseminação fosse realizada com esperma de banco americano, o qual sugere que é melhor do que o sêmen do banco brasileiro. A sugestão foi aceita pelo casal que acabou importando o sêmen:

“E o Dr. falou: – Olha, tem duas soluções, se a gente fizer inseminação na Joana, eu iria para o banco de sêmen americano -. (...) O Dr. falou – Olha, a gente pode fazer inseminação artificial desde que o sêmen seja importado -, tanto que ele falou que não faria com sêmen brasileiro a inseminação artificial. Ele falou: – Se for com sêmen de fora a gente parte para uma inseminação artificial, se for com sêmen daqui a gente vai fazer outro in vitro, pelo processo. Porque ele falou que in vitro, mesmo o sêmen não sendo de boa qualidade, ele passa algumas etapas. O sêmen da inseminação artificial ele falou que tem que ser bom porque vai ter que fazer aquele caminho, andar, encontrar com o óvulo, juntar, fazer tudo”.

A maneira como a clínica consegue comprar o sêmen de banco americano é também relatada por Joana. A clínica tem que entrar com um pedido na ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), alegando que não há sêmen com características compatíveis às da mãe genética no banco de sêmen brasileiro, sendo necessária a importação de sêmen:

“Até para importar o sêmen, a gente teve que fazer um documento para Anvisa, né? (...) Porque eu acho que eles estão super acostumados. Então, na verdade a gente não mentiu. A justificativa foi que...e eles anexaram cópia da planilha que a Lara vai te mandar dos doadores... a mãe tem essa e essas características e no banco de sêmen brasileiro, como vocês podem ver, só tem 5 opções, e das 5 tem só uma disponível. A pessoa não tem opção de escolher conforme as características genéticas da família, então essa é a justificativa (...) Na Anvisa foi tranquilo. Desde quando a gente assinou

⁶³ Janete trabalhava com inseminação de gado.

os documentos até a chegada foi um mês. A chegada mesmo, física do sêmen. Super rápido”.

Quanto aos bancos de sêmen norte-americano, as entrevistadas relatam como é realizada a escolha do sêmen nesses bancos. Contam que os bancos têm site, onde se realiza a busca de amostras segundo as características desejadas pelos consumidores. Estes, definindo as características fenotípicas desejadas, por meio da marcação dessa escolha no site, têm disponível para escolher amostras que congregam as características escolhidas. A partir dessa primeira seleção, os consumidores continuam a pesquisa, uma vez que o site disponibiliza histórico familiar de doenças, grau de escolaridade, fotos de criança, gravação de voz e até redações dos doadores. Alguns desses itens, como a foto, o áudio da gravação e a redação têm um preço específico a ser pago para que sua visualização/audição seja possível. Ou seja, quanto mais se quer “conhecer” o doador, mais caro custa.

Conforme Luce (2010), que realizou pesquisa no Canadá, com entrevistadas que utilizaram banco de sêmen americano, a escolha pelo anonimato do doador é mais presente na narrativa das mulheres dentro do contexto atual de doação de gametas e da emergente digitalização *online* das informações dos doadores. Suas entrevistadas entraram em contato com suas características dos doadores através do cadastro do banco de esperma disponibilizado *online*, assim como as entrevistadas desta pesquisa. Desta forma, o acesso via Internet do banco de esperma pode ser entendido como um grande facilitador e incentivador do processo de aquisição de sêmen de doador.

Dulce relata sua impressão sobre o site norte-americano: *“Eu entrei no site, e é muito legal. É outra coisa (...) Aí aparece a seleção de todos que tem com as características que você colocou. É fantástico”*. Joana, por sua vez, coloca sua experiência com o site, relatando as opções que existem dentre as quais ela e Fátima podiam escolher:

“Você entra lá, você clica em um número, é por número: 349. E tem tudo, vem o histórico da família: vê o histórico de doença, o histórico de vacina. São mais ou menos 20 páginas que você imprime. Lá nesse site tem várias opções. Uma, totalmente anônimo, quem decide é o doador. Ele diz – vou doar meu sêmen -, mas é anônimo, anônimo, anônimo, então ninguém pode conhecer. Tem a opção desse cara que fala – quando a criança tiver 18 anos ela pode vir me conhecer. Tem a opção do cara que manda foto de adulto. Esse nosso não tem foto de adulto. Tem a opção que você pode ir entrevistar o doador. Pode conversar com o cara, ver o cara. Que é uma das opções. A

foto... A primeira coisa que a gente gastou de dinheiro... Gastou para comprar a foto de criança e acho que mesmo assim foi 5 dólares” .

Joana ainda traz que ter acesso a esse tipo de dados faz com que seja criado um “laço” com o doador o que não acontece em relação ao banco de sêmen brasileiro:

“Aí o cara faz uma redação (...) Você pelo menos consegue ter uma relação virtual com a pessoa, tipo conhecer um namorado na Internet. Eu senti que a gente pode escolher dessa vez. A gente escolheu. A gente comprou acho que 8 fotos e leu 8 redações, escolheu. Então, você cria um laço, que você não cria no banco de sêmen brasileiro. Fica menos impessoal(...) Aqui não escolheu, aqui foi o que dava para ser(...)”

Segundo Luce (2010), para muitas mulheres o acesso às informações do banco de espermatozoides americano minimiza o status de “estranho” dos doadores de sêmen e aparentemente reduzem a percepção de risco que a inseminação com sêmen de estranhos apresenta. Pode-se apontar que tal movimento ocorre da mesma forma para as entrevistadas: a maior quantidade de informações e o acesso a dados “concretos”, como as fotos e as redações, aproximam o doador desconhecido, por meio de uma relação possibilitada pela virtualidade.

A questão do histórico de doenças familiares presente no cadastro do banco americano é colocado como essencial pela maioria das entrevistadas. Por meio da disponibilidade do histórico, pode-se escolher uma “linhagem” que não tenha as mesmas doenças da dona mãe genética. Tal disponibilidade dá mais segurança para as lésbicas que escolhem o sêmen. Joana fala sobre esse aspecto do banco americano:

“O nível de detalhe do banco americano é (...) Consegue saber todas as doenças. Aqui você não tem acesso a isso. Lá você entra no site, você vê o sangue, tudo que você vê no Brasil, altura, peso, etc., aí você tem a árvore, o pai e a mãe dele, então você pega o pai e mãe, irlandês e germânico, italiano e português, por exemplo, você vê a descendência dos avós. Tem histórico de doença da família inteira. Inclusive do tio, pai alcoólatra, a mãe teve câncer de mama. Tudo! Isso para mim, quando a gente viu o banco de sêmen americano falou: – Nossa! A gente chegou a pensar ‘ainda bem que não deu certo’. Porque tinha caras que a gente estava vendo que a família inteira teve câncer. E eu falei: minha avó teve câncer de mama, eu tive dois tios que morreram de câncer, eu não quero um cara com câncer. Então, coisas que se você é casada você vai saber”.

Dulce também coloca a importância de saber as doenças familiares, para que o filho tenha as menores chances de desenvolver uma doença: *“Estamos vendo inclusive sobre as informações do doador, informações dessa parte de doenças, histórico*

familiar de doenças, porque a gente junta o meu histórico, com o dele para tentar livrar a criança do máximo possível”.

Janete, da mesma forma, traz que no banco brasileiro não há informações sobre genética, o que há no banco americano: *“Mas eu não sei se o cara é esquizofrênico... Eu não sei se toda a família morreu de câncer no fígado. Sabe esse tipo de coisas? Que em um banco de sêmen americano você tem, você tem essa informação”.*

Assim como as entrevistadas dessa pesquisa, as mulheres do estudo de Luce (2010) também julgavam o *screening* feito pelas clínicas importante, pois a partir dele tinham informações diversas sobre o doador. Elas se preocupavam com uma possível transmissão hereditária de uma série de fatores de riscos que poderiam ser causados por traços físicos e comportamentais dos doadores, como questões de saúde mental, uso de álcool e drogas, doenças do coração, tuberculose, entre outros. As entrevistadas julgavam que, a partir da escolha de um doador com bom histórico de saúde, elas poderiam exercer controle sobre a saúde da criança a ser gerada.

Tanto as mulheres do estudo de Luce (2010) quanto as mulheres entrevistadas para este estudo estão imersas num discurso genético que sugere as possibilidades de traçar um mapa de saúde da criança antes de sua concepção. “Conhecer” o doador a partir do maior número de informações disponibilizadas no cadastro do banco de sêmen é parte muito importante do processo de ter um filho por esses meios e traz confiança às mulheres, uma vez que estas estão interessadas em reduzir o risco da saúde geral e genética de seu filho. Para casais de mulheres, ficar grávida não acontecerá por acaso, mas por escolha e desta forma é imprescindível a escolha de um bom doador de sêmen.

Finkler (2001) fala da importância atrelada aos genes e ao discurso genético na atualidade, que influi diretamente na forma que os casais de mulheres lidam com a escolha do sêmen. De acordo com ela, o papel da herança através dos genes é amplamente aceita. A mídia tenda imprimir uma ênfase no parentesco biológico e a noção de que as doenças passam através do parentesco genético. O fato de se levantar o histórico médico da família dá força à noção de que há uma associação entre parentesco e saúde. Neste sentido, é desenvolvida a crença de que a genética faz a pessoa; que ela determina as coisas que uma pessoa gosta de fazer e suas habilidades é amplamente difundida na sociedade. A noção compartilhada é a de que o parentesco é baseado em

características de comportamento e na noção biomédica de laços biológicos. Desta forma, a preocupação com a herança genética de doenças promove a medicalização do parentesco (Finkler, 2001).

O histórico de doenças é um dos aspectos relevantes que norteiam a escolha do sêmen. Contudo, o cadastro de características disponibilizado pelos bancos americanos não contém somente características físicas, mas também disponibiliza características sociais dos doadores, como profissão, religião ou prática de esportes. Conforme Luna (2007), há uma naturalização dos traços sociais, uma vez que características sociais são atribuídas aos genes. Assim, quem utiliza os bancos de sêmen vê no espermatozoide não apenas atributos físicos, mas morais e de aptidões de seus doadores, escolhendo o sêmen de acordo com esse padrão hipotético. As características consideradas indesejáveis, sendo elas tanto físicas quanto sociais, são descartadas.

A fala de Dulce é exemplar da naturalização dos traços sociais como eixo de escolha de sêmen. A escolha de sêmen, feita a quatro mãos (Dulce, Clarice e suas respectivas filhas), excluiu evangélicos e selecionou os doadores que foram considerados mais sensíveis a partir de suas aptidões:

“Estava estrutura óssea, se era grande, médio ou pequena, cor dos olhos, cor de cabelo, profissão, religião essa parte de religião.... É engraçada, porque não tem que haver religião, mas nós descartamos os evangélicos (risos). As crianças: – Ah não mãe! Esse aqui é evangélico! E a gente: – Filha, não pode ter preconceito é pecado, mas vamos descartar mesmo assim- (risos). E tinha hobby também. Porque tem que escolher os mais sensíveis também”.

Em meio a todo esse cenário de determinações de escolha de sêmen, o que é certo é que essa escolha é a escolha de um produto e as mulheres querem escolher o melhor deles. O discurso das entrevistadas deixa clara a lógica de consumo que embasa suas escolhas. Joana compara a escolha do sêmen a escolher medicamento em uma farmácia: *“Na verdade é mais assim: – O que você tem na farmácia? Vai esse”.* Também compara a escolha em banco de sêmen brasileiro com a escolha em banco de sêmen americano com a escolha de um carro:

“Comprar um carro sem ver e poder andar no carro? É quase essa a diferença. Comprei um carro: que cor? Não sei. Quantas marchas? Também não sei. Eu só sei o nome do carro, eu nunca vi na minha vida. O outro eu sei que é diferente: que tem airbag, tem isso, aquilo”.

Janete, entrevistada que tem o discurso mais monetário dentre todas, conta sobre a compra de amostras de sêmen de banco americano, que, segundo ela, são mais baratas do que as amostras de sêmen de banco brasileiro:

“Porque nós pegamos 5 amostras. Previnindo que talvez possa ter outras tentativas e tal (...) Uma amostra é muito mais barata do que aqui: 560 dólares. Aqui para o Pro-seed eu paguei cada amostra R\$1.800 (...) E eu paguei, foram 5. Então foram 2.900,00 dólares que eu paguei para trazer. Você paga uma taxa de importação. Sei que no final foi 3.000 e poucos dólares”.

A escolha do sêmen via banco de sêmen digitalizado e disponibilizado globalmente pela Internet a um preço mais barato do que o sêmen nacional e com compra mediada pelas clínicas de reprodução assistida é componente do quadro de aumento da acessibilidade do sonho da parentalidade entre casais de mesmo sexo.

A forma mercantilizada com que os filhos tanto genéticos quanto biológicos⁶⁴ são oferecidos, dentro de todo um contexto discutido nas linhas desse trabalho, acaba sendo elipsada pela possibilidade de concretização do desejo de parentalidade. Filhos “não naturais” são vivenciados como filhos naturais, numa construção de parentesco na qual os sentidos do biológico e do cultural são entrelaçados de maneira complexa, conforme a terminologia de Thompson (2005), numa *coreografia ontológica*.

⁶⁴ Em casos de ROPA.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta etapa final do trabalho, gostaria de começar situando, de forma breve, alguns dos achados que dialogam mais diretamente com os questionamentos gerais que perpassaram todo o trajeto até aqui trilhado. O conjunto das discussões deles decorrentes constitui uma tentativa de abordá-los num sentido mais amplo, relacionando-os às questões que nortearam o recorte do objeto desta dissertação. Não tenho a pretensão de encerrar a discussão, mas, na verdade, de abrir novas questões. Os participantes, homens e mulheres, contrapõem-se aos estereótipos de gênero e à ideia da homossexualidade ligada à promiscuidade. Enxergam-se como parte de uma nova geração de homossexuais, dentro da qual a luta não é tão somente pela afirmação e liberação sexual, mas também pela constituição de família. Os entrevistados fazem parte de uma geração constituída da modernização de costumes e da representação de família, além do impacto dos movimentos feminista e homossexual, que estabeleceram novos códigos em relação à homossexualidade. Fazem também parte de uma classe média de um grande centro urbano, segundo Heilborn (1996,1999), marcada pela difusão de uma ideologia do igualitarismo, ou seja, pela caracterização a partir da simetria entre os parceiros, havendo um esforço pela dissolução da distinção de gênero. São, ainda, colocados como exemplos de que a homossexualidade não tem lugar fixo, sendo um lugar de abertura, ao qual estão engendradas múltiplas possibilidades de ser/viver, como afirma Carrara (2005).

Os participantes veem-se como pioneiros em relação à questão da homoparentalidade no Brasil, trazendo comparações com famílias heterossexuais em seus discursos, a questionarem a norma heterossexual, mas colocando-se, ao mesmo tempo, como parte de uma sociedade heteronormativa. Sendo assim, questionam o discurso cultural dominante, ressignificando os constructos heterossexuais hegemônicos e criando um novo espaço de significação que contém a diferença, nos moldes que afirmam Butler (2003) e Souza (2005) ao tratarem das formações familiares homossexuais.

Quase todos os casais (com exceção de um casal e de Edna, que presta depoimento sozinha, estando separada de sua companheira) já haviam assinado contrato

de união estável. Dois casais, por sua vez, já haviam passado do contrato de união civil para casamento civil, isso quando o CNJ ainda não havia aprovado a medida que passou a permitir o casamento entre pessoas do mesmo sexo, o que aconteceu em 14 maio de 2013⁶⁵. Eles colocam a garantia em relação aos bens que adquiriram durante a relação e a guarda dos filhos como requisitos importantes para a efetivação da união em termos legais.

Trazem a ideia da família baseada nos laços afetivos (Weston, 1997), principalmente os casais de homens. Em relação ao desejo de filhos, a maioria dos casais entrevistados coloca que já havia o desejo individual de cada um dos membros, mas admite que o plano da parentalidade tomou forma dentro da relação atual.

Nenhum dos casais de homens havia feito uso de NTR ou tinha planos de fazê-lo, optando pela adoção como via para a efetivação da parentalidade. Já as lésbicas fazem a opção pelo uso da tecnologia e de serviço médico para terem filhos. Dão corpo a esta escolha a questão das vivências biológicas constituintes da maternidade como a gravidez e a amamentação, assim como a importância atribuída ao laço genético.

A questão da importância do laço genético no contexto da vivência da parentalidade aparece, por sua vez, com força no discurso tanto das mulheres quanto dos homens, mas é ressignificada a partir da problematização que fazem da “inserção do terceiro”. No caso dos homens, a “inserção do terceiro”, que se daria por meio do útero substitutivo (barriga de aluguel), emerge como fato determinante para a não escolha das NTR por eles. No caso das mulheres, a “inserção do terceiro”, que se configura pelo doador (anônimo) de sêmen, determina, em grande parte, a escolha pelo consumo das NTR, especialmente com a utilização de inseminação/fertilização. Há relatos das lésbicas que os próprios profissionais das clínicas de reprodução dão força à ideia de não se realizar nenhum procedimento de reprodução com sêmen de doador conhecido, pois poderiam haver implicações negativas na criação das crianças produzidas.

Mesmo os casais defendendo uma ideia de família baseada nos laços afetivos, o destaque para os laços biológicos na construção do parentesco se mantém. Tal movimento, exemplificado pela “inserção do terceiro”, objetifica-se em um matiz mais forte entre os casais de mulheres que procuram ou planejam procurar os serviços de RA.

65

<http://www2.stf.jus.br/portalStfInternacional/cms/destaquesNewsletter.php?sigla=newsletterPortalIntern>

Mesmo com o alto custo, baixa efetividade e riscos à saúde dos procedimentos de RA (Correa, 1996; Machin, 1999, 2000; Thompson, 2005; Luna, 2007), as mulheres dão preferência a eles à adoção e entendem que um bebê produzido via NTR é como se fosse um bebê produzido naturalmente. Conforme Luce (2010), as NTR contribuíram para o desenvolvimento de um novo enfoque nos estudos de parentesco, pois, por meio delas, as mulheres lésbicas passam a não serem mais deslocadas dos discursos de reprodução.

As entrevistadas apresentam também preferência pela realização da ROPA, tecnologia que possibilita às duas companheiras estabelecer laços biológicos com a criança produzida, sendo também uma via de legalização do vínculo filial com ambas as mães, ou seja, promovendo a facilitação de uma questão social por um recurso da tecnologia médica.

Pode-se observar que dentre os entrevistados, de maneira geral, há a coexistência entre dois discursos: o da preponderância dos laços sociais e o da predominância dos laços biológicos no processo de constituição da parentalidade.

A lógica de mercado, veiculada pelas clínicas de reprodução assistida e redes sociais das quais as mulheres acessam e participam, por sua vez, alimenta a ênfase da importância dos laços biológicos para as mulheres. As clínicas de RA, ao oferecerem este tipo de serviços, dão voz a esse imperativo, “criando” novas necessidades, que podem ser satisfeitas mediante a aceitação das condições e regras das clínicas e o pagamento de determinado valor em dinheiro. Segundo Schraiber e Mendes-Golçalves (2000), as necessidades de saúde são formadas pela demanda – busca ativa pela intervenção –, inserida dentro de uma lógica de consumo de serviço médico e dependente de um contexto instaurador de necessidades. O desejo das lésbicas de terem filhos (demanda) conforma-se com a disponibilidade de tecnologia médica e o interesse comercial das clínicas de RA: tem-se o contexto instaurador de necessidade instalado e, assim, “novas necessidades de saúde” relativas às NTR são criadas.

A ROPA é, nesse sentido, um produto mercadológico novo e interessante para o público de lésbicas, uma nova necessidade construída: ela responde tanto a um desejo dos casais de mulheres – em um primeiro momento até hipotético – quanto ao aumento do nicho mercadológico das clínicas de reprodução. As clínicas vêm oferecendo a

ROPA como um novo serviço há alguns anos, como relatam as entrevistadas, e a Resolução de 2013 vem normatizar tal prática, fazendo com que seja levantada a suposição de que ela será cada vez mais realizada no país pelas clínicas de RA.

Dentro da utilização das NTR de forma geral, a lógica colocada pelos casais de mulheres é a de que mulher + mulher = bebê, sendo a mãe não genética (não doadora do óvulo) mimetizada com o sêmen. Por esse viés, a escolha de doador de sêmen se dá a partir da sua semelhança fenotípica com a mãe não genética, havendo uma substituição simbólica da passagem dos genes. Mesmo nos casos de ROPA, a lógica se mantém a mesma. Neste sentido, a não fixação em funções reprodutivas e em papéis de gênero é possibilitada pelas NTR.

Algo que chama a atenção quanto ao uso de sêmen de doador anônimo é que as mulheres têm preferido a compra de sêmen de bancos americanos, em contraposição aos dois bancos de sêmen nacionais, pois possuem sites na Internet repletos de informações digitalizadas acerca dos doadores (inclusive sobre o histórico familiar de doenças) e muitos doadores com traços fenotípicos caucasianos. Tal compra tem sido possível mediada pelas clínicas de RA e tem se colocado como uma nova necessidade de saúde em construção.

Dentro desse panorama, colocam-se dois grandes apontamentos: o primeiro é a diferença gritante em termos do reconhecimento e da legitimidade em relação ao uso de NTR entre lésbicas e gays. As lésbicas veem o uso da tecnologia de forma natural, enquanto os gays o julgam artificial. O fato de as mulheres ficarem grávidas e de o bebê desenvolver-se em seus corpos, além da importância atrelada à vivência da maternidade em termos de amamentação e de cuidar de bebês pequenos, aparece como determinante na escolha. Por outro lado, a importância dada à maternidade e ao vínculo biológico erigido entre mulher e criança, a partir da gestação, faz com que os homens não “ousem” utilizar as NTR. Por esse recorte, é dada mais importância aos laços biológicos do que aos laços afetivos, tanto por homens quanto por mulheres, mesmo que em seus discursos esteja presente a importância das *famílias escolhidas* (Weston, 1997) e não biológicas. Coloca-se, assim, a questão de como esse movimento, tanto dos casais de mulheres como dos casais de homens, tensiona o campo das NTR e de como se dá a inter-relação entre NTR e parentesco/configuração familiar.

Lembrando que a Resolução Nº CFM 2013/13 normatiza o uso de tecnologia de RA tanto para casais de homens quanto para casais de mulheres e, mesmo não havendo igual demanda dos casais de mulheres em relação ao uso de NTR, a possibilidade de se fazer, de forma legal, o uso de útero substitutivo, passando a ser um serviço oferecido pelas clínicas de RA, pode mudar a maneira como os homens vêm lidando com a ideia do uso de NTR. O segundo apontamento está intrinsecamente ligado ao primeiro. Para colocá-lo, é necessário introduzi-lo.

A medicina é um campo de saber e um campo técnico que responde às práticas sociais, econômicas, políticas e ideológicas da qual também é parte (Donnangelo, 1976). As NTR, dentro desse contexto, são um grande representante do desenvolvimento tecnológico e de consumo de serviço médico e a apropriação da vontade de ter filhos pela medicina é parte do processo de *medicalização da sociedade* (Correa, 2001). A partir das NTR, desta maneira, é construído um novo mercado: o sonho de se ter um filho é transformado em commodities, havendo a *medicalização da reprodução* e também *medicalização* (Finkler, 2000, 2001) ou *genetização* (Franklin, 2001) *do parentesco*. O mercado é ainda ampliado, uma vez que as NTR possibilitam que casais de mesmo sexo tenham seus filhos a partir do arranjo entre biologia, ciência, tecnologia e capital, ou seja, uma combinação entre natureza e cultura, traduzida pela expressão *coreografia ontológica* de Thompson (2005).

O útero substitutivo, a doação compartilhada de oócitos, a compra de sêmen americano mimetizado fenotipicamente com a mãe não genética e a ROPA são representantes dessa ampliação de mercado e também da criação de novas necessidades de saúde. Coloca-se, dentro desse contexto, o apontamento de que pouco tem-se olhado para o quanto, nessa *coreografia ontológica*, tem sido produzidas novas necessidades de saúde e como pouco se olha para as implicações individuais e sociais advindas desse fato. Não obstante, pouco se coloca a respeito da problematização de como a Saúde Coletiva pode olhar tal fenômeno de forma a identificar e analisar seus desafios e tensões, desenvolvendo um olhar crítico.

Esta dissertação buscou mover-se nesse campo, pensando a medicina como prática histórico-situada e problematizando a medicalização da sociedade, da reprodução e do parentesco, e como, a partir delas, tem havido a construção de novas necessidades de saúde. Ao referirmo-nos às NTR, a combinação entre ciência,

tecnologia e o mercado tem nos possibilitado composições antes não imaginadas (a exemplo da ROPA) e que hoje apresentam-se como possibilidades de escolha (afetiva e mercadológica) entendidas quase como naturais por quem as propõe.

De acordo com Strathern (1992), as NTR incorporam mudanças fundamentais no parentesco contemporâneo ocidental. Medicina e a sociedade caminham juntas trilhando novos significados acerca da parentalidade e da família num movimento em que cada vez mais natureza e cultura imiscuem-se, tornando difícil e contraprodutivo separá-las.

Novos arranjos familiares são possibilitados pelas NTR. No Brasil, os casais de mesmo sexo vêm pensando acerca dessas tecnologias e os casais de mulheres vêm utilizando-as mais para a efetivação do desejo da parentalidade. Pensa-se que tal movimento de uso de NTR tende a aumentar com a última Resolução do CFM (Resolução Nº CFM 2013/13) e com a “legalização” no mercado. Vivemos um polimorfismo familiar em processo de legitimação, e as NTR contribuem muito para isso.

9. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. V. Videoconferência. In: Pólo UAB Florianópolis, 28 de fevereiro de 2013. Disponível em: <https://ead.ufsc.br/generodiversidade/2013/02/28/vedeo-conferencia-com-miguel-vale-de-almeida>. Acesso em 28 de fevereiro de 2013.

_____. **A Chave do Armário: Homossexualidade, Casamento, Família.** Florianópolis: Ed. da UFSC, 2010.

_____. Do Feminismo a Judith Butler. Conferência. **Ciclo “Pensamento Crítico Contemporâneo”**. Le Monde Diplomatique / Fábrica Braço de Prata, 5 de Abril de 2008.

AMAZONAS, M. C. L. A.; BRAGA, M. G. R. Reflexões Acerca das Novas Formas de Parentalidade e Suas Possíveis Vicissitudes Culturais e Subjetivas. **Ágora**. Rio de Janeiro, v. 12, n 2. p. 177-191, jul/dez, 2006.

ARIÈS, P. **História Social da Criança e da Família.** Trad. Dora Flaksman. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

ÁVILA, M. B. Direitos Sexuais e Reprodutivos: Desafios para as Políticas de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 19, sup. 2, p.465-469, 2003.

AYRES, J.R. C. M. Uma Concepção Hermenêutica de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, 2007.

_____. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 549-560, 2005.

BADINTER, E. **Um Amor Conquistado: O Mito do Amor Materno.** Badinter. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BIRMAN, J. A Physis da Saúde Coletiva. **PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p 7-11, 1991.

_____. Relações de Gênero, Possessão e Sexualidade. **Physis, Revista de Saúde Coletiva**. v. 1, n 2, Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1991 b.

BOZON, M. **Sociologia da Sexualidade.** Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2004.

BROCKMEIER, J. & HARRÉ, R. Narrativa: Problemas e Promessas de um Paradigma Alternativo, **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.16, n. 3, p. 525-35, 2003.

BUTLER, J. **Problemas de Gênero: Feminismo e Subversão da Identidade.** Trad. Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

_____. O Parentesco é Sempre Tido como Homossexual? **Cadernos Pagu**. Campinas, n.21, p. 219-260, 2003b.

CAMPOS, G. W. S. Saúde Pública e Saúde Coletiva: Campo e Núcleo de Saberes e Práticas. **Sociedade e Cultura**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1 e 2, jan/dez, p. 51-74, 2000.

CANESQUI, A. M. Estudos Antropológicos Sobre Adoecidos Crônicos. In: CANESQUI, A. M. (Org.). **Olhares Antropológicos sobre Adoecidos Crônicos**. São Paulo: Hucitec-FAPESP, 2007. p. 19-51

CARRARA, S. O Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos e o “Lugar da Homossexualidade”. In: GROSSI, M. et al (Org.). **Movimentos Sociais, Educação e Sexualidades**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. p. 17-24.

CARRARA, S.; FACCHINI, R.; SIMÕES, J. ;RAMOS, S. **Política, direitos, violência e homossexualidade. Pesquisa. 9ª Parada do Orgulho GLBT – São Paulo**. 2005. 1. ed. Rio de Janeiro : CEPESC, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.358/1992 Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/1992/1358_1992.htm. Acesso em 17 de abril de 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM 1957/2010. Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2010/1957_2010.htm. Acesso em 17 de abril de 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM 2013/13. Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2013/2013_2013.pdf. Acesso em 17 de abril de 2013.

Coordenadoria Especial da Diversidade Sexual da Prefeitura do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.cedsrio.com.br/site/noticias/2013-01/2013-o-ano-do-casamento-gay-no-brasil> Acesso em 15 de maio de 2013.

COREA, G. Os Riscos da Fertilização *In Vitro*. In: SCAVONE, L. (Org.). **Tecnologias Reprodutivas – Gênero e Ciência**. São Paulo: Editora da Universidade Federal Paulista, 1996. p. 149-163.

CORRÊA, M. V. Medicina Reprodutiva e Desejo de Ter Filhos. In: GROSSI, M.; PORTO, R.; TAMANINI, M. (Org.). **Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: Questões e Desafios**. Brasília: Letras Livres, 2003. p. 31-40.

_____. **Novas Tecnologias Reprodutivas: limites da biologia ou biologia sem limites?** Rio de Janeiro: Eduerj, 2001

_____. Novas Tecnologias Reprodutivas: bem-vindas reflexões feminina, ética e psicanálise. **Estudos Feministas**, Rio de Janeiro: v.6, n. 1, p. 126-137, 1998.

CORRÊA, S. Cruzando a Linha Vermelha: Questões Não Resolvidas no Debate Sobre Direitos Sexuais. **Horizontes Antropológicos**. Porto Alegre: v. 12, n. 26, p. 101-121, jul./dez. 2006.

CORRÊA, M.E.C. **Duas Mães? Mulheres Lésbicas e Maternidade**. 2012. 213 f. Tese (Doutorado em Ciências). Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2012.

COSTA, A. A. A. O Movimento Feminista no Brasil: Dinâmicas de uma Intervenção Política. **Gênero**. Niterói, v. 5, n. 2, p. 9-35, 1 sem. 2005

COSTA, R. Tecnologias Reprodutivas e Atribuições de Paternidade e Maternidade. In: GROSSI, M.; PORTO, R.; TAMANINI, M. (Org.). **Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: Questões e Desafios**. Brasília: Letras Livres, 2003. p. 69-80.

COUTO, M.T; SCHRAIBER, L. B; AYRES, J. R. Aspectos Sociais e Culturais da Saúde e da Doença. In: MARTINS, M.; CARRILHO, F.J; CASTILHO, E.A.; ALVES, V.A.F.; Cerro, G. G. (Org.). **Tratado de Clínica Médica**. São Paulo: Editora Manole, v. 1, 2009. p. 350-356.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos. Disponível em <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Noticias&id=933>. Acesso em 20 de abril de 2013.

DENZIN, N. K; LINCOLN, Y. in DENZIN, N. K; LINCOLN, Y. S. et al. **O Planejamento da Pesquisa Qualitativa: Teorias e Abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DONNANGELO, M C. F; PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

FACCHINI, R.; BARBOSA, R. M. **Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas: Promoção da Equidade e da Integralidade**. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde, 2006.

FACCHINI, R.; FRANÇA, I. L.; VENTURI, G. . **Sexualidade, cidadania e homofobia: pesquisa 10ª Parada do Orgulho GLBT de São Paulo** - 2006. 1. ed. São Paulo: APOGLBTSP, 2007.

FACCHINI, R. **Entre umas e outras: mulheres, homossexualidades e diferenças na cidade de São Paulo**. 2008.[s.n]. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) IFCH-Unicamp, Campinas. 2008.

FERREIRA, M.F. **As Novas Regras Para Reprodução Assistida na Folha De São Paulo**. 2011. Disponível em:

<http://www.oei.es/congresoctg/memoria/pdf/FerreiraMaria.pdf> Acesso em 12 de abril de 2013.

FINKLER, K. The Kin in the Gene: The Medicalization of Family and Kinship in American Society. **Current Anthropology**. The University of Chicago Press, v. 42, n. 2, p. 235-263, abril 2001.

_____. **Experiencing the New Genetics: Family and Kinship on the Medical Frontier**. Pennsylvania: University of Pennsylvania Press, 2000.

FONSECA, C. Homoparentalidade: Novas Luzes Sobre o Parentesco. **Estudos Feministas**. Florianópolis: v. 16, n. 3, p. 769-783, set/dez 2008.

_____. A Certeza que Pariu a Dúvida: Paternidade e DNA. **Estudos Feministas**, Florianópolis: v. 12, n.2, p.13-34, mai/ago 2004.

_____. **Caminhos da Adoção**. São Paulo: Cortez, 2002.

FOUCAULT, M. **A História da Sexualidade. v.1: A Vontade de Saber**. Rio de Janeiro, Graal, 1993.

FRANKLIN, S. Biologization Revisited: Kinship Theory in The Contexto f The New Biologies. In: FRANKLIN, S.; MCKINNON, S. (Org.). **Relative Values: Reconfiguring Kinship Studies**. Durham e Londres: Duke University Press, 2001. P. 302-325.

FRY, P. **Para Inglês Ver: Identidade e Política na Cultura Brasileira**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.

GARCIA, M. R. V; WOLF, A. G; OLIVEIRA, E. V; SOUZA, J. T. F; GONÇALVES, L. O; OLIVEIRA, M. “Não Podemos Falhar”: A Busca Pela Normalidade em Famílias Homoparentais in GROSSI, M; UZIEL, A. P; MELLO, L. (Org.). **Conjugalidades, Parentalidade e Identidades Lésbicas, Gays e Travestis**. Rio de Janeiro: Garamond, 2007. p. 277-300.

GIDDENS, A. **A Transformação da Intimidade: Sexualidade, Amor e Erotismo nas Sociedades Modernas**. Trad. Magda Lopes. São Paulo: UNESP, 1994.

GOMES, R.; MENDONÇA, E. A. A Representação e a Experiência da Doença: Princípios para a Pesquisa Qualitativa em Saúde. In: MINAYO M.C.S, DESLANDES S.F (Org.). **Caminhos do Pensamento. Epistemologia e Método**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. p. 109-132

GOMES,R.; SCHRAIBER, L.B.; COUTO. T.; VALENÇA, O.AA.; SILVA, G.S.N.; FIQUUEIREDO, W.S.; BARBOSA, R.M.; PINHEIRO, T.F. O Atendimento à Saúde de Homens: Estudo Qualitativo em Quatro Estados Brasileiros. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol.21 n.1, 2011.

GUIMARÃES, C. D. **O homossexual visto por entendidos**. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2004.

HACKING, I. Genetics, biosocial groups and the future of identity. **Daedalus Fall**. American Academy of Arts and Sciences, n.135, p. 81-95, Fall 2006.

HAYDEN, C.P. Gender, Genetics and Generation: Reformulating Biology in Lesbian Kinship. **Cultural Antropology**, v. 10, n.1, p. 41-63, 1995.

HEILBORN, M.L. et al. **O Aprendizado da Sexualidade: Reprodução e Trajetórias Sociais de Jovens Brasileiros**. Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz, 2006.

HEILBORN, M.L. **Dois é Par: Gênero e Identidade Sexual em Contexto Igualitário**. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2004.

_____. Construção de Si, Gênero e Sexualidade. In HEILBORN, M. (Org.). **Sexualidade: O Olhar das Ciências Sociais**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999. p. 40-58.

_____. Ser ou Estar Homossexual: Dilemas de Construção de Identidade Social. In: PARKER, R; BARBOSA, M. R (Org.). **Sexualidades Brasileiras**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1996. p. 136-145.

HERRERA, F. La outra Mamá: Madres no Biológicas em La Pareja Lésbica. In: GROSSI, M; UZIEL, A.P; MELLO, L. (Org.) **Conjugalidades, Parentalidade e Identidades Lésbicas, Gays e Travestis**. Rio de Janeiro: Garamond, 2007. p. 213-232

HERZLICH, C. Fragilidade da vida e desenvolvimento das ciências sociais no campo da saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p.193-203, 2005.

INSITUTO ADÉ DIVERSIDADE. Casamento gay já é válido em treze estados. Disponível em <http://www.institutoadediversidade.com.br/casamento-homoafetivo/casamento-gay-ja-e-valido-em-treze-estados>. Acesso em 05 de maio de 2014.

KEHL, M. R.. Lugares do Feminino e Masculino na Família. In: COMPARATO, M. C. M.; MONTEIRO, D. S. F. (Org.). **A Criança na Contemporaneidade e a Psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p. 29-38.

KENDALL, C.; KERR, L.R.F.S.; GODIM, R.C.; WERNECK, G. L.; MACENA, R. H. M.; PONTES, M. K.; JOHNSTON, L.G.; SABIN, K.; MCFARLAND, W. An Empirical Comparison of Respondent-driven Sampling, Time Location Sampling, and Snowball Sampling for Behavioral Surveillance in Men Who Have Sex with Men, Fortaleza, Brazil. **AIDS Behav**, n 12, p.97-104, 2008.

IPGO – Medicina e Reprodução. Disponível em: <http://www.ipgo.com.br/fertilizacao-in-vitro-bebe-de-proveta-icsi/?gclid=CNmzuY7onbYCFQbqnAod0mQAIg>. Acessado em março de 2013.

LAMAS, M. Gênero: Os Conflitos e Desafios do Novo Paradigma. In: PORTUGAL, A. M; TORRES, C. **El Siglo de las Mujeres**. Santiago: ISTS Internacional, Ediciones de las Mujeres, out,1999. p. 13-25.

LAWN, C. **Compreender Gadamer**. Petrópolis: Editora Vozes, 2007.

LEWIN, E. **Lesbian Mothers: Accounts of Gender in American Culture**. Ithaca e Londres: Cornell University Press, 1993.

LOYOLA. M.A. Sexo e Sexualidade na Antropologia. In: LOYOLA. M. A (Org.). **A Sexualidade nas Ciências Humanas**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998. p. 17-47.

LUCE, J. **Beyond Expectation: Lesbian/Bi/Queer Woman and Assisted Conception**. Canada: University of Toronto Press Incorporated, 2010.

LUNA, N. **Provetas e Clones: Uma Antropologia das Novas Tecnologias Reprodutivas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

_____. Natureza criada em laboratório: Biologização e Genetização do Parentesco. **História, Ciências e Saúde**. Manguinhos, v.12, n. 2, p. 395-417, maio-ago, 2005.

_____. Novas Tecnologias Reprodutivas: natureza e cultura em redefinição. **Campos – Revista de Antropologia Social**. América do Sul, v. 5, n. 2, p.127-156, 2004.

MACHADO. A. Cantares. Disponível em: <http://blogs.utopia.org.br/poesialatina/cantares-antonio-machado>. Acesso em 14 de junho de 2013.

MACHIN, R. Sharing Motherhood in Lesbian Reproductive Practices. **Biosocieties**. v. 27, p.1-18, 2014

_____. Relações de Gênero, Infertilidade e Novas Tecnologias Reprodutivas. **Estudos Feministas**. Santa Catarina, v. 8, n. 1, p. 212-228, 1º sem 2000.

_____. **Desejo de Filhos e Infertilidade: Um Estudo Sobre a Reprodução Assistida no Brasil**. 1999. Tese (Doutorado em Sociologia) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

MACHIN, R.; COUTO, M. T.; VITULE, C. **Adoção e Tecnologias Reprodutivas na Construção de Novas Configurações Familiares**. Relatório Final. São Paulo, CNPQ, 51 páginas, 2013.

MAKUCH, M.; PETTA, C.A.; OSIS, M.J.D.; BAHAMONDES, L. Low priority level for infertility services within the public health sector: a Brazilian case study. **Human Reproduction**. n.17, p. 1-6, 2009.

MARINA, S.; MARINA, D.; MARINA, F.; FOSAS, N.; GALIANA, N. e JOVÉ, I. (2010). Sharing motherhood: biological lesbian co-mothers, a new IVF indication. **Human Reproduction**. v. 25, n. 4, p. 938-941, 2010.

MELLO, L. **Novas Famílias: Conjugalidade Homossexual no Brasil Contemporâneo**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

MINAYO, M. C. S. Contribuições da Antropologia para Pensar e Fazer Saúde. In CAMPOS, G.W.S; MINAYO, M.C.S; AKERMAN, M; JÚNIOR, M.D; CARVALHO, Y.M (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Ed. Hucitec, Ed. Fiocruz, 2006. p. 189-218.

_____. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1993.

_____. Um Desafio Sociológico para a Educação Médica (Representações Sociais de Saúde-Doença). **Rev. Bras. Ed. Médica**. Rio de Janeiro, v. 15, n.113, p. 25-32, 1991.

MISKOLCI, R. A Teoria Queer e a Sociologia: O Desafio de uma Analítica da Normalização. **Sociologias**. Porto Alegre, v. 11, n. 21, p. 150-182, jan./jun. 2009.

MOTTA, A. B; WELLER, W. Apresentação: A Atualidade do Conceito de Geração na Pesquisa Sociológica. **Revista Sociedade e Estado**, v. 25, n. 2, p. 175-184, maio / agosto 2010 .

NUNES, E. D. A Trajetória das Ciências Sociais em saúde na América Latina: Revisão da Produção Científica. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. Esp, p.64-72, 2006.

O ESTADO DE SÃO PAULO. Brasil oficializa casamento gay, com direito a sobrenome e partilha de bens. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/noticias/impreso,brasil-oficializa-casamento-gay-com-direito-a-sobrenome-e-partilha-de-bens,1031923,0.htm>. Acesso em 05 de maio de 2014.

PAIM, S. J.; FILHO, N. A. Saúde Coletiva: Uma “Nova Saúde Pública” ou Campo Aberto a Novos Paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, v. 32, n.4, p. 299-316, 1998.

PARKER, R. **Corpos, Prazeres e Paixões: A Cultura Sexual no Brasil Contemporâneo**. São Paulo: Editora Best Seller, 1991.

PATTERSON, C. Lesbian and Gay Parenthood. In BORNSTEIN, M. H. **Handbook of Parenting**. Vol 3: Status and Social Condition of Parenting. Mahwah, New Jersey and Hove, UK, Lawrence Erlbaum Associate Publishers, 1995. p. 317-338.

PATTON, M. Q. **Qualitative Evaluation and Research Methods**. Londres: Sage Publications, 1990.

RAMÍREZ-GÁLVEZ, M.C. **Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: fabricando a vida, fabricando o futuro**. 2003. Tese (Doutorado) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

ROTANIA, A. A. Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas no Contexto da Tecnociência. In: GROSSI, M; PORTO, R; TAMANINI, M. (Org.). **Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: Questões e Desafios**. Brasília: Letras Livres, 2003.

ROTANIA, A. A. Biologia Moderna, Feminismo e Ética. In: SCAVONE, L. (Org.). **Tecnologias Reprodutivas – Gênero e Ciência**. São Paulo: Editora da Universidade Federal Paulista, 1996. p. 167-187.

ROUDINESCO, E. **A Família em Desordem**. Trad. André Telles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.

RUBIN, G. Thinking Sex: Notes for a Radical Theory of the Politics of Sexuality, in VANCE, C. **Pleasure and Danger: Exploring Female Sexuality**. Boston: Ed. Routledge & Kegan Paul, 1984. Tradução de Felipe Bruno Martins Fernandes. Revisão de Miriam Pillar Grossi. Disponível em: <http://www.miriamgrossi.cfh.prof.ufsc.br/pdf/gaylerubin.pdf> (Acesso em janeiro de 2014).

RYAN-FLOOD, R. **Lesbian Motherhood: Gender, Families and Sexual Citizenship**. Great Britain: Palgrave Macmillan, 2009.

SALEM, T. As Novas Tecnologias Reprodutivas: O Estatuto do Embrião e a Noção de Pessoa. **Mana**, v. 3, n. 1, p. 75-94, 1997.

_____. O Princípio do Anonimato na Inseminação Artificial com Doador (IAD): Das Tensões Entre Natureza e Cultura. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v. 5, n.1, p. 33-68, 1995.

SCHRAIBER, L.B; MENDES-GONÇALVES, R.B. Necessidades de Saúde e Atenção Primária in: SCHRAIBER et al. **Saúde do Adulto: Programas e Ações na Unidade Básica**. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 29-47.

SCOTT, J. W. Gênero: Uma Categoria Útil para Análise Histórica. **Educação & Realidade**. v. 20, n.2, p.71-99, 1995.

SILVA, D.G.V.S; TRENTINI, M. Narrativas como Técnica de Pesquisa em Enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.10, n.3, p. 423-32, maio/junho 2002.

SOUZA, E. R. **Necessidade de Filhos: Maternidade, Família e (Homo) Sexualidade**. 2005. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas 2005.

STRATHERN, M. **After Nature: English Kinship in the Late Twentieth Century**. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

_____. **Reproducing the Future. Anthropology, Kinship and the New Reproductive Technologies**. Manchester, Manchester University Press: 1992 b.

_____, M. Parentesco por Iniciativa: a Possibilidade de Escolha dos Consumidores a as Novas Tecnologias de Reprodução. **Análise Social**. Lisboa, v. XXVI, n.114, p. 1011-1022, 1991.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Resolução sobre casamento civil entre pessoas do mesmo sexo é aprovada pelo Conselho Nacional de Justiça Disponível em:

<http://www2.stf.jus.br/portalStfInternacional/cms/destaquesNewsletter.php?sigla=newsletterPortalInternacionalDestaques&idConteudo=238515>, acessado em 20 de maio de 2013.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Supremo reconhece união homoafetiva.

Disponível em:

<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=178931>. Acesso em 30 de maio de 2013.

TAMANINI, M. **Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas à Luz da Bioética e das Teorias de Gênero: Casais e Médicas no Sul do Brasil**. 2003. Tese (Doutorado) - Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

TARNOVSKI, F. L. Pai é Tudo Igual?: Significado da Paternidade Para Homens que se Autodefinem como Homossexuais. In: PISCITELLI, A.; GREGORI, M. F.; CARRARA, S. (Org.). **Sexualidade e Saberes: Convenções e Fronteiras**. Rio de Janeiro: Garamond, 2004. p. 385-414.

_____. **Pais Assumidos: Adoção e Paternidade Homossexual no Brasil Contemporâneo**. 2002. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

THOMPOSON, C. **Making Parents: The Ontological Choreography of Reproductive Technologies**. United States of America: Massachusetts Institute of Technology, 2005.

_____. Strategic Naturalizing Kinship in a Infertile Clinic. In: FRANKLIN, S; MCKINNON, S. (Org.). **Relative Values: Reconfiguring Kinship Studies**. Durham e Londres: Duke University Press, 2001.p. 175-202.

UZIEL, A. P. Homossexualidade e Parentalidade: Ecos de uma Conjugação. In: HEILBORN, M. L. (Org.). **Família e Sexualidade**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004. p. 87-117.

_____. **Família e Homossexualidade: Novas questões, Velhos Problemas**. 2002. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) -Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

VARGAS, E. P; RUSSO, J. A; HEILBORN, M. L. Sexualidade e Reprodução: usos e valores relativos ao desejo de filhos entre casais de camadas médias no Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n.1, p. 153-162, jan 2010.

VILELA, W.V; BARBOSA, R.M. Repensando as Relações Entre Gênero e Sexualidade. In: PARKER, R; BARBOSA, M. R (Org.). **Sexualidades Brasileiras**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1996. p. 189-199.

WARNER, M. Introduction: Fear of a Queer Planet. **Social Text**. Duke University Press Stable, n. 29, p. 3-17, 1991. Disponível em:
<http://sgrattan361.qwriting.qc.cuny.edu/files/2010/09/warnerfearofaqueer.pdf>

WEEKS, J. O Corpo e a Sexualidade. In LOURO, G. (Org.). **O Corpo Educado: Pedagogias da Sexualidade**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2010. p. 35-82.

WEISS, M. G. Strange DNA: The Rise of DNA Analysis for Family Reunifications and its Ethical Implications. **Genomics, Society and Policy**, vol. 7, p. 1-19, 2011.

WESTON, K. **Families We Choose: Lesbian, Gays, Kinship**. New York: Columbia University Press, 1997.

ZAMBRANO, El. Parentalidades “Impensáveis”: Pais/Mães Homossexuais, Travestis e Transexuais. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v.12, n. 26, p. 123-147, jul/dez 2006.

ZELIZER, V. **A Negociação da Intimidade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

ANEXO 1

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP

PROJETO DE PESQUISA

Título: Novas configurações familiares e tecnologia médica: casais homoafetivos e o uso de novas tecnologias reprodutivas
Área Temática:

Pesquisador: marcia thereza couto falcão

Versão: 1

Instituição: Fundação Faculdade de Medicina - ICESP

CAAE: 01684112.6.0000.0065

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 26632

Data da Relatoria: 23/05/2012

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de mestrado a ser desenvolvido no Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP

Objetivo da Pesquisa:

- a) investigar as concepções de família, gênero e parentalidade dos casais de mesmo sexo e analisar a influência destas concepções na utilização ou não das Novas Tecnologias de Reprodução (NTR),
- b) investigar a concepção que os casais têm sobre as NTR e quais os motivos da escolha ou não desses métodos e analisar se a possibilidade de escolha das NRT é formadora de novas concepções de família e parentalidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco é mínimo pois trata-se de respostas a questionários.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os dados serão coletados através da aplicação de questionários a 20 sujeitos de pesquisa que serão recrutados de várias maneiras, sendo que a melhor forma parece ser o *“boca a boca”*. A metodologia está apropriada, apresenta, de forma clara, o roteiro das entrevistas. O TCLE está bem formulado, com palavras de entendimento fácil.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto foi aprovado pelo conselho de departamento de Medicina Preventiva da FMUSP

Recomendações:

aprovação pelo CEP

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

entendemos que o projeto não tem nenhum impedimento de ordem ética.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado

SAO PAULO, 25 de Maio de 2012

Assinado por:
Roger Chammas

ANEXO II

Adoção e tecnologias reprodutivas na construção de novas configurações familiares

Roteiro de Entrevistas em Profundidade com Casais do Mesmo Sexo

- Trajetória relativa ao exercício da sexualidade (explorar a descoberta da homossexualidade e sua vivência);
- Concepções sobre gênero, família e reprodução (explorar as relações entre as concepções e a identidade social do informante)
- Vivência com relação a gênero, família (explorar a relação com o parceiro no contexto de sua família de origem e na família de origem do parceiro(a), bem como a dimensão da vivência do casal em termos de família)
- Vínculos afetivos e de “sangue” (explorar o significado destes vínculos e seus impactos nas decisões sobre a trajetória de ter filhos, se via utilização de tecnologias reprodutivas e/ou adoção)
- Autonomia, independência, laços de parentesco e família nuclear (explorar seus significados diante do projeto de ter filhos)
- O projeto de filiação (Explorar suas elaborações percursos)
- Vivência no uso das técnicas (para quem buscou as tecnologias reprodutivas);
- Relação com aspectos legais do exercício da filiação (para quem buscou a adoção).

ANEXO III

Roteiro de Entrevista em Profundidade com Casais do Mesmo Sexo

- Trajetória relativa ao exercício da sexualidade (explorar a descoberta da homossexualidade e sua vivência);
- Concepções sobre gênero, família e reprodução (explorar as relações entre as concepções e a identidade social do informante);
- Vivência com relação a gênero, família (explorar a relação com o parceiro no contexto de sua família de origem e na família de origem do parceiro(a), bem como a dimensão da vivência do casal em termos de família);
- Vínculos afetivos e de “sangue” (explorar o significado destes vínculos e seus impactos nas decisões sobre a trajetória de ter filhos, se via utilização de tecnologias reprodutivas e/ou adoção);
- Autonomia, independência, laços de parentesco e família nuclear (explorar seus significados diante do projeto de ter filhos);
- O projeto de filiação (Explorar suas elaborações percursos);
- Novas Tecnologias Reprodutivas (Explorar a concepção dos casais sobre as NTR);
- Escolha pelas NTR (Explorar os motivos de escolha ou não pelas NTR);
- Vivência no uso das Novas Tecnologias Reprodutivas (Explorar arranjos na utilização das NTR e implicações da utilização);
- Futuro (Explorar as expectativas de futuro familiar dos casais).

ANEXO IV

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP**

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO Nº APTO:

BAIRRO: CIDADE:

CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)

2. RESPONSÁVEL LEGAL (NÃO SE APLICA)

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)

DOCUMENTO DE IDENTIDADE :.....SEXO: M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO.:/...../.....

ENDEREÇO: Nº APTO:

BAIRRO: CIDADE:

CEP: TELEFONE: DDD (.....)

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA

Novas Configurações Familiares e Tecnologia Médica: Casais Homoafetivos e o Uso das Novas Tecnologias Reprodutivas

2. PESQUISADOR: **Márcia Thereza Couto**

CARGO/FUNÇÃO: Docente MS3

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº

UNIDADE DO HCFMUSP: Departamento de Medicina Preventiva

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO ☒ RISCO MÉDIO ☐

RISCO BAIXO ☐ RISCO MAIOR ☐

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : 24 meses

Você está recebendo nesse momento informações sobre a pesquisa “Novas Configurações Familiares e Tecnologia Médica: Casais Homoafetivos e o Uso das Novas Tecnologias Reprodutivas”.

A pesquisa objetiva investigar concepções sobre família e filiação de casais formados por pessoas de mesmo sexo, que buscam constituir família pelo acesso a novas tecnologias na área reprodutiva.

Solicito autorização para entrevistar e gravar depoimentos a serem utilizados nesse estudo. A duração estimada da entrevista é de 60 minutos e ela trata de questões relativas concepção sobre família e filiação e sua trajetória no contexto do uso das tecnologias reprodutivas.

Sua participação neste estudo é voluntária e mesmo que decida participar, você tem plena liberdade para solicitar, a qualquer momento, a interrupção da entrevista ou retirar seu consentimento.

Você pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar do estudo, assim como a qualquer momento durante a nossa conversa.

Seu nome será mantido em segredo e as informações que você nos fornecerá não serão identificadas como suas. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outras entrevistas, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. Os registros, entretanto, estarão disponíveis para uso da pesquisa e para a produção de artigos científicos.

Você será mantido atualizado sobre os resultados que sejam do conhecimento das pesquisadoras.

O estudo não apresenta riscos para os participantes. Não há benefício direto para o participante. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Prof. Dra. MARCIA THEREZA COUTO, e o investigador executante é CAMILA VITULE BRITO DE SOUZA, que podem ser encontrados no endereço Av. Dr. Arnaldo, 455 2º andar, sala 2177, São Paulo/SP. Telefone 3061 8692. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 3069-6442 ramal 26 – E-mail: cappesq@hcnet.usp.br

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Novas Configurações Familiares e Tecnologia Médica: Casais Homoafetivos e o Uso das Novas Tecnologias Reprodutivas”.

Eu discuti com o Dr. Márcia Thereza Couto e/ou Camila Vitule Brito de Souza sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do

estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Assinatura do paciente/representante legal Data ____ / ____ / ____

Assinatura da testemunha Data ____ / ____ / ____

para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo Data ____ / ____ / ____