

Práticas lésbicas e tecnologias reprodutivas: construindo um projeto de filiação^{1,2}

Rosana Machin (Universidade de São Paulo)

Introdução

Parte da maior visibilidade de gays e lésbicas como pais e mães resulta de uma crescente aceitação para essa prática, perceptiva pelos debates em torno de direitos civis, formação de famílias, direitos de herança, seguridade social, discriminação e preconceito. A decisão do Supremo Tribunal Federal do Brasil, em maio de 2011, reconhecendo a união estável entre pessoas do mesmo sexo e permitindo a esses casais serem considerados uma unidade familiar iguala os direitos de casais homossexuais ao de heterossexuais, habilitando o reconhecimento legal das crianças havidas nessa relação (STF, 2011). Entretanto essas ações não minimizam o fato de que a homofobia é ainda bastante presente no país e tem se expressado em situações de discriminação, violência e assassinatos.

Sob a perspectiva da adoção no país, o Estatuto da Criança e do Adolescente, de 1990, em consonância com a Constituição Federal, já não restringia família à existência dos dois sexos como casal parental. No entanto, tornar explícita a orientação sexual correspondia, muitas vezes, a ter seu pedido de adoção negado na medida em que prevaleciam muitas resistências para efetivação desse direito. Pesavam nesse contexto as concepções de família presentes entre os operadores do direito e a importância dos laudos e pareceres de assistentes sociais e psicólogos forenses (UZIÉL, 2007; FARINELLI e MENDES, 2008; FARIAS e MAIA, 2009).

A discussão empreendida neste paper tem por foco a construção de um projeto de família por lésbicas por meio do acesso às tecnologias reprodutivas³. É necessário, nesse sentido, fazer uma distinção com as situações em que lésbicas e gays fundam famílias nas quais há filhos de relações heterossexuais prévias, de situações de estabelecimento de maternidade ou paternidade como pessoas solteiras e de criação de famílias por meio de auto inseminação⁴ por envolverem outras

¹ IV ENADIR, GT06. Antropologia, famílias e (i)legalidades.

² Este estudo contou com financiamento do CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico).

³ Tecnologias reprodutivas (TR) designam algumas tecnologias médicas incluindo, por exemplo, estimulação da ovulação, fertilização *in vitro* (FIV), inseminação com doador (ID), injeção intracitoplasmática de sêmen (ICSI) e são usadas para obter a gestação em contextos nos quais ela não pode ser obtida por relações sexuais. Similarmente o termo reprodução assistida (RA) é usado.

⁴ Auto inseminação ou inseminação artificial caseira designa a prática de inseminação feita pela própria mulher através da introdução de sêmen na cavidade vaginal com uso de uma seringa com cânula visando obter uma gestação.

dinâmicas conforme destacado pela literatura (WESTON, 1991; Hayden, 1995; DUNNE, 2000; Haimes e Weiner, 2000; LUCE, 2010).

A construção desse projeto envolve pacientes, equipe médica, a chamada terceira parte – o fornecedor/doador de sêmen, o banco de sêmen, laboratórios, normas médicas e parâmetros legais. Nesse sentido, as narrativas dos casais envolvidos revelam que o projeto de filiação é fruto de um longo processo de reflexão para buscar sua viabilidade conforme mencionado por Dunne (2000) como, as possibilidades efetivas de sua realização, a consideração das dificuldades, das limitações, dos apoios e dos recursos financeiros necessários (MAMO, 2007; FONSECA, 2008; RYAN-FLOOD, 2009).

O estabelecimento de filiação conjunta por casais de mesmo sexo por meio do acesso às tecnologias reprodutivas (TR) é prática relativamente recente no país e mesmo a adoção juridicamente oficializada com registro de dupla maternidade ou paternidade. É somente em 2013, que a norma médica que regulamenta o funcionamento da prática no país faculta o acesso de casais de mulheres e homens aos procedimentos (CFM, 2013). No entanto, os casos reportados nesse estudo foram coletados em período anterior a esta normativa indicando, que os procedimentos já eram aceitos e realizados por vários profissionais do campo médico.

O estudo de natureza qualitativa foi realizado por meio de entrevistas semi-estruturadas conduzidas pela autora com casais de lésbicas⁵ em São Paulo, Grande São Paulo, entre 2011 e 2012. Dez profissionais de saúde foram entrevistados (3 psicólogas, 5 médicos especialistas em TR, 1 embriologista e 1 urologista), todos representativos do trabalho realizado em clínicas privadas e serviços públicos⁶ e cinco (5) casais de lésbicas que estavam em processo de tratamento por meio do uso de uso de contatos com comunidades LGBTTT, rede de pessoas conhecidas da pesquisadora, clínicas de reprodução. Inicialmente, a ideia era fazer uso do método de bola de neve, contudo poucos casais entrevistados conheciam outros com planos similares de terem filho o que resultou num campo difícil e mais longo. As entrevistadas têm entre 28 e 51 anos de idade, são brancas com alto nível de escolaridade e representativas de camadas médias urbanas. Este grupo relativamente homogêneo, quanto à classe social e etnia/cor, não foi intencional, mas é fruto dos contatos visando a localização de possíveis entrevistados e por estar abordando tecnologias médicas de alto custo.

⁵ Uso o termo lésbica considerando seu sentido de identidade e igualmente como uma construção linguística que também produz poder para caracterizar mulheres e suas experiências relativas à sexualidade, gênero e reprodução. Reconheço que o termo envolve diferentes conceitos e subjetividades que são construídas em processos históricos (MAMO, 2007).

⁶ A maioria dos profissionais exercia atividades em clínicas privadas e também serviços públicos.

Os casos relatados, assim como aqueles reportados pela literatura (HAYDEN, 1995; MAMO, 2007; LUCE, 2010), revelam que as práticas de parentalidade entre casais de mesmo sexo envolvem mais valores do que aqueles específicos do casal. Elas podem ser vistas igualmente como produto das distintas possibilidades institucionais da reprodução nesses contextos e assim se configuram como coprodutores dessas formas familiares, tais como, políticas públicas que facultam a adoção por estes casais ou reconhecem a família criada por esses laços quando do uso de TR, o acesso a serviços de saúde e poder implicar ambas as mães na filiação, as possibilidades abertas pelos bancos de sêmen de escolha do doador e facultarem o uso desse material em uma nova gestação visando a consanguinidade entre irmãos (FONSECA, 2008).

O contexto normativo no país

O desenvolvimento das TR no país foi marcado por um contexto de pouca regulação (BARBOSA, 1999; DINIZ, 2003). Assim, se por um lado a divulgação das técnicas e, em especial, de seus êxitos recebe amplo espaço, sabe-se pouco sobre como as atividades dos serviços são desenvolvidas. Em 2005, com a criação pela ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Sistema Nacional de Produção de Embriões (SisEmbrio) estabelecendo um registro nacional de células germinativas, tecidos e bancos e uma sistemática de informação e registro sobre a produção de embriões humanos por fertilização *in vitro* foi possível ter uma ideia aproximada dos números oficiais da atividade no país. De acordo com os dados do sistema no ano de 2014, 106 serviços informaram a realização de 27.871 ciclos de reprodução assistida, com 47.812 embriões criopreservados (68% deles provenientes de clínicas localizadas na região sudeste), dos quais 227 foram doados para pesquisa (ANVISA, 2015)⁷.

A maioria dos serviços voltados às TR é privado. Contudo, há serviços públicos ou ligados a universidades, que atendem quem não tem condições de arcar com os custos de uma clínica privada. Makuch (2010) menciona a existência de 23 serviços de infertilidade públicos e 12 universitários no país. As clínicas privadas se concentram na região sudeste do país e ofertam técnicas de alta complexidade (injeção intracitoplasmática de sêmen/ICSI; micro manipulação, fertilização *in vitro*/FIV). Não há referências precisas quanto ao número de serviços em funcionamento e não existe algum tipo de licença para regular o funcionamento destes. De acordo com a Rede Latino Americana de Reprodução Assistida (REDLARA)⁸ em 2015, haviam 61 clínicas do Brasil

⁷ Observo que o registro e envio de informação ao sistema (SisEmbrio) é obrigatório. Contudo, o número de serviços é inferior aquele registrado na Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida.

⁸ A REDLARA é uma rede de centros de reprodução assistida da América Latina criada em 1995, que realiza a acreditação de centros e catalogação de seus resultados. Hoje 172 centros fazem parte da rede e foram responsáveis em 2012, por 47.326 procedimentos em reprodução assistida.

registradas (REDLARA, 2015). Já segundo a Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida (SBRA), sociedade médica constituída em 1996, que associa profissionais e clínicas, são 128 clínicas associadas pelo país de acordo com o registro de 2015.

Para regular as práticas uma resolução do CFM – Resolução no. 1.358 (CFM, 1992), foi criada em 1992, e regulou as práticas até dezembro de 2010, quando foi substituída pela resolução 1.957. Em 2013, o conselho edita a resolução no. 2.013, alterando particularmente a quem as técnicas se destinam (CFM, 2013). Destaca-se, que desde meados dos anos 1990, houveram iniciativas de projetos de lei específicos para regular o exercício da TR, algumas foram aprovadas em comissões na Câmara dos Deputados, mas não tiveram prosseguimento. A nova resolução amplia os sujeitos aos quais as técnicas podem ser aplicadas – “todas as pessoas capazes” e torna explícito que “é permitido o uso em relacionamentos homoafetivos e pessoas solteiras”. Substitui a definição das técnicas como voltadas para resolver problemas de infertilidade para “auxiliar na resolução dos problemas de reprodução humana facilitando o processo de procriação” (CFM, 2013).

A mudança na expressão “problemas de infertilidade” para “problemas de reprodução humana” faculta a utilização das técnicas para outros contextos que não os casos definidos como inférteis, com problemas de saúde para conceber. Aliás, a possibilidade de tratar pessoas sozinhas ou mesmo casais de mesmo sexo, não era em si um impedimento na resolução anterior, na medida em que não limitava o acesso a casais, mas menciona “toda mulher” e não expressava a ideia de casais de sexo diferente⁹. Contudo, acabava por reforçar uma ideia médica de intervenção do âmbito biológico colocando em segundo plano outros processos reprodutivos ou demandas por reprodução, que o desenvolvimento das tecnologias passou a possibilitar. Os termos infertilidade ou infecundidade, usados como sinônimos pela literatura médica indicam a incapacidade de conceber e de desenvolver uma gravidez, mas com uma acentuação relativa e temporânea (PIZZINI, 1992). Nos estudos médicos a infertilidade é usualmente referida somente a inabilidade de conceber. Para a Organização Mundial de Saúde, em termos epidemiológicos, trata-se da inabilidade de conceber após alguns anos de relações sexuais regulares não protegidas (RUTSTEIN e IQBAL, 2004). Em termos clínicos costuma-se considerar um ano de exposição e em termos demográficos um período de cinco anos (ZEGERS-HOCHSCHILD *et al.*, 2009). Segundo Balen (2009) o conceito de infertilidade apresenta significados e consequências diferenciados em diferentes contextos sociais e podemos diferir a ausência de filhos de forma voluntária e involuntária. A ausência involuntária

⁹ Vale observar que as técnicas já eram utilizadas por casais de mesmo sexo no país, como o estudo de Machin (2014) demonstra, mesmo antes da resolução de 2013. Contudo, entrevistas realizadas com profissionais dos serviços em 2010 e 2011 indicavam haver resistências ao atendimento de casais de mesmo sexo.

pode estar associada a infertilidade, mas também por razões sociais como não existência de criança de um sexo particular ou de um parceiro de mesmo sexo.

Assim, se no contexto da antiga resolução estavam habilitados ao uso da técnica casais com problemas de saúde para conceber a nova normativa ao ampliar o acesso às práticas desconecta a tecnologia do campo reprodutivo de uma perspectiva de saúde/doença para um contexto de reconhecimento de direitos.

As falas dos profissionais de saúde envolvidos nesse campo realizadas pela pesquisa, portanto, anteriormente a nova resolutiva, indicava que o atendimento de lésbicas estava sendo realizado por algumas clínicas privadas e alguns serviços públicos.

A resolução de 92, no meu ponto de vista ela foi uma resolução muito bem pensada e eu chamaria de brilhante. Porque ela começa...ela diz 'as técnicas de reprodução assistida se destinam ao casal...etc...se casado', não quer dizer que eu não possa fazer se a pessoa não for casada. Ela não diz isso, ela textualmente não fala. Então, se a gente for ao pé da letra, olhar o ponto de vista ético, é possível fazer. (E. médico especialista em RA).

Mas, também havia entendimentos de que há um modelo tradicional de família que deve prevalecer e a norma teria possibilitado isso.

O indivíduo pode até fazer a opção sexual dele de ser um homossexual, mas eu acho que ele tá querendo demais. E ele não tem o direito de usar outras pessoas. Essa criança que vai viver com eles, eles não estão pensando no que vai ser ela. Elas tão tentando satisfazer um desejo egoísta delas de se aparentar como famílias, já que elas não conseguiram construir uma família na regra habitual, elas tão querendo buscar se justificar de uma forma egoísta, de um jeito... e forçando a sociedade. Como hoje a comunidade homossexual tá grande e ela tem dinheiro, ela tem prestígio, ela tem formação intelectual, ela tem acesso ao poder, ela tem acesso à legislação... então, ela força. Mas a sociedade, tem que definir claramente quais são os parâmetros dela. Sou contra em qualquer forma, mesmo por adoção, um casal viver no mesmo teto, um casal gay com um filho..independente do sexo, sou contra (M. médico, especialista em RA).

A discussão aqui remete às possibilidades abertas pelas TR para além de seu uso em casos de infertilidade. Como já referido pela literatura (a exemplo da discussão empreendida pelo que ficou conhecido como síndrome do nascimento virgem no Reino Unido), há receio de que a medicina possa figurar como instrumento para o surgimento de outras configurações que fujam do tradicional contexto de família (STRATHERN, 1992). Há um certo incomodo em ser 'esse instrumento'.

Assim, a tecnologia tem sido empregada visando proporcionar “uma ajuda” restaurando uma capacidade tida como natural – a reprodução e acaba por envolver ideais de sexo, gênero, classe social, idade e sexualidade como igualmente de famílias construídas (FRANKLIN, 1997; MAMO, 2007). Referências a um domínio do artificial ou do técnico tendem a ser minimizadas quando se trata de utilizar a tecnologia visando apoiar a ‘natureza’. Os fatos considerados do domínio da natureza no contexto de uso da tecnologia passam a ser tomados como questões de escolha e quanto mais o reconhecimento da parentalidade passa a ser de domínio da legislação mais difícil se torna pensar a natureza como elemento independente da construção social, conforme assinalado por Strathern (1992).

Entretanto, a reprodução de casais de mesmo sexo não é percebida como a necessitar de uma ‘ajuda medica’ para se realizar por ser percebida como não “natural” e por desafiar um modelo tradicional de família. Às vezes, as legislações em TR não chegavam a proibir o acesso de casais homossexuais, contudo requerem dos médicos consideração quanto às implicações desse atendimento para o bem-estar da criança a ser gerada, o que inclui a consideração de proporcionar o nascimento de uma criança sem um pai (HAIMES E WEINER, 2000). Nesse sentido, a demanda feita por casais de mesmo sexo pela concepção desafia preceitos como a importância e lugar do pai na filiação e o papel do intercurso sexual para a reprodução. A ideia de ser “um instrumento” que proporcione a gestação nesses casos provoca nos profissionais inquietação como observa essa psicóloga que atua no campo há nove (9) anos:

Eu particularmente sou a favor, porque os médicos, eu vejo no meio medico uma certa resistência, já tem discussão que eu participo, discussão científica eu vou como psicóloga, eu vejo que eles se colocam “Será que é certo estarmos proporcionando isso?” Um questionamento deles. “Será que estamos indo contra a natureza? Será que essa criança não vai ter problema?”... Receio de ser um instrumento disso, a formação da criança e a participação deles nisso. De ser o instrumento disso. Eu vejo isso. “Será que é certo o que eu estou fazendo?”

Esse aspecto também foi mencionado nos depoimentos médicos.

Agora isso é ético, isso é legal (tratar casal de mulheres), isso é...quer dizer, eu posso não tratar ou também, o médico tem um certo livre arbítrio.. o medico não pode negar socorro, o médico não pode se há risco de vida, o médico não pode se abster de salvar uma vida. Mas, o médico pode se abster, por exemplo, de tratar de mulheres nessa situação. Eu pessoalmente até hoje não me abster, mas tenho um pouco de dúvidas também, aonde que a coisa vai parar. Eu não me abster porque eu faço pedidos para o CRM (Conselho Regional de Medicina) se eu posso ou não posso tratar daquela mulher e o CRM libera...(médico especialista em RA)

Mas, na ausência de legislação específica a resolução de uma categoria profissional se configura como o parâmetro a definir quem pode ter acesso aos procedimentos e pode reforçar o poder médico como a referência absoluta sobre o campo em questão e igualmente protegê-los em face das inquietações trazidas.

Quando sexo sem reprodução encontra reprodução sem sexo

Casais heterossexuais têm sido os 'legítimos' usuários das tecnologias reprodutivas por serem reconhecidos pela medicina como os usuários de fato dos tratamentos destinados a restaurar ou promover as características tidas como inerentes à união heterossexual – a procriação (MAMO, 2007; MACHIN, 2014). Casais homossexuais ou mesmo mulheres solteiras são percebidos como situações envoltas em questões éticas como a literatura sociológica e antropológica que trata das TR já demonstrou (FRANKLIN e MCKINNON, 2001; THOMPSON, 2005; MAMO, 2007; LUCE, 2010). A definição médica formulada sobre infertilidade, como uma disfunção ou falta de habilidade para reproduzir a partir de determinado período de tempo de ocorrência de relações sexuais desprotegidas, não encontra correspondência entre lésbicas. Quando não há gravidez esta não pode ser identificada com uma inabilidade física, mas como um tipo particular de situação social, que demanda tratamento e é codificada em termos médicos como de ausência de sêmen (MAMO, 2007). As TR surgiram com o objetivo de contornar a infertilidade ao possibilitar a gestação a casais inférteis, mas também abriram novas possibilidades para aqueles que vivem outras formas de relacionamento, com parceiros do mesmo sexo a imaginar a possibilidade da reprodução.

Os casos do campo

Caso 1 – Fertilização *in vitro* (FIV) com sêmen adquirido nos EUA

Cintia e Silvia estão juntas há oito anos. Cintia tem 51 e Silvia tem 32 anos. Cintia em razão de sua identidade de gênero nunca pensou em gestar. Mas, gostaria que sua companheira tivesse um filho com suas características. Um filho significaria uma maior aceitação da sua família (quanto a sua orientação sexual), e também da sociedade. Já Silvia relata ter tido sempre vontade de ser mãe e viver o processo da gestação. À época da entrevista elas já tinham feito (5) procedimentos de inseminação com provedor de sêmen do Brasil e estavam se preparando para a primeira FIV com provedor de sêmen dos Estados Unidos. Elas optaram por realizar a inseminação porque queriam que fosse um processo mais 'natural'. Diante dos resultados negativos mudaram de clínica. Gostariam de poder fazer a técnica ROPA, da qual já haviam ouvido falar em grupos de redes sociais voltados às lésbicas, mas em razão da idade de Cintia

essa não era uma opção. Como Silvia iria gestar optaram por escolher o provedor de sêmen com características próximas do perfil de Cintia. Cintia relata sua preocupação em não ter nenhum vínculo genético com a criança que iria nascer e numa situação de separação não ter nenhum direito reconhecido. Nesse sentido, mencionou que tomou o cuidado de guardar todos os recibos dos pagamentos realizados com o processo para registrar sua participação no processo. Quanto ao uso de sêmen proveniente de banco no Brasil relatam insegurança com o processo, pois havia muita dificuldade de localizar fornecedores com características próximas ao perfil de Cintia (pele clara e ruiva) e possuíam receio quanto ao perfil social e cultural destes. Referem também preocupação quanto a não ter informações detalhadas sobre o histórico de saúde dos provedores além da sua última geração. Num contexto em que tantos elementos são descritos como vinculados ao genético isso causava muita preocupação. Ao trocar de clínica optaram por uma que trabalhava com importação de sêmen dos Estados Unidos e compraram amostras suficientes para serem usadas em procedimentos futuros visando criar vínculo entre as crianças numa gestação futura. Neste serviço escolheram os provedores de sêmen diretamente dos sites e, segundo Cintia, ‘escolheram o melhor, o cara tem uma saúde perfeita, estou tranquila com a saúde do cara’.

Caso 2 – FIV com ROPA e sêmen adquirido nos EUA

Gabriela e Lúcia estão juntas há oito anos. Gabriela tem 32 e Lúcia tem 42 anos. Ambas revelaram que desejavam gestar. Como Lúcia estava perto dos 40 anos pensaram que esta podia ser sua última chance. Contudo, por ter feito duas cirurgias prévias tinha receio de poder levar adiante uma gravidez. Estavam motivadas a realizar a técnica ROPA, pois poderiam satisfazer o desejo de Lúcia em ter alguém com “sua carinha” e o de Gabriela que gostaria da experiência de engravidar, dar à luz e amamentar. Mas, achavam que esta era uma ideia impossível de realizar em razão da idade de Lúcia. Na clínica o médico as estimulou a realizar esse procedimento. Fizeram um procedimento de FIV com provedor de sêmen de banco do Brasil e técnica ROPA, usando óvulos de Lúcia para serem gestados por Gabriela. Com o desapontamento pelo resultado negativo ouviram do médico, que o procedimento certamente poderia dar certo com o uso dos óvulos de Lúcia, mas que provavelmente seriam necessárias algumas tentativas. Decidiram fazer outro procedimento, mas sem a participação de Lúcia no processo já que não estavam dispostas a sofrer o desgaste de novos procedimentos e nem pretendiam arcar com tantos gastos. E, nesse caso, Lúcia teve que reorganizar ‘seu lugar’ no processo. "Vai ser de outro jeito, mas vai ser o mesmo, não haverá problema". Acreditam que a disponibilidade de amostras no banco brasileiro é muito restrita e tem insegurança quanto à

qualidade do sêmen considerando histórico de saúde de gerações anteriores e também encontravam dificuldades em obter amostras de provedores com cabelos e olhos claros. Diante da possibilidade aberta pela clínica de importar sêmen dos Estados Unidos se sentiram mais seguras e tranquilas com o processo. Buscaram nos sites nos Estados Unidos provedores de sêmen com as características fenotípicas de Lúcia, que não iria gestar. Escolheram um doador que pela foto de criança era muito parecido com Lúcia e com um perfil de doenças familiares sem indicação de histórico familiar de câncer, uma preocupação de Gabriela em razão de sua família. Ademais, relataram terem adorado a proximidade que a busca pelo site trouxe de quase conhecer a pessoa virtualmente, de poder criar um laço “pelo menos você consegue ter uma relação virtual com a pessoa, tipo conhecer um namorado na internet”. E este laço não poderia ser criado com um provedor com identidade sigilosa. Mencionaram também a preocupação com o histórico de saúde do provedor de sêmen com relação à criança, que não disporia de informações quanto ao lado paterno, por exemplo, numa consulta médica.

Caso 3 – FIV com ROPA e mix de óvulos com sêmen adquirido no Brasil

Nádia e Lana estão juntas há sete anos e já celebraram sua união civil. Nádia tem 45 e Lana tem 30 anos de idade. Lana sempre quis uma gravidez e Nádia relata gostar e ter muito jeito com crianças. Decidiram quem iria gestar considerando a atividade profissional. O trabalho exercido por Lana permitiria o cuidado com o bebê na licença maternidade e Nádia por ser profissional autônoma não teria condições de se ausentar do trabalho. Procuraram uma clínica para os procedimentos e realizaram quatro tentativas até obter a gravidez e o nascimento do bebê. Havia ouvido falar da técnica ROPA por meio de redes sociais. Realizaram 4 FIV com a técnica ROPA, com uso dos óvulos de Nádia e gestação por Lana, com provedor de sêmen de banco no Brasil. Nas três primeiras tentativas não chegaram a conseguir embriões viáveis para transferência. Todas estas foram feitas com o mesmo provedor de sêmen. Chegaram a cogitar o uso de sêmen de um amigo, que se dispôs a colaborar. Contudo, ao perceberem que este pretendia envolvimento com a criança desistiram, pois não queriam uma terceira pessoa no processo. Cogitaram o uso de provedor de sêmen dos Estados Unidos, mas avaliaram que não teriam condições de arcar com mais este custo. Quanto ao uso da técnica ROPA ambas realizaram estimulação ovariana visando sincronizar o ciclo. Optaram por utilizar óvulos das duas no processo, que no laboratório foram acrescidos do sêmen do provedor. Este procedimento denominado “mix de óvulos” é proposto por várias clínicas no país como uma forma de minorar o sofrimento e resistência de várias mulheres, que necessitam de doação de óvulos para conceber. O procedimento realizado deixa a dúvida, já que existe a possibilidade do óvulo

fecundado ser de uma ou de outra. Elas não têm interesse em saber qual é a mãe genética e esta informação poderá ser buscada pelo filho, se este desejar, ao alcançar a maioridade. Na quarta tentativa de FIV escolheram outro provedor de sêmen do mesmo banco. Segundo Nádia a escolha do provedor considerou as características fenotípicas do casal. Contudo, revelaram dificuldade quanto à escolha por haverem poucas opções e as informações serem muito restritivas. Consideram que o nascimento do bebê aproximou as suas famílias de origem, que estavam relativamente afastadas em razão do conhecimento de suas orientações sexuais.

Reprodução entre lésbicas: negociando a concepção

O projeto de parentalidade revelado pelas entrevistadas aponta para a valorização da autonomia do casal objetivando a escolha do melhor caminho para viabilizar esse projeto. Há predomínio da ideia de não envolver uma terceira pessoa no projeto de parentalidade, ou seja, incluir um doador conhecido ou que tenha pretensões de estar presente no desenvolvimento da criança. Optam pelo acesso à tecnologia reprodutiva e uso de provedor de sêmen desconhecido. Há um receio de que um conhecido (amigo ou parente, por exemplo) queira exercer o papel de pai ou estar próximo da criança. Esta posição parece se ancorar em dois aspectos. Um receio de que esta terceira parte queira participar de fato do desenvolvimento da criança e os riscos legais que o casal de mulheres pode correr deste homem entrar na justiça pelo reconhecimento legal de sua paternidade retirando o lugar da co-mãe. Nesse sentido, podemos considerar os arranjos familiares e o valor atribuído às famílias construídas num contexto de crescente expansão do individualismo e associados com a questão de “escolha” e “opção” no mundo ocidental como elementos característicos de um projeto reprodutivo.

Quando chegam às clínicas, em regra, já possuem uma certa clareza do que gostariam de fazer e quem irá gestar. Essas mulheres chegam a ser vistas pelos profissionais como detentoras de muita maturidade com relação ao projeto que pretendem desenvolver e bem informadas de seus direitos. Essa situação chama atenção, pois parece que estas mulheres correspondem a um perfil diferente dos casais inférteis detentores, muitas vezes, de fragilidades ao lidar com a situação de infertilidade.

A decisão sobre quem vai gestar está baseada em acordos que envolvem diferentes perspectivas. Questões como identidade de gênero, idade, profissão são elementos apontados pelas mulheres como definidores nesse processo. Essa atitude parece aos médicos pouca clara. Alguns mencionam acreditar se tratar de uma divisão tradicional de papéis de gênero -

masculino/feminino entre as lésbicas. Entretanto, essa ideia não encontra correspondência nos relatos colhidos.

A técnica ROPA (Recepção de óvulo da parceira) é demanda frequente das mulheres se configurando como um “modelo ideal”. Na prática corresponde a um processo de ovo doação com uso de doador. Segundo Grossi (2003) esse é o maior desejo entre lésbicas no país. O uso da técnica é descrita em outros países como Espanha (MARINA, 2010) e Estados Unidos (MAMO, 2007; THOMPSON, 2005), mas não parece ter a dimensão e a demanda conforme é formulada no Brasil. Nas situações observadas nas clínicas e colhidas em depoimentos de profissionais de saúde e lésbicas essa é uma grande demanda. Interessa registrar que essa situação tem sido ofertada e estimulada pelos profissionais médicos quando as mulheres desconheciam essa possibilidade. Em alguns depoimentos lésbicas mencionam que achavam essa ideia uma utopia e não imaginavam ser possível, mas que esta teria sido oferecida pelo médico para que "fizessem o que todas estão fazendo". Nesse procedimento há uma vinculação biológica e legal das duas mulheres no processo com uso de sêmen proveniente de um banco. Essa solução permite o estabelecimento de vínculo de ambas com a criança criada rompendo com questões de iniquidades na relação e mesmo na perspectiva legal do ‘lugar’ de uma das parceiras no processo. Ou seja, a um só tempo permite uma conexão biológica, genética e legal com o bebê gestado. Nos casos identificados no país já há jurisprudência com a emissão de certidão de nascimento da criança com o nome das duas como mães. Importa considerar que sob uma perspectiva médica ambas as parceiras são medicalizadas e devem se submeter aos procedimentos, que são mais complexos e caros que uma inseminação com doador.

Na impossibilidade desse processo em razão da idade de uma das parceiras o uso do banco de sêmen adquire maior peso. Já que irá se buscar a adequação fenotípica do provedor de sêmen com o perfil daquela que não irá gestar ou fornecer seus óvulos para o processo, situação de Lúcia e Cintia. Elas procuraram um provedor com características fenotípicas próximas a elas para se sentirem vinculadas ao processo como co-mães. Essa situação no processo revela a importância em eternizar os vínculos construídos indicando um receio de que numa situação de separação por força legal percam o contato com a criança ou sejam impedidas de tê-lo. Assim há a busca de estratégias para abstrair a substância biogenética do provedor e produzir uma criança com conexão com ambas (HAYDEN, 1995). Nesse sentido, a ênfase não está somente no parentesco, mas em diferentes práticas construídas em torno de uma cultura de conectividade "culture of relatedness" conforme descrita por Carsten (2000).

A obtenção de sêmen para o processo se revela uma questão central na construção do projeto de filiação por lésbicas. Um dos elementos observados é haverem poucas amostras de sêmen disponíveis nos bancos brasileiros. Na legislação brasileira a doação de sêmen é anônima e não pode envolver qualquer tipo de ganho, nem mesmo ajuda de custo relativa aos deslocamentos realizados para os procedimentos para que não se configurem práticas comerciais. O perfil do doador, segundo profissionais dos bancos existentes, é de um doador nato, ou seja, de um homem habituado a doar sangue, por exemplo. Em razão do princípio do anonimato as clínicas só recebem algumas informações fenotípicas dos doadores disponíveis segundo a própria demanda formulada pela clínica médica. Segundo os casos 1 e 2 há poucas escolhas a serem feitas, pois os dois bancos existentes no país não possuem amostras com as características físicas (quanto à cor de cabelo, olhos e pele), que as mulheres demandam. Origem e identidade étnica, geográfica e ancestral evocam como sujeitos e famílias “sabem” sobre si e como se situam em relação a outros grupos tendo um papel importante no reconhecimento de seu pertencimento (MAMO, 2007). Assim, enquanto no uso do material genético disponível no país a mediação é feita pelos serviços médicos (clínica-banco de sêmen-clínica), quando se trata de importação de material genético dos Estados Unidos¹⁰, as próprias interessadas podem fazer uma busca nos sites dos bancos americanos e buscar o doador mais adequado.

Ainda no âmbito da obtenção de material genético de terceiros para o projeto de filiação os três casos mencionam a importância de informações mais detalhadas sobre o histórico de saúde do doador. A maior demanda por informações sobre o histórico de doenças familiares do provedor invoca a noção contemporânea da importância dos genes (DNA) na transmissão de doenças. Um doador com histórico de saúde bom (sem caso de câncer na família ou mesmo de outras patologias tidas como hereditárias) é percebido com um elemento que possibilita ‘reescrever’ uma dada história familiar ao incorporar uma genética diferente daquela que se herda, proporcionando uma descendência melhorada, redesenhada, por meio da oportunidade de escolha ofertada pela tecnociência.

Os relatos compartilham confiança na tecnociência para viabilizar o projeto de família. Outras possibilidades que viabilizem o exercício da gestação entre lésbicas são descartadas por não se revelarem soluções confiáveis em razão dos riscos percebidos. Assim, a TR é uma solução efetiva para não correr os riscos relacionados a fazer uso de uma solução doméstica com doador conhecido pelas implicações de transmissão de doenças e pelo doador poder desejar, em

¹⁰ Para que o material possa ser importado é necessário que a clínica solicite uma autorização da ANVISA informando que o sêmen demandado para o processo não está disponível no país. Mediante esta autorização é possível à importação das amostras.

algum momento, se envolver com a filiação. Aqui há destaque ao aspecto da segurança do processo e também da manutenção do anonimato em face de um doador desconhecido. Há igualmente a valorização da TR como uma solução segura por proporcionar um melhor controle na escolha do sêmen melhorando a qualidade da filiação quanto à nova geração.

Referências Bibliográficas

ANVISA. *8º Relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões. SisEmbrio*. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, p.26p. 2015

BALEN, F. V. Infertility and culture: explanations, implications and dilemmas. In: CULLEY, L.; HUDSON, N., *et al* (Ed.). *Marginalized reproduction: Ethnicity, infertility and reproductive technologies*. London: Earthscan, 2009. p.34-48.

BARBOSA, R. M. *Desejo de filhos e infertilidade: um estudo sobre a reprodução assistida no Brasil*. 1999. (Doutorado). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Departamento de Sociologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

CARSTEN, J. (org.). *Cultures of relatedness: new approaches to the study of Kinship*. Cambridge. Cambridge University Press. 2000.

CFM. *Resolução CFM nº1358/1992*. Brasília: Conselho Federal de Medicina. 1992.

_____. *Resolução CFM nº2013/2013*. Brasília/DF: Conselho Federal de Medicina. 2013.

DINIZ, D. Tecnologias reprodutivas conceptivas: o estado da arte do debate legislativo brasileiro. *Jornal Brasileiro de Reprodução Assistida*, v. 7, n. 3, 2003.

DUNNE, G. A. Opting into motherhood: lesbians blurring the boundaries and transforming the meaning of parenthood and kinship. *Gender & Society*, v. 14, n. 1, 2000.

FARIAS, M. O.; MAIA, A. C. B. *Adoção por homossexuais: a família homoparental sob o olhar da Psicologia Jurídica*. Curitiba: Juruá Editora, 2009.

FARINELLI, M. R.; MENDES, S. L. M. Adoção por homoafetivos. *Serviço Social e Realidade*, v. 17, n. 1, 2008.

- FONSECA, C. Homoparentalidade: novas luzes sobre o parentesco. *Estudos Feministas*, v. 16, n. 3, 2008.
- FRANKLIN, S. *Embodied progress: a cultural account of assisted conception*. London: Routledge, 1997.
- FRANKLIN, S.; MCKINNON, S. *Relative values: reconfiguring kinship studies*. Durham and London: Duke University Press, 2001. 519p.
- HAIMES, E.; WEINER, K. 'Everybody's got a dad...'. Issues for lesbian families in the management of donor insemination. *Sociology of Health & Illness*, v. 22, n. 4, p. 477-499, Jul 2000.
- HAYDEN, C. P. Gender, genetics, and generation - reformulating biology in lesbian kinship. *Cultural Anthropology*, v. 10, n. 1, p. 41-63, Feb 1995.
- LUCE, J. *Beyond expectation: lesbian/bi/queer women and assisted conception*. Toronto: University of Toronto Press, 2010.
- MACHIN, R. Sharing motherhood in lesbian reproductive practices. *Biosocieties*, v. 9, n. 1, p. 42-59, Mar 2014. ISSN 1745-8552.
- MAKUCH, M. et al. Low priority level for infertility services within the public health sector: a Brazilian case study. *Human Reproduction*, v. 25, n. 2, 2010.
- MAMO, L. *Queering reproduction: achieving pregnancy in the age of technoscience*. Durham & London: Duke University Press, 2007.
- MARINA, S., MARINA, D., MARINA, F., FOSAS, N., GALIANA, N. and JOVÉ, I., 2010. Sharing motherhood: biological lesbian co-mothers, a new IVF indication. *Human Reproduction*, 25 (4), pp. 938-941.
- PIZZINI, F. *Maternità in Laboratorio: ética e società nella riproduzione artificiale*. Torino: Rosenberg & Seller, 1992.
- REDLARA. *Rede Latino Americana de Reprodução Assistida*. 2015. Disponível em: <http://www.redlara.com/aa_portugues/registro_anual.asp?categoria=Registros%20Anuais&catid=415>. Acesso em: 01/07/2015.
- RUTSTEIN, S. O.; IQBAL, H. S. *Infecundity, Infertility, and Childlessness in Developing Countries*. ORC Macro and the World Health Organization. Calverton, Maryland, USA. 2004

RYAN-FLOOD, R. *Lesbian motherhood. Gender, families and sexual citizenship*. New York: Palgrave Macmillan, 2009. 217.

STF. *Arguição de descumprimento de preceito fundamental 132*. Brasília: STF 2011.

STRATHERN, M. *Reproducing the future. Anthropology, kinship and the new reproductive technologies*. Manchester: Manchester University Press, 1992. 200.

THOMPSON, C. *Making parents. The ontological choreography of reproductive technologies*. CambridgeLondon: The MIT Press, 2005. 360.

UZIEL, A. P. *Homossexualidade e adoção*. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

WESTON, K. *Families we choose: lesbian, gays, kinship*. New York: Columbia University Press, 1991.

ZEGERS-HOCHSCHILD, F. et al. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) Revised Glossary of ART terminology. *Fertility and Sterility*, v. 92, n. 5, 2009.