



UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea

POLIANA DE SOUSA RODRIGUES

**DIREITOS REPRODUTIVOS, REPRODUÇÃO MEDICAMENTE ASSIS-
TIDA E A MATERNIDADE COMO UMA ESCOLHA REFLEXIVA**

**Salvador
2019**

POLIANA DE SOUSA RODRIGUES

**DIREITOS REPRODUTIVOS, REPRODUÇÃO MEDICAMENTE ASSIS-
TIDA E A MATERNIDADE COMO UMA ESCOLHA REFLEXIVA**

Dissertação apresentada ao Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre.

Orientadora: Prof.^a Dra. Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti

Salvador
2019

Ficha Catalográfica. UCSal. Sistema de Bibliotecas

R696 Rodrigues, Poliana de Sousa

Direitos reprodutivos, reprodução medicamente assistida e a maternidade como uma escolha reflexiva/Poliana de Sousa Rodrigues. – Salvador, 2019.
131 f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica do Salvador. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea.

Orientadora: Prof^ª. Dra^ª. Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti.

1. Famílias 2. Direitos Reprodutivos 3. Reprodução Medicamente Assistida 4. Maternidade 5. Monoparentalidade I. Universidade Católica do Salvador. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação II. Cavalcanti, Vanessa Ribeiro Simon – Orientadora III. Título.

CDU 316.356.2:614.253

TERMO DE APROVAÇÃO

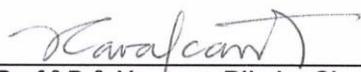
Poliana de Sousa Rodrigues

**“DIREITOS REPRODUTIVOS, REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA E A
MATERNIDADE COMO UMA ESCOLHA REFLEXIVA.”**

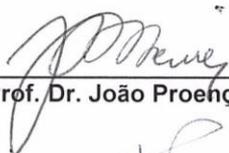
Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador.

Salvador, 01 de fevereiro de 2019.

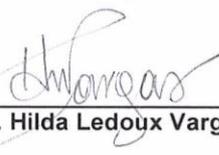
Banca Examinadora:



Prof.^a Dr.^a Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti
Orientador(a) - (UCSAL)



Prof. Dr. João Proença Xavier – (UPT)



Prof.^a Dr.^a Hilda Ledoux Vargas – (UEFS)



Prof.^a Dr.^a Simone Ganem Santos – (UCSAL)

Dedico este trabalho às minhas primas
Saray e Ingrid, por desvendarem um
mundo até então desconhecido.

AGRADECIMENTOS

Deixo aqui o meu mais profundo agradecimento a todas as pessoas que contribuíram de forma direta e indireta na construção deste trabalho.

Inicialmente, meus agradecimentos à Professora Doutora Vanessa Cavalcanti, pela acolhida no mestrado e pela orientação, confiança e autonomia ao longo desses dois anos de trabalho. Obrigada por me fazer acreditar que é possível sim ultrapassarmos nossos limites e alçarmos voo até então inimagináveis. Caminhar ao seu lado na luta pelo e para os Direitos Humanos é um grande privilégio.

Aos participantes de minha banca de qualificação: Professor Doutor João Proença Xavier, Professora Doutora Hilda Ledoux Vargas, Professora Doutora Simone Ganem Santos, que muito ativamente colaboraram com críticas pertinentes à elaboração final desta dissertação.

Às minhas colegas do mestrado e às grandes amigas que surgiram no percurso.

À Fundação de Amparo à Pesquisa da Bahia – FAPESB e a Universidade Católica do Salvador – UCSAL, pelos auxílios concedidos ao longo deste trabalho.

Ao meu pai Zezinho, minha mãe Janda, meu irmão Rafael e meu sobrinho Ernesto, maiores incentivadores das minhas vitórias e grandes exemplos de força, luta e coragem na vida.

Aos meus amigos do Poli + Amor = PoliAmor, gratidão pela amizade, cumplicidade e companheirismo de sempre! Sigamos!

*“Maria, Maria
É um dom, uma certa magia
Uma força que nos alerta
Uma mulher que merece
Viver e amar
Como outra qualquer
Do planeta
Mas é preciso ter manha
É preciso ter graça
É preciso ter sonho sempre
Quem traz na pele essa marca
Possui a estranha mania
De ter fé na vida”*

Milton Nascimento, 1978.

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo analisar como o uso das tecnologias de reprodução medicamente assistida contribuem para a escolha reflexiva da maternidade sem conjugalidade, na perspectiva dos direitos reprodutivos. Para tanto, analisou-se o processo histórico de construção dos direitos reprodutivos e a contribuição do movimento feminista na afirmação do direito ao corpo e à filiação, e sua inclusão no catálogo dos direitos humanos. Buscou-se no campo da bioética e do biodireito, descrever as repercussões éticas, jurídicas e sociais suscitadas pelo tema, percorrendo história do Tempo Presente e abordagens interdisciplinares exigidas pela delimitação do objeto-problema. Foram mapeados aspectos regulatórios da reprodução medicamente assistida no Brasil, bem como o projeto de lei sobre a matéria que encontra-se em tramitação. Como escolha metodológica, utilizou-se uma abordagem qualitativa numa perspectiva interdisciplinar. O diálogo dos saberes (direito, ciências sociais e teorias feministas) torna-se a base teórica deste estudo. Técnicas e procedimentos de investigação dessa natureza indicaram análise de documentos oficiais, revisão historiográfica e legislativa, bem como entrevistas com mulheres que fizeram opção pela maternidade reflexiva e uso da reprodução medicamente assistida. Aprovado pelo CEP/UCSAL/2018 CAAE (03119118.2.0000.5628), uma análise descritiva e histórica consolidou o percurso da escrita. Como resultados, pode-se apontar o pouco investimento do Estado (tanto do ponto de vista legislativo, instituições e agendas regulatórias) e o crescente domínio do setor privado (clínicas especializadas). Categorias foram extraídas após entrevistas em profundidade e com uso de “bola de neve” para aproximação, indicando os seguintes eixos centrais: motivação/reflexividade, fatores econômicos e decisórios, escolha reflexiva da maternidade, família monoparental planejada, dificuldades e cenas do cotidiano, reprodução medicamente assistida como método reprodutivo e acesso às clínicas na realidade soteropolitana. Informações e análises foram apresentadas como resultados da pesquisa empírica, trazendo contribuições acerca de dinâmicas sociais e familiares que se construíram nas últimas décadas. Por fim, a monoparentalidade planejada através das técnicas conceptivas e seus desdobramentos econômicos e sociais foram abordados através das trajetórias de mulheres que realizaram o procedimento e configuração de grupos familiares com matizes e relacionamentos de um campo em mudança e que exigem marcos legais, regulatórios e sociais diferenciados e adaptados às dinâmicas já vividas.

Palavras-chave: Famílias. Direitos Reprodutivos. Reprodução Medicamente Assistida. Maternidade. Monoparentalidade.

ABSTRACT

The present work aims to analyze how the use of medically assisted reproductive technologies contributes to the reflexive choice of motherhood without conjugality, in the perspective of reproductive rights. In order to do so, the general objective was to analyze the historical process of elaboration of reproductive rights and the contribution of the feminist movement to the affirmation of the right to the body and to filiation, and its inclusion in the catalog of human rights. It was sought in the field of bioethics and bio-law, to describe the ethical, legal and social repercussions raised by the theme, traversing the history of present time and interdisciplinary approaches required by the delimitation of the object problem. Regulatory aspects of medically assisted reproduction were mapped in Brazil, as well as the law-project on the subject that is in process. As a methodological choice, a qualitative approach was used in an interdisciplinary perspective. The dialogue of knowledge (rights, social sciences and feminist theories) becomes the theoretical basis of this study. Techniques and investigation procedures of this nature indicated the analysis of official documents, historiographical and legislative revision, as well as interviews with women who opted for reflexive motherhood and the use of medically assisted reproduction. Approved by CEP / UCSAL / 2018 CAAE (03119118.2.0000.5628), a descriptive and historical analysis consolidated the course of writing production. As a result, one can point out the lack of state investment (both from the legislative point of view, institutions and regulatory agendas) and the growing dominance of the private sector (specialized clinics). Categories were extracted after interviews in depth and using "snowball" to approach, indicating the following central axes: motivation / reflexivity, economic and decision factors, reflexive choice of motherhood, planned single parent family, difficulties and daily scenes, reproduction medically assisted as a reproductive method and access to clinics in the reality of Salvador. Information and analysis were presented as results of the empirical research, bringing contributions about social and family dynamics that were built in the last decades. Finally, single-parenting planned through conceptual techniques and their economic and social developments were approached through the trajectories of women who performed the procedure and configuration of family groups with shades and relationships of a changing field requiring legal, regulatory and social mark differentiated and adapted to the dynamics already lived.

Keywords: Families. Reproductive Rights. Medically Assisted Reproduction. Maternity. Single parenting.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1: Resumo dos dados informados do SisEmbryo referentes a embriões congelados pelo BCTGs em 2017 segundo a Unidade Federada, Brasil, 2018.....68
- Figura 2: Registro dos bebês nascidos na América Latina, através das técnicas de reprodução assistida.77

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Quantidade (nº absoluto) das amostras seminais importadas, por perfil dos solicitantes, Brasil, 2014 a 2016.....	95
Gráfico 2: Evolução (absoluta e relativa) do número de famílias chefiadas por mulheres segundo raça/cor. Brasil, 2001-2015.....	100

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Distribuição de recursos para reprodução assistida no SUS/2013.....	61
Quadro 2: Histórico de Marcos Legais (1997 – 2017)	81

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ADI	Ação Direita de Constitucionalidade
ADPF	Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BCTG	Bancos de Célula e Tecidos Germinativos
CC	Código Civil
CF	Constituição Federal
CFM	Conselho Federal de Medicina
CID	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CIPD	Conferência Internacional de População e Desenvolvimento
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
DNA	Ácido desoxirribonucleico
DST	Doença sexualmente transmissível
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FIV	Fertilização <i>in vitro</i>
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IA	Inseminação Artificial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICIS	Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoides
ICMART	Comitê Internacional para Monitoramento de Tecnologias de Reprodução Assistida
IUI	Inseminação Intrauterina
IMIP	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
LPF	Lei de Planejamento Familiar

MS	Ministério da Saúde
MTRA	Monitoramento da Tecnologia Reprodutiva Assistida
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PAISM	Programa de Assistência Integral à Mulher
PEC	Projeto de Emenda à Constituição
PL	Projeto de Lei
PMA	Procriação medicamente assistida
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
RA	Reprodução Assistida
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
REDLARA	<i>Red Latinoamericana de Reproducción Asistida</i>
RHA	Reprodução Humana Assistida
RMA	Reprodução medicamente assistida
RN	Resolução Normativa
SBRA	Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida
SBRH	Sociedade Brasileira de Reprodução Humana
SEI	Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia
SEPM	Secretária Especial de Política para as Mulheres
SisEmbrio	Sistema Nacional de Produção de Embriões
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEC	Transferência de Embrião Congelado
TRA	Técnicas de Reprodução Assistida

TRHA	Tecnologia de Reprodução Humana Assistida
UCSAL	Universidade Católica do Salvador
UFBA	Universidade Federal da Bahia

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
2	DIREITOS REPRODUTIVOS, FEMINISMO E BIOÉTICA: INTERFACE NA CONTEMPORANEIDADE.....	24
2.1	Processo histórico de construção dos direitos reprodutivos e as conquistas do movimento feminista.....	24
2.2	Os direitos reprodutivos no Brasil: o debate sobre corpos femininos.....	38
2.3	Bioética, biodireito e a reprodução medicamente assistida.....	44
3	REPRODUÇÃO MEDICAMENTE ASSISTIDA: DIREITO DISPONÍVEL A TODAS?.....	52
3.1	Panorama em contexto brasileiro.....	52
3.2	Acessibilidades, obstáculos & fronteiras aos serviços.....	67
3.3	A dinâmica social pede urgência no judiciário.....	79
4	A MATERNIDADE COMO UMA ESCOLHA REFLEXIVA NA FORMAÇÃO FAMILIAR.....	88
4.1	Maternidade e tecnologias reprodutivas: novas escolhas.....	88
4.2	Formação de famílias monoparentais femininas.....	97
4.3	Pesquisa de campo: percursos e trajetórias.....	103
4.3.1	Motivação.....	104
4.3.2	Fatores econômicos e decisórios.....	105
4.3.3	Escolha reflexiva da maternidade.....	106
4.3.4	Família monoparental planejada.....	108
4.3.5	Dificuldades / Dia dos pais / das famílias.....	110
4.3.6	Reprodução medicamente assistida: método utilizado.....	111
4.3.7	Adoção.....	113
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	114
	REFERÊNCIAS.....	117
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	127
	APÊNDICE B - ROTEIRO DE PERGUNTAS PARA MULHER ENTREVISTADA.....	129
	ANEXO A – REPORTAGEM DO JORNAL A TARDE DE 30 DE NOVEMBRO DE 2017(REPRODUÇÃO ASSISTIDA: O QUE MUDA COM AS NOVAS REGRAS).....	130
	ANEXO B – DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DE ANTI-PLÁGIO.....	131

1 INTRODUÇÃO

Que nada nos limite, que nada nos defina que nada nos sujeite. Que a liberdade seja nossa própria substância, já que viver é ser livre. (SIMONE DE BEAUVOIR, 1949)

Os avanços da biotecnologia na área reprodutiva vêm possibilitando, nas últimas três décadas, a formação de novos arranjos familiares. Pensar na reprodução como uma possibilidade de escolha e não mais como destino, traz um novo significado para os direitos reprodutivos e assinala um ponto crucial de desenvolvimento técnico-científico, nas práticas legais, econômicas e sociais sobre maternidade, ocupando um lugar sobre poder-saber (FOUCAULT, 2015), impactando em diversos países e culturas outras formas de composição familiar.

A noção dos direitos sexuais e reprodutivos expandiu-se através do movimento feminista principalmente depois do I Encontro Internacional de Saúde da Mulher realizado em Amsterdam (1984). Na origem deste conceito estava presente a discussão sobre autonomia e autodeterminação reprodutiva nas questões relacionadas ao direito ao corpo, à livre escolha da maternidade, à contracepção, o aborto seguro e legal, à assistência integral à saúde sexual e reprodutiva da mulher e o direito à informação e aos avanços científicos¹.

A luta por liberdade e igualdade sexual como forma de enfrentamento às opressões vivenciadas pelas mulheres, pôs em cheque um padrão de sexualidade discriminatório. Ao abranger o gênero como uma categoria analítica capaz de contribuir para o entendimento das relações de poder entre mulheres e homens (SCOTT, 1995), o movimento feminista promoveu a crítica ao modelo idealizado e tradicional de família, abrindo-se concomitantemente focos reivindicatórios e práticas cotidianas de formação de famílias para além dos aspectos no senso comum já regulados. Configuraram-se tempos de famílias em mudanças com composições variadas e plurais, em especial, destaca-se, aquelas formadas através do uso de tecnologias reprodutivas.

¹ “De manera que, cuando se habla del concimiento informado, la posibilidad de acceder a información rigurosa, detallada y clara sobre los procedimientos depende de la voluntad de los profesionales de la salud, de las clínicas, pues la mayor parte de la información sobre el tema está en inglés o en hindi. Esto, suponiendo que la mujer entienda las explicaciones biotecnológicas encriptadas en el lenguaje de la ingeniería comunicativa, una de las informáticas de la dominación (HARAWAY, 1991:162). Idiomas en los que aún las mujeres en general, y las de bajos recursos en particular, somos iletradas (HARAWAY, 1991: 172)”. Essa citação demonstra que acesso e relações de poder estão adstritos também ao campo dos “conhecimentos informados”, consoante sugere Amador-Jiménez (2010, p. 201).

A difusão da pílula anticoncepcional, na década de sessenta, criou as condições materiais para a desvinculação da sexualidade à reprodução, contribuindo para a reformulação do papel da mulher na sociedade. A maternidade, que antes se apresentava como um destino (BEAUVOIR, 1960; 1967; 1980; BADINTER, 2011) passou a ser uma decisão racional com respaldo, na atualidade, em abordagem científica.

A utilização das tecnologias reprodutivas, seja ela contraceptiva ou conceptiva, garantiu às mulheres a possibilidade do controle sobre seus corpos (SCAVONE, 2010). No âmbito das tecnologias de reprodução humana, em especial a medicamente assistida, o ato de reproduzir-se parece figurar, no caso brasileiro, como de foro privado mesmo que já não o seja, uma vez que nesta ação deve ser observada sob as dimensões subjetivas, políticas, socioeconômicas e culturais que a envolvem.

O conjunto de técnicas, tecnologias, equipamentos, procedimentos médicos e biomédicos para a fertilização do embrião *in vitro* recebe denominações variadas, tais como “reprodução assistida”, “reprodução humana assistida” ou ainda “técnicas de reprodução assistida”, que, na prática, se equivalem. (LOYOLA; CORRÊA, 2015). Este trabalho utilizará a terminologia definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para esta área, qual seja “reprodução medicamente assistida”.

A crescente procura pelas técnicas conceptivas no Brasil, já coloca o país no primeiro lugar da América Latina em número de bebês nascidos através desse método (REDLARA, 2014). Todavia, a ausência de lei específica para essa área causa grande insegurança jurídica e insuficiência de políticas públicas. Atualmente, os procedimentos são regidos por regras éticas instituídas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), por um único dispositivo no Código Civil (2002), por portarias do Ministério da Saúde, resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e pela Lei de Biossegurança, que estabelece normas de segurança e mecanismos de fiscalização de atividades que envolvem organismos geneticamente modificados.

Do ponto de vista político, o debate da regulamentação sobre o uso das técnicas de reprodução medicamente assistida não parece ser assunto prioritário ou presente na agenda nacional, quando desigualdades e vulnerabilidades interseccionais são mais prementes. Dificilmente os discursos sobre as práticas reprodutivas com o uso de novas tecnologias, em toda complexidade que os envolvem, se conectam aos desafios a serem enfrentados e às controvérsias legislativas delas decorrentes. Atu-

almente, tramita na Câmara dos Deputados um projeto de lei que apresenta disposições restritivas ao uso das novas tecnologias reprodutivas, apenas aos casais com problemas de infertilidade, sem observar, no entanto, o potencial transformador promovido através da utilização dessas técnicas por casais homoafetivos e pessoas sem conjugalidade.

Estão vinculados a essa pauta assuntos como: o reconhecimento do direito reprodutivo como direitos humanos; elegibilidade no acesso às técnicas; obrigações do Estado na área reprodutiva; oferta de serviço pelo Sistema Único de Saúde (SUS); regulamentação das clínicas privadas; gestação por substituição; gestação *post mortem*; descarte embrionário, dentre outras questões.

No plano internacional, a Conferência do Cairo sobre População e Desenvolvimento (1994), consolidou a discussão em torno da saúde sexual e reprodutiva da mulher, ocasião em que o conceito sobre direitos reprodutivos seria finalmente consagrado em documento da Organização das Nações Unidas, sendo reiterado um ano mais tarde na IV Conferência Mundial sobre a Mulher em Beijing (1995) (CORRÊA; ÁVILA, 2003). No Brasil, a Constituição Federal de 1988², consagrou o direito ao planejamento familiar, tendo como fundamento os princípios da dignidade da pessoa humana, da paternidade responsável, da liberdade e autodeterminação reprodutiva.

Neste contexto, a maternidade como uma escolha reflexiva programada através do uso das tecnologias de reprodução medicamente assistida, apresenta-se como uma questão crescente na atualidade e objeto desta pesquisa. Segundo Scavone (2010), a escolha reflexiva para a aceitação ou não da maternidade vêm possibilitando às mulheres que a decisão pela reprodução – portanto, filiação - seja feita com base na experiência adquirida, sem medo, culpa, ou qualquer sentimento de não realização individual.

A consolidação de um projeto reprodutivo de maternidade, onde não haja conjugalidade estabelecida e que possa ser realizada através da doação de sêmen (BAR-

² “Art. 226. Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas” (BRASIL, 1988, p.1).

BOSA, 2013), reconfigura a dimensão sobre família e maternidade em tempo presente, tornando-se imprescindíveis os estudos sobre os aspectos sociojurídicos desse fenômeno, bem como suas implicações, limitações e casos já desenvolvidos.

A pouca oferta desses serviços pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e os altos valores praticados pelas clínicas privadas vêm contribuindo para o surgimento de um fenômeno social novo e instigante no qual muitas mulheres procuram nas redes sociais, doadores voluntários, não anônimos, para a realização da chamada 'inseminação caseira'. Este procedimento realizado no ambiente doméstico, sem os artifícios tecnológicos das clínicas especializadas nem o devido acompanhamento médico, consiste na introdução do sêmen de um doador no útero feminino através de uma seringa adquirida em farmácia. A utilização deste método, apresenta-se como uma alternativa para mulheres que buscam realizar o desejo da maternidade e não possuem recursos suficientes para arcar com os valores cobrados nas clínicas privadas.

Um estudo que se propõe a analisar a dimensão dos direitos reprodutivos, da maternidade como uma escolha reflexiva e da monoparentalidade feminina planejada através do uso das tecnologias reprodutivas, não conseguirá ser feito apenas por uma ciência, haja vista a complexidade e dimensões ora apresentada. Adotarei, portanto, um olhar interdisciplinar com base na complexidade e na multireferencialidade para análise do tema-objeto-problema, procurando promover um diálogo ente as perspectivas éticas, jurídicas e sociais envolvidas.

A interface entre o Direito, sexualidades, filiação, feminismo, maternidade, política pública e a autonomia da vontade, constituem o campo teórico e categorial deste projeto. Os caminhos metodológicos e o plano de desenvolvimento foram norteados pelos seguintes questionamentos: Como os direitos reprodutivos, no âmbito da reprodução medicamente assistida, contribuem para a escolha reflexiva da maternidade? Como a maternidade, efetivada através das técnicas de reprodução humana assistida, contribuem para a mudança na concepção de família na contemporaneidade?

Frente a estas questões, analisar como as técnicas de reprodução medicamente assistida contribuem para a escolha reflexiva da maternidade como um direito reprodutivo foi o principal objetivo do estudo. A partir desse norte, foram delineados como objetivos específicos: a) pesquisar a consolidação dos direitos reprodutivos como direitos humanos, bem como a contribuição da bioética e do movimento feminista na consolidação desses direitos; b) verificar o atual panorama da reprodução

assistida no Brasil e seus desdobramentos nas políticas públicas e nas decisões judiciais; c) analisar a escolha reflexiva pela maternidade através da utilização das técnicas de reprodução medicamente assistida na formação da família monoparental feminina.

As mudanças promovidas pelo uso das novas tecnologias reprodutivas no âmbito jurídico e social tornam cada vez mais indispensáveis à compreensão interdisciplinar (CASTRO 2011). Para o desenvolvimento deste estudo foi adotada a metodologia qualitativa, com preocupação de natureza teórico-histórica realizada através de revisão bibliográfica e investigação empírica, com múltiplos instrumentos e procedimentos de coleta de dados. Como etapas de desenvolvimento, foi realizado um levantamento bibliográfico, investigando as fontes do Direito: convenções internacionais; legislação específica; jurisprudência dentre outros instrumentos. Também foram analisadas as políticas públicas para a área da reprodução medicamente assistida no Brasil e projetos de lei em tramitação na Câmara dos Deputados.

A procura pelas entrevistadas ocorreu através do método conhecido como “bola de neve”. O tipo de amostragem nomeado como bola de neve é uma forma de amostragem não probabilística, que utiliza cadeia de referência. “A partir desse tipo específico de amostragem não é possível determinar a probabilidade de seleção de cada participante na pesquisa, mas torna-se útil para estudar determinados grupos difíceis de serem acessados” (VINUTO, 2014, p. 203). Dessa forma, procurou-se informantes-chave, capazes de localizar algumas pessoas com o perfil necessário para a pesquisa. Foram encontradas duas mulheres, profissionalmente estabelecidas, com mais de quarenta anos que se tornaram mães sem conjugalidade através das técnicas de reprodução medicamente assistida. Ressalta-se que a partir da entrevistada 1, chegou-se a entrevistada 2.

Foi adotada, nas entrevistas, a abordagem de história de vidas tópica, a qual focaliza uma etapa ou um determinado setor da experiência de vida da pessoa (MINAYO, 1993). Antes de iniciar a realização das narrativas, as entrevistadas receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual foi submetido ao Comitê de Ética na Pesquisa da Universidade Católica do Salvador (CEP/UCSAL)³. O TCLE foi elaborado em linguagem simples e acessível, contendo informações básicas

³ Aprovado pelo CEP/UCSAL/2018 sob o número CAAE: 03119118.2.0000.5628

da pesquisa, tais como: objetivos, os riscos, os benefícios, os desconfortos, a voluntariedade, a confidencialidade e o direito de recusa de participação a qualquer tempo, sem motivação. As entrevistas foram gravadas, de trato confidencial e realizadas em locais restritos onde apenas a pesquisadora e as mulheres entrevistadas conversaram de forma reservada, garantindo total anonimato.

Este trabalho procurou refletir sobre a experiência da maternidade sem conjugalidade realizada através das técnicas conceptivas, numa perspectiva de captar a dinâmica social, econômica e política que envolve a discussão apresentada. As mulheres aqui entrevistadas foram vistas como sujeitos de suas vidas, capazes de mobilizar processos de ação e significação da realidade social (MACEDO, 2008), bem como decisões sobre o corpo e autonomia na formação familiar. Para tanto, utilizou-se o arcabouço teórico da socióloga Lucila Scavone (2004) com o intuito de analisar a escolha reflexiva da maternidade e seus desdobramentos sociojurídicos.

O estudo organiza-se em três capítulos, que se traduzem nos objetivos específicos. O primeiro, ao trazer um apanhado histórico dos direitos humanos na defesa da dignidade da pessoa humana e seus desdobramentos na formulação de direitos sexuais e reprodutivos, tem por objetivo apresentar a construção teórico-epistemológica na qual estes direitos estão inseridos, expor o aporte científico e teórico da bioética e do biodireito na materialização dos avanços tecnológico-jurídicos na área da reprodução medicamente assistida e demonstrar a contribuição dos movimentos feministas para a consolidação dos direitos das mulheres nesta área, dando para tanto, amplitude as questões de gênero.

O segundo capítulo consiste na averiguação da legislação e das políticas públicas voltadas para a reprodução humana assistida no Brasil, levantou-se as principais ações governamentais e legislativas formuladas para a área, dentre estas se destacou o projeto de Lei nº 1.184/2003 em tramitação na Câmara dos Deputados. O debate em torno da lógica privatizante, da pouca oferta dos serviços de reprodução assistida na rede pública e da ausência de intervenção do Estado na área reprodutiva, foi aprofundado neste capítulo.

O terceiro e último capítulo volta-se para a análise dos percursos e das narrativas de mulheres que alcançaram a maternidade independente de conjugalidade, através das técnicas conceptivas. A família monoparental feminina é aqui pesquisada

em seus aspectos sociais e econômicos. No tocante à reflexão sobre as relações familiares na atualidade, em especial, àquelas formadas por uma mulher e sua prole de forma planejada, utilizou-se a relevante análise teórica sobre a “Sociologia da Família Contemporânea”, elaborada por François de Singly (2007). Essa vertente historiográfica mostra a complexa relação entre a relativa “segurança” oferecida pelo pertencimento a grupos familiares e o avanço dos processos de “individualização do indivíduo”.

O perfil desta dissertação guarda uma razão de proximidade com meu percurso acadêmico interdisciplinar com formação inicial em Ciências Sociais (UFBA, 2005) e, posteriormente, Direito (UCSAL, 2015). O interesse pelo tema proposto, surgiu a partir dos estudos no campo do direito das famílias e a percepção, junto ao movimento feminista, relativa à invisibilidade dada as questões relacionadas ao uso das tecnologias conceptivas por mulheres sem conjugalidade. Além dessas observações, também me chamou atenção o pouco investimento, controle e política pública do Estado na área da reprodução medicamente assistida, os altos valores praticados pelas clínicas privadas e a crescente procura por esse método na formação de famílias monoparentais. De maneira que, as novas dinâmicas sociais frente às questões reprodutivas, advindas do empoderamento feminino na contemporaneidade, precisam ser aprofundadas pelas ciências sociais e jurídicas.

2 DIREITOS REPRODUTIVOS, FEMINISMO E BIOÉTICA: INTERFACE NA CONTEMPORANEIDADE

Este capítulo apresentará o processo de construção dos direitos reprodutivos nas agendas e conferências internacionais e nacionais, abordando mais especificamente a dimensão relativa às tecnologias reprodutivas, a fim de verificar como a utilização dessas técnicas adentrou o campo jurídico abrindo espaço para novas discussões e dando visibilidade às questões de gênero. Ressalta-se a participação do movimento feminista na politização da esfera privada, o debate sobre o direito ao corpo, autonomia, a livre escolha da maternidade e o acesso às tecnologias reprodutivas, sejam elas contraceptivas ou conceptivas. São analisados os dispositivos legais que asseguram o direito ao livre planejamento familiar consagrados na Constituição Federal do Brasil (1988). A interface entre os direitos reprodutivos e a biotecnologia, representados através das diversas técnicas de reprodução humana medicamente assistida, são analisados à luz da bioética e do biodireito.

2.1 Processo histórico de construção dos direitos reprodutivos e as conquistas do movimento feminista

Os conceitos de direitos sexuais e reprodutivos são derivados de formulações marcadamente contemporâneas, fruto da contribuição dos movimentos feministas que introduziram a discussão sobre gênero e a necessidade de mudança dos padrões sociocultural vigente relativo ao modelo tradicional de assistência à vida sexual e reprodutiva da mulher.

A partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos proclamada em 1948⁴, inicia-se, no âmbito da Organização das Nações Unidas (ONU), um sistema global de proteção aos direitos individuais, materializado através da adoção de inúmeros tratados internacionais que tinham como destinatário todos os seres humanos de forma indiscriminada.

A proteção à dignidade da pessoa humana passa a ser prioridade nos debates internacionais, tendo em vista as atrocidades cometidas no mundo pós-Segunda

⁴ A Declaração Universal dos Direitos Humanos foi adotada e proclamada em 10 de dezembro pela Resolução 217 A (III) na Assembleia Geral das Organizações das Nações Unidas, cuja carta fundacional foi adotada em 1945. (ONUBR, 2018).

Guerra Mundial e o desrespeito às diferenças étnico-raciais. O sistema normativo de proteção aos direitos humanos firma-se então sob duas vertentes, uma voltada à proteção de todo e qualquer indivíduo em sua abstração e generalidade, e outra que realça o processo de especificação do sujeito de direitos.

Por especificidade do sujeito, Pitanguy (1999, p. 37), entende ser este “[...] o distanciamento cada vez maior da figura abstrata do homem e a redefinição do conceito de humanidade a partir da acentuação de diferenças por critérios de sexo, raça e etnia etc.”. Afirma que, ao mesmo tempo em que se especificam os sujeitos de direito, também se incluem novas temáticas na esfera desses direitos.

Determinados sujeitos de direitos ou determinadas violações de direitos exigiram uma resposta específica e diferenciada, contemplando instâncias temporais, nas andanças e mudanças das agendas e planos de ação internacionais, com maior ênfase a partir dos anos 1990. “A luta pelos direitos sociais se associa à luta pelos direitos individuais e específicos, ou vice-versa” (SCAVONE, 2004, p. 16).

Neste cenário, as especificidades sobre as condições sociais das mulheres, das crianças, dos negros, indígenas, pessoas refugiadas, dentre outras “minorias” passam a incorporar o sistema especial de proteção. O processo de reconhecimento e afirmação desses “novos” direitos representa uma conquista social, pautada nas dimensões dos direitos humanos, consolidada através das reivindicações dos movimentos sociais dentro das suas peculiaridades. Esse processo, do nascimento de direitos como expressão da natureza humana, deve-se em grande parte a luta em defesa de novas liberdades.

Os direitos do homem, por mais fundamentais que sejam, são direitos históricos, ou seja, nascidos em certas circunstâncias, caracterizadas por lutas em defesa de novas liberdades contra velhos poderes, e nascidos de modo gradual, não todos de uma vez e nem de uma vez por todas. (BOBBIO, 2004, p. 9).

As diversas gerações dos direitos humanos são representadas através de suas dimensões, as quais buscam expressar a dinâmica na proteção dos direitos individuais e coletivos, inalienáveis, universais e imprescritíveis (WOLKMER, 2010).

Os direitos humanos de primeira dimensão surgiram nos finais do século XVIII e referem-se às liberdades negativas clássicas, que enfatizam o princípio da liber-

dade, configurando os direitos civis e políticos. Podem exemplificar os direitos de primeira dimensão o direito à vida, à liberdade, à propriedade, à liberdade de expressão, à liberdade de religião, à participação política, etc.

A segunda dimensão relaciona-se com as liberdades positivas, reais ou concretas, assegurando o princípio da igualdade material entre o ser humano. A Revolução Industrial foi o grande marco dos direitos de segunda geração a partir do século XIX, o qual contribuiu na luta do proletariado e na defesa dos direitos sociais. O direito de segunda dimensão, ao invés de negar ao Estado uma atuação, exige dele a prestação de políticas públicas (WOLKMER, 2010), impondo a este uma obrigação de fazer, tratando-se, portanto de direitos positivos, correspondendo aos direitos à saúde, educação, trabalho, habitação, previdência social, assistência social, entre outros.

A dimensão dos direitos coletivos e difusos, representado através da terceira dimensão, refere-se aos direitos metaindividuais, a exemplo da solidariedade. “Incluindo nestes os direitos relacionados ao desenvolvimento, à paz, à autodeterminação dos povos, ao meio ambiente, à qualidade de vida” (WOLKMER, 2010, p. 17). Mostrando uma grande preocupação com as gerações humanas, presentes e futuras. As transformações sociais nas últimas décadas projetaram e intensificaram outros direitos que passam a ser inseridos como direito de “terceira dimensão”. Entre eles destacam-se os direitos de gênero (dignidade da mulher, subjetividade feminina), direitos da criança, direito do idoso, dos deficientes físicos e os novos direitos da personalidade (à intimidade, à honra, à imagem).

Os direitos sexuais e reprodutivos se enquadram na terceira dimensão dos direitos humanos, aparecendo como a grande novidade nos debates internacionais que discutem o significado e o exercício dos Direitos Humanos.

Os direitos sexuais e reprodutivos enquadram-se na chamada terceira geração dos direitos humanos, que se refere aos valores de solidariedade, sucedendo os direitos de primeira geração, relativos à liberdade, e aos da segunda, que correspondem à igualdade. O conceito de direitos sexuais é a grande novidade nos debates internacionais que discutem o significado e o exercício dos direitos humanos. Sua inclusão no debate dos direitos humanos assinala a importância da dimensão sexual na vida humana, buscando o reconhecimento das diversas orientações sexuais e a legitimidade de suas expressões. (VILLELA; ARILHA, 2003, p. 136).

Segundo Bobbio (2004, p. 9) “[...] já se apresentam novas exigências que só poderiam chamar-se de direitos de quarta geração, referentes aos efeitos cada vez mais traumáticos da pesquisa biológica, que permitirá manipulações do patrimônio

genético de cada indivíduo”. O direito de quarta geração emerge no final do século XX e projeta grandes e desafiadoras discussões éticas, jurídicas e sociais, diante da interferência técnica-científica na vida das pessoas tais como melhoramento genético humano, clonagem, eutanásia, pesquisas em células tronco, fertilização *in vitro*, dentre outras questões polêmicas.

No campo da consolidação dos direitos nas suas especificidades, que as mulheres trazem para o espaço público questões da esfera privada, cobrando do Estado obrigações e deveres na proteção de direitos e no combate à discriminação de gênero. Entre outros debates apresentados pelo movimento feminista, aquele que interessa a esta pesquisa, diz respeito ao direito à saúde das mulheres e a consequente disputa por uma nomenclatura que representasse o conteúdo político dos projetos em questão.

A proposição ‘saúde sexual e reprodutiva’ é estratégia em função da assertiva feminista sobre a alienação das mulheres, dos seus corpos e da sua sexualidade, como também pela constatação que é impossível ter saúde sem o mínimo exercício de direitos. (VILLELA, 2002, p. 87).

No primeiro momento, as questões relacionadas à saúde das mulheres foram denominadas como saúde materno-infantil, restringindo à condição vinculante familiar e o papel determinante da maternidade. Este conceito não evidenciava as diversas necessidades relacionadas ao bem-estar feminino, atendendo somente, as demandas das mulheres grávidas, ou seja, até este momento não existia o sujeito mulher, uma vez que pela lógica estabelecida somente as mulheres grávidas eram passíveis de cuidado com a saúde.

A substituição do termo “saúde materno-infantil” por “saúde da mulher” atende as exigências da condição da mulher enquanto sujeito de direito. Segundo Corrêa e Ávila (2003), esta terminação surgiu, como uma estratégia semântica para traduzir em debate público e proposta de políticas públicas, o lema feminista da década de 1970: “Nosso corpo nos pertence”.

O termo “direitos reprodutivos” é de origem recente, provavelmente norte-americanas, nas suas raízes com relação às ideias de integridade corporal e autodeterminação sexual têm uma genealogia bem mais antiga e culturalmente mais ampla. **A ideia de que as mulheres devem ser particularmente capazes de “decidir se, quando e como querem ter seus filhos” teve origem nos movimentos feministas** de controle de natalidade que se desenvolveu principalmente entre os socialistas ingleses por volta de 1839, e se espalhou por várias partes do mundo ao longo do último século. (CORRÊA; PETCHESKY, 1996, p.151, grifo nosso).

A inflexão da terminologia saúde da mulher em direção aos termos “direitos sexuais e reprodutivos” iniciou-se em 1984, durante o I Encontro Internacional de Saúde da Mulher, realizado em Amsterdã na Holanda. Este encontro estabeleceu o consenso de que direito reprodutivo seria mais adequado à tradução da pauta de autodeeterminação reprodutiva do que o termo saúde da mulher até então utilizado. “Nos anos seguintes, o conceito seria debatido e refinado não apenas pelas próprias feministas, mas também por ativistas e acadêmicos (as) do campo dos direitos humanos” (CORREA; ÁVILA, 2003, p. 20).

Já o conceito de direitos sexuais tem uma história distinta e, sobretudo, mais breve do que a dos direitos reprodutivos, referem-se, ao direito de exercer a sexualidade livre de discriminação, coerção ou violência e começam a ser discutidos no âmbito do movimento gay e lésbico no final da década de 1990. Segundo Corrêa, Jannuzzi e Alves (2015, p. 50) “[...] os direitos sexuais implicam grande complexidade, na medida em que definem prerrogativas e limites em relação às práticas sexuais, pois levantam questões no campo das identidades”. Dessa forma, como o objetivo deste trabalho é analisar a filiação realizada através da reprodução medicamente assistida por mulheres sem conjugalidade, os direitos sexuais não serão aprofundados.

A nomenclatura relativa aos direitos reprodutivos ganhou força na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), que aconteceu no Cairo, Egito em 1994. Essa definição foi apresentada nos parágrafos § 7.2 e 7.3⁵ do Programa de Ação desta conferência, onde ficou deliberado que a saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não a simples ausência de doença ou enfermidade e que os direitos de reprodução abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais e em documentos internacionais sobre direitos

⁵ § 7.2 A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simples a ausência de doença ou enfermidade [...]. Implícito nesta última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de ter acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como outros métodos, de sua escolha, de controle da fecundidade que não sejam contrários à lei [...] § 7.3 Tendo em vista a definição supra, os direitos de reprodução abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos e em outros documentos de acordos. Esses direitos se baseiam no reconhecido direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de seus filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais alto padrão de saúde sexual e de reprodução. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência, conforme expresso em documentos sobre direitos humanos [...]. (ONU, 1994, p. 62, grifos nosso).

humanos. Essa definição foi reafirmada na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em Pequim, China, ano de 1995, nos §§ 94 e 95⁶.

Ressalta-se que as teorias médicas sobre o masculino e o feminino influenciaram diretamente na construção desses conceitos ao longo da história. Segundo Villela e Arilha (2003, p. 95), “[...] durante mais de 2 mil anos, dominou-se o entendimento de que o humano era representado pela figura do homem, sendo as mulheres modos de corporeidade e existência intermediária entre a humanidade e a animalidade”. Somente no final do século XVIII, com as mudanças políticas e sociais advindas com a Revolução Francesa, que se começa a falar sobre a existência de dois sexos. “Dessa maneira, no clamor por igualdade, liberdade e fraternidade, as mulheres deixam de ser homens atrofiados para ganhar um sexo e corporeidade própria” (VILLELA; ARI-LHA, 2003, p.103).

Vale observar, que mesmo após o entendimento da existência de dois sexos, às teorias da época afirmavam que cada sexo possuía uma finalidade social determinada. Para tanto, buscou-se na biologia elementos para a distinção entre os papéis sociais da mulher e do homem. Sob essa lógica a inteligência e as funções sociais estavam associadas ao masculino, enquanto que ao feminino, devido a sua fragilidade e incapacidade física para o trabalho, cabia o cuidado com as tarefas domésticas e a procriação, sendo a maternidade um destino obrigatório para as mulheres.

No recém-inaugurado mundo de dois sexos, são as diferenças impressas pela natureza nos corpos dos homens e mulheres que os coloca ocupando lugares e funções sociais diferenciados. **As mulheres seriam dotadas pela natureza de corpos e sentimentos adequados à tarefa de gestar, aleitar e cuidar do frágil bebê humano em seu processo de desenvolvimento—tarefa tão importante que as tornava praticamente incapazes de desempenhar qualquer outra função social.** Os homens, por não terem sido moldados para qualquer função específica, estariam incumbidos de todas as demais funções necessárias à reprodução humana, ou seja, atividades sociais, políticas, culturais e econômicas. (VILLELA; ARI-LHA, 2003, p. 103, grifo nosso).

Como visto, a construção social do sexo/gênero para reprodução retirava das mulheres quaisquer possibilidades de independência social e prazer em torno do ato sexual, uma vez que sua função precípua era procriar, cuidar dos filhos e manter em

⁶ 94. A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e suas funções e processos, e não a mera ausência de enfermidade ou doença. [...] 95 Levando em conta a definição anterior, os direitos de reprodução abarcam certos direitos humanos que já estão reconhecidos nas legislações nacionais, em documentos internacionais relativos aos direitos humanos e em outros documentos e consensos [...]” (ONU, 1995, p. 178, grifos nossos).

harmonia o ambiente doméstico-familiar. “A formulação do conteúdo dos direitos reprodutivos teve início através de um marco não-institucional, de desconstrução da maternidade como um dever, por meio da luta pelo direito ao aborto e anticoncepção em países industrializados” (CORRÊA, 1999, p. 41).

Na perspectiva de questionar a dominação sobre os corpos femininos e o papel das mulheres na sociedade que o movimento feminista, a partir da década de 1960, mais particularmente no contexto europeu pós-68 (Primavera de Praga na Tchecoslováquia, *black panthers*, movimento hippie, ações contra a guerra do Vietnã), inicia a luta pelos direitos das mulheres, ao domínio sobre seus corpos e a consolidação dos estudos de gênero como um campo de investigação científica (SCOTT, 1995).

A partir da década de 1960, não apenas no Brasil, mas em escala mundial, difundiu-se a pílula anticoncepcional, que separou a sexualidade da reprodução e interferiu decisivamente na sexualidade feminina. Esse fato criou as condições materiais para que a mulher deixasse de ter sua vida e sua sexualidade atadas à maternidade como um “destino”, recriou o mundo subjetivo feminino e, aliado à expansão do feminismo, ampliou as possibilidades de atuação da mulher no mundo social. (SARTI, 2008, p. 31).

A pílula contraceptiva, associada ao trabalho remunerado da mulher, o direito ao voto feminino, a afirmação profissional, dentre outros fatores trouxeram mudanças significativas para a mulher no seio familiar e na sociedade (SARTI, 2008).

Nesse contexto, o movimento feminista inicia na década de 1970, a reflexão entre ciência e gênero. Segundo Grossi (1995), o campo de estudos que hoje chamamos de gênero ou relações de gênero, surge em torno da problemática da condição feminina, na qual formula-se um questionamento mais profundo das relações entre mulheres e homens não só no espaço público, mas sobretudo, no espaço privado.

As abordagens sobre gênero são relativamente recentes, tendo como marco inaugural a produção da filósofa e escritora francesa, Simone de Beauvoir, que publica em 1949 “O segundo sexo”. Uma obra contundente que lançou as matrizes teóricas do feminismo contemporâneo, contestando todo determinismo biológico ou destino divino da maternidade.

Beauvoir (1949), através da celebre frase “Ninguém nasce mulher, torna-se mulher”, evidenciou que ser mulher não é algo naturalmente dado, mas sim uma construção social, histórica e cultural. Foi uma das primeiras intelectuais a afirmar que não existe um “instinto materno”, que tal condição foi imposta às mulheres, como algo de “sua natureza”. Questionando a função da maternidade no contexto do pós-guerra,

em que as forças conservadoras defendiam a família, a moral e os bons costumes, as teses desse livro estabeleceram novos paradigmas para a luta feminista, “[...] dando os elementos necessários para a politização das questões privadas, que eclodiram com o feminismo contemporâneo” (SCAVONE, 2001, p. 138).

Na perspectiva de desmistificar a condição de mãe como única possibilidade das mulheres, Badinter (2011, p. 22) assevera que “[...] a criança, que representa uma fonte incontestável de realização para algumas mulheres, pode revelar-se um obstáculo para outras [...]”.

Forçoso é constatar que a maternidade continua sendo a grande desconhecida. A mudança de vida que conduz a uma mudança radical das prioridades pertence à esfera do risco. **umas encontra nela uma felicidade e um benefício identitário insubstituíveis. Outras conseguem de alguma forma conciliar exigências contraditórias. Outras, finalmente, jamais confessarão que não conseguem, e que a experiência materna delas é um fracasso.** (BADINTER, 2011, p. 23, grifo nosso).

A maternidade foi considerada durante muito tempo como um peso “que o feminismo marxista denominava de *opressão das mulheres*, pois sua realização determinava o lugar que elas ocupavam na família e na sociedade” (SCAVONE, 2004, p. 48). De maneira que a recusa consciente da maternidade, através dos métodos contraceptivos, significou muito mais do que apenas negá-la como fatalidade biológica, mas acima de tudo, a possibilidade de conquistar a emancipação. Nesse aspecto, a luta feminista apresentou-se como um marco para o reposicionamento da mulher como sujeito.

A conquista pelo direito das mulheres sobre seus corpos, foi marcado, segundo Scavone (2004), por etapas históricas, que dividiram-se teoricamente em três grandes fases, quais sejam: a fase universalista, das lutas igualitárias pela aquisição de direitos civis e político, a fase de afirmação da mulher como sujeito e a fase das lutas por direitos específicos, cujo auge ocorreu nos anos 90 com a realização de grandes conferências mundiais que abordaram questões específicas do universo feminino.

Na última fase, mulheres e homens posicionaram-se com suas respectivas identidades e situações políticas sociais, nos quais os modelos universais de dominação foram questionados e, no lugar deles, construiu-se, lentamente, novos modelos baseados na multiplicidade dos sujeitos, intensificando-se as pautas específicas das mulheres, tais como o aborto, o acesso a contracepção, livre escolha da maternidade, a violência contra a mulher, dentre outras reivindicações.

Considerar as questões pessoais como questões políticas foi, e é, um dos grandes avanços e contribuições do feminismo contemporâneo à análise das relações sociais, pois este princípio evidenciou que as desigualdades entre os sexos só poderiam ser compreendidas (e superadas) se fossem, também, consideradas as relações de dominação e poderes que se constroem no espaço privado. (SCAVONE, 2004, p. 30, grifo nosso).

Nos anos 1990, a historiadora estadunidense Joan Scott (1995), conceitua gênero como um elemento constitutivo das relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos. Em seu trabalho intitulado “Gênero: uma categoria útil para a análise histórica” (SCOTT, 1995), vai apontar a importância teórica de compreender o gênero como uma categoria analítica, uma maneira de organização social da relação entre os sexos construída sobre a percepção das diferenças sexuais imbricadas a relação desigual de poder. A palavra indica uma rejeição ao determinismo biológico implícito no uso de termos como “sexo” ou “diferença sexual”. Scott (1995) compreende que os corpos não podem mais estar independentes das construções de significado, o corpo passa a ser entendido, quando analisado em uma perspectiva de gênero, como território de decisões e liberdades.

Para Scott (1995), não se pode compreender o corpo fora da cultura, pois nenhuma experiência corporal existe fora dos processos sociais e históricos de construção de significado. Dessa forma a autora propõe que o conceito de gênero já inclua o conceito de sexo, uma vez que o gênero está atento às construções sócio-culturais, nas quais o corpo se inclui. “O gênero é um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é o primeiro modo de dar significado às relações de poder.” (SCOTT, 1995, p.14).

A apreciação sob as lentes de gênero permitiu a visualização de outros marcadores sociais, tais como classe, raça/etnia, idade e gerações. “O gênero atravessa o processo de subjetivação e construção de identidade, configurando os modos de sentir, pensar e atuar em relação ao outro” (VILLELA; ARILHA, 2003, p. 115). Dessa forma, o conceito de gênero aqui exposto, subsidia o entendimento desta pesquisa sobre a maternidade como uma decisão reflexiva e autônoma da mulher sobre seu corpo.

Além do mais, essa nova história abrirá possibilidades para a reflexão sobre as estratégias políticas feministas atuais e o futuro (utópico), porque ela sugere que **o gênero tem que ser redefinido e reestruturado em conjunção com uma visão de igualdade política e social que inclui não só o sexo, mas também, a classe e a raça**. (SCOTT, 1995, p. 93, grifo nosso).

Como visto, a abordagem de gênero e a construção dos direitos reprodutivos como Direitos Humanos foram pautadas historicamente pelo movimento feminista e “[...] possibilitou incorporar à compreensão dos fenômenos sociais em uma análise relacional, transversal e histórica das diferenças sexuais” (SCAVONE, 2004, p. 44).

Os debates em torno do binômio “população e desenvolvimento”, iniciado pelo movimento populacional na década de 1960, “[...] representaram um palco para o amadurecimento e difusão internacional das questões reprodutivas da mulher” (MATTAR, 2008, p. 833). O *boom* demográfico ocorrido no pós-Segunda Guerra Mundial, trouxe à tona novos questionamentos sobre a relação desenvolvimento social e crescimento populacional (ALVES, 2014).

Cumprе salientar, que as taxas de natalidade e mortalidade dos países desenvolvidos começaram a se equilibrar com o fim dos conflitos armados, a inserção da mulher no mercado de trabalho e a industrialização no pós-guerra. Nos países “sub-desenvolvidos” a situação era oposta, o desenvolvimento não acompanhou o grande crescimento populacional e os países iniciaram o século XX com uma industrialização incipiente de base essencialmente agrária (CORRÊA; JANNUZZI; ALVEZ, 2015).

A emergência do debate sobre população e desenvolvimento, promoveu na segunda metade do século XX, cinco Conferências Mundiais sobre o tema que foram realizadas pela Organização das Nações Unidas (ONU): Roma (1954), Belgrado (1965), Bucareste (1974), México (1984) e Cairo (1994). Os últimos oitenta anos configuram-se em relevância para eixos demográficos que delimitam mudanças intensas e consolidam planos de ações decenais.

Na conferência realizada em Roma (1954), houve um importante debate sobre o papel da população no desenvolvimento. Os países desenvolvidos defendiam posições neomalthusianas (ALVES, 2014), argumentando que o alto crescimento populacional poderia ser um entrave ao desenvolvimento econômico. Na Conferência de Belgrado (1965), foi feita menção explícita a métodos contraceptivos como a pílula e o dispositivo intrauterino (DIU), a esterilização masculina e o aborto. Na conferência de Bucareste (1974), representantes dos países em desenvolvimento se alinharam às teses natalistas, em defesa do slogan “desenvolvimento é o melhor contraceptivo” (ALVES, 2014). O debate central ocorrido no México (1984) foi pela defesa da estabilização da população mundial, de maneira a permitir a melhoria do padrão de vida dos

países em desenvolvimento. Todavia foi somente na Conferência do Cairo (1994), que o conceito de direito reprodutivo ganhou força.

A maior vitória da CIPD do Cairo foi deslocar o “problema populacional” da perspectiva puramente econômica e ideológica para situar as questões relativas à reprodução no marco da saúde e dos direitos humanos. A plataforma do Cairo abandona ênfase nas políticas públicas voltadas para números agregados e metas de controle da natalidade. Mas esta reorientação não implicou o abandono de dimensões propriamente demográficas como a migração e o envelhecimento populacional. (CORRÊA; ALVES; JANNUZZI, 2015, p. 35, grifo nosso).

Com a realização da IV Conferência Mundial sobre a Mulher em Pequim (1995), as perspectivas da Conferência do Cairo (1994) foram reforçadas e adotadas. “Reafirmaram-se as conquistas em relação aos direitos humanos, a partir de então definitivamente incorporados na linguagem dos direitos reprodutivos” (MATTAR, 2008, p. 838). O reconhecimento dos direitos reprodutivos como Direitos Humanos foi fundamental para a consolidação dos direitos e obrigações que envolvem o seu exercício.

Os direitos reprodutivos são, ainda que tardios, uma conquista da modernidade. Assim como outras conquistas civis, políticas, econômicas, sociais e culturais devem servir de referência para a efetivação de uma cidadania plena, indivisível e universal no século XXI. (ALVES, 2004, p. 5)⁷.

Em Pequim (1995) foi enfatizada a igualdade entre homens e mulheres nas questões sexuais e reprodutivas, o direito das mulheres de controlarem seus corpos, principalmente sua sexualidade, conforme prevê §96 do Plano de Ação:

Os direitos humanos das mulheres incluem os seus **direitos a ter controle sobre as questões relativas à sua sexualidade, inclusive sua saúde sexual e reprodutiva**, e a decidir livremente a respeito dessas questões, livre de coerção, discriminação e violência. A igualdade entre mulheres e homens no tocante às relações sexuais e à reprodução, inclusive o pleno respeito à integridade da pessoa humana, exige o respeito mútuo, o consentimento e a responsabilidade comum pelo comportamento sexual e suas consequências (ONU, 1995, p. 179, grifo nosso).

A II Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, realizada em Viena (1993) (ONU, 1993), também contribuiu na consolidação do conceito sobre direitos reprodutivos apresentado na CIPD (1994), afirmando que os “[...] direitos humanos das mulheres e meninas são parte inalienável e indivisível dos direitos universais, devendo os Estados intensificarem esforços em prol da sua proteção”. A gramática internacional dos direitos das mulheres foi reforçada pela Declaração e Programa de Ação de

⁷ Disponível em: http://www.ie.ufrj.br/aparte/pdfs/direito_reprodutivo_filhocacula.pdf. Acesso em: 04 dez. 2018.

Viena (1993) e pela Declaração e Plataforma de Ação de Pequim (1995), ao enfatizarem que os direitos das mulheres são parte inalienáveis, integral e indivisível dos direitos humanos universais (ONU, 1993), consubstanciando-se dimensões e agendas que marcaram o quartel do século vindouro, instruindo e ampliando ações específicas.

A noção de saúde reprodutiva foi elaborada, na segunda metade da década de 1980, no âmbito da Organização Mundial de Saúde (OMS). Sua formulação visava ampliar a perspectiva convencional do controle demográfico e do planejamento familiar. Na década de 1990, sob o impacto da pandemia de HIV/aids, seria formulada a noção de saúde sexual. Ambas definições também foram debatidas e consagradas nos programas de ação adotados no Cairo e em Beijing. (BERQUÓ, 2003, p. 21).

Nessa conjunta internacional, a Conferência do Cairo (1994), representou um marco na afirmação dos direitos das mulheres, abordando questões como educação sexual, combate à violência contra a mulher, direitos sexuais e reprodutivos, aborto seguro, pesquisa para HIV/AIDS, planejamento familiar, sexualidade sem fins reprodutivos, autodeterminação reprodutiva, empoderamento feminino e saúde reprodutiva. Como visto, o legado do Cairo (1994) não se resume a temática dos direitos reprodutivos, todavia tendo em vista o foco do presente trabalho, é nesta perspectiva que a conferência será aprofundada, com marcadores e diretrizes substanciais específicas sobre a temática.

O capítulo VII da referida conferência tratou especificamente sobre os direitos sexuais e reprodutivos. No item 7.3, tem-se a conceituação tais direitos reprodutivos:

7.3 Tendo em vista a definição supra, **os direitos de reprodução abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos** e em outros documentos de acordos. Esses direitos se baseiam no reconhecido direito básico de **todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de seus filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer**, e o direito de gozar do mais alto padrão de saúde sexual e de reprodução. **Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência, conforme expresso em documentos sobre direitos.** (ONU, 1994, p. 62, grifo nosso).

Foi a primeira vez que o conceito sobre direitos reprodutivo apareceu de forma explícita como parte dos Direitos Humanos. Importante observar a abrangência com que os direitos reprodutivos foram conceituados, na perspectiva de respeitar a autonomia e a autodeterminação reprodutiva.

Os direitos relativos a segurança, autonomia e confidencialidade são cada vez mais aplicados na exigência de que o estado atue no sentido

de garantir aos seus residentes as condições básicas necessárias à autodeterminação reprodutiva desses últimos. Tais direitos incluem o direito à vida e à sobrevivência, o direito à liberdade e à segurança da pessoa, o direito a estar livre de tortura e tratamento inumano e degradante, o direito ao casamento e a estabelecer uma família, caso seja esta a opção, desde logo, o direito de gozar de uma vida privada e familiar. (COOK, 2002, p. 27, grifo nosso).

O item 7.2 do Relatório final da CIPD (1994) apresenta a dimensão sobre saúde reprodutiva, afirmando que:

7.2 A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simples a ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo e a suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tenha a **capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando, e quantas vezes o deve fazer. Implícito nesta última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de ter acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha**, assim como outros métodos, de sua escolha, de controle da fecundidade que não sejam contrários à lei [...]. (ONU, 1994, p. 62, grifo nosso)

O grande avanço dessa previsão foi considerar os aspectos psicossociais como determinantes à saúde reprodutiva das mulheres. Este conceito também traz uma importante consideração defendida pelo movimento feminista relativa à dissociação da sexualidade da reprodução. Ao garantir o direito às mulheres e aos homens de serem informados e terem acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar, a Conferência do Cairo (1994) consagra a sexualidade sem fins reprodutivos.

Considerando esse olhar mais abrangente, nos aspectos relativos à saúde reprodutiva, confirma-se o objetivo central do presente trabalho, qual seja, discutir como as técnicas de reprodução medicamente assistida contribuem para a escolha reflexiva da maternidade como um direito reprodutivo.

Cabe ressaltar que a CIPD (1994), para além das questões apresentadas, reconheceu como sujeito de direito, no tocante aos aspectos reprodutivos, não apenas os casais, mas também todos os indivíduos independentemente do seu estado civil, opção sexual, crença religiosa, cor e sexo⁸. Ou seja, as pessoas passam a ser consideradas em sua individualidade e pluralidade, respeitando portando as dimensões dos

⁸ “Princípio 1: Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. Toda pessoa é titular de todos os direitos e liberdade estabelecida na Declaração Universal de Direitos Humanos, sem distinção de qualquer natureza, como raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou outra; origem nacional ou social; propriedade, nascimento ou outra condição. Todos têm direito à vida, à liberdade e

direitos humanos, em especial, as questões relativas a autonomia e liberdade individual.

No que se refere ao papel do Estado sobre os aspectos reprodutivos, suas obrigações estão estabelecidas entre o “[...] dever de propiciar o acesso à informação e aos meios necessários para viabilizar escolhas, de coibir práticas discriminatórias, e de garantir o exercício da reprodução livre de coerções e violência [...]” (VENTURA, 2005, p. 129). O Estado deve, portanto, atuar de maneira a respeitar o princípio constitucional do planejamento familiar a fim de assegurar a cada pessoa os meios necessários para realizar suas escolhas.

A complexidade do direito reprodutivo encontra-se na interseção dessas duas vertentes, de um lado a dimensão individual e, do outro, a demanda por políticas públicas, elementos que exigem, um “[...] duplo papel do Estado, devendo este, eliminar a discriminação contra a mulher nas esferas da saúde (vertente repressiva/punitiva) e assegurar o acesso a serviços para o planejamento familiar (vertente promocional)” (PIOVESAN, 2002, p. 71).

Traduzir as definições sobre os direitos reprodutivos, adotadas pelas conferências citadas, nas quais o Brasil é signatário como Estado-membro, para o ordenamento jurídico nacional, apresenta-se como um grande desafio. Segundo Corrêa e Ávila (2003, p. 23), uma dificuldade para esse desdobramento, é o fato dos “[...] documentos em que essas conferências foram gravadas não serem vinculantes, como tratados ou convenções, que uma vez ratificados obrigam os Estados membros a incorporar os princípios internacionais a sua legislação”. Ou seja, embora os programas de ação das conferências signifiquem um compromisso moral dos Estados signatários, eles não implicam tradução automática das legislações nacionais, como acontece no caso das convenções e tratados sobre Direitos Humanos.

à segurança pessoal. 7. 14 Os objetivos são: a) ajudar casais e indivíduos a alcançar seus objetivos reprodutivos numa infra-estrutura que promova a saúde ótima, a responsabilidade e o bem-estar familiar e respeite a dignidade de todas as pessoas e seus direitos de escolher a quantidade, o espaçamento e a oportunidade do nascimento de seus filhos.” (ONU, 1994, p. 65, grifo meu).

2.2 Os direitos reprodutivos no Brasil: o debate sobre corpos femininos

Abordar direitos reprodutivos significa, pensar sobre o domínio dos corpos femininos principalmente nos aspectos relacionados à contracepção e a concepção. Temas como o aborto e mais recentemente o uso das tecnologias de reprodução medicamente assistida vem ascendendo à discussão sobre o domínio dos corpos feminino e o papel do Estado no atendimento das pautas relacionadas à saúde da mulher (DINIZ; MEDEIROS, 2010).

O movimento feminista no Brasil nas décadas de 1960 e 1970, impulsionado pelas lutas internacionais e pela crescente participação das mulheres nos espaços públicos, passa a articular e discutir a politização da esfera privada, dando visibilidade às questões relativas à autonomia sobre seus corpos, aos métodos contraceptivos, igualdade de condições entre mulheres e homens, violência de gênero, autodeterminação reprodutiva, dentre outras questões ‘esquecidas’ pelos legisladores (as) ao longo dos anos no país .

O feminismo brasileiro esteve entre os primeiros, no âmbito dos países em desenvolvimento, a adotar amplamente a linguagem dos direitos reprodutivos [...]. Isso não é casual, pois o conceito de direitos reprodutivos foi incorporado pelas feministas quando o discurso sobre direitos e cidadania impregnava o debate político e as transformações socioculturais decorrentes da redemocratização. (CORRÊA; ÁVILLA, 2013, p. 26, grifos nosso).

No plano legal, o Brasil adotou uma posição pró-natalista. Como exemplo desta política, destaca-se a proibição do aborto voluntário estabelecido no código penal brasileiro de 1940⁹. O artigo 128 deste regulamento prevê a criminalização do aborto, exceto em dois casos: risco de vida para a mãe e casos de estupro (BRASIL, 1940). Recentemente foi aprovado pelo Supremo Tribunal Federal, Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental – ADPF nº 54¹⁰ a qual garante permissão do aborto legal nos casos de feto anencéfalo.

Cabe aqui uma consideração sobre o recente debate no Congresso Nacional referente à aprovação do Projeto de Emenda à Constituição (PEC) nº 181. Esta PEC prevê o acréscimo, ao texto constitucional, da expressão “desde a concepção”. Com isso, o inciso III do artigo 1º da CF ficaria: “[...] dignidade da pessoa humana ‘desde a

⁹ Código Penal Brasileiro. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm. Acesso em: 06 dez. 2018.

¹⁰ Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticianoticiastf/anexo/adpf54.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2018.

concepção” e o caput do artigo 5º, o qual garante a igualdade de todos perante a lei e a inviolabilidade, será acrescido à mesma expressão, estabelecendo que: “a inviolabilidade do direito à vida ‘desde a concepção’”. A aprovação desta PEC significa a possível suspensão das três possibilidades de aborto legal no Brasil, tal proposta de emenda encontra-se em fase de tramitação no Congresso Nacional (CÂMARA, 2011).

Cumprir destacar que as normas jurídicas que criminalizam o aborto imputam às mulheres responsabilidade individual pela decisão e ocultam a ausência da presença do Estado no enfrentamento do debate sobre o aborto enquanto um problema de saúde pública e os aspectos éticos, jurídicos, morais e políticos dele decorrente (DINIZ; MEDEIRO, 2010).

As mulheres de renda alta não estão sujeitas a maiores riscos de saúde quando optam pela interrupção ilegal da gravidez, mas isso não assegura a decisão compartilhada ou a solidariedade dos parceiros, e tampouco as isenta da culpabilização social. No caso das mulheres pobres, também falta a solidariedade dos parceiros e, sobretudo, há sérios riscos de saúde; mais importantes, porém, é que a elas pode de fato ser imputado crime, o que raramente ocorre com as mulheres de renda mais alta. Dito de outro modo, **um sistema universal e gratuito de saúde é crucial para a redução da desigualdade social e racial em saúde**. (CORRÊA; ÁVILLA, 2013, p. 32, grifo nosso).

Segundo Barsted (2003, p. 68), “[...] a luta pelo direito ao aborto exemplifica a postura do movimento feminista ao considerar o corpo feminino como território de autodeterminação”. No fim da década de 1970, o debate sobre saúde reprodutiva, incluía a possibilidade do acesso legal aos métodos contraceptivos e a necessidade de uma visão de integralidade nos serviços de saúde de atenção à mulher.

Ressalta-se que até 1979 a pílula anticoncepcional foi considerada uma contravenção penal pela lei brasileira.

Na década de 1960, o advento de novas atitudes diante do sexo e do casamento e a introdução da pílula anticoncepcional representam potencialmente, para as mulheres e homens em todo o mundo, a possibilidade de separar a sexualidade da reprodução. **No entanto, até 1979, essa notável inovação científica foi considerada formalmente, pelas leis brasileiras, como uma contravenção penal, calcada em leis elaboradas em 1941**. (BARSTED, 2003, p. 79, grifo nosso).

Muito mais que uma luta pelo direito individual das mulheres, Scavone (2010, p. 49), assevera que “[...] estava em jogo a manifestação das práticas de liberdade afrontando o controle social dos corpos mantidos sob o padrão de sexualidade vigente, celebrado no matrimônio do modelo praticado na relação heteronormativa”. No

bojo dessa discussão, estavam inseridas as reivindicações ao direito à livre escolha da maternidade, à contracepção e a interrupção voluntária da gestação. Mais recentemente vem-se discutindo o direito a concepção através dos métodos de reprodução medicamente assistida.

A dissociação entre a sexualidade e a reprodução representou um grande marco na luta feminista, uma vez que reposicionou a mulher na sociedade, saindo do lugar exclusivo da família (privado) que lhe fora imposto, para ocupar lugares na sociedade (público). Dessa forma, buscou-se “reverter o clássico princípio escolástico de *tota mulier in útero*, no qual havia a convicção de que as mulheres eram, por natureza, destinadas à maternidade” (SCAVONE, 2010, p. 50).

De uma luta, primordialmente, travada para “sair” do espaço privado, ocupar lugares públicos e a cidadania de direito, o processo histórico vivenciado nesse período foi ritmado pelo enfrentamento e pela busca das mulheres em adquirir os direitos dos quais estavam privadas e para construir uma dinâmica, uma *práxis* diferente da pretendida anteriormente, uma ordem exclusivista e de minorias ocultadas. **A “politização do privado” descortina-se como pauta e agenda, e não mais como um dos silêncios da esfera doméstica que caracterizavam os finais do século XIX e a primeira metade do XX.** (CAVALCANTI, 2013, p. 244, grifo nosso).

A compreensão que ligava às mulheres ao espaço privado e recusava aceitar o lugar social para além da maternidade, foi contestada pelo feminismo dos anos 1970, o qual iniciou manifestações pela (re) apropriação do corpo e discutiu a livre escolha da maternidade bem como, o direito de recusá-la.

A luta política das mulheres francesas, nos anos 1970, para obter a pílula contraceptiva e o aborto como direito político possibilitou a efetivação dessa recusa. A máxima deste movimento era *un enfant, si je veux, quando je veux* (“uma criança se eu quiser, quando eu quiser”), reivindicava o direito à livre escolha da maternidade. (SCAVONE, 2001, p. 139).

O feminismo contribuiu para o entendimento do fenômeno social da maternidade, dentro e fora da família, mediante a utilização do gênero como categoria analítica (SCOTT, 1995). A discussão impetrada pelo movimento contribuiu para a reflexão das mulheres sobre as relações de dominação entre os sexos, elemento central no processo de libertação que as prendiam ao ambiente privado. O espaço privado, como única opção, foi rejeitado pelas mulheres, que construíram suas trajetórias pautadas na autonomia e autodeterminação reprodutiva (SCAVONE, 2001).

A perspectiva apresentada, pós 1970, deu lugar a construção de política pública voltada para a saúde das mulheres nos anos de 1980 no Brasil. Nesse período iniciou-

se o processo de definição do conceito de saúde reprodutiva das mulheres, espelhando-se no movimento feminista internacional, que procurava abranger todos os problemas de saúde ligados à reprodução, tais como: contracepção, aborto, pré-natal, parto, doenças sexualmente transmissíveis (DST), câncer de mama e de colo de útero, mutilação vaginal, gravidez na adolescência, dentre outros.

Em síntese, **a origem do conceito de saúde reprodutiva está ligada à luta pela autonomia reprodutiva das mulheres** que era então considerada condição *sine qua non* para a igualdade entre os sexos e, talvez, por isto, este conceito até hoje esteja frequentemente atrelado a luta pela apropriação do próprio corpo, a crítica a sua medicalização e, por fim, a **luta pelos direitos reprodutivos básicos, expressos no princípio da livre escolha da maternidade**. (SCAVONE, 2004, p. 49, grifo nosso).

Foi também na década de 1980 que o movimento promoveu uma grande campanha de combate à violência de gênero, com o lema: “quem ama não mata”, quando se começou a expor e denunciar a violência doméstica e sexual. O fruto desse embate pode ser observado através da criação da Lei nº 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha e na tipificação do feminicídio como crime hediondo (BRASIL, 2006).

Como reflexo desse debate, em 1984 foi criado o Programa de Assistência Integral à Mulher (PAISM) (CORRÊA, 1993). Este programa introduziu um marco de integralidade na atenção à saúde, não se detendo exclusivamente as questões de concepções ou contracepções.

Na década de 1980, a articulação entre o direito à integralidade na atenção à saúde e o direito à autodeterminação no que se refere às esferas da sexualidade, da reprodução e da luta contra a violência marcou a trajetória do movimento feminista em sua atuação no Legislativo e em sua demanda por políticas públicas. (BARSTED, 2003, p. 81).

A prática da esterilização feminina como método de contracepção foi utilizada no Brasil durante as décadas de 1970 e 1980, período que compreendeu a ditadura militar. Tal prática, segundo Scavone (2004, p. 59) “[...] trouxe à tona as contradições do debate sobre os direitos reprodutivos num país marcado por desigualdades sociais profundas e alvo de políticas demográficas de controle populacional”.

A esterilização feminina compulsória para mulheres pobres unia uma preocupação pró-natalista sustentada pela ideia de crescimento populacional, visando a ocupação de territórios, com o discurso da redução da população nos países periféricos como instrumento de combate à pobreza (ALVES, 2002).

O uso das tecnologias reprodutivas conceptivas representa o lado contrário da esterilização e o aborto, visto que leva à realização da maternidade mediante uma fecundação programada. “Um dos paradoxos da prática das novas tecnologias conceptivas no Brasil é a sua coexistência com uma política de controle demográfico, cujos rumos levaram a esterilização feminina ao patamar de método contraceptivo mais utilizado no país” (SCAVONE, 2004 p. 64).

A Constituição Federal de 1988 trouxe avanços significativos para a área dos direitos sexuais e reprodutivos, reconhecendo as mudanças ocorridas na sociedade e atribuindo-lhe relevância que até então, o mundo jurídico encontrava dificuldade em resguardar (DIAS, 2013). As questões relativas aos direitos reprodutivos estão apresentadas na defesa do direito ao planejamento familiar, definido em seu art. 226 § 7º, nos seguintes termos:

Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas (BRASIL, 1988, p. 1).

Como visto, o ordenamento pátrio estabelece nesse parágrafo o acesso ao planejamento familiar como um direito, gerando assim deveres para o Estado. Observa-se que a Constituição Federal (1988), além de não utilizar diretamente o termo “direito reprodutivo”, deposita somente no casal a decisão sobre o planejamento familiar, ainda vinculante a heteronormatividade e a composição familiar baseada na conjugalidade e filiação, omitindo, portanto, a dimensão individual no processo de formação familiar.

Na década de 1990, período que Scavone (2004, p. 58) denomina como “terceira década dos direitos reprodutivos”, o debate sobre a regulamentação da esterilização feminina e o acesso às novas tecnologias, passaram a ser centrais na consolidação dos direitos reprodutivos das mulheres. Criou-se, principalmente dentro no movimento feminista, um complexo debate entre a obsessão pela descendência do próprio sangue e a revalorização da maternidade. Esta que fora, na década de 70 considerada um elemento de opressão das mulheres, nos anos de 90 volta a ser almejada, com o uso das tecnologias medicamente assistidas. De forma que, a maternidade ganha um novo significado e passa a ser desejada dentro de uma perspectiva reflexiva e não mais como uma imposição. “O pano de fundo desse debate é a luta pelo direito

à livre escolha da maternidade, cuja obtenção repercute diretamente nas relações de gênero e na organização e estrutura familiar” (SCAVONE, 2004, p. 59).

Em um ambiente político marcado pelo debate da saúde reprodutiva como direito humano fundamental, o Brasil sanciona a Lei de Planejamento Familiar nº 9.263 de 1996 (BRASIL, 1996). Através da criação desta lei, regulamentando o planejamento familiar no país, foram trazidas importantes contribuições sobre os direitos reprodutivos, reprodução humana assistida e liberdades individuais na formação da unidade familiar.

O artigo 2º da lei citada, defini o planejamento familiar como “[...] o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal [...]” (BRASIL, 1996, p. 1). O artigo 1º assegura o “[...] planejamento familiar como direito de todo cidadão [...]” (BRASIL, 1996, p. 1), e o artigo 3º consagra o direito individual quando assevera que “[...] planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde [...]” (BRASIL, 1996, p. 1).

A definição de planejamento familiar apresentada por esta lei inaugura um novo entendimento a respeito da constituição de núcleos familiares. Mulheres e homens de forma individual, passam a ter direito a todas as ações voltadas ao planejamento familiar, antes só pensada no âmbito do casal, cujo padrão seguia a lógica da heteronormatividade.

A linguagem dos direitos reprodutivos está intimamente ligada a dimensão da autonomia, liberdade e igualdade entre os indivíduos. As mudanças advindas com as diversas possibilidades de constituição familiar através da reprodução medicamentem assistida, deve ser assegurada pelo Estado, tornando-se necessário encontrar meios de viabilizar o exercício dos direitos reprodutivos através da reprodução medicamente assistida a todos os indivíduos, que por motivos sociais, pretendam constituir sua família de forma planejada, através desse método.

2.3 Bioética, biodireito e a reprodução medicamente assistida

O avanço da biotecnologia e da biotecnociência proporcionou a consolidação de duas novas áreas do conhecimento: a bioética e o biodireito. No final do século XX, a bioética se tornou um importante campo de interesse, devido aos avanços tecnológicos significativos especialmente na área da saúde humana, a exemplo da engenharia genética, alimentos transgênicos, testes de DNA e, principalmente, por estar associada as inúmeras modalidades de procriação diversa da sexuada, proporcionando a quebra de paradigmas sobre as relações de parentesco e ampliando as possibilidades de filiação.

Os estudos da bioética têm como finalidade a vida humana, desde a concepção até a morte, elementos que são protegidos pelo direito. A relação entre bioética e direito está intrinsecamente marcada.

A bioética tem sido reconhecida por abordar duas questões fundamentais, a saber, o que deveriam as pessoas e as comunidades humanas fazer, permitir, tolerar ou proibir nas ciências biológicas, sobretudo no que afeta os seres humanos de hoje e do futuro, e como as decisões deveriam ser tomadas para definir quais condutas são obrigatórias, permissivas, toleráveis ou proibitivas. **A bioética aborda questões básicas sobre o gerenciamento humano, institucional e social do nascimento, da doença e da morte, mas ela despertou a atenção popular através de desenvolvimento tecnológico. Estes dizem respeito a técnicas de concepção ou reprodução assistida para superar a infertilidade**, meios eficazes de auxiliar ou substituir a função de órgãos, transplante de tecidos e de órgãos para prolongar ou melhorar a vida e, por exemplo, de técnicas médicas que podem interromper a vida. (COOK; DICKENS; FATHALLA, 2004, p. 67, grifo nosso).

A bioética se conecta com a vida humana a partir do momento em que surgem novas tecnologias reprodutivas, permitindo aos indivíduos controlar a concepção e a reprodução, sem a necessidade da relação sexual. “Os direitos reprodutivos têm traços que os tornam muito menos simples do que uma análise superficial poderia sugerir. Uma das principais amostras de sua natureza intrincada está na conexão com a biotecnologia” (MOTTA, 2007, p. 145).

O potencial transformador da reprodução medicamente assistida vai muito além das questões relativas à superação da infertilidade, função inicialmente formulada pela bioética para essa área. Atualmente, as pessoas solteiras e os casais homoafetivos sem nenhum tipo de infertilidade a ser superada, visualizam no uso da biotecnologia a consolidação de seus projetos reprodutivos.

A palavra 'bioética' surgiu na década de 1960 e é popularmente associado a Van Rensselaer Potter, um bioquímico e pesquisador científico americano que combinou a dimensão do 'bio', representando o conhecimento biológico ou da ciência dos sistemas vivos, com 'ética', significando o conhecimento dos sistemas de valores humanos (COOK; DICKENS; FATHALLA, 2004). Potter procurou em seu livro "Bioética: Ponte para o futuro" (1971) encontrar uma ligação entre a ciência biológica e a ética. Segundo o autor (2016, p.31), "[...] a bioética deveria desenvolver uma compreensão realista do conhecimento biológico e de suas limitações com a finalidade de apresentar recomendações no campo das políticas públicas".

Potter (2016, p. 74) afirma que somente pela combinação do conhecimento das ciências e das humanidades nas mentes humanas individuais é que poderemos esperar construir uma "ponte para o futuro".

Deveríamos tentar encontrar nos estudos sobre a adaptabilidade e a individualidade métodos para ajudar as pessoas a se descobrir. Deveríamos encorajar o desenvolvimento de diferenças individuais e olhar para as diferenças individuais em termos de sua contribuição à sociedade (...) A ciência não é sabedoria, mas podemos usar o método científico para busca-la. A sabedoria é o conhecimento de como usar o conhecimento para melhorar a condição humana e este é o conhecimento mais importante de todos. (POTTER, 2016, p. 86).

A bioética tem como característica a multidisciplinariedade. O modelo de análise, comumente utilizado e de grande aplicação na prática clínica na maioria dos países é o "principalista", introduzido por Beauchamp e Childress, em 1989 (CREMESP, 2018). Esses autores propuseram quatro princípios bioéticos fundamentais: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça.

O princípio da autonomia baseia-se na autodeterminação e no poder de decidir de forma livre e esclarecida, sem pressão ou indução (COOK; DICKENS; FATHALLA, 2004), garante a liberdade de cada indivíduo sobre suas escolhas. Nesse aspecto, este princípio apresenta o fundamento principiológico sobre o qual este trabalho irá se aprofundar, tendo em vista que atende o direito das pessoas sem conjugalidade em determinar sobre o melhor momento para a filiação utilizando-se das técnicas concepcionais.

O princípio da beneficência representa "[...] o dever ético de fazer o bem e de maximizar o bem" (COOK; DICKENS; FATHALLA, 2004, p. 73), refere-se à obrigação ética de maximizar o benefício e minimizar o prejuízo. O profissional deve ter a maior

convicção e informação técnicas possíveis que assegurem ser o ato médico benéfico ao paciente. Como o princípio da beneficência proíbe infligir dano deliberado, esse fato é destacado pelo princípio da não-maleficência. Esse “[...] incorpora a ética médica fundacional de não fazer o mal” (COOK; DICKENS; FATHALLA, 2004, p. 73) estabelece que a ação do médico sempre deve causar o menor prejuízo ou agravos à saúde do paciente.

O princípio da justiça estabelece como condição fundamental à equidade: obrigação ética de tratar cada indivíduo conforme o que é moralmente correto e adequado, de dar a cada um o que lhe é devido. O médico deve atuar com imparcialidade, evitando ao máximo que aspectos sociais, culturais, religiosos, financeiros ou outros que interfiram na relação médico-paciente. Os recursos devem ser equilibradamente distribuídos, com o objetivo de alcançar, com melhor eficácia, o maior número de pessoas assistidas (CREMESP, 2018).

Cook, Dickens e Fathalla (2004) apresentam as principais correntes teóricas que orientam as argumentações bioéticas, destacando: a) bioética baseada no dever ou deontológica, b) bioética consequencialista ou utilitarista e a c) bioética feminista.

As primeiras pesquisas e ensaios sobre a bioética de inspiração feminista teve início nos anos 1990, apesar das reflexões sobre a ética feminina e feminista existam desde a década de 1960. Susan Wolf, filósofa estadunidense, organizadora do livro *Feminism and Bioethics* (1996), apresentou os pressupostos da bioética feminista ao criticar a estrutura da bioética tradicional e denunciar a bioética para os privilegiados. Inicialmente “[...] a bioética de inspiração feminista concentrou-se na perspectiva crítica do feminismo, qual seja, o olhar crítico frente às desigualdades sociais, em especial a assimetria de gênero” (DINIZ; GUILHEM, 1999, p. 1).

Segundo Diniz e Guilhem (1999), de forma paralela a entrada dos estudos de gênero e do feminismo na bioética, outras teorias denominadas como teoria crítica ou apenas bioética crítica, apresentaram a pauta antirracista, de estudos culturais ou de sociologia de classe como pressupostos na pauta teórica da bioética. Para as autoras, essas teorias representam uma conquista histórica de povos e sociedades que lutaram e acreditaram nos pressupostos ilustrados da dignidade humana, da liberdade e da democracia.

Para Cook, Dickens e Fathalla (2004, p. 70), o foco da bioética feminista está na incorporação ética das experiências e realidades sociais das mulheres aos sistemas de valores dos tratamentos médicos e da atenção à saúde. A interação do feminismo às questões bioéticas permitiu que situações e abordagens relacionadas à condição da mulher, silenciadas historicamente atrás dos pressupostos universalizantes, fossem postas em discussões em congressos internacionais, promovendo a passagem de princípios éticos universais para a defesa de princípios compensatórios da vulnerabilidade social (DINIZ; GUILHEM, 1999).

Assim sendo mais do que a defesa da condição feminina, **a bioética crítica, e particularmente a bioética crítica de inspiração feminista**, traduz e representa esta nova onda reflexiva da bioética em que aqueles(as) historicamente desconsiderados(as) nos estudos éticos, sejam eles(as) **mulheres, crianças, minorias étnicas e raciais, deficientes físicos e mentais, idosos, pobres, passam a compor a pauta de discussão [...]. A bioética feminista é a análise de todas as questões bioéticas sob a perspectiva feminista**". (DINIZ; GUILHEM, 1999, p. 2, grifo nosso).

Dessa forma, procurou-se com esta teoria uma "[...] bioética capaz de, por um lado, romper com as amarras da transcendência etnocêntrica das teorias principialistas e, por outro, contestar as estruturas de privilégio que a perseguem" (DINIZ; GUILHEM, 1999, p. 4). O presente trabalho alinha-se com esta corrente teórica no tocante as discussões bioéticas.

O biodireito, por sua vez, vem assegurar o respeito à dignidade humana prevista em nossa constituição, pois é a partir deste princípio que surgirá o vínculo entre bioética e o direito. No Brasil, a Constituição Federal de 1988 em seu artigo 5º, inciso III, aduz que "[...] ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante" (BRASIL, 1988, p. 1), afirmando assim, o princípio da dignidade humana como um dos fundamentos do Estado Democrático de Direito. Com o reconhecimento do respeito à dignidade humana, a bioética e o biodireito passam a ter um sentido humanista, estabelecendo um vínculo com a justiça. "Os Direitos Humanos, decorrentes da condição humana, referem-se à preservação da integridade e da dignidade dos seres humanos e à plena realização de sua personalidade" (DINIZ, 2017, p. 44).

A bioética e o biodireito andam juntos com os Direitos Humanos. O biodireito se preocupa em apresentar os indicativos teóricos e os subsídios da experiência universal para a elaboração da melhor legislação sobre as novas técnicas científicas, com vistas, em última instância, à salvaguarda da dignidade humana (ALMEIDA JR, 2005).

Naturalmente, a bioética ganha importância por revelar-se instrumental interdisciplinar de base ética que visa pesquisar, na esfera da saúde, os meios necessários para gerenciar, com responsabilidade, a vida humana em geral. Pela necessária normalização das novas exigências valorativas e pela normatização das formas de controle, incorpora-se a Bioética, o que se pode designar de Biodireito. (WOLKMER, 2010, p. 20).

A interface entre a bioética e o biodireito é facilmente observada, através das técnicas de reprodução humana medicamente assistida, uma vez que os avanços tecnológicos incidem diretamente na vida reprodutiva dos indivíduos, promovendo diversos desdobramentos jurídicos e sociais.

As experiências reprodutivas em seres humanos surgiram no final do século XVII, quando o médico inglês John Hunter registrou ter realizado a primeira inseminação artificial entre um casal (FERTILAB, 2018). No entanto, é a partir da década de 1950, que as técnicas de inseminação artificial passam a ser difundidas rapidamente por todo o mundo (AÑÓN, 1999). A inseminação artificial experimentou um importante impulso por via do congelamento de sêmen durante a Segunda Guerra Mundial.

Durante la Segunda Guerra Mundial, y posteriormente durante la guerra de Corea, los soldados norteamericanos y posteriormente los ingleses comen-zaron a enviar esperma por avión con la intención de que la utilizasen sus esposas. (AÑÓN, 1999, p. 32).

A utilização da fertilização *in vitro* que ganhou maior notoriedade em 1978, na Inglaterra, com o nascimento de Louise Brown, primeiro “bebê de proveta” do mundo. Em 1984, seis anos após esse acontecimento, nasce no Brasil a primeira criança através do uso desse método.

No que se refere a nomenclatura específica para a área, a expressão reprodução medicamente assistida foi cunhada no campo da medicina reprodutiva para descrever um conjunto de técnicas para tratamento da infertilidade (CORRÊA; LOYOLA, 2005). O aumento da utilização das técnicas de reprodução assistida e as discussões, controvérsia e debates em torno do tema, fizeram com que o Comitê Internacional para Monitoramento da Tecnologia Reprodutiva Assistida (ICMART) e a OMS, estruturasse o ‘Novo Glossário’, a fim de padronizar uma terminologia para as intervenções em reprodução medicamente assistidas, ficando assim definido:

Reprodução medicamente assistida- reprodução obtida por meio da indução da ovulação, estimulação ovariana controlada, desencadeamento da ovulação, procedimentos de TRA, inseminação intrauterina, intracervical e intravaginal com sêmen do marido/parceiro ou doador.

Infertilidade (definição clínica) - doença do sistema reprodutivo definida pela falha de se obter gravidez clínica após 12 meses ou mais de coito regular desprotegido. (REDLARA, 2010, p. 1).

Tecnicamente, reprodução medicamente assistida é o procedimento no qual o encontro do óvulo com o espermatozoide é facilitado através das técnicas médicas. Entende-se, que haverá reprodução medicamente assistida sempre que houver qualquer tipo de interferência médica para viabilizar ou facilitar a procriação (SOUZA, 2010), nos casos de infertilidade esse procedimento se torna essencial. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, a infertilidade é um problema vivido por milhares de pessoas. Estima-se que entre 8% e 15% dos casais têm algum problema de infertilidade (BRASIL, 2011).

Atualmente, a definição de infertilidade como requisito de acesso às técnicas conceptivas não é suficiente, uma vez que o uso das tecnologias reprodutivas vai além da resolução do problema de saúde. Abrange mulheres e homens que, sem nenhum tipo de restrição médica, buscam esse método na formação de sua unidade familiar.

O desejo de ter filhos utilizando-se a reprodução assistida emerge, assim, em uma rede sociotécnica atual que se somam aos condicionantes sociais mais tradicionais. Um casal com dificuldade de reprodução, nos dias de hoje, dificilmente escapa de ser confrontado às possibilidades apresentadas pelas tecnologias reprodutivas. Paralelamente, **pessoas “socialmente excluída” da reprodução (solteiros, homossexuais, etc.) podem ver-se como “tecnicamente incluídas”** e encaminhar demandas reprodutivas aos médicos e à Medicina. (CORREA, 2001, p. 75, grifo nosso).

As técnicas de reprodução humana assistidas podem ser classificadas da seguinte forma: a) intracorpóreas: a inseminação artificial, método no qual se insere o gameta masculino no interior do aparelho genital feminino, possibilitando a fecundação dentro do corpo da mulher. Nesses casos há a introdução do sêmen na mulher, não havendo qualquer tipo de manipulação externa do óvulo ou do embrião. b) extracorpóreas: fertilização *in vitro* (FIV), procedimento pelo qual recolhem-se o óvulo e o espermatozoide, faz-se a fecundação fora do corpo humano em um tubo de ensaio ou mídia de cultivo (daí a denominação bebê de proveta) sendo, posteriormente, o embrião transferido para o útero materno. c) homólogas: utilizam-se gametas do próprio casal; d) heterólogas: gametas masculino ou feminino ou ambos de doadores (SOUZA, 2010).

Segundo Souza e Alvez (2016), a Inseminação Artificial (IA) ou Inseminação Intrauterina (IIU) é considerada um tratamento simples, com poucas complicações, no qual apresenta taxa de gestação satisfatória, quando bem indicado. Este método consiste em depositar os espermatozoides capacitados em laboratório, seja ele do parceiro ou doador no útero, utilizando um cateter sem anestesia ou internamento.

A Fertilização *In Vitro* (FIV) e a Transferência de Embrião Congelado (TEC), “[...] são considerados tratamentos de alta complexidade que visa à manipulação de ambos os gametas (espermatozoide e óvulos) em laboratório, para obter embrião de boa qualidade” (SOUZA; ALVES, 2016, p. 27).

Ressalta-se que as manipulações médicas e cirúrgicas, bem como os riscos dos procedimentos aqui exposto, incidem exclusivamente sobre os corpos femininos. Segundo Loyola e Corrêa (2015), o ciclo da FIV se inicia com a hiperestimulação hormonal da mulher, pelo uso de drogas injetáveis que visa propiciar o amadurecimento de um grande número de ovócitos. Segue-se uma fase de monitoramento, que consiste em ultrassonografias repetidas até serem coletados os ovócitos considerados maduros. O objetivo da hiperestimulação hormonal é produzir as células reprodutivas femininas, “[...] a ideia é disponibilizar muitos ovócitos para aumentar a chance de obter número elevado de embriões passíveis de serem viáveis para serem fertilizados *in vitro* e depois transferidos” (CORRÊA; LOYOLA, 2015, p. 758).

As etapas da fertilização *in vitro* e transferência de embrião resume-se em: Indução da ovulação; monitorização do crescimento folicular; coleta de óvulos; coleta do sêmen; inseminação *in vitro*; transferência de embriões para o útero; suporte da fase lútea e diagnóstico de gestação. (SOUZA; ALVES, 2016, p.32).

A utilização da FIV coloca em pauta a discussão referente aos embriões excedentários, pois apenas alguns embriões serão transferidos para o útero maternos, os que não foram usados deverão ser armazenados nos laboratórios e congelados, para posterior aproveitamento, caso haja necessidade. No Brasil não há lei que regule o destino dos embriões excedentários. Todavia o artigo 5º da Lei de Biossegurança (Lei nº 11.105/05) (BRASIL, 2005), permite a utilização de células tronco, obtidas por meio dos embriões derivados dos procedimentos de fertilização *in vitro*, em pesquisas e terapias, bem como proíbe a comercialização de gametas.

O artigo 5º da referida Lei foi objeto de Ação Direita de Constitucionalidade, ADI nº 3510, julgada em 2008 pelo Supremo Tribunal Federal, STF, onde se decidiu pela constitucionalidade do uso dos embriões derivados da fertilização *in vitro* em pesquisas e terapias, sob o argumento central de que as pesquisas com células-tronco não caracterizam aborto (STF, 2008).

As técnicas reprodutivas criam a possibilidade de uma criança ser concebida por mais de um pai e uma mãe, uma vez que deste procedimento participam diversas

peçoas, como a doadora do óvulo, doador do esperma, a que empresta seu útero, conhecida popularmente como “barriga de aluguel”, e aquela que efetivamente possui laços afetivos, independente dos laços sanguíneos. De maneira que a interface da bioética com o biodireito faz-se necessária a fim de garantir os direitos e as transformações sociais advindas com o uso das tecnologias reprodutivas.

3 REPRODUÇÃO MEDICAMENTE ASSISTIDA: DIREITO DISPONÍVEL A TODAS?

Será apresentado neste item um panorama dos aspectos normativo da reprodução medicamente assistida no Brasil. Para tanto será analisado as normas éticas do Conselho Federal de Medicina, as resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a política pública implementada pelo governo para esta área. A pouca oferta dos serviços pelo Sistema Único de Saúde (SUS) versus a oferta crescente pela rede privada, bem como a exclusão dos procedimentos de reprodução assistida do chamado setor de saúde suplementar (planos de saúde) será aqui aprofundada. Analisar-se-á também os Projetos de Lei que tramitam no Congresso Nacional.

3.1 Panorama em contexto brasileiro

A inserção da biotecnologia na área reprodutiva, trouxe mudanças significativas para o campo social e jurídico, principalmente nos aspectos relativos a filiação, reconfigurando a dimensão da maternidade e paternidade nos tempos atuais. Até o século passado a paternidade era linear, natural e com origem no ato sexual. A legislação, ainda reproduz este modelo ao não prevê todas as novas possibilidades de formação familiar advindas do uso das tecnologias na atualidade (DIAS, 2013).

A reprodução medicamente assistida é um tema que desencadeia intensos debates sociais, éticos e questionamentos jurídicos, visto que interfere no processo de procriação natural da mulher, fazendo surgir situações até pouco tempo inimagináveis, que desafiam as Ciências Sociais e jurídicas, principalmente no que tange às relações de parentesco e filiação.

Historicamente, “[...] sempre se reconheceu que os vínculos de consanguinidade geram o que se chama de parentesco natural, denominando-se de parentesco civil o decorrente da adoção” (DIAS, 2013, p. 352). No código civil de 1916, as pessoas acometidas por problemas de infertilidade¹¹, o direito à filiação só poderia se concretizar através do instituto da adoção.

¹¹ Segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde), a infertilidade é uma doença do sistema reprodutivo caracterizada pela dificuldade em conseguir a gravidez após 12 meses de tentativas regulares sem o uso de contraceptivos. Dessa forma, a infertilidade não representa a impossibilidade de ter um filho biológico, mas uma dificuldade. A Organização Mundial de Saúde definiu como: Infertilidade (definição clínica) - doença do sistema reprodutivo definida pela falha de se obter gravidez clínica após 12 meses ou mais de coito regular desprotegido. (REDLARA, 2010).

Todavia, o atual Código Civil (2002) trouxe inovações ao instituto familiar, tanto com relação aos avanços genéticos, quanto ao surgimento das relações socioafetivas essenciais ao estado de filiação. Passa a tratar com igualdade os filhos legítimos, ilegítimos e adotivos em virtude dos princípios constitucionais da igualdade, da afetividade, da dignidade da pessoa humana, conforme prevê a Constituição Federal de 1988.

A Constituição de 1988 acolheu as transformações sociais da família brasileira, incluindo no seu texto três eixos modificativos de extrema relevância: a) igualdade em direitos e deveres do homem e da mulher na sociedade conjugal (art. 226, §5º), reproduzindo o princípio da igualdade entre homens e mulheres (art. 5º, I); b) igualdade absoluta dos filhos (art. 227, § 6º), sem importar a origem e vedando-se qualquer forma de discriminação; c) pluralidade dos modelos de família (art. 226, §§1º, 3º e 4º). (CARVALHO, 2015, p. 47).

Mas, apesar da biologia ainda ser um fator predominante nas relações familiares, a socioafetividade vem ganhando força, de forma que a adoção e as técnicas de reprodução assistida heteróloga, refletem a consolidação de um importante fenômeno dos tempos atuais para o direito de família que é a “desbiologização” do vínculo de parentesco (DIAS, 2013).

As relações de parentesco foram submetidas a sensíveis mudanças ao longo dos séculos. Segundo Fidelis (2016, p. 81), “[...] um longo caminho precisou ser percorrido, a fim de que as designações discriminatórias fossem abolidas pelo ordenamento jurídico, e que o vínculo afetivo fosse finalmente um fator determinante para o estabelecimento da filiação”.

No contexto das mudanças paradigmáticas que permitiram o reconhecimento do status de família a entidades familiares não casamentarias e o reconhecimento de filhos, oriundos dessa relação, sem distinção em relação a eles, a comunidade jurídica, no exame dos institutos do parentesco e da filiação, incorporou a noção de parentalidade, advinda da Psicologia, enquanto relação que une pais e filhos, estabelecendo, entre eles reciprocidades, direitos e obrigações. (VARGAS, 2017, p. 179).

O Código Civil de 2002 no artigo 1.593 ao dispor que “[...] o parentesco é natural ou civil, conforme resulte de consanguinidade ou outra origem”, instituiu novos espaços para o reconhecimento de vínculos para além da consanguinidade, tendo em vista a amplitude da expressão “outra origem”. A inovação jurídica procurou abarcar as possibilidades advindas dos filhos nascidos por reprodução assistida heteróloga, que não tem vínculo de consanguinidade com os pais, situação muito presente nas

famílias monoparentais e homoafetivas, estabelecidas através da reprodução medicamente assistida em que foi usado o material genético de doador anônimo, tanto feminino quanto masculino.

O aludido artigo, ao utilizar a expressão “outra origem”, também abre espaço ao reconhecimento da paternidade e maternidade desbiologizada ou socioafetiva, em que “[...] embora não existam elos de sangue, há laços de afetividade que a sociedade reconhece como mais importante que o vínculo consanguíneo” (GONÇALVES, 2015, p. 312).

No que se refere a legislação brasileira sobre a reprodução medicamente assistida, o Código Civil (2002) possui um único dispositivo legal. Afora este dispositivo, os procedimentos nessa área são orientados por portarias do Ministério da Saúde, regras éticas instituídas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), jurisprudências e a Lei de Biossegurança nº 11.105/05, a qual estabelece normas de segurança e mecanismos de fiscalização de atividades que envolvem organismos geneticamente modificados.

O Direito brasileiro não considerou as tecnologias reprodutivas como um problema a ser regulamentado. Em nome disse, acompanhamos um processo contínuo de interpretação e adequação das leis existentes, sejam elas derivadas do Direito de família, de propriedade ou de garantias constitucionais, como o direito à vida (DINIZ; BUGLIONE, 2002, p. 13)

Para Venosa (2011, p. 235), o “Código de 2002 não autoriza nem regulamenta a reprodução assistida, mas apenas constata lacunosamente a existência da problemática e procura dar solução ao aspecto da paternidade”. Afirma ainda que essa matéria, devido a sua complexidade deve ser regulada por lei específica, uma vez que com esses dispositivos atuais, passa-se a ter mais dúvidas do que solução em relação a utilização das técnicas de reprodução medicamente assistida.

Sobre o tema o Código Civil (2002), aduz que:

Art 1.597 Presumem-se concebidos na constância do casamento os filhos: I - nascidos cento e oitenta dias, pelo menos, depois de estabelecida a convivência conjugal; II - nascidos nos trezentos dias subsequentes à dissolução da sociedade conjugal, por morte, separação judicial, nulidade e anulação do casamento; **III - havidos por fecundação artificial homóloga, mesmo que falecido o marido; IV - havidos, a qualquer tempo, quando se tratar de embriões excedentários, decorrentes de concepção artificial homóloga; V - havidos por inseminação artificial heteróloga, desde que tenha prévia autorização do marido.** (BRASIL, 2002, p. 1, grifo nosso).

Segundo Dias (2013, p. 375), uma “[...] regulamentação tão acanhada encontra como justificativa não estar o tema suficientemente amadurecido à época da promulgação do código”. A inseminação homóloga *post mortem*, definida no inciso III, vem gerando grande controvérsia jurídica no que se refere ao consentimento prévio da pessoa falecida, direitos sucessórios, direitos do nascituro, entre outras questões de alta relevância jurídica e social, as quais cabem um estudo específico sobre o tema e não será aprofundada neste estudo.

A reprodução medicamente assistida foi introduzida no Brasil, a partir dos anos 1980, em um contexto com pouca regulamentação, “[...] o que se deve, em grande parte, à forte concentração dessa tecnologia no setor privado da medicina” (CORREA; LOYOLA, 2005, p. 103). Essa “mercantilização da saúde”, à qual estruturava os serviços em moldes privados e lucrativos, perdurou no Brasil entre os anos de 1930 até os anos de 1980 (ASENSI, 2010, p. 34).

A primeira brasileira nascida, através da técnica de fertilização *in vitro*, veio ao mundo no ano de 1984. O nascimento de Anna Paula Caldeira representou um marco na utilização e difusão da reprodução assistida no país (SOUZA; ALVEZ, 2016). Entre a década de 1980/1990 foi implantados diversos centros de reprodução medicamente assistida no país. Atualmente, existem no Brasil 146 clínicas privadas de reprodução assistida, segundo dados da Anvisa (2018).

A partir da intensa utilização das técnicas reprodutivas e a necessidade de atenção à saúde das mulheres, nos mais diversos aspectos, foi lançado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) no ano de 1984. Em um contexto de redemocratização do país, marcado pelo fim da ditadura militar e a luta do movimento feminista, este programa ficou consagrado como a primeira política nacional a dar visibilidade e efetividade à noção de saúde integral da mulher.

As feministas sustentaram, desde então, que as decisões da esfera reprodutiva devem se orientar pelo livre-arbítrio dos indivíduos, em especial das mulheres. Esta premissa estava inserida em um contexto mais amplo de luta pela ampliação da cidadania das mulheres e da responsabilidade do Estado pela sua saúde. De maneira que a assistência à anticoncepção deveria compor uma política integral de saúde reprodutiva (CORRÊA, 1993).

No que se refere aos aspectos da reprodução assistida, o PAISM abordou as questões ligadas a esterilidade e infertilidade como uma questão de menor importância na relação de problemas de saúde listados, como se pode observar no trecho em destaque do programa:

Finalmente, sabe-se que só uma pequena parcela da população tem acesso a serviços de pesquisa e tratamento da esterilidade conjugal. Ainda que não seja um problema fundamental de saúde pública, assume dimensões graves no âmbito familiar, cultural e social, precisando, portanto, da atenção dos serviços de saúde. Desenvolver atividades de regulação da fertilidade humana, implementando métodos e técnicas de planejamento familiar, diagnosticando e corrigindo estados de infertilidade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1984, p. 13).

Observa-se que o debate sobre as questões reprodutivas começava a ganhar notoriedade após o nascimento do primeiro bebê de proveta no Brasil, de maneira que as questões relativas a infertilidade ainda de mostravam incipiente na década de 1980. “Dado ao momento histórico do país, o programa não obteve sucesso e as razões deste fracasso podem e devem ser atribuídas aos limites da transição conservadora que o país experimentou” (CORREIA, 1993, p. 5).

A partir de então, a luta dos diversos movimentos sociais na área da saúde, entre eles destaca-se o movimento da Reforma Sanitarista, foi ganhando força através da defesa de uma saúde universal, como um direito de todos. “Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde foi considerada um direito fundamental e um dever do Estado, atribuindo-se às ações e serviços de saúde o caráter de relevância pública” (ALFANO, 2014, p. 47).

Deste modo, com a Constituição de 1988 e as intensas reivindicações de uma pluralidade de grupos, a saúde tomou seu lugar como um direito fundamental, cujo imperativo é a prestação positiva do Estado no sentido de concretizá-la e ampliá-la a todos os cidadãos. Em seu artigo 196, observa-se que a saúde é um “direito de todos e dever do Estado”, o que denota a pretensão universalizante deste direito. Aqui, a saúde é caracterizada como um *direito fundamental e dever do Estado*, o que denota uma dupla-dimensão (direito- dever) em sua natureza (ASENSI, 2010, p. 35).

Em 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS), implementado pela Lei nº 8.080/90, foi instituído como tentativa de operacionalizar os novos desafios trazidos pela CF, seguindo os princípios da universalidade, descentralização, participação, integralidade e equidade em saúde. As obrigações do Estado com relação à saúde para a população foram ampliadas a fim de garantir uma saúde digna a todos os brasileiros (as) além da participação e do controle da própria população. Segundo a Lei, o setor

privado continuaria a prestar serviço em caráter complementar, controladas por normas do direito público.

No âmbito internacional, como visto, o documento final da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, Cairo (1994), apresentou avanços significativos ao incorporar os direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos e ao defender a promoção da liberdade, igualdade e equidade social e de gênero nas decisões e exercícios da saúde reprodutiva, compromissos que devem ser adotados pelos países signatários, entres eles o Brasil.

Na área dos direitos reprodutivos e mais especificamente, nos aspectos relativos a reprodução medicamente assistida, a Constituição Federal de 1988 não regulamentou diretamente essa questão. Todavia, através do artigo 226 §7^o¹² e da dimensão sobre saúde pública estabelecida pelo SUS, permitiu-se a introdução no sistema-jurídico nacional da Lei de Planejamento Familiar (LPF) nº 9.263/96, a qual especificou serviços diretamente relacionados à saúde sexual e reprodutiva a serem disponibilizados pelo Estado.

A atribuição do Estado para a garantia dos direitos reprodutivos a todos cidadãos, está previsto no parágrafo único do art. 3^o da LPF, quando define que “[...] as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), devem garantir a atenção em todos os ciclos vitais, que inclua entre outras, a assistência à concepção e a contracepção” (BRASIL, 1996, p. 1).

Quanto às questões relacionadas à reprodução medicamente assistida, interesse maior deste trabalho, a referida lei prevê, no art. 6^o que as ações de planejamento familiar poderão ser exercidas pelas instituições públicas e privadas, filantrópicas, ou não, deixando a fiscalização a cargo das instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS). Mais especificamente sobre as questões ligadas à concepção, o art. 9^o da LPF estabelece que:

Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos **todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos** e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção. (BRASIL, 1996, p. 1, grifo nosso).

¹² “Art. 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado. § 7^o Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.” (BRASIL, 1988, p. 1).

A Lei do Planejamento Familiar indica, portanto, assistência à concepção. Nesse sentido entendem-se incluídas as novas tecnologias reprodutivas a ser disponibilizada a todos as/os cidadãos/aos sem prejuízo da saúde da mulher, do homem e do casal. Isso representou o reconhecimento do direito individual, independentemente de qualquer condição como estado civil, idade ou orientação sexual.

Na LPF, o planejamento familiar foi concebido de forma a abranger diversos elementos da vida reprodutiva e não só as ações para a limitação da fertilidade. Ao incluir ações para a constituição e aumento da prole a lei incorporou as demandas reprodutivas conceptivas, “[...] o que implica na responsabilidade do Estado em estruturar o acesso a serviços de saúde que abordem a infertilidade e oferecem as tecnologias de reprodução humana assistida no SUS” (SEQUEIRA, 2011, p. 58).

Cumprir ressaltar que dos vinte e dois artigos da LPF, doze são destinados à regulamentação, inclusive penal, sobre as esterilizações cirúrgicas que, durante longos anos, foram utilizadas de forma indiscriminada em mulheres pobres residentes em regiões populosas do país. Vale destacar que essas mulheres, na maioria dos casos, não possuíam a devida informação e esclarecimento sobre o procedimento.

Em 2004, diante da ausência de uma política com enfoque na saúde da mulher e nas questões de gênero, o Ministério da Saúde elaborou a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (BRASIL, 2004a). O PNAISM reconheceu a existência de lacunas em várias áreas como atenção ao climatério/menopausa, infertilidade e reprodução humana assistida, saúde mental, saúde ocupacional, saúde da mulher adolescente, etc. No entanto, a grande inovação da política foi enfatizar a perspectiva de gênero e raça nas ações a serem desenvolvidas, além de identificar as especificidades e necessidades de saúde de alguns grupos populacionais como lésbicas, negras, indígenas, mulheres em situação prisional e mulheres de áreas rurais.

A discussão sobre reprodução assistida aparece nesta Política quando são apresentadas as demandas de saúde das mulheres lésbicas, o documento afirma que “[...] à inseminação assistida na rede do SUS, deve incluir na clientela-alvo as mulheres lésbicas que desejam exercer o direito à maternidade voluntária” (BRASIL, 2004a, p. 49). O documento, quando define os objetivos específicos e estratégias da política, prevê o atendimento através da reprodução assistida às mulheres com problemas de infertilidade e que àquelas que vivem com a AIDS.

No mesmo ano de criação do PNAISM, foi criado pela então Secretaria Especial de Política para as Mulheres (SEPM), o I Plano Nacional de Política para as Mulheres (BRASIL, 2004b). A construção deste documento ocorreu através de um processo participativo e popular onde foram realizadas diversas conferências com a participação de setores governamentais e dos movimentos de mulheres de todo o país. O referido plano teve como foco o debate sobre o enfrentamento das desigualdades de gênero, sociais e o combate às discriminações raciais e étnicas. “Especificamente sobre assistência à infertilidade e RA, foram apontadas ações a serem executadas pelo Ministério da Saúde, sem o aprofundamento da discussão sobre ‘como’ estas ações seriam implementadas” (ALFANO, 2014, p. 51).

Em 2005, o Ministério da Saúde lança a Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (BRASIL, 2005) onde retoma os avanços e compromissos em promover os direitos sexuais e reprodutivos da população brasileira. Segundo Sequeira (2011, p. 63), esta política estabelece suas propostas de ação em três eixos: a ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis; a melhoria do acesso à esterilização cirúrgica voluntária e a introdução da reprodução humana assistida no SUS. Este último eixo de ação culminou com a elaboração da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, através da portaria ministerial nº 426 de 2005 (BRASIL, 2005).

A portaria nº 426/05 estabeleceu critérios técnicos para o funcionamento, monitoramento e credenciamento dos serviços que realizavam os procedimentos de reprodução assistida, bem como instituiu os beneficiários no âmbito do SUS. Configurando-se como a primeira medida do estado na regulação dos serviços, visto que até aquele momento havia somente normas éticas a serem seguidas pelos médicos.

Segundo Sequeira (2011, p. 105), “[...] ao dar visibilidade às diretrizes de regionalização, hierarquização e integralidade na atenção à RHA, procurou-se criar através da política uma estrutura que garantisse o acesso aos usuários do SUS”. Ocorre que, essa mesma portaria limitaria os usuários somente aos casais com problemas de infertilidade e a pessoas com algum tipo de doença infectocontagiosa, a exemplo do HIV/AIDS¹³.

¹³ “Art 2º: II - identificar os determinantes e condicionantes dos principais problemas de infertilidade em casais em sua vida fértil, e desenvolver ações transeitoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade; III - definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento, o

No ano de 2007, foi lançado o programa “Mais Saúde – direito de todos”, com previsão orçamentária para os anos de 2008 a 2011. Conhecido como “PAC da saúde”, idealizado durante o período do então Governo Lula, esse pacote de medida estabeleceu como meta o investimento de R\$ 92.759.000,00 (noventa e dois milhões setecentos e cinquenta e nove mil reais) para a implantação de centros de reprodução assistida em cinco universidades, conforme documento governamental (IMIP, 2009).

Em 2009, foi inaugurado o primeiro Centro de Reprodução Humana Assistida inteiramente financiado pelo SUS no Norte e Nordeste, que passou a funcionar no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), no Recife, Pernambuco (IMIP, 2009).

A portaria 2048/09 (BRASIL, 2009), instituiu um novo regulamento para SUS e revogou vários atos normativos anteriores. Entre eles a portaria nº 426/05, que regulamentava a reprodução assistida no país. Todavia a nova portaria do SUS incorporou o conteúdo sobre reprodução assistida em seu dos seus anexos, definindo a subseção IV intitulada: “*Da Reprodução Humana Assistida*” (BRASIL, 2009), de forma que a Política Nacional de Atenção Integral a Reprodução Humana Assistida encontra-se em vigor pelo SUS.

Ocorre que, nesta política, assim como na antiga portaria, são previstos como destinatários casais inférteis ou pessoas que viessem a se beneficiar desse recurso para o controle da transmissão vertical ou horizontal de doença, conforme explicita o artigo 306, inciso III:

Definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços que realizam os procedimentos e as técnicas de reprodução humana assistida, **necessários à viabilização da concepção tanto para casais com infertilidade como para aqueles que se beneficiem desses recursos para o controle da transmissão vertical e/ou horizontal de doenças.** (BRASIL, 2009, p. 1, grifo nosso).

O debate sobre a elegibilidade dos usuários desse serviço é de fundamental importância para o presente trabalho. Ao estabelecer critérios de acesso, a portaria contraria os princípios da universalidade, integralidade e igualdade da assistência à

monitoramento e a avaliação dos serviços que realizam os procedimentos e técnicas de reprodução humana assistida, necessários à viabilização da concepção, tanto para casais com infertilidade, como para aqueles que se beneficiem desses recursos para o controle da transmissão vertical e/ou horizontal de doenças;” (BRASIL, 2005, p.1).

saúde definidos na lei 8.080/90 de criação do SUS (BRASIL, 1990). O Estado brasileiro não regulou e enfrentou debates nacionais e acordos internacionais sobre o respeito aos direitos sexuais e reprodutivos para todas as cidadãs e cidadãos, excluindo a possibilidade de ser beneficiário das políticas públicas para a reprodução assistida pelo SUS, as pessoas solteiras e os casais em união homoafetiva, que por motivos médicos ou sociais, queiram utilizar esse procedimento a fim de garantir a sua autodeterminação reprodutiva.

Na portaria a invisibilidade política das dimensões sociais e culturais implicadas no acesso da atenção em reprodução humana assistida ameaça os preceitos constitucionais e os princípios do SUS. Incorporar essas dimensões contribuiria para a consolidação dos compromissos assumidos em face dos direitos reprodutivos das pessoas, independentemente de sua condição socioeconômica, orientação sexual, estado conjugal, raça, cor e outras características que se façam presentes. (SEQUEIRA, 2011, p. 107, grifo nosso).

Costa (2016, p. 89) afirma que a medicina social não fechou os olhos para essa realidade. Vem buscando assegurar às pessoas solteiras e aos casais de mesmo sexo os mesmos direitos dos casais heteroafetivos referente à procriação. A nova resolução do Conselho Federal de Medicina (2017) já expressa a busca por igualdade de direitos, permitindo que os procedimentos sejam realizados por este público.

Ao fim e ao cabo, a questão do acesso e da elegibilidade – quem tem direito de usar TRA – está por ser solucionada em uma luta social por direitos. Esperar-se-ia que o problema da ausência de filhos tivesse sido dirigido pelo SUS, considerando seus princípios fundamentais, como a definição ampliada de saúde e a visão de integralidade da atenção, exigidos nos conteúdos programáticos das políticas públicas em saúde no país. (...). Os deslocamentos que os princípios do SUS produzem no campo da Saúde Pública no Brasil, produzindo e promovendo uma concepção ampliada de saúde e bem-estar, permitem acolher a questão, sob um ou outro dos termos. (LOYOLA; CORRÊA, 2015, p. 761, grifo nosso).

Em 2012, através da portaria 3.149/12 (BRASIL, 2012), o Ministério da Saúde alocou recursos para que os estabelecimentos de saúde realizassem procedimentos de atenção à reprodução humana assistida, no âmbito do SUS¹⁴. Vejamos na figura abaixo:

Quadro 1: Distribuição de recursos para reprodução assistida no SUS/2013.

¹⁴ O artigo 1º desta portaria define que: “Ficam destinados recursos financeiros no valor total de R\$ 10.000.000,00 (dez milhões de reais) aos estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos de atenção à Reprodução Humana Assistida, no âmbito do SUS, incluindo fertilização in vitro e/ou injeção intracitoplasmática de espermatozoides, conforme o Anexo desta Portaria.” Os Municípios beneficiários dessa política são: Brasília, Belo Horizonte, Porto Alegre, São Paulo, Recife e Natal.

UF	GESTÃO	ESTADO/MUNICÍPIO/DF	CNES	ESTABELECIMENTO	VALOR DE RECURSO EM REAIS
DF	Estadual	Brasília	0010537	Hospital Materno Infantil de Brasília – HMIB	1.000.000,00
MG	Municipal	Belo Horizonte	0027049	Hospital das Clínicas da UFMG	1.500.000,00
RS	Municipal	Porto Alegre	2237571	Hospital Nossa Senhora da Conceição SA - Fêmeina	1.000.000,00
RS	Municipal	Porto Alegre	2237601	Hospital das Clínicas de Porto Alegre	1.000.000,00
SP	Estadual	São Paulo	2078015	HC da FMUSP Hospital das Clínicas São Paulo	1.500.000,00
SP	Estadual	São Paulo	2078287	Centro de Referência da Saúde da Mulher São Paulo - Pérola Byington	1.500.000,00
SP	Estadual	São Paulo	2082187	Hospital das Clínicas FAEPA Ribeirão Preto	1.500.000,00
PE	Dupla	Recife	0000434	Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira- IMIP	1.000.000,00
RN	Municipal	Natal	2409208	Maternidade Escola Januário Cicco	1.500.000,00
Total geral					11.500.000,00

(Tabela incluída pela PRT nº 1397/GM/MS de 10 de julho de 2013).

Fonte: BRASIL (2012).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) estabeleceu duas resoluções que colocaram em discussão as práticas e o funcionamento dos serviços de reprodução medicamente assistida no Brasil. A resolução de diretoria colegiada - RDC nº 33/06 (ANVISA, 2008), aprovou o regulamento técnico para o funcionamento dos Bancos de Célula e Tecidos Germinativos (BCTG) e a resolução de diretoria colegiada RDC nº 29/08 (BRASIL, 2008), atualizada pela RDC nº 23/2011 (BRASIL, 2011), criou o Sistema Nacional de Produção de Embriões (SisEmbrio), o qual anualmente publica relatórios com o objetivo de conhecer, atualizar e divulgar o número de embriões humanos produzidos pelas técnicas de fertilização *in vitro* no país que estão criopreservados (congelados) nas clínicas de reprodução humana assistida através dos Bancos de Células e Tecidos Germinativos (BCTGs) no Brasil.

Os relatórios informam que no período de 2011 (ANVISA, 2012) a 2016 (ANVISA, 2017), o total de procedimento de fertilização *in vitro*, aumentou de pouco mais de 13 mil no ano de 2011 para 33.790 mil no ano de 2016, um aumento significativo de 159,92%. No tocante ao número de embriões congelados a quantidade registrada pelo SisEmbryo, em 2012 (ANVISA, 2013) era de 32.181 mil, esse número dobrou em 2016, atingindo o total de 66.597 embriões congelados. Observa-se após a leitura desses dados que a procura, por esse procedimento, torna-se cada vez mais crescente no país.

Atualmente, o retrato da reprodução medicamente assistida no Brasil é representado pela crescente procura versus a oferta de serviços, quase que exclusivamente, pela rede privada. Vale ressaltar que as técnicas de reprodução assistida estão fora do chamado setor de saúde suplementar, conhecidos também como planos de saúde. A lei 9.656/98 que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, exclui alguns tipos de procedimento da obrigatoriedade da cobertura, dentre essa exclusão encontra-se a inseminação artificial (BRASIL, 1998)¹⁵. Mesmo a infertilidade e esterilidade sendo reconhecida como doença do sistema reprodutivo, com CID específico, os planos não oferecem nenhum tipo de cobertura. No Brasil, muitas pessoas vêm buscando o poder judiciário a fim de garantir o ressarcimento com os altos custos desse procedimento. O panorama e o reflexo desse impedimento serão aprofundados no item seguinte desta dissertação.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) é uma autarquia federal, criada pela lei 3.268/1957 (BRASIL, 1957) que tem por finalidade a fiscalização ética das práticas médicas. Como uma autarquia seus atos possuem natureza jurídica de ato administrativo, portanto, não podem ser consideradas uma previsão legal. No âmbito do exercício profissional em reprodução assistida no país, a área ganhou reforços institucionais para se tornar uma especialidade médica na década de 1990, na tentativa de ser

15 “Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12, exceto: I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim; III - inseminação artificial; IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética; V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados; (...) Acesso em 20.12.2017”. (BRASIL, 1998, p. 1).

regida por resoluções técnicas e científicas (ALFANO, 2014). Tais resoluções orientam os procedimentos realizados nas clínicas médicas privadas procurando aproximar a realidade social da prática vivenciada no cotidiano da profissão.

Em 1992, o CFM lançou a Resolução 1.358/92 (CFM, 1992), primeira norma ética para o uso das técnicas de reprodução assistida para os profissionais da área de saúde. Esta resolução permaneceu em vigor até 2009, quando foi revisada e substituída pela Resolução 1.957/2010 (CFM, 2010). A nova resolução trouxe uma mudança significativa em relação acessibilidade para as técnicas de reprodução assistida.

Na resolução de 1992, a norma mencionava que as técnicas teriam como usuárias as mulheres ou casais inférteis e, no caso de mulheres casadas ou em união estável, sendo necessária a aprovação do cônjuge. A resolução do CFM de 2010 traz como pacientes de RA “[...] todas as pessoas capazes, que tenham solicitado o procedimento”, permitindo aos casais homoafetivos e às pessoas solteiras o uso das novas tecnologias na materialização de seus projetos reprodutivos, todavia não foi explicitado na norma esse público. Esta resolução também apresentada como novidade a permissão de acesso à reprodução assistida *post mortem*, desde que com prévia autorização (CFM, 2010).

Em 2013, o CFM revisou a resolução antiga a qual foi substituído pela resolução nº 2.013/2013 (CFM, 2013a). Esta resolução trouxe mudanças nas questões relativas à delimitação da idade máxima para mulheres se submeterem às técnicas de reprodução medicamente assistida, a qual passou a ser de 50 anos, definiu os termos da doação compartilhada de óvulos e principalmente, no aspecto relativos a acessibilidade, explicitou que “[...] é permitido o uso das técnicas de RA para relacionamentos homoafetivos e pessoas solteiras, respeitado o direito da objeção de consciência do médico” (*grifo nosso*), deixando claro que as técnicas de reprodução assistida podem e devem ser usada por qualquer pessoa independentemente de estado civil ou orientação sexual. Sobre a gestação de substituição (doação temporária do útero) ficou definido que as doadoras temporárias do útero devem pertencer à família de um dos parceiros, no caso de pessoas solteiras ou casais homoafetivos masculinos, num parentesco consanguíneo até o quarto grau (primeiro grau – mãe; segundo grau – irmã/avó; terceiro grau – tia; quarto grau – prima) (CFM, 2013b).

No ano de 2015, o Conselho Federal de Medicina instituiu a resolução nº 2.121/2015 (CFM, 2015), trazendo como principal alteração a exclusão do limite de idade de 50 anos para a realização da reprodução medicamente assistida.

ENUNCIADO N.º 41 O estabelecimento da idade máxima de 50 anos, para que mulheres possam submeter-se ao tratamento e à gestação por reprodução assistida, afronta o direito constitucional à liberdade de planejamento familiar. (CNJ, 2014, p. 9).

O CFM editou sua última resolução em 2017 sob o nº 2.168 (CFM, 2017). Dentre as mudanças trazidas por essa nova norma, vale assinalar aqui alguns aspectos de extrema relevância social. Os pacientes em tratamento oncológicos passaram a ser contemplados com as técnicas de reprodução humana assistida. A resolução permite que pessoas sem problemas reprodutivos diagnosticados com câncer, que por conta do tratamento ou desenvolvimento da doença poderão vir a ter um quadro de infertilidade, possam recorrer às técnicas disponíveis de reprodução assistida, como o congelamento de gametas e embriões, para que possam planejar o aumento da família no momento em que melhor estiverem preparadas tanto nas questões psicológicas quanto físicas.

Nesta resolução, o entendimento sobre a gestação compartilhada nos relacionamentos homoafetivos foi melhor definida: “[...] considera-se gestação compartilhada a situação em que o embrião obtido a partir da fecundação do(s) oócito(s) de uma mulher é transferido para o útero de sua parceira [...]” (CFM, 2017, p. 4), mesmo que não exista diagnóstico de infertilidade, ou seja, o óvulo de uma das mulheres é retirado para ser inseminado e implantado em sua parceira. A resolução anterior permitia que casais homoafetivos optassem por este recurso, mas não era tão explicitado quanto nesta nova norma.

Sobre a formação da família monoparental, aquela formada segundo a Constituição Federal, artigo 226, §4^o¹⁶, apenas pela mãe ou pelo pai e seus descendentes, a nova resolução não apresentou mudança em relação à anterior. Continua permitindo o uso das técnicas de RA para pessoas solteiras ampliando inclusive, as possibilidades para que os homens solteiros realizem esse procedimento com familiares mais próximos através da cessão temporário do útero.

¹⁶ “Art. 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado. § 4º Entende-se, também, como entidade familiar a comunidade formada por qualquer dos pais e seus descendentes.” (BRASIL, 1988, p. 1).

Uma das maiores novidades apresentadas pela resolução do CFM (2017) refere-se à cessão temporária do útero, conhecida por gestação de substituição ou, popularmente, como “barriga de aluguel”. Tal resolução estendeu a possibilidade de realização desse procedimento por familiares em grau de parentesco consanguíneo descendente. A resolução do CFM (2015) definia que apenas os parentes ascendentes de primeiro a quarto graus (somente mãe, avó, irmã e tia) poderiam participar do processo de gestação de substituição. Com a mudança na regra, filha e sobrinha poderão ceder temporariamente seu útero aos familiares que necessitem desse método para a constituição de sua prole. Dessa forma, aumenta-se as possibilidades entre casais homoafetivos masculinos, homens solteiros e mulheres inférteis em realizar o procedimento com pessoas ainda mais próximas.

No que se refere às questões éticas e jurídicas desse procedimento, a resolução CFM (2017), afirma que a cessão temporária do útero não poderá ter caráter lucrativo ou comercial e deverá constar no prontuário da paciente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual deverá ser assinado pelos futuros (as) pais e mães envolvidos (as) e pela cedente temporária do útero. Este documento evidencia os aspectos biopsicossociais, os riscos envolvidos no ciclo gravídico e as questões legais da filiação e do registro civil da criança.

Atualmente, a resolução do CFM é considerada uma fonte referencial de orientação para os procedimentos de reprodução medicamente assistida no Brasil face a ausência de lei sobre o tema, todavia ela não é suficiente para garantir debates e discussões importantes como: critérios de elegibilidade, regulamentação dos valores cobrados nas clínicas particulares, popularização dos serviços para todas as pessoas que desejem utilizar as técnicas de reprodução assistida na formação de suas famílias; descarte dos embriões excedentários, dentro outras questões que ainda carecem de uma regulamentação específica.

Após esse panorama, observa-se que teoricamente a nova resolução do CFM atende a expectativas relacionadas ao uso social das técnicas de reprodução humana assistida. Entretanto, o acesso é limitado a uma parcela da população com alto poder aquisitivo, capaz de pagar os valores cobrados nas clínicas privadas. Sequeira (2011, p. 84) avalia que “[...] apesar de representar um ganho político, a nova resolução não resolve o problema da grande parcela da população excluída pela pouca oferta de atenção em reprodução humana assistida nos serviços públicos de saúde”.

3.2 Acessibilidades, obstáculos & fronteiras aos serviços

No Brasil, o serviço de atendimento à reprodução medicamente assistida, tanto para as pessoas com infertilidade como aquelas que recorrerem a esse método por questões sociais é oferecido quase que exclusivamente pela rede privada. Estudos sobre a oferta desses serviços pelo SUS apontam para a carência e discrepância entre a rede pública e as clínicas particulares na área da reprodução assistida (SEQUEIRA, 2011; ALFANO, 2014; COSTA, 2016).

Alfano (2014) identificou treze¹⁷ equipamentos públicos que oferecem o tratamento gratuito de reprodução humana assistida às mulheres com problemas de infertilidade e ou pessoas com doenças infectocontagiosas, como define a portaria do SUS referente aos critérios de elegibilidade. Todavia, ressalta que alguns hospitais anunciam que realizam a reprodução assistida de forma gratuita, mas oferecem apenas consultas e diagnósticos sem custos, deixando muitos procedimentos, a exemplos de exames laboratoriais, a serem efetivados em parceria com clínicas privadas, dificultando de forma significativa o acesso aquelas pessoas que não têm como arcar com esses valores, excluindo portanto a parcela mais pobre da população que necessita desse serviço. Outro problema apresentado na oferta do serviço de reprodução humana assistida pela rede pública, diz respeito às longas filas de espera em que as mulheres são submetidas, Alfano (2014, p. 73) afirma que “[...] muitas mulheres acabam “envelhecendo” na lista de espera por tratamento, tendo suas chances de gravidez com os próprios óvulos diminuídas (ou inviabilizadas) pelo avançar da idade”.

Em comum, os serviços públicos listados até agora têm dificuldade em oferecer integralmente os tratamentos de infertilidade. Muitas vezes, faltam equipamentos diagnósticos, materiais adequados para inseminação de boa qualidade, instalações físicas apropriadas, equipes profissionais multidisciplinares, entre outras dificuldades que se apresentam como verdadeiros desafios para a efetivação do acesso à RA pelo SUS. **Na maioria dos casos, os próprios usuários devem custear os exames e medicamentos necessários para os procedimentos de IIU ou de Fiv; ou, quando os medicamentos são disponibilizados gratuitamente, os serviços enfrentam atrasos nos seus repasses aos usuários. Com isso, há também atrasos nas filas de**

¹⁷ Brasília:1. Hospital Regional da Asa Sul; Goiânia: Hospital das Clínicas da UFG (Universidade Federal de Goiás); Belo Horizonte: 3. Hospital das Clínicas da UFMG (Universidade Federal de Minas Gerais); Recife: 4. Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP); Natal 5. Maternidade Escola Januário Cicco da UFRN (Universidade Federal do Rio Grande do Norte); Porto Alegre: 6. Hospital Nossa Senhora da Conceição/ fêmeina; 7. Hospital das Clínicas do Rio Grande do Sul; São Paulo: 8. Hospital Estadual Pérola Byington; 9. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP; 10. Hospital São Paulo da Unifesp; 11. Hospital Santa Casa de São Paulo; Ribeirão Preto: 12. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP/Campinas; 13. Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da Unicamp.

espera pelo tratamento, deixando as pacientes cada vez mais ansiosas e com expectativas potencializadas por não saberem, ao certo, quando (ou se) serão chamadas pelos serviços. (ALFANO, 2014, p. 72, grifo nosso).

A escassez do setor público na oferta de serviços de reprodução medicamente assistida leva a inúmeros problemas de elegibilidade do acesso às técnicas. Dentre estes, o mais visível é a elegibilidade econômica, uma vez que, o acesso só é garantido aqueles (as) que possuem recursos financeiros para pleiteá-la. Este fenômeno pode ser observado com o aumento de forma significativa nos últimos anos, do número de estabelecimento privados que oferecem o serviço de reprodução humana assistida. Atualmente, conforme dados da Anvisa de 2018, são 146 centros privados no país. A maioria concentrados no sudeste do país, com 105 unidades, que cobram em média cinco vinte e cinco mil reais por cada tentativa de fertilização *in vitro*.

Figura 1: Resumo dos dados informados do SisEmbryo referentes a embriões congelados pelo BCTGs em 2017 segundo a Unidade Federada, Brasil, 2018

Unidade Federada	Quantidade de serviços	Embriões congelados	(%)	Embriões doados para pesquisa com células-tronco embrionárias	(%)
AM	2	371	0,5%	0	0
BA	3	1.962	2,5%	0	0
CE	4	2.910	3,7%	0	0
DF	4	1.941	2,5%	0	0
ES	3	1.621	2,1%	0	0
GO	4	2.445	3,1%	0	0
MA	2	609	0,8%	0	0
MG	19	6.173	7,9%	0	0
MS	1	493	0,6%	0	0
MT	2	1.198	1,5%	0	0
PA	2	597	0,8%	0	0
PE	3	2.659	3,4%	0	0
PI	1	452	0,6%	0	0
PR	15	2.631	3,4%	24	20%
RJ	10	5.415	6,9%	0	0
RN	3	453	0,6%	0	0
RS	8	5.585	7,1%	95	78%
SC	7	1.970	2,5%	0	0
SP	51	37.962	48,5%	3	2%
SE	1	598	0,8%	0	0
TO	1	171	0,2%	0	0
Total	146	78.216	-	122	-

Fonte: ANVISA (2018, p. 2).

Segundo Corrêa e Loyola (2015), a principal exclusão do acesso a FIV no país é de base econômica, o que torna inacessível esse procedimento a uma enorme parcela da população interessada. As pessoas já frustradas em seus projetos reprodutivos, devido a indisponibilidade de técnicas de alta complexidade no setor público, têm sua situação de vulnerabilidade psicossocial agravadas por conta da exclusão econômica e acesso restrito.

Certamente, o fato de que tais técnicas reprodutivas têm sido realizadas em clínicas particulares, tem retardado, a intervenção estatal nessas relações, sob a equivocada percepção de ser suficiente a regulamentação ética a cargo do Conselho Federal de Medicina ou sob a desculpa de não dever o Estado imiscuir-se em relações privadas entre médico e paciente. (AGUIAR, 2005, p. 86).

As técnicas de reprodução assistida estão fora também do chamado setor de saúde complementar, no qual inclui-se os planos de saúde, fato que dificulta ainda mais o acesso. A lei 9.656/98¹⁸, conhecida como a lei dos planos de saúde, exclui alguns procedimentos da obrigatoriedade da cobertura pelos planos privados, dentre as exclusões autorizadas destaca-se a inseminação artificial. Cumpre salientar que a lei dos planos de saúde, em seu artigo 35-C, inciso III, determina ser obrigatório a cobertura de atendimento no caso de planejamento familiar.

Assim, nos casos em que a concepção de um filho seja planejada pelo casal, mas se torne impossibilitada em razão da infertilidade de um deles, **cumprе reconhecer como obrigatória a cobertura do procedimento de inseminação artificial**, de modo a se tornar efetivo o planejamento familiar. (GOMES, 2016, p. 214).

No entanto, esta não foi a interpretação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que através da Resolução Normativa (RN) nº 428/2017¹⁹ afastou de forma taxativa os diversos métodos de reprodução assistida, excluindo a cobertura de

¹⁸Art. Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001); III - inseminação artificial” (BRASIL, 1998, p. 1).

¹⁹ “ Art. 20. A cobertura assistencial de que trata o plano referência compreende todos os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos e os atendimentos de urgência e emergência, na forma estabelecida no art. 10 da Lei nº 9.656, de 1998. § 1º São permitidas as seguintes exclusões assistenciais: III - inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas.” (ANS, 2017, p.6).

toda e qualquer técnica de reprodução medicamente assistida aos segurados, mesmo àqueles (as) com problemas de infertilidade.

Segundo Gomes (2016), a ANS ultrapassou os limites do seu poder de regulamentação, uma vez que a Resolução Normativa 428/2017, confronta a obrigatoriedade de cobertura prevista no artigo 35-C da lei dos planos de saúde, bem como impede o exercício do direito constitucional ao livre planejamento familiar. Considerando a abrangência da noção de saúde, compreendida como estado de completo bem-estar psíquico e físico, “[...] torna-se questionável a referida exclusão de cobertura [...]” (GOMES, 2016, p. 213).

Diante desse retrato, referente a não inserção da reprodução medicamente assistida nos procedimentos dos planos de saúde, pergunta-se: as clínicas particulares e as empresas farmacêuticas estariam se beneficiando com essa decisão? Estaria, pois, a reprodução assistida inserida em uma lógica privatizante e comercial? A decisão sobre o melhor momento para a procriação, deve depender da possibilidade financeira? Onde ficam as garantias sobre a promoção do direito ao livre planejamento familiar? Estas são perguntas de difíceis respostas, que estimulam o processo de pesquisa.

Privar o direito de concepção dos indivíduos, tanto aqueles acometidos com a infertilidade como os que buscam esse procedimento por questões sociais, significa retirá-los o direito à saúde na sua compreensão mais ampla. Segundo Gomes (2016, p. 231), “[...] a procriação, para algumas pessoas, constitui aspecto essencial para suas vidas, cuja ausência provoca sérios reflexos psicológicos prejudiciais à saúde [...]”. O conceito de saúde reprodutiva definida na Conferência do Cairo de 1994²⁰ incorporou o entendimento da Organização Mundial de Saúde, definindo a saúde reprodutiva como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a simples ausência de doença ou enfermidade. Ou seja, o direito a saúde vai muito

²⁰ “7.2 A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simples a ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo e a suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tenha a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando, e quantas vezes o deve fazer. Implícito nesta última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de ter acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como outros métodos, de sua escolha, de controle da fecundidade que não sejam contrários à lei [...]” (ONU, 1994, p. 1).

além da superação de patologias, ele procura o equilíbrio e harmonia psicossocial, bem como acesso a cidadania e garantias de direitos fundamentais e humanos.

Inúmeros são os casos de judicialização envolvendo as questões referentes a reprodução medicamente assistida no Brasil. Os processos em sua maioria, versam sobre a obrigatoriedade de custeio pelos planos de saúde, nas situações de mulher ou casal com infertilidade. Segundo Silva (2011), quando a lei está profundamente inadequada frente à realidade social ou quando ela inexistente, a futura legislação costuma ser antecedida pelas decisões dos tribunais. Quando, o judiciário, como intérprete derradeiro, exerce sua função transformadora sobre a sociedade por meio de suas sentenças, respondendo, com isso, ao anseio social.

O aumento da judicialização desses casos no Estado da Bahia, levou as turmas recursais do Tribunal de Justiça da Bahia a aprovar a súmula 02/2016 definindo que é devida a cobertura pelos planos de saúde do procedimento de fertilização *in vitro*, limitada a 02 (duas) tentativas, em face da configuração da infertilidade como patologia²¹.

Este entendimento vem contribuindo para concretização do planejamento familiar de casais com problemas de infertilidade que tem acesso aos planos de saúde, pois obriga os planos através de decisão judicial a custear o tratamento de fertilização *in vitro*. As técnicas de reprodução assistida são procedimentos muito caros, tornando-se economicamente inviável para grande parte da população, a desobrigação da cobertura pelos planos de saúde afasta ainda mais a materialização dos projetos reprodutivos dos indivíduos, uma vez que o Estado, como visto, tem pouco investimento nesta área.

Em decisão recente provida pelo Tribunal de Justiça do Distrito Federal, o Desembargador José Divino de Oliveira condenou a seguradora do plano de saúde a custear as despesas relativas ao procedimento de fertilização *in vitro*, tendo em vista que a paciente sofria de infertilidade.

DIREITO PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO DE INSTRUMENTO. TUTELA DE URGÊNCIA. **TRATAMENTO MÉDICO. ENDOMETRIOSE. INFERTILIDADE. PLANEJAMENTO FAMILIAR. FERTILIZAÇÃO IN VITRO. CUSTEIO.** I A Lei N.º 9.656/98, no art. 35-C, determina como obrigatória a cobertura do atendimento nos casos de planejamento familiar. A Resolução Normativa da ANS n.º 387/2015, define que as ações de planejamento familiar devem

21 Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/111826744/djba-caderno2-28-03-2016-pg-393>. Acesso em: 16 jan. 2019.

envolver as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico. Além disso, definiu como Planejamento familiar o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal. **II Tratando-se de paciente portadora de infertilidade primária, agravada pelo quadro de endometriose, e tendo em vista que as ações de planejamento familiar englobam tratamentos para concepção e contracepção, mostra-se indevida a recusa do custeio do tratamento de fertilização in vitro recomendado por médico especialista.** III Deu-se provimento ao recurso. (TJ-DF 2017, p. 1, grifo nosso).

Decisões como essa tornam-se cada vez mais recorrente no judiciário brasileiro. Porém este procedimento ainda é negado por muitos magistrados (as) que prolatam suas sentenças ancorados no princípio do livre convencimento, uma que não há regramento jurídico específico.

A lógica privatizante que domina a área da reprodução medicamente assistida no Brasil, contribuiu para a construção de possibilidades alternativas ao problema do acesso a essas técnicas, a exemplo da “inseminação caseira” que será apresentada mais à frente. Além desta, foi também apresentado como alternativa o “programa acesso” e a “doação compartilhada de óvulo” (ROCHA, 2016; CORRÊA; LOYOLA, 2015; ALFANO, 2014).

O “Programa Acesso” foi instalado no país em 2005 e financiado por laboratórios farmacêuticos. Seu objetivo é gerenciar benefícios em drogas farmacêuticas a fim de, conferir descontos na compra de medicamentos para pessoas definidas como pacientes de “menor renda não é de baixa renda” mas sim aqueles que apresentem condições dificultadas de procriação (ALFANO, 2014, p. 60). Os beneficiários do programa têm acesso às drogas (hormônios e medicamentos) usadas no processo da reprodução medicamente assistida a preços menores que os de mercado, vez que compram diretamente dos fornecedores.

Este programa foi desenvolvido através da parceria entre *Merck Serono*²², empresa líder em saúde reprodutiva e a *Vidalink*²³, gestora do programa, que disponibiliza medicamentos das dez maiores companhias farmacêuticas e vende com desconto diretamente ao consumidor.

22 Disponível em: <https://www.merckgroup.com/br-pt>. Acesso em: 16 jan. 2019.

23 Disponível em: <https://www.vidalink.com.br>. Acesso em: 16 jan. 2019.

Os fundadores da *Vidalink*, situados nos Estados Unidos da América, identificaram o Brasil como o maior mercado BPM (*Pharmacy Benefits Management*) potencial fora daquele país, baseado no fato de que o país tem o segundo maior mercado farmacêutico privado do mundo. (CORRÊA; LOYOLA, 2015, p. 765).

Para o acesso de usuários a esse “programa” é feita uma avaliação e comprovação da situação financeira. O critério de elegibilidade é basicamente econômico, pois o indivíduo deve ter recursos para arcar com todo o tratamento de fertilização, para além da compra dos medicamentos. Outro critério utilizado é a indicação de um médico (a) associado ao “programa” que indica um paciente para a compra do medicamento direto com as empresas.

Para Corrêa e Loyola (2015), um “programa” como esse deve ser visto como solução conflitante com os princípios do direito à saúde em nosso país, uma vez que a universalidade na cobertura pensada pelo SUS, inclui a assistência farmacêutica para todos que precisam. Essa suposta facilidade na compra de medicamentos, restrita àqueles que podem pagar, não democratiza em nada o acesso, vulnerabilizando ainda mais as pessoas que buscam os procedimentos de reprodução medicamente assistida e não possuem recursos financeiros suficientes.

Evidentemente, as conotações mercadológicas existem e precedem particularmente, das relações com a indústria farmacêutica, da circulação de gametas, úteros e embriões; além do mais, são estimuladas pelas possibilidades tecnológicas e de especialista e pelos desejos de casais homossexuais e heterossexuais e das pessoas solteiras que querem ter filhos. (STRAW; VARGAS; CHERRO e TAMANINI, 2016, p. 2, grifo nosso).

Outra possibilidade considerada como alternativa é a chamada “doação compartilhada de óvulos”. Este procedimento é materializado através da doação de óvulo de mulheres que conseguem produzi-los em quantidade e qualidade. Destinados para mulheres que, por questões médicas, não os produzem de forma necessária para efetivação dos resultados da reprodução humana medicamente assistida. Esta doação permitida pelo Conselho Federal de Medicina, quando realizada de forma gratuita, tem funcionado como “moeda de troca” para o acesso de mulheres mais jovens e economicamente menos favorecidas, que não teriam condição de pagar os procedimentos da reprodução assistida.

Segundo Alfano (2014), essa alternativa torna explícita o paradoxo em que se apresenta. De um lado, doadoras sem recursos financeiros e, do outro, pessoas arcando com os procedimentos e ou medicamentos das doadoras. Alguns juristas caracterizam a doação compartilhada como um tipo de comercialização velada de órgãos, situação proibida pela Constituição Federal²⁴.

A prática de doação compartilhada é oferecida nas clínicas privadas para a realização do procedimento de forma menos onerosas para uma das participantes (aquela que doa os óvulos). Ocorre que, como a produção de óvulo é muito maior do que a necessária para a efetivação da gravidez, os óvulos excedentes são implantados em outras mulheres, realizando outros processos reprodutivos, nos quais a margem de lucro torna-se ainda maior para as clínicas. Em uma busca rápida na internet encontramos a oferta desse processo no site de um centro privado que realiza a RA.

No Brasil, o projeto de doação compartilhada é a única forma aceita pela norma do Conselho Federal de Medicina para a doação de óvulos, que permite que mulheres jovens tenham acesso a tratamentos de reprodução humana com parte dos seus custos pagos pela receptora e, por outro lado, atende a necessidade de outras mulheres que sem óvulos doados, não poderão engravidar. Portanto, a doadora de óvulos que atenda aos pré-requisitos do programa, paga menos pelo seu tratamento, enquanto a receptora recebe óvulos de mulheres jovens com boa saúde para realizar o sonho de ter filhos, ao mesmo tempo que ajuda a doadora com os custos de parte do seu tratamento. Os benefícios da doação compartilhada não se aplicam à doação de espermatozoides, no entanto, homens podem doar espermatozoides livremente, sempre que cumpram os requisitos para serem doadores. Com o IVI o processo doação é seguro e as famílias receptoras têm a possibilidade de realizar o Teste de compatibilidade Genética, para descartar riscos de doenças genéticas que ocorrem com a combinação do DNA do óvulo e espermatozoide (CLÍNICAS IVI, 2018, p.1).

Em razão do elevado custo do procedimento médico para a efetivação da reprodução medicamente assistida no Brasil, vem ganhando espaço na mídia e, principalmente em grupos de redes sociais a exemplo do Facebook, o aconselhamento e até mesmo o passo a passo para a realização da “inseminação caseira”. Procurada principalmente por mulheres que buscam a maternidade de forma individual e por casais femininos em união homoafetiva, o procedimento teoricamente é simples: busca-se um doador de esperma, não anônimo, pedem-se os exames, faz-se a retirada do esperma que é coletado num recipiente esterilizado ou até mesmo no preservativo e,

²⁴ “Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada, § 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.” (BRASIL, 1988, p. 1).

em seguida, com o auxílio de uma seringa ou aplicador, faz-se a inseminação na cavidade vaginal da mulher, que deverá estar nos dias do seu período fértil. Na realidade, a intenção é fazer com que o esperma seja introduzido o mais próximo do colo do útero (DINI, 2018).

Em uma pesquisa de busca na rede social do Facebook, colocando o nome ‘inseminação caseira gratuita’, encontram-se diversos grupos que tem por objetivo compartilhar experiências e encontrar doadores disponíveis para a realização dos projetos reprodutivos nas suas mais diversas formas. Um desses grupos reúne mais de nove mil membros e são de acessibilidade aberta e irrestrita. Em redes como YouTube, também se encontram informações com pessoas comuns, sem nenhum tipo de conhecimento médico, ético ou regulado²⁵, ensinando como realizar a inseminação humana “caseira”. O ‘kit’ para este tipo de reprodução é facilmente comprado nas farmácias, sendo composto de um coletor para o esperma, uma seringa e um cateter para introduzir o esperma até bem próximo do útero. Nota-se que esse tipo de procedimento vem se tornando uma possibilidade, que incorpora mais do que espontaneísmo e senso comum, para aquelas pessoas que não possui recurso financeiro suficiente para a realização da RA em clínicas privadas (BBC, 2017).

Em uma clara lógica de subversão ao capital, a inseminação “caseira” apresenta-se como uma alternativa de acesso à reprodução medicamente assistida para mulheres que, frente os altos valores praticados pelas clínicas privadas e a pouca oferta desses serviços pelo Sistema Único de Saúde (SUS), buscam reproduzir-se. Ventura (2005, p. 129) afirma que, a liberdade reprodutiva deve ser assegurada pelo Estado, a fim de garantir “[...] direitos que possibilitem o livre desenvolvimento da personalidade de cada um dos membros das comunidades”, bem como o controle e a regulação.

A procura por doadores voluntários para a realização da inseminação caseira em redes sociais, como demonstrado, é um bom exemplo de como a “[...] luta pelos direitos reprodutivos não pode ser nivelada pela lógica do livre mercado, sob o risco de penalizar as mulheres e ofuscar debates importantes, como os relacionados à saúde” (SCAVONE, 2004, p. 66).

25 Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Nrwal-9ijPk>. Acesso 16 jan. 2019.

No tocante às questões jurídicas sobre este tipo de inseminação, as mulheres que realizam o procedimento e os doadores de sêmen, assinam um acordo para que estes homens não possam requerer a paternidade das crianças e nem as mulheres possam exigir pensão alimentícia. Ainda que haja um contrato, não há fundamento jurídico que ampare esse acordo entre as partes, uma vez que a paternidade é um direito indisponível, imprescritível e irrenunciável, ou seja, ninguém é e nem poderá ser obrigado a abdicar este direito, podendo ser reconhecido a qualquer tempo. A resolução desse tipo de conflito, em breve chegará, de forma mais efetiva, as portas do judiciário para a decisão de diversos conflitos advindos dessa relação.

Quanto às questões médicas, especialistas apontam para os riscos de adquirir doenças sexualmente transmissíveis, além da possibilidade das mulheres sofrerem lesões no órgão devido à introdução de um objeto “estranho” (ALMEIDA, 2017). A utilização desse tipo de procedimento tem crescido de forma tão significativa, que a Anvisa publicou em seu site uma nota informando dos riscos e cuidados na realização da inseminação artificial caseira (ANVISA, 2018a).

Estas e tantas outras possibilidades, não sendo foco o deste estudo, vêm acontecendo no universo da reprodução. Alguns países da América Latina, já aprovaram legislações específicas sobre a reprodução medicamente assistida, trazendo avanços que merecem aqui uma breve análise. Ressalta-se que este estudo não tem por objetivo realizar uma abordagem comparativa, propondo-se apenas apresentar alguns aspectos relevantes quanto ao marco legal sobre o tema nesses países.

Os dados sobre reprodução medicamente assistida na América Latina foram obtidos através da *Red Latinoamericana de Reproducción Asistida* (RedLara). Rede que agrupa mais de 90% dos centros que realizam técnicas de reprodução humana assistida na América Latina (REDLARA, 2018a). As informações desta instituição, referem-se apenas as clínicas vinculadas a rede, ou seja, não abarcam a totalidades dos estabelecimentos que realizam o procedimento na América Latina.

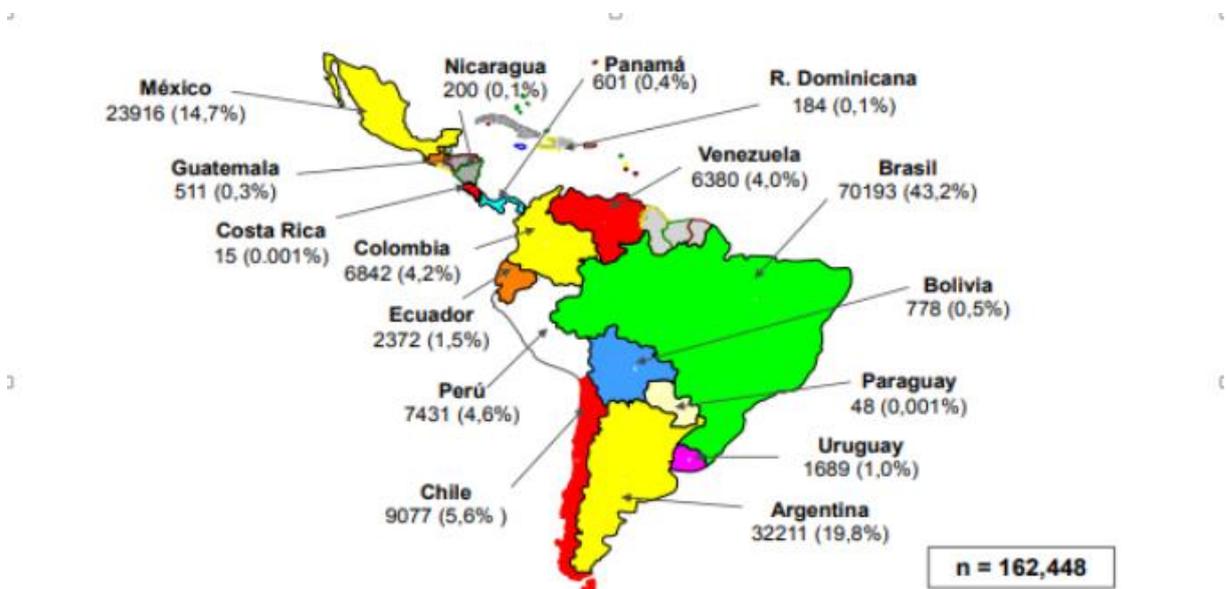
A RedLara, fundada em 1995, teve origem nas publicações anuais do Registro Latino Americano de Reprodução Assistida que, desde 1990, traz dados de clínicas no continente. Em 1995, os representantes de cada país participante do Registro, fundaram a RedLara com o objetivo de realizar ações mais complexas de treinamento, extensão e pesquisa em seus países. A RedLara certifica a qualidade das clínicas que

solicitam sua acreditação, através da visita de um biólogo(a) e um médico(a) que verificam as normas de funcionamento, métodos e protocolos utilizados (REDLARA, 2018b).

A título de exemplo, no Estado da Bahia existem três instituições são elas: Clínica IVI Salvador²⁶, Cenafert Centro de Medicina Reprodutiva²⁷ e Gênese Reprodução Humana²⁸, que realizam o procedimento, mas apenas as duas últimas estão cadastradas na RedLara.

Os dados e porcentagens de nascidos vivos através das técnicas de reprodução assistida, demonstram a dimensão do uso dessas técnicas no Brasil. De acordo com a RedLara (2014), nasceram no Brasil 70.193 bebês entre os anos de 1999 e 2014 através da reprodução medicamente assistida. Esse número corresponde a 43,2% do total de bebês nascidos por este método em toda América Latina. O segundo país com maior número de nascimentos é a Argentina com 19,8% do total, um quantitativo muito inferior quando comparado ao Brasil.

Figura 2: Registro dos bebês nascidos na América Latina, através das técnicas de reprodução assistida.



Fonte: RedLara, 2014.

26 Disponível em: <https://ivi.net.br/clinicas/salvador-de-bahia/>. Acesso em: 11 nov. 2018.

27 Disponível em: <http://www.cenafert.com.br/>. Acesso em: 11 nov. 2018.

28 Disponível em: <http://www.clinicagenese.com.br/>. Acesso em: 11 nov. 2018.

Os países na América Latina diferem muito quanto a regulamentação das técnicas de reprodução medicamente assistida. Na Argentina, tais práticas são regulamentadas pela Lei nº 26.862 /2013. O Uruguai tem um projeto de lei aprovado desde 2013, que se encontra em processo de regulamentação pelo Ministério de Saúde Pública do país. O Chile, até o momento, não apresenta regulamentação, embora vários projetos de lei já tenham sido propostos (COXIR et al., 2014).

A Lei da Argentina nº 26.862/2013²⁹, regulamenta os direitos e obrigações parentais no uso das tecnologias de reprodução medicamente assistida no país. Assinala o acesso aos tratamentos médicos e o reconhecimento das técnicas reprodutivas como fonte de filiação autônoma, sem exclusão devido à orientação sexual ou ao estado civil dos destinatários (as).

El derecho al acceso integral se le reconoce a toda persona mayor de edad sin exclusiones por orientación sexual o estado civil. De esta forma, la ley nacional recepta los derechos establecidos con la sanción de la ley del matrimonio igualitario entre personas del mismo sexo que prevé la paternidad y maternidad compartida en dichas parejas. (STRAW, 2016, p.193).

A lei argentina abrange os tratamentos com técnicas de baixa e alta complexidade pelo setor público de saúde, incluindo as obras sociais, as universidades e as diversas entidades que prestam serviços médicos-assistenciais no país. Determina que a cobertura referente ao diagnóstico, medicamentos e procedimentos deverá ser integral e gratuita³⁰. Observa-se que a regulamentação sobre a reprodução medicamente assistida na Argentina busca atender a todos os cidadãos e cidadãs por sua rede pública e sem nenhum tipo de critério de elegibilidade, permitindo a todos os indivíduos o exercício pleno de seus direitos reprodutivos. Ao passo que no Brasil a

²⁹ Disponível em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/216700/norma.htm> Acesso em: 11 nov. 2018.

³⁰ "ARTICULO 8° — *Cobertura*. El sector público de salud, las obras sociales enmarcadas en las leyes 23.660 y 23.661, la Obra Social del Poder Judicial de la Nación, la Dirección de Ayuda Social para el Personal del Congreso de la Nación, las entidades de medicina prepaga y las entidades que brinden atención al personal de las universidades, así como también todos aquellos agentes que brinden servicios médico-asistenciales a sus afiliados independientemente de la figura jurídica que posean, incorporarán como prestaciones obligatorias y a brindar a sus afiliados o beneficiarios, la cobertura integral e interdisciplinaria del abordaje, el diagnóstico, los medicamentos y las terapias de apoyo y los procedimientos y las técnicas que la Organización Mundial de la Salud define como de reproducción medicamente asistida, los cuales incluyen: a la inducción de ovulación; la estimulación ovárica controlada; el desencadenamiento de la ovulación; las técnicas de reproducción asistida (TRA); y la inseminación intrauterina, intracervical o intravaginal, con gametos del cónyuge, pareja conviviente o no, o de un donante, según los criterios que establezca la autoridad de aplicación. Quedan incluidos en el Programa Médico Obligatorio (PMO) estos procedimientos, así como los de diagnóstico, medicamentos y terapias de apoyo, con los criterios y modalidades de cobertura que establezca la autoridad de aplicación, la cual no podrá introducir requisitos o limitaciones que impliquen la exclusión debido a la orientación sexual o el estado civil de los destinatarios."

oferta desses serviços está quase que exclusivamente no setor privado, ficando ao alcance de poucas pessoas a materialidade de seus projetos reprodutivos.

Diversos projetos de Leis foram apresentados pelo poder legislativo com o objetivo de regulamentar as práticas da reprodução medicamente assistida no Brasil, sendo todos apensados em um único projeto de Lei nº 1.184/2003. Tal projeto tramita no congresso nacional há mais de quinze anos. Todavia, diante do rápido avanço social e da lenta tramitação, este projeto encontra-se defasado precisando ser revisado e discutido pela sociedade.

3.3 A dinâmica social pede urgência no judiciário

O debate legislativo brasileiro para a regulamentação das tecnologias reprodutivas conceptivas teve um início tardio. Considerando o nascimento do primeiro bebê de proveta no país, como um marco para a difusão das técnicas de reprodução humana assistida no ano de 1984, a discussão legislativa teve um atraso de quase dez anos, uma vez que o primeiro projeto de lei veio a ser apresentado na câmara, pelo então deputado federal Luiz Moreira do PTB/BA em 1993 (CÂMARA, 1993).

Conforme demonstrado ao longo dessa dissertação, o acesso às técnicas reprodutivas no Brasil é norteado no plano institucional pela ausência de lei específica, pouca participação do Estado na oferta dos serviços e na lógica privatizante das clínicas particulares. No plano social este debate é marcado por subjetividades, moralidades e questões de gênero (ROCHA, 2016).

Com o objetivo de dirimir as lacunas apresentadas e assegurar os direitos reprodutivos através da reprodução medicamente assistida a todos os indivíduos, que por razões médicas ou sociais elejam esse método na formação da unidade familiar, defendemos neste trabalho a necessidade de uma legislação específica sobre o tema. Processo que analisa a dinâmica social, determina marcos legais, regulatórios e torna-se capaz de abordar os principais debates sociais e as questões jurídicas controversas.

O Estado deve atuar de maneira a respeitar o princípio constitucional do planejamento familiar, no sentido de assegurar a cada pessoa as informações e meios necessários para fazerem as suas escolhas de forma livre no que tange a todos os aspectos reprodutivos, dentre os quais, se inclui as escolhas conceptivas. (ROCHA, 2016, p. 88).

Cumpra ressaltar que, no que tange aos direitos reprodutivos, o Estado deve desempenhar uma função dúplice, qual seja, garantir as condições e os recursos materiais para o exercício desses direitos, ao passo em que deve respeitar as decisões individuais sobre as escolhas reprodutivas, seja na contracepção ou na concepção (VENTURA, 2005). Por se tratar de uma matéria que perpassa por interesses públicos e privados faz-se necessário a intervenção estatal através de um marco legal específico, a fim de assegurar a inviolabilidade dos direitos individuais e garantir a promoção e acesso aos direitos.

Apesar de existirem regulamentações disponíveis sobre a reprodução medicamente assistida no país, como já explicitadas, estas se mostram insuficientes, pois não conseguem abarcar a complexidade do tema e a rapidez da vida contemporânea no uso dessas tecnologias. Ressalta-se que uma futura legislação sobre o tema deve garantir a realização da reprodução humana assistida na perspectiva dos direitos reprodutivos, que englobará o respeito às escolhas individuais, a vivência da sexualidade e a garantia de acesso a todos aos diversos procedimentos.

O debate sobre a regulação de acesso e uso das tecnologias reprodutivas, por se tratar de questões centrais da vida social e familiar, vem sendo permeado de intransigências morais (DINIZ, 2006). Pessoas sem restrições de fertilidade também passaram a procurar auxílio das técnicas para realizar o projeto parental. Em consequência, um dos assuntos centrais do debate legislativo sobre a regulação das tecnologias reprodutivas conceptivas, para a autora, vem sendo os arranjos familiares, como a família monoparental ou a família homossexual.

Neste cenário carente de legislação, muitos aspectos controversos ficam sem resposta causando grande insegurança jurídica aos milhares de brasileiros que utilizam essa técnica. Diversos projetos de lei, com o objetivo de regulamentar a reprodução medicamente assistida, foram apresentados na Câmara dos Deputados. O projeto de Lei nº 1.184/2003 de autoria do, à época, Senador Lúcio Alcântara do PSDB, foi o mais extenso e com maior ambição de controle da prática e do acesso às técnicas reprodutivas conceptivas. “É também o único que foi submetido ao escrutínio público das sociedades científicas, religiosas e dos movimentos sociais durante sua tramitação no Senado Federal” (DINIZ, 2006, p. 6). Ao referido projeto de lei estão apensados diversos projetos. Abaixo será apresentado um quadro como objetivo de sintetizar as propostas apresentadas:

Quadro 2: Histórico de Marcos Legais (1997 – 2017)

PROJETO DE LEI - PL/ AUTORIA	ELEGIBILIDADE	SÍNTESE DO PROJETO	TRAMITAÇÃO
PL nº 2855/97 Autor: Dep. Confúcio Moura (PMDB/RO)	Toda mulher capaz independente do estado civil. A utilização da RA será permitida ante a esterilidade e infertilidade humana.	Inclui a fecundação <i>in vitro</i> , transferência de pre-embriões, transferência intratubária de gametas, a criopreservação de embriões e a permite gestação de substituição.	Arquivado
PL nº 4.664/01 Autor: Dep. Lmartine Posella (PMDB/SP)	Não menciona os beneficiários.	Dispõe sobre a proibição ao descarte de embriões humanos fertilizados " <i>in vitro</i> ", os quais deverão ser doados ou conservados. Veda a utilização destes em pesquisas.	
PL nº 6.296/02 Autor: Dep. Magno Malta (PL/ES)	Não menciona os beneficiários.	Proíbe a fertilização de óvulos humanos com material genético proveniente de células de doador do gênero feminino.	
PL nº 1.135/03 Autor: Dep. Dr. Pinotti (PMDB/SP)	Não menciona.	Define normas para realização de inseminação artificial, fertilização " <i>in vitro</i> ", permite a gestação de substituição ou doação temporária do útero, bem como a criopreservação de gametas e pré-embriões. Estabelece ainda que os pré-embriões originados " <i>in vitro</i> ", anteriormente à sua implantação no organismo da receptora, não são dotados de personalidade civil.	
PL nº 2.061/03 Autor: Dep. Maria José da Conceição Maninha (PT/DF)	Todo homem ou mulher (doadores e receptores), capazes nos termos da lei. Prevê a utilização da RA através dos serviços públicos e privados para solução de infertilidade.	Disciplina o uso de técnicas de Reprodução Humana Assistida como um dos componentes auxiliares no processo de procriação, em serviços de saúde, estabelece penalidades e dá outras providências. Prevê a disponibilização dos procedimentos de RA no sistema público de saúde.	
PL nº 4.686/04 Autor: Dep. José Carlos Araújo (DEM/BA)	Não menciona	Introduz art. 1.597-A à Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002, que institui o Código Civil, assegurando o direito ao conhecimento da origem genética do ser gerado a partir de reprodução assistida. Ressalta ainda que a maternidade ou paternidade biológica resultante de processo de reprodução assistida heteróloga não gera direitos sucessórios.	

<p>PL nº 4.889/05 Autor: Dep. Salvador Zimbaldi (PTB/SP)</p>	<p>Não menciona</p>	<p>Estabelece normas e critérios para o funcionamento de Clínicas de Reprodução Humana, e prevê a necessidade de autorização do Ministério da Saúde para funcionamento, devendo ainda, obrigatoriamente, todos os processos de fertilização serem a este informados. Veda ainda a produção e inseminação de mais de um óvulo por mulher, e o uso para fins de pesquisa, até mesmo como células-tronco</p>	
<p>PL nº 5.624/05 Autor: Dep. Neucimar Fraga (PL/ES)</p>	<p>Não menciona</p>	<p>Cria o Programa de Reprodução Assistida no Sistema Único de Saúde e dá outras providências.</p>	
<p>PL nº 3.067/08 Autor: Dep. Dr. Pinotti (DEM/SP)</p>	<p>Não menciona</p>	<p>Estabelece que as pesquisas com células tronco só poderão ser feitas por entidades habilitadas, mediante autorização especial da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP; proíbe a remessa para o exterior de embriões congelados; veda o envio e a comercialização dos resultados das pesquisas.</p>	<p>Em 28.05.2008 foi requerido pelo Deputado a realização de audiência pública. Não consta no andamento a análise do referido pedido.</p>
<p>PL nº 7.701/10 Autor: Dep. Dalva Figueiredo (PT/AP)</p>	<p>Não menciona</p>	<p>Dispõe sobre a utilização "post mortem" de sêmen do marido ou companheiro, a qual poderá ocorrer desde que exista expressa anuência destes.</p>	<p>Recebido em 09.08.2010 pela CCJ</p>
<p>PL nº 3.977/12 Autor: Dep. Lael Varella (DEM/MG)</p>	<p>Não menciona</p>	<p>Dispõe sobre o acesso às técnicas de preservação de gametas e Reprodução Assistida aos pacientes em idade.</p>	<p>Recebido em 14.06.2012 pela CCJC.</p>
<p>PL nº 4.892/12 Autor: Dep. Eleuses Paiva (PSDB/SP)</p>	<p>Não menciona</p>	<p>Institui o Estatuto da Reprodução Assistida, para regular a aplicação e utilização das técnicas de reprodução assistida. Define as técnicas de RA a serem usadas somente em caráter subsidiário, nos quais haja diagnóstico de médico indicando a necessidade de remediar infertilidade ou esterilidade. Não prevê a utilização por casais homossexuais ou pessoas solteiras. Elenca os princípios sobre os quais a mesma deve ser pautada, tais como a serenidade familiar. Garante sigilo ao doador, mas salvaguarda direito de conhecimento de origens, sem efeitos sucessórios. Permite doação temporária do útero, devendo a doadora ter parentesco até o 2º grau. Elenca a obrigatoriedade de homologação judicial do procedimento. Cria o Conselho Nacional de Reprodução Humana Assistida.</p>	<p>Recebido em 21.02.2013 pela CCJC.</p>

PL nº 115/15 Autor: Dep. Juscelino Rezende Filho (PRP/MA)	Qualquer pessoa maior de 18 anos que deseje ter um filho.	Reproduz praticamente o teor do projeto de Lei nº 4892/2015, pois, possui apenas pequenas alterações redacionais.	Recebido em 04.03.2015 pela CCJC.
PL nº 7.591/17 Autor: Dep. Carlos Bezerra (PMDB/MT)	Filhos nascido <i>post mortem</i>	Acrescenta o parágrafo único ao art. 1.798 do CC/02, para conferir capacidade para suceder aos concedidos com o auxílio de técnicas de reprodução assistida após a abertura da sucessão.	Recebido em 26.05.2017 pela CCJC
PL nº 9.403/17 Autor: Dep. Vitor Valim (PMDB/CE)	Filhos nascido <i>post mortem</i>	Modifica o art. 1.798 do CC/02, para estabelecer o direito a sucessão de filho gerado por meio de inseminação artificial.	

Fonte: ROCHA (2016); SEQUEIRA (2011); SITE CÂMARA DOS DEPUTADOS (2018).

Em sua maioria, estes projetos de lei condicionam as técnicas de reprodução medicamente assistida à restrição de fertilidade. Quando se analisa os beneficiários elencados pelos projetos, observa-se que em poucas propostas os casais homoafetivos e as pessoas solteiras aparecerem como favorecidos pelo uso das técnicas. Apenas o projeto de lei nº 2.061/2003, de autoria da Deputada Maria José Conceição Maninha do Partido dos Trabalhadores, prevê essa possibilidade.

O projeto do Deputado Magno Malta (2002), proíbe a doação de óvulos, fato que inviabilizaria mulheres mais velhas (que produzem óvulo de baixa qualidade ou não mais produzem) possam receber óvulo de doadoras anônimas mais novas. O projeto de lei do Deputado Neucimar Fraga, trata especificamente sobre a criação de um programa de reprodução assistida no Sistema Único de Saúde (SUS), ocorre que o projeto prevê apenas o atendimento na rede pública “as pessoas com problemas de infertilidade”, deixando mais uma vez os casais homoafetivos e as pessoas solteiras fora dos critérios de elegibilidade no uso das técnicas. Os dois últimos projetos de lei, apresentados ao longo de 2017, versam sobre a regulamentação do direito sucessório dos filhos nascidos através das técnicas reprodutivas após a morte do autor ou autora da herança. Este tema vem promovendo grandes discussões jurídicas pela ausência de legislação específica.

Observa-se que apesar do uso das técnicas no Brasil ocorrer a mais de 30 anos, no plano legislativo pouco se tem evoluído no debate sobre a reprodução medicamente assistida. Haja vista que a elaboração de projetos de lei que não façam um debate amplo e democrático com a sociedade, torna-se um instrumento sem eficácia. O projeto de lei nº 1.184/2003 iniciou sua tramitação pelo Senado Federal, protocolado

em 1999 recebeu o número 90/1999 (SENADO FEDERAL, 1999). O PL foi aprovado em todas as comissões do Senado e enviado à Câmara de Deputados em junho de 2003, tramitando há 19 anos no poder legislativo brasileiro, e continua aguardando parecer do relator da Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC) da Câmara dos Deputados.

Estudiosos dos projetos de lei sobre RA no Brasil concordam que, sobre alguns temas, é mais fácil de se chegar a um consenso. Os legisladores concordam sobre autorizar a doação de gametas (desde que não haja comercialização), proibir a redução embrionária (a menos que haja risco de vida para a mulher), considerar a infertilidade questão de saúde pública, entre outros. **Mas a divergência e o embate aumentam quando a questão é “quem pode e quem não pode ter acesso às tecnologias reprodutivas” e quais impactos a RA pode ter nas normas sociais e culturais de reprodução.** (ALFANO, 2014, p. 52, grifos nosso).

Analisando os vinte e sete artigos do projeto de Lei 1.184/2003, observa-se que, caso aprovado, representará um grande retrocesso nas discussões sobre reprodução medicamente assistida no país, paralisando inclusive muitos procedimentos permitidos pela resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 2168/2017, que já se encontram em plena execução pelos médicos e em uso pelos beneficiários, criando paradoxo jurídico e deixando sem regulação e controle aspectos e princípios no âmbito dos direitos fundamentais e humanos.

O art. 3º do referido projeto de Lei, define que “é proibida a gestação de substituição”, sendo previsto inclusive no art. 19, inciso III como crime “participar do procedimento de gestação de substituição, na condição de beneficiário, intermediário ou executor da técnica: Pena – reclusão, de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa” (CÂMARA, 2003). Esta proibição em torno da gestação de substituição prevista no PL, caso aprovada, representa uma barreira na realização do projeto parental, por meio das técnicas de reprodução medicamente assistida, dos casais homoafetivos e mulheres com problemas reprodutivos que não possam gestar. Concomitantemente indica que uma vez outra mulher não poderá ceder o útero para a concretização da maternidade. Ressalta-se que a resolução do CFM (2017) ampliou a possibilidade de cessão temporária de útero para familiares em grau de parentesco descende. Tal mudança demonstra o quanto essa prática vem sendo utilizada, precisando ser regulamentada e não proibida.

O PL também proíbe o congelamento de embriões e restringe o número máximo de dois embriões por transferência. Permite a doação de gametas, mas prevê a quebra de sigilo do doador no futuro. Sobre a elegibilidade o artigo 1º, inciso II define como beneficiária somente às mulheres ou aos casais que tenham solicitado o emprego da Reprodução Assistida. Entretanto, restringe o uso somente aos casos de infertilidade:

Art. 2º A utilização das técnicas de Reprodução Assistida será permitida, na forma autorizada nesta Lei e em seus regulamentos, **nos casos em que se verifique infertilidade e para a prevenção de doenças genéticas ligadas ao sexo [...].** (grifo nosso)³¹

Adotou-se neste PL uma posição restritiva sobre o acesso às técnicas de reprodução medicamente assistida, considerando apenas as questões médicas ligadas a infertilidade para o uso dessa tecnologia. Utilizar apenas o conceito médico como um pré-requisito de acesso, exclui o direito de todos (as) aqueles (as) que não se enquadram nesta condição de valer-se dessa tecnologia, ferindo, portanto, os princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana, do planejamento familiar e da igualdade e liberdade de escolha sobre a formação familiar. Uma vez que nega às pessoas solteiras e os casais em união homoafetivas à possibilidade de constituírem suas famílias a partir dessas técnicas. Observa-se que o Projeto de Lei em questão, não responde as mudanças sociais, não consegue refletir sobre a dinâmica e diversidade dos possíveis arranjos familiares a partir do uso das tecnologias conceptivas, devendo, portanto, ser revisitado e atualizado.

A última movimentação do PL 1.184/2003 foi à realização de uma audiência pública para discutir o tema com a sociedade³². Importante ressaltar que neste ato foi destacado pelos participantes a defasagem do projeto de Lei em diversos aspectos já regulados por outras Leis. Exemplo disso foi a proibição do uso de embriões para pesquisa, bem como o descarte dos embriões não fecundados, matérias já superadas pela Lei de Biossegurança, que permite a utilização de células tronco, obtidas por meio dos embriões derivados dos procedimentos de fertilização *in vitro*, em pesquisas e terapias, bem como proíbe a comercialização de gametas. A jurisprudência do STF

31 Áudios disponíveis em:

http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=2911E8B25875911CCC5C32D985B6E545.proposicoesWebExterno1?codteor=137589&filename=Tramitacao-PL+1184/2003> Acesso em: 17 nov. 2018.

32 Áudios disponíveis em:

<http://imagem.camara.gov.br/internet/audio/Resultado.asp?txtCodigo=53681>. Acesso em: 17 nov. 2018.

(2008) decidiu pela constitucionalidade da utilização dos embriões derivados da fertilização *in vitro* em pesquisas e terapias, sob o argumento central de que as pesquisas com células-tronco não caracterizam aborto, tema aqui já analisado.

Como visto, alguns aspectos relacionados à reprodução medicamente assistida no Brasil são objetos de regulamentações nos órgãos de classe e regulamentação governamental, sem, contudo, ser sistematizada em uma lei específica. O Direito como mecanismo de ajuste, acesso e regulação das relações humanas, deve refletir as mudanças sociais trazidas com o uso das tecnologias reprodutivas no país. Debates como os aqui colocados “[...] normalmente sofrem forte influência do conservadorismo moral e religioso em sua elaboração e aplicação, imprimindo-lhe um caráter intervencionista e autoritário, que busca priorizar interesses do Estado e de poderes dominantes” (VENTURA, 2005, p. 117).

A aprovação de uma lei sobre a reprodução medicamente assistida traz a possibilidade de dirimir discussões como: a oferta dos procedimentos pelo SUS, a elegibilidade no acesso as técnicas, os embriões excedentários, a gestação por substituição, a fertilização *post mortem*, a doação de gametas, o sigilo dos doadores (as), dentre outras questões carentes de regulamentação e com demanda social cada dia mais pulsante.

Sendo a ciência jurídica essencialmente regulatória, seu entrecruzamento com essas novas práticas sociais e, mais atualmente, com as biotecnologias reprodutivas, faz-se com tensão entre a manutenção de modelos hegemônicos de família e o reconhecimento e abertura para diferentes modos de organização familiar e filial. (POZZI, 2008, p. 144).

O intervalo entre 2003 e 2019 também permeiam abordagens na composição legislativa brasileira, elemento que interfere diretamente nesta pauta. Dessa forma, a consolidação de uma futura Lei que venha a disciplinar as técnicas conceptivas, deve ser construída com base na concepção integral dos direitos reprodutivos de forma a incluir os principais debates de gênero e respeitar a liberdade individual na formação dos projetos parentais, garantindo a todos (as) o direito ao livre planejamento familiar.

O poder judiciário, mesmo que não haja uma Lei específica, procura atender a essa nova realidade social das famílias formadas através das tecnologias conceptivas. Foi reconhecida pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) na I Jornada Nacional de Saúde, realizada em 2014, o seguinte enunciado:

ENUNCIADO N.º 39 **O estado de filiação não decorre apenas do vínculo genético, incluindo a reprodução assistida com material genético de terceiro, derivando da manifestação inequívoca de vontade da parte.** ENUNCIADO N.º 40 É admissível, no registro de nascimento de indivíduo gerado por reprodução assistida, a inclusão do nome de duas pessoas do mesmo sexo, como pais. ENUNCIADO N.º 45 Nas hipóteses de reprodução humana assistida, nos casos de gestação de substituição, a determinação do vínculo de filiação deve contemplar os autores do projeto parental, que promoveram o procedimento. (CNJ, 2014, p. 8, grifo nosso).

O impacto das técnicas de reprodução medicamente assistida na constituição das novas famílias, contribuiu para que o Conselho Nacional de Justiça editasse o provimento nº 63/2017 (CNJ, 2017), o qual prevê alteração no registro de nascimento para abarcar as crianças nascidas por essa técnica e o reconhecimento da paternidade e maternidade socioafetiva, a fim de garantir a isonomia entre os cidadãos e a dignidade da pessoa humana prevista na Constituição Federal de 1988. O provimento institui que os novos registros de nascimentos não deverão mais conter quadros preestabelecidos para o preenchimento dos genitores³³, a partir da edição desta resolução, as novas certidões deverão conter o quadro “filiação” e não mais “genitores”. Essa determinação tem por objetivo evitar que uma lacuna fique em branco, facilitando que um recém-nascido tenha apenas uma mãe ou um pai, duas mães, dois pais ou até mesmo uma filiação entre três pessoas. Fato que modifica significativamente a concepção sobre famílias. Sobre a ascendência biológica, o provimento prevê que esta não importará no reconhecimento do vínculo de parentesco e dos respectivos efeitos jurídicos entre o doador (a) e o filho (a) gerado por meio da reprodução assistida³⁴.

A atualização nos registros de nascimento pelo Conselho Nacional de Justiça reflete uma realidade social cada dia mais presente, dado o aumento de nascimentos através das técnicas de reprodução medicamente assistida. Este fato requer atenção do Estado e a consequente criação de políticas públicas, regulatórias e protetivas.

³³ “Art. 9º Os novos modelos deverão ser implementados até o dia 1º de janeiro de 2018 e não devem conter quadros preestabelecidos para o preenchimento dos nomes dos genitores e progenitores, bem como para anotações de cadastro que não estejam averbadas ou anotadas nos respectivos registros.” (CNJ, 2017, p.1).

³⁴ “Artigo 17 § 3º O conhecimento da ascendência biológica não importará no reconhecimento do vínculo de parentesco e dos respectivos efeitos jurídicos entre o doador ou a doadora e o filho gerado por meio da reprodução assistida.” (CNJ, 2017, p.1).

4 A MATERNIDADE COMO UMA ESCOLHA REFLEXIVA NA FORMAÇÃO FAMILIAR

O presente capítulo se propõe a discutir as experiências de duas mulheres que realizam a maternidade sem conjugalidade através da reprodução medicamente assistida. Para tanto, será analisada os arranjos monoparentais femininos, a dimensão da escolha reflexiva e os desdobramentos desta nas discussões de classe, gênero, raça/etnia e idade/geração. Será abordado através de categorias analíticas os percursos e trajetórias dessas mulheres na materialização de seus projetos reprodutivos.

4.1 Maternidade e tecnologias reprodutivas: novas escolhas

O incremento das tecnologias reprodutivas sejam elas contraceptivas ou conceptivas, no final do século XX e início do século XXI, além de separar definitivamente a sexualidade da reprodução, possibilitaram às mulheres romper com o destino inevitável que a maternidade lhes designava (SCAVONE, 2010). O papel social desempenhado pela maternidade ao longo da história e a utilização destas tecnologias nas decisões sobre o corpo apresentam-se como uma pauta atual nas discussões feministas.

Analisar a maternidade no contexto das tecnologias reprodutivas, sob uma perspectiva de gênero, na qual as mulheres podem escolher entre ter ou não ter filhos (as), significa garantir o direito à livre escolha reprodutiva. Para Scavone (2001), com o advento destas tecnologias, a maternidade passou de uma recusa circunstancial para uma possibilidade de escolha. Tornando-se, pois, elemento crucial para assegurar as mulheres melhores possibilidades sobre as decisões e adequações entre a vida profissional e a vida familiar.

O papel social das mulheres durante muitos anos da História esteve ligado à maternidade, a qual constituiu, segundo Laborie (2009), uma especificidade valorizada entre o poder de dar a vida, função social em nome da qual foi reivindicado direitos políticos e sociais, e uma fonte de opressão, circunscrito ao mundo privado. Nos anos 70, a maternidade era considerada pelo feminismo como um dos eixos da opressão das mulheres. A promessa da ciência de tirar o fardo da maternidade de seus corpos com os bebês de provetas, chegou a ser tratada pelas feministas como uma libertação. A luta desta época representada pela máxima: “um filho se eu quiser,

quando eu quiser”, no início dos anos de 1990 passou a ser representado por “um filho se eu puder, quando eu puder”, demonstrando a força das tecnologias reprodutivas no processo de escolha da maternidade.

A crítica feminista contemporânea, tem se dividido sobre a questão das tecnologias conceptivas. Uma tendência critica o poder dessas tecnologias e o crescimento da ingerência da ciência nos corpos, outra vertente, defende que as tecnologias reprodutivas devem integrar o rol dos direitos reprodutivos e fazem uma reflexão positiva sobre os benefícios dessas tecnologias, ressaltando que as técnicas conceptivas representam a possibilidade de casais inférteis, homoafetivos e pessoas solteiras, viverem a experiência corporal da reprodução (SCAVONE, 2010; VILLELA; ARILHA 2003).

O presente estudo se aproxima desta última vertente. Entende-se aqui que as tecnologias conceptivas contribuem para a definição da maternidade como uma escolha reflexiva. O direito ao corpo e a conquista da autonomia reprodutiva, para aquelas que desejam maternidade de forma planejada e individualizada, torna-se uma realidade com a utilização dessas tecnologias.

A escolha reflexiva para a aceitação ou não da maternidade (da paternidade, ou da parentalidade) constitui um elemento deste período de transição, possibilitando às mulheres e aos homens que a decisão pela reprodução seja feita com base na experiência adquirida, sem medo, culpa, ou qualquer sentimento de não realização individual e/ou social. (SCAVONE, 2001, p. 57).

A possibilidade do uso das tecnologias conceptivas pelas mulheres em favor de uma monoparentalidade programada, se apresenta como uma realidade no tempo presente. Vale ressaltar que esta não é uma demanda que surge na contemporaneidade. A procura dessa autonomia e, de certa forma, da transformação dos padrões estabelecidos de família e maternidade, já se apresentam há tempos e foi retratada no estudo sobre mulheres que buscavam as tecnologias conceptivas com o objetivo de se tornarem mães, sem a existência das relações sexuais (STRATHERN, 1995), caso que ficou conhecido como a “síndrome do nascimento virgem”.

Strathern (1995) demonstra em seu estudo que o desejo da mulher de ter um filho sem pai nos anos de 90 foi subversivo à ordem patriarcal. A ousadia de dispensar a função sexual e paterna foi considerada, à época, não apenas como uma ameaça advinda da própria tecnologia.

As mulheres que procuram ter filhos por meios tecnológicos a fim de contornar relações sexuais com homens não apenas representam uma ameaça a paternidade, ao contrário elas expõem o fato de que a ameaça vem por assim

dizer da própria tecnologia (...) A pergunta cultural interessante nesse caso é porque as mulheres que aparentemente são defensoras entusiásticas das novas conquistas médicas devem ser vistas como derrubadoras da ordem moral. (STRATHERN, 1995, p. 308).

Nessa situação apresenta-se o paradoxo. As tecnologias conceptivas podem suscitar, sob a ótica das relações de gênero, situações contraditórias, uma vez que “[...] pode haver tanto a apropriação dos benefícios das tecnologias à constituição de uma autonomia do indivíduo, como a impossibilidade de seu uso, caso ameace a normatividade reprodutiva vigente [...]” (SCAVONE, 2010, p. 59).

A dificuldade no acesso às técnicas conceptivas no Brasil e a consequente impossibilidade de seu uso, ocorre principalmente por questões econômicas. Isso demonstra ser um elemento que limita o uso dessa tecnologia à uma determinada classe social, reafirmando assim uma política demográfica controlista, em que as mulheres pobres não têm direito a terem mais filhos, deixando esse “luxo” apenas para aquelas que podem pagar.

O questionamento que se apresenta diante dessa realidade é: quem é contra o aborto, é a favor que uma mulher infértil, pobre e negra, tenha direito à reprodução assistida pelo SUS? O direito à vida não estaria colocado nas duas situações? Porque então o acesso gratuito e universal não é assegurado à toda mulher independente das questões de classe, raça/etnia ou situação conjugal? Essa situação acentua os contrastes sociais das tecnologias conceptivas, de um lado a tecnologia de ponta para quem pode pagar e do outro a carência nos serviços públicos e o pouco investimento do Estado na área da reprodução medicamente assistida, fator que limita o exercício ao livre planejamento familiar, independente de classe social.

Em um importante estudo sobre a utilização das novas tecnologias conceptivas nas diferentes classes sociais, Barbosa (2003) pesquisou o modo como as mulheres lidam com os eventos de sua vida sexual e reprodutiva dentro dos universos sócio-cultural no uso das tecnologias conceptivas. Identificou que para as mulheres de estratos populares, usuárias dos serviços públicos de saúde voltados para o tratamento de situações de infertilidade, há o predomínio do papel das mulheres marcado pelas suas funções do espaço doméstico e na reprodução biológica. Já no caso das mulheres de estratos médios e altos, usuárias dos serviços privados de saúde, predomina a ideia de autonomia e determinação no exercício da sexualidade e nos direitos reprodutivos.

Barbosa (2003) identificou que entre as mulheres de camadas populares a maternidade era definida como um fator da condição feminina, como um “destino” social, muitas mulheres mencionaram o filho (a) como um companheiro (a) para não se sentirem sós. Entre as mulheres das camadas médias e altas, usuárias dos serviços privados, observou-se a prevalência da filiação sob a conjugalidade.

O discurso dessas mulheres indica que a busca pelo filho ocorre tardiamente após as uniões e, muitas vezes, o acesso às novas tecnologias reprodutivas conceptivas decorre da dificuldade em engravidar em razão da queda na fertilidade fruto da idade avançada. (BARBOSA, 2003, p. 44).

Observa-se que as tecnologias conceptivas têm como sua maior clientela, mulheres integrantes de grupos sociais com maior poder aquisitivo, em condição de arcar com os altos custos do procedimento. Os serviços públicos voltados para o tratamento das situações de infertilidade representam a única alternativa para as mulheres com menor poder aquisitivo. Como visto, muitos desses serviços não oferecem, de forma gratuita, todos os procedimentos de reprodução medicamente assistida. Em muitos casos os usuários (as) precisam arcar com os medicamentos necessários, fator que restringe ainda mais o acesso. Além disso, as longas filas de espera deixam muitas mulheres envelhecerem ao longo do processo sem conseguirem materializar o desejo de concepção.

Faz-se necessário democratizar o acesso das tecnologias reprodutivas para todas as mulheres, independente de classe, raça/etnia ou situação conjugal, a fim de garantir a todas as condições materiais para que possam decidir sobre a maternidade no momento mais oportuno de suas vidas. A proposição assinala a busca da preservação da garantia de princípios e direitos fundamentais e humanos.

Sequeira (2011) apresenta importantes reflexões sobre o pouco investimento do Estado na área da reprodução medicamente assistida. A autora questiona até que ponto a implementação da atenção com base no direito à saúde e nos direitos reprodutivos das pessoas potencializaria a elaboração de uma legislação mais abrangente e condizente com as novas demandas da sociedade.

Pergunta-se ainda se os investimentos necessários para a implementação dessa atenção continuarão a serem vistos como gastos dispendiosos e não como necessidades de saúde, principalmente quando comparados com outros problemas também negligenciados no campo da saúde pública. E, por fim questiona, se o desejo de

filhos por pessoas sem causas medicamente definidas se qualificaria ou não como “necessidade de saúde”. São questões que precisam ser amplamente debatidas, pois dizem respeito a um tema complexo e repleto de controvérsias éticas e morais que precisam ser enfrentadas para que as mulheres brasileiras possam efetivamente ser atendida em seus direitos reprodutivos.

Sob o argumento da ‘reserva do possível’ e do ‘mínimo existencial’, o Estado brasileiro vem negando o acesso universal e igualitário às técnicas de reprodução medicamente assistida. “Num contexto socioeconômico de escassez de recurso, inevitavelmente vem à tona a moeda de troca estatal e se seus gestores, que de um lado estampa o argumento da reserva do possível, e do outro, a necessidade prestacional do mínimo existencial” (COSTA JÚNIOR, 2016, p. 309). Quando o Estado não assume a versão regulatória, acaba por ter emergências de ações punitivas e pouco pactuadas sobre a dinâmica e a vida societária.

Para Costa Júnior (2006) o conceito do ‘mínimo existencial’ não pode ser reduzido à mera existência física, uma vez que deve assegurar a existência digna dos indivíduos, dessa forma, o autor afirma que o direito a ter um filho pode perfeitamente ser enquadrado na dimensão do ‘mínimo existencial’, uma vez que conjugado com o princípio da dignidade humana, o direito à saúde e ao planejamento familiar, nota-se o enorme valor que é dado ao instituto da reprodução humana na Constituição Federal.

Com relação à ‘reserva do possível’, argumento utilizado pelo Estado (COSTA JÚNIOR, 2006) para priorizar e selecionar determinados procedimentos, o Supremo Tribunal Federal se posicionou em sede de Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 45/2000.

Cumprir advertir, desse modo, que a cláusula da "reserva do possível" - ressalvada a ocorrência de justo motivo objetivamente aferível - não pode ser invocada, pelo Estado, com a finalidade de exonerar-se do cumprimento de suas obrigações constitucionais, notadamente quando, dessa conduta governamental negativa, puder resultar nulificação ou, até mesmo, aniquilação de direitos constitucionais impregnados de um sentido de essencial fundamentalidade (STF, 2004, p. 1).

Quando se pensa em reivindicar um direito de acesso às técnicas de reprodução medicamente assistida, o que vem à tona em um primeiro momento é a questão do custo elevado e da escassez de recursos públicos. Segundo Costa Júnior (2016),

essa é uma briga que nunca vai ter fim, já que numa perspectiva de Direito e Economia, os recursos orçamentários obtidos por meio da tributação são escassos, e as necessidades humanas a satisfazer, ilimitadas. De forma que, o emprego dos recursos deve ser feito de maneira eficiente para que possa atingir o maior número de necessidades individuais, garantindo o direito a saúde e a dignidade humana na sua compreensão mais ampla. Essa dimensão também reforça certa mercantilização de aspectos basilares da vida e de não controle e regulação por parte do Estado.

O Brasil vive uma lógica de orçamento meramente autorizativo e não impositivo. Nem sempre o montante que foi previsto para ser aplicado é efetivamente gastos com cuidados e política pública voltadas para a saúde. No que se refere as técnicas de reprodução assistida, Chaves (IBDFAM, 2018) afirma que, se não há recurso suficiente, deve-se trabalhar no sentido de baratear as técnicas e não simplesmente suprimir os direitos dos cidadãos dos estratos econômicos e sociais mais baixos do país. Segundo a autora, estudos atuais indicam que protocolos de baixo custo não comprometem a qualidade dos procedimentos na área da reprodução medicamente assistida, reforça que é preciso vontade política e política pública voltada para o tema para que se possa garantir avanços nessa área.

A denominada RA *low cost* baseia-se no uso de protocolos de estimulação acessíveis (FIV de ciclo natural, FIV de estimulação mínima e FIV Lite), julgamento clínico em vez de testes laboratoriais de todas as investigações pré-procedimento supérfluas, uso cuidadoso de material descartáveis e protocolo bem estabelecido de rotinas laboratoriais. **Com muito menos do que se gasta em uma FIV tradicional, pode-se fazer muito mais. Nesse cenário, poderíamos falar em garantia do mínimo existencial, respeitando a reserva do possível, sem suprimir direitos dos cidadãos hipossuficientes.** (IBDFAM, 2018, p. 11, grifo nosso).

Seja através da negação da maternidade, utilizando os métodos de contracepção, ou a sua afirmação, por meio das tecnologias conceptivas, o que se configura são novos modelos de organização e estrutura familiar em que o elemento principal a ser analisado é o desejo de cada mulher. Dessa forma, a presente pesquisa procura responder até que ponto as tecnologias de reprodução assistida contribuem para a livre escolha da maternidade a ponto de ser reivindicado como um direito reprodutivo?

Não querendo filhos/as, as mulheres (e seus companheiros) recorrem às tecnologias contraceptivas; ao tê-los, recorrem ao parto cirúrgico, ao querê-los recorrem às tecnologias conceptivas, construindo um verdadeiro ciclo de uso das técnicas reprodutivas para a realização ou não da maternidade. (SCAVONE, 2001, p. 144).

A maternidade sem conjugalidade, planejada através das técnicas de reprodução medicamente assistida, redesenha o processo e a vivência no contexto atual.

Para a concretização do desejo reprodutivo e dos projetos parentais independente, muitas mulheres estão recorrendo aos bancos de gametas privados, para a utilização de material biológico proveniente de doadores nacionais ou internacionais. Deixa-se a mercê da esfera privada desenvolvimento, atenção à saúde materna e decisões no âmbito privado que exigirão outras dimensões e recursos sobre direito das famílias.

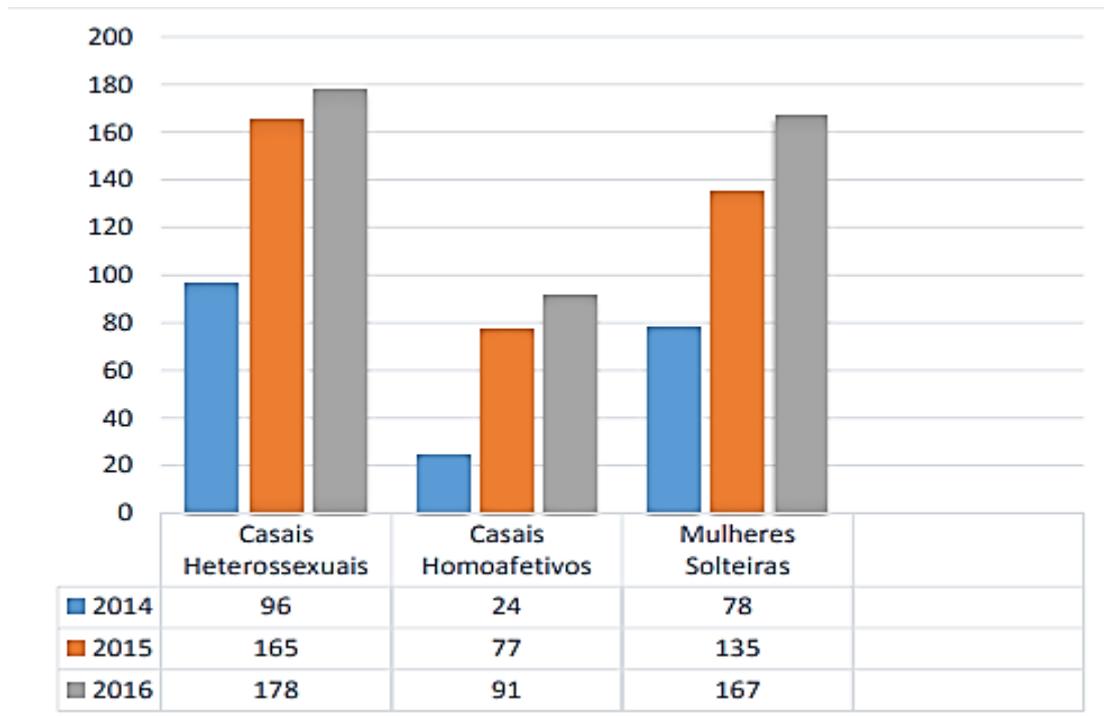
No ano de 2017 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), apresentou o primeiro relatório sobre as amostras seminais para o uso em reprodução humana assistida (ANVISA, 2017). Este documento apontou para um crescimento expressivo na procura por sêmen importado entre os casais heterossexuais, homoafetivos e as mulheres solteiras. Segundo o relatório, houve uma alta de 2.625% no número de autorização dada pela ANVISA de importação de sêmen entre 2011 e 2016. Ressalta-se que a importação e a autorização de tecidos germinativos (sêmen, oócitos e embrião) é regulada pela ANVISA, através da Resolução de Diretoria Colegiada RDC/Anvisa nº 81/08 (ANVISA, 2008).

A ANVISA apresentou o perfil dos solicitantes das amostras internacionais. Os casais homoafetivos representam a maior evolução nos pedidos de importação. Entre 2014 e 2016, houve um aumento de 279% no número de autorização emitida pela ANVISA para este público. As mulheres solteiras representam o segundo salto nos números, com um aumento de 114% na procura. O percentual de casais heterossexuais que tiveram os pedidos autorizados também evoluiu, foram 85% a mais nos últimos três anos.

O gráfico 1, demonstrativo das amostras, por perfil dos solicitantes no Brasil entre os anos de 2014 e 2016, revela-se as composições múltiplas que já estão ocorrendo sob o aval institucional.

Nota-se que a família e a maternidade não se configuram mais como um quadro predefinido, mas sim como um produto de um processo em construção social contínua, em movimento, que interage com outras estruturas sociais, econômicas, ideológicas e simbólicas. No quadro acima, observa-se que 167 mulheres solteiras solicitaram a importação, quase alcançando o mesmo número de casais heterossexuais, isso revela a dimensão da maternidade reflexiva e a autonomia da pessoa solteira para seguir os procedimentos. “Na família moderna, sentimental e privatizada, o indivíduo, as suas escolhas e bem-estar opõem-se aos condicionamentos da família instituição” (DIAS, 2015, p. 42).

Gráfico 1: Quantidade (nº absoluto) das amostras seminais importadas, por perfil dos solicitantes, Brasil, 2014 a 2016



Fonte: ANVISA (2017).

Essas novas famílias, formada através das técnicas de reprodução medicamente assistida por mulheres sem conjugalidade, são resultados de uma transformação profunda das relações de gênero, familiares e doméstica e da emergência de um novo equilíbrio entre autonomia individual e pertencimento familiar. Nesse contexto, em que a autonomização dos membros da família se apresenta como elemento central das novas configurações familiares, François de Singly (2007) apresenta o conceito do “indivíduo individualizado”, pautado em um individualismo humanista no qual a mulher e o homem possuem recursos diversos de reconhecimento e podem, assim, existir a título pessoal.

Para Singly (2007), o individualismo não está associado ao egoísmo, a indiferença ou a luta contra o outro, mas sim baseia-se na concepção de um mundo social no qual todo indivíduo merece respeito, dignidade e consideração. Dessa forma, o ideal do individualismo não se distancia do social. Ao contrário, afirma que o individualismo desenha os contornos da democracia, uma vez que este deve criar as condi-

ções que permitam a todo indivíduo, independente da sua cor, raça/etnia, da sua nacionalidade, de sua origem social, do seu gênero e da sua idade. Afirma, pois que a sociedade deve elaborar políticas de reconhecimento e oferecer a cada um dos seus membros sua própria identidade, sem que fique preso a em estatuto, abrindo-lhe todas as portas para que este indivíduo possa escolher a cena em que pretende atuar.

Hoje, a “família feliz” é menos atrativa, o que importa é a felicidade de cada um. Contrariamente a certas utopias de 1968, ou a certos textos feministas que pretendiam destruir a família burguesa e a família patriarcal, a família não desapareceu, uma vez que os indivíduos acreditam que ela constitui um dos veículos ideias para ser feliz, para a realização de si mesmo. **O “eu” é mais importante do que o “nós”, mas ele não se propõe, bem ao contrário, o desaparecimento do grupo conjugal nem do grupo familiar.** (SINGLY, 2007, p. 133, grifo nosso).

A formação da família monoparental feminina, através do uso das tecnologias de reprodução medicamente assistida, reconfigura a dimensão da maternidade em tempos atuais. Muitas mulheres esperam primeiro alcançar um estabilidade e independência financeira, para depois pensar sobre a realização da maternidade, seja ela individualizada ou com a presença de um parceiro ou parceira. “A expansão da reprodução assistida no país e no mundo evidencia que o projeto de maternidade continua presente na vida das mulheres” (SCAVONE, 2001, p. 145).

Analisando os relatórios anuais do sistema nacional de produção de embriões da ANVISA, que tem por objetivo conhecer, atualizar e divulgar o número de embriões humanos produzidos pelas técnicas de fertilização *in vitro* no Brasil, no período de 2011 a 2016, observa-se que o total de procedimento de FIV aumentou de 13 mil no ano de 2011 para 33.790 no ano de 2016. Revela-se um aumento expressivo de 159,92%. Ou seja, a procura pela reprodução assistida apresenta uma demanda significativa que merece ser estudada e aponta para uma decisão reflexiva e processual, exigindo dimensões éticas, econômicas e de acesso a saúde.

A “maternidade artificial” ou a “parentalidade artificial” já são as fórmulas do presente dos indivíduos estéreis (SCAVONE, 2001, p. 56) e de mulheres que buscam efetivar o desejo da maternidade sem conjugalidade. O último quarenta anos assinala mais do que avanços técnico-científicos, o uso dos corpos e ideário familiar diferenciados, aponta para um modelo de maternidade em transição. Este novo modelo, que ora se esboça, têm diversas nuances e se define, com maior ou menor força, de acordo com a classe social e com os países.

É o modelo de prole reduzida; mulheres com carreiras profissionais; mães e pais, juntos e/ou separados, produzindo e reproduzindo; casais hetero e homossexuais; mães ou pais criando seus filhos sozinhos; enfim, **é o modelo que busca se adequar às mudanças da vida contemporânea, ao mesmo tempo em que é forjado por estas mudanças, redesenhando o funcionamento e a estrutura da família contemporânea.** (SCAVONE, 2001, p. 149, grifo nosso).

A maternidade moderna passou a ser uma questão de escolha, apoiada na liberdade que a ciência oferece à mulher. A maternidade como uma decisão racional e sem a mediação de um parceiro deve ser uma possibilidade acessível a todas as mulheres e não apenas aquelas com melhores condições econômicas, uma vez que, em um país como o Brasil, afetado por crises econômicas e financeiras, as mulheres adiam cada dia mais a maternidade em busca da estabilidade.

Garantir que os procedimentos para a reprodução humana assistida sejam oferecidos gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) a todas as mulheres independente de classe, raça/etnia ou situação conjugal, incentiva a maternidade de forma planejada permitindo a ascensão da dimensão social da maternidade, uma vez que esta pode ser definida a partir de escolhas reflexivas e não mais somente pelos elementos biológicos.

4.2 Formação de famílias monoparentais femininas

O Brasil tem passado por muitas transformações nas últimas décadas. Com o aumento da urbanização, a maior complexidade da estrutura produtiva, a redemocratização política, e as mudanças sociais e demográficas, o país viu crescer a pluralidade de arranjos familiares. A família vem assumindo novas configurações e novas formas, não cabendo definir um padrão de família, mas sim de famílias (Dias, 2013), visto que são diversos os arranjos familiares.

Nos arranjos monoparentais femininos, as mulheres são automaticamente definidas como chefe da família. “Em linhas gerais, esse tipo de família sempre esteve mais associado ao fenômeno da feminização da pobreza” (ALVES; CAVENAGHI, 2018, p. 14). A família monoparental tem sua origem nas mais diversas situações, podendo ser originada na viuvez, quando da morte de um dos genitores; na separação ou no divórcio; na adoção unilateral; na inseminação artificial por mulheres solteiras; na gestação por substituição no caso de homens solteiros e nas entidades chefiadas por algum parente que não o genitor (LEITE, 2003).

Com o aumento da escolarização, das separações e divórcios em todas as camadas sociais, da participação feminina no mercado de trabalho e da autonomia financeira, o crescimento da chefia feminina pode estar relacionado com uma nova posição da mulher na sociedade, caracterizado por mudanças de papéis e responsabilidade que reflete diretamente nas relações de poder (MACEDO, 2008).

O reconhecimento jurídico das famílias monoparentais no Brasil, foi materializado na Constituição Federal de 1988, quando definiu em seu artigo 226, §4º que “[...] entende-se, também, como entidade familiar a comunidade formada por qualquer dos pais e seus descendentes”. Ressalta-se que a família monoparental, embora tenha sido reconhecida constitucionalmente, não possui um estatuto jurídico próprio, com direito e deveres específicos. Segundo Lobo (2011), as regras do direito de família que lhe são aplicáveis, são as atinentes às relações de parentesco, principalmente da filiação e do exercício do poder familiar, que neste ponto são comuns às das demais entidades familiares.

Leite (2003) afirma que a monoparentalidade não é um fenômeno novo, subsistindo ao longo da história a figura da “mãe solteira”. O que se apresenta como novo é a possibilidade de filiação sem a efetiva relação sexual, um filho fruto das técnicas de reprodução humana assistida, consolidado através de uma escolha reflexiva das mulheres sobre a definição do melhor momento para a maternidade.

Não se está diante, portanto, de uma família monoparental “fortuita” ou “ocasional” resultante da viuvez, do abandono, da falta de reconhecimento por parte de um dos pais, do desconhecimento da identidade de alguns deles, ou, de qualquer outro modo, fruto da contingência das relações sociais. **Neste caso, a monoparentalidade é exatamente o resultado que se espera, caso o plano, traçado de antemão, obtenha sucesso.** (MOTTA, 2007, p. 174, grifo nosso).

O crescimento significativo, nas três últimas décadas, dos arranjos monoparentais extensivo a todas as camadas sociais, passou a imprimir uma nova visibilidade a essa temática, por conta inclusive do crescimento desses casos entre mulheres pertencentes às classes médias urbanas (MACEDO, 2008). A monoparentalidade deixou de ser ao longo dos anos a imposição de uma situação, em que as mulheres eram sempre a vítima das circunstâncias. Nos casos das famílias formadas por viúvas ou mães solteiras e seus filhos, e passou a ser o fruto de uma escolha reflexiva, fator que possibilitou escolher, criar e até mesmo conceber filiação sem a necessidade de um vínculo conjugal.

Dessa forma, constata-se, cada vez mais, que **a monoparentalidade tornou-se uma opção. Tanto a opção de se separar do marido ou companheiro, obtendo para si a guarda da criança, quanto a opção de ter o filho sozinho, por meio de adoção ou de técnicas de reprodução artificiais.** (BALIANA, 2013, p. 20, grifo nosso).

É forçoso reconhecer que o crescimento de famílias monoparentais na atualidade, decorre apenas da morte do companheiro ou por conta de separação ou abandono. As mudanças conquistadas pelas mulheres na sociedade, reconfiguraram a dimensão sobre maternidade na atualidade. Ressalta-se que a chefia da família se expressa de forma diferente para mulheres e homens, além de todos os esforços do cotidiano em que vive para dar conta do trabalho, da casa e dos filhos, é exigido das mulheres chefes de família que rompam heranças patriarcais e lutem contra o rígido modelo familiar normativo biparental. Portanto, a desigualdade de gênero não é fictícia, “[...] o que faz mulheres chefes de família enfrentarem dificuldades suplementares ao terem que administrar sua dupla participação nas esferas da produção e reprodução em condição desfavoráveis quando comparadas aos homens [...]” (MACEDO, 2008, p.35).

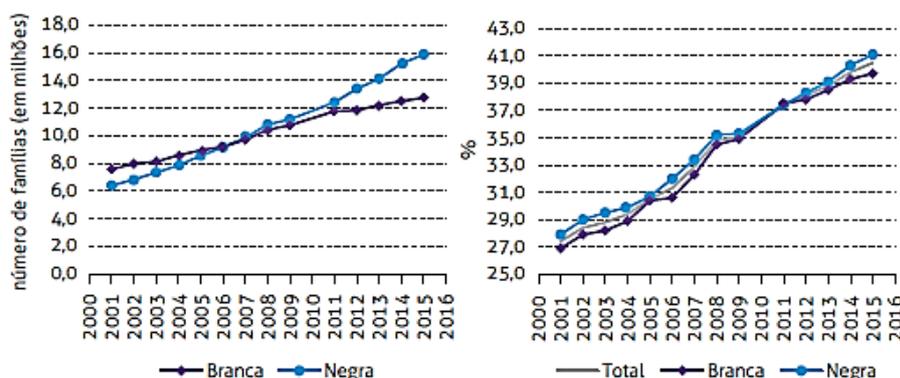
A análise sob as lentes de gênero permite a visualização das dimensões de classe, raça/etnia, idade e gerações oriundos dos arranjos familiares monoparentais na atualidade. Nessa perspectiva ao analisar os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), do IBGE (2016), Alves e Cavenaghi (2018, p. 97) detectaram que o número de famílias chefiadas por mulheres dobrou em termos absolutos, aumentando 105% em 15 anos, passando de 14,1 milhões em 2001 para 28,9 milhões em 2015. As famílias monoparentais femininas cresceram 28,3%, indo de 9 milhões em 2001 para 11,6 milhões em 2015.

A pesquisa permitiu inferir que o fenômeno de mulheres liderando lares é também "majoritariamente urbano". Nas cidades, 43% dos lares tinham uma mulher como referência no ano de 2015, contra 25% em 1995. Na área rural, no mesmo período, esse número saltou de 15% para 25%. O Pnad/IBGE (2016) aponta um maior crescimento da monoparentalidade entre as famílias chefiadas por mulheres negras, com 27,9% em 2001 e 41,1% em 2015.

Na Bahia, um estado majoritariamente negro, essa realidade pode ser observada de forma mais contundente. A monoparentalidade feminina é a disposição familiar mais frequente entre as chefas de família. “Em 2015, na Bahia, 44,4% dessas mulheres estavam à frente de uma família sem a presença de cônjuge e com pelo menos

um filho ou filha residente, percentual acima do encontrado nacionalmente” (SEI, 2018, p. 24).

Gráfico 2: Evolução (absoluta e relativa) do número de famílias chefiadas por mulheres segundo raça/cor. Brasil, 2001-2015



Fonte: IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, PNADs anuais, 2001-2015.

A monoparentalidade em tempo presente inova ao retirar o estigma que este tipo de família decorre tão somente de circunstâncias impostas na vida das mulheres, uma vez que foi considerada ao longo dos anos como uma situação que pretendia ser transitória, já que era indesejada. Ocorre que a família monoparental planejada, através das técnicas de reprodução medicamente assistida ou da adoção não pode ser vista como uma forma de família transitória. A princípio, não se almeja a formação de uma relação de casal posteriormente e sim a constituição de filiação e laços afetivos independente da relação conjugal.

Beltrão (2010) apresenta ponderações que contribuem para uma melhor reflexão sobre o tema aqui exposto: as famílias monoparentais seriam reconhecidas apenas quando constatada a falência da família biparental? Qual seria a diferença ente uma mulher que sozinha decide adotar – adoção unilateral – daquela que decide recorrer a um programa de reprodução artificial mediante adoção de sêmen? Qual a diferença entre uma “produção independente” decorrente de uma reprodução natural e aquela decorrente de uma reprodução artificial?

A monoparentalidade por opção realizada através do avanço das técnicas reprodutivas, do ponto de vista jurídico, pode ser comparada a adoção unilateral.³⁵ As

³⁵ Lei nº 8.069/90- ECA. Art. 42. Podem adotar os maiores de 18 (dezoito) anos, independentemente do estado civil. (Redação dada pela Lei nº 12.010, de 2009). Vigência.

mulheres que recorrem à adoção unilateral e àquelas que buscam a reprodução assistida estão, teoricamente, em situações semelhantes no que se refere a constituição de uma família monoparental.

As mulheres que decidirem, de forma racional e individual pela maternidade, podem optar entre a adoção e a reprodução medicamente assistida. Todavia, questiona-se: porque o Estado regulamenta e incentiva a adoção unilateral e não impulsiona a reprodução assistida para todas as mulheres independente de classe, raça/etnia ou situação conjugal? Inobstante a aparente semelhança, apresenta-se nessa discussão questões ética, morais e sociais a serem enfrentadas pela sociedade e que este trabalho não conseguirá se aprofundar.

Sobre essa comparação, Leite (1995) critica o argumento de que seria inaceitável a reprodução medicamente assistida, enquanto ainda houver crianças abandonadas aptas para a adoção. Para o autor, esse entendimento corresponde a encarar a questão com confusão de conceitos, já que o direito à filiação é de foro íntimo e nada tem a ver com a questão social da adoção. Nesse sentido Brauner (2003, p.64) sintetiza dizendo que, “embora a adoção seja uma experiência construtiva e enriquecedora, não representa o caminho escolhido por todos (as)”.

Outro argumento comumente levantado diz respeito a inexistência da figura paterna na formação da criança e os consequentes prejuízos dessa ausência no crescimento e desenvolvimento infantil. Existe esse mesmo tipo de questionamento ao homem que abandona a mulher grávida? As mulheres ao longo dos séculos, já viveram a experiência de serem mães solteira de forma impositiva e não como uma escolha (LEITE, 2003). No momento em que ela decide pela maternidade, de forma racional e planejada, através das técnicas de reprodução medicamente assistida, a sociedade coloca sobre essa mulher um peso “moral” do futuro da criança. A pergunta que fica é: em algum momento foi feito esse mesmo questionamento ao homem que abandonou seus filhos, tornando-os ‘órfãos de pais vivos’?

Dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), com base no censo escolar de 2011³⁶, apontam que há 5,5 milhões de criança brasileiras sem o nome do pai na

³⁶ CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Pais e Certidões. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/destaques/arquivo/2015/04/b550153d316d6948b61dfbf7c07f13ea.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2018.

certidão de nascimento. Um número alarmante de mulheres, que de forma compulsória, passaram a cuidar de seus filhos sem a presença do pai.

Estas questões levam-nos a reiterar a importância da ampliação do debate público sobre as vantagens e desvantagens destas tecnologias, suas condições de uso, implicações subjetivas, sociais e éticas, buscando fornecer elementos para tornar exequível a noção de cidadania reprodutiva. (SCAVONE, 2004, p. 88)

Observa-se que essa discussão traz a público uma série de aspectos complexos que precisam ser analisados sob uma perspectiva de gênero. Posições conservadoras e tradicionalistas, só concedem a maternidade dentro de uma relação conjugal, imaginar gerar uma criança de forma independente ainda causa estranheza a uma grande parte da sociedade, fato este que repercute na ausência de políticas públicas e legislação específica, conforme exposto.

4.3 Pesquisa de campo: percursos e trajetórias

O fenômeno da monoparentalidade feminina planejada através das técnicas concepcionais, assinala para uma série de discussões de ordem ética, social, econômica, cultural e política no campo das ciências sociais e jurídicas (GONÇALVES; 2007, MOTTA; 2007, MACÊDO; 2008, BALIANA; 2013).

Essas tecnologias atingem diferencialmente os países do norte e os do sul, as classes sociais e os sexos. Entretanto, a adesão a elas se passa sobretudo, no cruzamento de duas instituições: a medicina e a família, numa relação complexa de oferta e consumo. (SCAVONE, 2004, p. 90).

A partir das entrevistas com mulheres que realizaram esse procedimento de forma independente, observa-se a presença de diversos elementos discutidos ao longo deste trabalho. Questões como a motivação, o desejo e a escolha reflexiva da maternidade, a adoção, os fatores econômicos, a família monoparental planejada e os métodos utilizados foram relatados pelas entrevistadas, que aqui serão tratadas como E1 e E2, codinome para entrevistada 1 e entrevistada 2, a fim de manter o sigilo necessário para pesquisa. Para tal procedimento foram entrevistadas duas mulheres na faixa etária de quarenta anos, bem sucedidas profissionalmente e que realizam a fertilização *in vitro*, nas clínicas de Salvador – Bahia, com sêmen importado. As duas entrevistadas possuem mestrado e uma tem doutorado.

Por ser este um universo de difícil acesso esta pesquisa conseguiu encontrar, através do método “bola de neve”, uma pessoa da área médica que conhecia uma

das entrevistadas, a qual mostrou interesse e disposição em participar da pesquisa. Após a realização da entrevista, a mesma indicou sua colega que também havia feito a reprodução medicamente assistida no mesmo período. As duas relataram não conhecer outras mulheres que realizaram o procedimento.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética na Pesquisa da Universidade Católica do Salvador (CEP/UCSAL) e no momento da pesquisa foi assinado pelas entrevistadas. O TCLE foi elaborado em linguagem simples e acessível com os devidos esclarecimento, inclusive sobre o direito de recusa de participação a qualquer tempo. As entrevistas foram gravadas em locais restritos de forma reservada, garantindo total anonimato.

4.3.1 Motivação

Percebe-se que o uso das técnicas de reprodução medicamente assistida ocorre principalmente por conta da prioridade dada a carreira, a consequente prorrogação da maternidade e o avançar da idade biológica. A ausência de um parceiro com disposição para compartilhar esse momento, é citado como um elemento de peso na decisão pela maternidade independente através das técnicas reprodutivas. O estado civil “solteira” aparece como um termo abrangente, o que não significa que elas não tenham tido relacionamentos anteriores e duradouros.

Na realidade, essa escolha veio sendo amadurecida com o tempo. **Após alguns relacionamentos que não resultaram em casamento e união estável. Tive relacionamentos até mais duradouros, mas que não era o momento de filhos, por conta de minha carreira profissional também, acabei adiando esse prazo.** Só que chegou um momento que, biologicamente falando, ou era agora ou não era. **Questão biológicas e não tinha um parceiro fixo, relacionamento que tivesse esse objetivo, então resolvi que queria ser mãe, que era o momento, porque não queria deixar de viver isso.** Como médica eu sei que o tempo é importante para gente, como mulher. **Então não queria continuar ‘um dia, um dia’, decidir que era meu momento e fui atrás.** (Entrevistada 1 - E1 - grifo nosso)

Eu sempre quis ter filhos, sempre tive vontade, dentro da minha carreira, por conta da minha formação, fui fazer a faculdade, fazer a formação, **fui pra fora do país, fiz o mestrado, doutorado e nisso na época não entrava nessa situação ter um filho. Tive nesse período alguns relacionamentos, e aí quando eu voltei do doutorado eu tinha terminado um relacionamento de certo tempo estava com 38 para 39 anos e disse: é o momento de ter um filho.** Eu quero ter meu filho agora e estou sozinha, então quais são as minhas opções pra isso. Então pensei em ser realmente mão solteira com o banco de doador. (Entrevistada 2– E2 - grifo nosso).

A possibilidade de escolha do melhor momento para engravidar representa mudanças marcantes no padrão e na experiência com a maternidade contemporânea. Com mais acesso à educação e formação profissional, as mulheres buscam primeiro sua estabilidade na carreira e, conseqüentemente, as melhores condições econômicas para a partir de então, concretizar a maternidade, o que a tornar uma escolha reflexiva. Entretanto, Scavone (2001), alerta que essa escolha é marcada pelas relações de classe, de raça/etnia e de gênero.

As entrevistadas são médicas, com carreiras profissionais consolidadas e no momento em que decidiram optar pela maternidade independente possuíam uma situação financeira estável, elemento determinante na decisão. “As transformações pelas quais os padrões de maternidade vêm passando, devem ser pensadas em conexão com os processos sociais e com a globalização econômica, a qual contribuiu para a difusão de novos padrões de comportamento e consumo” (SCAVONE, 2001, p. 48).

Sobre a situação conjugal, Gonçalves (2007, p. 16) afirma que mulheres solteiras, fenômeno que sempre existiu em todas as épocas na humanidade, “no contexto atual está representada por mulheres profissionalizadas, independentes economicamente, morando sozinhas e com estilo de vida dentro de uma margem de escolha variável”.

As mulheres solteiras aqui estudadas são vistas como indivíduos mobilizadores de processos de ação e significação da realidade social, que atuam como sujeito de suas próprias vidas, definindo de forma independente e autônoma sobre o momento certo para a procriação

A ausência de uma relação “que tivesse esse objetivo”, não foi um fator limitante para a realização dos projetos parentais das entrevistadas. Todavia deve-se observar que a filiação só foi assegurada devido a condição econômica das entrevistadas.

4.3.2 Fatores econômicos e decisórios

Como visto, a principal exclusão do acesso à tecnologia conceptiva, segundo Corrêa e Loyola (2015), é de base econômica. Este fator torna a reprodução medica-

mente assistida inacessível a uma grande parcela da população. Os critérios de elegibilidade, definidos pelo SUS, retira o direito ao planejamento familiar de muitos indivíduos que, por motivos sociais, dependem dessa tecnologia para a formação de sua família, a partir da filiação, seja no formato monoparental ou em união homoafetiva.

Pode-se perceber com a análise das entrevistas, a lógica privatizante que impera no universo das técnicas conceptivas no Brasil. As duas entrevistadas possuem vidas financeiras estáveis, fizeram uma “reserva” para realização do procedimento e mesmo assim, foram unânimes em afirmar que este é um procedimento “muito caro”. Uma delas chegou a gastar o equivalente a cem mil reais com três tentativas de fertilização. Disponibilidade, acesso, recursos e tempo são elementos que compõem o percurso.

Os medicamentos foram apontados por uma entrevistada como um dos fatores que elevaram o valor do procedimento. Como visto, o alto custo das medicações, necessárias para a realização da fertilização *in vitro*, contribuiu para o nascimento do ‘programa acesso’. Um programa financiado por laboratórios farmacêuticos que vende o medicamento diretamente para o usuário com o objetivo de reduzir os preços.

Observa-se que o ‘programa acesso’ é ‘oferecido’ apenas as pessoas que tem como custear todo o resto do tratamento. Uma das entrevistadas afirmou não conhecer o programa

Eu graças a Deus me formei muito cedo, **então eu tinha uma estabilidade financeira boa. Apartamento próprio, carro novo.** A minha profissão me remunera bem e eu conheço e sei dos preços. Eu fiz uma reserva também antes de iniciar o tratamento [...]. **Não é uma coisa tão fácil, nem pra mim também.** Mas assim, eu já sabia que era caro, eu me planejei pra aquilo. Tem pessoas que raspam tudo que tem e só tem dinheiro pra fazer uma tentativa e é muito frustrante. Eu vejo isso até com minhas pacientes, eu tenho pacientes que chegam lá e me relatam esse tipo de coisa ‘oh doutora que queria muito, já tentei uma vez, mas não tenho dinheiro para tentar de novo’ [...] **É muito caro, eu gastei para ter meu filho o dinheiro de comprar um apartamento. Se somar tudo as três fertilizações, foi acima de 100 mil reais,** facilmente. São Paulo é ainda mais caro que aqui, eu fiz três tentativas lá, e vim pra cá depois. Depois que não deu certo no começo, dei um tempo pra cabeça. Você não tem reembolso. Coloquei no imposto de renda [...]. **Quando eu fui a São Paulo, eles fazem assim, um pacote de cinco tentativas. Gente é uma coisa que você toma meio mundo de hormônio, é uma coisa evasiva, então eu falei, não! Vou fazer vez por vez, os resultados não foram bons em São Paulo.** (E1- grifo nosso)

A parte financeira eu sabia que não teria muito problema, eu sou uma pessoa que enfim, né? **Mas eu tenho uma profissão que eu consigo me manter [...]. É muito caro. Eu não imaginei que fosse tão caro.** E quando

foi colocar a biópsia ai no meio... **São as medicações que são muito caras** e o processo, procedimento em si é caro, como um procedimento particular! Mas não é o que encarece, o que encarece vai depender do ciclo que a pessoa faz [...] **Não fiquei sabendo de nenhum programa de acesso. Talvez no momento em que esse procedimento entre no SUS, o valor do medicamento pode ficar menor.** (E2– grifo nosso).

Scavone (2004) assevera que a situação socioeconômica-cultural da família nas sociedades industriais modernas influencia, em diversos níveis, o consumo das tecnologias médicas.

Os direitos sexuais e reprodutivos (ou quaisquer outros), compreendidos como “liberdades privadas” ou “escolhas” não têm sentido, especialmente para os grupos sociais mais pobres e privados de direitos **quando estão ausentes as condições que permitam seu exercício**. Estas condições constituem os direitos sociais e envolvem uma política de bem estar social, segurança pessoal e liberdade política, elementos essenciais para a transformação democrática da sociedade e para a abolição de injustiças raciais, étnicas, de gênero ou classe. (CORRÊA; PETCHESKY, 1996, p. 150, grifo nosso)

O alto custo dos procedimentos e dos medicamentos, pouco investimento em política pública e os critérios de elegibilidade pelo SUS, apenas aos casais inférteis, limita o acesso às tecnologias reprodutivas a uma determinada classe social, ferindo com isso o direito constitucional ao planejamento familiar.

4.3.3 Escolha reflexiva da maternidade

A maternidade sem vínculo conjugal, através das tecnologias conceptivas, sinaliza um processo de mudança entre um modelo tradicional e um modelo singular. Desenha-se suas múltiplas identidades e individualidades (SINGLY, 2007), onde a mulher além de mãe é também profissional e pode planejar sua maternidade no melhor momento da vida. “De forma que a recusa circunstancial da maternidade deu lugar à escolha da maternidade” (SCAVONE, 2001, p. 50).

Os novos papéis que a mulher tem conquistado na sociedade contemporânea e as mudanças socioculturais em relação aos arranjos familiares passaram a incluir a maternidade como uma decisão racional e sem a mediação de um parceiro, sendo efetivada por meio da intervenção da tecnologia biomédica. (TEIXEIRA; PARENTE; BORIS, 2009, p. 26).

Com mais acesso à educação e à profissionalização, o ser ou não ser mãe, passou a ter uma dimensão reflexiva, de autonomia e de busca da união entre a esfera pública e privada. As conquistas tecnológicas no campo da contracepção e concepção, trouxeram para as mulheres uma maior possibilidade na escolha da maternidade. Essa dimensão pode ser observada na fala das entrevistadas.

Na realidade assim, eu tenho uma cabeça muito tranquila em relação as minhas decisões, eu não espero do outro, decisões por mim e não me importam muito o que irão pensar. Inclusive decidir isso sem falar com familiar nenhum. Tomei minha decisão: bom não quero esperar mais. **E eu não acho que é a única forma de ser feliz de constituir uma família é a forma tradicional. Então chegou o meu momento e falei: bom vou partir para ter meu filho [...]** Parece que é a gente que não quis, “ah não teve capacidade de arrumar alguém”. **E não, não é uma coisa frustrada, é uma decisão muito bem feita. E estou muito feliz com a minha decisão, não tenho problema nenhum com ela [...]** Por exemplo assim, já escutei do pai de uma criança, escutei não, a mulher me disse, “**ela é tão bonita porque não arranja um namorado?**” **A questão não é essa. A questão é que assim, aquele momento que eu queria ser mãe, não tinha uma pessoa que quisesse ser Pai do meu filho. Eu também não queria que tivesse qualquer pessoa ali.** (E1- grifo nosso).

Eu sempre fui aquela criança que gosta de criança. Minhas primas menores eu sempre brinquei. Quando eu entrei na universidade que queira fazer pediatria. Eu sempre gostei muito de criança. **Então ai depois de um certo tempo, lá em São Paulo nem tanto que eu convivi muito com médico e todas as minhas amigas tiveram filhos mais tarde, mas as minhas amigas aqui de Salvador todas já tinham filhos já.** Então aquilo é como disse: estou chegando no meu momento [...] **eu estava com quase quarenta anos e pensei: quero ter meu filho. Dei prioridade para a minha carreira, sem dúvida.** E a questão psicológica...no momento em que eu decidir eu quero ter um filho eu pensei que não teria nenhum problema psicológico que eu não conseguiria resolver quanto a isso. (E2 – grifo nosso).

Do ponto de vista social, as condições econômicas, culturais e profissionais ajudaram na decisão pela maternidade independente das entrevistadas. Os principais motivos apresentados por elas, podem ser enquadrados em uma interseção do biológico, do subjetivo e do social. “Não importar muito com o que irão pensar” é o reflexo dessa nova mulher e dos novos padrões de família. Scavone (2001, p. 51) alerta que “as condições materiais de existência não determinam, via de regra, a escolha da maternidade, embora elas definam as características e as possibilidades desta escolha”.

As questões biológicas são apresentadas pelas entrevistadas através do elemento idade: “eu estava com quase quarenta anos e pensei: quero ter meu filho”. O tempo biológico das mulheres, não acompanha o tempo social. Tal discrepância pode ser reparada pelo uso das tecnologias reprodutivas que proporciona vivências humanas e relacionais diferenciadas. As questões culturais e afetivas também aparecem nas entrevistas. Observa-se que a decisão pela maternidade independente não ocorreu somente pela ausência de um companheiro. A entrevistada 1 reforça que também “não queria que tivesse qualquer pessoa ali”. Para Scavone (2004, p. 184), “a maternidade continua sendo afirmada como um elemento muito forte da cultura e identidade feminina pela sua ligação com o corpo e com a natureza”.

4.3.4 Família monoparental planejada

As famílias monoparentais planejadas, através das técnicas de reprodução humana assistida, inovam ao retirar o estigma de que a família monoparental decorre de circunstâncias impostas na vida de seus elementos, “[...] sendo considerado como uma situação que pretende ser transitória, uma vez que indesejada [...]” (ABRAHÃO, 2003). Isso porque, nessa categoria de mães sozinhas voluntárias e autônoma, encontramos a formação da família monoparental como algo desejado. A princípio, não é visto como uma forma de família transitória, pois não se almeja a formação de uma relação de casal posteriormente. A filiação é o determinante da formação familiar e na base biopsicossocial de relacionamentos Inter geracional, que poderia ser natural ou adotivo.

O desejo pela maternidade independente de conjugalidade, se aproxima do que Singly (2007) vai chamar de “indivíduo individualizado”, uma vez que nesse processo de individualização crescente que é possível compreender a ruptura com o vínculo conjugal. Com projetos pessoais consolidados através de uma autonomia financeira e profissional, a centralidade na vida conjugal deixa de ser prioridade para essas mulheres. “O acesso à autonomia pode se enraizar na heteronomia engendrada pelos laços de família e da parentela” (SINGLY, 2007, p. 112).

A inclusão feminina no mercado de trabalho assalariado, exterior ao doméstico, e a procura por estabilização profissional ocasionaram a postergação do casamento e da filiação. Especialmente para os setores mais favorecidos da população, “[...] a vida de solteiro tornou-se uma opção almejada e, portanto, mais comum na atualidade, em detrimento do que ocorria há alguns anos quando o matrimônio era praticamente uma imposição social” (BALIANA 2013, p. 21)

As mulheres entrevistadas relatam sobre a ruptura de estruturas tradicionais de família. Observa-se, nas entrevistas, que a maternidade é um marco significativo na vida dessas mulheres, que romperam barreiras sociais, morais e culturais na realização de um desejo. As falas não demonstram arrependimento, nem situação desagradáveis, com a decisão referente a formação familiar monoparental. Pelo contrário, a entrevistada 1 relata situações de outras mães em que a briga judicial, a alienação parental e a ausência do pai tornam a situação dela “muito mais confortável que a de muita gente”.

Segundo Dias (2015, p. 12), “[...] as ditas ‘novas famílias’ recompostas, monoparentais, homossexuais, etc., aspiram ao mesmo estatuto social e legal que todas as outras, em nome da sua própria concepção de família ou do que entendem dever ser uma família”. Essa dimensão aparece na fala das entrevistadas quando relatam que lutam contra um “tradicionalismo familiar”. Contam que “quem está em um outro contexto ainda enxerga que aquilo é estranho”.

A preocupação com a criança aparece nas entrevistas como a maior inquietação dessas mães. A pergunta “mamãe, eu tenho pai?” ainda fica sem resposta. Conforme relataram, por conta da pouca idade das crianças. Mas elas procuram suprir a ausência da figura masculina, com a participação dos familiares, principalmente os tios e os avôs das crianças.

A entrevistada 1 relata inclusive uma situação muito característica do cenário soteropolitano. Descreve que “meu irmão é o padrinho dele, é muito próximo. Tanto que meu filho torce para o time que o padrinho torce e não para o meu, eu sou Vitória ele é Bahia”

A entrevistada 2 questiona-se: “será que eu vou trazer um sofrimento pra ele, não tendo pai?”. Essa aparece como uma preocupação latente nas entrevistas. Mas ambas foram unânimes em afirmar que tudo depende do meio que é a criança é criada.

A gente vê situação que as vezes eu falo: ‘olha, olha ai, se tivesse feito que nem eu, não estava passando esse pejejo’. Porque assim, é obvio que uma coisa que me pesa muito às vezes é o pensamento dele, como vai ser esse momento. Esse momento não chegou ainda. **Ele sabe que não tem pai né? Mas ele é uma criança muito pequena, e aquilo que você não tem, você não sente falta. Ele pergunta: “mamãe eu tenho papai?” Eu digo “não”, pronto acabou, aquele papo morre em 2 segundos. Não é um problema pra ele. É a única pessoa que eu acho que devo uma certa explicação, e que talvez se questione por não ter. Mas eu acho que isso muito bem falado, tratado essa questão, a gente vai conseguir superar. Agora assim, eu vejo em muitas situações, que eu acho que a minha situação é muito mais confortável que a de muita gente.** São relacionamentos ruins, pessoas que brigam. Tem na sala dele, pais e mãe que disputam judicialmente e alienação parental. **Eu acho assim, é uma criança que sofre muito mais que a minha até [...]. Enfim, ele tem figuras masculinas na vida dele também. Meu irmão é o padrinho dele, é muito próximo. Tanto que meu filho torce para o time que o padrinho torce e não pro meu, eu sou Vitória ele é Bahia.** Então existem umas figuras, que eu acho que tem que ter. Mas não necessariamente é aquela figura. **Minha sócia tem um problemão na vida dela, é um pai que existe mas não existe [...]. Nós somos uma família pequena, minha mãe teve três filhos e tem dois netos. Faria tudo de novo. Tinha que ser ele! [...] Vamos vencendo esses percalços aos poucos mesmo, o mundo para mudar não mudar assim tão simples.**

Nós já somos uma grande mudança. Agora assim, ser aceito plenamente, ser acolhido não é tão fácil. Até porque quem está em um outro contexto ainda enxerga que aquilo é estranho. (E1 – destaque nosso)

Eu tenho uma família que eu tinha certeza que iria me apoiar, certeza absoluta, não tinha nenhuma dúvida disso. **Então não houve muito essa questão psicológica de querer saber o que as pessoas vão pensar, de um tradicionalismo familiar. Eu pensava um pouco nele, não no que os outros pensaria, mas nele. Será que eu vou trazer um sofrimento pra ele, não tendo pai? Em uma situação que é extremamente nova. Isso me fez pensar um pouco, mas como isso também depende muito do ambiente que é criado para ele, eu achei que isso não seria um problema.** (E2 – destaque nosso)

4.3.5 Dificuldades / Dia dos pais / das famílias

A olhar da sociedade sobre a maternidade sem a mediação de um parceiro, promove grande estranheza e, de certa forma, preconceito por parte de algumas pessoas e instituições. “Considerando que a família é fruto e protagonista dos processos de mudança desencadeados pelos atores que a compõem e instituem” (DIAS 2015, p. 13). Essa deve sentir-se representada na sociedade independente do seu formato, seja ele mais tradicional ou mais atual, a exemplo das famílias monoparentais e homoafetivas.

Nesse aspecto, as mulheres relatam situação de dificuldade na tentativa de conversar com as outras mães e pais, sobre a possibilidade de realizar o “dia da família” e não mais o “dia dos pais”. A entrevistada 1 narra que “[...] apesar de ser uma escola construtivista, que se diz de formação mais aberta, a escola ainda se rende ao apelo tradicional”. Segundo ela, a questão econômica e o apelo dos outros pais que “poderiam não gostar”, fez a escola manter o “dia dos pais” no calendário oficial, no entanto ele solicitou que não fosse algo massacrante e que no dia da festa falasse “[...] olhe, vai ser a festa do papai ou da pessoa querida [...]”, de forma a inserir outras pessoas que não só o pai, que desempenham essa função na vida das crianças frutos de novas famílias.

Sobre as dificuldades encontradas junto aos órgãos e aos procedimentos burocráticos do cotidiano, a entrevistada 2 expõe que a incomoda quando vai a fazer algum procedimento nos espaços mais burocráticos e a perguntam “nome do pai e nome da mãe”, ela questiona “porque não pergunta qual a filiação?” “Porque quando são duas mães, e ai como fica?”

Conforme exposto neste trabalho, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), através do provimento, 63/2017, institui que os novos registros de nascimentos deverão conter o quadro “filiação” e não mais “genitores”. Essa determinação procurou evitar que uma lacuna fique em branco, facilitando que um recém-nascido tenha apenas uma mãe ou um pai, duas mães, dois pais ou até mesmo uma filiação entre três pessoas. Fato que modifica significativamente a concepção tradicional de família.

É claro que a gente ainda é minoria, e como minoria a gente, por exemplo, eu tive na escola dele com uma outra mãe, que é uma mãe também na mesma situação que eu, uma criança com um ano a mais que meu filho, **e nós tivemos juntas pra conversar na escola que a gente achava que não deveria ter mais dia do pai e dia da mãe, deveria ter da família. E a escola, apesar de ser uma escola construtivista, que se diz de formação mais aberta, a escola ainda se rende ao apelo do tradicional.** Eles falaram que não iriam deixar de fazer porque a mãe e o pai, que é maioria, que paga a escola, poderiam não gostar [...] Mas assim, também não acho que é grande coisa, não vou trocar meu filho de escola por causa disso, **não vai adiantar. Não vou na semana dos pais esconder dele, o apelo que tem no shopping**, o apelo que tem na televisão, ele vai ver isso [...] O que eu conversei, que eu falei com a diretoria, assim se possível que não fosse uma coisa tão massacrante, respeitando ele, na sala dele que a professora soubesse e que o contexto não fosse uma coisa tão realmente...que fosse assim: **“Olhe vai ser a festa do papai ou da pessoa querida.** (E1 – grifo nosso)

Eu acho que, pra mim, não tem sido mais um tabu. Mas por exemplo, eu levo ele pra aula de judô, ai o pessoal pergunta: “e seu pai?”. E ai ele tem que dizer isso: “eu não tenho pai”. Que não tem problema que é uma forma dele se fortalecer, mas de qualquer forma gera um desconforto para a pessoa que faz a pergunta. Eu que fico muito esperando o que ele vai responder. E ele sempre fala isso: “eu não tenho pai”. Não sei se é porque ele é pequeno ainda, mas ele responde muito tranquilamente. Não tenho muito como saber como vai ser isso na cabeça dele. **Mas eu ainda vou fazer uma coisa e pergunto: “nome do pai e nome da mãe”. Isso me incomoda, porque não pergunta qual a filiação? Inclusive na ficha da escola era assim. Porque quando são duas mães, e ai como fica? O registro dele já tem filiação.** (E2 – grifo nosso).

4.3.6 Reprodução medicamente assistida: método utilizado

As duas entrevistadas optaram pela técnica de fertilização *in vitro*, com doador anônimo, proveniente de banco de sêmen internacional, consolidando o já visto no gráfico e dados apresentados nesta dissertação. Os bancos de sêmen nacionais, além de terem uma pouca quantidade de doador, não dispõem de muitas informações e características do doador. Esse fator, atrelado ao medo por uma futura consanguinidade e encontro de irmãos (as), contribuíram para a opção dessas mulheres pelo sêmen internacional. As entrevistadas relataram que os bancos internacionais oferecem maiores características do doador, com a possibilidade de saber a quantidade de embriões gerados a partir de um sêmen, a opção em escolher um doador que permita

que a criança possa o conhecer depois dos 18 anos, dentre outros elementos que, segundo as entrevistadas, foram determinantes na escolha.

Como visto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), através de pesquisa realizada, apontou um crescimento expressivo na procura por sêmen importado. As mulheres solteiras contribuíram para um acréscimo de 114% nesta procura entre os anos de 2014 e 2016.

A procura pela proximidade física aparece como um elemento que determina a escolha “[...] eu procurei encontrar características físicas que fossem parecidas com a nossa família [...]”. A entrevistada 1, relata que encontrou com facilidade um doador com as características que se aproximasse dela e da família. Este elemento reforça o fator consanguíneo na descendência, a vontade de ter filhos biológicos e fenotipicamente semelhantes.

A entrevistada 2 relata que fez “[...] um passo, para além do que é habitual, que é fazer a biópsia do embrião”. Na condição de médica, alegando “paranoia” por conta da idade, resolveu fazer o procedimento mesmo que pouco utilizado na fertilização, como ela estava com 40 anos preferiu realizar a biópsia para saber a qualidade do embrião e a possibilidade de futuros problemas genéticos com a criança.

Primeiro assim, **a gente acabou eliminando o banco brasileiro, porque eu já tinha experiência ruim, e também uma coisa que me preocupava, é que era muito pequeno, acho que tinha cento e pouco doadores apenas. Me preocupava consanguinidade**, imagina uma história, eu sei que parece novela mas...você imagine um país como o Brasil você ter um banco de sêmen com cento e pouco doadores, então a chance de você ter a coisa do consanguíneo, se encontrarem, você tá entendendo, eu achei...também me fez pensar. **Então ai eu conversei com o pessoal aqui e a gente fez a opção pelo bando de sêmen internacional, pensamos no europeu.** Me mostraram a lista, assim, tem poucas características, a gente imaginou assim, como **é um banco muito bom, muito estudado geneticamente e tudo. Eu procurei encontrar características físicas que fossem parecidas com a nossa família**, para que ele tenha uma identidade, e deu super certo, meu filho é a minha cara! **Muito parecido, assim, foi fácil, porque sou muito branquinha, minha família é branca, eu era lourinha, então assim, todos os doadores de lá tem esse perfil.** Todas são loiros, brancos, tinha muitos de olhos azuis, mas não era uma opção minha. [...] **Eu fiz FIV** pela minha idade, a inseminação artificial é menos controlada. Você faz uma estimulação ovariana e a chance de você ter gemelar é maior, e eu não pretendia ter gêmeo. Então quando você fertiliza e você põe já o embrião, você tem mais chance daquilo dá certo. Ai foram dois embriões e ficou um. Em São Paulo cheguei a colocar o embrião, mas o Beta não positivou (E1 – destaque nosso)

O meu foram duas tentativas, foi fertilização in vitro mesmo. Eu fiz um passo, para além do que é habitual, que é fazer a biópsia do embrião. Porque? Paranoia de médico. Eu fiz quarenta anos no dia da fertilização,

eu já estava com paranoia de ter problemas. Geralmente não se faz, só em alguns casos específicos que faz a biopsia. **Então eu fiz duas tentativas. A primeira eu fiz com um banco que é de São Paulo mesmo**, eu e minha colega (outra entrevistada), fizemos mais ou menos na mesma época e eu e ela fomos uma dando força para a outra. Então quando a gente foi ver o banco daqui não era um banco muito grande e ai fui pensando, imagina irmão se relacionar com irmão, foi me dando esse medo. **Ai tinha um banco internacional. A primeira não deu certo e uns dois meses depois fiz a segunda, já com um banco internacional.** Que é muito curioso, aqui não pode receber mas lá recebe. Você entra no site, aparece...alguns tem fotos quando era criança. **Como tem algumas possibilidades, o banco é bem detalhado, árvore genealógica, problemas de saúde, quantos embriões já foram gerados a partir daquele sêmen, é incrível. Muito mais informação do que o daqui**, não tem nem comparação. E ai dentre as opções, eles têm uma sigla que eu não sabia o que era, ai eu perguntei. **Tem alguns que permitem que quando a criança complete 18 anos tenha acesso as informações do doados. Mas ai como eu já não tinha selecionado nenhum que estava com essa sigla, ai eu disse: não, vou continuar com a minha seleção independente dessas questões.** Mas tem essa opção. **No Brasil tem só tamanho, cor de cabelo, uma coisa bem geral.** Eu fiz em 2012 e meu filho nasceu em 2013. (E2 – destaque nosso)

4.3.7 Adoção

Nesse quesito, as duas entrevistadas responderam de forma taxativa que não tinham adoção como uma opção, queriam ter filhos de forma natural, “ter barriga, sentir mexer”, “gerar uma criança”. Dessa forma, a maternidade através do uso das tecnologias conceptivas, apresentava-se como a opção diante do avançar da idade biológica e a ausência de um parceiro.

Não, eu queria gestar. **Eu queria ter barriga, eu queria sentir mexer.** (E1 – grifo nosso)

Não inicialmente não. **Não pensei, não foi uma opção.** Eu antes tinha uma ideia, que se eu tivesse um companheiro, teria um ou dois filhos e se pudesse adotaria uma criança. Eu queria isso. Mas eu queria gerar uma criança. (E2 – grifo nosso).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pontuou-se a presente pesquisa pela ideia de que o fenômeno da monoparentalidade feminina - planejada através das técnicas de reprodução medicamente assistida - é o resultado da articulação de diversos fatores de ordem econômica, social, cultural e comportamental, que desdobram nas dimensões objetivas e subjetivas das mulheres no tocante a realização de seus desejos reprodutivos. Integra, sobremaneira, já a realidade latino-americana e brasileira. Assim, procurou-se evidenciar a escolha reflexiva da maternidade, através do uso das tecnologias conceptivas, a partir da dimensão dos direitos reprodutivos com olhar interdisciplinar e multireferencial.

Nesse sentido, procuramos demonstrar a relevância do reconhecimento dos direitos reprodutivos como Direitos Humanos e os consequentes desdobramentos para o Estado, no sentido de assegurar o acesso aos meios necessário para viabilizar as escolhas individuais, na perspectiva de atender as demandas relativas a contracepção e concepção, independente de classe, raça/etnia, gênero ou situação conjugal. Abordou-se também a luta e o pleito dentro de movimentos feministas no processo de construção de reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres nas conferências internacionais – com destaque a partir dos anos 70 - que versaram sobre esse assunto, bem como a dimensão da maternidade ao longo da história.

Foi demonstrado a importância da consagração no ordenamento jurídico brasileiro do direito ao livre planejamento familiar, funcionando este como fundamento jurídico constitucional ao reconhecimento dos direitos reprodutivos. Como visto, a Lei do Planejamento Familiar, assegurou o direito a toda mulher, homem ou casal de decidir livremente, contando com o fornecimento das informações e instrumentos dados pelo Estado, sobre todos os aspectos de sua reprodução, o que inclui as questões relacionadas a contracepção e concepção.

No tocante aos métodos conceptivos, o presente trabalho fez um levantamento de toda legislação que rege a reprodução humana assistida na atualidade, procurando demonstrar que a limitação do acesso por parte do Sistema Único de Saúde (SUS) apenas para mulheres inférteis, fere o princípio da universalidade à saúde.

Destacou-se que a desobrigação dos planos de saúde em custar os procedimentos de reprodução medicamente assistidas para os indivíduos com problemas de infertilidade pode ser considerada uma cláusula abusiva, devendo ser revista pelo poder público a Lei que regula este segmento. Foi destacado o projeto de lei nº 1.184/2003 e a completa distância das propostas nele contidas, com o uso social dessas técnicas por casais homoafetivos e pessoas sem conjugalidade, uma vez o referido projeto mantém apenas o critério médico de infertilidade como requisito de acesso às técnicas, reforçando a dimensão tradicional na utilização dessas técnicas.

Faz-se necessário a consolidação de uma legislação específica capaz de discutir os aspectos sociais que o uso das técnicas reprodutivas vem promovendo, mas sobretudo, regular e dar acesso à cidadania e aos direitos. O Estado brasileiro não pode mais se isentar da responsabilidade em estabelecer critérios que atendam aos princípios assinados em convenções internacionais e garantam a universalidade do acesso às técnicas de reprodução medicamente assistida a todas as pessoas de forma indiscriminada, independentemente de classe, raça/etnia, opção conjugal ou sexual. Garantias ética, jurídica e acessibilidade às políticas de saúde, principalmente.

Constatou-se que a lógica privatizante presente na oferta dos serviços de reprodução medicamente assistida no país, além de limitar a uma determinada classe social o acesso a esse procedimento, vem ocasionando um fenômeno novo em que a inseminação é realizada de forma caseira e sem nenhum cuidado médico ou tecnológico, o aumento desse procedimento, conhecido como “inseminação caseira”, demonstra que o desejo de ter filhos, não deve estar ligada dos interesses mercadológicos.

A quase inexistência de equipamentos público na área da reprodução assistida, além de implicar no desrespeito aos direitos reprodutivos demonstra o pouco interesse do Estado na materialização de uma política pública que atenda as demandas sociais advindas do uso das tecnologias. O Estado, enquanto ente garantidor da saúde, tanto nos aspectos médicos quanto psicossociais, deve assegurar a todos (as) o princípio da autodeterminação reprodutiva e o direito ao livre planejamento familiar, através das técnicas contraceptivas e conceptivas.

Foi apresentada a dimensão da maternidade como uma escolha reflexiva na formação da família monoparental planejada. Destacou-se que o limites desta escolha é marcado pela contradição de classe, raça/etnia, no que se refere aos direitos reprodutivos.

Os métodos contraceptivos utilizados no passado, como a esterilização feminina, tiveram como público principal as mulheres de classes menos favorecidas, ao passo que o método contraceptivo da atualidade, apresenta como público alvo as mulheres de classe alta. Daí defere-se que os direitos reprodutivos, no âmbito da reprodução medicamente assistida, não estão assegurados a todas as mulheres.

Observou-se nas entrevistas que a fase reprodutiva da mulher é também um tempo social. A idade da primeira maternidade depende, na maioria dos casos, do contexto social e político que essas mulheres estão inseridas. O calendário reprodutivo e o desenvolvimento de uma carreira profissional andam em paralelo. Nesse aspecto deve ainda se dar a importância da reprodução medicamente assistida e acessibilidade integral à saúde, uma vez que procura flexibilizar a rigidez dos limites no calendário de procriação permitindo àquelas mulheres, que tendo adiado o desejo pela maternidade devido a questões profissionais ou sociais, realizem seus projetos reprodutivos através do auxílio das tecnologias disponíveis. Todavia, esse não deve ser um benefício apenas para aquelas que possam pagar os altos custos do procedimento.

Observa-se na pesquisa de campo que, no caso específico de mulheres sem conjugalidade e sem problemas de saúde, o acesso a essas tecnologias é definido por questões econômicas. Os valores exorbitantes cobrados pelas clínicas privadas excluem diversas mulheres de realizarem a maternidade no momento mais propício de suas vidas. De forma que é fundamental estabelecer políticas públicas com base na concepção integral dos direitos reprodutivos, que possam garantir à todas as mulheres a maternidade como uma escolha reflexiva.

Como visto, a complexidade do tema aqui exposto suscita debates com grande campo investigativo para futuros estudos acadêmicos. A tecnologia de reprodução medicamente assistida, além de auxiliar o desejo de mulheres e homens a terem filhos, recoloca as desigualdades de gênero em outras circunstâncias, de maneira que investigar como os avanços científicos contribuem na transformação das relações de gênero na atualidade me impulsionam para um futuro estudo de doutoramento.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, M. **Direito à filiação e bioética**. Rio de Janeiro: Forense, 2005.
- ALFANO, B. **Reprodução Assistida: a organização da atenção às infertilidades e o acesso às técnicas reprodutivas em dois serviços públicos universitários do Estado do Rio de Janeiro**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.
- ALMEIDA JÚNIOR, J. E. de. **Técnicas de reprodução assistida e o biodireito**. 2005. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/6522/tecnicas-de-reproducao-assistida-e-o-biodireito>. Acesso em: 13 out. 2018.
- ALMEIDA, A. **Mulheres buscam técnica caseira para concretizar o sonho da maternidade**. 2017. Disponível em: <http://atarde.uol.com.br/bahia/salvador/noticias/1913437-mulheres-buscam-tecnica-caseira-para-concretizar-o-sonho-da-maternidade>. Acesso em: 10 nov. 2018.
- AÑON, C. L. **Reproducción, poder y derecho**: ensayo filosófico-jurídico sobre las técnicas de reproducción assistida. Madrid: Trotta, 1999.
- ANS. **Resolução normativa - RN nº 428, de 7 de novembro de 2017**. 2017. Disponível em: <http://www.abramge.com.br/portal/images/simplefilemanager/5a02ffa7e889b0.32486340/rn428.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2018.
- ANVISA. **10º Relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões**. Brasília: Anvisa, 2017.
- ANVISA. **11º Relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões**. 2018. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/219201/0/11%C2%BA+Relat%C3%B3rio+do+Sistema+Nacional+de+Produ%C3%A7%C3%A3o+de+Embri%C3%B5es+-+SisEmbrio.pdf/b236f067-3538-4ad6-b120-8679750f7f51>. Acesso em: 30 nov. 2018.
- ANVISA. **15º Relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões**. Brasília: Anvisa, 2012.
- ANVISA. **Importação de sêmen aumenta mais de 2.500%**. 2017. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/noticias/-/asset_publisher/FXrpx9qY7FbU/content/importacao-de-semen-aumenta-mais-de-2-500-no-pais/219201/pop_up?inheritRedirect=false. Acesso em: 25 nov. 2018.
- ANVISA. **Inseminação artificial caseira: riscos e cuidados**. 2018a. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/rss/-/asset_publisher/Zk4q6UQCj9Pn/content/id/4265364. Acesso em: 10 nov. 2018.
- ANVISA. **Resolução da diretoria colegiada - RDC nº 33, de 3 de junho de 2008**. 2008. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/resolucao-da-diretoria-colegiada-rdc-n-33-de-3-de-junho-de-2008>. Acesso em: 20 dez. 2018.

ANVISA. **Resolução de diretoria colegiada - RDC nº 81, de 05 de novembro de 2008**. 2008. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_81_2008_COMP.pdf/096e030a-4cdb-4675-b930-72c41368a5bb. Acesso em: 25 nov. 2018.

ASENSI, F. D. Judicialização ou Juridicização? As instituições jurídicas e suas estratégias na saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n.1, 2010.

BADINTER, E. **O conflito**. Tradução: Vera Lúcia dos Reis. Rio de Janeiro: Record, 2011.

BALIANA, L. K. **Monoparentalidade feminina e seus desafios**: Um estudo exploratório. 2013. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais e Políticas) - Instituto superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2013.

BARBOSA, C. de L. C. Aspectos Jurídicos da Doação de Sêmen. **Revista Brasileira de Direito das Famílias e Sucessões**, ano X, p. 23-37, 2008.

BARBOSA, C. de L. C. Aspectos jurídicos da doação de sêmen. **Seara jurídica**, v.1, n. 9, p. 44-58, 2013.

BARBOSA, R. Novas tecnologias conceptivas: produzindo classes distintas de mulheres? *In*: TAMARINI, M.; PORTO, R.; GROSSI, M. **Novas tecnologias conceptivas: questões e desafios**. Brasília: Letras Livres, 2003, p. 41-52.

BARSTED, L. L. O campo político-legislativo dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil. BERQUÓ, E. (Org). *In*: **Sexo e Vida**: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas: Unicamp, 2003.

BARSTED, L. L. O campo político-legislativo dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil. *In*: **Sexo e Vida**: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. BERQUÓ, E. (Org). Campinas: Unicamp, 2003. p.79-94.

BBC. **Os brasileiros que doam espermatozoides para inseminações caseiras**. 2017. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/noticia/os-brasileiros-que-doam-espermatozoides-para-inseminacoes-caseiras.ghtml>. Acesso: 10 nov. 2018.

BEAUVOIR, S. **O Segundo Sexo**: A Experiência Vivida. Rio de Janeiro: Difel, 1967. v. 2.

BEAUVOIR, S. **O segundo sexo**: fatos e mitos. São Paulo: Difel, 1960.

BEAUVOIR, S. **O Segundo Sexo**: A Experiência Vivida. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, 1980.

BELTRÃO, T. C. **Uma análise civil-constitucional da monoparentalidade voluntária mediante o recurso à reprodução assistida**. 2010. Dissertação (Mestrado em Direito) - Faculdade de direito do Recife, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

BOBBIO, Norberto. **Era dos direitos**. Tradução: Carlos Nelson Coutinho. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos**: uma prioridade do governo. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. **Planejamento familiar**: Conjunto de ações que auxiliam as pessoas que pretendem ter filhos e também quem prefere adiar o crescimento da família. 2011. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2011/09/planejamento-familiar>. Acesso em: 20 out. 2018.

BRASIL. **Portaria nº 2.048, de 3 de setembro de 2009**. 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2048_03_09_2009.html. Acesso em: 14 dez. 2018.

BRASIL. **Portaria nº 3.149, de 28 de dezembro de 2012**. 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3149_28_12_2012.html. Acesso em: 14 dez. 2018.

BRASIL. **Portaria nº 426/gm em 22 de março de 2005**. 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_426_ac.htm. Acesso em: 02 nov. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm. Acesso em: 6 dez. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm. Acesso em 18. dez. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9263.htm. Acesso em: 20 nov. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 11.105, de 24 de março de 2005**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11105.htm. Acesso em: 10 jan. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 14 dez. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656compilado.htm. Acesso em: 20 dez. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L3268.htm. Acesso em: 20 dez. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. – Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004b.

BRASIL. **Resolução - RDC nº 29, de 30 de junho de 2011**. 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html. Acesso em: 20 dez. 2018.

BRAUNER, M. C. C. **Direito, sexualidade e reprodução humana: conquistas médicas e o debate bioético**. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

CÂMARA. **PL 1184/2003**. 2003. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=118275>. Acesso em: 13 nov. 2018.

CÂMARA. **PL 3638/1993**. 1993. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=19976>. Acesso em: 13 nov. 2018.

CAMÂMARA. **Proposta de Emenda à Constituição no 181-a, de 2015 (apensa a PEC nº 58-a, de 2011)**. 2011. Disponível em: http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=B4AE03923B7A7C8967D8B80FE198AA5F.proposicoesWebExterno2?codteor=1586817&filename=Parecer-PEC18115-15-08-2017. Acesso em: 06 dez. 2018.

CARVALHO, D. M. de. **Direito das Famílias**. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

CAVALCANTI, V. R. S. Mulheres em ação: Revoluções, protagonismos e práxis dos séculos XIX e XX. **Proj. História**, São Paulo, v. 30, p. 243-264, 2013.

CAVENAGHI, S; ALVES, J. E. D. **Mulheres chefes de família no Brasil: avanços e desafios**. Rio de Janeiro: ENS-CPES, 2018.

CLÍNICAS IVI. Disponível em: <https://ivi.net.br/clinicas-doadores/>. Acesso em: 10. Out. 2018.

CNJ. **Provimento nº 63 de 14/11/2017**. 2017. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/busca-atos-adm?documento=3380>. Acesso em: 17 nov. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Novas regras de reprodução assistida destacam saúde da mulher e direitos reprodutivos para todos**. 2013b. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23788:resolucao-de-reproducao-assistida-&catid=3. Acesso em: 04 nov. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.358/1992**. 1992. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1992/1358_1992.htm. Acesso em: 04 nov. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.957/2010**. 2010. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2010/1957_2010.htm> Acesso em: 04 nov. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM Nº 2.013/13. 2013a**. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/images/PDF/resoluocfm%202013.2013.pdf>> Acesso em: 04 nov. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.121/2015**. 2015. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2015/2121_2015.pdf. Acesso: 04 nov. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº2.168/2017**. 2017. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2168>> Acesso em 03.12.2017

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Enunciados aprovados na I jornada de direito da saúde do Conselho Nacional de Justiça em 15 de maio de 2014 – São Paulo-SP**. 2014. Disponível em: http://www.cnj.jus.br/images/ENUNCIADOS_APROVADOS_NA_JORNADA_DE_DIREITO_DA_SAUDE_%20PLENRIA_15_5_14_r.pdf. Acesso em: 04 nov. 2018.

COOK, R. J. Estimulando a efetivação dos direitos reprodutivos. *In*: BUGLIONE, S. **Reprodução e sexualidade: uma questão de justiça**. Porto Alegre: Sérgio Antonio Fabris Editor, 2002. p.13-60.

COOK, R. J.; DICKENS, B. M.; FATHALLA, M. **Saúde Reprodutiva e Direitos Humanos: Integrando medicina, ética e direito**. Tradução de Andréa Romani, Renata Perrone e equipe. Rio de Janeiro: CEPIA, 2004.

CORRÊA, M. C. D. V. Ética e reprodução assistida: a medicalização do desejo de filhos. **Bioética**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 71-82, 2001.

CORRÊA, M. C. D. V.; LOYOLA, M. A. Reprodução e bioética. A regulação da reprodução assistida no Brasil. **Caderno CRH**, Salvador, v. 18, n. 43, p.103-112, 2005.

CORREA, S. “Saúde Reprodutiva”, gênero e sexualidade: legitimação e novas interrogações. *In*: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. (Org.). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. p. 39-50.

CORRÊA, S. PAISM: uma história sem fim. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Campinas. v. 10, n.1/2, p. 3-12, 1993.

CORREA, S; ALVES, J. E. D; JANNUZZI, P. M. **Direitos e Saúde Sexual Reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores**. Rio de Janeiro: UFPN, 2015.

CORREA, S; ÁVILA, M. B. Direitos Sexuais e Reprodutivos – Pauta Global e Percursos Brasileiros. *In*: BERQUÓ, Elza. **Sexo e Vida**: Panorama da Saúde Reprodutiva no Brasil. Campinas: Unicamp, 2003. p.17-73.

CORREA, S; PETCHESKY, R. Direitos Sexuais e Reprodutivos: Uma perspectiva feminista. **PHYSIS - Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n.12 p. 147 – 177, 1996.

COSTA JÚNIOR, I. B. D. **Reprodução humana assistida**: o acesso universal e igualitário à fertilização in vitro no sistema público de saúde como garantia do direito fundamental ao planejamento familiar. 2016. Tese (Doutorado em Direito) - Programa de Pós-Graduação em Direito, Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2016.

COSTA, A. P. C. DE A. DA. Direitos reprodutivos , planejamento familiar e reprodução humana assistida no Brasil no atual estado da arte. **Caderno Ibero Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 5, n. 3, p. 80–103, 2016.

COXIR, S. A; LOPES, A. C; SILVA, A. M. D; PENNA, M. L. F. Estudo das regulamentações de reprodução humana assistida no Brasil, Chile, Uruguai e na Argentina. **Reprodução & Climatério**. Local: Elsevier, 2014, p. 30-XX.

CREMESP. **Manual de Ética em Ginecologia e Obstetrícia**. 2018. Disponível em: http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes_capitulos&cod_capitulo=51&cod_publicacao=6. Acesso 27 nov. 2018.

DIAS, M. B. **Manual de direito das famílias**. 6. ed., São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2013.

DINI, A. **Inseminação artificial caseira: os riscos da ideia, que se espalha cada vez mais em grupos de internet**. 2018. Disponível em: <https://revistacrescer.globo.com/Voce-precisa-saber/noticia/2018/07/inseminacao-artificial-caseira-os-riscos-da-ideia-que-se-espalha-cada-vez-mais-em-grupos-de-internet.html>. Acesso: 10 nov. 2018.

DINIZ, D. Tecnologias reprodutivas no debate legislativo. População, bem-estar e tecnologia. **MultiCiência**, n. 6. mai. 2006.

DINIZ, D.; GUILHEM, D. Bioética Feminista: O resgate político do conceito de vulnerabilidade. **Revista Bioética**, Brasília, p.1-6, v. 7, n. 2, 1999.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Ciênc. saúde coletiva**, v.15, p. 959-966, 2010.

FERTLAB. **Historia de la Inseminación**. 2018. Disponível em: http://www.fertilab.net/ver_impresion.aspx?id_articulo=171. Acesso em: 14 out. 2018.

FIDELIS, M. N. M. Parentesco civil em decorrência da técnica de reprodução assistida heteróloga. **Cadernos UniFOA**, Volta Redonda, n. 32, p. 79-88, dez. 2016.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade 1**: A vontade de saber. São Paulo: Paz e Terra, 2015.

- GOMES, J. A. **Contratos de planos de saúde**. Leme: JH Mizuno, 2016.
- GONÇALVES, C. R. **Direito Civil Brasileiro: Volume VI - Direito de Família - 11.ed.** São Paulo: Saraiva, 2015.
- GONÇALVES, E. **Vidas no singular: noções sobre “mulheres sós” no Brasil contemporâneo**. 2007. Tese (Doutorado em Ciência Sociais) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.
- GROSSI, M. P. **Identidade de Gênero e sexualidade**. 1995. Disponível em: http://miriamgrossi.paginas.ufsc.br/files/2012/03/grossi_miriam_identidade_de_genero_e_sexualidade.pdf. Acesso em: 12 jan. 2019.
- IBDFAM. Reprodução assistida: o céu é o limite? **Revista IBDFAM**, n. 37, p. 8-13, 2018.
- IBGE. **Censo Demográfico 2010: Família e Domicílio**. 2012. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/im-prensa/ppts/00000010435610212012563616217748.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2018.
- IMIP. **Temporão participa da concorrida inauguração do centro de reprodução humana do IMIP**. 2009. Disponível em: http://www1.imip.org.br/imip/noticias/antigas/temporao_participa_da_concorrida_inauguracao_do_centro_de_reproducao_humana_do_imip_0031.html. Acesso em: 14 dez. 2018.
- LABORIE, F. Tecnologias da reprodução humana. *In*: HIRATA, H. et al. (Orgs.). **Dicionário crítico do feminismo**. São Paulo: Ed. UNESP, 2009. p. 246-250.
- LEITE, E. de O. **Procriações Artificiais e o Direito: aspectos médicos, religiosos, psicológicos, éticos e jurídicos**. 1. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1995.
- LEITE, E. O. **Famílias monoparentais**. 2. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003.
- LOBO, P. **Famílias**. 4. ed, São Paulo: Saraiva, 2011.
- LOYOLA, M. A.; CORRÊA, M. C. D. V. Tecnologias de reprodução assistida no Brasil: opções para ampliar o acesso. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 753-777, 2015.
- MACEDO, M. dos S. **Na trama das interseccionalidades: Mulheres chefes de família em Salvador**. 2008. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Faculdade de filosofia e ciências humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.
- MATTAR, L. D. Desafios e importância do reconhecimento jurídico dos direitos sexuais frente aos direitos reprodutivos. *In*: PIOVESAN, F; IKAWA, D. (Org). **Direitos Humanos: fundamento, proteção e implementação**. Perspectivas e desafios contemporâneos. Curitiba: Juruá, 2008.

MATTAR, L. D. Desafios e importância do reconhecimento jurídico dos direitos sexuais frente aos direitos reprodutivos. *In*: PIOVESAN, F; IKAWA, D. (Org). **Direitos Humanos: fundamento, proteção e implementação**. Perspectivas e desafios contemporâneos. Curitiba, Juruá, 2008.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1993.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1984.

MOTTA, K. B. **Direitos Reprodutivos, Direitos humanos e bioética: Repercussões éticas e jurídicas do projeto monoparental feminino**. 2007. Dissertação (Mestrado em Direitos) - Universidade Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2007.

ONU. **Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher**. 1995. Disponível em: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/declaracao_beijing.pdf. Acesso em: 07 dez. 2018.

ONU. **Declaração e Programa de Ação de Viena**. 1993. Disponível em: http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao_viena.pdf. Acesso em: 03 dez. 2018.

ONU. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento**. 1994. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2018.

ONUBR. **A Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 2018. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/direitoshumanos/declaracao/>. Acesso em: 23 nov. 2018.

PIOVESAN, F. Os direitos reprodutivos como direitos humanos. *In*: BUGLIONE, S. (Org). **Reprodução e sexualidade: Uma questão de justiça**. Porto Alegre: THEMIS, 2002.

PITANGUY, J. O movimento Nacional e Internacional e Direitos Reprodutivos. *In*: GIFFIN, K.; COSTA, Sarah H (Org.) **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

POTTER, V. R. **Bioética: ponte para o futuro**. São Paulo: Loyola, 2016.

POZZI, C. E. **O direito na era das tecnologias reprodutivas: modelo jurídico hegemônico e heterogeneidade na parentalidade**. Tese (Doutorado em Sociologia) - Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, São Carlos, 2008.

Red Latinoamericana de Reproducción Asistida (REDLARA). **Acreditação**. 2018b. Disponível em: http://www.redlara.com/aa_portugues/acreditacao.asp. Acesso em: 10 dez. 2018.

Red Latinoamericana de Reproducción Asistida (REDLARA). **Quem somos**. 2018a. Disponível em: http://redlara.com/aa_portugues/quem_somos.asp. Acesso em: 10 dez. 2018

REDLARA. **Glossário revisado da Terminologia das Técnicas de Reprodução Assistida (TRA)**, 2009, Comitê Internacional para Monitorização da Tecnologia Reprodutiva Assistida (ICMART) e Organização Mundial da Saúde (OMS). 2010. Disponível em: http://redlara.com/aa_portugues/glossario.asp. Acesso em: 09 dez. 2018.

Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida (RLA). **Tendencias 1990 – 2014**. 2014. Disponível em: http://redlara.com/PDF_red/Panfleto_RLA_1990_2014.pdf. Acesso em: 05 nov. 2018.

ROCHA, M. P. da. **A reprodução assistida no Brasil na perspectiva dos direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense, 2016.

SCOTT, J. W. “Gênero: uma categoria útil de análise histórica”. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, jul./dez. 1995.

SEI. **Chefas de família: perfil da monoparentabilidade feminina na Bahia**. Salvador: SEI, 2018

SENADO FEDERAL. **Projeto de Lei do Senado nº 90, de 1999**. 1999. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/1304>. Acesso em: 17 nov. 2018.

SEQUEIRA, A. L. T. **Potencialidades e limites para o desenvolvimento de uma política de atenção em reprodução humana assistida no SUS**. 2011. Tese (Doutorado em saúde da criança e da mulher) – FIOCRUZ, Rio de Janeiro. 2011

SILVA, A. C. M. de A. **Sociedade que transforma o direito e direito que transforma a sociedade**. 2016. Disponível em: <http://www.egov.ufsc.br:8080/portal/sites/default/files/anexos/26047-26049-1-PB.pdf>>. Acesso: 27 nov. 2018.

SINGLY, F. de. **Sociologia da família contemporânea**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

SOUZA, K. K. P; ALVES, O. F. As principais técnicas de reprodução humana assistida. **Saúde e Ciência em ação**, v. 2, n. 1, p. 26 - 37, jan-jul, 2016.

SOUZA, M. C. de. As Técnicas de Reprodução Assistida. A Barriga de Aluguel. A Definição da Maternidade e da Paternidade. **Bioética. Revista da EMERJ**, v. 13, n. 50, p. 348-367, 2010.

STF. **Ação direta de inconstitucionalidade 3.510 Distrito Federal**. 2008. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/geral/verPdfPaginado.asp?id=611723&tipo=AC&descricao=Inteiro%20Teor%20ADI%20/%203510>. Acesso em: 30 out. 2018.

STF. **Informativo STF**. 2004. Disponível em Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/informativo/documento/informativo345.htm>. Acesso em: 23 nov. 2018.

STRATHERN, M. Necessidade de pais, Necessidade de Mães. **Revista Estudos Feministas**, Floiranópolis, n.2, p. 303 – 329, 1995.

STRAW, C. La legislación sobre reproducción humana médicamente assistida em la Argentina: disparidade, avances, limitaciones, vacíos y respuestas de la jurisprudência. *In*: STRAW, C; VARGAS, E; CHERRO, M. V; TAMANINI, M (org). **Reprodução Assistida e relações de gênero na América Latina**. Curitiba: Editora CRV, 2016. p. 191-210.

STRAW, C. La legislación sobre reproducción humana médicamente assistida em la Argentina: disparidade, avances, limitaciones, vacíos y respuestas de la jurisprudência. *In*: STRAW, C; VARGAS, E; CHERRO, M.V; TAMANINI, M (org). **Reprodução Assistida e relações de gênero na América Latina**. Curitiba: Editora CRV, 2016, p. XX-XX.

TEIXEIRA, C. L., PARENTE, F. S., BORIS, G. D., Novas configurações familiares e suas implicações subjetivas: reprodução assistida e família monoparental feminina. **Rev. Psico**, PUCRS, Porto Alegre, v. 40, n. 1, p. 24-31, jan./mar. 2009.

TJ-DF. **Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios TJ-DF** : 07036297620178070000 DF 0703629-76.2017.8.07.0000 - Inteiro Teor. 2017. Disponível em: <https://tj-f.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/501085946/7036297620178070000-df-0703629-7620178070000/inteiro-teor-501085996>. Acesso: 09 nov. 2018.

VARGAS, H. L. **Parentalidade nas famílias neoconfiguradas**: as famílias com padrastos, madrastas e enteados. Curitiba: Juruá, 2017.

VENOSA, S. S. de. **Direito Civil**: Direito de família. 11. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

VENTURA, M. Direitos reprodutivos? De que direitos estamos falando? *In*: LOYOLA, M. A. **Bioética**: reprodução e gênero na sociedade contemporânea. Rio de Janeiro: Letras Livres, 2005. p. 115-138.

VILLELA, W. V. Direitos sexuais e reprodutivos, afinal, de que estamos falando? *In*: BUGLIONE, S. (org). **Reprodução e sexualidade: Uma questão de justiça**. Porto Alegre: THEMIS, 2002. p.81-92,

VILLELA, W. V; ARILHA, M. Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos. *In*: BERQUÓ, E. **Sexo e Vida**: Panorama da Saúde Reprodutiva no Brasil. Campinas: Unicamp, 2003. p.95-145.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, v. 22, n.44, p.2 03-220, 2014.

WOLKMER, A. C. Novos pressupostos para a Temática dos Direitos Humanos. *In*: RÚBIO, D. S.; FLORES, J. H.; CARVALHO, S. de. **Direitos Humanos e Globalização**: fundamentos e possibilidades desde a teoria crítica. 2. ed. Porto Alegre: EDI-PUCRS, 2010. p.13-29.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Universidade Católica do Salvador Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estou está sendo convidado a participar, como voluntária, de uma pesquisa intitulada: Direitos reprodutivos, reprodução humana assistida e a maternidade como uma escolha reflexiva, cujos objetivos e justificativa são: objetivo geral: Analisar como as técnicas de reprodução humana assistida contribuem para a escolha reflexiva da maternidade como um direito reprodutivo considerando seus desdobramentos sóciojurídicos na formação de famílias monoparentais femininas. Objetivos específicos: a. pesquisar a consolidação dos direitos reprodutivos como direitos humanos, bem como a contribuição da bioética e do movimento feminista na consolidação desses direitos; b. verificar a atual conjuntura da reprodução assistida no Brasil e seus desdobramentos nas políticas públicas e decisões judiciais; c. analisar a maternidade como uma escolha reflexiva realizada através da utilização das técnicas de reprodução humana assistida na formação da família monoparental feminina. Justificativa: A ausência de lei específica para essa área causa grande insegurança jurídica e insuficiência de políticas públicas. As filiações realizadas a partir de procedimentos laboratoriais, através das técnicas de reprodução humana assistida, já representam a realidade de milhares de mulheres, que por motivos médicos ou sociais buscam esse método com o objetivo de concretizar o desejo da maternidade. O aumento do número de mulheres sem conjugalidade que vêm buscando esse procedimento, despertou minha curiosidade acadêmica sobre esse novo fenômeno social, o qual reconstrói a dimensão da maternidade sob outros paradigmas.

A minha participação no referido estudo será no sentido de narrar minha vivência acerca da decisão sobre a maternidade através das técnicas de reprodução assistida. Fui alertada de que, da pesquisa a se realizar, posso esperar alguns benefícios, tais como: maior visibilidade para o tema na perspectiva de ajudar outras mulheres a materializar o desejo da maternidade através das técnicas de reprodução assistida e a divulgação dos dados levantados pela pesquisa. Recebi, por outro lado, os esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo, levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização. Assim, *estou ciente que ao rememorar todas vivências até o momento atual de minha vida pode me aflorar fortes emoções*. Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo.

Também fui informada de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar os motivos por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo ou retaliação. Foi-me esclarecido, igualmente, que eu posso optar por métodos alternativos ,que são: escrever sobre minha própria vida, ou ser entrevistado virtualmente, ao invés de falar pessoalmente.

Em caso de dúvidas ou outras quaisquer necessidades de comunicação poderei manter contato com as pesquisadoras envolvidas com o referido projeto: **Poliana de Sousa Rodrigues e sua Orientadora Profa Drª. Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti** pelo telefone **71-987258475** ou pelo e-mail: poliana.srodriguesadv@gmail.com ou ainda através do Comitê de Ética da Instituição proponente da pesquisa, a **Universidade Católica do Salvador – Programa de Pós Graduação em Família na Sociedade Contemporânea**, situada na Av. Cardeal da Silva, 205 – Federação, Salvador-Ba, CEP:

40.231 - 902, por meio dos telefones: **71-32038913 / 32038975** ou e-mail: cep@ucsal.br para maiores esclarecimentos ou informações. Em caso de desconforto psicológico poderei manter contato com a profissional especializada, a senhora Elaine dos Santos Oliveira, CRP 03 004064, telefone 71 988944197. É assegurada a assistência durante toda

pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação. Este documento contém duas vias, sendo que uma ficará com a senhora e a outra com a pesquisadora. Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação. Eu, _____ aceito, voluntariamente, o convite de participar deste estudo, estando ciente de que estou livre para, a qualquer momento, desistir de colaborar com a pesquisa, sem que isso acarrete qualquer prejuízo.

Salvador, ___ de _____ de 2018

Assinatura da/do Participante

Assinatura da Pesquisadora

APÊNDICE B - ROTEIRO DE PERGUNTAS PARA MULHER ENTREVISTADA

1. - O que lhe motivou a ter um filho sozinha através das técnicas da reprodução medicamente assistida?
2. - Como se deu o planejamento (econômicos e psicológicos) para essa decisão?
3. - Pensou em adotar?
4. - Quais as principais dificuldades encontradas no processo?
5. - Qual foi o método utilizado?
6. - Como foi o processo referente as questões financeiras?
7. - Como você se observa diante de uma nova realidade?
8. - Conhece outras mulheres que tenham feito esse procedimento?

ANEXO A – REPORTAGEM DO JORNAL A TARDE DE 30 DE NOVEMBRO DE 2017 (REPRODUÇÃO ASSISTIDA: O QUE MUDA COM AS NOVAS REGRAS)

Reprodução assistida: o que muda com as novas regras

Poliana Rodrigues

Cientista social, advogada, mestranda em família na sociedade contemporânea pela Universidade Católica do Salvador
poliana.srodriguesadv@gmail.com

As novas regras para a Reprodução Assistida (RA) no país entraram em vigor desde o último dia 10.11.2017, trazendo mudanças significativas para o debate sobre a formação das novas famílias e a afetividade. O Conselho Federal de Medicina (CFM), através da Resolução nº 2.168/17, revogou o dispositivo anterior e atualizou as normas para os procedimentos de RA que a cada dia demandam um olhar mais cuidadoso da área jurídica e social, dada a sua complexidade e emergência.

As técnicas de RA têm possibilitado novas formas de filiação e conseqüentemente novos modos de composição familiar. As mulheres e homens com problemas de infertilidade, os casais homoafetivos e as pessoas solteiras, atualmente podem re-

correr a RA a fim de satisfazer o modo de agrupamento familiar que melhor satisfaça suas necessidades existenciais.

Nesta resolução, o entendimento sobre a gestação compartilhada nos relacionamentos homoafetivos foi melhor definida: "Considera-se gestação compartilhada a situação em que o embrião obtido a partir da fecundação do(s) oócito(s) de uma mulher é transferido para o útero de sua parceira", mesmo que não exista diagnóstico de infertilidade. Ou seja, o óvulo de uma das mulheres poderá ser retirado, inseminado e implantado em sua parceira.

Uma das maiores novidades apresentadas pela resolução se refere à cessão temporária do útero, conhecida também por gestação de substituição ou, popularmente, como "barriga de aluguel". Esta resolução estendeu a possibilidade de realização desse procedimento para familiares em grau de parentesco consanguíneo descendente. A Resolução anterior definia que apenas os parentes ascendentes de primeiro a quarto grau (somente mãe, avó, irmã e tia) poderiam

realizar a gestação de substituição. Com a mudança na regra, filha e sobrinha também poderão ceder temporariamente seu útero.

Sobre as questões éticas e jurídicas, a nova resolução afirma que a cessão temporária do útero não poderá ter caráter lucrativo ou comercial e deverá constar no prontuário da paciente o termo de consentimento livre e esclarecido, o qual deverá ser assinado por todos os envolvidos. Este documento evidencia os aspectos biopsicossociais, os riscos envolvidos no ciclo gravídico e as questões legais da filiação e do registro civil da criança.

Com esta nova resolução, o CFM aproxima a reprodução assistida de uma realidade social pulsante e em movimento, na qual o direito é chamado a reconhecer as diversas possibilidades de formação familiar na perspectiva de consolidar dois princípios constitucionais promulgados na Constituição Federal de 1988, quais sejam: a dignidade da pessoa humana e o direito ao planejamento familiar.

A TARDE

Fundado em 15/10/1912

Comunidade de Imprensa

Diretora de Redação: MARIANA CARNEIRO

Diretor Geral: LUCAS LAGO



ASSOCIADA

ANJ

MEMBRO

IVC

ASSOCIADA



FEDERADA

ANEXO B – DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DE ANTI-PLÁGIO

Declaração de Compromisso de Anti-Plágio

Eu, Poliana de Sousa Rodrigues, matrícula 000737380 e estudante do curso do Programa de Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador, **declaro** que o trabalho em versão impressa e digital apresentado é componente parcial da avaliação de mestrado, compondo-se de pesquisa original, ademais de confirmar que todas as citações e as referências, bem como uso de dados primários e secundários (quando existentes) estão corretamente identificadas. Tal procedimento indica autoria e responsabilidades para os devidos fins e efeitos, podendo ser incluído como prova junto à UCSAL.

Declaro que o material é original, resultado da investigação realizada por mim e que a utilização de contribuições ou textos de autores alheios estão devidamente referenciadas, obedecendo aos princípios e regras dos Direitos de Autor e Direitos Conexos.

Tenho consciência de que a utilização de elementos alheios não identificados constitui uma grave falta ética e disciplinar, sendo informadas no Regimento Interno da Pós-Graduação dessa instituição.

Salvador, 18 de janeiro de 2019.

Poliana de Sousa Rodrigues