FERNANDA LYE WATARI

**Maternidade monoparental eletiva:
a construção de projetos de filiação por meio de tecnologias
reprodutivas**

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

Programa de Saúde Coletiva

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a. Rosana
Machin Barbosa

**São Paulo
2021**

FERNANDA LYE WATARI

**Maternidade monoparental eletiva:
a construção de projetos de filiação por meio de tecnologias
reprodutivas**

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

Programa de Saúde Coletiva

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a. Rosana
Machin Barbosa

**São Paulo
2021**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

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

©reprodução autorizada pelo autor

Watari, Fernanda Lye
Maternidade monoparental eletiva : a construção
de projetos de filiação por meio de tecnologias
reprodutivas / Fernanda Lye Watari. -- São Paulo,
2021.
Dissertação (mestrado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.
Programa de Saúde Coletiva.
Orientadora: Rosana Machin Barbosa.

Descritores: 1.Família monoparental 2.Maternidade
3.Progenitor único 4.Técnicas de reprodução
assistida 5.Doação de gametas 6.Filiação

USP/FM/DBD-124/21

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA

Candidata: Fernanda Lye Watari

Título da Dissertação: Maternidade monoparental eletiva: a construção de projetos de filiação por meio de tecnologias reprodutivas

Orientador: Rosana Machin Barbosa

A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa da Dissertação de Mestrado, em sessão pública realizada a/...../....., considerou o(a) candidato(a):

() **Aprovado(a)** () **Reprovado(a)**

Examinador(a): Assinatura:
Nome:
Instituição:

Examinador(a): Assinatura:
Nome:
Instituição:

Examinador(a): Assinatura:
Nome:
Instituição:

Presidente: Assinatura:
Nome:
Instituição:

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Rosana Machin, que me guiou e encorajou a explorar o mundo científico e a temática do presente estudo, minha eterna gratidão.

Ao Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP, formado por pessoas que admiro profundamente e pelo acolhimento no ambiente plural, inspirador e catalisador de ideias e produção científica.

À minha família, por semear sonhos, ser minha base e solo fértil, por conferir sentido a todos os brindes da vida.

Ju e Corder, obrigada pelo doce lar, por darem ares mais leves em meio à pandemia e, igualmente à Gi e Samu, pelo incentivo genuíno à trajetória acadêmica de cada um(a).

À Gaisa, pela somatória de vozes femininas e o incentivo à criação. Às Fanfas, pelos 10 anos de caminhada de mãos dadas pela obstetrícia.

Agradeço a todas as mulheres que compartilharam parte de suas histórias, permitindo que o presente trabalho pudesse se concretizar.

E à Capes, por fornecer condições para a realização deste estudo e possibilitar que o potencial de pesquisa seja desenvolvido no Brasil.

À todas as mulheres que
gestam desejos e dão luz
à estratégias de vida.

Em especial, à Luiza
filha adotiva, *mãe* solo
e amada *avó*.

Aos caminhos percorridos
pelas forças do amor.

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

Referências: adaptado de International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver).

Universidade de São Paulo. 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

LISTA DE ABREVIATURAS

LISTA DE TABELA

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVO	6
2.1. OBJETIVO GERAL.....	6
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO CONCEITUAL	7
3.1. FAMÍLIA MONOPARENTAL	8
3.2. TECNOLOGIAS REPRODUTIVAS.....	15
3.3. MONOPARENTALIDADE MATERNA POR ESCOLHA	29
4. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	39
4.1. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	41
4.2. CUIDADOS ÉTICOS	42
4.3. O TRABALHO DE CAMPO.....	43
4.4. AS ENTREVISTAS	49
4.5. PARTICIPANTES	51
4.6. ANÁLISE DOS DADOS	65
4.7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	69
5. CONSTRUÇÃO DO PROJETO MONOPARENTAL	71
5.1. A DECISÃO PELA MATERNIDADE	72
5.2. ELEIÇÃO À MONOPARENTALIDADE.....	76
5.3. DIMENSÃO BIOLÓGICA E CORPOREIDADE.....	80

5.4. REDE INFORMATIVA.....	82
6. ESTRATÉGIAS REPRODUTIVAS	85
6.1. A ESCOLHA DO POSSÍVEL	86
6.2. BANCOS DE SÊMEN	93
6.3. CRITÉRIOS DE ESCOLHA DO PROVEDOR	96
6.4. DESGASTE EMOCIONAL.....	99
7. REVELANDO A MATERNIDADE SOLO POR ESCOLHA	102
7.1. INDEPENDÊNCIA FEMININA	103
7.2. DESAFIOS DA MATERNIDADE SOLO	105
7.3. REDE DE APOIO	107
7.4. A FORÇA DA VERDADE.....	109
7.5. O ANÚNCIO.....	114
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	119
9. ANEXOS	121
9.1 ANEXO A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	121
9.2 ANEXO B: ROTEIRO PARA AS ENTREVISTAS SEMI- ESTRUTURADAS	124
9.3 ANEXO C: FOLDER INFORMATIVO ÀS CLÍNICAS DE RA	125
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	126

APÊNDICE

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BCTG	Bancos de células e tecidos germinativos
CEP	Comissão de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNS	Conselho Nacional de Saúde
FIV	Fertilização <i>in vitro</i>
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSI	Injeção intracitoplasmática de espermatozoides
MeSH	Medical Subject Headings
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAD C	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua
RA	Reprodução humana assistida
RedLara	Rede Latinoamericana de Reprodução Assistida
SisEmbrio	Sistema Nacional de Produção de Embriões
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TR	Tecnologias reprodutivas

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Caracterização das entrevistadas.....	53
---	----

RESUMO

Watari FL. *Maternidade monoparental eletiva: a construção de projetos de filiação por meio de tecnologias reprodutivas* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

Introdução: A monoparentalidade materna por escolha é um fenômeno crescente em diversos países e ganha impulso com as tecnologias reprodutivas (TR) ao possibilitar que mulheres solteiras busquem e concretizem a maternidade utilizando material genético de terceiros. As TR possuem elevado custo e estão disponíveis apenas para uma pequena parcela da população. No Brasil, este fenômeno embora apresente números progressivos, ainda é pouco conhecido. A monoparentalidade materna brasileira por escolha, nosso foco de estudo, envolve a construção de projeto de filiação que tem modificado a equação das relações sociais para a parentalidade e possui motivações e implicações sociais relevantes a serem compreendidas. **Objetivos:** Objetivou-se investigar as motivações que levaram à construção da maternidade monoparental por escolha por meio do acesso às tecnologias reprodutivas, identificando os sentidos atribuídos pelas mulheres participantes do estudo. **Metodologia:** De natureza qualitativa, o estudo empírico contou com a realização de dez entrevistas semiestruturadas com mulheres em idade fértil, residentes no município de São Paulo-SP, que estavam buscando tratamento de TR, em curso ou o tinham finalizado com êxito. As idades variaram entre 23 a 45 anos, com renda mensal entre 1.500 reais a 35 mil reais; quanto à escolaridade temos uma com nível médio completo, uma com superior completo e as demais, pós-graduadas; autodeclaração de raça/cor predominantemente branca e duas pardas. As participantes foram recrutadas por meio de consulta a clínicas de RA e por acesso a rede de contatos da pesquisadora na qual, através de dois desses contatos, obteve-se subsequentes participantes através da metodologia da bola-de-neve. O número de entrevistas foi delimitado pelo uso da técnica de saturação teórica. **Resultados:** As motivações ao projeto monoparental materno eleito, demonstrou o valor e o sentimento de realização que a maternidade possui às mulheres entrevistadas, suas concepções sobre configurações familiares e a importância dos laços biológicos da parentalidade. Dentre as técnicas de RA, percebeu-

se que as escolhas não são totalmente livres e sofrem influências de questões sócio-políticas-econômicas. A utilização de material genético de terceiros passa pela eleição a bancos nacionais ou internacionais e a escolha da amostra seminal, com identidade do doador sendo anônima ou não. A maternidade solo traz o desafio de conciliar as demandas individuais e profissionais com as necessidades da criança; contar ou não aos/às filhos/as o processo conceutivo; as preocupações de vivenciar preconceitos e discriminação por suas decisões familiares. **Considerações finais:** O projeto de filiação é permeado por questões emocionais e foi impulsionado pela visão que essas mulheres têm de si como indivíduos socialmente independentes. A monoparentalidade materna por escolha enquanto objeto de estudo é relevante para melhor compreender os contextos maternos e femininos, além de suas demandas, situando a posição da mulher na sociedade considerando o contexto desse fenômeno.

Descritores: Família monoparental; Maternidade; Progenitor único; Técnicas de reprodução assistida; Doação de gametas; Filiação

ABSTRACT

Watari FL. *Single-mothers by choice: the construction of offspring projects through reproductive technologies* [dissertation]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2021.

Introduction: Single mothering by choice is a growing phenomenon in several countries. It is boosted with the consolidation of reproductive technologies (RT) by allowing single women to seek and to experience motherhood through pregnancy without sexual act and using third party genetic material. However, these technologies have high cost and are only a small proportion of the population can afford. Although it is becoming more popular over the years, this parental design is still quite unknown in many countries. Here we study the single motherhood by choice in Brazil.

Objectives: Our aim was to investigate the motivations of interviewed women that led to the single parenthood by choice using reproductive technologies.

Methodology: The empirical basis of this qualitative research consisted of semi-structured interviews with women residing in the city of Sao Paulo, Brazil who were under treatment or have completed RT and have no previous children. The interviewed women age and monthly income ranged from, respectively, 23 to 45 years and R\$ 1,500 to R\$ 35,000; the majority of them have completed post-graduation courses but two, one having a high school diploma, and the other, a college degree; regarding race, two of them self-identified as brown and all the other as white. Initially, 2 participants were recruited based on records of assisted reproduction clinics and through contact with professionals working with related topics. Further participants were recruited using snowball sampling. The number of interviews was limited after reaching the theoretical saturation of themes.

Results: We found that single parenthood by choice was motivated by a sense of accomplishment associated with the motherhood desire, the concepts regarding the family itself and the importance of the parental connection. Among all assisted reproductive techniques, choices were influenced by

socio-political-economic factors. The use of genetic material from third parties involves the choice of national or international sperm banks and the seminal sample itself, with anonymous or not donor's identity. Solo maternity brings the challenge of reconciling individual and professional demands with the child's needs, the revealing to the child about the conceptual process and the concerns regarding prejudice and discrimination for their choice. **Final considerations:** The parental design was permeated by emotional factors and driven by the women self-impression as socially independent individuals. Single mothers by choice as an object of study is relevant to better understand maternal and female contexts and their demands, situating the position of women in society considering the context of this phenomenon.

Descriptors: Single-parent family; Maternity; Single parent; Reproductive techniques assisted; Gamete donation; Offspring

1. INTRODUÇÃO

A monoparentalidade materna por escolha é um fenômeno emergente e tem sido foco de estudos em países como Espanha (Frasquet, 2013; Rivas e Jociles, 2013; Fatou, Konvalinka e Alamillo-Martínez, 2013), Inglaterra (Murray; Golombok, 2005; Golombok, 2015; Graham, 2018;), Argentina (Giallorenzi, 2018), Estados Unidos (Hertz et al., 2006), Noruega (Jacobsen; Vik; Dahl, 2020), Suécia (Volgsten; Schmidt, 2019) e, finalmente, Brasil (Szapiro; Féres-carneiro, 2002; Abrahão, 2003; Teixeira; Parente; Boris, 2009).

A monoparentalidade diz respeito às mulheres e homens que são mães ou pais sem a presença de um companheiro(a), ou seja, se diferenciando do esquema biparental. No caso da monoparentalidade feminina eleita, também conhecida popularmente como “mães solo por escolha”, designa um fenômeno relativamente novo. O termo deriva das mulheres que decidem ser mães sem a presença de um companheiro/cônjuge ou figura paterna para a criança e arquitetam para si, trajetórias visando a parentalidade, podendo ter filiação consanguínea, que é nosso objeto de estudo, ou não tê-la, envolvendo a adoção.

Esta nova configuração de maternidade, sendo solo e por escolha da mulher, é chamada por Giallorenzi (2018, p.132) de “projeto individual e autônomo”. Frasquet (2018, p.2) denomina “produção independente” e refere que o fato de configurar-se ou não como um casal torna-se irrelevante em relação à maternidade. A parentalidade não deriva de relacionamento afetivo entre um casal, tampouco são antagônicos, apenas não mais possuem correlação e afirma, são “duas coisas independentes, não contrárias”.

As mães solo sempre existiram nas configurações familiares tradicionais, as composições biparentais, na qual a mulher acabava por criar o/a(s) filho/a(s)¹ sozinha,

¹ Com o intuito de demonstrar maior representatividade, evitou-se a generalização dos termos no substantivo masculino (“todos”, se referindo a um grupo heterogêneo, por exemplo). Não é possível a utilização do sufixo “e”, que tem o intuito de neutralizar os gêneros (“todes” ao invés de “todos/as”), que visa contemplar as identificações de gênero de maneira mais ampla. Optou-se, então, por utilizar o gênero masculino e feminino (“todos e todas”) quando se trata de situações generalizadas. Os substantivos masculinos foram utilizados quando se trata de um público que é identificado no gênero masculino, igualmente se aplica aos termos no gênero feminino que são relativos ao grupo assim identificado no estudo.

sem a figura paterna, seja por conta de divórcio ou separação, viuvez, abandono ou outras situações que conduziam a um contexto de monoparentalidade por consequência.

A família monoparental é legalmente reconhecida e definida na Constituição Federal de 1988 (artigo 226, §4º), como sendo a “comunidade formada por qualquer um dos pais e seus descendentes”, independentemente do que causa essa presença única. Explica Diniz (2002) que, deste modo, a família monoparental é desvinculada da ideia de casal relacionado às/aos filhas/os, pois estes/as vivem apenas com um/a de seus/suas genitores/as.

As famílias desempenham papel central como fonte de solidariedade, proteção e segurança para seus membros, são base de oferta de identidade e construção de relações de amor, além de serem centro da economia do país e do debate político enquanto público-alvo de políticas públicas (Gomes; Pereira, 2005).

Os novos rearranjos sociais requerem na contemporaneidade a atualização do direito de família, além de extrapolar o paradigma da família institucional, o reconhecimento dos novos valores e novas formas de convívio das diversas configurações familiares. Esta mudança, tanto nas famílias quanto na condição das mulheres, é parte do processo de modernização da sociedade não significando, contudo, que seja um processo homogêneo (Itaboráí, 2015).

A monoparentalidade feminina por opção parte de mulheres que projetam viabilizar a maternidade sem parceria. No objeto investigado do presente estudo, optou-se por este tipo de maternidade solo que foi viabilizada ou pretende-se viabilizá-la através de tecnologias reprodutivas.

Há estudos que trazem o termo “novas tecnologias reprodutivas”, englobando o termo “novas” que correspondem às técnicas como fertilização *in vitro* (FIV) e pesquisa genética, pois as TR de modo geral, incluem algumas práticas que podem ser denominadas antigas, como a inseminação artificial (Barbosa, 1999). O termo² “tecnologias reprodutivas” (TR) é utilizado pelas Ciências Sociais para referir-se aos procedimentos médicos conceptivos que são denominados pela biomedicina como

² No presente estudo, ambos os termos são utilizados (“tecnologias reprodutivas” e “reprodução assistida”) de acordo com sua aplicação, ora no campo das Ciências Sociais, ora aos procedimentos denominados pela biomedicina.

“reprodução humana assistida” ou “reprodução assistida” (RA).

O nascimento de Louise Brown, primeira bebê de proveta do mundo, em 1978, marca o início de uma era tecnológica conceptiva que, literalmente, deu luz às tentativas e esforços da ciência em uma empreitada que reuniu interesses da ciência, medicina e mercado. O Brasil participou do movimento das TR, tendo a primeira bebê de proveta brasileira, Anna Paula Caldeira, nascida em outubro de 1984.

Desde então, houve uma notável expansão do campo das TR no Brasil. Dados da Red Latinoamericana de Reproducción Asistida (Redlara) divulgados em 2019 relativos ao ano de 2016 indicam que, na América Latina, dos procedimentos de RA realizados, a maioria ocorreu em centros localizados no Brasil, com 62 centros, seguido do México, com 33 centros e Argentina, com 27 centros (Zegers-Hochschild et al., 2019). Segundo dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) divulgados no 13º relatório do SisEmbrio – Sistema Nacional de Produção de Embriões, publicados em 2020 pela Anvisa, demonstram que o Brasil vem sendo protagonista quanto aos procedimentos de RA. De acordo com o levantamento de dados, em 2019, a taxa média de FIV nos Bancos de Células e Tecidos Germinativos (BCTG) do país chegou ao percentual de 76%, resultado elevado em relação ao cenário médio internacional, que exige uma porcentagem acima de 65% (Brasil, 2020).

As clínicas de RA são a porta de entrada das pessoas interessadas nos tratamentos conceptivos no mercado da fertilidade, onde é possível passar por consultas médicas, aconselhamento genético e tratamentos relacionados aos casos de infertilidade e técnicas de RA. Nas últimas décadas foi crescente o número de mulheres solteiras que recorreram ao uso de material genético de terceiros via TR para construção de um projeto de maternidade solo (Jacobsen; Vik; Dahl, 2020), sendo este caracterizado pela consanguinidade, pois as TR proporcionam uma forma de parentesco com reforço aos laços biológicos.

O 2º Relatório de Importação de Amostras Seminais para uso em Reprodução Humana Assistida, divulgado em 2018 pela Anvisa, aponta que nos últimos sete anos, de 2011 a 2017, foram emitidas anuências referentes à importação de 1.950 amostras seminais, sendo que a maioria das amostras de sêmen foram solicitadas pelo perfil de pacientes composto pelas mulheres solteiras. O acesso ao material genético masculino proveniente dos bancos de sêmen permite a estratégia de viabilizar o projeto parental

sem parceria. Os bancos de sêmen funcionam como um reservatório onde amostras de esperma encontram-se armazenadas e acondicionadas para uso em processos de RA e também aos casos de quem está em tratamento oncológico, por exemplo, como estratégia de preservação de gametas.

Os procedimentos envolvidos na RA possuem elevado custo. No Brasil, cada ciclo de fertilização pela RA pode custar, em média, vinte e cinco mil reais (R\$ 25 mil reais), valor que inclui tratamento prévio ao procedimento até a inserção do embrião no útero (Queiroz, 2018). O acesso a estes serviços é limitado pelos altos custos, sendo pouco acessíveis a uma grande parcela da população interessada (Ramírez-Gálvez, 2009).

No projeto monoparental materno, ao designarem as TR como via de acesso à viabilização de seu projeto monoparental, essas mulheres se deparam com um conjunto de técnicas médicas disponíveis no mercado para construção do projeto de filiação. Conforme Ramírez-Gálvez (2009), as TR alteraram o processo feminino de reprodução por possibilitar a ocorrência da gravidez sem relação sexual e ao expandir os limites das configurações biológicas no mundo contemporâneo.

A pouca disponibilidade da oferta das TR no setor público de saúde arreta em limitação do acesso às técnicas de alta complexidade e longas filas de espera, aponta Alfano (2014). No entanto, o Brasil ainda não possui uma lei específica que regulamente a prática da RA. Essa lacuna é preenchida pelas normas éticas do órgão médico Conselho Federal de Medicina (CFM) e por ações de monitoramento e regulação do Estado brasileiro pelo âmbito da Anvisa.

As possibilidades de concepção advindas com as TR permitiram que mulheres solteiras pudessem buscar e concretizar a maternidade através da gravidez sem sexo, modificando a equação das relações sociais para a parentalidade. Este tipo de configuração familiar, enquanto projeto pessoal de mulheres solteiras constroi, conforme Rivas e Jociles (2013), uma identidade familiar diferenciada daquela monoparentalidade por consequência, em que não houve uma vontade por parte da mulher de desenvolver seu projeto familiar sozinha.

A monoparentalidade feminina por escolha é ainda pouco conhecida no Brasil e possui motivações e implicações sociais relevantes a serem compreendidas. Para Frasquet (2018), essas mulheres dialogam e negociam com normas e valores sociais

hegemônicos, processos culturalmente padronizados, transgredindo elementos normativos, modificando as normas sociais. Soares (2010) aponta que a maternidade possui múltiplos sentidos, atrelados ao contexto e a trajetória de vida da mulher, sua sexualidade, construção de identidades e também, reconhecimento social. Investigar a maternidade solo por escolha faz-se importante para compreender as demandas e contextos maternos e femininos, elucidar características desse grupo de mulheres e suas peculiaridades.

2. OBJETIVO

2.1. OBJETIVO GERAL

Investigar as motivações que levaram à construção da maternidade monoparental por escolha por meio do acesso às tecnologias reprodutivas, identificando os sentidos atribuídos pelas mulheres entrevistadas.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO CONCEITUAL

O campo da reprodução é mobilizado e ativado em momentos históricos particulares (Morgan, 2019), permitindo examinar como práticas e comportamentos reprodutivos dos sujeitos estão completamente enredadas com processos político-econômicos que direcionam regimes morais. É importante considerar as relações entre moral corporal e biológica, regimes, estratégias políticas nacionais e lógicas econômicas globais, vinculando a governança íntima à mundial (Morgan; Roberts, 2012).

No presente trabalho foi utilizado o conceito de governança reprodutiva, descrito por Morgan e Roberts (2012, p. 243) como:

governança reprodutiva refere-se aos mecanismos através dos quais diferentes configurações históricas de atores - tais como instituições financeiras estaduais, religiosas e internacionais, ONGs e movimentos sociais - usam controles legislativos, incentivos econômicos, injunções morais, coerção direta e incitamentos éticos para produzir, monitorar e controlar comportamentos reprodutivos e práticas populacionais.

Foi em referência à América Latina que o conceito de governança reprodutiva foi desenvolvida, onde desde meados da década de 1990, o comportamento sexual e reprodutivo foi liberado ou restrito através de regimes morais e reivindicação de direitos diante de inúmeras iniciativas constitucionais, civis, jurídicas e legislativas (Morgan; Roberts, 2012). As transições para a democracia e as economias neoliberais que ocorreram na América Latina foram construídas sob o âmago dos direitos humanos, após décadas de ditadura e processos de privatização dos serviços públicos por parte dos estados, em que os/as cidadãos/ãs eram encorajados a se responsabilizar de maneira individualizada por si mesmos/as e por sua saúde (Morgan, 2019).

Os regimes morais referem-se aos padrões privilegiados de moralidade utilizados para governar comportamentos íntimos, julgamentos éticos e suas manifestações públicas (Morgan; Roberts, 2012). Nesse sentido, os regimes morais de reprodução passam a ter como cerne a avaliação das ações e ideologias relacionadas à geração, perpetuação e continuidade humana. A governança reprodutiva, na

contemporaneidade, é influenciada por confluências globais, que incluem elementos de ativismo, finanças, medicina e humanitarismo em razão de variadas colaborações transnacionais (Morgan, 2019).

O conceito de governança reprodutiva é utilizado a partir de duas maneiras centrais, explica Morgan (2019). Segundo a autora, a primeira maneira é realizando análises da ocorrência de novos sujeitos sociais, incluindo fetos que detém direitos semelhantes ou sobrepujantes a pessoas nascidas, doadores de espermatozoides ou pessoas que congelam seus óvulos, por exemplo. A segunda maneira é examinando como os direitos humanos têm fortemente contribuído tanto com políticas progressistas quanto para os que apoiam o direito à vida, especialmente na América Latina.

É relevante acompanhar a governança reprodutiva para melhor compreender como os processos político-econômicos se relacionam com questões reprodutivas e sexuais como, por exemplo, o aumento do trabalho formal e remunerado das mulheres e a incursão da medicina privatizada (Morgan; Roberts, 2012).

A seguir será fundamentada a família monoparental, as tecnologias reprodutivas e a maternidade monoparental por escolha em suas implicações históricas e conceituais pelas lentes da governança reprodutiva.

3.1.FAMÍLIA MONOPARENTAL

As mães solo sempre existiram nas configurações familiares tradicionais. De acordo com Hertz et al. (2006), até meados de 1940, a monoparentalidade mais comumente emergia por causa da morte de um/a dos/as companheiros/as, nas várias décadas subsequentes, devido à dissolução das uniões dos casais. Assim, desde a década de 1980, a maternidade não matrimonial ascendeu como a rota dominante para a parentalidade solo.

Foi no modelo patriarcal de família que a legislação brasileira pautou o Código Civil de 1916 que vigorou até 2002, no qual a mulher casada ficava relegada, perante a lei, à condição de relativamente incapaz em relação ao marido para os atos da vida civil (Menezes, 2018). A autora explica que ao marido era atribuído o *patria potestas*, sendo expressamente colocado como “chefe da sociedade conjugal”. O atual Código Civil, modificado em 2002, passou a tratar formalmente homens e mulheres de maneira

equiparada, tendo a expressão “pátrio poder” substituída por “poder familiar”, não significando, contudo, que as relações conjugais não mais carregam traços do modelo patriarcal arraigado nas estruturas sociais.

Após sucessivas mudanças na legislação de família, a Lei do divórcio entrou em vigor em 1977 e a assinatura da Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (ONU, 1979) foi assinada pelo Brasil em 1984. Mas, é somente em 1988, com a Constituição Federal, que temos o reconhecimento da igualdade de direitos de homens e mulheres na sociedade conjugal (Itaboraí, 2015). Segundo Itaboraí (2015), desde o século XIX a atuação das mulheres e seus horizontes culturais e sociais vêm sendo ampliados, percebida por uma maior participação em novos espaços sociais. Nesse sentido, cada vez mais as mulheres têm adquirido condições de reordenarem suas vidas privadas e diversificarem seu campo de atuação para outras áreas além daquelas reconhecidas como de predominância feminina (educação, saúde e sociabilidade, por exemplo).

Rios e Gomes (2009) tratam da ideia de mudanças nas relações familiares no sentido de que as relações estão menos valorizadas em si e mais por cada um dos componentes da família, com processo de individualização nas relações. Parte disso explica porque o número de registros de casamentos no Brasil teve uma redução de 2,7% entre 2018 e 2019, sendo percebido movimento de queda desde o ano 2016, de acordo com dados das Estatísticas do Registro Civil do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) divulgados em 2019, que mostram maior queda no número total de casamentos registrados em 2019 na região Sudeste (4,0%) e menor na região Norte do país (0,3%). Há 10 anos, a média de duração de um casamento civil era estimada em 17,5 anos e atualmente este tempo médio caiu para 13,8 anos, ou seja, entre 2009 e 2019, o tempo médio entre a data do casamento e a data do divórcio diminuiu ao longo da década (IBGE, 2020). Uma possibilidade frente a esses dados é que pode estar havendo mais uniões sem registro ou pessoas em situação de coabitação, ou seja, em relação matrimonial informal, conjugal ou afetiva. Esses cenários levam a considerar que as relações afetivas estão adquirindo novo caráter, mais dinâmico em termos de união e separação, sem perpassar por processos formalizados de união ou o número de pessoas solteiras está elevando.

As mudanças nas relações familiares culminaram em modificações que

alteraram suas configurações, sobretudo nos últimos anos. Embora nem todos os relacionamentos que terminam em separação ou divórcio são sinônimo de casais com filhos/as, observou-se que um de seus efeitos é o aumento do número de crianças que crescem em famílias monoparentais (IBGE, 2012). Além disso, foi visto um crescimento significativo das famílias cujo membro responsável é do sexo feminino, incluindo os casos em que se contava com a presença de cônjuge.

Este cenário pode ser decorrente da modificação de valores culturais relacionados ao papel da mulher na sociedade brasileira. O ingresso maciço das mulheres no mercado de trabalho, o aumento da escolaridade em nível superior combinados com a redução da fecundidade são fatores que podem explicar este reconhecimento da mulher como responsável pelas mudanças na família (IBGE, 2012).

A maternidade vem sendo adiada pelas mulheres, de acordo com dados das Estatísticas do Registro Civil divulgados pelo IBGE (2020), no ano de 1999 a proporção de mães que tiveram filhos/as com 20 a 24 anos era mais de 30% dos nascimentos e passou para 24,5%, em 2019. Também, em 1999, os nascimentos registrados cujas mães tinham 30 anos ou mais era de 23,7% e, em 2019, responderam por 37,4%, sendo que na região Sudeste a proporção chega a 41,8%, seguida do Sul, com 40,9%. O resultado evidencia o crescimento da proporção de mães nesse grupo de idade.

A mobilidade social ascendente tem como condição central a idade em que a mulher teve a/o primeira/o filha/o. A partir de dados da Censo Demográfico 2010: nupcialidade, fecundidade e migração (IBGE, 2010), infere-se que entre as mulheres que tiveram a/o primeira/o filha/o após os 20 anos, sobretudo, após os 25 anos, há maiores chances de se ter alcançado níveis mais altos de escolaridade, efeito potencializado no que se refere ao acesso ao nível superior, chance aumentada em 12 vezes para aquelas que tiveram a maternidade postergada após os 25 anos. Assim, restringir ou postergar a maternidade é condição de possibilidade para ascender socialmente, além de diversos estudos evidenciarem a relação entre expansão da escolaridade e adiamento da união, aponta Itaboraí (2015).

Esse panorama das condições sociais das mulheres no Brasil não significa que as mudanças são aplicadas a todas as mulheres, visto o caráter heterogêneo do país e estruturado em intensas desigualdades sociais e raciais. As mudanças de vida feminina

seguem ritmos distintos e muitos indicadores sociais são criticados por desconsiderarem o impacto do trabalho doméstico e de cuidado, além de não contemplarem as desigualdades entre grupos dentro da sociedade (Itaboraí, 2015).

Na Espanha, onde houve acentuada queda da fertilidade desde o final do século XX, o que poderia se interpretar como uma expressão de um desejo cada vez menor pela reprodução, constata-se que há uma das maiores lacunas na diferença média entre o número desejado de filhas/os e sua quantidade real (Marre; San Román; Guerra, 2018). Os autores também comentam que as mulheres espanholas enfrentam desfavoráveis jornadas de trabalho, salários baixos, empregos instáveis e falta de políticas que apoiem mães que trabalham e ecoam que a decisão coletiva das mulheres em atrasar a maternidade é a única medida para recuperar o equilíbrio entre vida familiar e trabalho (idem).

Scavone (2001a) referencia a icônica obra de Beauvoir (1949) “O Segundo Sexo”, que aborda que o questionamento sobre a função da maternidade no contexto pós II Guerra Mundial começava a compreender a maternidade como uma construção social de modo que determinava a posição feminina na família e sociedade causada pelas relações de poder e dominação do masculino pelo feminino. Assim, a crítica feminista entendia que a maternidade ausentava as mulheres do espaço público pela reprodução biológica da gestação, parto, amamentação e cuidados com as crianças, que as confinava ao espaço privado sob a dominância masculina. Em face à essas compreensões, sucedeu a incorporação de prática de recusa consciente à maternidade pelas mulheres, em detrimento à ideia de liberdade outorgada pela ausência voluntária de filhos/as, na qual à maternidade se atribuía o confinamento doméstico e a obrigatoriedade de exercer um trabalho invisível de cuidado com a prole e que as afastava do espaço e atuação pública (Scavone, 2001a).

Avanços tecnológicos na produção e difusão de métodos contraceptivos a partir dos anos 1960 conferiram maiores condições de manejo sobre a maternidade ao público feminino. Scavone (2001b) comenta que, no século XIX, no momento em que as mulheres das famílias operárias começam a associar o trabalho fora do lar e a maternidade, também compreendido como trabalho no lar, ressalta a autora, instituiu-se a “dupla jornada de trabalho” (termo também designado por feministas contemporâneas), que, pelos avanços da industrialização e urbanização, a lógica da

dupla responsabilidade consolidou-se no século XX. Para Morgan e Roberts (2012), as políticas de controle populacional do período pós-guerra costumam projetar modelos, que funcionam como guias ideológicos ao que as famílias modernas devem se tornar.

Ao final dos anos 1960, nos Estados Unidos, foram criados grupos de conscientização feministas que reuniram mulheres ativistas para discutir experiências e questões relativas a “ser mulher” na sociedade, constatando que seus problemas emergiam do social e, portanto, demandavam soluções coletivas. Diversas temporalidades e localidades do mundo contabilizam diversos momentos em que as mulheres uniram esforços nos variados movimentos de mulheres contra o patriarcado e na luta por direitos femininos.

A década de 1970 foi marcada pela reivindicação do controle reprodutivo, tendo o domínio do próprio corpo. Ramírez-Gálvez (2006) cita que o movimento de mulheres norte americanas lançou a máxima “our bodies, ourselves” que tinha como condição principal, a posse e controle do próprio corpo como sendo fundamentais para o acesso à cidadania. Apesar dessa máxima ter apresentado particularidades nos diferentes contextos locais, atenta a autora, seu significado pautou muitas políticas e ações que sucederam nas décadas posteriores (idem). Além disso, tais direitos foram formulados não somente como oposição a uma maternidade tida como obrigatória, mas em paralelo ao direito à concepção, compreendido como o direito de viver a gestação e o parto com segurança e dignidade (Ramírez-Gálvez, 2006).

Na década de 1980, o emblemático movimento feminista de mulheres trouxe mudanças na perspectiva dos Direitos Humanos na agenda internacional e de muitos governos, que culminaram na diferenciação dos direitos sexuais e dos reprodutivos, quando a terminologia “saúde da mulher” deu lugar ao conceito de “direitos reprodutivos”. Conforme Lemos (2014), os direitos sexuais e reprodutivos são parte integrante dos direitos humanos e tangerem a vivência da maternidade voluntária, o exercício da sexualidade sem constrangimento e a contracepção auto decidida.

Na década de 1990 reuniões temáticas internacionais foram realizadas pela Organização das Nações Unidas (ONU), nas quais, conforme Lemos (2014), questões relacionadas a gênero, saúde, direitos humanos, dentre outras, foram pautas discutidas e reforçadas. Em 1994, houve a Conferência Internacional do Cairo sobre População

e Desenvolvimento e a Quarta Conferência Mundial sobre Mulheres em Pequim. Em 1995, programas e ações foram elaborados com base na abordagem dos direitos para a saúde reprodutiva (Morgan; Roberts, 2012). As autoras afirmam que estes esforços sofreram resistência dos Estados Unidos e a implementação dos resultados das conferências foi prejudicada pela austeridade econômica, além de ajustes nas estruturas de programas e supressão aos serviços de saúde primários na América Latina. Mas, apesar desses obstáculos, os discursos internacionais de reprodução que ecoaram desde a Conferência do Cairo, tendem a ser enquadrados em termos de direitos individuais (Morgan; Roberts, 2012). Estes passaram a ser reconhecidos como direitos humanos básicos e vinculados ao direito à saúde, sobretudo, o direito pela bandeira de decidir livremente ter ou não filhos/as, quantos/as e quando tê-los/as (Giallorenzi, 2018).

Pode-se pensar que houve um crescente fortalecimento dos direitos reprodutivos. No entanto, o fim da Guerra Fria (que teve duração de 1947 até 1991) foi concomitante a um rápido declínio das taxas de natalidade na América Latina (bem como em nações sem programas e políticas populacionais), quando os métodos contraceptivos modernos e a esterilização cirúrgica passaram a fazer parte mais fortemente do contexto de vida das mulheres (Morgan; Roberts, 2012). No mesmo estudo, Morgan e Roberts apontam que no final dos anos 1980 a taxa de fecundidade total na América Latina caiu abaixo da fertilidade média mundial e, assim, a retórica da governança reprodutiva mudou o enfoque de controle populacional à saúde e direitos reprodutivos e sexuais aos programas de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, fornecimento de serviços de aborto e tratamentos de infertilidade.

A disponibilidade de inovações científicas e tecnológicas, como o controle da fecundidade, é desigual para diferentes camadas populacionais até a atualidade. Fonseca (2007) comenta que do nascimento da primeira bebê de proveta do mundo, Louise Brown em 1978, até o início dos anos 1990, houve polarização entre feministas identificadas como liberais que viam na TR possibilidade de ampliação de escolhas femininas, e as chamadas feministas radicais, atentas aos possíveis abusos eugênicos. Segundo a autora, a partir dos anos 1990, manteve-se vigilância contra abusos eugênicos, bem como a pesquisa feminista, seguiu atenta às desigualdades de acesso às TR.

O uso massivo de contraceptivos foi fator central no declínio do número de filhos/as no país. O Brasil foi palco de uma das transições de fecundidade mais rápidas do mundo. Em 1940 a média de filhos/as era 6,5, entre 1985 e 1990 passou para 3,5 filhos/as e em 2004 atingiu a marca de 2,1 filhos/as, se equiparando à média de muitos países desenvolvidos, como mostra Vieira (2008). Também, este cenário corresponde a um aumento de dependência do controle da fertilidade por parte de estratégias médicas. Itaboraí (2015) observa que as novas escolhas reprodutivas possibilitam adiar a maternidade, tendo as tecnologias reprodutivas como apoio a essa decisão, sendo uma conjuntura mais frequente nas classes de maior rendimento.

As disparidades da vida das mulheres são permeadas por diversas condições socialmente impostas e de grande impacto em suas vidas públicas e privadas, como a maternidade e suas implicações. Ainda há muita desigualdade entre as mulheres, como demonstram os indicadores que medem o grau de equidade de gênero criados desde que a condição de vida das mulheres passou a ser pauta de destaque na agenda política internacional (Itaboraí, 2015).

A noção de reprodução estratificada, que demonstra que certos grupos de pessoas são encorajadas a se reproduzir, enquanto outros são desencorajados, estigmatizados e punidos, foi fortemente considerada por feministas e antropólogos (Morgan, 2019). No que concerne ao fenômeno da monoparentalidade feminina eleita, termo que deriva das mulheres que decidem ser mães sem a presença de um companheiro/cônjuge ou figura paterna para a criança, Vieira (2008) observa que a maternidade como escolha, enquanto decisão da mulher, é questionável por levar-se em consideração a reprodução estratificada. Para ela, essa maternidade é um fenômeno possível a partir do século XX pelas pautas feministas do direito ao corpo, da autonomia da mulher e dos métodos contraceptivos, e é um mecanismo atrelado às relações de poder, sugerindo como a reprodução social é permissível apenas a alguns grupos determinados. A disponibilidade ampla de métodos contraceptivos, em muitos países, em parte resultou em um tipo de compreensão sobre a reprodução e a maternidade como objetos de desejo e um entendimento sobre ser uma escolha reprodutiva racional (Marre; San Román; Guerra, 2018).

O adiamento da maternidade e a decisão de quando tê-la não é via de regra, uma condição possível a uma parcela da população. Segundo Vieira (2008), é possível

que a falta de acesso das mulheres brasileiras a anticoncepcionais reversíveis e a um atendimento médico ginecológico de qualidade gerem alto índice de arrependimento por parte de uma população, que recorre aos serviços de reprodução assistida. Há maior predominância de métodos hormonais e esterilização feminina nas classes de menor poder aquisitivo, enquanto os estratos mais altos desfrutam de uma gama mais diversa de escolhas (Barbosa, 2000; Itaboraí, 2015).

Indubitavelmente, a reprodução está no centro da política e da governança (Morgan, 2019) e a governança reprodutiva baseada nas atribuições das agendas neoliberais, que promovem a noção de direito de escolha pelas/os cidadãs/aos em face de privatizados serviços médicos (Morgan; Roberts, 2012) têm nas TR um campo em expansão que adensa modificações nas conformações familiares.

3.2. TECNOLOGIAS REPRODUTIVAS

As TR surgiram nos anos 1980 e foram inicialmente projetadas para casais heterossexuais inférteis, mas passaram a ser utilizadas por outros grupos sociais a partir da abertura de novas possibilidades de constituição familiar para pessoas que vivem outros tipos de relacionamentos, como parceria de mesmo sexo ou pessoas solteiras (Barbosa, 2000; Corrêa; Loyola, 2015; Machin et al., 2020). A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a infertilidade após o surgimento da RA como sendo a ausência de gestação para um mesmo casal após 12 meses de relações sexuais sem utilização de métodos contraceptivos (WHO, 2002).

A demanda por filhas/os, a reprodução da humanidade, sendo a motivação por constituir descendentes, sobrepujou a proposta das TR como meio de contornar a infertilidade. As TR, primariamente desenvolvidas para serem utilizadas em quadros patológicos, como a obstrução tubária (Barbosa, 2000; Corrêa, Loyola, 2015), deixaram de ter esse caráter e passaram a ser vislumbradas para outras situações que possibilitassem a constituição familiar com prole nos casos em que a reprodução não era viável (Machin et al., 2020).

O desejo por filhas/os confere força à demanda reprodutiva, independente de haver ou não patologias ligadas ao sistema reprodutivo, acarreta na aceitação dos indivíduos de se submeterem aos procedimentos, riscos e limites das TR pela

valorização social e simbólica à família e à reprodução (Corrêa; Loyola, 2015). Corrêa (1997) analisa o papel da medicina na perspectiva de extrema modernidade na construção de significâncias em torno da parentalidade e do imperativo da procriação, tendência que parece alastrar e solidificar-se ainda mais no que concerne a procedimentos altamente tecnologizados.

As TR incluem as técnicas utilizadas para se obter uma gestação sem o intercursos sexual. Dentre os métodos que constituem as TR podemos citar a estimulação ovariana, a fertilização *in vitro* (FIV), injeção intracitoplasmática de espermatozóide (ICSI), manipulação de embriões, amadurecimento e doação de óvulos, transferência, congelamento e armazenamento de embriões, aconselhamento genético, bancos de células e tecidos germinativos, procedimentos cirúrgicos, serviços laboratoriais, uso de substâncias hormonais, venda de medicamentos e de aparelhos específicos (Mazzilli, 2017).

A FIV, inicialmente projetada para casos de obstrução tubária, é a técnica da RA que consiste na fertilização do oócito pelo espermatozóide em laboratório, sendo que esse encontro de gametas ocorre de maneira espontânea (Barbosa, 2000). Atualmente, a FIV envolve a hiperestimulação hormonal da mulher através de medicações injetáveis, que visam amadurecer e captar grande quantidade de ovócitos maduros, para disponibilizar células reprodutivas femininas a serem fertilizadas de maneira *in vitro*, elevando as chances de se obter embriões (Corrêa, Loyola, 2015). De acordo com a Resolução da Anvisa nº 23, de 27 de maio de 2011, o embrião é o produto da fusão entre células germinativas até o 14º dia de sua fertilização *in vivo* ou *in vitro*, tempo em que se inicia a formação da estrutura que origina o sistema nervoso. O intuito de se obter elevado número de embriões é ter as chances aumentadas de se ter embriões viáveis para a transferência uterina, de modo que resulte em gestação; sendo um processo que produz excedente de embriões e células reprodutivas femininas, diferente do processo fisiológico, que é a liberação de apenas um folículo ovariano por mês (Corrêa, Loyola, 2015).

Uma variedade da FIV é a injeção intracitoplasmática de espermatozóide, também conhecida por suas siglas ICSI. É uma técnica de micromanipulação que na qual uma microinjeção injeta somente um único espermatozóide no citoplasma do oócito, sendo a opção indicada para os casos de infertilidade masculina severa (Santos,

2010). Quando a infertilidade masculina não permite a realização do procedimento nestes moldes, a opção é recorrer à semen de doador.

Ambas as técnicas, FIV e ICSI permitem que um embrião originado do óvulo de uma pessoa seja transferido ao útero de outra, ressalta Luna (2005). Obtida a fecundação e embrião “saudável” (passível de continuar seu desenvolvimento dentro das condições de normalidade esperadas em ambiente uterino), o embrião pode então ser transferido ao útero para prosseguir em gestação, pode ser congelado em laboratório para uso futuro ou ser doado à quem necessite. Há a possibilidade de doação de óvulos caso o futuro bebê seja destinado à pessoa que o está gestando (Luna, 2005). Caso a gravidez tenha o intuito de, ao final do processo gestacional, entregar o bebê a outra pessoa, é um caso de cessão de útero, popularmente conhecida como “barriga de aluguel”.

No caso da doação de óvulos, também é realizada a hiperestimulação ovariana com medicações de alta dosagem hormonal, visando captar quantidade satisfatória de óvulos. No Brasil, segundo a resolução vigente do Conselho Federal de Medicina nº 2.168/2017, é permitida a doação de óvulos a mulheres entre 18 e 35 anos de idade, com saúde considerada em “bom estado” e sem alteração genética. Geralmente os casos de recebimento do gameta feminino doado envolvem mulheres a partir dos 42 anos, média de idade que o tempo do óvulo pode interferir na qualidade dos embriões e, conseqüentemente, no processo gestacional como um todo (Arins, 2018; Luna, 2002). As receptoras devem ter até 50 anos de idade para participar dos procedimentos ou, dependendo do caso, até 55 anos de idade quando a saúde é considerada em “excelente estado”, após este período a gravidez é desaconselhada pelas normas do CFM (2017) devido às elevadas chances de riscos obstétricos. Mulheres com menos idade podem ter casos em que o procedimento de receber óvulos doados são indicados devido à chamada falência ovariana precoce, definida pela ausência de menstruação pelo período de 4 a 6 meses antes dos 40 anos de idade da mulher com duas dosagens do hormônio folículo-estimulante altas e estradiol baixo (Assumpcao, 2014; Pardini; Silva; Clapauch, 2006), também conhecida como “menopausa precoce”, ou em casos em que haja problemas de saúde que envolvam os óvulos.

Uma das técnicas mais conhecidas é também a que se tem registros de séculos anteriores, a inseminação artificial. Historicamente, seu desenvolvimento foi

relacionado à infertilidade feminina, chamada de “inseminação artificial homóloga”; o procedimento consistia em inserir na cavidade uterina, o sêmen do marido (Machin; Couto, 2014). Por muitos anos a inseminação artificial era o único tratamento disponível para casais heterossexuais na qual o homem apresentava aparente infertilidade e o procedimento era realizado com sêmen doado, conforme Bos e Van Balen (2010). Atualmente, é introduzido no orifício interno do útero o sêmen tratado em laboratório, durante o período fértil, e a técnica pode envolver o procedimento de estimulação ovariana.

No Brasil, o desenvolvimento das TR prosseguiu em contexto de baixa regulação (Machin, 2018; Machin et al., 2020) e ainda não existe uma lei específica, que regule a prática da RA, mesmo diante de todas as transformações sociais que as TR possibilitaram. Há 19 anos, Diniz e Buglione (2002) reconheciam que as TR não eram consideradas, pelo Direito brasileiro, um problema a ser regulamentado, na medida em que havia readequações de leis já existentes do âmbito do direito familiar, de propriedade ou de garantias constitucionais, como o direito à vida, no lugar de se ter uma legislação específica segura.

As normas éticas do órgão médico Conselho Federal de Medicina (CFM) preenchem essa lacuna. A Resolução nº 1.358/1992 do Conselho Federal de Medicina é a primeira norma ética sobre o tema no país, na qual há definição sobre a quem as técnicas se destinam, indicando a possibilidade de mulheres solteiras poderem ter acesso às tecnologias. Atualmente, a resolução em vigor é a de nº 2.168/2017, que indicava em seus princípios gerais que é permitido o uso das técnicas de RA para relacionamentos homoafetivos e pessoas solteiras. E há a Resolução CFM nº 2.283/2020 que altera a redação do item 2 do inciso II da resolução de 2017 (ainda vigente), aprimorando o texto que diz respeito sobre os pacientes das técnicas de RA. A redação atual é a seguinte: “é permitido o uso das técnicas de RA para heterossexuais, homoafetivos e transgêneros” (CFM, 2020). A proposta é tornar mais abrangente a norma do CFM e evitar que sejam feitas interpretações contrárias ao ordenamento jurídico. A idade máxima das candidatas à gestação por técnicas de RA é de 50 anos, sendo permitida a gestação compartilhada em união homoafetiva feminina em que não exista infertilidade; a doação de gametas ou embriões é anônima e a identidade dos doadores ou receptores é sigilosa, além de não poder ter caráter

lucrativo ou comercial, tendo caráter voluntário (CFM, 2017).

Há a Lei Federal nº 8.974/95 (Brasil, 1995), associada ao campo da Reprodução Humana Assistida regulamentando situações como clonagem humana, manipulação genética de células reprodutivas e experiências com embriões (Menegon, 2003). Em relação às políticas públicas que possibilitam o acesso aos serviços na esfera da saúde pública, após longo período sem modificações relativas ao plano de políticas públicas aplicadas para as TR no SUS, foram lançadas duas portarias em 2005 do Ministério da Saúde (MS), a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida e a Atenção Integral à Reprodução Humana Assistida no SUS (Brasil, 2005a; 2005b), mas não foram implantadas. Contrário a isso, conforme Menegon (2003) e Corrêa e Loyola (2015), foram revogadas em um curto período, devido à não priorização na alocação de recursos. Diniz e Buglione (2002) interpretam que o saber hermético das TR reserva uma autoridade quase exclusiva aos grupos médicos no que se refere ao ato de regular procedimentos e estabelecer comportamentos éticos. Atualmente tramita no Congresso Nacional brasileiro o Projeto de Lei nº 115, de 2015, que institui o Estatuto da Reprodução Assistida para regular a aplicação e utilização das técnicas de reprodução humana assistida e seus efeitos no âmbito das relações civis sociais, apensado à PL-4892/2012 (Distrito Federal, 2015).

Pode-se dizer que as ações de monitoramento e regulação do Estado brasileiro ocorrem pela Anvisa, uma agência reguladora sob a forma de autarquia de regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde (Machin, Augusto, Mendosa, 2017). Segundo os autores, sua atuação compreende a fiscalização sanitária no âmbito local das clínicas e serviços, que realizam reprodução assistida e a produção de registro nacional de células germinativas, tecidos e bancos e embriões humanos por fertilização *in vitro* através do Sistema Nacional de Produção de Embriões (SisEmbrio), criado em 2005. É obrigatório por lei o envio dos dados por parte de todas as clínicas e serviços de reprodução assistida do país, que possuam bancos de células e embriões humanos.

Em 1990, foi criada por meio de uma iniciativa privada, a Rede Latino-Americana de Reprodução Assistida (RedLara), uma instituição científica e educacional, com o intuito de supervisionar e realizar intercâmbio entre profissionais, além de superar a ausência de informações sobre os resultados da RA na região Latino Americana (Acero, 2006). A RedLara periodicamente publica relatórios, que avaliam

dados das clínicas de RA em onze países da América-Latina, incluindo o Brasil, e agrupa mais de 90% dos centros que realizam técnicas de RA na América Latina.

Os Bancos de Células e Tecidos Germinativos (BCTG) são mais conhecidos como clínicas de RA, e referem-se aos locais onde são realizadas atividades laboratoriais de FIV no Brasil (Brasil, 2018). Segundo a Resolução da Anvisa nº 23, de 27 de maio de 2011, o BCTG é o serviço de saúde “destinado a selecionar, coletar, transportar, registrar, processar, armazenar, descartar e liberar células, tecidos germinativos e embriões, para uso próprio ou em doação, de natureza pública ou privada”, sendo as células germinativas compostas pelo gameta masculino, que é o espermatozoíde, e gameta feminino, o ovócito ou oócito (Brasil, 2011, p.1).

Os BCTG compreendem os bancos de sêmen, que pode ter caráter terapêutico pelo seu princípio de preservação da fertilidade masculina ao congelar sêmen de homens que irão se submeter a tratamentos que podem ocasionar a esterilidade, como a quimioterapia ou a radioterapia (Costa, 2004). A autora comenta que nesse caso, não há doação do material genético masculino pois o congelamento tem o intuito de uso próprio em momento posterior (idem), diferenciando-se então, dos bancos de sêmen que servem como reservatório para uso seminal em tratamentos de RA (Brasil, 2018).

Do ponto de vista da questão regulatória, os BCTGs precisam funcionar de acordo com as determinações da Anvisa através da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 23, de 27 de maio de 2011, que dispõe que as clínicas de RA, as BCTGs, devem estar regularizadas junto ao órgão local de vigilância sanitária, submetendo periodicamente ações de inspeção e fiscalização do cumprimento dos requisitos sanitários que envolvem técnicas laboratoriais padronizadas, seleção das amostras de doadores e pacientes, detecção de marcadores de infecções transmissíveis através de testagem laboratorial, aspectos de estrutura física e realização de registros documentais (Brasil, 2018).

O campo da RA é marcado por clínicas de fertilidade, bancos de células germinativas, empresas transnacionais e agências que realizam a mediação do material genético envolto nas técnicas reprodutivas, que possuem elevado custo, configurando um mercado global que se desenvolve no setor privado e atravessado por lógicas de mercado (Machin; Augusto; Mendosa, 2017). Estima-se que este mercado mundial movimenta anualmente de 30 a 40 bilhões de dólares e taxas de crescimento a

aproximadamente 4% ao ano (Mazzilli, 2017).

O 29º relatório da RedLara, relativo a procedimentos de RA realizados na América Latina, demonstrou o crescimento do número de novos centros subordinados à RedLara. Entre 2016 e 2017, houve a incorporação de 13 novos centros de RA, contribuindo para os quase 5.000 novos ciclos de procedimentos de RA realizados, do total de 8.126 no período. O Brasil é o maior contribuidor desse quantitativo da região, fornecendo menos de 200 ciclos por milhão de população (Zegers-Hochschild et al., 2020). Ainda, segundo este relatório com dados relativos a 2017, o maior contribuidor da região América Latina é o Brasil, apesar da pouca participação do sistema público de saúde, demonstrando a importância de tornar acessível financeiramente a utilização das TR. No que concerne aos países que possuem intensas desigualdades econômicas, é relativamente baixa a quantidade de pessoas que podem pagar pelos tratamentos de RA (Zegers-Hochschild et al., 2020).

No Brasil, o acesso aos serviços de RA é limitado devido seus altos custos, tornando-se pouco acessíveis a uma grande parcela da população interessada (Ramírez-Gálvez, 2009), enquanto que a não priorização das TR pelo Sistema Único de Saúde (SUS) culmina em longas filas de espera e resulta em indisponibilidade de técnicas de alta complexidade, aponta Alfano (2014). Ademais, as TR de alta complexidade também não são cobertas pelo setor de saúde suplementar (planos e seguros de saúde), agravando o impacto negativo sobre o acesso. A maior parte dos serviços de TR são realizados em clínicas particulares, entretanto, há alguns serviços vinculados às universidades, destinados a atender o público que não possui condições financeiras de arcar com atendimento no setor privado (Machin et al., 2020). Ainda assim, a pequena oferta de tratamentos de RA oferecidos em hospitais públicos ou centros universitários não chegam a proporcionar atendimento completamente gratuito nem acesso a tecnologias de alta complexidade, como a FIV (Alfano, 2014).

Cerca de 5% da demanda de atendimentos são realizados no setor público e os poucos hospitais públicos ou centros universitários que oferecem serviços de RA encontram muitas dificuldades em custear todas as fases de tratamento dos procedimentos de alta complexidade (Corrêa; Loyola, 2015). As autoras mencionam que, em alguns casos, os usuários das técnicas entram com participação financeira através da compra de medicamentos ou auxílio com verbas de pesquisas, no caso dos

hospitais universitários (idem).

Em função disso, não são poucos os casos que recorrem a processos judiciais demandando que o Estado pague pela FIV a cidadãos/ãs usuários/as do SUS, porém juízes vêm negando inúmeros pedidos (Correa; Loyola, 2015). Nos termos do direito, o corpo em seu sentido legal, é um corpo pautado por certas decisões judiciais superiores e de acordo com procedimentos da medicina regulamentados, corpo este que gira em torno de princípios constitucionais (Zarias, 2019).

Segundo o 29º relatório da RedLara, é fundamental que se tenha políticas públicas que proporcionem apoio financeiro parcial ou total às pessoas (citando os casos em que se identifica a infertilidade), que necessitem do uso das TR e que não possuem condições econômicas para arcar com seus elevados custos. Analisam os autores do relatório que, desse modo, aumenta-se a utilização das TR de modo a diminuir a carga gerada pela infertilidade, que é um fardo que deriva da falta de acesso às tecnologias existentes por parte de uma sociedade marcada por profundas disparidades socioeconômicas (Zegers-Hochschild et al., 2020).

As técnicas de RA são reconhecidas e aplicadas no mundo desde 1978, inauguradas pela FIV com o nascimento de Louise Brown, primeira bebê de proveta do mundo (Barbosa, 1999). A façanha ocorreu no Reino Unido e se tem registros de nove anos de tentativas sem sucesso da técnica pela literatura especializada (Correa; Loyola, 2015). No Brasil, foi fundada a Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH) em 1974, ganhando representatividade nacional. E em 1996, surgiu a Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida (SBRA), entidade médica que congrega particularmente os profissionais vinculados ao campo da reprodução assistida.

No Brasil, as RA datam 1984, ano em que especialistas australianos vieram ao país financiados por uma rede brasileira televisiva, por iniciativa de um médico brasileiro pioneiro no campo da RA, objetivando especializar um pequeno grupo de médicos brasileiros, conforme Corrêa (1997). O objetivo também era transmitir ao vivo pela televisão, os procedimentos técnicos envolvidos na FIV e que poderiam resultar no nascimento da/o primeira/o bebê de proveta brasileira/o (Corrêa, 1997; Pereira, 2011). Em meados de 1980 iniciou-se uma ambiciosa tentativa para se conseguir a façanha no Brasil com iniciativa do médico Milton Nakamura, influenciado pelo êxito da primeira FIV mundial, selecionando 10 mulheres portadoras de lesão tubária e a realização de

inúmeros procedimentos de FIV, conforme Pereira (2011). No entanto, ocorreu a morte de uma das pacientes decorrente de um acidente anestésico, gerando repercussão negativa na imprensa e culminando na paralisação dessas ações e, conforme o autor, foram retomadas em 1983 sem a cobertura da imprensa. Em 1984 data-se o nascimento da primeira bebê de proveta brasileira, Anna Paula Caldeira, por ação do médico Nakamura, sendo que, simultaneamente, foi relatado em congressos médicos que Nilson Donadio havia obtido, meses antes, o nascimento de um bebê por FIV, que ainda reivindica o mérito (Pereira, 2011).

Desde então, houve uma notável expansão do campo das TR no Brasil, que somou no país, em 2018, 182 centros de RA, 90% delas privadas e 60% das clínicas localizadas na região Sudeste do país (Queiroz, 2018). O desenvolvimento de técnicas conceptivas não foi reflexo apenas de uma demanda feminina por filhas/os, mas fruto da articulação de interesse profissional e científico de obstetras e ginecologistas que atuavam neste campo, da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos (Barbosa, 1999).

A combinação de tecnologias biomédicas e de ações de mercado permitiu o rápido surgimento de formas imprevistas e incontroláveis de comercialização das funções reprodutivas, conforme Ramirez-Gálvez (2009). É visto que diferentes lógicas com interesses divergentes, como as questões sociais, científicas, médicas, comerciais, se (con)fundem a partir do campo das TR, que reúne vários/as participantes de áreas médicas e de fora dela, como pessoas interessadas nas técnicas, doadores e receptores de material biológico, revolucionando a parentalidade e o sistema reprodutivo (Corrêa; Loyola, 2015). Presenciamos então, o aumento da monoparentalidade decorrente de opções reprodutivas de mulheres que recorrem às tecnologias conceptivas para constituir seu núcleo familiar, independentemente da existência de qualquer laço afetivo, civil ou financeiro com um genitor potencial (Abrahão, 2003).

Na América Latina, desde a década de 1980, passando por lento processo de formação de cidadania e cumprimento de direitos humanos fundamentais, as TR se realizaram nesse contexto de desigualdade entre os gêneros (Acero, 2006). Ativistas progressistas latino-americanas trouxeram, nos últimos anos, mudanças políticas nas questões relativas ao gênero, reprodução e direitos sexuais, pressionando legisladores para que houvessem melhorias no acesso ao aborto, anticoncepção de emergência,

esterilização e tecnologias de reprodução assistida (Morgan; Roberts, 2012). Assim, presenciamos mudanças nas relações sociais e caminhos à uma parentalidade que reforça laços biológicos e alteram a maneira como as configurações familiares se estabelecem.

Dados do 2º Relatório de Importação de Amostras Seminais para uso em Reprodução Humana Assistida, divulgado pela Anvisa (Brasil, 2018) constata a expansão das TR no Brasil. Apontam que os últimos sete anos, de 2011 a 2017, foram emitidas anuências referentes à importação de 1.950 amostras seminais e 357 oócitos, sendo que somente no ano de 2017 foram emitidas 860 anuências de importação de amostras seminais e 321 oócitos. As amostras de sêmen foram solicitadas em sua maioria pelas mulheres solteiras, seguidas pelos casais heterossexuais e depois, pelos casais homoafetivos de mulheres, de acordo com o perfil de pacientes divulgado pela Anvisa (Brasil, 2018).

No Brasil, nos casos de doação de sêmen, o provedor entrega seu material genético a um dos dois bancos brasileiros existentes, ambos situados na cidade de São Paulo, e estes farão a distribuição do material genético congelado mediante solicitação das clínicas de RA (Machin, 2016). Nestes casos, as clínicas de RA entram em contato com os bancos de sêmen para receberem dados de possíveis doadores (Costa, 2004). No Brasil, em todos os casos de doação de sêmen ou óvulos, são realizados sob a premissa do anonimato, mantendo sigilosa a identidade tanto do provedor quanto do receptor do material. Também, não é permitida a remuneração do doador de sêmen, nem da doadora de óvulo. Contudo, as mulheres brasileiras não são impedidas de comprar sêmen de doadores estrangeiros que possam ser remunerados pela prática e, geralmente, esta prática de importação do material genético de terceiros é intermediada pelas clínicas de RA onde o tratamento reprodutivo está em curso ou em vias de ser realizado.

Em relação à importância da regulação de bancos que funcionam como reservatórios de sêmen, há preocupação que se estende a impactos no âmbito da saúde pública, envolvendo as intervenções realizadas junto aos doadores do material genético e aos receptores dele. O que se tem na atualidade é o controle realizado pela Anvisa às gestações oriundas de um mesmo doador, com rastreio dos nascimentos provenientes do uso de técnicas de RA (Brasil, 2018). Segundo a Agência, se seguem as normas da

Resolução do CFM nº 2.168/2017, que determina que deve-se evitar que um(a) doador(a) tenha resultado mais de duas gestações de crianças de diferentes sexos em uma área de um milhão de habitantes, prerrogativa esta que se aplica aos médicos e centros de RA que se localizam na região da unidade de RA.

As amostras de doadores estrangeiros também seguem as normas da Resolução do CFM nº 2.168/2017, na qual a Anvisa objetiva promover mecanismos de controle e tem o intuito evitar possíveis relações entre consanguíneos no futuro, bem como as possíveis consequências dessa união. Este tipo de controle ocorre atualmente nos Estados Unidos, Canadá, Austrália, países europeus, entre outros e, em geral, cada país possui regulações próprias que envolvem leis governamentais ou normativas dos órgãos reguladores e Conselhos Profissionais, dizem respeito sobre aspectos políticos, éticos e sanitários (Brasil, 2018). Atualmente, os bancos de sêmen recebem supervisão e regulamentação; nos Estados Unidos estes processos ocorrem pela Food and Drug Administration (FDA), na União Europeia pela Comissão Europeia e no Reino Unido, pela Human Fertilisation & Embryology Authority (Mazzilli, 2017).

O recrutamento de material genético masculino para os casos de utilização em serviços de RA, a obtenção do sêmen ocorre mediante doação, sendo proibido o incentivo financeiro. A exemplo do banco brasileiro Pro-Seed, Mazzilli (2017) menciona que a estratégia para captação seminal ocorre mediante a sensibilização dos doadores para a causa, argumentando que a iniciativa da doação do sêmen irá ajudar pessoas a realizarem seus sonhos de constituir uma família. Após a doação do material genético masculino aos bancos, características fenotípicas dos doadores são listadas e disponibilizadas pelos bancos de sêmen às clínicas de RA, que as consultam sob orientação do médico (seguindo normas do CFM) para que ele realize a busca e conciliação das características solicitadas pelo casal ou pessoa solteira demandante do material genético (Machin, 2016).

No Brasil, as amostras de sêmen possuem sempre caráter anônimo, ou seja, há informações fenotípicas e histórico familiar de saúde disponibilizados pelos bancos de sêmen para auxiliar na escolha à amostra seminal feita pelos receptores com supervisão médica. Similarmente ocorre em países como Canadá, Espanha, França, Japão e China onde, no geral, a doação de gametas é realizada, sobretudo, com provedores anônimos. Tem sido crescente o processo de abertura das informações sobre os provedores de

gametas (Harper, Kennett, Reisel, 2016). Na última década muitos países aboliram o princípio do anonimato tendo por referência o direito dos nascidos de RA terem acesso às condições do processo em que foram gerados como também à identidade do provedor.

No caso de alguns bancos estrangeiros é possível optar pelo “*ID option*”, uma opção na qual o provedor permite ser identificado caso a pessoa gerada através de sua amostra seminal, a partir dos 18 anos de idade, também opte por ter conhecimento sobre a identidade do provedor, sendo que para esta opção ser concluída, ambas as partes precisam demonstrar o interesse pela revelação da identidade do provedor (Mazzilli, 2017). E há os provedores que não optam pela possibilidade de revelação de identidade, a qual é mantida em sigilo mesmo nos casos em que a pessoa gerada, ao atingir a maioridade, deseje ter acesso a esta informação.

A partir da pulverização de novas configurações familiares e de avanços técnicos no campo da RA a partir dos anos 1990, houve uma mudança social e cultural em relação às concepções e representações de parentesco que levantaram a questão do anonimato nas doações de gametas em um quadro internacional (Frasquet, 2018). A autora comenta que a tendência se mostrou favorável à comunicação das origens genéticas pelo direito do menor, da criança concebida, em conhecer suas origens, apoiada no princípio da transparência; sendo a biogenética e história conceptiva, elementos intrínsecos à integridade e identidade da pessoa nascida por doação de gametas (idem).

A Suécia foi o primeiro país a abolir a questão do anonimato e o fez em 1985, sendo seguida por outros países que também alteraram sua legislação, retirando os processos que envolviam anonimato sob a premissa dos direitos da criança em saber a identidade do provedor de sêmen e em nome do bem-estar dessa criança (Machin, 2016). A autora comenta que, nos anos 1990, era argumentado que ser contrário à abertura do anonimato divergia da Convenção Europeia dos Direitos Humanos e a Declaração Universal dos Direitos da Criança que definia o direito das crianças concebidas por gametas doados, saberem sobre suas origens genéticas (idem).

Um dos impactos sociais trazidos pelas TR, sobretudo a FIV, foi o apagamento da gestante no contexto de nascimento de uma criança, em que se discute não somente quando começam a valer os direitos do indivíduo concebido pela técnica de RA, como

os critérios que definem quando essa vida gerada é uma pessoa dotada de direitos e quais são eles (Salem, 1997). Morgan e Roberts (2012) mencionam que a governança reprodutiva, através de nova e recente jurídica noção de compensação dos direitos individuais gerou um embate entre o direito à vida do nascituro e o direito reprodutivo das mulheres, tendo tomado lugar das noções coletivas de controle populacional e reprodutivo à saúde. Embora se tenha na atualidade um intenso debate à respeito das consequências negativas acerca da omissão de informações relativas às origens da criança, no Brasil, as normativas vigentes definem a premissa do anonimato e sigilo quanto a identidade de doadores de material biológico, que implicam também em questões relativas à confidencialidade médica e a autonomia dos indivíduos (Machin, 2016).

Considerando o contexto de exclusão financeira que limita o acesso às TR pela população que não possui poder aquisitivo para arcar com seus altos custos, tem sido noticiada uma nova gama de ofertas informais, não regulamentadas e nem fiscalizadas. São ofertas autônomas de material genético masculino para procedimento reprodutivo por parte dos chamados “doadores” destinado às pessoas interessadas em conceber sem que haja vínculo paterno ao final do processo. O termo “doadores” é utilizado em reportagens recentes para designar os homens que ofertam sêmen às mulheres interessadas em engravidar. Alguns homens que realizam tal prática se denominam “pai solidário” e assim chegam a anunciar a prática na internet, geralmente em páginas de redes sociais ou em sites específicos à prática.

Tal ato está sendo denominado “inseminação artificial caseira” ou apenas “inseminação caseira” (Arins, 2018; Carvalho, 2018). Esta prática já havia sido descrita no âmbito de formação de famílias em outros contextos. Assim, por exemplo, no livro “Modern Families”, de Susan Golombok (2015, p. 139) sobre o Reino Unido, a inseminação caseira é descrita no capítulo sobre Famílias de Mães Solo, como “submeter-se à auto-inseminação com um doador que pode ser conhecido por ela ou ser anônimo”. A situação de inseminação caseira também foi reportada por Kath Weston (1991), num estudo abordando a reprodução entre lésbicas nos Estados Unidos, quando estas buscaram engravidar e contaram com a ajuda de amigos/as (Weston, 1991).

A inseminação caseira com custos mais baixos pela obtenção informal do sêmen, sem a institucionalização do material genético de terceiros, também pode implicar em falta de controle de qualidade adequada sobre o material, acarretando alguns riscos à saúde dos envolvidos e da criança concebida considerando que o processo é realizado de maneira caseira, sem a supervisão de profissional de saúde. Na primeira opção conceptiva envolvendo a realização do procedimento via TR, há garantia do anonimato do doador e questões legais estabelecidas e reconhecidas perante a lei (Carvalho, 2018). Já na segunda, a questão do anonimato é inexistente, na maioria das vezes, pois negocia-se diretamente com o doador do sêmen a participação formal no projeto elaborado. Nesse sentido, a proteção legal é muito fragilizada, não garantindo à mãe solo que o doador do material genético não possa buscar o reconhecimento da paternidade da criança, se algum dia assim desejar (idem).

Em uma nota sobre a inseminação caseira, descrita como a “prática que envolve basicamente a coleta do sêmen de um doador e sua inseminação imediata em uma mulher com uso de seringa ou outros instrumentos, como cateter”, a Anvisa (Brasil, 2018) alerta sobre possíveis riscos e cuidados a serem tomados. Apontam que a prática geralmente é realizada entre pessoas leigas e em ambientes fora dos serviços de saúde e sem assistência de um profissional da saúde estando portanto, ausente do poder de fiscalização das vigilâncias sanitárias. E alertam que no Brasil, é proibido todo tipo de comercialização de material biológico humano de acordo com o art. 199 da Constituição Federal de 1988, devendo ser realizada de forma voluntária e altruísta (Brasil, 2018).

Profissionais de diversas áreas que lidam com o tema, como profissionais da saúde ou da área do direito, desestimulam a prática da inseminação caseira. Entretanto, a disponibilidade do material genético em ampla gama de ofertas existentes nas redes sociais, somadas às dificuldades de acesso para se utilizar as TR, sejam de ordem financeira ou de outra natureza, e as demandas legítimas que precedem a motivação pela parentalidade, parecem contribuir para que práticas como essa encontrem terreno para germinar.

Frasquet (2018) atenta para a existência de uma hierarquia sócio-moral que influencia as decisões reprodutivas das mulheres que compõem o fenômeno da monoparentalidade materna por escolha. A autora comenta que essa hierarquia

inferioriza as opções reprodutivas envoltas na sexualidade da mulher sem parceria, além do conjunto de narrativas verbalizadas pelas clínicas de fertilização e pelos especialistas da área que desestimulam a auto-inseminação como via conceptiva a esse público.

3.3. MONOPARENTALIDADE MATERNA POR ESCOLHA

Os termos “monoparentalidade materna por escolha”, “maternidade solo por escolha (ou por opção)”, “mãe solo por escolha” referem-se a um tipo de maternidade sem parceria (Golombok, 2015). Em linhas gerais, diz respeito a um projeto de vida por parte de mulheres que, geralmente, possuem certas características socioeconômicas semelhantes entre si, como ter ensino superior acadêmico, possuir independência financeira, estar inserida em classe social de médio ou alto poder aquisitivo e se tornar mãe em fase da vida chamada de “idade madura” (Rivas; Jociles, 2013, p. 17), podendo ser interpretada como faixas etárias mais elevadas que a média populacional.

De acordo com Golombok (2015) e Golombok (2018) baseadas em estudos na Inglaterra, são mulheres que se tornaram mães no final dos trinta anos ou no início dos quarenta anos de idade. No caso do Brasil, dados do IBGE divulgados em 2019, apontam que a proporção de mulheres que se tornaram mães aos 30 anos de idade ou mais respondeu por 37,4% das mulheres, sendo que na região Sudeste a proporção chega a 41,8% (IBGE, 2019), fenômeno mais predominante em regiões metropolitanas (Berquó et al., 2014).

No que concerne às estratégias reprodutivas disponíveis às mulheres, quando decidem pela maternidade solo, há disponível uma gama de possibilidades para realizarem seu projeto pela parentalidade. O tratamento conceptivo com técnicas de RA através do uso de material genético de terceiros permite que mulheres solteiras, bem como mulheres lésbicas, engravidem sem o envolvimento de parceria masculina e sob supervisão médica. Mas, nem sempre a utilização de alguma TR é o único caminho possível, visto os casos em que é possível engravidar tendo relação sexual com um homem que não será a figura paterna para a criança; há a possibilidade da chamada inseminação caseira conhecendo ou não a identidade do doador do sêmen (que pode não envolver o ato sexual, sendo realizada apenas a introdução do material

seminal na mulher, por exemplo), lembrando que são os casos em que não há supervisão profissional. São opções que contornam a demanda por filhas/os, e serão consideradas a partir de uma série de outros elementos.

A adoção é outro caminho possível à realização do projeto pela parentalidade, na qual não há filiação consanguínea. Entretanto, a adoção é cada vez mais adiada à medida que as TR se expandem e se popularizam e, passam a ser cada vez mais um recurso para quem tentou, sem sucesso, várias técnicas de RA em diversas ocasiões (Ramírez-Gálvez, 2011). O uso de TR se beneficia em relação à adoção diante do desejo de vivenciar a gestação e demais processos corporais, além de aparentar uma criança descendente da mesma metade genética que lhe é conferida (Golombok, 2015). As TR realizadas através do uso de material genético de terceiros também possibilitam a escolha de determinadas características fenotípicas do doador do sêmen. Por fim, na adoção, a criança é introduzida na nova família, meses ou anos após seu nascimento, não havendo participação em momentos considerados gratificantes, como o pré-natal ou parto (Ramírez-Gálvez, 2011), além de poder haver indagações sobre o risco da não criação de vínculo com a criança adotada.

A filiação biológica funda a maneira de experienciar a monoparentalidade materna através do uso das TR. No contexto brasileiro, a gestação tem peso e é imponente ao definir a maternidade (Luna, 2002), ao mesmo passo que as TR reforçam o caráter biológico da maternidade em detrimento do seu caráter social, por intervir fortemente e sobretudo, no corpo da mulher (Lousado, 2010). Cientistas sociais demonstram que embora a reprodução seja um fenômeno biológico, ela tem caráter social, foi historicamente construída e possui variâncias culturais, sendo profundamente política e econômica, além de primordial no que concerne ao desenvolvimento de processos globais estratificados por raça, trabalho, classe e sexo (Marre; San Román; Guerra, 2018).

De acordo com Frasquet (2018) em seus estudos sobre a temática na Espanha, as mulheres reivindicam uma nova maternidade, independente da conjugalidade, que implicam uma análise crítica da estrutura sobre os quais ela é construída, sendo a lógica hétero-biparental presente na concepção euro-americana de parentesco. Ao reivindicar a maternidade desejada, as mulheres modificam equações familiares. Este tipo de configuração familiar eleita não impede que as mulheres tenham filhos/as devido a

ausência de parceria, conforme visto, podendo contar com as TR para viabilizar seu projeto monoparental. A opção maternal e as escolhas reprodutivas que essas mulheres elencam para si são maneiras de deslocar o domínio de gênero, tirando a figura masculina de cena e recorrendo às opções tecnológicas da reprodução que possibilitam a gravidez sem sexo.

No desejo por filhas/os na Espanha contemporânea, por exemplo, considerando a articulação de perspectivas cultural, econômica e tecnológica, verificou-se que a legislação e novas tecnologias influenciam o pensamento sobre família, parentesco e genealogias, embora ideias sobre parentesco, por outro lado, exerçam influência sobre a legislação (Marre; San Román; Guerra, 2018). As escolhas não são totalmente livres ou genuínas, ou seja, a mídia, as normativas culturais de modelos de vida que são valorizados, o mercado (da medicina, tecnológico das técnicas de RA, farmacêutico) são elementos que interferem nos *modus operandi* e, dentro de uma liberdade outorgada, as mulheres vivenciam o poder de escolha frente a uma gama limitada de possibilidades disponíveis dentro de uma sociedade.

Embora as mulheres passem por períodos de produção e reprodução gestacional e geracional que possam emergir do uso das TR pela realização parental, a maioria das mulheres, de acordo com Golombok (2015), decidem seguir de maneira solo como mães não por uma escolha que seja primeira opção, mas por não possuir um parceiro atual e achar que o tempo para ter um/a filho/a está se esgotando. Mães solo por opção relatam preferir que tivessem uma família nos moldes tradicionais (que seria a lógica biparental), mas que não podiam esperar por conta de sua idade e a associação com o declínio da fertilidade (idem), configurando-se como uma escolha relativa, baseada nas opções viáveis que possuíam aos seus olhos naquele momento.

As motivações que impulsionam a escolha pela monoparentalidade materna e as escolhas reprodutivas realizadas se fazem sob condições e restrições criadas que condicionam as ações individuais. Em um estudo qualitativo com mulheres a respeito do projeto pela maternidade solo através do uso de sêmen de doador anônimo, Graham (2014) encontrou que a decisão pela maternidade solo foi baseada em uma profunda motivação em tornar-se mãe e que previamente, o bem-estar da criança em potencial estava presente na decisão pelo caminho maternal e qual processo seguir perante a escolha da amostra de sêmen. Também foi achado que muitas, mas não todas as

mulheres do estudo, esperavam ter um relacionamento amoroso no futuro considerando não somente uma relação conjugal para si, como alguém que pudesse ocupar um lugar de possível pai (ou mãe) da criança (idem).

Ao contrário do que possa parecer perante a percepção popular, na qual a mídia ou crenças populares possam perceber mães solo por opção como mulheres egoístas que querem um/a filho/a para um tipo de auto satisfação, essas mulheres tiveram a decisão de ter uma criança preocupadas em fornecer o melhor à ela e, considerando a valorização do formato tradicional de família (famílias biparentais), muitas prefeririam criar o/a(s) filho/a(s) com uma parceria (Golombok, 2015). O conceito de família, particularmente os casos de famílias monoparentais por eleição, não surgem como simples produto da experiência pessoal de vida, mas como resultado de diferentes ocasiões socialmente criadas, como modelos alternativos de famílias (Rubio; Poveda; Rivas, 2013).

As mulheres que projetam a maternidade de forma solo também consideram a ausência da figura paterna na vida da criança e muitas têm ativamente procurado por familiares ou amigos/as que possam ser modelos masculinos à/ao filha/o, além de garantir que tenham recursos financeiros e apoio social que necessitem (Golombok, 2018; Murray e Golombok, 2005). A constituição de família das mulheres solteiras ou casais de mesmo sexo requer a contribuição de outras mulheres seja por meio de utilizar as TR para viabilizar seu desejo parental, nos casos em que há necessidade de doação de óvulos ou cessão uterina (Marre; San Román; Guerra, 2018), ou seja requerendo a contribuição de pessoas que irão compor a rede social, conhecida como “rede de apoio”, com o intuito de auxiliá-las em tarefas cotidianas.

Embora estudos em diversas localidades demonstrem que as mães solo por escolha, de modo geral, estão financeiramente bem preparadas para os custos requeridos pela maternidade, possuem educação formal e possuem forte rede social de apoio, possuem dificuldades próprias de sua configuração familiar. Segundo (Jacobsen; Vik; Dahl, 2020), mães solo por escolha podem ter um alto limiar para pedir ajuda ou auxílio às demandas maternas e, consequentemente, podem ser identificadas como um grupo vulnerável em todo o mundo. A capacidade de exercer a autonomia é relativa aos indivíduos e passível de receber incentivos ou restrições a depender de determinados sujeitos sociais que são atravessados por sistemas de opressão, como

gênero, racialização ou classe social. Desse modo, tomar uma decisão que responde aos seus próprios interesses e necessidades só pode revelar-se como uma possibilidade em certas ocasiões (Frasquet, 2018).

O processo de tornar-se mãe solo foi descrito como solitário e, por vezes, doloroso, tendo a maternidade solo, associação com alto grau de vulnerabilidade e hostilidade social pois, de acordo com algumas normas sociais em determinadas sociedades, as mulheres correm o risco de se sentir estigmatizadas e, às vezes, sentem que precisam defender sua escolha de configuração familiar (Jacobsen; Vik; Dahl, 2020). Obter mais conhecimento sobre as vulnerabilidades e pontos fortes à respeito das mulheres que compõem o fenômeno da monoparentalidade materna por escolha é necessário e a falta de pesquisas na área acaba por gerar um ocultamento das demandas dessas mulheres e seus/suas filhos/as (idem).

No tocante à organização das famílias monoparentais geralmente as mães acabam assumindo todos ou quase todos os encargos referentes às/aos filhas/os (Vieira, 2008). As diferenças entre os sexos que a sociedade projeta pode ser expressa pela divisão sexual do trabalho, que lida com a visão de haver diferenças nas capacidades e habilidades pela estratificação do sexo. A divisão e hierarquização de diferentes tipos de trabalho começa, de maneira geral, pela grande divisão entre trabalho reprodutivo (doméstico e de cuidado), historicamente atribuído às mulheres, e trabalho produtivo, produzido e direcionado ao mercado, que em geral é dominado pelos homens (Itaboraí, 2015).

Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD C) referente aos anos de 2012 a 2019, divulgados pelo IBGE em 2020, as mulheres atuantes no mercado de trabalho desempenharam 18,5 horas semanais a cuidados de pessoas ou afazeres domésticos, ao passo que os homens na mesma situação dedicaram 10,3 horas, compondo uma desigualdade de gênero de 73% mais tempo de sobrecarga às mulheres. Além disso, os dados das Estatísticas de Gênero, IBGE (2018), informam que as mulheres trabalham, em média, três horas por semana a mais do que os homens, mas ainda assim mesmo contando com um nível educacional mais alto, elas ganham cerca de 76,5% do rendimento dos homens. Ou seja, mesmo trabalhando mais horas, a mulher segue ganhando menos e se responsabilizando pelo cuidado de familiares e afazeres domésticos.

O diferencial da monoparentalidade por escolha é planejar a maternidade, muitas vezes um planejamento de longa data até que se obtenha êxito, de modo que se tente contornar a figura maternal atuante no trabalho familiar e doméstico. Pois este tipo de maternidade demanda, muitas vezes, a permanência feminina no mercado de trabalho, uma vez que são as únicas figuras de provento do seu núcleo familiar. Além das dificuldades que possam encontrar para concretizar a maternidade, essas mulheres se deparam com dificuldades próprias da maternidade, bem como outras responsabilidades requeridas à elas. Mães que possuem ocupação de trabalho fora do lar, raramente contam com cuidado doméstico para as/os filhas/os, que não seja pago do próprio bolso (Meruane, 2018).

Ao longo do século XX, devido ao maior acesso à educação formal e à formação profissional, as mulheres passam a gradativamente ocupar o espaço público ao mesmo tempo que permanecem responsáveis pela criação do/a(s) filho/a(s) (Scavone, 2001b). Com a ampla incorporação de mulheres no mercado de trabalho e o desenvolvimento dos serviços do Estado de Bem-Estar iniciou-se, nos anos 1980, um processo que permitiu às pessoas se caracterizarem mais enquanto indivíduos à medida que a dependência dos laços familiares se enfraquecia (Fatou; Konvalinka; Alamillo-Martínez, 2013). Esse processo de ruptura dos laços tradicionais de dependência, como a família e classe social, segundo as autoras, não culmina em indivíduos totalmente livres, mas sim, no aparecimento de novas dependências, como a dependência do indivíduo ao Estado de Bem-Estar e ao mercado de trabalho (Fatou; Konvalinka; Alamillo-Martínez, 2013).

Para manter as condições demográficas de mão-de-obra produtiva, o Estado demanda natalidade e pessoas em idade produtiva. Exige-se das mulheres, a gestação (uma vez que o aborto induzido é criminalizado em muitos países), a partir de uma auto gestão privada, muitas vezes privatizada e desassistida da criação das crianças (Meruane, 2018). Para tanto, a situação imperativa faz com que muitas mulheres deixem de participar da vida pública, na política, no mercado de trabalho e acabem dedicando seus esforços apenas ao trabalho no lar, este, que é injustamente invisibilizado. Subtrai-se a participação feminina na vida pública por conta da pouca participação do Estado, que não provém políticas justas de auxílio social (idem).

Uma estratégia política importante seria uma que apoia a conciliação familiar e laboral, sendo a proteção familiar essencial e podendo articular em torno de dois principais objetivos, a compensação pública das responsabilidades familiares e um sistema fundamentado em medidas que facilitem a conciliação da vida familiar e profissional (Fatou; Konvalinka; Alamillo-Martínez, 2013). As autoras citam algumas políticas dessa natureza, como a licença maternidade e paternidade, serviços de cuidados infantis e maior flexibilidade por parte de empresas a fim de melhorar a conciliação de trabalho familiar e econômico (Fatou; Konvalinka; Alamillo-Martínez, 2013).

Saber das dificuldades que as cercam é imprescindível para compreender onde e como melhorar, quais políticas públicas propor, quais regulamentações de mercado exigir e, sobretudo, entender o contexto de vida feminino pelas próprias mulheres, rompendo com o ciclo em que terceiros lhes dizem quais são seus direitos, obrigações e (falsos) privilégios. Reconhecer as demandas específicas das mães solo por escolha com base na própria experiência desse grupo de mulheres é ponto central ao cuidado centrado na mulher (Jacobsen; Vik; Dahl, 2020).

A ocupação feminina na política ainda é escassa, a participação das mulheres nos debates políticos são insuficientes para identificar-se as demandas próprias das mulheres, pois estão com tempo ínfimo para tal. Ou seja, um caminho mais representativo seria a obtenção de maiores debates femininos tentando identificar as reais necessidades que as condições de vida atuais estão demandando; realizar modificações estruturais no mercado de trabalho, na monetização dos esforços empregados, nos direitos trabalhistas e licenças maternidade e paternidade justas e asseguradas. Propostas que parecem encontrar-se distantes de serem efetivamente discutidas e implementadas em ampla escala, mas que precisam ser fortemente instigadas para que conquistas em prol das mulheres continuem presentes na pauta política.

Outra questão que aparece na literatura é que entre as mulheres que optaram pelas TR como forma de viabilizar seu projeto parental e utilizaram material genético de terceiros, a maioria dá preferência por amostras seminais provenientes de doadores anônimos ou doador com liberação de identidade, que seriam os casos de “*ID option*”, ao invés do uso de sêmen de doador conhecido, visando, portanto, evitar complicações

potenciais do envolvimento do doador com a família conforme o crescimento da criança (Golombok, 2015). As mães solo por escolha são mais propensas a compartilharem com a/o(s) filha/o(s) suas origens via utilização de sêmen doado em comparação com as mulheres casadas, que passaram por processo de RA com doação de gametas, de acordo com Murray e Golombok (2005). As autoras observam que os estudos que trazem essa informação são pequenos e consideram que nem todas as mulheres que declararam tal conteúdo já haviam tido seus bebês.

As TR, além das transformações de impacto, trouxeram a incerteza de como lidar com tecnologias que carregam o potencial de mudança, tanto do que se atribui como relativo à natureza como das relações humanas, completa Menegon (2003).

A partir dos anos 1990, decorrente da expansão de novas configurações familiares e avanços técnicos no campo da RA, deparamo-nos com uma tendência relativa ao levantamento do anonimato nos casos de doação de gametas e opiniões mais favoráveis à comunicação das origens genéticas, que levam em conta a informação genética e a história da concepção, elementos intrínsecos à integridade pessoal e a identidade da pessoa concebida (Frasquet, 2018). Têm-se em curso, mudanças sociais e culturais nas concepções e nas representações de parentesco que comprometem a revogação do anonimato e o princípio da transparência, bem como o direito do/a menor de conhecer suas origens (Frasquet, 2018).

Nos últimos anos têm-se observado o aumento de um mercado que originou-se dos avanços tecnológicos do campo genético. Os testes genéticos com caráter “direto ao/à consumidor/a”, que podem ser encomendados diretamente da Internet sem o envolvimento de um médico (Harper, Kennett, Reisel, 2016). Estes testes carregam o potencial de permitir que indivíduos concebidos por doadores encontrem informações de identificação sobre parentes genéticos. Com o crescimento desse mercado, profissionais de saúde e potenciais doadores de gametas devem ser informados sobre os limites da proteção da privacidade e recomenda-se que os clientes fiquem cientes da possibilidade de encontrar parentes inesperados/as de primeiro grau (Harper, Kennett, Reisel, 2016).

Nos Estados Unidos, onde o doador de gametas pode decidir se sua identidade poderá ser fornecida, ou não, caso o indivíduo concebido quiser ter acesso a essa informação ao completar a maioridade, as clínicas de RA e os bancos de sêmen

parecem ainda não alertar as usuárias sobre a possibilidade da descoberta genética através desses testes genéticos, levando os autores Harper, Kennett e Reisel (2016) a pensar que parece haver pouca consciência da implicação desses testes na indústria de fertilidade.

Em um futuro próximo será possível que muitas pessoas passem a ter conhecimento sobre seus genomas, influenciando profundamente na tomada de decisões sobre doação de gametas, anonimato do doador e revelação de informações relativas à ligação de laços genéticos (Harper, Kennett, Reisel, 2016). Os autores atentam que esta tendência, que já é considerável nos Estados Unidos, apresente crescimento também na Europa e Australásia nos próximos anos.

Além de questões relativas ao anonimato, lidar com a criança concebida sobre sua origem e, conseqüentemente, compartilhar com a/o filha/o o projeto monoparental construído, essas mulheres lidam com questionamentos relacionados à ausência da figura paterna. Há uma preocupação envolvendo a/o(s) filha/o(s), especialmente os meninos, que possam ter problemas relacionados à identidade de gênero ou preferência de gênero, levando a mudanças comportamentais (Bos; Van Balen, 2010). Esta preocupação foi mencionada em relação às famílias compostas por mães solo por escolha ou nas que há dupla maternidade (casal de lésbicas), principalmente por oponentes desses tipos de famílias, que indicam que criar uma criança sem parceria é uma situação estressante, que pode ser prejudicial ao bem-estar psicológico da/o filha/o (Bos; Van Balen, 2010). Entretanto, alguns pesquisadores encontraram que a ausência paternal não parece ter associação com um efeito negativo nas habilidades intelectuais ou sociais na criança, nem problemas psicológicos que afete o desenvolvimento do/a filho/a na infância ou na adolescência (Murray; Golombok, 2005; Bos; Van Balen, 2010)

Estudos comparando famílias monoparentais maternas com famílias biparentais, todas nas quais as crianças foram geradas através de material genético de doador, não foram apresentadas diferenças na qualidade dos ajustes familiares, na criação, bem como não foram identificados conflitos entre pais/mães e filho/a(s) com diferenças significativas entre os tipos de configurações familiares (Jacobsen; Vik; Dahl, 2020). É importante lembrar que as figuras maternas/parentais são apenas um dos múltiplos fatores que podem influenciar o comportamento dos/as filhos/as, tendo

relevância de outros elementos na vida da criança, como a escola frequentada, amigas/os, núcleo de pessoas próximas, por exemplo (Bos; Van Balen, 2010).

De modo geral, filhas/os de mães solo por escolha não vivenciam alguns conflitos como desvantagem socioeconômica, depressão materna e falta de apoio social que aparecem associados aos casos de divórcio ou questões relativas a uma gestação não planejada (Golombok, 2018). Os/as filhos/as de mães solo por escolha têm sido descritos como tendo menos dificuldades emocionais e comportamentais do que os/as filhos/as de mães casadas (Jacobsen; Vik; Dahl, 2020).

A reprodução assistida está no centro das relações de gênero, permeadas pelas preocupações contemporâneas sobre a família e as novas formas de parentalidade (Tamanini, 2004). As demandas que levam à maternidade monoparental são movidas por motivações variadas e constituem um dispositivo de análise importante para a compreensão das novas formas de transmissão geracional que daí podem emergir (Szapiro; Féres-Carneiro, 2002).

4. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

O problema de investigação construído e o objetivo definido conduziram à escolha da metodologia de natureza qualitativa para o desenvolvimento do presente estudo. Ao focar na investigação das motivações que levaram à construção do projeto monoparental materno eleito através do acesso às tecnologias reprodutivas pela compreensão dos sentidos atribuídos pelas mulheres, estamos lidando com noções bastante particulares como valores, crenças e ideais, características fortemente consideradas pelo método qualitativo (Boni; Quaresma, 2005). A riqueza de detalhes de um dado achado, os múltiplos significados contidos na subjetividade produzida pelas interlocutoras e a própria maneira de dar significações ao material qualitativo são os ganhos de se trabalhar com esta abordagem.

Tendo como objeto de estudo o fenômeno da monoparentalidade materna por escolha, uma das distintas configurações familiares que se pode ter, considera-se que a análise tendo como base a estratégia metodológica de natureza qualitativa favoreça a articulação deste tipo de maternidade com a perspectiva da governança reprodutiva abordada no capítulo anterior.

Para abordagem do fenômeno em investigação foi utilizada a técnica de entrevista semiestruturada. A técnica da entrevista semiestruturada foi escolhida por ser um recurso que permite que as experiências vividas sejam transmitidas sendo abordadas por um conjunto de questões não ordenadas, que as exploram. Permitem, ainda, que o sujeito que produz a narrativa tenha liberdade em dar o seguimento e aprofundamento diante de questões que lhe são mais ricas, tendo a condução dos assuntos quando necessário, pelo roteiro da entrevista que norteia o pesquisador.

As entrevistas produzem respostas espontâneas e reações inesperadas que podem ser de grande valia em significado e conteúdo ao pesquisador, observam Muylaert et al (2014). A investigação qualitativa busca, então, significados atribuídos à experiência humana que emergem através da proposta dada pela entrevista qualitativa semiestruturada (Moré, 2015).

A entrevista como instrumento de construção de dados corresponde a um espaço relacional criado e proposto pelo(a) investigador(a), onde se busca pelo

protagonismo das participantes que expressam opiniões, vivências, emoções e experiências de vida, cabendo à quem pesquisa, controlar o fluxo das mesmas (Moré, 2015). Boni e Quaresma (2005) comentam que a principal vantagem da entrevista semiestruturada é que produzem melhor amostra da população de interesse e possuem índices de respostas mais abrangentes que outros tipos de entrevistas.

Diante da temática do estudo busca-se por meio das narrativas a compreensão do que é dito, o sentido das falas e, frente às indagações feitas para as participantes, obter respostas subjetivamente sinceras. Por abarcar histórias de vida, as entrevistas constituem uma ferramenta incomparável de acesso ao vivido subjetivamente, e a riqueza de seu conteúdo é uma fonte de hipóteses inesgotáveis (Bertaux, 1999).

As entrevistas como método de construção de dados primários permite um melhor posicionamento frente ao fenômeno investigado e à dimensão construtiva-interpretativa, na busca pelo significado das experiências humanas (Moré, 2015). Ao eleger e convidar os sujeitos a participar das entrevistas, lida-se com a dimensão contextual, que são os diferentes contextos que são transversais às entrevistas e influencia fortemente nos rumos das mesmas. Segundo Moré (2015) na entrevista qualitativa convergem significados oriundos dos diferentes contextos do desenvolvimento humano, como o contexto cultural, regional, socioeconômico, o contexto do local da entrevista e é importante que o pesquisador atente para como essas diferenças estão influenciando, direta ou indiretamente, a construção dos significados dos participantes da investigação.

O roteiro da entrevista semiestruturada foi elaborado em torno de alguns eixos considerados relevantes sobre o tema do estudo para abordar com as participantes entrevistadas, são eles: a decisão pela maternidade; como foi o processo de decisão pela escolha da monoparentalidade materna; o que é ser mãe solo na concepção da participante; o percurso para viabilizar este projeto maternal via TR e o material genético de terceiros; concepção sobre paternidade e sua visão sobre ter (ou não) uma relação afetiva; os desafios decorrentes deste tipo de parentalidade com relação à participante e à criança fruto deste projeto monoparental. O roteiro encontra-se nos anexos da dissertação.

Após a construção do roteiro e tendo o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa foi realizada uma entrevista piloto visando analisar se as questões

previstas no roteiro da entrevista semiestruturada tinham a potencialidade de gerar narrativas a respeito da motivação à maternidade monoparental por escolha. Essa entrevista não foi incluída na análise.

Durante todo o trabalho de campo também foi realizada a construção de um diário de campo. O diário de campo foi utilizado para a construção de informações sobre a trajetória metodológica de modo a registrar o caminho trilhado e manter a memória viva dos processos vivenciados. Conforme Amaral (2010), a técnica do diário de campo possui três funções: emotiva, empírica e reflexiva analítica, sendo fundamentais para o momento final da análise do material investigado.

Informações sobre o contexto das entrevistas semiestruturadas, o perfil das entrevistadas, facilidades, dificuldades e características de todos os passos percorridos com fins à captação das participantes, preenchem as folhas do diário de campo. Assim, as nuances das entrevistas, como reações e demais aspectos de contextualização, que caracterizam cada entrevista realizada, a interação interpessoal entre entrevistadora e entrevistadas, demais elementos relevantes como observações de natureza observatória e exploratória do trajeto metodológico da pesquisa também foram registrados. Por fim, ao longo de todo o processo de construção do estudo, pensamentos e *insights* foram traduzidos em palavras e registrados, configurando importantes notas fundamentais na integração de demais dados coletados ao longo do estudo.

4.1. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

O público participante do estudo são mulheres sem filhas/os prévias/os, residentes no município de São Paulo-SP, com pretensão de realizar a construção de um projeto de maternidade solo por meio de tecnologias reprodutivas, com o tratamento em curso ou finalizado, com ou sem êxito, tendo como período máximo os últimos cinco anos. Foram incluídas mulheres dentro desse perfil, não havendo distinção de idade, raça/cor/etnia, escolaridade ou orientação sexual.

Os critérios de exclusão foram possuírem filhas/os prévias/os e/ou terem engravidado de maneira convencional (através de relação sexual) mesmo tendo iniciado tratamento de RA ou terem realizado seu projeto monoparental materno via TR em período superior a cinco anos.

A escolha do município de São Paulo-SP para o trabalho empírico se baseou nos dados do 2º Relatório de Importação de Amostras Seminais para uso em Reprodução Humana Assistida, divulgado em 2018, pela Anvisa (Brasil, 2018). Segundo esses dados, o estado de São Paulo foi o que mais importou amostras de material genético masculino, compondo 65% do total de solicitações do país, e a cidade de São Paulo lidera o ranking com maior quantidade de procedimentos de reprodução humana assistida realizados, somando 58% do total nacional (Brasil, 2018).

4.2. CUIDADOS ÉTICOS

Crítérios éticos foram adotados na condução do estudo seguindo a resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), que prevê utilização de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para pesquisas científicas envolvendo seres humanos, considerando o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes e considerando o desenvolvimento e o engajamento ético, que é inerente ao desenvolvimento científico e tecnológico.

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) em seres humanos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CEP-FMUSP) e seu parecer encontra nos apêndices do presente estudo.

Houve leitura do conteúdo do TCLE a todas participantes da pesquisa, com esclarecimentos à eventuais dúvidas que surgiram a partir da exposição de seu conteúdo. Neste momento, as participantes foram informadas que a participação teria garantia de anonimato, com caráter voluntário sem despesas pessoais em qualquer fase do estudo e sem compensação financeira relacionada à participação. Que o estudo não apresenta riscos para as participantes, bem como não há benefício direto à elas. O TCLE garante plena liberdade para que a entrevista seja interrompida a qualquer momento, podendo fazer retirada de seu consentimento.

Uma das entrevistadas, que é figura pública (apresentadora de TV), pediu a quebra do anonimato e manifestou seu interesse em ser identificada. Nesse caso, a entrevistada foi identificada por seu nome completo e foi pedida e concedida quebra do anonimato previsto pelo TCLE.

4.3. O TRABALHO DE CAMPO

O ponto de partida do estudo baseou-se no levantamento de dados realizado a partir de levantamento bibliográfico sobre o fenômeno que se buscava investigar. Considerando a emergência recente da monoparentalidade materna por escolha no Brasil e o local onde a observação do fenômeno pudesse se dar, inicialmente, o ambiente online se mostrou propício aos interesses em questão.

A busca no meio virtual visou conteúdos sobre monoparentalidade feminina e igualmente o próprio público ao qual é destinado, mulheres solteiras que se interessam pela temática. Nessa busca, a observação não participante foi realizada, visando captar e registrar achados contemporâneos por meio de acesso às fontes de informações online, como sites, grupos, comunidades e reportagens voltadas à maternidade monoparental. Os ambientes online que abrigam o público de interesse foram utilizados como parte da exploração inicial do trabalho de campo e como uma efetiva possibilidade de captar entrevistadas para o estudo. Este ambiente, sendo virtual, permite que seja realizada uma observação sem que haja participação ou interação com o meio, pois até mesmo a presença do pesquisador ou outra pessoa, não é facilmente percebida, visto o caráter virtual do lócus e das interações que se diferenciam do ambiente físico.

Nos espaços virtuais ocorrem interações entre as pessoas e as relações de sociabilidade compreendem o surgimento de comunidades virtuais, grupo de pessoas que se conectam e interagem via internet e tem como base um interesse em comum, que pode manter esse contato virtual por determinado período de tempo (Mercado, 2012). Segundo o autor, a participação e envolvimento dos membros das comunidades virtuais varia de maneira individual, sendo que cada pessoa pode ter comportamentos diferentes diante de uma mesma situação, ora são participativos e interagem a todas as mensagens, como podem ser observadores, que leem mas não respondem (Mercado, 2012).

Na construção do trabalho de campo foram visadas comunidades virtuais e grupos abertos ou fechados existentes no *Facebook*, que abriga grupos de “mãe solo” de diversas naturezas, tendo predomínio de mães solo por consequência; “mães solo

por escolha” tendo como via as TR ou outro método conceutivo; “produção independente” ou “tentantes” sendo grupo semelhante ao anterior porém diferencia-se por ter em sua maioria, mulheres interessadas no uso de TR, apenas. Aos grupos e comunidades existentes na internet com conteúdo aberto, obtive participação como membro. Não havia regras de utilização do ambiente online e para inserção como membro participante, bastava acionar a opção “curtir página” para ter acesso e receber seu conteúdo. Entretanto, foi observado que para este último caso, o conteúdo não foi satisfatório para o presente estudo, pois apenas os administradores das páginas são os que realizam as publicações, cabendo aos demais membros, curtir as postagens ou pouco se manifestar através de breves comentários. Esta característica não se deve a uma restrição ou imposição por parte dos administradores e moderadores da comunidade/página virtual, mas de certo modo possa ter influenciado a pouca manifestação dos demais membros, talvez por se sentirem pouco confortáveis ou até expostos em publicar conteúdo de natureza íntima em ambiente online de caráter amplo e aberto (não são grupos caracterizados como “fechados” ou “secretos” em membros e conteúdo). Ou seja, diversas pessoas, com ou sem ligação ou sensibilização com o tema, poderiam ter acesso, tanto aos conteúdos postados, quanto à identidade da pessoa que realizou determinado comentário e também às reações possíveis de serem realizadas nas postagens, como “curtidas” ou reações negativas, que são formas de interação do ambiente virtual.

Em relação aos grupos fechados, seus membros participantes ou conteúdo são visíveis apenas às participantes, que precisam ser aceitas pelos membros moderadores, além dos grupos conterem diversas regras de utilização do ambiente virtual estabelecidas pelos membros administrativos, como normas de comportamento e conteúdo, entre estes: se apresentar ao se manifestar; manter a privacidade não divulgando dados pessoais, como número de telefone; não divulgar dados de clínicas de RA nem valores de procedimentos. Os moderadores da página poderão expulsar membros, que julgarem não estarem agindo de forma harmônica na comunidade online. Diante disso, encontrei muita resistência e dos diversos grupos fechados (aproximadamente sete grupos) que solicitei participação, apenas dois autorizaram minha entrada.

No espaço virtual nos quais obtive aceite de participação, me deparei com discussões de cunho mais técnico a respeito de detalhamento de procedimentos de reprodução humana, pedido de indicação de profissionais entre uma mulher e outra e poucos relatos de caso não extensos, com informações sucintas, geralmente anunciando um êxito ou mau desfecho após uso de TR. Havia pouca interação entre os membros participantes e praticamente sua totalidade era do gênero feminino, com locais de residência variado entre as participantes, já que o grupo não especificava localidade específica por parte do conteúdo ou das pessoas que poderiam solicitar participação. Nos dois grupos nos quais entrei por ter obtido aceite, não me senti à vontade para exposição ou interação, dado o caráter do grupo virtual e das restrições descritas pelos administradores. Por haver pouca interação e pouca movimentação nesses grupos em questão, qualquer movimentação virtual de minha parte poderia configurar como forte intervenção no ambiente virtual. Diante disso a escolha foi de não buscar por captação de possíveis participantes naquele espaço.

Dando continuação à observação do fenômeno em espaços virtuais, me inseri em outra rede social, o *Instagram*, que é uma rede social em expansão, possui milhares de usuários e com forma de interação virtual diferente da rede social *Facebook*. No *Instagram* encontrei quatro perfis de mães solo por escolha administrado pelas próprias mulheres onde compartilham desde sua trajetória enquanto pessoa que busca pelo êxito no tratamento de RA, as informalmente chamadas “tentantes” de RA, até confidências pessoais de sua história monoparental e do/a(s) filho/a(s) com público aberto. Os quatro perfis encontrados, são de mulheres brasileiras, duas residentes no estado de São Paulo, uma no Rio Grande do Sul e uma no Paraná, tendo seguidores(as) de diversos estados brasileiros, com predominância de interação (comentários em fotos e marcação em postagens) do público feminino com interesse nas técnicas de RA ou maternidade no geral. Para as duas mulheres que residem no estado de São Paulo que possuem o perfil aberto com a temática, enviei mensagem no privado (as chamadas “*direct*”) e, para uma delas, enviei também para o e-mail de contato que constava na descrição do perfil. Neste contato, apresentei o estudo, sua temática e forma de participação e fiz o convite à elas. Entretanto, não obtive resposta dos contatos virtuais realizados.

Outro passo realizado foi a busca por fóruns de discussões em sites de busca visando clínicas de RA e sites informativos de TR que pudessem abrigar o público

estimado. Foram utilizadas as palavras-chave do estudo: “maternidade monoparental eletiva, monoparentalidade feminina, tecnologias reprodutivas, reprodução humana assistida e maternidade” com acréscimo dos termos “produção independente e maternidade independente”. A falta de um termo único para definir o público em questão apresentou-se como uma dificuldade em unificar dados e achados devido a variância das terminologias formais e, principalmente, as informais. Desse passo de busca com uso das palavras-chave, obtive raros achados que não foram significativos para o encontro do público em questão, as mulheres solteiras que buscam a monoparentalidade ou as mulheres que já se configuram como mães solo por escolha.

Durante as pesquisas de campo do presente trabalho, deparamo-nos com um termo relativamente novo no campo das TR, “tentantes”. Designado para nomear as mulheres que estão cursando seu tratamento de RA com a finalidade de realizar a maternidade, o termo foi encontrado tanto em materiais provenientes de clínicas RA, de profissionais médicos especialistas da área, como também foi visto que o termo é amplamente utilizado pelas mulheres que assim se nomeiam. Tanto as mulheres solteiras quanto as mulheres em outros status de relacionamento que buscam a gestação, se intitulam “tentantes”. Atenta-se que órgãos de saúde como o MS, OMS, CFM ou Anvisa, não utilizam o termo. Não se sabe ao certo a origem do termo, apenas sua utilização bastante difundida, conforme observado empiricamente e leva a considerar a existência de uma forma de lidar com os advenços da TR, as incertezas que rondam as técnicas de RA e os procedimentos médicos realizados mediante suas taxas de sucesso ou falhas. A não garantia de seu êxito parece ser a ideia que vem agregada ao termo “tentante”.

Embora as mães solo por escolha sejam um grupo crescente, no ambiente virtual pelo percurso realizado no trabalho de campo infere-se que tenham características próprias que não permitem aglutinar com demais tipos de parentalidade existentes. São discretas e de acesso ao seu íntimo familiar não facilitado. Tais observações anunciaram algumas dificuldades que foram enfrentadas na etapa de exploração do campo, que visava uma aproximação com o panorama virtual do grupo em estudo e a possibilidade de captação de participantes para a realização das entrevistas semiestruturadas.

Nesse período, identifiquei um evento com caráter presencial, oferecido pela

Sociedade Brasileira de Reprodução Humana, destinado às mulheres e homens interessados em utilizar TR. O evento com caráter gratuito foi realizado presencialmente em 08 de junho de 2019 em São Paulo-SP. Sob o nome de “Filho - Fertilidade em foco”, que pode ser conferido através do endereço eletrônico <https://filhofertilidadeemfoco.com.br/>, o evento ofereceu palestras temáticas abordando opções de tratamento para casais homoafetivos, mulheres solteiras, condições que levam à dificuldade de concepção ou infertilidade e quais opções possíveis para estes casos, FIV, inseminação artificial, congelamento de óvulos, pesquisa genética, doação de material genético, planejamento financeiro para pagar a RA e, legislação para registro das/os filhas/os e direitos parentais. Para requerer participação como ouvinte, um cadastro com informações pessoais foi solicitado, como “nome, e-mail, motivo do desejo do uso de TR e idade” para o evento. Cadastrei-me no site, tendo colocado como motivo do desejo em participar do evento, o interesse pela produção independente, opção que constava no formulário. A participação no evento teve a intenção de poder vivenciar de maneira mais próxima a forma como ocorre a interação com o público interessado nas TR, além da oportunidade de conhecer possíveis mulheres para entrevista.

Obtive aceite de participação no evento, que teve início às 8h e encerramento às 21h, com programação que contemplava duas salas simultâneas de palestras abordando diversos temas da RA, sendo palestrantes profissionais da saúde, em sua maioria de clínicas privadas (em geral especialistas em reprodução humana, embriologistas e médicos associados à SBRH), além de um economista e um profissional da área do direito. Selecionei as palestras de acordo com temas associados ao estudo, que foram: quais técnicas de RA são melhores para cada caso; produção independente: o que considerar antes da decisão e como prosseguir; estratégias para a preservação da fertilidade feminina e masculina; estratégias e alternativas para pagar uma FIV; congelamento de óvulos e questões legislativas relativas a famílias plurais, direitos e permissões de acordo com o CFM. Além disso, visei me inserir em salas com temáticas que abrigassem o público que mais se aproximasse da monoparentalidade por escolha (produção independente), e assim, estabelecer possíveis contatos que pudessem ser frutíferos para o desenvolvimento da pesquisa. Falei com alguns médicos no intervalo entre as palestras para divulgar o estudo e tentar obter captação de

entrevistadas, além de ter feito a mesma breve apresentação do estudo a algumas mulheres solteiras que sinalizaram participação no evento devido a produção independente. Entretanto, tal intenção não se concretizou como planejado, pois encontrei dificuldade em conseguir sensibilizar os contatos feitos frente ao estudo em desenvolvimento.

A participação no evento foi importante para vivenciar a forma como as TR são apresentadas ao público, a maneira como são disponibilizadas, a linguagem utilizada, o acolhimento e receptividade do público, além de identificar quem é esse público e de que maneira interage como este enredo. As observações feitas sobre evento da SBRH compõem um acumulado de informações e impressões, que foram relevantes para melhor compreender o fenômeno da monoparentalidade por escolha.

No tocante às clínicas reprodutivas, no período da realização do trabalho de campo, foi realizado contato com sete clínicas de reprodução assistida pertencentes à Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH), Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida (SBRA) e presentes nos relatórios anuais enviados ao Sistema Nacional de Produção de Embriões (SisEmbrio) da Anvisa, todas localizadas na cidade de São Paulo. Os contatos foram feitos virtualmente por e-mail com uma breve descrição do estudo e envio de um folder informativo para maiores esclarecimentos e objetivos das entrevistas. Este folder (incluído no apêndice) auxiliou na mediação das clínicas de RA com as pacientes, que acabaram por se tornar participantes do estudo. Neste caso, considera-se que a intermediação realizada pelas clínicas de RA levaram a uma demanda não totalmente espontânea das indicadas ao estudo, pois a seleção de participantes não foi realizada pela pesquisadora. Praticamente todos os contatos responderam ao e-mail e uma das clínicas indicou dois contatos de mulheres que aceitaram participar da entrevista.

Com as dificuldades encontradas para obter entrevistadas no espaço virtual, passou-se a utilizar a metodologia da bola de neve a partir do contato com as clínicas de reprodução. Nesta metodologia há indicações subsequentes de participantes a partir das primeiras entrevistas realizadas (Kendall, et al., 2008). Devido aos grupos online de mães solo por escolha que abrigam quase em sua totalidade, apenas o próprio público em questão, têm-se um ambiente que propicia uma rede de contatos. Dessa forma, algumas participantes fizeram indicações de subsequentes entrevistadas por

haverem se conhecido no espaço virtual. Essa foi a metodologia na obtenção de participantes, que mais obteve êxito diferenciando-se das demais tentativas, que não foram bem sucedidas.

Portanto, foram utilizadas como estratégias na construção do trabalho de campo a busca de possíveis participantes por meio de consulta a sete clínicas de RA e por meio do acesso a rede de contatos da pesquisadora sendo que, através de duas entrevistadas, obteve-se demais participantes através da metodologia da bola-de-neve.

4.4. AS ENTREVISTAS

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas de forma individual e gravadas com gravador eletrônico, mediante autorização prévia das participantes. Na entrevista individual as conversas tiveram uma duração média de uma hora (1 hora).

A realização da maior parte das entrevistas se deu em caráter virtual, apesar do convite inicial propor uma entrevista presencial e de terem sido realizadas em período prévio à pandemia do Covid-19. A maioria das entrevistadas alegou dificuldades na agenda de trabalho ou mesmo na rotina cotidiana de monoparentalidade, na qual conciliam trabalho e a criação do/a(s) filho/a(s). Levou-se algum tempo entre o primeiro contato com as participantes até a realização da entrevista e um dos motivos foi a necessidade de remarcar o horário combinado por parte delas devido a compromissos que precisavam cumprir ou a dificuldade em encontrar um horário viável para a realização da entrevista. As entrevistas ocorreram mediante hora marcada escolhida pelas entrevistadas. Por fim, sete entrevistas foram realizadas através de videochamadas. Apenas três entrevistas foram concedidas presencialmente.

Três das sete entrevistas que foram realizadas virtualmente, a pedido das entrevistadas, sucederam por ligação de voz, com a câmera fechada (sem imagem), considerando a natureza intimista do conteúdo e por interagirem sem imagem, a barreira da timidez poderia ser mais facilmente superada, de acordo com elas. Esse componente demandou rápida adaptação e novo olhar sobre a entrevista, pois adicionou uma maneira diferente em tentar captar o contexto e as emoções das entrevistadas, por não ter sido possível acompanhar suas expressões faciais, gestos ou

demonstrações corporais que pudessem agregar na interação da entrevista. Apesar de ter demandado uma reestruturação mental à maneira de conduzir a entrevista e captar as nuances ali produzidas, tive a sensação que as entrevistadas ficaram mais à vontade em participar.

A espacialidade da narrativa foi outro elemento importante que influenciou a produção das narrativas. O lócus onde as entrevistas sucederam configuram, em regra, os cenários onde a produção foi desenvolvida. Uma das entrevistas ocorreu na casa de uma das entrevistadas, com a presença das/os filhas/os gêmeos, fruto do tratamento de RA realizado. Este local abriga diversos elementos que compõem a memória da participante. Os significados das vivências eram atribuídos de acordo com o entorno. A participante demonstrou e até me levou até os locais que comentou ao longo da entrevista, como o antigo escritório que virou o quarto das crianças, os degraus que levam até o estacionamento e o percurso por ela percorrido diversas vezes enquanto estava sozinha e tendo que manejar dois/duas bebês conforto, transportando-os/as sem auxílio.

Assim, considera-se os tempos narrativos das falas produzidas, onde passado, presente e futuro se articulam entre as que já são mães solo por escolha que resgataram suas vivências, entre as que são tentantes e narram a trajetória que percorreram. Ambos os grupos abordaram os desafios da maternidade solo, ora projetados no futuro tendo como base referências diferenciais das dificuldades enfrentadas no tempo presente.

A narrativa produzida resgatou o passado sob o olhar do presente. Assim, a partilha das experiências se faz em um enredo que envolve os tempos narrativos, a pessoa que a participante foi, é no presente e quem visualiza que será; os locais percorridos e o local inserido no momento da produção das narrativas; as (res)significações atribuídas às falas que se fazem em uma trama que se busca imprimir direção e coesão ao que é dito.

A intenção ao investigar um tema e convidar sujeitos a partilharem suas vivências foi buscar compreender o fenômeno ao colocá-lo em suspensão, considerando que o fenômeno está situado em um contexto específico e cercado por questões que o rodeiam (Garnica, 1997). Perceber e compreender as questões que

compõem o entorno, o que contextualiza cada narrativa produzida, se faz essencial para melhor compreender o fenômeno investigado.

Por fim, ao final das entrevistas, após desligar o gravador e fazer os agradecimentos da participação no estudo e despedidas, por vezes ocorreram falas finais de cunho bastante interessante e que, inclusive, auxiliaram na interpretação das narrativas. Nesses casos, as informações foram registradas no diário de campo, junto a demais impressões que obtive no decorrer da realização das entrevistas.

4.5. PARTICIPANTES

Foram realizadas quinze entrevistas semiestruturadas entre o segundo semestre de 2019 e o primeiro trimestre de 2020. Entretanto, nem todas as entrevistas foram consideradas para compor o material final como objeto de análise do presente estudo.

Houveram três entrevistadas que sinalizaram pertencer ao perfil buscado no estudo, mas somente no decorrer da entrevista que relataram terem engravidado de forma convencional com um parceiro, portanto, sem o uso de TR, mesmo estando com o tratamento de TR em curso no momento em que engravidaram espontaneamente. Sendo assim, os materiais se enquadram nos critérios de exclusão e foram retirados do estudo.

Uma outra entrevistada teve seu tratamento de TR realizado e obteve êxito há 18 anos, idade de seus/suas filhos/as trigêmeos/as. Apesar do conteúdo denso produzido no momento da entrevista, devido ao tempo que a trajetória monoparental materna foi trilhada e as diferenças contextuais temporais deste caso para os demais, esta participante também teve sua entrevista retirada do material final de análise.

A quinta participante que teve sua entrevista desconsiderada no material analisado não aceitou conceder entrevista via vídeo chamada ou ligação sem imagem e afirmou que somente aceitaria participar se fosse através de envios de áudios do *Whatsapp* a partir de entrega prévia dos assuntos abordados no roteiro de entrevistas. Nestas condições, a possível entrevistada poderia escolher os assuntos que abordaria em sua fala, não dando a oportunidade de aprofundamento de certas questões, bem

como inferências e indagações a certos assuntos de interesse da pesquisa. Apesar do envio dos assuntos numa tentativa de negociar sua participação por meio de entrevista semiestruturada, a abordagem não deu certo e o material foi desconsiderado.

Ao final da etapa de coleta de dados produzidos pelas narrativas, o presente estudo contou com dez entrevistas que foram consideradas no material empírico e compõem o material de análise do estudo. As dez entrevistas foram realizadas com residentes da cidade de São Paulo-SP com as seguintes características: uma participante em tratamento de RA, duas mulheres solteiras que visam a monoparentalidade materna a médio prazo e sete interlocutoras com processo de TR finalizado com êxito, estando gestantes ou já haviam parido no momento da entrevista.

As informações socioeconômicas foram requisitadas posteriormente ao aceite à entrevista, sendo informações autodeclaradas pelas participantes. A idade das entrevistadas variou entre 23 a 45 anos; a escolaridade foi em sua quase totalidade de nível superior, com exceção de uma entrevistada, que possui o ensino médio completo; a renda mensal variou entre 1.500 reais a 35 mil reais. Das dez participantes finais, seis se autodeclararam “brancas”, três como “caucasianas” e duas como “pardas”. As que se declararam “caucasianas” foram classificadas como “brancas”, seguindo o censo do IBGE. Uma participante não declarou a renda mensal, nem o estado de nascimento, colocando no campo “naturalidade” a declaração “brasileira”. As nacionalidades variaram entre estados brasileiros, sendo que todas no momento da entrevista residiam na cidade de São Paulo-SP. Os tratamentos de RA por elas realizados também ocorreram na cidade de São Paulo-SP. Uma das participantes pediu a quebra do anonimato e seu nome no estudo é identificado por seu sobrenome. As demais participantes receberam codinomes sem critérios específicos. Estes foram atribuídos seguindo uma ordem aleatória de nomes fictícios, visando garantir o anonimato das participantes.

O quadro abaixo caracteriza as participantes da pesquisa:

Quadro 1: Caracterização das entrevistadas:

Nome	Idade	Escolaridade	Profissão	Renda mensal	Com quem reside	Naturalidade	Raça/cor
Amelie	38 anos	pós-graduada	empresária	15.000	sozinha	São Paulo	branca
Brigite	24 anos	ensino médio	babá	1.500	esposa e filho/a	Bahia	branca
Caterine	40 anos	superior completo	secretária executiva	7.000	sozinha	Pará	branca
Dafne	35 anos	pós-graduada	médica	15.000	mãe e filho/a	São Paulo	branca
Emma	32 anos	pós-graduada	revisora de texto	8.400	pai e mãe	São Paulo	branca
Fiorella	23 anos	mestranda	cirurgiã-dentista	1.500	sozinha	Espírito Santo	parda
Giulia	30 anos	pós-graduada	médica	10.500	sozinha	Pará	parda
Irina	43 anos	MBA	publicitária	35.000	com filhos/as	São Paulo	branca
Mariana Kupfer*	45 anos	superior completo	apresentadora de TV	ND**	com filha/o	brasileira***	branca
Judith	43 anos	superior completo	jornalista	6.000	pai, mãe e filho/a	São Paulo	branca

* Participante que pediu quebra de anonimato.

**ND: não declarada a renda mensal pela participante.

***A participante não declarou o estado de nascimento.

A seguir, apresenta-se um pequeno resumo sobre cada uma das participantes, com algumas de suas características principais e o contexto de realização da entrevista.

Amelie

Amelie tem 38 anos, autodeclarada branca e é empresária. Foi a primeira entrevistada do estudo e seu contato ocorreu de modo não intencional. Recebi em minha casa um colega pós-graduando do Rio de Janeiro. Ao conversar sobre as respectivas pós-graduações, ele mencionou que sua irmã mais velha se enquadrava no perfil do presente estudo e se dispôs a contatá-la para verificar possível aceite para participação no estudo. O primeiro contato entre mim e a participante ocorreu através de *Whatsapp*. Ela mora em São Paulo-SP e aceitou participar, tendo sido o agendamento e a realização da entrevista bastante ágil, com concretização em ínterim de uma semana do primeiro contato. A entrevista ocorreu de maneira virtual através de videochamada. No momento da entrevista a participante estava em estágio avançado de gestação de sua/seu primeira/o filha/o via RA e devido aos desconfortos corporais do final do terceiro trimestre gestacional, ela solicitou a entrevista em caráter virtual, também por este meio propiciar maior facilidade em conciliar sua rotina de trabalho fora de casa, conforme relatou.

A entrevista se desenvolveu sem dificuldades, a interlocutora abordou diversos assuntos contidos no roteiro, sem que eu precisasse instigá-los. Amelie é bem informada, vive em um contexto de independência financeira e pode contar com a família para questões emocionais, além do suporte familiar que caracterizou como sua rede de apoio em questões práticas da maternidade. Parece que o casamento anterior teve impacto na decisão pela maternidade monoparental ou pela posição de não querer outro relacionamento. Entrou em contato por mensagem, algum tempo depois, para anunciar o nascimento de sua/seu primeira/o filha/o e adensar os benefícios de sua rede de apoio no período puerperal.

Brigite

Brigite foi indicação de uma colega minha que sabia da investigação em curso. A entrevistada tem 24 anos, ensino médio completo, é cuidadora de crianças e mora com a esposa e a/o filha/o. O contato se deu via *Whatsapp*, por meio do qual marcamos

a entrevista, que ocorreu de maneira online a pedido da entrevistada. Relatou que o meio virtual era melhor para sua rotina, demandando menos tempo de deslocamento até o encontro presencial. Além disso, comentou que é muito tímida e fez o pedido para que a entrevista ocorresse apenas por áudio (sem vídeo), observando que não conseguiria abordar a temática caso pudéssemos ver uma à outra, mesmo que de maneira virtual.

Durante todo o decorrer da entrevista ela se expressou de maneira contida, falando pouco e, portanto, precisei instigar as questões a tratar. Por vezes, alguns temas não eram comentados ou expandidos, os quais não insisti para que fossem aprofundados. No entanto, algumas temáticas foram trazidas de maneira mais enérgica, demonstrando terem maior importância para ela.

Esta entrevistada traz um perfil de mãe solo por escolha, que se diferencia no que concerne tanto ao seu perfil socioeconômico como a trajetória monoparental materna eleita percorrida. Além de ser consideravelmente mais nova que as demais interlocutoras (possuir menos idade, que a média de mulheres que realizam o procedimento para esse fim), também realizou estratégia reprodutiva singular por conhecer o doador da/o filha/o, que é seu amigo e, também, seu patrão, pois o doador do sêmen que ela utilizou é o pai da criança para quem ela desempenha sua profissão de cuidadora infantil.

Relatou que ao falar com o amigo sobre a intenção de utilizar material genético masculino de terceiros para realizar seu projeto monoparental, ela comentou que pensava nele e em um outro amigo como possíveis doadores de sêmen à seu projeto monoparental. Comentou que ele prontamente aceitou e foi o doador do sêmen utilizado por ela. Inicialmente, Brigitte escreveu um termo não legal especificando as condições do acordo como o desejo de manter o distanciamento entre o doador e seu/sua futuro/a filho/a e que não gostaria que qualquer vínculo parental fosse criado. Mas, pela proximidade trabalhista cotidiana e pela amizade previamente existente, relata que o doador passou a ter contato com seu/sua filho/a e se apegar a ele/ela. Hoje em dia, ele a/o chama por “filha/o”. Ela comentou que esse acontecimento foi de difícil aceitação para ela. No início tentou vetar a aproximação e criação deste vínculo, mas não conseguiu e, no momento, estava tentando aceitar a situação. O vínculo trabalhista com o doador parece ser uma barreira, que limita impor condições à ele. Nesse quesito,

o tema do amigo e doador do sêmen foi comentado diversas vezes por ela e foi, de certo modo, tema central da entrevista.

No momento da entrevista, Brigitte estava casada. Contou que conheceu a atual companheira durante o tratamento de RA com vistas à maternidade solo e, pouco tempo depois, engravidou via TR. A companheira aceitou que Brigitte já trilhava um projeto maternal e participou do processo de gestação e do parto. Hoje em dia, a esposa é a sua rede de apoio, com a qual conta na criação da/o filha/o, já que Brigitte trabalha fora de casa. Apesar de seu status de relacionamento não ser solteira no momento da entrevista, sua vivência, decisão pela monoparentalidade materna, estratégia reprodutiva percorrida e demais aspectos de sua condição maternal se enquadram no objeto do estudo, colaborando para maior compreensão do fenômeno da maternidade solo por escolha.

Caterine

Caterine tem 40 anos, é secretária executiva e tem formação superior. Ela foi indicada por uma das clínicas de RA contactadas na etapa da busca por participantes no estudo. Caterine se mostrou disponível desde o primeiro contato, que ocorreu via e-mail. Posteriormente o contato com ela sucedeu via *Whatsapp* para combinar questões relativas à entrevista. A pedido dela a entrevista ocorreu por meio de videochamada, pois seria a melhor maneira de conciliar a entrevista com seus escassos horários disponíveis por conta do emprego. No momento da entrevista ela estava em tratamento de RA na clínica que a indicou para o estudo.

A entrevista se desenvolveu muito espontaneamente, pois Caterine é bastante comunicativa. Abordou todos os assuntos presentes no roteiro de entrevistas, de maneira espontânea por se tratarem de temas presentes em sua trajetória monoparental. Uma característica de forte influência em sua vida é o fato de ter sido adotada. Comentou que crê que a maneira como descobriu sua adoção abriu precedentes para querer outra via, que não a adoção, para realizar o projeto de maternidade. Ela descobriu na infância enquanto brincava com os primos que era filha adotiva. Até então não sabia do fato e era criada pelos pais como filha biológica do casal. Caterine relatou que este acontecimento foi uma etapa difícil de sua vida. Enfatizou ter como prioridade uma criança saudável e em um dado momento da entrevista, atribuiu isso

por não conhecer sua herança genética. Ela foi a única entrevistada que considerou a identidade aberta (*ID option*) na escolha do sêmen em banco de células germinativas, pois acredita que não pode privar a criança de conhecer o doador do material genético, se assim a criança desejar ao completar 18 anos.

Caterine possui família em outro estado brasileiro e veio para a cidade de São Paulo-SP devido ao seu emprego. Ela mencionou não ter uma rede de apoio tão consolidada para contar para a criação da criança. Referiu “ser sozinha” e não se relacionar muito com outras pessoas no sentido afetivo. Disse que pensou em ter uma criança de maneira convencional, depois mudou de ideia devido à falta de proteção legal sobre a relação da figura masculina com a criança, decidindo então pelas TR. Pensa que pode ter um relacionamento amoroso no futuro mas, no momento, está focada em seu projeto maternal solo e gostaria de ter a criança somente para si. Comentou que sua chefe é uma grande inspiração para ela, pois ela tem um/a filho/a que está na primeira infância e Caterine baseia parte de suas vivências maternas na maternidade de sua chefe. Mencionou igualmente que a chefe é uma das poucas pessoas consideradas como sua rede de apoio e é com quem ela compartilha todas as suas decisões pessoais, sobretudo a decisão pela maternidade solo. Foi ela inclusive que lhe indicou a clínica de RA onde faz seu tratamento e também para o presente estudo. .

Dafne

Dafne é médica ginecologista-obstetra, pós-graduada, possui 35 anos, mora com sua mãe e seu/sua filho/a e se autodeclarou branca. Conheci Dafne por colegas em comum da área da obstetrícia. Soube por ela de maneira espontânea em uma conversa informal, que havia optado por produção independente. Desse modo, após algum tempo, a convidei para participar do estudo. Apesar de muito solícita para conceder a entrevista, tentamos conciliar horários por cerca de quatro meses para sua realização. Dafne não gosta de meios virtuais e para que a entrevista fosse realizada, fez o pedido para que fosse presencial. A entrevista ocorreu dentro da sala do consultório médico, em um ambiente reservado, após seu turno de trabalho. A entrevista foi muito fluida, ela é comunicativa e se preparou para a entrevista, resgatando muitos detalhes do processo vivido.

Sua estratégia reprodutiva carrega algumas particularidades em relação às demais entrevistadas. Enquanto cursava o programa de residência médica, iniciou os ciclos de FIV em um hospital público com um médico que também era seu professor da faculdade. Sem obter êxito nesses ciclos de FIV, realizou as demais tentativas em uma clínica privada com esse mesmo médico. Ela realizou vários ciclos de FIV até obter êxito e comentou sobre o desgaste emocional vivenciado durante o processo e a importância do apoio das pouquíssimas pessoas que sabiam sobre sua maternidade solo planejada. Hoje em dia, não esconde ser mãe solo por escolha, mas no momento do tratamento de RA, preferiu deixar o assunto reservado a poucas pessoas.

Dafne trabalha com atendimentos em consultório e também em hospitais, tendo extensa carga horária de trabalho. De modo geral, conta apenas com a mãe para cuidar do/a filho/a enquanto trabalha e, esporadicamente, contrata uma profissional de apoio. Comentou essa ser uma das razões da dificuldade enfrentada na maternidade solo, as diversas obrigações cotidianas que recaem sobre uma só pessoa, das questões profissionais às pessoais, passando por cuidar do/a filho/a e cuidar de si mesma.

Seu cotidiano como mãe solo com filho/a pequeno/a produziu conteúdo interessante sobre os desafios da maternidade solo. Falas que eram atravessadas, por vezes, com sua vivência enquanto profissional de saúde que trabalha com o contexto maternal de outras mulheres e suas famílias. Comentou que gosta muito deste tipo de maternidade, que não se arrepende da decisão, mas que no futuro pensa que talvez gostaria de poder compartilhar com alguém (uma parceria) decisões importantes em relação ao/a filho/a, que talvez goste de ter uma segunda opinião, pois essa também é uma dificuldade da criação solo.

Emma

Emma possui 32 anos, pós-graduação, trabalha como supervisora de preparação e revisão de textos, mora com seus pais e se autodeclarou branca. Conheci a entrevistada em uma clínica que atende gestantes, na qual, duas colegas que sabiam do meu estudo, comentaram que ela se enquadrava no perfil procurado. O primeiro contato ocorreu pessoalmente neste espaço, em que apresentei brevemente o estudo e ela aceitou participar. Cerca de duas semanas após o primeiro contato, a entrevista ocorreu de forma virtual, a pedido da entrevistada, que relatou possuir pouco horário

disponível devido ao emprego, além de estar gestando seu bebê concebido via RA. A entrevista possui independência financeira e conta com seus pais como rede de apoio, com os quais reside junto.

Sua estratégia reprodutiva se difere das demais entrevistadas pelo fato de Emma ter realizado ovodoação como opção para ajudar no custeio de seus procedimentos de RA. Todos os procedimentos foram realizados em clínica privada, localizada em São Paulo-SP. Ela contou que obteve muitos óvulos maduros e na primeira indução obteve 26 óvulos maduros, na segunda indução foram 20 e na terceira 22 óvulos. A partir desse fato foi proposto a ela pelo médico, que a clínica ficaria com a metade do total de óvulos e em troca ela ganharia a biópsia de alguns embriões. Ela aceitou o proposto e a clínica ficou com onze óvulos e ela ganhou a biópsia de três embriões, sendo que um foi descartado por possuir Trissomia do 16. Ao final, ela teve dois embriões implantados, um vingou e originou sua atual gestação.

Emma contou que as redes sociais, sobretudo os grupos fechados voltados para mulheres solteiras que possuem interesse ou já são mães solo por escolha, foram locais que a auxiliaram bastante. Tiveram importância tanto no seu processo de decisão para este tipo de maternidade, quanto em assuntos relacionados aos tratamentos de RA e dúvidas sobre o cotidiano da maternidade com a criança. E que um dos motivos que a levou a querer a maternidade solo foi um relacionamento amoroso abusivo que vivenciou, e disse durante a entrevista que se fosse para passar por aquela situação, ela prefere criar o/a filho/a sozinha, que assim estará melhor.

Fiorella

A entrevistada foi indicação de uma amiga, com a qual Fiorella já havia comentado que considerava fortemente realizar a maternidade solo por escolha. Ela tem 23 anos, é dentista e além de realizar atendimentos em consultório, cursa mestrado acadêmico. Mora sozinha e se autodeclarou parda.

O primeiro contato se deu via *Whatsapp* e, tanto o aceite quanto a entrevista, sucederam rapidamente devido à disponibilidade da entrevistada. A entrevista ocorreu presencialmente em local reservado. A interlocutora se mostrou tímida no início da entrevista, no entanto foi ficando mais à vontade à medida que a entrevista se desenvolvia. Fiorella abarcou questões relacionadas ao ser mulher na sociedade,

questões familiares em termos de estruturas tradicionais, a coragem requerida para planejar e vivenciar uma maternidade solo e, ao mesmo tempo, os pontos positivos dessa escolha, sobretudo por motivos relacionados à liberdade de criação da criança quanto a dificuldade em conciliar relacionamentos amorosos com um parceiro e convergir os valores de ambos na criação do/a filho/a.

Apesar de planejar a monoparentalidade materna para realizar em um futuro médio prazo, pois pretende dedicar-se à carreira acadêmica e obter certa estabilidade financeira antes, Fiorella pesquisa há alguns anos sobre este tipo de configuração familiar na internet. Falou sobre os tratamentos disponíveis, que sabe do investimento financeiro requerido tanto para realizar tratamentos de RA quanto para criar a criança e, portanto, se preocupa em atingir estabilidade financeira suficiente para realizar sua maternidade planejada. Comentou sobre a importância de ter uma rede de apoio, a qual planeja desde já quem irá compor e os papéis de cada pessoa no auxílio com sua futura criança.

Fiorella representa um perfil de mulheres solteiras que, mesmo jovens, consideram fortemente a maternidade solo como uma escolha de vida e se preparam para essa possibilidade, sobretudo com informações sobre a maternidade e as TR como opção frente a outras configurações familiares. Um dos argumentos é relativo a uma visão crítica em relação às famílias tradicionais (biparentais), por ter vivenciado a dificuldade matrimonial de seus pais. Comentou que acredita que diversas configurações familiares podem ser boas para uma criança, desde que haja amor na família e na criação do/a filho/a, sendo o amor uma condição primordial. Por isso considera fortemente a maternidade solo, por acreditar que esta configuração familiar planejada, apesar das dificuldades que possa enfrentar, lhe possibilitará ter uma família dotada de amor nas relações pessoais.

Giulia

Giulia possui pós-graduação, é médica ginecologista-obstetra, tem 30 anos, mora sozinha e se autodeclarou parda. A conheci devido a área da obstetrícia e soube de seu desejo pela monoparentalidade em uma conversa informal, na qual comentei sobre meu tema de estudo e ela observou que tinha um projeto de maternidade solo. A participante aceitou participar da entrevista e pediu para falar por áudio sem imagem

por ser muito tímida, para que conseguisse desenvolver melhor suas falas. Desse modo, a entrevista se desenvolveu sem dificuldades.

Por ser uma profissional da área da saúde e lidar com questões intrínsecas à reprodução humana, alguns conceitos comentados por ela durante a entrevista se atrelam fortemente às experiências profissionais vividas em seu cotidiano. Produziu falas que refletem sua visão sobre o lugar da mulher na sociedade, assim como o lugar do homem e dos papéis maternais e paternais, com pensamento crítico em relação a essas posições na sociedade e no núcleo familiar. Falou sobre o desejo de gestar e parir e que também cultivava o desejo de adotar uma criança, mas também gostaria de passar por essa experiência corporal da reprodução humana. Comentou sobre o desejo de ser mãe desde que era criança e que gostaria de ser mãe na fase jovem de sua vida. Não concretiza a maternidade neste momento atual por não ter tempo disponível devido a alta carga de trabalho. Ademais, mencionou a importância da rede de apoio e fez projeções durante a entrevista, caso ficasse grávida nesse momento, que talvez fosse para sua cidade natal para ter auxílio durante o período puerperal.

Por fim, projeta a maternidade solo para si por considerar os desafios em conciliar, com uma parceria, valores e visão de vida, principalmente no que concerne à criação do/a filho/a. Comenta sobre haver hoje em dia, diversas configurações familiares que vão muito além da família biparental, sendo as figuras femininas ou masculinas na criação da criança, uma atribuição da burguesia como sendo algo essencial para uma criança. Para a entrevistada um dos desafios da maternidade solo, assim como ser mulher de modo geral, é enfrentar o machismo existente na sociedade, o estigma de mãe solo como sendo uma mulher que não conseguiu manter um relacionamento.

Irina

Irina foi indicação de outra participante entrevistada, elas se conheceram através de grupo destinado à mães solo na internet. Entrei em contato com Irina através do *Whatsapp* para apresentar o estudo e marcar um horário para a entrevista, que sucedeu de forma presencial pouco tempo depois do contato inicial. Irina tem 43 anos, é publicitária com MBA em marketing, mora com o casal de filhos/as gêmeos/as e se autodeclarou branca.

A entrevistada me convidou para tomar café-da-manhã na padaria com ela e os/as filhos/as gêmeos/as, como fazem rotineiramente nos finais de semana. Sua ideia era que eu “vivenciasse o cotidiano de uma mãe solo com duas crianças, na prática”. Por conta disso, pudemos interagir previamente à entrevista durante o café-da-manhã, o que foi muito benéfico para a fluidez posterior na entrevista e principalmente para participar daquele momento em família e captar nuances subjetivas, maneiras de lidar com questões práticas, tanto por parte dela quanto das crianças. Essa padaria onde nos encontramos fica perto de sua residência e depois fomos caminhando até sua casa onde a entrevista ocorreu.

Ela é uma mulher acima dos 40 anos, que se consolidou na carreira profissional, atingindo um ganho aquisitivo elevado. Comentou que buscava constituir uma família biparental para realizar seu desejo materno, mas os antigos parceiros amorosos tinham visões muito divergentes em relação à maternidade e paternidade e também divergiam quanto aos valores na criação dos possíveis filhos/as. Decidiu pela maternidade solo quando o último relacionamento amoroso teve um término e ela considerou sua idade, considerando a qualidade dos óvulos e as condições físicas da mulher para gestar com mínimas garantias de sucesso. Ela contou que falou ao médico de RA, que não iria tentar diversos ciclos de RA, principalmente por conta da sua idade e que se não desse certo a gravidez, iria partir para uma adoção.

Irina relatou que inicialmente compartilhou sua maternidade solo por escolha para poucas pessoas, cerca de três amigos/as, até que a gestação se concretizasse e que esse apoio foi muito benéfico. Após o tratamento de RA, com a gestação em curso, anunciou sua produção independente nas redes sociais, utilizando o *Instagram* como espécie de diário da gestação, onde compartilhou aspectos emocionais e práticos da gestação e da maternidade que vivenciava.

Irina também comentou na entrevista sobre o planejamento financeiro que fez anterior à concepção, se preparando para ter fundo monetário para toda a infância e adolescência dos/as filhos/as. Ela possui estruturada uma rede de apoio, que participou desde sua jornada à monoparentalidade materna (as tentativas conceptivas, os tratamentos de RA realizados, o momento do parto e pós-parto dos/as filhos/as), até os dias atuais. Seus pais são uma forte rede de apoio, principalmente no sentido afetivo.

Mariana Kupfer

A entrevistada é figura pública e conhecida, entre outros, por sua produção independente que foi anunciada em mídias sociais e pelo livro autoral “Eu, mãe e pai: a maternidade independente como escolha”, lançado em 2019. A participante pediu a quebra do anonimato, podendo então ser identificada pelo próprio nome.

Mariana tem 45 anos de idade, ensino superior completo, mora com a/o filha/o e se autodeclarou branca. Entrei em contato com ela através de e-mail, explicando sobre o estudo e a convidando a participar. Após alguns desencontros nos horários previamente combinados, em um certo dia a entrevistada me ligou e afirmou que poderia falar comigo naquele momento. Assim, a entrevista ocorreu, entre um compromisso e outro de Mariana, que será identificada por seu sobrenome, Kupfer, ao longo desta dissertação.

Ela contou que sempre teve o sonho da maternidade, desde criança, e que sabia que gostaria de trabalhar com comunicação e ser mãe, e seria frustrada se não tivesse realizado ambas. Comentou que sabia sobre as possibilidades de se tornar mãe solo por escolha, como a adoção, por exemplo, mas ela sabia que a trajetória que gostaria de trilhar era a do uso de TR para viabilizar seu projeto materno. Em relação à escolha do doador de sêmen, o que mais lhe interessava eram as questões genéticas devido ao seu histórico familiar de câncer. Observa que já que estava fazendo procedimentos tão programados, queria assegurar que em relação aos exames e à saúde como um todo da futura criança, seria tudo perfeito.

Embora a produção independente não fosse conhecida no Brasil como é hoje em dia, ela tinha conhecimento sobre essa possibilidade por ter visto em produções cinematográficas Norte-Americanas sobre esses feitos em personagens estrangeiras. A interlocutora possui esclarecimento sobre sua influência pública sobre questões relativas à produção independente e relata ser procurada por diversas pessoas que buscam mais informações sobre a monoparentalidade materna. Este foi um dos motivos pelos quais decidiu escrever o livro sobre a temática, além de registrar essa marcante etapa de sua vida.

Judith

Foi indicada por uma das participantes que entrevistei anteriormente, sendo integrante do mesmo grupo virtual destinado à maternidade solo existente no *Facebook*. Ela reside com o/a filho/a, com sua mãe e seu pai, que compõem sua rede de apoio. Possui 43 anos, é jornalista e se autodeclarou branca.

O primeiro contato foi via *Whatsapp* e, pouco tempo depois, a entrevista foi marcada e realizada de modo online, a pedido da entrevistada, devido ao seu escasso tempo livre por conta do trabalho e a rotina maternal. A interlocutora foi bastante comunicativa, resgatou vários elementos que tiveram importância para si ao longo de sua trajetória monoparental enquanto percorria clínicas de RA para viabilizar seu projeto maternal. Judith teve diagnóstico de falência ovariana precoce e pelas implicações relacionadas ao diagnóstico, teve que tomar pronta decisão por tentar viabilizar a maternidade naquele momento, sem demora. Ela comentou que inicialmente, ao longo de sua vida, não planejava ser mãe solo por escolha, mas também não era um tabu. Ao receber o diagnóstico, estando solteira naquele momento, partiu para a maternidade solo, pois seu objetivo maior era realizar o desejo de ser mãe. Comentou que foi difícil a trajetória percorrida atrás das clínicas de RA onde pudesse confiar o pouco dinheiro que tinha para realizar o tratamento certo. Em alguns momentos se viu desesperada e sozinha. Falou que foi um processo doloroso ter passado por diversos profissionais médicos da área de RA, até encontrar um com quem pudesse realizar seu tratamento com confiança.

Judith comentou bastante sobre relacionamentos conjugais e como as diferenças de papéis de gênero podem esgotar os matrimônios. Fez diversas comparações de sua situação enquanto mulher solteira com suas amigas casadas, que possuem dificuldades nas relações com os respectivos maridos. Em um certo momento da entrevista mencionou, que os aspectos bons da maternidade solo é não ter um marido e uma sogra. A liberdade que possui na criação do/a filho/a e não ter uma segunda opinião em relação à criança lhe traz certo conforto e que apesar de morar com os pais e eles a auxiliarem na criação, as escolhas em relação ao/a filho/a são dela. Destacou a importância de ter informações divulgadas a respeito das TR e da maternidade solo. Citou o caso da Karina Bacchi, atriz brasileira conhecida por sua produção independente. Disse que ela abriu espaço para que esse tipo de configuração

familiar ganhasse campo no Brasil e fosse mais amplamente discutido pela sociedade civil, tendo entrado em contato com a atriz para lhe agradecer por esse feito. Judith comentou que esperava por críticas e comentários negativos sobre sua escolha maternal ao divulgar sua decisão na sua página pessoal na internet, entretanto se surpreendeu com os comentários positivos e amorosos que recebeu de apoio.

4.6. ANÁLISE DOS DADOS

Reunido o material a ser analisado, este foi organizado por cada entrevista e identificadas por seu codinome. As entrevistas foram transformadas em textos para fins analíticos, visando ao menos três finalidades: a representação dos dados que são essenciais ao estudo e se baseiam nas descobertas realizadas durante o processo empírico; o texto com a função de servir de base para a interpretação e ser o meio central para a comunicação de descobertas, conforme Gomes (2014).

Foi utilizado o *software* de transcrição “otranscribe” para transcrição dos áudios, uma ferramenta que reúne um editor de texto e o player de áudio, permitindo transcrever o conteúdo e poder pausar, acelerar ou desacelerar o áudio sem a necessidade de mudar de tela. Após essa etapa, foi realizada a revisão do conteúdo transcrito concomitante à audição do conteúdo correspondente para correção da escrita e verificação da pontuação gramatical. Esta etapa demandou tempo e organização e foi importante para, além da devida correção do material, promover resgate da entrevista, com possibilidade de captar nuances emocionais e de significações contidas nas narrativas, bem como reconsiderar as pausas, emoções e desdobramentos obtidos nas narrativas produzidas. Posteriormente, um profissional de transcrição de áudios fez uma correção final, pois uma das dificuldades enfrentadas foi devida à baixa qualidade dos áudios, que foram gravados a partir de outra fonte eletrônica, porque a maioria das entrevistas ocorreu de forma online.

Com o uso da técnica de entrevistas semiestruturadas, buscou-se obter o fenômeno em suspensão, a partir dos assuntos que incorporam as temáticas, que são o que se busca compreender e interpretar (Garnica, 1997). No decorrer da investigação foi realizada uma análise contínua através das entrevistas (Bertaux, 1999), de modo a construir uma representação do objeto sociológico que se busca melhor compreender

em meio à narrativa obtida. O contexto sócio histórico do grupo social, que se investiga foi mapeado na fase exploratória da pesquisa (Minayo; Diniz; Gomes, 2016).

O ponto de partida para a análise dos dados qualitativos partem das construções sociais, na qual os sujeitos que estão sendo estudados traduzem a experiência cotidiana para o conhecimento e quem realiza a pesquisa traduz os relatos dessas experiências em textos (Gomes, 2014). Nesse sentido, as experiências do senso comum, que são construídas de maneiras intersubjetivas, são constructos de primeira ordem que servem de base para a elaboração dos constructos dos pesquisadores, de segunda ordem. Portanto, a captação de materiais para análise, o tratamento e a interpretação desse material é o desdobramento do conhecimento científico, que envolve diferentes processos em sua construção (Gomes, 2014).

Inicialmente, os resumos de cada participante foram construídos junto aos dados socioeconômicos coletados (idade, escolaridade, profissão, renda mensal, com quem reside, naturalidade e raça/cor), agregando-os com as anotações realizadas no diário de campo. Estas anotações contemplam impressões, reflexões e demais informações que pudessem ser relevantes para a análise anotadas pela pesquisadora. As anotações, de modo geral, eram baseadas sobretudo nos assuntos investigados no roteiro de entrevistas e também, nos eixos temáticos contemplados na construção do referencial teórico do presente estudo (que são “família monoparental”, “tecnologias reprodutivas” e “monoparentalidade materna por escolha”). O resgate de elementos que foram memorizados através de anotações contínuas que eram feitas no diário de campo foram de grande valia para interpretações realizadas na etapa analítica do estudo.

A exploração do material foi realizada visando buscar categorias analíticas, que compreendem as expressões que enredam o conteúdo organizacional de uma fala. Após essa etapa, que se deu por leitura exaustiva, o material foi gradativamente reduzido, condensado em sentido e generalização e foi dividido em três colunas. A primeira coluna, contendo a transcrição do conteúdo todo, a segunda coluna contendo a primeira redução e na terceira coluna, apenas as palavras-chave, conforme instruem Muylaert et al (2014). Posteriormente, as categorias foram criadas e ordenadas de maneira coerente em relação a todas as entrevistas realizadas: o problema de pesquisa, os objetivos e em articulação com a bibliografia do campo em investigação sendo o produto final, a

interpretação conjunta dos aspectos relevantes. Cada uma das entrevistas, de modo individual com o material produzido por cada participante, recebeu esse tratamento, para depois serem agrupados de acordo com as categorias criadas. A unidade de registro com palavras-chave, a contextualização da unidade de registro, recortes e categorização e conceituações teóricas, compõem o processo de análise (Minayo; Diniz; Gomes, 2016).

Três categorias principais foram identificadas após leitura exaustiva das entrevistas realizadas, são elas: “construção do projeto monoparental”, “estratégias reprodutivas” e “revelando a maternidade solo por escolha”. A partir de cada uma das categorias, que pautaram as proposições teóricas iniciais, as interpretações foram realizadas e subcategorias foram reconhecidas de forma a tentar compreender o fenômeno investigado. Estimou-se, assim, estabelecer relações de similaridade entre conceitos que se associam, atribuindo nome ao objeto discursivo, no sentido de tornar possível a comparação e agrupamento dos mesmos com características semelhantes (Mota, 2011). Após este processo, interpretações e significações foram atribuídas à problemática estudada, com o intuito de contribuir com a compreensão do fenômeno social.

A partir da categoria “construção do projeto monoparental”, emergiram as subcategorias “a decisão pela maternidade”, “eleição à monoparentalidade”, “dimensão biológica e corporeidade” e “rede informativa”. Da categoria “estratégias reprodutivas” sucederam as subcategorias “escolha do possível”, “bancos de sêmen”, “critérios de escolha do provedor” e “desgaste emocional”. E em “revelando a maternidade solo por escolha”, as subcategorias “independência feminina”, “desafios da maternidade solo”, “rede de apoio”, “a força da verdade” e “o anúncio”. Tanto no processo de análise do material quanto nas reflexões feitas acerca das categorias e subcategorias temáticas, procurou-se trabalhar de modo individualizado com cada categoria por vez. Considerando que a trajetória de análise é permeada pela necessidade de constantes reduções (Garnica, 1997), ao longo da etapa analítica, idas e vindas ocorreram na leitura horizontal do material analisado, permitindo repensar e renomear as subcategorias à medida que a análise do material ganhava forma escrita.

De acordo com cada grande tema, as subcategorias foram agrupadas em quadros com a intenção de organizar o material analisado. Neste quadro foram

inseridos o nome da categoria, da subcategoria e os trechos correspondentes às narrativas produzidas pelas participantes. Nem todas as narrativas obtidas apresentaram características em comum e foi realizada a inclusão da diversidade de achados obtidos nas entrevistas, seguindo o proposto por (Stake, 1999, p. 15), pois interessa “tanto pelo que é único quanto pelo que eles têm em comum”.

Na categoria “construção do projeto monoparental”, buscou-se compreender as trajetórias monoparentais maternas trilhadas nos caminhos das TR para viabilização do projeto familiar. A subcategoria “a decisão pela maternidade” agrupa as falas que se referem ao porquê da decisão pela maternidade, envolvendo o sentimento de realização atribuída à maternidade, a perpetuação da espécie humana e gerar descendentes, sobretudo através da vivência corporal da gestação. A “eleição à monoparentalidade” elenca as motivações para buscar a maternidade solo, passando por questões envolvendo a visão de família e novas configurações familiares e a possível influência de antigos relacionamentos amorosos em suas escolhas individuais. Em “dimensão biológica e corporeidade”, a importância que a vivência de processos corporais conceptivos possuem às participantes, bem como o modo como isto está relacionado com o vínculo parental. E em “rede informativa” foi visto como uma rede de promoção de informações com caráter virtual relacionadas à maternidade solo por escolha e às técnicas de RA podem auxiliar o processo de decisão pela configuração familiar, sua vivência e a experiência com as TR.

Em “estratégias reprodutivas”, a “escolha do possível” aparece como subcategoria objetivando contemplar as decisões feitas na esfera das TR. Dentre as técnicas de RA disponíveis se discute como as escolhas não são totalmente livres e sofrem influências de questões sócio-políticas-econômicas. Em “bancos de sêmen” foram revisadas as questões intrínsecas ao uso de material genético de terceiros, sobretudo no que concerne a participação dos bancos nacionais ou internacionais. Em “critérios de escolha do provedor” foram aglutinados elementos quanto à decisão por perfis determinados e utilização de identidade anônima ou não. As informações genéticas foram consideradas por elas levando em conta a saúde da criança concebida e as informações fenotípicas do doador, para que a criança tenha mais chances de receber traços físicos semelhantes aos delas ou de suas famílias; para que a criança possa adquirir aspectos fenotípicos de acordo com o que julgam mais belo; para

reescrever um histórico familiar de saúde que se julga indesejado. Por fim, em “desgaste emocional”, se aborda as questões vivenciadas no percurso do tratamento de RA, discutindo como as escolhas realizadas são permeadas por questões emocionais.

Na categoria “revelando a maternidade solo por escolha” se apresentam as dimensões relativas a este tipo de maternidade, suas características e peculiaridades. Na subcategoria “independência feminina” se trata da visão do papel da mulher como ser socialmente independente e emancipada em suas decisões de vida. Para as participantes o desejo pela maternidade e de poder realizá-lo sem depender de uma parceria ganha impulso com a possibilidade do uso das TR. Em “desafios da maternidade solo” são abordadas questões de ordem prática, como conciliar as demandas individuais e profissionais com as necessidades da criança. Trata-se de um desafio maior quando não se tem parceria para dividir funções e responsabilidades, demandando estratégias diferenciadas para resolvê-las. Em “rede de apoio” foram narradas a importância que a rede de apoio com questões práticas da maternidade auxiliam o cotidiano dessas mulheres, e como o estabelecimento de uma rede de apoio de maneira prévia à concepção teve peso para que o projeto monoparental continuasse a ser tentado (com o uso das técnicas de RA) até obtenção de seu êxito. Em “a força da verdade” se discute a importância de contar ou não aos/as filhos/as o processo de sua concepção e da construção da família monoparental, o uso de TR e de sêmen doado para que a monoparentalidade maternidade se concretizasse. Em “o anúncio” foram abordadas as experiências das interlocutoras em compartilhar com familiares e amigos/as a decisão pela maternidade solo. Elas comentam como esse momento foi importante, falam sobre os receios de viver preconceitos e discriminação da sociedade pela decisão pela monoparentalidade e as surpresas positivas em se depararem com atitudes de compreensão por parte daqueles com quem dividiram suas escolhas.

Cada um dos capítulos a seguir corresponde a uma categoria analítica, agregando as subcategorias correspondentes conforme descrito anteriormente.

4.7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A emergência do fenômeno monoparental materno por escolha, ao mesmo

tempo que envolve um objeto de estudo interessante, ainda traz limitações à construção da investigação pelos poucos estudos disponíveis, particularmente, no Brasil.

Os dados envolvendo o uso de células germinativas (bem como sua compra e requisição para importação), a ampliação das clínicas de RA e a expansão do uso das TR por parte das mulheres solteiras, demonstram que este fenômeno é crescente no Brasil. Apesar disso, encontrou-se dificuldades em captar entrevistadas para o estudo. Também as posturas mais discretas no ambiente virtual por parte das mulheres em relação à monoparentalidade materna eleita, demandou ser contornada com outras alternativas para que o estudo pudesse ser realizado e pode ser indicativo de como ainda vigora uma resistência social a determinadas decisões reprodutivas femininas.

Chamou atenção a dificuldade em conseguir realizar as entrevistas de forma presencial. Muitas entrevistadas alegaram que além das dificuldades com o tempo disponível em relação aos empregos, tinham a demanda de cuidar da criança. Assim, houve maior número de entrevistas realizadas de forma virtual do que presencial.

O caráter virtual das entrevistas minimizou, em parte, as vantagens que se tem ao utilizar o método das entrevistas, pois algumas nuances muito importantes, como linguagem corporal, gestos seguidos das falas, expressões faciais, emoções ou demais ações valorizadas nos encontros, foram suprimidas. Buscou-se, diante disso, empreender um esforço em captar esses elementos através do tom de voz, das pausas ou silêncios obtidos nas narrativas, nos comentários realizados, por exemplo. O próprio pedido da entrevista ocorrer sem imagem é um achado que foi levado em consideração na análise do estudo, indicando uma preferência em falar sobre o projeto de maternidade e suas escolhas, apenas por voz.

Por fim, não poderia deixar de citar uma limitação do estudo de impacto coletivo, correspondente à pandemia do Covid-19. A pandemia iniciou e se alastrou em um momento em que a investigação encontrava-se em sua fase final, a de produção do conteúdo analítico. Felizmente, a etapa de realização das entrevistas estava finalizada. Foi desafiador manter a concentração e ter rápida adaptação frente ao cronograma, que precisou ser modificado. A prorrogação de prazo obtida foi essencial para que este estudo pudesse ser finalizado.

5. CONSTRUÇÃO DO PROJETO MONOPARENTAL

A monoparentalidade materna como projeto passível de ser construído diz respeito a uma escolha feita por um público feminino que destoa do contexto das mulheres em amplo espectro. Se trata de um grupo que, embora crescente, possui condições sociais muito particulares. Em geral, são mulheres que conquistaram certa autonomia por obtenção de formação universitária e estabilidade financeira com ganhos que as inserem nas chamadas classes médias-altas (Jociles; Rivas, 2013).

A maior independência econômica da mulher pelo aumento em sua inserção no mercado de trabalho contribuiu com a expansão da autonomia feminina em âmbitos da vida pessoal e profissional, sobretudo para as camadas médias da população. O Censo Demográfico do IBGE a partir de dados dos anos de 2000 e 2010 constatou o aumento da escolaridade feminina no ensino médio e nas universidades, superando os números masculinos, sendo este mais um fator que contribui para uma maior liberdade de escolha das mulheres.

Uma série de eventos propiciou mudanças nas condições femininas auxiliando na construção de caminhos no campo reprodutivo como possibilidades arduamente conquistadas. Vieira (2008) fala na maternidade como escolha sendo um fenômeno possível a partir do século XX pelas pautas feministas do direito ao corpo, da busca por autonomia da mulher e dos métodos contraceptivos. Com maior poder decisório sobre os rumos da própria vida, as mulheres passaram a ter mais condições para eleger papéis que até então, eram tidos como obrigação, como o matrimônio único e vitalício e a maternidade preferencialmente até os 30 anos de idade por conta do discurso baseado no tempo biológico da fertilidade feminina.

No tocante a uma maternidade solo planejada, pode-se considerar que as mulheres estão reivindicando o direito aos/as filhos/as que engendram de acordo com seus contextos particulares, apesar das dificuldades encontradas tanto na sua construção como no seu desenvolvimento. Ao se tratar de famílias e, sobretudo, maternidade, lida-se com questões edificadas em diferenças de gênero que possuem raízes no patriarcado, em modelo de família biparental e, ainda, heteronormativa, no contexto das sociedades ocidentais. O projeto pessoal para a monoparentalidade é pautado nas opções reprodutivas possíveis, tendo o presente estudo, enfoque nas TR,

que por si só já apresentam diversidade quanto a acesso, custos e condições de serem efetivados, não sendo lineares para o grupo estudado. Também, esta maternidade buscada é permeada pela legislação vigente em termos de direito à concepção e aos/às filhos/às, às normas e recomendações de órgãos profissionais e de instituições de saúde que regulam seu acesso, além das questões subjetivas que entrelaçam as eleições realizadas frente à construção desse projeto monoparental, escolhas estas que serão melhor descritas a seguir.

5.1. A DECISÃO PELA MATERNIDADE

O “sonho da maternidade” nutrido pelo sentimento de ter “nascido para ser mãe” foi praticamente unânime como fala introdutória das interlocutoras ao aceitarem compartilhar parte de suas histórias. Procede no projeto parental a ideia de maternidade como destino que estabelece a realização pessoal através de uma capacidade feminina de ser mãe, a qual é muito desejada por este grupo. Suas significâncias são específicas frente às múltiplas facetas que a maternidade pode possuir, sendo que seus sentidos podem sofrer influências sociais, políticas, econômicas, moldando a forma como é experienciada. Neste capítulo, os sentidos da maternidade foram exploradas através da fala de mulheres que compõem o fenômeno da monoparentalidade materna eleita.

Emma, que realizou ovodoação³ como forma de isenção aos valores do tratamento da RA, expressou seu sentimento em relação à maternidade: “acho que [ser mãe] é o único objetivo da minha vida. Eu nasci para isso.”. A interlocutora expõe a centralidade da maternidade em sua vida, como único objetivo a ser conquistado e como propósito de vida ao dizer que nasceu para ser mãe. A maternidade como “caminho natural” a ser percorrido pelas mulheres é um discurso introduzido precocemente na vida feminina, sendo presente desde a infância, compondo parte da criação de meninas que, ora irão incorporar o destino maternal em suas vidas à medida que suas trajetórias sustentarem o desejo pela maternidade. Giulia, que cultiva o desejo pela maternidade, exprime esse sentimento presente desde sua infância:

³ Técnica de RA que compreende a doação de óvulos a um banco de material genético ou clínica de RHA, prática regulamentada junto ao CFM (2017).

Primeiro que eu considero ser mãe desde sempre, acho que isso nunca saiu de foco na minha vida e, quando eu era criança, eu desejava ser mãe muito cedo. (Giulia)

As brincadeiras que são incentivadas ao público infantil são um exemplo de como a sociedade lida com papéis de gênero que estão incorporados nas estruturas sociais. Pensamentos e comportamentos são designados ao ser a partir de sua genitália, como sendo “mulher” ou “homem”, na qual o sexo é atrelado ao gênero, “feminino” ou “masculino”, respectivamente, introduzindo conceitos e práticas vinculados às questões de gênero. Por vezes, de maneira acrítica e enraizada, adultos incentivam a maternidade e o espaço doméstico às meninas, naturalizando este contexto na vida desses pequenos seres que estão em formação cognitiva e em termos de formação cidadã.

Considerando a significância da maternidade no que concerne à sociedade brasileira, é significativa a influência religiosa do cristianismo e suas matrizes nas simbologias maternais. Neste sentido religioso, a maternidade é vinculada ao valor da mulher que concretiza seu destino natural como mãe. A construção histórica social das formas de família, sociabilidade e noção de indivíduo possui intenso enraizamento católico que apresenta o paradigma cultural ibero-americano (Machado, 2001). As religiões de base cristã como componente fundante dos alicerces sociais brasileiros, são importantes vozes pela manutenção de um modelo de família no qual a maternidade tem um lugar de grande significância no papel social atribuído às mulheres. Sua influência pode ser percebida não somente nos discursos e imperativos de autoridades religiosas, mas também no núcleo familiar ou grupos sociais que possuem conexão com as mulheres e que retratam visões e valores da maternidade como um caminho “natural” feminino e seu valor pessoal ligado à maternidade.

Irina aguardava o resultado de um dos ciclos de FIV que havia feito, e comenta sobre o momento que acreditou haver falha na tentativa conceptiva após um dos ciclos, em que falou com Deus e associou seu valor enquanto mulher à concretização da maternidade:

Sempre fui católica de criação mas sempre tive uma relação com Deus quase que de igual para igual sabe, na conversa, eu falava [...] "Você sabe que eu quero tanto né" [...] e aí você fala

“p*ta, eu não sou uma pessoa legal, porque ninguém quis vir”
(Irina)

Com o intenso ingresso feminino no mercado de trabalho que ocorreu concomitante à expansão da sociedade industrial, marcado por intensas desigualdades sociais e sexuais, veio o modelo moderno de maternidade, um novo padrão de maternar com planejamento reprodutivo e menor número de filhas/os (Scavone, 2001b), que reflete o modelo que se tem na atualidade. Mariana Kupfer, aqui identificada por Kupfer, seu sobrenome, demonstra a importância da maternidade e profissão para si:

Eu sempre tive o sonho da maternidade. [...] Eu sabia bem claramente que eu ia trabalhar com comunicação e eu ia ser mãe, e acho que eu seria muito frustrada se eu não tivesse feito os dois sabe? (Kupfer)

Ao tratar-se de mulheres que atingiram uma posição de autonomia socioeconômica que puderam optar por um projeto monoparental, o sentimento de realização é somatória da maternidade, que é símbolo de grande valor, com o âmbito profissional. Catherine, em tratamento de RA, buscando sua primeira gestação, vive em um contexto "workaholic", como ela definiu em outro momento da entrevista, tendo se confundido com os termos "profissional" e "pessoal" no momento em que abordava a questão da maternidade. Imediatamente se corrigiu, mas pôde suscitar a ideia de “maternidade” e “profissão” ocupando o mesmo lastro de seu sentimento de realização:

Para mim o significado de ter um bebê, de ser mãe, é aquela realização profissional, realização pessoal, desculpa. De cuidar do meu pedacinho, uma continuação minha, na verdade.
(Catherine)

Além da questão maternal e profissão confluentes ao sentimento de realização, Catherine cita parte desse sentimento e completude sustentada na ideia dos descendentes como “continuação” dos genitores. Meruane (2018) comenta sobre o discurso de “completude” diante da família ou pessoa que se realiza através dos/as filhos/as e, traz a ideia que eles, as/os filhas/os, são tidos como centro regulador de todas atividades,

desejos e anseios dos progenitores. Apesar das inúmeras realizações que uma mulher possa ter, a completude é plena para aquelas que têm a maternidade como um sonho alcançado.

Embora a monoparentalidade materna tenha sido uma opção de vida realizada pelas entrevistadas, não necessariamente esse projeto familiar foi algo que esteve sempre planejado às interlocutoras, sendo escolhida frente às delimitações impostas. Judith exemplifica essa questão ao relatar que teve diagnóstico de falência ovariana precoce⁴. Este fator a fez decidir pelo projeto monoparental que, embora não fosse um objetivo cultivado anteriormente, mas também, essa não era uma opção inválida para ela:

Eu precisava decidir a minha vida, então eu tive que partir para a produção independente, eu estava solteira. [...] Não era uma coisa “nossa, desde cedo eu quero fazer porque eu não quero casar”. Não era, mas era uma possibilidade. Se fosse essa a única que me dessem um filho, ok! (Judith)

A construção do projeto monoparental materno é somatória de subjetividades que pautam escolhas amarradas à valores socialmente construídos, delimitadas pelas opções conceptivas disponíveis intrínsecas a trajetória particular de cada mulher.

A decisão pela monoparentalidade germina em um campo de trajetória de vida para mulheres marcada por independência financeira, que possibilita um poder da escolha em face da maternidade buscada. Essas mulheres carregam a noção que sua maternidade solo eleita é fruto de um profundo desejo que demandou estratégia reprodutiva para nascer. As sociedades ocidentais produziram profundas mudanças nas estruturas familiares, sobretudo as pertencentes à classe média, sendo reflexo de transformações legislativas, socioeconômicas pelos níveis mais altos de escolaridade podendo ser atingidos pelas mulheres e incorporação ao trabalho remunerado, mudanças nos paradigmas culturais e tecnológicos (com o acesso às TR, por exemplo), diferenciando sexualidade, reprodução e filiação, que abriram novas possibilidades de vida principalmente às mulheres (Jociles; Rivas, 2013).

⁴ A falência ovariana precoce é definida como uma falência gonadal prematura que ocorre antes dos 40 anos de idade, afeta 1% das mulheres (PARDINI; SILVA e CLAPAUCH, 2006) e compromete seu ciclo reprodutivo.

Com o advento das TR con(tra)ceptivas, a maternidade planejada pôde ocorrer com maior controle da mulher em relação ao momento de se tornar mãe e através de qual meio a maternidade será viabilizada de acordo com as opções conceptivas possíveis a cada contexto feminino. As TR não são opção à todas as mulheres que planejam a maternidade, a eleição da via reprodutiva é atrelada às limitações das situações sociais e econômicas de cada mulher e às significâncias socialmente construídas que permeiam suas escolhas, sobre isso, Kupfer comenta:

Naquele momento, eu já tinha escutado tanta história, aí fui na balada, transou, pegou o cara bêbado, aí namorou, o cara desapareceu, eu falei “cara, assim, não tenho nada contra quem faz, mas não era o que eu queria pra mim” (Kupfer)

A possibilidade tecnológica para àquelas que podem arcar com esta opção reprodutiva, abriu o precedente de poder desvincular a necessidade de outra pessoa ao ter como objetivo a concepção, a substituindo pelo material genético com o advento das TR. É uma possibilidade conceptiva conferida à mulher quando esta decide subtrair a figura masculina em seu desejo de engendrar. A incorporação tecnológica con(tra)ceptiva trouxe mudanças sociais, citando as configurações familiares que passaram e passam por rearranjos, as mulheres protagonizam em autonomia decisória, a produção independente.

5.2. ELEIÇÃO À MONOPARENTALIDADE

Entre as mulheres entrevistadas, os relacionamentos amorosos foram comentados, com a dimensão do matrimônio como um caminho que foi, em algum momento, esperado que ocorresse em suas vidas para a construção da família. Embora o casamento não tenha ocorrido, o desejo pela maternidade prevaleceu no projeto familiar dessas mulheres e, para as que vivenciaram relacionamentos que de certo modo marcaram suas trajetórias, eles tiveram peso em suas decisões pela monoparentalidade. Para as mulheres que escolhem vivenciar a maternidade sem parceria, renegaram o matrimônio mas não a maternidade pela solução tecnológica à concepção, visão demonstrada por Emma:

Eu comecei a pensar na questão da produção independente porque eu falava [ter filhos] “é um desejo meu e uma vontade minha”. Não necessariamente eu preciso estar num relacionamento para isso. (Emma)

Com as TR foi possível contornar a concepção que antes dependia da relação sexual atrelada à relação com o masculino. A equação relacionamentos conjugais e maternidade foi modificada por meio do movimento feminino do fenômeno monoparental de recusa ao matrimônio e não, recusa à maternidade. Desde o século XX, a família, estruturada na conjugalidade e suas diferenças de gênero, e na filiação, é centrada em torno do amor e afeição. A partir da década de 1960 há um deslocamento da família, enquanto grupo para o indivíduo membro do grupo, particularmente, entre camadas médias urbanas passando à crescente ideia que o amor seria condição de permanência da união conjugal e passando a ter maior igualdade nos papéis de gênero (Machado, 2001). Jociles e Rivas (2013) também comentam as mudanças conjugais que ocorreram principalmente a partir dos anos 1960, em que parte do êxito da monoparentalidade (qualquer que seja sua causa) se deu com a intensificação da desinstitucionalização do matrimônio, levando à elevação da quantidade de separações e divórcios, bem como aumento de nascimentos extramatrimoniais, independente de ser ou não um casal, e, portanto, maior frequência da monoparentalidade.

Os relacionamentos conjugais ocidentais, que são baseados em normativa binária, monogâmica e patriarcal, são vivenciados em meio às questões de gênero no que concerne aos relacionamentos heterossexuais e acabam por produzir dificuldades de permanências matrimoniais. Além disso, quando a união entre duas pessoas envolve questões que ultrapassam a relação conjugal e envolvem conciliar a criação de um/a filho/a, podem haver empasses, na visão de Giulia. Essa questão é levada em consideração por ela, que entende como sendo uma dificuldade que poderia enfrentar, sendo um elemento que reforça o planejamento de constituir uma família monoparental:

Eu não encontrei até hoje um parceiro que pense da mesma forma que eu, que valesse a pena dividir essa função. Eu penso em ter sozinha mesmo porque eu acho que eu acho que para educar uma criança você precisa estar muito alinhado com outra pessoa (Giulia)

O âmbito afetivo produz relação entre pessoas que, para além da esfera da amorosa, se vêem interligados por planos, expectativas e planejamentos de vida, que podem convergir ou não. A questão paternal é um aspecto relevante no que concerne à união de um casal quando somada à perspectiva familiar. Os valores masculinos ou a falta deles, como companheirismo, respeito, empatia, são ponto-chave na decisão pela continuidade ou ruptura relacional. Para Emma, seu antigo relacionamento amoroso, o qual caracteriza como “abusivo”, teve grande influência em sua decisão pela monoparentalidade:

Eu vivi um relacionamento muito tóxico, um relacionamento abusivo. Foi muito difícil sair dele, me reerguer depois. [...] Acho que justamente por conta de tudo que eu que eu vivi, eu comecei a ter muito medo de me relacionar de novo. [...] E entre estar num relacionamento ruim que me faça mal e ser mãe solo, eu prefiro ser solo. (Emma)

O amor seria condição para a permanência dos laços conjugais em relações nas quais as diferenças de gênero teriam cada vez menos espaço, o contrário ocorre, pela dissolução dos relacionamentos conjugais pela falta desses componentes, observa Giddens (1991 e 1992) sobre o surgimento da "alta modernidade", do "amor confluyente" e da "relação pura". A parentalidade está ligada ao vínculo afetivo, mas também ao senso de responsabilidade pela geração futura. A decisão pela maternidade solo não era um aspecto planejado e desejado desde o princípio, conforme comentam as interlocutoras entrevistadas, mas diante do retrospecto de cada uma, que envolve inúmeras questões, das subjetividades que conduzem suas escolhas e das opções conceptiva disponíveis, elegeram a maternidade solo, como comenta Dafne:

Eu queria que o meu filho tivesse pai, tivesse mãe e tal, mas principalmente porque eu achava que isso fazia uma diferença muito grande, na vida da criança, do ponto de vista de criação, de desenvolvimento e tudo mais. Mas aí depois fiquei pensando [...] uma criança criada com amor, não pode ser uma falta de um pai que vai ter um dano emocional, psicológico muito grande assim. (Dafne)

Os projetos monoparentais eleitos foram reforçados por uma “retórica da igualdade”, presente na política, meios de comunicação, na vida pública, no sistema educativo, entre outros, que questiona a polaridade dos gêneros e advoga por direitos e oportunidades igualitárias, possibilitando a diversidade e pluralidade de estilos de vida, pessoais e familiares (Jociles; Rivas, 2013). Estamos no cerne das mudanças emplacadas pelas TR, com amplas modificações no interior da sociedade de modo geracional, relacional e reprodutiva. Comenta Machado (2001) que às camadas médias, o valor da família continua a designar prestígio, relativizada pelo lugar do valor individualista como instituidor primordial de prestígio e o individualismo como seu valor englobante. O valor individualista de família deslocou a importância do grupo familiar aos seus membros, no que concerne ao desejo de formar uma família e a ausência de uma pessoa para compor o quadro conjugal que permaneça em nome do amor. Amelie comenta que “primeiro que eu não estou precisando [de um homem]. O homem não está gerando nada, quem está gerando somos nós.” Traz consigo, a ideia de que o aparelho reprodutor feminino carrega a capacidade de gerar um ser humano, para quando isto é possível, as TR se fazem oportunas numa negociação que retira a necessidade de parceria e dependência sexual como via à concepção e formação familiar. Catherine comenta além:

Mas eu decidi que eu vou escolher o bebê e ele é meu bebê, então... Não tem essa coisa de ficar dividindo.[...] Se algum dia eu precisar de alguma coisa, tem amigos que poderiam me ajudar mas, não buscar a responsabilidade com a pessoa que me doou e tudo mais. Até porque eu sou muito... eu acho que eu sou um pouco individualista. (Catherine)

A decisão individual de gestar um/a filho/a passa pela noção de pertencimento ao suscitar a ideia de ser o “meu bebê”. O que se vivencia na contemporaneidade é uma fase de transição de normas, valores e práticas parentais que estão se ajustando concomitante às tecnologias que vão sendo colocadas à disposição da população, sem que se tenha total compreensão dos efeitos produzidos. Se a possibilidade de acesso às TR reforça a possibilidade de escolha, conforme exclamam seus defensores, alguns avanços nessa transição trazem consigo novas questões, criando igualmente impasses na realização da maternidade e nas relações familiares (Scavone, 2001b).

5.3. DIMENSÃO BIOLÓGICA E CORPOREIDADE

A monoparentalidade pode ser concretizada pela via reprodutiva e pelo processo de adoção, opções legais disponíveis às mulheres solteiras, que buscam pela maternidade. As interlocutoras expressaram seu desejo de vivenciar o processo gestacional no corpo que aponta à via conceptiva pela TR eleita por elas. Dafne comenta este desejo da experiência corporal para além da maternidade como objeto, mas a própria gestação e parto como elementos importantes de serem experienciados em sua trajetória de vida:

Eu sempre quis gestar, não queria só ser mãe, eu queria sabe, gestar, parir, eu queria tudo, eu queria ter essa experiência de vida de fabricar um ser humano. (Dafne)

A maternidade, pela sua ligação com o corpo e com uma ideia de natureza, ainda possui forte vinculação como um elemento da cultura e identidade feminina (Scavone, 2001b) e, junto a isso, tem-se nas TR a ideia que podem propiciar acesso à/ao filha/o gestada/o, descendente do próprio material genético, diferenciando-se de outros processos de filiação, como a adoção. O fator biológico funda a ideia de continuação do ser através do material genético, que corporifica parte do genitor na sua prole. A dimensão biológica vinculada à ideia de “continuação” do ser, não da espécie humana, derivam em elo biológico e laço consanguíneo.

O elo biológico como elemento que aglutina diferentes pessoas por sua ascendência, mesmo não necessariamente possuindo interação social ou afetividade entre si; o elo que une pela mesma ramificação biológica em termos de hereditariedade. Por exemplo, parentes de uma mesma família que não possuem qualquer interação social, mas se denominam pertencentes ao mesmo grupo por saberem do elo biológico que possuem e, portanto, estabelece reconhecimento de uns com os outros.

O laço consanguíneo emerge como ideia de filiação pela simbologia parental atrelada ao laço afetivo sentimental, como amor, carinho e cuidado e, pela dimensão consanguínea, abarcada por elementos biológicos como sangue, fluidos sexuais, leite materno e outros, enquanto substâncias corporais que parecem representar uma

maneira de descrever a produção dos corpos atreladas ao parentesco ao longo do tempo (Carsten, 2014). A monoparentalidade eleita, requer então, parir o sonho gestado do progênie, além da ideia do vínculo parental atrelado à questão corporal, conforme cita Dafne:

Quando eu comecei a me fazer pensar na adoção como uma possibilidade eu ainda achava aquilo muito distante assim, eu ainda tinha uma dificuldade de acreditar e até hoje eu não sei se eu seria capaz de criar esse vínculo com uma criança pronta. Mesmo porque tem muitas questões ideológicas. (Dafne)

Os símbolos biológicos ajudam a reforçar sentimentos e afetos por possuírem significâncias socialmente atribuídas. O laço consanguíneo carrega a convergência do biológico e afetivo, podendo ser a parentalidade, um vínculo amoroso ao progênie junto à capacidade biológica do ser humano de se reproduzir e dar continuidade à espécie, não significando apenas uma relação unidirecional entre vínculo afetivo e prenhez. Na empreitada da monoparentalidade eleita via TR, o corpo é objeto de manipulação para nele se vivenciar a experiência biológica do gestar e parir, o contraponto seria o próprio corpo em suas limitações fisiológicas no que concerne ao “relógio biológico” que acaba determinando parte da opção temporal que lhes é viável, conforme relatado por Irina:

Eu decidi [iniciar o tratamento de RA] com 38 anos, que foi a data do meu último relacionamento. [...] Eu já tinha determinado que com 40 anos, por tudo, por razões fisiológicas, acho que é uma idade limite no sentido físico da mulher. Não limite, mas uma mínima garantia. [...] O óvulo é diferente do homem... o homem cara, se ele quiser ter filhos com 80 anos ele tem, a mulher não, o óvulo envelhece. (Irina)

Segundo Frieze, Becker e Nachtigall (2008) a expansão das TR tem acarretado a ocorrência da maternidade em idades mais avançadas, com as mulheres tendo filhos/as na casa dos quarenta, cinquenta e até sessenta anos. Pensando na viabilidade da gestação considerando o tempo impreciso que as tentativas conceptivas via TR podem durar, Irina considera o fator temporal com a via pela qual concretizará a maternidade:

Eu falei “doutor eu vou tentar uma única vez, se não der certo eu vou partir pra adoção”, até porque o tempo de adoção é muito grande aqui no Brasil. Não dá pra ficar tentando, tentando, e quando resolver eu vou ser mãe com 50 anos entendeu? (Irina)

O corpo abriga um imenso campo de batalha sobre o qual duelam a ciência, a medicina, senso comum, valores morais seculares e religiosos (Zarias, 2019) e sob ele recaem expectativas futuras de uma vida maternal que poderá ser viabilizada no próprio corpo, inscrevendo na sociedade uma forma específica de engendramento. Tem-se então o corpo como forma de reivindicar pautas sociais e políticas pelo parentesco binário, normativas sexuais pela não presença de companheiro(a) ou o tempo biológico para a gestação.

5.4. REDE INFORMATIVA

A rede informativa emergiu como um tipo de rede de apoio de caráter virtual, que teve influência na vivência das entrevistadas. Esta rede serviu como provedora de informações no período prévio à concepção, momento em que decidiam pela monoparentalidade materna ou buscavam informações sobre como viabilizá-la, bem como um local virtual de promoção a certo tipo de auxílio à maternidade, no caso, solo. Nesta rede informativa, caracterizada por páginas virtuais ou grupos fechados em redes sociais, foi visto que se agrupam mães solo por escolha ou mulheres interessadas neste tipo de configuração familiar, que não possuem participação prática no cotidiano uma das outras; por vezes, se conhecem e interagem somente neste espaço virtual. No entanto, essas pessoas atuam, umas com as outras, enquanto rede que dissemina conteúdo e, pode-se configurar como um grupo de escuta, acolhimento ou que promove aconselhamentos e opiniões; sobretudo entre mães solo por escolha, que compartilham entre si, as particularidades desta parentalidade. Emma comenta sobre a rede informativa que encontrou no ambiente virtual e sua relação com este espaço de interações online:

Quando eu estava com 29 anos eu comecei a pesquisar de fato sobre produção independente, comecei a fazer parte do grupos no *Facebook* [...] me ajudou muito sobre o assunto, principalmente a bater o martelo. [...] Aparece uma lá que comenta, que faz algum post, te esclarece mil coisas, então foi uma rede bem importante. (Emma)

Emma menciona os grupos da rede social que aglutina pessoas com interesse em comum em espaço virtual que, através da pesquisa online de campo, pude constatar serem a grande maioria de caráter privado (em que os membros participantes passam por avaliação de critérios dos administradores do grupo que também são moderadores do espaço online) e reúnem pessoas que se identificam entre si pelo motivo que impulsiona o grupo. Este ambiente propicia interação e geração de conteúdo que pertence ao íntimo particular dessas mulheres, ao se tratar de uma maternidade desejada que se enquadra em configuração familiar não tradicional. Ao comentar que a rede esclarece questões e foi importante para ela, nota-se o quanto este espaço virtual permeia parte das decisões ou a forma como essas mulheres lidam com o conteúdo por elas absorvido.

Além da interação com pessoas de interesse em comum sobre o tema da monoparentalidade materna por escolha, Judith comentou sobre o benefício em popularizar o tema e abrir a possibilidade de discussão na sociedade ao dar visibilidade à este tipo de maternidade:

Eu falei com a Karina Bacchi mais de uma vez. Falei pra ela da importância que foi ela ter aberto esse espaço para produção independente porque querendo ou não, o que ela fez de bancar essa história “estou tendo um filho de produção independente” abriu uma discussão e abriu uma conscientização nas pessoas também. (Judith)

Ao comentar sobre conscientizar as pessoas, Judith expressa parte do que foi mencionado pelas interlocutoras, o desejo pelo reconhecimento e aceitação da maternidade solo eleita, ponto que será mais discutido posteriormente. Também comenta a importância do fenômeno ter tido repercussão nacional a partir da monoparentalidade por escolha ter sido feito por uma figura pública. Ela comenta que ampliar a visibilidade sobre este tipo de configuração familiar à sociedade civil,

podendo assim, fazer com que o tema seja disseminado e chegue às pessoas. Esta consequência pode culminar em maior representatividade e até mais legitimação para este tipo de estrutura familiar eleita pela mulher. Kupfer demonstra que saber sobre a possibilidade deste tipo de maternidade lhe abriu opção de escolha que posteriormente, por ela foi eleita, sendo uma informação vinda do estrangeiro com referências Norte-Americanas:

Eu sabia que existia essa possibilidade de ser mãe solo porque eu já tinha visto isso no seriado *Sex And the City*, já tinha visto um filme com a Jennifer Lopez, então eu sabia que existia, até a Sarah Jessica Parker, ela fez *barriga de aluguel*. Então eu sabia que existia tudo isso. Não entrava em fórum e tal, não era tão pulverizado no Brasil né, mas aí eu sabia que era uma opção bem legal, entendeu? Que era uma opção honesta, possível. (Kupfer)

São múltiplos os sentidos que se articulam à maternidade, sendo composta pela trajetória de vida da mulher, sua sexualidade, o desejo ou não por ter filhos/as que se entrelaçam com a construção de identidades e o reconhecimento social, aponta Soares (2010). A dinâmica da (mono)parentalidade, bem como dos papéis sociais que cada pessoa desempenha, não são estáticos e se (re)definem à medida que a sociedade lida com questões novas, além das antigas, que modelam valores e significados particulares e coletivos.

6. ESTRATÉGIAS REPRODUTIVAS

A construção do projeto monoparental demanda o estabelecimento de estratégias reprodutivas para ser viabilizado. Às mulheres solteiras que decidem realizar sua maternidade solo tendo em vista vivenciar a gestação e demais processos obstétricos, como o parto, as opções conceptivas são elencadas de acordo com possibilidades disponíveis, viáveis a cada uma delas e motivações particulares, que serão abordadas neste capítulo.

No Brasil o projeto maternal continua presente na vida das mulheres, embora sejam percebidas mudanças demográficas, como a diminuição da taxa de natalidade, aumento do número de mulheres que vivenciam a maternidade após os 30 anos de idade e mudança nas relações conjugais (IBGE, 2019). Importante atentar que, diante da heterogeneidade do Brasil, a maternidade após os 30 anos de idade da mulher ocorre de maneira desigual no país.

Bos e Van Balen (2010) comentam que, recentemente, houve aumento no número de mulheres solteiras heterossexuais que optam por serem mães sem parceria, por meio de reprodução medicamente assistida através de sêmen doado, prática observada em países de alta renda. As mulheres solteiras compõem o perfil de pacientes que solicitaram a maioria das amostras de sêmen entre 2014 a 2017, conforme divulgado no 2º Relatório de Importação de Amostras Seminais para uso em Reprodução Humana Assistida (Brasil, 2018).

A monoparentalidade materna por escolha pode ser viabilizada através do uso das TR, uma das estratégias reprodutivas possíveis para concretizar esse projeto monoparental. As TR, promovidas pela ideia de direito de escolha dos cidadãos aos serviços médicos privatizados, compõem um campo em expansão que propicia mudanças nas configurações familiares (Morgan; Roberts, 2012). O uso das TR ocorre através das clínicas reprodutivas, predominantemente particulares, que possuem altos custos para a realização do tratamento de RA.

As estratégias reprodutivas se pautam em alguns elementos, como as condições de saúde e idade dos usuários das técnicas reprodutivas, o custo e o tempo de recebimento do material genético de terceiros que varia de acordo com o banco

nacional ou estrangeiro, por exemplo. Os contextos de vida de cada mulher delineiam suas condições de escolha, de acordo com as narrativas produzidas pelas participantes do presente estudo.

6.1. A ESCOLHA DO POSSÍVEL

As estratégias reprodutivas esbarram em condições de vida impostas, levando às escolhas do que é possível dentro da conjuntura vivida. Não necessariamente as técnicas medicamente assistidas utilizadas são as julgadas como ideais e que seriam a primeira escolha das participantes. Algumas trajetórias conceptivas trilhadas se moldaram nos limites do que foi viável para cada uma delas dentro de seus contextos de vida. Outras, puderam vivenciar estratégias reprodutivas que se aproximaram do que haviam planejado.

No caso de Judith, a falência ovariana precoce foi precursora em sua trajetória monoparental. Este motivo foi o que a levou a buscar por profissionais e técnicas que se enquadrassem em sua questão reprodutiva, temporal e financeira, conforme comenta:

Eu fiquei perdida porque eu queria ter um filho e eu estava passando por esse problema de falência ovariana precoce⁵. [...] E aí eu comecei a ficar desesperada, eu tinha encontrar uma pessoa [médico] que eu pudesse confiar nela que eu pudesse investir o pouco dinheiro que eu tinha para fazer o tratamento certo. (Judith)

A falência ovariana precoce a fez antecipar a procura por tratamentos de RA com vistas à maternidade desejada em razão de possíveis implicações biológicas que poderiam ser impeditivas da concepção com uso de seus próprios óvulos. Judith comentou que não pensava na maternidade solo enquanto projeto familiar naquele exato momento que realizou o tratamento de RA. No entanto, por aconselhamento médico baseado na falência ovariana precoce, o mais indicado seria recorrer às TR sem demora para conseguir engravidar através de seus óvulos.

⁵ Falência ovariana precoce é definida como falência das gônadas antes dos 40 anos de idade e, em 5% a 10% dos casos, é possível engravidar e ter uma gravidez e parto sem alterações (Assumpção, 2014).

Quando não é possível utilizar os próprios óvulos por mulheres em situações como as que passaram por quimioterapia, cirurgia ou ausência de óvulos por causas genéticas e casos de óvulos classificados como tendo baixa qualidade, a FIV com doação de óvulos é uma opção concepitiva (Bos e Van Balen, 2010). Atrelando a possibilidade da ovodoação com o mercado das técnicas concepitivas, alguns serviços de reprodução humana realizam o intermédio entre uma paciente que demanda óvulos doados para seu projeto parental com outra que poderia realizar essa doação. Esta possibilidade, que é colocada em prática em algumas clínicas, é comentada por outra participante.

Emma aceitou a proposta de doar parte de seus óvulos para ter seu tratamento de RA custeado pela clínica em vista de concretizar seu projeto monoparental materno, conforme comenta: “eu descobri uma clínica [nome ocultado] e eles dão o tratamento de forma gratuita para as doadoras. Eu tinha idade, é até os 35 anos para ser doadora; eu falei ‘vou lá’.” Em outro trecho da entrevista ela relata como procedeu sua doação de óvulos até a concepção:

Tive muitos óvulos maduros, e na minha indução também. [...] Eu estava com 32 anos. Na primeira indução foram 26 óvulos maduros, na segunda 20, e na terceira 22. Aí o médico falou pra mim “olha, a gente não vai precisar de tudo isso. Então se você quiser, você doa. A gente fica com a metade e te damos a biópsia de alguns embriões”. O banco ficou com 11 [óvulos], eu ganhei a biópsia de 3 embriões, e desses 3 embriões, 1 foi descartado com Trissomia do 16⁶. E ficou um casal. Aí eu implantei os dois e vingou um só. (Emma)

Nota-se no Brasil, um aumento do número de mulheres procurando tratamento em reprodução humana (Anvisa, 2018). É permitida a doação voluntária de gametas sob sigilo de identidade de quem realiza a doação, bem como da pessoa receptora do material, o limite de idade para realizar a doação é de 35 anos para as mulheres e 50 anos para os homens; bem como a doação compartilhada de oócitos, células

⁶ Trissomia do cromossomo 16 refere-se a uma alteração cromossômica na qual há três cópias do cromossomo 16, ocasionando cerca de 2% dos abortos de primeiro trimestre de gestação (De Freitas, Aníbal Lopes, et al., 2018).

germinativas sexuais femininas produzidas nos ovários, para os casos de RA (CFM, 2017).

Emma comenta ao final do trecho citado que um dos embriões foi descartado após constatação de Trissomia do cromossomo 16. A doação de óvulos realizada por Emma lhe conferiu a biópsia de alguns embriões, procedimento que isoladamente, teria um custo elevado. A respeito da biópsia embrionária, a Resolução do CFM nº 2.168 de 2017 prevê que “as técnicas de RA podem ser aplicadas à seleção de embriões submetidos a diagnóstico de alterações genéticas causadoras de doenças”. Consta ainda que nesses casos, os embriões que não foram selecionados para uso na paciente, podem ser doados para pesquisa ou descartados, respeitando a decisão dos pacientes.

A tecnologia diagnóstica pode ser utilizada como identificação de alterações genéticas; também, no caso da biópsia do embrião, é aplicada como um dispositivo que pode delinear características e atributos humanos, como traços aceitáveis ou valorizados segundo seus genes (Correa; Loyola, 2015). A eleição às TR e o tratamento medicamente assistido pode envolver, além de procedimentos realizados sob supervisão profissional, passando pelo conceito de se deter o controle da técnica e, principalmente, ter maior controle do almejado resultado. A entrevistada Kupfer comenta seu interesse pelo exame genético considerando o risco de doença hereditária:

Me interessava muito pelo exame genético porque eu tenho histórico familiar de câncer [...]. Então já que eu estava fazendo uma coisa tão programada, eu queria ter a certeza que no aspecto de saúde, de exames, ia ser perfeito. (Kupfer)

A biogenética compreende a interpretação da biomedicina na etiologia das doenças, localizando e determinando falha nos genes e, com isso, o vínculo biológico ganha força ao enfatizar a associação entre parentesco e saúde, implicando na medicalização do parentesco e da família (Finkler, 2000). A importância dada aos genes pela biomedicina é potencializada tanto pela perspectiva das doenças hereditárias como pelos procedimentos e comportamentos orientados pela ótica da manutenção da saúde, analisa Machin (2016).

As convicções no determinismo genético impulsionam o mercado das TR, marcando presença no campo da RA, adensados por narrativas que tornam os gametas, tanto masculinos quanto femininos, um bem de consumo cujo valor monetário é

determinado de acordo com seu potencial genético (Ramírez-Gálvez, 2006). Apesar de todo discurso que enreda as possibilidades de manipulação da vida, da concepção a nível social ao genético, as tecnologias reprodutivas não garantem êxito e lidam com a noção de taxas de (in)sucesso.

Em vistas de contornar a possibilidade de falhas, Irina comenta que meses antes de completar 40 anos de idade, podendo inseminar no máximo três embriões de acordo com a resolução do CFM, havia previamente planejado com o médico, inseminar dois embriões. No entanto, na sala de procedimento cirúrgico, já anestesiada, relata que o médico propôs inseminar três embriões.

A FIV é desenvolvida entre tentativas e erros, não detendo de uma produção controlada de modo que obtenha-se apenas um embrião *in vitro* e possa garantir sua viabilidade (Correa; Loyola, 2015). As autoras comentam que a transferência de mais de um embrião ao corpo da mulher é reflexo de uma busca por maior eficácia com as técnicas de RA e essa maneira de proceder pode gerar gestações múltiplas e indesejadas (*idem*).

A Resolução CFM nº 2.168/2017 atribui quanto o número de embriões a serem transferidos de acordo com a idade da mulher, sendo determinado que mulheres até 35 anos possam receber até dois embriões; mulheres entre 36 e 39 anos, até três embriões; 40 anos de idade ou mais, até quatro embriões; e nas situações de doação de oócitos e embriões, é considerada a idade da doadora no momento da coleta dos oócitos, sendo que o número de embriões a serem transferidos não pode ser superior a quatro.

As delimitações técnicas do procedimento incluem implicações divergentes aos envolvidos. No caso comentado por Irina, aumentar o número de embriões a serem inseminados, do ponto de vista médico, pode elevar as chances de obtenção de êxito na tentativa conceptiva realizada através de TR. No entanto, as implicações dessa decisão do ponto de vista da mulher e sua possível maternidade é o aumento de chances de conceber e, possivelmente, gestar mais de um embrião, podendo tornar-se mãe de uma criança, de gêmeos ou até de trigêmeos, nesse caso.

As gestações multi-gemelares, com consequências negativas à saúde da mulher e dos bebês, apresentam altas taxas no Brasil e na América Latina, o que demandou revisão por alguns especialistas em RA sobre a quantidade máxima de embriões a serem transferidos no ciclo FIV (WHO, 2002; Correa; Loyola, 2015). Scavone (2006)

atenta que o advento das TR não se fez sem danos ou sem riscos à saúde e os corpos femininos carregam os efeitos do uso das tecnologias e das possibilidades de condutas profissionais que atuam às margens das normativas vigentes.

As vivências maternas podem configurar-se de modo bastante diferente a depender do resultado daquela decisão; ser mãe de uma ou mais crianças modificam as demandas em torno de toda a criação do/a(s) filho/a(s), atentando que lidamos com a maternidade solo. No caso de Irina, dois embriões vingaram e atualmente ela é mãe de gêmeos. As questões ligadas à vivência da monoparentalidade materna, como os desafios da maternidade e temas relacionados aos/às filhos/as, encontram-se no capítulo 3 do presente estudo.

O CFM (2017) orienta aos médicos que todas as pessoas que solicitem as técnicas de RA podem ser receptoras do procedimento, desde que não sejam afastados os limites técnicos e, que os participantes estejam de inteiro acordo e esclarecidos dos riscos envolvidos e aspectos técnicos aos quais serão submetidos. Esse requisito abrange relações homoafetivas, heterossexuais, transgêneros e pessoas solteiras de acordo com a Resolução CFM nº 2.283/2020 que aprimorou o texto do regulamento em relação aos pacientes das técnicas de RA.

Em relação à escolha da técnica de RA a ser utilizada, Dafne, que é médica ginecologista-obstetra, comentou o porquê de ter escolhido a FIV para tentar concretizar seu projeto monoparental:

Eu fui pra FIV direto porque teoricamente você tem mais chances. Se você tem uma amostra só, você fertiliza quantos óvulos você tiver. E eu tinha alguns. Então você tem uma chance de fazer mais “embrião”. Se não dá certo na primeira, você pode tentar várias vezes, quantos embriões formarem, né. Então, teoricamente, você gasta menos para mais tentativas. Foi com esse raciocínio que eu resolvi ir pra FIV direto. (Dafne)

Dafne considerou que a FIV, em relação à inseminação artificial, lhe daria mais chances de obter quantidade maior de embriões, elevando assim, a possibilidade de engravidar. Também considerou que, de modo geral, o gasto do procedimento seria menor em detrimento da quantidade de tentativas que poderia realizar. Ou seja, a depender da quantidade de embriões que se desenvolvessem a partir da FIV, poderia

realizar o procedimento de transferência de embrião ao ambiente uterino mais de uma vez.

A FIV é a técnica da RA que inaugura as TR, e que possui aparato tecnológico que, atualmente, vai desde o uso de altas doses de medicamentos hormonais para realizar estimulação do ovário e captar quantidade satisfatória de óvulos, à união do óvulo e do sêmen em laboratório em tentativa de gerar embrião(ões) em laboratório. Além disso, demanda por mais profissionais de diferentes áreas operando no tratamento de FIV, como biólogos, embriologistas e técnicos de laboratório. Nesta conjuntura, a FIV possui valor significativamente mais elevado que a inseminação artificial.

Caterine comenta o diálogo que teve com o médico especialista em reprodução humana que procurou com vista de iniciar seu tratamento de RA para a monoparentalidade: “Eu disse ‘dr. a FIV eu não quero fazer’. Porque era 30 mil reais e eu não disponho desse valor assim, ‘pá’, *in cash*.”, comenta a entrevistada. A escolha da técnica de RA a ser utilizada por Caterine se baseou na questão econômica em detrimento das especificações da técnica em si. Financeiramente, a FIV não seria viável para ela eleger esta técnica, portanto, sinalizou esta questão ao médico para que pudessem estimar a estratégia reprodutiva a ser utilizada com base nas condições de Caterine, que envolvem questões socioeconômicas, temporal e critérios de saúde, por exemplo.

Dentre as opções disponíveis no bilionário mercado em expansão das TR, é importante sublinhar o elevado investimento para seus consumidores, considerando que um tratamento de RA completo no Brasil pode custar até 40 mil reais, de acordo com dados de 2017 trazidos por Mazzilli (2017). O alto valor ocorre em países onde não há cobertura do custo do procedimento para se realizar o tratamento, como no Brasil, onde o custeio do procedimento fica a cargo dos usuários.

Brigite, a mãe solo mais nova entre as entrevistadas, 24 anos na ocasião da entrevista, deu luz à sua trajetória monoparental de maneira ímpar entre as entrevistadas e sua trajetória reprodutiva foi delimitada pela questão financeira:

Eu teria a opção também de pegar do [banco de sêmen do] Brasil, mas o custo estava dando cerca de uns R\$ 5 mil, muito mais caro do que as minhas condições financeiras “permitiu”.

Aí então, eu já tinha conversado com meus dois amigos, os dois já tinham aceitado [realizar a doação do sêmen]. E aí foi só um tempo pra pensar qual dos dois que seria a escolha. (Brigite)

Brigite não utilizou material genético masculino proveniente de banco de sêmen, mas sim, advindo de um amigo, a inseminação do sêmen ocorreu em clínica de RA, conforme o diálogo:

[Entrevistadora]: E o sêmen, você pegou no banco de sêmen do Brasil, através da clínica?

[Entrevistada]: Não, foi por doação. Eu mesma levei meu doador.

O uso de material genético de terceiros para fins conceptivos está previsto sob a condição de anonimato no Brasil. A situação relatada está em desacordo com a resolução em vigor do Conselho Federal de Medicina, que determina o princípio do anonimato entre provedor e receptor de material genético. Conforme a Resolução CFM 2.168/2017: “será mantido, obrigatoriamente, sigilo sobre a identidade dos doadores de gametas e embriões, bem como dos receptores”.

O recurso do doador conhecido, que contorna o anonimato do provedor do material genético, são tidos como uma ameaça pelas mães solo por escolha por dar brecha para a possibilidade da presença do provedor do sêmen no interior da família monoparental, enfraquecendo a autonomia do projeto familiar (Frasquet, 2018). A autora comenta que, quem institui a figura do provedor de sêmen através de uma pessoa conhecida, possibilita que esta tenha um lugar na família, mesmo que por meio de um pacto, a escolha deste provedor tenha se baseado em critérios diferentes (idem).

A experiência vivida por Brigitte devido à conduta oferecida pela clínica de RA é singular. Mazzilli (2017) atenta para o caráter comercial ofertado pelas clínicas de fertilização, na qual os tratamentos de reprodução assistida são eleitos baseados nos desejos individuais. Conforme Ramírez-Gálvez (2003), os serviços de RA têm se disseminado apoiados na relação entre ciência, tecnologia e capital, e se colocam como possibilidade para viabilizar o desejo por filhos/as através das TR, que influenciam o imaginário das pessoas e, assim, são eleitas.

6.2. BANCOS DE SÊMEN

No Brasil existem apenas dois bancos de sêmen, localizados na cidade de São Paulo/SP (Machin; Couto, 2014) e, de acordo com o regulamento técnico para o funcionamento dos Bancos de Células e Tecidos Germinativos (BCTG), são os responsáveis por fornecer as amostras seminais às clínicas de RA. A Resolução nº 23, de 27 de maio de 2011 dispõe que os bancos de sêmen passam pelas regulações de trâmites de material biológico, além de realizarem armazenamento adequado e processos de checagem de qualidade do material seminal a ser distribuído para uso com finalidade conceptiva, sendo relevantes no cenário das TR ao conferir regulação e controle das amostras distribuídas e utilizadas.

De acordo com as regras do CFM (2017), a identidade do doador é sigilosa. Para auxiliar a escolha da amostra seminal, feita pelo requerente do material com supervisão médica, é disponibilizada pelos bancos de sêmen uma listagem com informações sobre o doador do material espermático. Nela há informações sobre o fenótipo do provedor do sêmen, seu histórico de saúde individual e familiar, profissão e algumas características genotípicas, como tipagem sanguínea.

A legislação brasileira não permite que o sêmen seja comercializado, portanto, não pode haver remuneração do doador de sêmen, bem como a doação de óvulo, tendo o caráter de doação voluntária. Pelo ordenamento do direito, o corpo não é mercadoria, não pode ser vendido, mas pode ser doado em todo ou suas partes, por livre escolha, de acordo com Zarias (2019), que elucida ser possível doar sangue, óvulos, sêmen, entre outros exemplos, desde que com consentimento e que não haja prejuízo a si ou a outrem. Quando se visa adquirir sêmen proveniente de outros países, as brasileiras têm permissão para adquirir o material estrangeiro. Geralmente o intermédio da importação é realizado pelas clínicas de RA.

Uma questão mencionada pelas entrevistadas foi diversidade (ou falta de) informações à respeito do provedor, conforme comenta Judith:

Se hoje você coloca na balança as informações que a gente tem nos bancos daqui, são pouquíssimas. É um tiro no escuro na verdade, você não tem informações nos bancos brasileiros.

Nos bancos de fora, mesmo que você não tenha essa questão, mesmo que você não opte pela questão de conhecer o doador com 18 anos... Enfim, você tem muito mais informações genéticas, hereditárias e tudo mais. Você pode ver foto do doador criança; você fica um pouco menos dando um tiro no escuro. Isso faz muita diferença. (Judith)

A falta de possibilidade de se ter conhecimento sobre informações a respeito do doador pode ser doloroso quando a instituição de RA não disponibiliza mais detalhes como cor do olhos, do cabelo ou altura do provedor do sêmen e que possam dizer respeito também à criança gerada (Frasquet, 2018). As práticas de consumo seminal são interessante objeto de estudo para compreender as implicações nas vinculações parentais e valoração dos processos tecnológicos da concepção, dos materiais biológicos e da própria forma de construir e lidar com a noção de família.

Amelie fala sobre a ascendência do doador do material genético masculino e sobre o banco de sêmen, no caso, a opção foi pelo banco internacional:

É horrível falar isso mas, assim, a princípio eu escolhi um doador não brasileiro, do banco europeu. A médica que eu fiz [a inseminação artificial] disse que trabalhava com o banco americano, fui pesquisar... Eu sei que o banco americano era mais sério, fazia mais exames ainda, então assim, tem muita coisa da pessoa, do doador. (Amelie)

Sendo um mercado competitivo entre os bancos de todo o mundo, há catálogos de provedores cada vez mais elaborados. No caso dos bancos de sêmen Norte-Americanos, por exemplo, é disponibilizado, a depender do site, fotos de infância do provedor, seu histórico de saúde e de seus progenitores, bem como sua árvore genealógica, conforme Mazzilli (2017). Não somente isso, a autora cita que é possível ler entrevistas com os provedores, que expõem seus interesses pessoais, hobbies, motivações que os levaram a doar seu material genético, podendo ter formato de áudio, possibilitando escutar a voz do provedor; os consumidores querem conhecer melhor os provedores em sua subjetividade, para além de suas características físicas (idem) Essas informações agregam valor de mercado às amostras e propiciam um meio de personalizar a escolha através de listas repletas de categorias e informações detalhadas sobre o provedor do sêmen.

Caterine recorda na entrevista, a sugestão do médico ao verificar o catálogo de doadores disponíveis para compor um processo de eleição da amostra com base nas informações sobre o doador:

[O banco de sêmen que] eles mais trabalham lá é com o internacional, que é o *Fairfax*. E ele (o médico) falou “como não vai ter pai, dá pra você reunir as amigas, em casa, no final de semana, ficar horas olhando, escolhendo, vendo fotos dele de bebê e tudo mais” (Caterine)

A proposta oferecida pelo médico é que paciente de produção independente escolha a amostra seminal através de um processo que envolve reunir amigas, no final de semana, verificando o que seria o catálogo repleto de informações sobre os provedores. A fala do médico ao dizer “como não vai ter pai” é direcionar a mulher solteira para um tipo de processo de escolha diferente do que ocorre com o público que são casais, na qual há uma segunda pessoa participando diretamente na escolha da amostra.

Mazzilli (2017) atenta que essas informações “extras” sobre os doadores, o detalhamento de sua vida pessoal, como nível de escolaridade, *hobbies* ou aspectos da personalidade, não podem ser interpretadas como simples expansão dos anúncios. A autora comenta que é importante reconhecer que esta tática atribui a construção de identidades mais complexas que podem apreender afetivamente a consumidora e que possui apelo comercial.

Para aquelas que optaram pelo banco brasileiro, outras questões são mencionadas em sua decisão de aquisição do sêmen. Judith comentou sua opção pelo banco brasileiro atrelada à opção feita:

Eu precisava ter mais rapidez, eu optei pelo banco brasileiro. Por conta do custo e por conta do tempo mesmo, porque a gente já estava no meio do processo [do tratamento de RA]. (Judith)

Por se tratar de amostra seminal armazenada na mesma cidade em que o tratamento de RA fora realizado, a cidade de São Paulo, o tempo de recebimento do material é expressivamente mais rápido do que o recebimento de amostra internacional. Segundo a Anvisa (Brasil, 2018), a responsabilidade pelo cumprimento das normas

legais de importação é de quem requer o material, no caso, o importador, que se responsabiliza pelas medidas, formalidades e exigências do processo administrativo de importação. Segundo a Agência, conforme a RDC nº 81/2008, a solicitação para importação de amostras deve ser realizada somente após indicação de seu uso em técnicas de RA, sendo então direcionadas a um determinado paciente por demanda específica, não permitindo oferta a futuros interessados.

6.3. CRITÉRIOS DE ESCOLHA DO PROVEDOR

O 2º Relatório de dados de importação de células e tecidos germinativos para uso em reprodução humana assistida da Anvisa, divulgado em 2018, contém dados de 2017 a respeito das importações que ocorreram naquele ano (Brasil, 2018). O fenótipo é o conjunto das características físicas, como a cor dos cabelos e olhos, formato do rosto, da boca, altura da pessoa, são alguns exemplos. e o relatório da Anvisa aponta quais são as preferências fenotípicas dos brasileiros.

Das amostras importadas ao Brasil em 2017, 91% das amostras eram de doadores de pele branca, 45% tinham olhos claros e 67%, cabelos castanhos. A ascendência dos doadores eram cinco: caucasiana em primeiro lugar, com 781 amostras, seguida da denominada “multi”, que se refere a ascendências diversas, com 39 amostras, em terceiro lugar a ascendência latina, com 20 amostras, em penúltimo lugar a ascendência asiática, compondo 13 amostras e, por fim, a ascendência negra, com 7 amostras importadas (Brasil, 2018).

Os catálogos disponibilizados pelos bancos de sêmen brasileiros contém informações que caracterizam os doadores e conduzem a escolha do provedor. A possibilidade de escolha de características que a criança gerada poderá ter é uma questão presente no debate sobre a FIV, pois a técnica prevê que a geração do embrião ocorra fora do corpo humano (Arêas, 2016).

Irina comenta sobre o aconselhamento oferecido pelo médico especialista em reprodução humana, sobre escolher características físicas do doador, semelhantes às dela e de sua família:

[O banco de sêmen] foi nacional e aí ele [o médico] falou “escolha características parecidas com você” [...] Mas se não

tivesse escutado dele, talvez naquela hora, eu tivesse escolhido loiro, de olho azul e, cara, não é isso né (Irina)

Os bancos de sêmen brasileiros dispõem de listagem com as características fenotípicas dos doadores e, conforme orientação da normativa médica, o médico da clínica de RA busca assemelhar essas características com as demandadas pelos(as) clientes, explica Machin (2016). De acordo com Luna (2005), o critério de semelhança fenotípica visa substituir simbolicamente o que ocorreria na transmissão genética.

Os catálogos com informações sobre os doadores que se configuram como portfólios que permitem às consumidoras, conhecer muitos detalhes biológicos e pessoais (personalidade e questões socioeconômicas) dos doadores. Por vezes, acaba possibilitando saber mais sobre o doador do que uma pessoa que porventura possa conhecer no cotidiano, sem o intermédio institucional e os questionários dos bancos seminais (Mazzilli, 2017).

A escolha de características dos doadores se estende para além das características físicas, mas também, adentram os atributos “sociais” que propiciam estreitamento entre as receptoras dos doadores, conforme Luna (2005). Assim, comenta Amelie que demais informações para além do escopo fenotípico foram importantes em seu processo de decisão pela amostra seminal:

Eu escolhi uma pessoa que achei mais sério, mais parecido comigo. Que tinha uma graduação, que achei que fisicamente parecia um pouco comigo, com a minha família. Porque tem foto né. Ele colocou foto de todas as idades dele, de pequenininho até adulto. (Amelie)

Amelie cita elementos da personalidade do doador “mais sério”, característica que compartilha e que a fez se identificar com o doador, além da escolaridade, ter “uma graduação”; além do acesso a fotos em diversas fases da vida, podendo comparar e encontrar semelhanças consigo e com sua família.

Elementos como origem étnica, religião, altura, peso, ocupação e *hobby* são questões perguntadas ao provedor do sêmen (Costa, 2004) e entram na listagem de características do provedor que são entregues às receptoras do material. Essas características são tidas como passíveis de serem transmitidas de maneira hereditária, até mesmo, de certa forma, a religião, *hobby* e a ocupação, portanto, fazem parte da

caracterização do doador (idem). Na escolha da amostra seminal do provedor, lida-se com a noção de aquisição de material genético que viabilizará o desejo parental e, ainda mais, encadeiam-se projeções que se estendem ao/às(s) futuro/a(s) filho/a(s).

A escolha da amostra seminal também é pautada em elementos subjetivos em relação aos doadores, como informações pessoais, contidas nos extensos catálogos que os caracterizam. Com esta tática de mercado acrescida pelos bancos de sêmen, é possível saber muitos detalhes sobre os doadores e nuances de sua personalidade, em tentativa de “aproximá-los” das consumidoras ao acessar o lado emocional (Mazzilli, 2017).

As TR, além de expandirem possibilidades reprodutivas, também permitem a seleção de determinadas características desejadas à prole através da escolha da amostra seminal e das técnicas de geração embrionária extracorpórea. Kupfer comenta os aspectos fenotípicos do doador que elegeu: “escolhi um doador que era diferente de mim fisicamente, bem loiro, de olho azul, porque eu achei que ia ficar uma mistura muito legal”. Os sites institucionais dos bancos de sêmen categorizam os detalhes físicos dos doadores, permitindo a busca e a seleção de amostras seminais bastante personalizadas aos interesses das consumidoras. Os diversos catálogos de doadores disponíveis nos bancos Norte-Americanos, por exemplo, classificam aspectos físicos, de personalidade ou demais informações, visam atender critérios de desejabilidade da(os) exigentes clientes (Mazzilli, 2017).

Irina comentou a atribuição feita em relação à escolha do sêmen do provedor: “eu peguei caucasiano porque eu não queria eles nem mestiço, nem mulato, nada...”. No campo das TR, uma das pautas na escolha de gametas e embriões são características desejáveis ao/à futuro/a filho/a (Arêas, 2016), no caso em questão, as características escolhidas possuem relação com a questão racial. A raça, conforme Costa (2004), trabalha com a noção que características fenotípicas são utilizadas como parâmetros sociais classificatórios e leva-se em conta elementos como a cor da pele, formato de nariz, espessura dos lábios, tipos de cabelo, por exemplo. A autora atenta que essas características fenotípicas representam uma forma de diferenciação entre as pessoas por possuírem significado no cerne de uma ideologia preexistente, e funcionam como critérios e marcas de classificação aos indivíduos que se traduzem em desigualdades sociais (Costa, 2004).

Em seu estudo, Costa (2004) menciona como a noção de raça relaciona-se com a noção de transmissão pelos genes, em que médicos e pacientes dos serviços de RA compreendem a noção de transmissão de características conceituadas na raça. A raça, etnia e cor de pele possuem associação com questões relativas à posição social, como estratificação de classe, sendo a cor, negociada em determinados contextos sociais (Machin; Couto, 2014), como nos “diversos contextos e relações que se estabelecem entre pessoas, entidades, movimentos sociais, programas políticos, etc” (Costa, 2004, p. 243).

No Brasil, para além de uma classificação fenotípica ou de origem, o lugar social ocupado, como classe social e prestígio tem relação com as definições de cor e raça (Costa, 2004). De maneira menos declarada, no Brasil ainda ocorrem ações eugênicas, no caso das TR, a segregação étnica e o preconceito racial se fazem presentes através das informações genômicas, que propiciam a seleção de características à criança que será concebida (Arêas, 2016). A autora atenta para a possibilidade que novos preconceitos possam emergir e a importância da bioética em acompanhar de perto ações como seleção de características, descarte de embriões, e o comércio ilegal de gametas, por exemplo (Arêas, 2016).

6.4. DESGASTE EMOCIONAL

As TR lidam com questões emocionais intrínsecas aos tratamentos de RA. São envoltas questões relativas às expectativas e frustrações que circundam a motivação pela parentalidade. A motivação à essa maternidade impulsiona a busca pelo tratamento de RA, a maneira como todo o processo é experienciado e a forma de lidar com o resultado final de cada processo de RA, tendo obtido êxito ou não.

As estratégias reprodutivas construídas por cada uma das interlocutoras vêm atreladas às questões biológicas dos processos de viabilização da trajetória parental. Há elevadas expectativas pelo descendente desejado, os altos custos financeiros despendidos, a (re)organização da vida profissional e pessoal em torno do tratamento de RA e o desgaste emocional vivenciado.

O uso das TR são descritas como experiências femininas que envolvem extremas sensações físicas e mentais que vão dos sentimentos de euforia (ligados à

esperança e expectativa pelo êxito conceutivo) à estados profundamente depressivos (diante do fracasso das tentativas), além desconforto físico, dores, ansiedade e desgaste psicológico (Machin, 2000). Mesmo em situações em que se obtém o êxito com o uso das TR com vistas à concepção e, a maternidade é conquistada, a trajetória trilhada pelo caminho monoparental é sinuosa e pode desencadear cicatrizes (in)visíveis para quem vivencia tantos extremos pelo atravessamento tecnológico e da medicalização.

O peso da intervenção, seja ela corporal, medicamentosa, mental ou social, corre o risco de se manifestar em outros momentos da vida, como no pós-parto, período de intensas mudanças femininas em que se muda o status social de “mulher” (mulher-profissional, mulher-filha, etc.) para “mulher-mãe”, junto à níveis hormonais muito elevados e o intenso cuidado demandando pelo bebê. Este é apenas um exemplo, podendo a manifestação ser decorrente de intervenções que surgem em variados momentos e contextos da vida dessas mulheres.

Judith comenta a percepção que ela tinha a respeito do que experienciou antes mesmo de iniciar o tratamento de RA: “Até eu encontrar essa minha médica, eu passei por vários médicos e chorava muito quando saía porque me via ali naquele fundo do poço sem fim, sabe? Sem solução.”. E Dafne expõe o que vivenciou durante o tratamento, na qual passou por diversos ciclos de FIV até obter êxito:

Transferei dois [embriões] a fresco, eu engravidei de novo e, perdi de novo, com sete semanas [gestacionais]. Aí, foi muito pesado. Segundo aborto. Porque tinham... tinham sido sete tentativas. E vai desgastando. (Dafne)

Os tratamentos de RA podem propiciar intensa experiência às suas consumidoras que lidam com a possibilidade de submissão a longos e desgastante tratamentos, às vezes doloridos e que provocam grandes mudanças fisiológicas (ou por vezes, acarretam em questões até mesmo patológicas) neste processo tecnológico reprodutivo. Correa e Loyola (2015) apontam uma fase bastante crítica do ciclo de FIV para a saúde que é a hiperestimulação hormonal, na qual se utilizam altas doses hormonais que oferecem riscos e efeitos colaterais intensos às mulheres.

De acordo com Volgsten e Schmidt (2019), quase metade das mulheres solteiras em seu estudo já havia experimentado sintomas de ansiedade e/ou depressão, mesmo considerando, na época do estudo, sua saúde mental como estando em boas

condições. Mencionam as autoras que esta é uma importante informação aos profissionais de saúde, para que se atentem em saber acompanhar a saúde mental de suas pacientes durante o tratamento de RA, a gestação e até após o parto.

Sobre o manejo e suporte psicológico oferecido pelos profissionais de saúde, Judith expõe seu sentimento em relação à maneira como as mulheres que possuem o projeto monoparental, lidam com sua busca:

É um sonho. Na verdade, você não está buscando um tratamento para curar uma doença, você está buscando um sonho. Então eles lidam com o sonho da pessoa, eles precisam ter esse cuidado. (Judith)

Ela afirma que o que está em questão, no projeto monoparental desejado, é um sonho, e que é preciso ter cuidado. Ou seja, os profissionais da saúde envolvidos nos processos vivenciados por essas pessoas saibam, não somente lidar com os desejos e expectativas das pacientes, mas também, tenham propriedade em manejar adequadamente as questões mentais e emocionais que possam surgir, sabendo identificá-las corretamente.

O mercado das TR tem influenciado fortemente mudanças nos valores sociais e culturalmente estabelecidos em torno da família. Mazzilli (2017) atenta para a forma dita oportunista com que as vulnerabilidades das consumidores são dispostas na comercialização das TR faz parte da lógica deste mercado e que se camufla. Conforme visto, se camufla com questões subjetivas e de valorização de informações detalhadas sobre os doadores, visando estreitamento entre consumidora e doador em uma relação inexistente em condições em que não há garantia da transmissão de certas características desejadas à prole.

7. REVELANDO A MATERNIDADE SOLO POR ESCOLHA

Ao tratar da maternidade solo por escolha apoiada no conteúdo produzido pelas interlocutoras, deparamo-nos com o retrospecto dessas mulheres e da trajetória feminina na sociedade ao longo das últimas décadas. As questões que atravessam a vida das mulheres e as demandas maternas derivam de implicações históricas culturais, patriarcais, econômicas e de lutas feministas. Estes elementos configuram o cenário em que se encontra o fenômeno da monoparentalidade materna eleita. Atenta-se ao contexto de maternidade solo no Brasil, as particularidades que caracterizam o fenômeno que emerge diante das oportunidades e impasses aqui vigentes, sobretudo no estado de São Paulo.

A monoparentalidade materna por opção foi viabilizada através da eleição de métodos conceptivos com as técnicas de RA, no caso do presente estudo; sabendo que há outras possibilidades à monoparentalidade, como a adoção, inseminação caseira ou concepção através de ato sexual sem intermédio de clínicas de reprodução humana. De modo geral, independente do método escolhido para viabilizar a monoparentalidade eleita, optar pela maternidade solo para si é uma maneira de transgredir o conceito de “família tradicional”, que seria a configuração familiar composta por um par de casal cis heterossexual que possui filhos/as, estrutura que é abdicada ao eleger a maternidade solo.

Este capítulo é composto por revelações em torno do projeto monoparental das participantes. Circundam temas referentes às demandas apresentadas pelas mulheres que vivenciam a maternidade sem parceria, são eles: a independência feminina se apresenta relevante na construção do projeto monoparental; os desafios da maternidade solo que são particulares desse tipo de configuração familiar; a importância da rede de apoio para a parentalidade sem parceria; a força da verdade ao compartilhar a história conceptiva aos/às filhos/as nascidos/as a partir de uma produção independente e o anúncio de compartilhar com terceiros a decisão sobre a monoparentalidade materna eleita.

7.1.INDEPENDÊNCIA FEMININA

As entrevistadas compartilharam que a independência que possuem em relação às suas decisões pessoais foi uma aliada na construção dos projetos monoparentais. Têm-se como elementos envolvidos a autonomia feminina, a questão financeira e os relacionamentos conjugais, por exemplo. Judith expressa o que pensa em relação a isso:

Eu acho que ser mãe solo por produção independente é mostrar que você é um mulherão da p*rra mesmo, sabe? Que você banca e pega as rédeas da vida. E você se sente muito poderosa de não precisar esperar por ninguém ou depender de uma outra pessoa para realizar um sonho. Né, bancar tudo sozinha, criar um filho sozinha, dar conta de tudo e educar. Então eu acho que ser mãe solo me dá uma sensação de fortaleza, de poder. (Judith)

A participante fala sobre o forte sentimento de não “depender de uma outra pessoa para realizar um sonho”. Ao mesmo passo que a maternidade foi e é imposta pelo sistema patriarcal às mulheres, pode-se pensar que o sentimento positivo em relação à realização dessa maternidade se deve a dois fatores distintos que se encontram aqui. O primeiro deles é o sentimento de realização de um sonho, a maternidade, conforme discutido anteriormente em “a decisão pela maternidade”. O segundo ponto seria a ressignificação desse sentimento por se tratar de uma ação independente, que não necessita de outrem para se concretizar, no caso, não depende de uma parceria que concordasse com a parentalidade desejada.

O comentário “bancar tudo sozinha, criar um/a filho/a sozinha, dar conta de tudo e educar” leva a pensar que, apesar das dificuldades que isso possa representar, há uma atmosfera de ato heroico na fala, por conseguir superar um grande obstáculo presente na vida das mulheres que são as demandas trazidas pela maternidade. Demandas essas que são impostas com mais ênfase às mulheres, considerando um contexto de biparentalidade, imposições que germinam nas diferenças de gênero.

A independência feminina que envolve sua autonomia possui variados graus às pessoas em uma sociedade. Fatores como vulnerabilidade social, racial, econômica

e demais situações que podem gerar um contexto de dificuldades moldam as possibilidades de escolhas individuais. No caso de Amelie, ela comenta o que lhe foi relevante no que concerne à sua independência e eleição é maternidade sem parceria:

Tenho estabilidade financeira, uma família que me apoia, tenho tudo isso, não é todo mundo [que tem]. Sou uma mulher bem independente. Nunca fui uma pessoa emocionalmente dependente de um homem. [...] Eu acho que essa é uma questão que pode atrapalhar muito as mulheres. (Amelie)

A estabilidade financeira e o apoio familiar foram citados como elementos importantes e Amelie reconhece que não são todas as pessoas que os tem. Ao final da fala ela cita algo que pode atrapalhar as mulheres, depender de um homem, e diz que é uma “mulher bem independente” na somatória desses elementos citados. Emma comenta como a independência ante um relacionamento amoroso está elencada com a sua produção independente realizada: “eu comecei a pensar na questão da produção independente porque eu falava “é um desejo meu e uma vontade minha. Não necessariamente eu preciso estar num relacionamento para isso.” (Emma).

Essas mulheres encontraram nas TR uma possibilidade de construir seu projeto familiar desejado sem necessitar de uma figura masculina. É possível interpretar que, por um lado, ao abdicar da conjugalidade, subtraíram-se as limitações trazidas pelo casamento à vida social pública das mulheres. A ausência de parceria liberta essas mulheres das árduas negociações que teriam com o(a) companheiro(a), dos conflitos familiares e frustrações derivadas da falta de envolvimento no cuidado, abandono ou ausência em relação à criança (Frasquet, 2018). Por outro lado, pode-se considerar que as limitações continuam presentes nas vidas das mulheres derivadas das assimetrias de gênero que recaem nas estruturas sociais trabalhistas, nas dificuldades de mobilidade social ascendente às mulheres-mães, nas jornadas extras de trabalho invisibilizado no lar e na criação das crianças, tornando a questão financeira, uma preocupação, conforme será visto adiante na abordagem sobre “os desafios da maternidade solo”.

A independência feminina também envolve estimar vivenciar um tipo de maternidade com mais autonomia, que independe de padrões preestabelecidos em relação a como as mulheres devem desempenhar suas funções maternas. Sobre isso, Emma comentou:

Eu quero ter a chance de, que seja errar, não importa. Mas eu quero ter a minha realidade, a que eu acredito. Isso serve para a maternidade como um todo. (Emma)

A autonomia feminina passa pela liberdade de ações e tomada de decisões. Considerando que a monoparentalidade materna eleita envolve a quebra de padrão de configuração familiar, isso pode se estender à maneira como essa maternidade será conduzida. As mães solo por escolha possuem demandas particulares, conforme é visto ao longo do presente capítulo, portanto, suas vivências podem assumir as peculiaridades e possibilidades que as cercam.

7.2. DESAFIOS DA MATERNIDADE SOLO

A maioria das entrevistadas menciona a responsabilidade financeira como um desafio da monoparentalidade escolhida. As condições econômicas da maioria das entrevistadas demonstrou independência financeira e permitiu que a produção independente fosse uma possibilidade à elas. Contudo, isso não significa que seus cotidianos não sejam permeados por jornadas de trabalho remuneradas e não remuneradas, que se estendem ao âmbito doméstico e maternal, o que gera sobrecarga às mulheres. Dafne comenta essa situação que vivencia com frequência:

Às vezes eu trabalho 24 horas seguidas e eu chego em casa e eu não tenho pique para dar atenção [ao filho], porque às vezes eu estou com ele mas não estou, porque eu estou tão cansada, tão lesada que, eu fico ali do lado dele mas, eu não to dando atenção para ele. (Dafne)

Pode-se pensar que, ao eleger a maternidade sem parceria, algumas mulheres se incubem de multitarefas que envolvem administrar questões de suas vidas individuais e àquelas advindas da maternidade, o que lhes conferem sobrecarga. As exigências de trabalho, criação dos/as filhos/as e demandas pessoais somadas à falta de auxílio do Estado e ausência de melhores condições de vida, como ter a opção de contar com creche pública e de qualidade, transporte eficaz, trabalho doméstico não invisibilizado (Meruane, 2018), criam contextos de vida em que as mulheres se

deparam com dificuldades para que possam usufruir de tempo disponível de qualidade para si mesmas ou para a família.

Considera-se que, apesar do grupo estudado ser de mulheres com poder aquisitivo acima da média da população brasileira, ainda assim, vivem em uma sociedade muito assimétrica no que tange às questões de gênero. Judith comenta sobre sua preocupação em ter os proventos necessários para sustentar o/a filho/a:

A única coisa que pega um pouco nesta maternidade independente, eu acho que, para quem não é rico ou milionário, é a parte financeira. Porque ela recai toda sobre uma pessoa só. Não tem ninguém para dividir. (Judith)

Judith comenta que “não tem ninguém para dividir as demandas financeiras”. A falta de auxílio do Estado gera a situação em que os indivíduos são os maiores responsáveis pela criação e desenvolvimento das crianças, uma geração que compõe a sociedade. Fatou, Konvalinka e Alamillo-Martínez (2013) comentam que políticas como a licença maternidade e paternidade, serviços de cuidados infantis e maior flexibilidade por parte de empresas trariam benefícios à conciliação de trabalho familiar e econômico.

Considerando a situação das mães solo por escolha, os esforços em prover condições justas de vida ainda não é suficiente à essas mulheres de modo que seja pareada com a parentalidade binária, ao menos no que se refere às questões econômicas para se criar uma criança nos moldes requeridos por este público. Lidamos com mulheres que, em sua maioria, fizeram investimentos em suas carreiras profissionais e atingiram nível socioeconômico que inclui altos custos de saúde, educação, moradia e lazer, muitos deles advindo de serviços particulares. Desse modo, as exigências financeiras requeridas para a criação das/os filhas/os dessa maternidade sem parceria envolve altas demandas econômicas.

Caterine vê como um desafio conciliar o trabalho com sua vida privada e as demandas que se apresentarão por conta da maternidade, que está em tentativa de concretizar:

Porque eu sou bem workaholic, muito focada no trabalho. Mas vou ter que aprender a dividir meu foco com meu novo estilo

de vida, com minha nova situação. Eu vou ter que aprender a ser um pouco mãe e um pouco profissional. Ou ser profissional e ser mãe. (Caterine)

Conciliar as demandas familiares e profissionais é necessária de modo que permita a compensação pública das responsabilidades familiares e medidas implementadas em um sistema que privilegie a garantia da proteção familiar (Fatou; Konvalinka; Alamillo-Martínez, 2013). Embora haja ferramentas que redefinam o mundo de muitas mulheres e possibilita a abertura de novos caminhos que passam a modificar suas vidas, como a possibilidade de conquistar posição estimada no mercado de trabalho e altos salários, as mulheres passam a ter mais deveres, muito se exigindo delas no âmbito privado (Solnit, 2017).

7.3. REDE DE APOIO

A maternidade compreende grandes mudanças para as mulheres que necessitam adaptar suas rotinas cotidianas para se dedicarem aos cuidados e criação dos/as filhos/as. Considera-se ainda, especificamente às participantes, a tentativa de conciliar essas demandas e afazeres cotidianos, permanecendo em seus empregos. Para a experiência da maternidade solo e as múltiplas tarefas a serem desempenhadas, obter auxílio através de uma rede de confiança é importante para lidar com as questões próprias dessa maternidade.

A rede de apoio é composta por pessoas que fazem parte do núcleo mais próximo de convivência e solidariedade das entrevistadas; confiam os cuidados de seus/suas filhos/as a quem elegeram com cautela. Em geral, contam com os familiares que, além de terem acompanhado suas trajetórias em busca da maternidade solo, são aqueles que desempenham o papel de continuidade do cuidado das crianças e também, à elas. A importância da rede de apoio é expressada por Amelie:

Eu tenho um apoio familiar bem grande também, óbvio que isso faz toda diferença. Eu imagino ser bem mais difícil para quem não tem o apoio de uma família, não tem uma mãe super presente, não tem uma estrutura boa de trabalho (Amelie)

Amelie atrela a rede de apoio com a estrutura de trabalho. As possibilidades de escolha da maternidade e suas características são atreladas às condições econômicas e culturais, ao campo profissional feminino, situação e qualidade dos serviços públicos e/ou particulares disponíveis, o apoio social e as redes de solidariedade femininas; sendo variáveis de acordo com a classe socioeconômica ou localidade compreendida (Scanove, 2001 b).

A rede de apoio, para as entrevistadas, foi relevante no período de planejamento da monoparentalidade, na fase gestacional e, sobretudo, no período de cuidados práticos com os/as filhos/as. Judith comentou a respeito:

Eu acho que todas as outras mães de produção independente que eu conheço na minha rede de amizade falam da importância da rede de apoio. A mãe independente tem que ter uma rede de apoio. Não necessariamente vó e vô, mas tem que ter uma amiga, uma babá ou alguém que esteja ali no dia-a-dia auxiliando. (Judith)

Judith verbaliza que a importância da rede de apoio é comentada pelas demais mulheres que conhece e que compartilham o mesmo tipo de maternidade que a sua. A entrevistada também comenta sobre ter uma rede de apoio que não necessariamente precisa ser alguém da família, mas uma pessoa que ofereça ajuda para as tarefas cotidianas. Sobre esta relação desempenhada pela rede de apoio à criança, Dafne comentou:

Às vezes eu acho que, algum dia, vai chegar o momento que eu queria ter uma segunda opinião [em relação às decisões sobre o filho] porque você não tem com quem dividir. Minha mãe me ajuda muito, mas não é a mesma coisa que ter um pai ou outra mãe, o que quer que seja. Não é a mesma coisa que ter uma outra pessoa que tem, teoricamente, a mesma responsabilidade sobre aquela criança que você. (Dafne)

Para Dafne, é uma questão não ter alguém com a mesma responsabilidade sobre a criança para compartilhar decisões que julgue importantes. A relação da pessoa que fornece apoio é de ordem prática, mesmo sendo muito próxima ou tendo forte vínculo familiar, como avós da criança. As interlocutoras expressaram que a atuação dos que compõem sua rede de apoio não passa pelas questões decisórias sobre a

criança, sendo estas cabíveis à elas mesmas. Se elas optaram pela maternidade solo via TR para não haver vínculo de responsabilidade de um parceiro com a criança, este contexto se mantém ao introduzir pessoas no cotidiano da família, mantendo distanciamento das decisões que, para elas, são únicas do âmbito parental.

Garantir proteção e continuidade no afeto, capital intelectual, financeiro e de amparo são elementos considerados ao determinar a rede de apoio. São múltiplas as implicações relativas às questões familiares, pois para além de núcleo ligado à “sobrevivência” dos indivíduos, a família é elemento-chave para a “proteção e a socialização de seus componentes, transmissão do capital cultural, do capital econômico e da propriedade do grupo, bem como das relações de gênero e de solidariedade entre gerações” (Carvalho; Almeida, 2003, p.109).

7.4. A FORÇA DA VERDADE

A concretização da monoparentalidade como um projeto pessoal deságua na vida da criança concebida, ocasionando com que um dos temas que podem se fazer presente nesta família seja a trajetória conceptiva da criança. As entrevistadas demonstraram ser uma questão previamente pensada por elas. Muitas afirmaram que já haviam contado ou que planejavam contar o percurso monoparental às/aos filhas/os, como a opção pela maternidade sem parceria e a via conceptiva que se deu através do uso das TR. Machin (2016) atenta que a pretensão de contar é diferente de, de fato o fazer, e que diversos estudos apontam para as dificuldades que circundam esta questão. A autora comenta que, dentre o público que utiliza as TR para concepção ou nos casos de adoção, revelar à(s) criança(s) a informação sobre sua concepção possui maior abertura pelos casais de mesmo sexo e mães solteiras; a ausência da figura paterna produz contexto para a revelação. Judith inicia sua fala deixando claro seu posicionamento diante desse assunto:

Não trabalhamos com mentiras [risos]. Afinal de contas, se eu tivesse uma história dessa eu iria me orgulhar da minha mãe porque ela fez de tudo para eu nascer. Ela não mediu esforços né. [...] Uma história que pode dar orgulho. Eu não sei como vai ser o meu filho no futuro, mas eu vou tentar educar e criar para que ele sinta orgulho da história dele. (Judith)

Judith logo comenta “não trabalhamos com mentira” e, com base no restante de sua fala apresentada no trecho, fez pensar na força que as palavras possuem, a intensidade que o modo de apresentar uma história pode (re)configurar o sentido da existência de uma pessoa, os laços afetivos intrínsecos que se formam e solidificam pela narrativa. Considera-se que, ao contar a verdade, esta deriva de elementos escolhidos dentre uma história e estes participam da construção do relato. A verdade, portanto, partilha com a criança a maneira como a memória armazenou os acontecimentos vivenciados e, a partir deles, conduzidos a uma narrativa adaptada à prole de modo a torná-la compreensível.

A fala de Judith aborda uma maternidade que derivou do desejo, ela fala sobre “não medir esforços” e narrar à/ao filha/o, uma história que o fará se orgulhar de sua mãe e sentir orgulho da própria história. Conforme Jociles, Rivas e Poveda (2014), tendo ciência de que há discursos de resistência frente à maternidade (solo ou não) viabilizada através da doação de gametas, há preocupação por parte das mulheres em ajudar às/os filhas/os a viverem com “naturalidade” através de processos que os preparem para saber reagir à questionamento de terceiros a respeito de suas origens.

As construções narrativas desenvolvidas circundam questões que atravessam toda a trajetória parental eleita, como o desejo da maternidade, o porquê da opção à monoparentalidade, a rede de apoio que é núcleo de contato próximo com a criança. Também, a via conceptiva, a ausência da figura do pai e o doador do material genético, tendo estes três elementos, ligação com a (não) identificação do doador do sêmen, uma questão que Dafne pensou a respeito e expôs o modo como pretende lidar com a temática diante da/o filha/o:

Vai chegar o dia que ele [o filho] vai querer saber da história dele, entendeu? Eu acho que se eu chegar para ele e falar “olha, não tenho como saber” [quem é o doador], ele vai ter que lidar com isso e a gente vai achar um jeito dele lidar da melhor maneira possível. [...] Ai, vai que é um, sei lá, uma pessoa louca. Você não tem como saber quem é a pessoa que doou, então eu prefiro que quanto mais difícil ou quanto mais impossível for, melhor, né? (Dafne)

Não saber quem é o doador do material genético e não ter essa possibilidade facilitada é uma condição com aspecto positivo para Dafne, que considera o potencial por trás da doação do sêmen, ou seja, quem é a pessoa para além do conteúdo genético. Machin (2016, p.91) atenta a considerar que, até recentemente, a cultura do segredo envolvendo a doação de gametas, tinha a autoridade médica como “a grande mantenedora da cultura do segredo”, afinal, era a depositária do cadastro contendo as informações sobre a identidade dos doadores sob o princípio dos potenciais riscos à saúde. Harper, Kennett, Reisel (2016) comentam que, até o momento, a doação anônima de material genético foi um impeditivo a que milhares de crianças descobrissem a identidade de quem doou parte do material genético que carregam.

Examina Bluglione (2002) que basear-se no vínculo genético os direitos da parentalidade e consonante à criança a possibilidade de quebra de sigilo do anonimato do doador seria reforço a um determinado modelo familiar. A regulação da impossibilidade e a despersonalização do provedor do sêmen são as maneiras de operar simbolicamente (e respeito às determinações legais) do anonimato; sendo que a própria doação do material genético é realizada de maneira genérica e diferida, o que contribui com a despersonalização do ato e contribui com a quebra de uma paternidade biológica e social (Frasquet, 2018).

Sobre não saber a respeito de quem é o doador, Fiorella explana suas considerações:

Eu prefiro um total anônimo, assim, justamente para não ter esse perigo do vínculo... uma coisa que eu já tinha decidido e que, é quase que voltar atrás na decisão, sabe? [...] Para mim seria mais fácil não saber absolutamente nada [sobre o doador] e falar para ela [para a criança] que eu também não sei. Do que possivelmente criar essa ideia de tentar criar um vínculo e não ser nada disso e aí, criar uma frustração depois. (Fiorella)

As TR com uso de material genético anônimo é um caminho que apresenta maior segurança à Fiorella, que atrela a um “perigo” a possibilidade do vínculo entre progênie e doador. Dentre as possibilidades conceptivas que viabilizam a maternidade solo eleita, a ideia no uso das TR é não concretizar potenciais laços sociais entre o doador e a criança portadora do seu material genético. Na contramão desses achados revelados através das falas das participantes, há um debate na Europa e Estados Unidos

sobre abertura do anonimato em defesa do direito dos nascidos, em sua maioria, saberem suas origens genéticas (Machin, 2016; Morgan; Roberts, 2012). Houve restrição, por parte de muito países, ao direitos dos nascituros via TR por material genético doado em conhecer suas origens genéticas; sendo os países que mantêm a questão do anonimato a Espanha, Grécia, Japão, França, República Tcheca, China e também o Brasil (Machin, 2016).

Há uma crescente discussão criada por filhos/as gestados/as decorrentes de TR e suas mães em redes sociais, visando localizar os doadores do material genético, sobretudo nos Estados Unidos, onde vigora um expressivo mercado reprodutivo que comercializa sêmen e óvulos (Machin, 2016). Harper, Kennett e Reisel (2016) apontam que é crescente a quantidade de testes genéticos que podem ser encomendados pela internet sem a necessidade do intermédio de um clínico, tendo como público pessoas curiosas por sua ancestralidade e saúde ou desejam fazer descobertas acerca de sua genética, sendo os testes, cada vez mais explorados por pessoas que foram concebidas por doadores de material genético. Ainda, os autores afirmam que o progresso desses testes genéticos com acesso direto pelos consumidores e a formação de bancos de grandes dados genealógicos internacionais permitem que os dados genéticos possam ser compartilhados e carregam o potencial de permitir que o público procriado por meio de TR encontrem informações relativas ao doador do material genético, meio(s)-irmão(s) e demais pessoas com parentesco genético.

Uma outra questão que entrou em cena foi levantada por Irina que comentou sobre um diálogo que teve com uma amiga que também é mãe solo por escolha, no qual ambas expressavam uma mútua preocupação a respeito dos possíveis meios-irmãos genéticos que suas/seus filhas/os possam ter e aflitas com um factível encontro afetivo que possam ter futuramente:

Já pensou se daqui a pouco [os filhos] aparecem aí com os namorados, namoradas e... são irmãos! Porque assim, primeira pessoa que chegar aqui em casa eu vou falar “você sabe quem é seu pai e sua mãe?” (Irina)

A respeito disso, Harper, Kennett e Reisel (2016) mencionam que, visando reduzir o risco de relacionamentos consanguíneos, há um limite na maioria dos países, para o número de famílias ou filhas/os para os quais o doador pode doar seu material

genético. No PL nº 115, de 2015 que institui o Estatuto da Reprodução Assistida para regular a aplicação e utilização das técnicas de reprodução humana assistida e seus efeitos no âmbito das relações civis sociais apensado ao PL-4892/2012, apresenta o Artigo 17, em que “cada doador poderá ter seu material utilizado em uma única gestação de criança no Estado da localização da unidade”. Estima-se assim, evitar o inadvertido casamento consanguíneo ou incesto entre as pessoas concebidas através do material genético do mesmo doador (Luna, 2005). A autora também comenta que a possibilidade de congelamento do sêmen doado permite o afastamento do doador em questão geográfica e temporal em relação a seus receptores.

O afastamento do doador do sêmen também pode ser projetado mediante a narrativa que se constroi acerca das simbologias de parentesco, que dão sentido à configuração familiar que foi formada através do uso de TR. Irina comenta sobre isso:

Sempre tive na minha cabeça que eu falaria a verdade sempre. Que “a mamãe queria muito e colocou a semente na barriga pra eles nascerem”. [...] Em algum momento [a questão] vai naturalizando para eles (Irina)

Irina comenta sobre naturalizar a via conceptiva aos/às filhos/as, adaptando sua fala à idade das crianças. Jociles, Rivas e Poveda (2014) comentam, em relação ao seu estudo que, algumas mães solo por escolha se referem ao doador de sêmen como “um pai”, porém a maioria dá preferência ao uso do termo “doador” para evitar que as crianças confundam as duas figuras “inventando para elas um pai” de que depois ficam privadas, procurando então explicar não só como as/os filhas/os foram concebidas/os, mas também porque eles/as não possuem uma figura paterna.

As TR valorizam o biológico, revalorizam a maternidade e trazem proeminência à paternidade (Scavone, 2006) ao evidenciar a atuação e lugar ocupado nas figuras do parentesco na conformação familiar, ou sua ausência. Revelar informações sobre a concepção envolve questões arraigadas à compreensão cultural de que vínculos são tidos como família e parentesco e qual o peso a eles atribuídos, portanto, o significado social dos relacionamentos que são criados e mantidos (Machin, 2016).

7.5. O ANÚNCIO

Além de lidar com as informações reveladoras sobre a concepção via TR às/aos filhas/os engendrados, as entrevistadas contaram que compartilhar com outras pessoas sobre sua decisão monoparental foi um marco importante para elas. O público ao qual anunciaram sua maternidade solo se resume aos familiares e comunidade que possuem algum tipo de vínculo, como amigos/as e colegas de trabalho. Esta temática possui importância, de acordo com as entrevistadas, pois representa uma forma de reafirmarem uma identidade à qual elas se reconhecem pertencerem, a maternidade solo eleita por elas. Demonstrar-la e caracterizá-la na sociedade parece abrir espaço para ocuparem seu lugar social através da sinalização de sua existência, além de estimarem legitimar sua configuração familiar.

O anúncio é feito, principalmente, para o núcleo mais próximo de convivência dessas mulheres, pessoas que possuem destaque no sentido afetivo ou de convivência cotidiana. A maneira como compartilharam suas histórias variou no modo como construíram a narrativa e por qual meio de comunicação verbalizaram. O momento que trouxeram a notícia ao público não foi uniforme, algumas contaram às pessoas enquanto realizavam o tratamento de RA visando engravidar, outras já estavam grávidas nesse momento e tem as que preferiram esperar a criança nascer. As mulheres que ainda não concretizaram seu projeto monoparental compartilharam a informação com poucas pessoas de sua confiança, outras o mantêm em segredo. Dafne comenta sua escolha em relação ao anúncio realizado:

Quando eu engravidei, meu pai não sabia nem que eu estava tentando, só minha mãe que soube do processo todo. O restante da minha família só soube depois que eu já estava grávida.
(Dafne)

Concretizar a maternidade por meio de TR e com material genético de terceiro trazem questões relativas sobre a maneira como a gravidez foi viabilizada. Este tema carrega o potencial de ser alvo da curiosidade ou julgamento alheio. Partilhar essa escolha parental envolve atributos como a (não) confiança na pessoa receptora da informação, a compreensão e apoio advindo do interlocutor. Expor a decisão pela maternidade solo envolve revelar intimidades sobre o processo de tentativa e vivência

da gestação (também o parto e pós-parto), os planos relativos à criança, questões afetivas (como a renúncia de parceria) e demais expectativas e angústias que porventura possam ser abordadas à elas pelo seu público.

Fiorella conta porque não compartilha com sua família ou amigos/as sobre seu planejamento pela monoparentalidade materna: “eu nem falo para ninguém, até porque se eu falasse para alguém [...] sempre tentam desestimular. É sempre tentar voltar para esse formato inicial [de família tradicional], sabe?”. Em relação ao receio de Fiorella, de ser desestimulada do seu planejamento à monoparentalidade por escolha, Dafne conta que, ao compartilhar seu projeto monoparental com algumas pessoas, ouviu em retorno: “Para que? Você é louca. Espera, um dia você vai encontrar alguém”. Portanto, a escolha de quem e quando a notícia relativa à decisão monoparental não é feita de maneira aleatória por essas mulheres, que levam em consideração a resistência e questionamentos com as quais podem se defrontar. Parte disso pode demonstrar porque pouco se encontrou posicionamentos de mães solo por escolha em fóruns online, grupos de discussão abertos na internet ou grupos/rodas presenciais durante a pesquisa de campo realizada no presente estudo, o que caracterizou uma das dificuldades em encontrar mulheres que vivenciam esse tipo de maternidade.

Lidar com os comentários em retorno da história compartilhada é uma chance de expor as características da monoparentalidade eleita via TR, que reconfiguram personagens e dinâmicas familiares. Emma comenta este episódio vivido: “às vezes eu corrijo... as pessoas falam ‘ai, quais são as características do pai?’, ‘do doador’, ‘e se ela parecer com o pai?’, ‘com o doador’. Há um esforço em dissociar a figura do pai com a do doador, sendo uma forma de reivindicar o papel e lugar ocupado por cada uma das figuras no núcleo familiar da monoparentalidade eleita.

Em face da diversidade que engloba o termo “monoparentalidade” em suas diversas circunstâncias ou particularidades em termos de configurações familiares, alguns coletivos de “mães solo por escolha” na Espanha propuseram, após organizações e foros de debate, a expressão “famílias marentais” (tradução própria) no lugar de “monoparentais” (Jociles; Rivas, 2013). O modelo matrifocal, apesar de ter sido associado à maior liberdade feminina e flexibilização dos arranjos familiares, foi associado à ausência masculina e tratada como desorganização ou imoralidade (Itaboraí, 2015). Diante das responsabilidades parentais e dos estigmas que as mães

solo enfrentaram arduamente em um passado não muito distante, tidas como “famílias incompletas”, percebe-se na atualidade um esforço feminino em legitimar sua escolha familiar. Anunciar sua monoparentalidade por escolha envolve se fazer compreensível diante de tantos motivos que suscitam e dão sentido à decisão pela monoparentalidade. Com esse intuito de compartilhar suas motivações e os significados de sua decisão, Judith as reuniu em um “textão” que compartilhou virtualmente:

Quando eu fiz o tratamento, “são” poucas as pessoas que sabiam. E, em um dia, já depois de mais de três meses grávida, eu coloquei no *Facebook*, fiz um *textão* para todos os meus amigos saberem. Eu esperava mais preconceito por parte das pessoas e eu me surpreendi muito. Porque eu vi que as pessoas muito me acolheram e me admiraram por conta disso. (Judith)

O acolhimento e admiração por parte das pessoas que tiveram contato com o relato surpreenderam positivamente à Judith conforme conta, pois esperava “mais preconceito por parte das pessoas”. Romper com paradigmas estruturais é não performar papéis sociais pré estabelecidos secularmente, que se moldam a partir de questões de gênero, o patriarcado e binarismos. Ao transgredir as normas socialmente estabelecidas e indiretamente impostas, espera-se a força contrária em tentativa de permanência da ordem vigente. No caso em questão, a força contrária à decisão pela monoparentalidade seriam os questionamentos e preconceitos. Esses questionamentos podem derivar da estranheza pelo desconhecido e falta de proximidade com temas relativos à maternidade solo viabilizada por TR ou podem ser fruto de ações que visam imperar os costumes sociais tradicionais.

Golombok (2018) cita as condenações sofridas pelas mulheres que decidem pela monoparentalidade materna. O que as chamadas mães solteiras (muitas vezes, por consequência) penavam no passado, culpadas pela sociedade, mídia e outras ordens que pregavam a visão heteronormativas-biparental, foi atualmente estendido às mães solteiras por escolha. Em uma reformulação da crítica permeada por preconceitos e opressão, a autora conta que são agora chamadas de “egoístas”, em uma tentativa de transmutar seus propósitos para a monoparentalidade, as desqualificando enquanto mulheres e mães e tentando silenciar suas vozes ao ressignificar suas escolhas (Golombok, 2018).

As mulheres que escolhem ser mães solteiras por opção desafiam os mandatos sociais de gênero e padrões tradicionais de maternidade e família (Giallorenzi 2018). Giulia declara suas impressões acerca da temática:

Ser uma mãe solo, as pessoas não levam em consideração isso, de ser uma mulher independente podendo criar uma criança sozinha. Apesar de termos tantas responsabilidades voltadas para a mãe, é como se sempre tivesse que ter a figura masculina ali por trás sendo algum suporte, principalmente financeiro. E as pessoas já veem as mulheres que são solo como se fossem abandonadas pelo marido, sei lá, fracassadas porque não conseguiram manter um relacionamento. (Giulia)

Giulia comenta que apesar das inúmeras responsabilidades impostas às mães, as pessoas não consideram que tenham a capacidade de criar um/a filho/a de maneira sola, bem como serem provedoras da família. Essas visões derivam dos papéis de gênero construídos em torno da maternidade e refletem a obrigação social das mulheres em fornecerem um pai para seus/suas filhos/as, uma das imposições implícitas nas sociedades patriarcais. (Frasquet, 2018).

Emma comenta outro contexto de preconceito, trazendo sua percepção sobre a existência de visões e tratamentos diferentes entre as mães solo por escolha e por consequência:

A questão é, quando é uma decisão da mulher, isso é visto com maus olhos. Quando é uma vítima da sociedade, tudo bem, ela é acolhida [se referindo à maternidade solo por consequência]. (Emma)

Embora possa haver essas dicotomias em relação à maternidade solo por escolha e por consequência, as mulheres de maneira geral estão passando por processos de (re)provação constantemente. Seja por sua postura disruptiva das normas parentais e questões que as circundam, seja por ser culpabilizada pelo abandono paterno ou pela gravidez que culminou na situação solo em que se encontra. Talvez o estigma de “vítima da sociedade” comentado por Emma em relação às mães solo por consequência possa existir em alguns casos, sendo uma postura de terceiros tratar essa

mulher como vítima. Pode-se pensar que isso ocorra pela consequência dessa maternidade solo (não escolhida, no caso), seja decorrente de um ato masculino (abandono paterno) ou de um acontecimento (viuvez, por exemplo). Portanto, pela percepção de Emma, a monoparentalidade materna por consequência teria uma acolhida da sociedade, diferente do que ela percebe ocorrer com as mães solo por escolha. Compreender as demandas femininas, os contextos em que se encontram e suas motivações são necessárias para situar a posição feminina na sociedade.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fenômeno emergente da monoparentalidade feminina por escolha designa um projeto de vida por parte de mulheres que escolhem ser mães sem parceria. Em geral, possuem características socioeconômicas similares, como terem escolaridade superior, possuírem independência financeira, em média, estão inseridas em grupos sociais de médio ou alto poder aquisitivo, além de se tornarem mães com idade a partir dos 30 ou 40 anos. Para realizar seu projeto monoparental, essas mulheres constroem estratégias reprodutivas. À medida que as tecnologias reprodutivas se expandem, passam a ser um recurso para concretizar a maternidade através da gravidez sem relação sexual, modificando a equação das relações sociais para a parentalidade. O uso dessas tecnologias possibilita vivenciar a gestação e demais processos corporais, além de propiciar um/a filho/a com sua carga genética e deslocar o lugar do masculino na viabilização da parentalidade.

A análise dos relatos revela o sentimento de realização atrelado ao valor da maternidade, que é referenciada como destino pela capacidade feminina de ser mãe. A realização pessoal também tem relação com o âmbito profissional dessas mulheres. A decisão pela maternidade solo nem sempre foi algo desejado desde o princípio, mas foi eleita diante de algumas questões, como o tempo biológico implicado na queda da fertilidade feminina, o desencontro nas relações afetivas e a desvalorização da estrutura conjugal tradicional. As estratégias reprodutivas trilhadas foram pautadas em alguns elementos, como o custo, as normas legais vigentes, o momento adequado para desenvolver o tratamento, a escolha do material genético de terceiros e a rede de apoio existente.

Considera-se que essas mulheres dialogam e negociam com normas e valores sociais hegemônicos, processos culturalmente padronizados, transgredindo elementos normativos e modificando normas sociais. Com maior poder decisório sobre os rumos da própria vida, as mulheres passaram a ter mais condições para eleger papeis, que até então eram tidos como obrigação, como o matrimônio único e a maternidade. É visto que restrições continuam presentes nas vidas das mulheres, derivadas das assimetrias de gênero que recaem nas estruturas sociais trabalhistas, nas dificuldades de

mobilidade social ascendente às mulheres-mães, nas jornadas extras de trabalho invisibilizado no lar e na criação dos/as filhos/as. A concretização da monoparentalidade como um projeto maternal pessoal traz o desafio de conciliar as demandas individuais e profissionais com a vivência da maternidade, também conduz a necessidade de elaborar uma narrativa relativa à trajetória conceptiva para os/as futuros/as filhos/as.

9. ANEXOS

9.1 ANEXO A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

NOME

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº :

SEXO

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO

CIDADE

CEP

TELEFONE: ()

Você está recebendo nesse momento informações sobre a pesquisa “Maternidade monoparental eletiva: a construção de projetos de filiação por meio de tecnologias reprodutivas”. A pesquisa objetiva investigar as estratégias construídas para viabilizar a maternidade monoparental por escolha por meio de acesso às tecnologias reprodutivas e identificar os sentidos atribuídos à essa maternidade.

Solicito autorização para entrevistar e gravar depoimentos a serem utilizados nesse estudo. A duração estimada da entrevista é de 30 minutos e ela trata de questões relativas a construção do projeto de maternidade, sua visão da maternidade e paternidade e sua decisão em ser mãe.

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 fornecer 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 mantida atualizada sobre os resultados que sejam do conhecimento da pesquisadora. Não há despesas pessoais para a participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. O estudo não apresenta riscos para as participantes. Não há benefício direto para a participante.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso a profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A pesquisadora responsável Rosana Machin Barbosa pode ser encontrada na Faculdade de Medicina – Departamento de Medicina Preventiva – Avenida Doutor Arnaldo 455, 2º. Andar, sala 2177, tel.11.3061.7089 e email: rmachin@usp.br. A pesquisadora executante, Fernanda Lye Watari pode ser encontrada na Faculdade de Medicina – Departamento de Medicina Preventiva – Avenida Doutor Arnaldo 455, 2º. Andar, sala dos alunos da pós-graduação, São Paulo/SP, Cep.01246-903. Cel.11.95224-2060, email: fernanda.watari@usp.br.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, Av. Dr. Arnaldo, 251 - 21º andar - sala 36, Cerqueira César - São Paulo – SP, CEP: 01246-000, Fone/Fax: +55 11 3893-4401/4407, E-mail: cep.fm@usp.br.

Acredito ter sido suficientemente informada a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Maternidade monoparental eletiva: a construção de projetos de filiação por meio de tecnologias reprodutivas”.

Eu discuti com a pesquisadora executante Fernanda Lye Watari sobre 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. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo.

.....

Nome da entrevistada

Assinatura

Data

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e

Esclarecido desta entrevistada para a participação neste estudo.

.....

Rosana Machin Barbosa

Assinatura

Data

responsável pelo estudo

9.2 ANEXO B: ROTEIRO PARA AS ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS

Dados socioeconômicos: levantar informação relevante como idade; escolaridade; ocupação – estuda, trabalha; renda; com quem vive; naturalidade; cor auto designada

- Por que decidiu ser mãe?
- Por que escolheu esse tipo de maternidade?
- O que é ser mãe solo para você?
- Como foi o processo de decisão pela maternidade?
- Por que quer ser mãe via reprodução assistida?
- Quais caminhos percorreu/pensa em percorrer para este projeto se concretizar? Que dificuldades encontrou? Como lidou com elas? (Para aquelas que estão construindo o projeto) Como pensa em fazê-lo?
- E sobre o uso de doador de sêmen conhecido ou anônimo? O que pensa sobre isso? Gostaria que o bebê gerado pudesse saber sobre quem foi o doador? Se sim, em que momento e porque?
- O que pensa sobre a paternidade?
- E da figura masculina em sua vida afetiva (ter ou não ter um companheiro, por exemplo)?
- Que desafios imagina que essa maternidade vai trazer para sua vida? E para a criança concebida?
- Há temas importantes para você que ainda não abordamos? Gostaria de falar sobre ele(s)?
- Há algo a mais que gostaria de falar?

9.3 ANEXO C: FOLDER INFORMATIVO ÀS CLÍNICAS DE RA

INFORMAÇÃO À PARTICIPANTE

Olá,

Estamos desenvolvendo um estudo que pretende conhecer as opiniões de mulheres solteiras buscando construir projetos de maternidade solo (sem parceria masculina). Você pode estar iniciando o tratamento ou já ter realizado alguma tentativa com sucesso ou não.

Antes de decidir, é importante que saiba mais acerca deste estudo e do que lhe é pedido se aceitar participar. Por favor, leia atentamente esta folha informativa. Obrigada pelo tempo concedido à leitura desta informação.

PORQUE QUEREMOS FALAR COM VOCÊ?

A finalidade deste estudo é conhecer suas opiniões sobre a maternidade e de que maneira procurou realizar esse sonho. Gostaríamos de saber as estratégias consideradas para viabilizar o projeto, possíveis dificuldades, existência de redes de apoio. Você participará de uma breve entrevista, em data e local agendados segundo sua conveniência a ser combinado com a pesquisadora que executa o estudo. Trata-se de Fernanda Lye Watari, obstetriz, mestranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo/USP.

Gostaríamos de contar com a sua colaboração!

QUAIS SERÃO OS BENEFÍCIOS DA SUA PARTICIPAÇÃO?

Será participante de um estudo inovador, que procura conhecer as opiniões de mulheres em busca da realização da maternidade sem parceria masculina, contribuindo para:

- Promover sistemas centrados nas pessoas, que tenham em conta as suas necessidades e preferências;
- Incentivar o debate em torno das respostas aos desafios que enfrenta a maternidade por escolha no Brasil.

A INFORMAÇÃO É CONFIDENCIAL?

Sim, nos termos exigidos pela lei. Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. A informação será armazenada de forma segura e apenas os pesquisadores do estudo terão acesso à mesma. A sua participação é anônima.

SOU OBRIGADA A PARTICIPAR?

Não. Mesmo depois de aceitar, poderá desistir em qualquer altura e sem justificação.

QUEM COORDENA O ESTUDO?

A coordenação é da responsabilidade da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, sendo a pesquisadora responsável Profa. Dra. Rosana Machin e a executante Fernanda Lye Watari.

Para qualquer dúvida, sugestão ou comentário, por favor entre em contacto conosco:

Rosana Machin

Faculdade de Medicina/USP

Av. Dr. Arnaldo, 455 – sala 2177, São Paulo, Cep. 01246-903

Tel: (11) 3061.7089; e-mail: rmachin@usp.br

Fernanda Lye Watari

Faculdade de Medicina/USP

Celular: (11) 952242060; e-mail: fernanda.watari@usp.br

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abrahão IG. A família monoparental formada por mães sozinhas por opção através da utilização de técnicas de inseminação artificial no ordenamento jurídico brasileiro. Belo Horizonte: Faculdade Mineira de Direito da Pontifícia Universidade Católica, Tese de Doutorado; 2003.

Acero L. Novas Tecnologias Reprodutivas e relações sociais de gênero. e Novas Tecnologias Reprodutivas. 2006; 67p.

Alfano B. Reprodução assistida: a organização da atenção às infertilidades e o acesso às técnicas reprodutivas em dois serviços público-universitários no Estado do Rio de Janeiro; 2014.

Amaral A. Etnografia e pesquisa em cibercultura: limites e insuficiências metodológicas. Revista USP. 2010; n.86, p.122-135.

Arêas APM. Visão Crítica da Biotecnologia; 2016.

Arins ACB. et al. Doação de material reprodutivo na reprodução assistida: possíveis reflexos na filiação; 2018.

Assumpcao CRL. Falência ovariana precoce. Arq Bras Endocrinol Metab, São Paulo. 2014; v.58, n.2, p.132-143.

Boni V, Quaresma SJ. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. Em Tese. 2005; v.2, p.68-80.

Barbosa RM. Desejo de filhos e infertilidade: um estudo sobre a reprodução assistida no Brasil. 1999. Universidade de São Paulo, São Paulo; 1999.

Barbosa RM. Relações de gênero, infertilidade e novas tecnologias reprodutivas. Revista Estudos Feministas. 2000; v.8, n.1, p.212.

Berquó ES et al. Reprodução após os 30 anos no estado de São Paulo. Novos estudos CEBRAP. 2014; n.100, p.9-25.

Berquó E. et al. Segunda transição demográfica no Brasil? Significados e enigmas. E-book. 2015; v.4, p.135-156.

Bertaux D et al. El enfoque biográfico: su validez metodológica, sus potencialidades. Propositiones. 1999; v.29, p.1-23.

Bos H, Van Balen F. Children of the new reproductive technologies: Social and genetic parenthood. Patient Education and Counseling. 2010; v.81, n.3, p.429-435.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União, 5 de outubro de 1988.

Brasil. Agência Nacional De Vigilância Sanitária - Anvisa. Resolução da diretoria colegiada- RDC Nº 23, de 27 de maio de 2011. Dispõe sobre o regulamento técnico para o funcionamento dos Bancos de Células e Tecidos Germinativos e dá outras providências. Disponível em:< www.anvisa.gov.br/legis> Acessado em: 15 de outubro 2019.

Brasil. Agência Nacional De Vigilância Sanitária - Anvisa. 2º Relatório Dados de Importação de Células e Tecidos Germinativos para Uso em Reprodução Humana Assistida. Brasília-DF. 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/sangue-tecidos-celulas-e-orgaos/relatorios-de-importacao-reproducao-humana-assistida/2o-relatorio-de-importacao-reproducao-humana-assistida-2018.pdf>. Acesso em 22 fev. 2019.

Brasil, Ministério da Saúde. Portaria GM nº 426, de 22 de março de 2005. Política

Nacional de Atenção Integral à Reprodução Humana Assistida. Brasília-DF; 2005a.

Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 38.806, de julho de 2005. Regulamentação da Política Nacional de Atenção Integral à Reprodução Humana Assistida. Brasília-DF; 2005b.

Carsten J. A matéria do parentesco. Revista de Antropologia da UFSCAR. 2014; v.6, n.2, p.103-118.

Carvalho IMM; Almeida PH. Família e proteção social. São Paulo Perspec., São Paulo. 2003; v.17, n.2, p.109-122.

Carvalho PGC. Homoparentalidade feminina: nuances da assistência à saúde durante concepção, gravidez, parto e pós-parto. 2018. Tese (Doutorado em Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo; 2018.

Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.358. Normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida; 1992.

Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.931/2009. Código de Ética Médica; 2009.

Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.957. Normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida; 2010.

Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.013. Normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida; 2013.

Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.121/2015 Normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida; 2015.

Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.168/2017. Normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida; 2017.

Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.283/2020. Normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida; 2020.

Corrêa MV. As novas tecnologias reprodutivas: uma revolução a ser assimilada. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 1997; v.7, p.69-98.

Corrêa MV. Novas tecnologias reprodutivas: limites da biologia ou biologia sem limites?. *EDUERJ*; 2001.

Corrêa MV, Loyola MA. Tecnologias de reprodução assistida no Brasil: opções para ampliar o acesso. *Physis-Revista de Saúde Coletiva*. 2015; v.25, n.3, p.753-777.

Costa RG. O que a seleção de doadores de gametas pode nos dizer sobre noções de raça. *Physis*, Rio de Janeiro. 2004; v.14, n.2, p.235-255.

De Freitas AL. et al. Mosaico trofoblástico puro por trissomia do 16: relato de caso. 2018; 24ed, 50p..

Diniz D, Buglione S. Quem pode ter acesso às tecnologias reprodutivas?: diferentes perspectivas do direito brasileiro. Brasília: Letras Livres; 2002.

Diniz MH. Curso de Direito Civil brasileiro: direito de família. 17 ed. São Paulo: Saraiva; 2002.

Distrito Federal. Câmara Legislativa. Projeto de Lei Apensado ao PL 115/2015. Altera o Projeto de Lei nº 4892, de 19 de dezembro de 2012 que institui o Estatuto da Reprodução Assistida, para regular a aplicação e utilização das técnicas de reprodução

humana assistida e seus efeitos no âmbito das relações civis sociais. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1296985&filename=PL+115/2015> . Acesso em: 07 jun. 2020.

Frasquet Aira RM. La construcción de la maternidad como un proyecto autónomo: el caso de las madres solteras por elección a través de técnicas de reproducción asistida en Barcelona. En C. López, D. Marre y J. Bestard (Eds.), *Maternidades, procreación y crianza en transformación*. Barcelona: Bellaterra. 2013; p.163:184.

Frasquet Aira RM. Elecciones reproductivas, anonimato y parentesco: discursos, estrategias e implicaciones para las ‘Madres Solteras por Elección’; 2018.

Finkler K. *Experiencing the New Genetics: family and kinship on the medical frontier*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 2000.

Fonseca C. Apresentação - de família, reprodução e parentesco: algumas considerações. *Cad. Pagu*, Campinas. 2007; n.29, p.9-35.

Fatou BL, Konvalinka NA, Alamillo-Martínez L. Discursos y estrategias de conciliación de la vida laboral, familiar y personal entre las madres solteras por elección (MSPE). In: *La monoparentalidad por elección: el proceso de construcción de un modelo de familia*. Tirant lo Blanch. 2013; 93:142.

Friese C, Becker G, Nachtigall RD. Older motherhood and the changing life course in the era of assisted reproductive technologies. *Journal of Aging Studies*. 2008; v.22, p.65-73.

Garnica AVM. Algumas notas sobre pesquisa qualitativa e fenomenologia. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 1997; v.1, p.109-122.

Giallorenzi ML. La maternidad como proyecto individual y autónomo. El caso de las madres solas por elección. *Journal de Ciencias Sociales*; 2018.

Golombok S. *Modern families: Parents and children in new family forms*. Cambridge University Press; 2015.

Golombok S. Research on Assisted Reproduction Families: A Historical Perspective. In G. Kovacs, P. Brinsden, & A. DeCherney (Eds.). *In-Vitro Fertilization: The Pioneers' History*. Cambridge: Cambridge University Press. 2018; p.232-239.

Gomes MA, Pereira MLD. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro. 2005; v.10. n.2. p.357-363.

Gomes R. *Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; 2014.

Graham S. Being a 'good' parent: single women reflecting upon 'selfishness' and 'risk' when pursuing motherhood through sperm donation. *Anthropology & medicine*. 2018; v.25, n.3, p.249-264.

Hertz R. et al. *Single by chance, mothers by choice: How women are choosing parenthood without marriage and creating the new American family*. Oxford University Press; 2006.

Itaboraí NR. et al. *Mudanças nas famílias brasileiras (1976-2012): uma perspectiva de classe e gênero*; 2015.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Demográfico 2010: nupcialidade, fecundidade e migração*. Rio de Janeiro; 2010, p.1-349.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censos: Sinopse do censo demográfico 2010*. Rio de Janeiro; 2011, 265p.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010 - Família e Domicílio. Rio de Janeiro; 2012.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2015. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE. 2016; 108p.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estatísticas do Registro Civil. Rio de Janeiro; 2018; v.45, p.1-8.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estatísticas de Gênero. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro; 2018.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua de 2012 a 2019. Família e Domicílio. Rio de Janeiro; 2020.

Harper JC, Kennett D, Reisel D. The end of donor anonymity: how genetic testing is likely to drive anonymous gamete donation out of business, Human Reproduction. 2016; v.31, Issue 6, 1135–1140.

Kendall C. et al. 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 and Behavior. 2008; v.12, p.97.

Jacobsen KS, VIK SE, Dahl B. Solo Mothers After Assisted Conception and Their Experiences with Postnatal Care. Journal of multidisciplinary healthcare. 2020; v.13, p.53.

Jociles-Rubio MI, Rivas-Rivas AM, Poveda-Bicknell D. Monoparentalidad por elección y revelación de los orígenes a los hijos nacidos por donación de gametos: El caso de España. Convergencia,Toluca. 2014; v.21, n.65, p.65-92.

Lemos A. Direitos sexuais e reprodutivos: percepção dos profissionais da atenção primária em saúde. *Saúde debate*, Rio de Janeiro. 2014; v.38, n.101, p.244-253.

Lousado ML. Óvulos de ouro: os media e a procriação medicamente assistida. Coimbra: [ed. do autor]; 2010.

Luna N. Maternidade desnaturada: uma análise da barriga de aluguel e da doação de óvulos. *Cad. Pagu*, Campinas. 2002; n.19, p.233-278.

Luna N. Natureza humana criada em laboratório: biologização e genetização do parentesco nas novas tecnologias reprodutivas. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. 2005; v.12, n.2, p.395-417.

Machado LZ. Famílias e individualismo: tendências contemporâneas no Brasil. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2001; v.5, p.11-26.

Machin R. Anonimato e segredo na reprodução humana com participação de doador: mudanças em perspectivas. *Saúde e Sociedade*. 2016; v.25, p.83-95.

Machin R. et al. Assisted Reproductive Technologies in Brazil: characterization of centers and profiles from patients treated. *JBRA assisted reproduction*. 2020; v.24, n.3, p.235.

Machin R, Augusto MHO, Mendosa D. Biotecnologias, tecnologias reprodutivas e mercado. Uruguai: XXXI Congreso Alas; 2017.

Machin R, Couto MT. "Fazendo a escolha certa": tecnologias reprodutivas, práticas lésbicas e uso de bancos de sêmen. *Physis*, Rio de Janeiro. 2014; v.24, n.4, p.1255-1274.

Marre D, San Román B, Guerra D. On reproductive work in Spain: transnational adoption, egg donation, surrogacy. *Medical anthropology*. 2018; v.37, n.2, p.158-173.

Mazzilli P. Vida esterilizada: reflexões biopolíticas sobre as estratégias de comercialização de sêmen no Banco California Cryobank. 2017. 240. Tese (Doutorado em Comunicação e Semiótica) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Comunicação e Semiótica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo; 2017.

Menegon VSM. Entre a linguagem dos direitos e a linguagem dos riscos: os consentimentos informados na reprodução humana assistida. (Tese de Doutorado). São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2003.

Menezes SL. aborto, esterilização cirúrgica e maternidade compulsória: um diálogo entre a criminologia crítica e o feminismo materialista; 2018.

Mercado LP. Pesquisa qualitativa online utilizando a etnografia virtual. *Revista Teias*. 2012; v.13, n.30, p.15.

Meruane L. Contra os filhos: uma diatribe. 1ª ed. São Paulo: Todavia. 2018; 176p.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2006.

Minayo MCS, Diniz D, Gomes R. O artigo qualitativo em foco. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016; v.21, n.8.

Moré C. A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde Dilemas epistemológicos e desafios de sua construção e aplicação. 2015; v.3.

Morgan LM. Reproductive governance, redux; 2019.

Morgan LM, Roberts EFS. Reproductive governance in Latin America. *Anthropology & Medicine*. 2012;19(2):241–254.

Mota MRP. Representações sociais da gravidez: a experiência da maternidade em instituição [Tese de Doutorado]. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas; 2011.

Murray C, Golombok S. Going it alone: solo mothers and their infants conceived by donor insemination. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2005; v.75, n.2, p.242-253.

Muylaert CJ et al. Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2014; v.48, n.2, p.184-189.

Organização das Nações Unidas. Convenção para a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher. ONU; 1979.

Pardini DP, Silva RC, Clapauch R. Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina. Projeto Diretrizes. Falência Ovariana Precoce; 2006.

Pereira DHM. A história da reprodução humana no Brasil. *Femina*. 2011; v.39, n.2, p. 60.

Queiroz C. Gestações transnacionais–Demanda por reprodução assistida amplia entrada de material genético estrangeiro no Brasil. *Pesquisa FAPESP*. 2018; v.19, n. 269, p.70-75.

Ramírez-Gálvez MC et al. Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: fabricando a vida, fabricando o futuro; 2003.

Ramírez-Gálvez M. A fertilização tecnológica de nossos corpos. e Novas Tecnologias Reprodutivas; 2006.

Ramírez-Gálvez M. Corpos fragmentados e domesticados na reprodução assistida. *cadernos pagu*. 2009; n.33, p.83-115.

Ramírez-Gálvez M. Inscrito nos genes ou escrito nas estrelas? Adoção de crianças e uso de reprodução assistida. *Revista de Antropologia*. 2011; p.47-87.

Rios MG, Gomes IC. Casamento contemporâneo: revisão de literatura acerca da opção por não ter filhos. *Estud. psicol. Campinas*; 2009; v.26, n.2, p.215-225.

Rivas AM, Jociles MI. Las madres solteras por elección: quiénes son y cómo hemos investigado sus proyectos familiares. Jociles MI, Medina RP (Coords.), *La monoparentalidad por elección. El proceso de construcción de un modelo de familia*. 2013; p.11-40.

Salem T. As novas tecnologias reprodutivas: o estatuto do embrião e a noção de pessoa. *Mana*, Rio de Janeiro. 1007; v.3, p.75-94.

Santos MFO. Injeção intracitoplasmática de espermatozóides: questões éticas e legais. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant. Recife*. 2010; v.10, supl. 2, p.289-296.

Scavone L. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. *Cadernos pagu*. 2001a; n.16, p.137-150.

Scavone L. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. *Interface (Botucatu)*, Botucatu. 2001b; v.5, n.8, p.47-59.

Scavone L. Novas Tecnologias Conceptivas: teorias e políticas feministas. In: *Feminismo e Novas Tecnologias Reprodutivas*. Instituto Feminista para a Democracia; 2006.

Soares G. Experiências reprodutivas e desejos de maternidade em lésbicas e bissexuais. *Conference Fazendo Género*. 2010; v.9.

Solnit R. Os homens explicam tudo para mim. Editora Cultrix; 2017.

Szapiro AM, Féres-Carneiro T. Construções do feminino pós anos sessenta: o caso da maternidade como produção independente. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2002; v.15, p.179-188.

Stake RE. Investigación con estudio de casos. Ediciones Morata; 1998.

Tamanini M. Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: bioética e controvérsias. *Revista Estudos Feministas*. 2004; v.12, p.73.

Teixeira LC, Parente FS, Boris GDB. Novas configurações familiares e suas implicações subjetivas: reprodução assistida e família monoparental feminina. *Psico*. 2009; v.40, p.14.

Vieira FB. As tecnologias da reprodução: discursos sobre maternidade e paternidade no campo da reprodução assistida no Brasil. Tese (Doutorado em Sociologia). Universidade de Brasília, Brasília; 2008:254.

Volgsten H, Schmidt L. Motherhood through medically assisted reproduction—characteristics and motivations of Swedish single mothers by choice. *Human Fertility*. 2019; p.1-7.

Weston K. Families we choose: Lesbians, gays, kinship. Columbia University Press; 1991.

World Health Organization. Current practices and controversies in assisted reproduction report of a meeting on. Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction. Geneva: WHO; 2002.

Zarias A. A ordem pública do corpo humano e suas fronteiras legislativas no Brasil. *Sociologias*. 2019; 52. v.21, p.132-161.

Zegers-Hochschild F. et al. Assisted reproductive techniques in Latin America: the Latin American Registry, 2016. *Reproductive biomedicine online*. 2019; v.39, n.3, p.452-460.

Zegers-Hochschild F. et al. Assisted reproductive techniques in Latin America: the Latin American Registry, 2017. *Reproductive biomedicine online*. 2020; v.41, n.1, p.44-54.

APÊNDICE

APÊNDICE: PARECER DO CEP

São Paulo, 11 de abril de 2019

PARECER

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Rosana Machin Barbosa

Pesquisadora executante: Fernanda Lye Watari

Título da Pesquisa: “Maternidade monoparental eletiva: a construção de projetos de filiação por meio de tecnologias reprodutivas”.

O presente projeto de pesquisa objetiva investigar as estratégias de viabilização do projeto monoparental materno (a maternidade monoparental por escolha) por meio de acesso a tecnologias reprodutivas e, mais especificamente, compreender os sentidos da maternidade para mulheres solteiras. A metodologia do estudo compreende uma primeira etapa de “netnografia” de comunidades virtuais e grupos no *Facebook* que abordem a temática da monoparentalidade feminina, seguida pela realização de entrevistas semiestruturadas, que devem compor a principal base empírica deste estudo de natureza qualitativa. Serão realizadas entrevistas individuais e gravadas, mediante autorização prévia das participantes, com anonimato garantido por meio de Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). As entrevistadas serão mulheres solteiras sem filhos prévios, residentes no município de São Paulo (SP), com tratamento em curso ou finalizado por tecnologias reprodutivas visando a maternidade monoparental. Foi elaborado TCLE adequado para a natureza da investigação.

Após o exame cuidadoso do protocolo apresentado, não foi verificada qualquer tipo de restrição ética à presente investigação, atendendo a todas as exigências cabíveis em estudos dessa natureza. Sendo assim, recomendo aprovação do projeto pelo Conselho do Departamento de Medicina Preventiva para fins de encaminhamento à CEP/FMUSP.

Prof. Dr. Ricardo Rodrigues Teixeira

Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP

APROVADO EM REUNIÃO DO CONSELHO
DO DEPTO. DE MEDICINA PREVENTIVA
EM: 12/04/19

Prof. Dr. Nelson da Cruz Gouveia
Chefe do Depto. de Medicina Preventiva
FMUSP