

**HETEROSSEXUAL E COM GAMETAS DO CASAL:  
os limites das iniciativas de popularização da reprodução assistida  
no Brasil<sup>1</sup>**

***HETEROSEXUAL AND DONE WITH GAMETES OF THE COUPLE:  
the limits of initiatives to popularize assisted reproduction in Brazil***

---

Pedro Nascimento

*Universidade Federal da Paraíba*

**Resumo**

Este artigo discute as implicações da disseminação das Novas Tecnologias Conceptivas no Brasil, focando os discursos de popularização por meio de iniciativas de serviços públicos de reprodução assistida. A pesquisa etnográfica desenvolvida em Porto Alegre em um hospital-escola e em serviços comunitários de saúde serve de ponto de partida para refletir sobre os obstáculos para se acessar esses serviços e a manutenção de desigualdades entre os que podem recorrer aos serviços privados e os que dependem exclusivamente dessas iniciativas em hospitais públicos. Os enunciados oficiais do Ministério da Saúde sobre as possibilidades de inserção de serviços de reprodução assistida na rede pública de saúde e a discussão mais específica sobre a inserção de pessoas homossexuais como beneficiárias das tecnologias de reprodução assistida são problematizados. Busca-se evidenciar o caráter normativo dessas tecnologias que é reforçado pelos pressupostos presentes no tipo de serviço disponível: baseado no vínculo conjugal, heterossexual, sem doador de gametas. Por fim, apresento algumas considerações acerca dos significados da reivindicação dessas tecnologias como implicando a ampliação de direitos. O desafio é refletir como podemos, ao mesmo tempo, considerar a possibilidade de garantia de direitos, sem nenhum tipo de discriminação, e criticamente nos posicionarmos sobre os mecanismos que produzem e alimentam a busca por esses direitos.

**Palavras-chave:** reprodução assistida; homossexualidade, Sistema Único de Saúde, normatização.

---

1 Uma versão preliminar deste trabalho foi apresentada no 17º Encontro Nacional da Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisa sobre a Mulher e Relações de Gênero realizado entre 14 e 17 de novembro de 2012, na Universidade Federal da Paraíba.

**Abstract**

This article discusses the implications of the spread of assisted reproduction in Brazil by analyzing the speeches of popularizing these technologies in public services. The ethnographic research was developed in Porto Alegre, southern Brazil, in a public hospital and community health services. This is the starting point to reflect on barriers to access these services and maintaining inequalities between those who can use the private services and those who rely solely on these initiatives in public hospitals. The official statements of the Ministry of Health about the possibilities of entering assisted reproduction services in public health are problematized, as well as more specific discussion on the inclusion of homosexual persons as beneficiaries of assisted reproductive technologies. I intend to highlight the normative character of these technologies that is reinforced by the assumptions present in the type of service available: based on the conjugal bond, heterosexual, no donor gametes. Finally, I present some considerations about the meanings to claim these technologies as implying the expansion of rights. The challenge is to reflect how we consider to guarantee rights without discrimination of any kind and at the same time position ourselves critically about the mechanisms that produce the search for these rights.

**Keywords:** assisted reproduction, homosexuality, health care system; standardization.

**Introdução**

O direito de ter filhos vem sendo largamente problematizado a partir de pesquisas desenvolvidas nos últimos anos que abordam as chamadas Novas Tecnologias Conceptionais (NTCs). Os impactos dessas tecnologias em relação às definições de parentesco; a perspectiva de medicalização da vida social de modo geral e a medicalização do corpo feminino, em particular; a associação entre biomedicina, tecnologia e consumo, entre várias outras questões, têm sido suscitadas pela reflexão sobre a disseminação dessas tecnologias, e nem sempre são consensuais<sup>2</sup>.

A discussão sobre quem teria direito e a quem deveria ser garantido o acesso a essas tecnologias (Diniz; Buglione, 2002) é uma dessas questões caracterizadas como um dilema. Por um lado, há uma compreensão de que as novas tecnologias reprodutivas, percebidas como um direito, deveriam fazer parte dos serviços básicos de saúde e, assim, são dirigidas críticas contra os obstáculos administrativos

2 Cf. Barbosa, 1999; Corrêa, 2001; Ramirez-Galvez, 2003; Vargas, 2006; Luna, 2007, entre outros.

e financeiros que impedem a garantia de acesso universal. Por outro lado, há uma perspectiva mais cética, que questiona a inclusão da reprodução assistida como necessidade da população como um todo.

Junto a essa discussão, a visibilidade de modelos não heterossexuais de família, presente em debates políticos e acadêmicos sobre conjugalidades e parentalidades de gays, lésbicas e transgêneros, também tem se feito de forma crescente nos últimos anos (Mello, 2005; Uziel, 2007; Zambrano, 2006). Nesses debates, desenvolve-se a de que “o direito às vivências conjugal e parental não pode ser compreendido como monopólio das pessoas heterossexuais e que não há fundamento ético que justifique a definição da família como instituição restrita ao universo da diferença sexual” (Uziel; Mello; Grossi, 2006, p. 484). Não se restringindo à possibilidade da adoção, essa reivindicação do direito à parentalidade demandaria a inclusão de casais homossexuais no acesso às tecnologias de reprodução assistida (Uziel, 2007, p. 199).

O acesso à reprodução assistida se configura, dessa forma, em um campo em disputa no qual se articulam reivindicações por direitos, ao mesmo tempo em que é alvo de suspeição. Minha inserção nesse debate se dá, inicialmente, motivada pelo entendimento dos significados dos discursos sobre a necessidade de popularização dessas tecnologias. Estava em jogo uma inquietação com a associação imediata entre “garantir o acesso” e o pressuposto de que todas as pessoas identificadas como tendo alguma “dificuldade para ter filhos” iriam recorrer a essas tecnologias. Este foi o objetivo central de minha pesquisa de doutorado realizada entre 2006 e 2008, no Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), na qual busquei aprofundar o debate sobre as iniciativas de popularização dos serviços de reprodução assistida no Brasil.

A pesquisa foi desenvolvida em um serviço de reprodução assistida disponibilizado em um hospital-escola de Porto Alegre. De acordo com seus idealizadores, esse serviço foi estruturado, assim como outras iniciativas semelhantes no Brasil, com o objetivo de garantir o “direito de filhos” daqueles que não podiam pagar clínicas privadas e que recorriam ao Sistema Único de Saúde (SUS) em busca desse “direito”. A pesquisa apontou que esses serviços, apresentados como tendo o objetivo de arrefecer as desigualdades, acabavam, eventualmente, reproduzindo-as, dadas as dificuldades e obstáculos narrados por aqueles que recorreram a eles. Além dessa etapa da

investigação em um serviço especializado, a pesquisa se desenvolveu também em serviços comunitários de saúde, na mesma cidade, onde foi possível perceber diferentes formas de lidar com a “dificuldade para ter filhos” (diferente da noção biomédica “infertilidade”). Nesse contexto, o recurso às tecnologias de reprodução assistida não era automático e nem a principal via para a definição de parentesco<sup>3</sup>.

Essa breve apresentação, além de ajudar a me posicionar no debate, pretende evidenciar que o foco da pesquisa não foi especificamente o acesso a essas tecnologias por parte de casais homossexuais. No entanto, sempre fui interpelado por diferentes sujeitos e em diferentes momentos a respeito dessa questão. Um desses momentos foi a defesa da tese, quando a banca examinadora questionou se haveria argumentos suficientes para sustentar a interpretação do viés heteronormativo do serviço médico investigado, uma vez que não haviam sido identificados casais homossexuais ao longo da pesquisa. Posteriormente, comuniquei-me longamente por *e-mail* com uma ativista lésbica, interessada, na época, no debate sobre regulamentação da reprodução assistida no Brasil e na existência desses serviços para mulheres lésbicas. Essa comunicação, particularmente, ajudou a nuançar a perspectiva de suspeição dessas tecnologias, ao me fazer considerar motivações específicas de interpretação desses serviços como um direito. Desse modo, foi sendo fomentando o interesse em relacionar a pesquisa desenvolvida em Porto Alegre com o debate sobre a inserção de pessoas homossexuais como beneficiárias das tecnologias de reprodução assistida, ponto de partida desse artigo.

Abordo essa discussão tendo como foco a produção dos discursos de popularização da reprodução assistida no Brasil e sua reivindicação como garantia de um direito. O artigo está estruturado em duas partes principais. Em um primeiro momento, destacarei alguns elementos do debate sobre os impactos das Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas (NTCs) do ponto de vista da crítica feminista e da Antropologia. Posteriormente, apresentarei os posicionamentos do Ministério da Saúde em relação à possibilidade do que foi chamada de uma “Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida”, anunciada desde o ano 2005. Discutirei também, nessa segunda parte, a inclusão de casais homossexuais e pessoas solteiras entre os usuários das

3 Cf. Nascimento, 2007; 2009; 2011.

técnicas de reprodução assistida, reconhecidos pela resolução nº 2.013/2013 do Conselho Federal de Medicina. Por fim, apresentarei algumas considerações acerca dos significados da reivindicação dessas tecnologias como implicando a ampliação de direitos. O desafio é refletir sobre como podemos, ao mesmo tempo, considerar a possibilidade de garantia de direitos, sem nenhum tipo de discriminação e criticamente nos posicionarmos sobre os mecanismos que produzem e alimentam a busca por esses direitos.

### **Tecnologias reprodutivas: uma crítica feminista**

As tecnologias reprodutivas, em geral, tendem a ser apresentadas por especialistas como a expressão do saber médico, saber esse visto como a representação do progresso científico e tecnológico, sempre enaltecido (Franklin, 1997; Ramirez-Galvez, 2003). Em uma articulação entre ciência, tecnologia e mercado, vários atores nesse processo (médicos, indústria farmacêutica, mídias) constroem a noção de que se todos os problemas relacionados à impossibilidade dos casais de terem filhos poderiam ser solucionados a partir dessas tecnologias. A decorrência dessa lógica é que os obstáculos à realização do “sonho” de “ter um filho”, que não foram superados, se devem ao fato de que a tecnologia não se desenvolveu suficientemente, ainda (Franklin, 1997). É essa mesma lógica que está na base das iniciativas de popularização dessas técnicas em serviços públicos de saúde como garantia de acesso a todas as pessoas.

A análise dos dados de campo pode problematizar a noção de facilidade do acesso a esse tipo de serviço, como discutirei adiante. Ao mesmo tempo, leva a partilhar do debate feminista ao chamar a atenção para o contexto e os sujeitos envolvidos na emergência e disseminação dessas tecnologias, que seriam distintos da constituição da noção de direitos reprodutivos. Como sugere Marilena Corrêa, é preciso ter cautela na adoção direta da noção de direitos reprodutivos como sendo capaz de abarcar todas as questões que emergem no contexto da utilização das NTCs (Corrêa, 2003, p. 31).

Nessa direção, muitas feministas têm apontado como, sob o argumento de ajudar as mulheres a superarem o sofrimento por não poderem concretizar o sonho de ter um filho, essas tecnologias reificam a maternidade como vocação natural das mulheres. Ao fazerem isso, levam aquelas mulheres que não podem ter filhos ‘seus’

a se sentirem incompletas. A noção de que o desejo de filhos é um destino natural das mulheres, à medida que alimenta a “compulsão por maternidade” (RAPP, 2000), levaria à noção de que essas tecnologias estariam apenas amenizando o sofrimento de mulheres e casais.

Comentando outras críticas das quais as tecnologias reprodutivas têm sido alvo, dentre elas os riscos médicos aos quais as mulheres estariam expostas, Frank van Balen e Marcia Inhorn destacam a perspectiva da prática médica no uso dessas tecnologias e a participação para esses riscos:

[...] Tem-se discutido que os médicos participam ativamente na as-sunção de riscos médicos por parte das mulheres pelo fato de encora-já-las a utilizar repetida e extremamente as últimas tecnologias – o que Sandelowski (1991, 1993) tem chamado de a “qualidade nunca-é-o-suficiente” das NRTs – ao invés de desenvolver soluções low-tech, dar mais tempo à “natureza”, advogar pela adoção ou fostering, sugerir que os tratamentos cessassem completamente e que a falta de filhos fosse aceita, ou procurando maneiras para prevenir a infertilidade. (van Ba-len; Inhorn, 2002, p. 14).

Essa ausência de soluções *low-tech* também pode ser percebida no cenário brasileiro. Margareth Arilha (1996), ao analisar o campo da saúde reprodutiva no Brasil, desde os anos 1970, chama a atenção para o fato de que as questões relacionadas à concepção, como a prevenção e o tratamento da infertilidade, foram secundárias em relação a outras questões. Chama a atenção ainda para a ausência de uma política de prevenção da infertilidade, quando se sabe que várias questões não assistidas no campo da saúde reprodutiva – como o alto índice de DST, abortos mal realizados, a esterilização em massa (Arilha, 1996a, p. 173-174; 1996b, p. 201) contribuem para a configuração de quadros de “infertilidade”.

Rosana Barbosa (1999; 2003) também observa, em sua pesquisa com usuárias de clínicas privadas e públicas, em São Paulo, que muitas mulheres recorrem aos serviços de reprodução assistida em virtude de problemas de saúde para os quais não tiveram acesso a tratamento apropriado ao longo de suas vidas. A partir disto, pergunta-se se não se estariam criando ‘classes distintas de mulheres’ – a partir de suas diferentes trajetórias, marcadas pela classe, até demandarem pelas NTCs. Ao mesmo tempo em que são demandadas e desenvolvidas

tecnologias altamente sofisticadas, convive-se com o enfrentamento de questões como o acesso à saúde básica e, com isso, aos cuidados que poderiam evitar problemas de saúde que poderiam levar à dificuldade de ter filhos.

Outro ponto importante a ser considerado é que, em decorrência da percepção da medicina de reprodução humana como tendo o casal por objeto (Tamanini, 2003), se tem negado tratamento a mulheres já diagnosticadas com problema de infertilidade em função de estarem sem companheiro no momento de chegada ao serviço (Luna, 2007). Junto a essas trajetórias que conduzem à demanda de reprodução assistida, podemos situar as mulheres esterilizadas (ou com companheiros vasectomizados) entre as usuárias dos serviços (Barbosa, 1999, 2003; Corrêa; 2001; Luna, 2007). Podemos compreender a persistência dessas demandas não atendidas pelos serviços em relação com as características centrais dessas tecnologias. Como destacam Diniz (2002) e Diniz e Costa (2006), as NTCs não estão focadas no projeto de resolver as causas da infertilidade, mas em “fabricar bebês” (Ramirez, 2003).

Considerando essas críticas e ressalvas, procuro elaborar uma compreensão que permita ver como, em certos contextos, a disseminação dessas tecnologias pode contribuir para que as desigualdades continuem a se reproduzir de diferentes formas. Nesse caso, devemos levar em conta não apenas as dificuldades postas para casais homossexuais e pessoas solteiras que recorram a essas tecnologias. Outra fonte importante de reflexão sobre as múltiplas implicações da disseminação das tecnologias conceptivas é o debate antropológico sobre o parentesco e a constituição do desejo de ser pai ou mãe. É o que discutirei a seguir, antes de passar para algumas questões mais específicas desse debate no cenário brasileiro.

### **Reproduzindo o desejo de filhos: tecnologias reprodutivas, parentesco e mercado**

A Antropologia se constituiu como ciência a partir da lógica de domínios autônomos, sendo “parentesco” e “família” considerados os domínios mais próximos do “natural” e sua análise baseada em uma concepção genealógica (Fonseca, 2004). Foi a partir de Schneider (1984), que criticou a pretensa universalidade do sistema de parentesco dos antropólogos, projetado nos grupos que estudavam,

que se passou a considerar, mais detidamente, a multiplicidade de formas de parentesco que extrapolavam o modelo americano. Schneider apontou que o parentesco americano teria como base a reprodução heterossexual, pela qual as crianças se ligariam a seus pais ao “partilharem substância biogenética” a qual simboliza uma “solidariedade difusa e duradoura” representada, em termos nativos, como “laços de sangue”, sendo a natureza o idioma dominante deste sistema.

Partindo de algumas das contribuições de Schneider (1980; 1984), Marilyn Strathern (1995) nos coloca algumas ideias provocantes sobre o parentesco “euro-americano”. Em sua análise, antes do advento das NTCs tinha-se uma relação entre família, reprodução e procriação. Hoje, por meio das técnicas de reprodução assistida, os “parceiros” na procriação (gametas, doadores) não fazem parte da família que importa para reprodução. Não é mais o momento da “procriação”, tampouco o material genético, mas a “intenção/desejo” de ter um filho que define a “reprodução”:

As intervenções tecnológicas que separam o parentesco da família também separam a procriação da reprodução. Em contraste com outras soluções para a falta de filhos, como a adoção, procedimentos médicos [...] podem ser procurados pelos casais para que possam precisamente reproduzir o que puderem de si mesmos. [...] Quando os tratamentos iniciais falham, outros podem ser sugeridos e pretendentes a pais talvez sejam levados a relocalizar o que, neles próprios, estejam reproduzindo. O que, ao final, se mantiver intacto é a intenção ou o desejo de ter um filho, então esse desejo é o que a criança “reproduz”. Portanto, ao se tornar o meio para satisfazer tal desejo, a procriação em si mesma deixa de ser o momento reprodutivo crucial. Talvez possamos ver esse momento, ao invés, como a encenação da intenção ou do desejo. (Strathern, 1995, p. 355).

É essa reprodução do desejo de filhos que pretendo considerar de forma mais detida aqui. De acordo com Marilyn Strathern, a noção de individualidade na base do sistema euro-americano de parentesco está inteiramente de acordo com as características das sociedades centradas no mercado e no consumo. Ainda segundo essa autora, uma vez inseridos no mercado, tendemos a “endeusar” a escolha, e as NTCs são feitas no idioma do mercado. Esta analogia com o mercado



se desenvolve a partir de noções de escolha, preferência e indivíduo, com base na perspectiva do fornecimento e compra de bens e serviços (Strathern, 1992, p. 37). Strathern aponta como “não temos o direito de escolher não consumir” e, dessa forma, frente à disponibilidade das técnicas as pessoas se considerariam “obrigadas” a usá-las. Quando são feitas associações de domínios diferentes (natural-artificial, orgânico-inorgânico), isto altera ambos os domínios e suas classificações, ou seja, estabelece-se um deslocamento – “as ideias que reproduzimos nunca se reproduzem da mesma forma” (Strathern, 1992, p. 6).

Mas, poderíamos nos perguntar, de que modo os efeitos de deslocamento sugeridos por Strathern podem ser percebidos junto às pessoas que investiguei? Mesmo que os efeitos mais diretos das NTCs tenham sido vivenciados por poucos que podem pagar por eles, suas repercussões os ultrapassam. A noção de “escolha individual” é aqui pensada como ideologia. Não pode ser naturalizada no sentido de que haver “realmente” ou não possibilidade de escolha.

Mesmo que as pessoas que eu tenha acompanhado na pesquisa de campo não sejam aquelas que estão usando a qualquer custo essas tecnologias, pode-se ver na consideração dessa possibilidade a tendência a que Strathern se refere – está havendo um deslocamento na forma como se considera a possibilidade de fazer filhos. Ao ser explicitada a relação entre querer se reproduzir e querer reproduzir a natureza colocam-se possibilidades percebidas como escolhas individuais. Sobre essa lógica do mercado, a partir da noção de escolha, Claudia Fonseca comenta:

A ‘escolha livre’, não muito longe do direito de consumo, acaba sendo a medida básica da moralidade. Assim, pessoas não somente decidem quando e como vão ser pais, mas também encomendam exatamente o tipo de filho que querem, ou pelo menos barganham para adquirir o melhor modelo possível – sem questionar as implicações éticas e políticas dos meios usados para realizar seu desejo (Fonseca, 2008, p. 780).

Essa “escolha” acontece num quadro próximo ao que Faye Ginsburg e Rayna Rapp (1995) chamam de reprodução estratificada. Coloca em conexão formas diferentes de poder, não apenas em relação à classe, mas de modelos diferentes. Balen e Inhorn (2002) falam em “contrastes globais” e em “tecnologias globalizadas” não apenas para se referir à forma como a “infertilidade” tem conotações muito distintas

em diferentes países, mas também para apontar como a divisão entre países produtores e consumidores dessas tecnologias – e os diferentes grupos dentro desses países “consumidores” – estabelece uma série de desigualdades. Com relação a esses aspectos, podemos nos reportar não só ao chamado “turismo reprodutivo” – por meio do qual casais driblam restrições de seus países em busca de doadores ou de “barriga de aluguel” –, mas também a acordos onde, por exemplo, mulheres pobres que não podem pagar as clínicas privadas “trocam” seus óvulos por tratamento com mulheres que podem pagar mas precisam de ovodoação para dar continuidade ao tratamento.

### **Possibilidades e limites das NTCs**

Essas considerações não implicam apoio à hipótese de que as tecnologias são necessariamente conservadoras ou que apenas reproduzem as normas tradicionais<sup>4</sup>. Pelo contrário, é inegável o que tem sido apontado por vários estudos<sup>5</sup> que muitas pessoas têm exercido “estratégias de naturalização” no seu uso das NTCs, ampliando consideravelmente os significados em torno do idioma do sangue. O uso que, por exemplo, casais homossexuais e pessoas solteiras podem fazer dessas tecnologias amplia o leque das possibilidades de “construir” parentesco. Da mesma forma, em outras partes do mundo, certas práticas proibidas no Brasil (e.g., a doação de um óvulo por uma filha a sua própria mãe) podem contribuir para novas possibilidades de parentalidade e concepções diversas de conectividade [*relatedness*] (Carsten, 2000).

Concordando com Charris Thompson que as NTCs, nesse sentido, são “ao mesmo tempo” inovadoras e conservadoras (Thompson, 2001, p. 199), é possível nos questionarmos sobre a forma como essas tecnologias têm sido disseminadas na rede pública e o tipo de “oferta” que tem sido feita nos serviços voltados à popularização do acesso. Vejamos o alcance dessa “naturalização estratégica” no contexto por nós investigado.

Foi apenas em outubro de 2008 que um hospital público, no Brasil, realizou um procedimento de fertilização com óvulo doado que resultou em gravidez. Noticiado pelo jornal *O Estado de São Paulo*, o fato, acontecido no Hospital Pérola Byington, foi referido pelo

4 Ver, por exemplo, Stolcke, 1986; Heritier, 2000.

5 Cf. Thompson, 2001; 2005 e Fonseca, 2008.

jornalista que tratou do assunto como o “Sistema Único de Saúde ‘hi-tech’” (Aranda, 2008). Naara Luna refere que na época de sua pesquisa, no Rio de Janeiro e São Paulo (inclusive no Pérola Byington), dois serviços públicos de reprodução assistida tinham projeto de implantar programa de doação de óvulos, mas os procedimentos se davam até então, por regra, com “material” do casal (Luna, 2007, p. 133).

O mesmo se dava no hospital onde pesquisei. Certa vez, conversando com um casal que estava em fase de investigação de infertilidade, eles apresentaram um exame do marido que indicava uma alteração no cromossomo X, o que configuraria a Síndrome de Klinefelter<sup>6</sup>, como me explicara também a médica do posto de saúde. Uma das características centrais dessa síndrome seria a infertilidade. Nas conversas seguintes, a médica do posto dizia-me não saber como seria dada continuidade ao tratamento. Uma vez que o marido de sua paciente não produzia espermatozoides e o hospital não possuía banco de sêmen para efetivar procedimentos que demandassem inseminação heteróloga (com esperma de outro que não o esposo), não seria viável a fertilização prescindindo da doação de gametas.

Esse tipo de restrição nos permite perceber uma espécie de normatização do tipo de família que os serviços disponíveis estariam reproduzindo – para “os pobres”: baseado no vínculo conjugal, heterossexual, sem doador de gametas. Enquanto algumas possibilidades de “escolha” se colocam para solteiros e casais – heterossexuais ou homossexuais – das clínicas privadas<sup>7</sup>, os que não têm os recursos para pagar essas clínicas têm “à disposição”, no serviço público, um leque restrito às possibilidades dadas pelos gametas do casal. Vemos, assim, uma forma particular de as políticas de saúde proporcionam acesso às NTCs para aqueles que não podem pagar as clínicas privadas. O que poderia ser visto por alguns como um “conservadorismo” familiar dos grupos populares (o que não seria tão diferente dos modelos “padrão” de parentesco euro-americano) acaba sendo reforçado por meio das mesmas iniciativas de popularização do acesso a essas tecnologias.

6 Síndrome de Klinefelter – “São indivíduos do sexo masculino que apresentam cromatina sexual e cariótipo geralmente 47,XXY. Eles constituem um dentre 700 a 800 recém-nascidos do sexo masculino, tratando-se, portanto, de uma das condições intersexuais mais comuns. [...] A característica mais comum em um homem com Síndrome de Klinefelter (SK) é a esterilidade. Adolescentes e adultos com SK possuem função sexual normal mas não podem produzir espermatozoides e portanto não podem ser pais. Está presumido que todos os homens síndrômicos são inférteis.” Caixeta, 2005).

7 Ver Costa, 2004

No caso do hospital pesquisado, em Porto Alegre, algumas características das pessoas que procuravam o serviço ajudam a refletir sobre algumas de suas limitações. A maioria das pessoas investigadas no hospital, depois de terem constatado um “problema para ter filhos”, frequentemente tiveram que esperar anos para conseguir consultas no posto local de saúde, para receber um diagnóstico médico sobre as causas e possíveis soluções para a infertilidade. Nesse sentido, a descoberta da existência de um serviço que seria financiado pelo SUS passava a ser visto por essas pessoas como uma luz no fim do túnel<sup>8</sup>. Mesmo assim, como foi narrado por profissionais desse serviço, não são exatamente os pobres quem chegam até lá. Os pacientes são peneirados pelo próprio sistema, que exige uma capacidade de driblar obstáculos administrativos: o preenchimento de formulários, deslocamentos por diferentes locais, e, acima de tudo, muito tempo (implicando faltas no emprego) para realizar exames e consultas. Se estes chegam a vencer as primeiras etapas de investigação de possível infertilidade, ainda enfrentam dificuldades de diversas ordens (preço dos remédios, recursos suplementares...) (Allebrant; Macedo, 2007, p. 22-23). Assim, foi possível perceber que a “luz no final do túnel” dificilmente chegava a se efetivar. Os obstáculos, ao longo do caminho, dificultavam o êxito de um tratamento que possui, na melhor das condições, uma probabilidade de êxito estimada entre 15 e 20%.

Como referi inicialmente, a pesquisa que desenvolvi não abordou diretamente o acesso a NTR por parte de casais homossexuais. No entanto, foi sempre claro que a forma pela qual as demandas por serviços de reprodução assistida se desenvolveram tem muito a dizer sobre diversos sujeitos. Na base desse debate está a questão sobre quem teria direito a fazer uso dessas tecnologias. Se para a população as iniciativas desenvolvidas em hospitais públicos e clínicas no Brasil têm se mostrado pouco acessíveis, quando se pensa em casais homossexuais o quadro parece ser menos provável.

### **Reprodução assistida no SUS: a controvérsia de uma promessa sempre anunciada**

Esses serviços percebidos como públicos existem de forma experimental em alguns hospitais, em geral hospitais universitários

<sup>8</sup> Cf. Nascimento, 2007; 2009

no país (na época da pesquisa havia oito serviços desse tipo) (Samrsla, 2007). Essa característica impede que eles sejam vistos como uma política pública claramente definida. Trata-se de iniciativas localizadas que não podem ser tomadas como possibilidade de atendimento a todas as pessoas que as têm procurado.

No entanto, a inclusão dos serviços de reprodução assistida na rede pública de saúde tem aparecido no discurso oficial do Governo Federal pelo menos desde 2004. No documento *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes*, a reprodução assistida é referida rapidamente e destaca a questão das mulheres lésbicas, sem que isso tenha se convertido depois em políticas mais claras. O documento diz, no tópico “Saúde das mulheres lésbicas”: “A outra questão se refere ao acesso à inseminação assistida na rede do SUS, que deve incluir na clientela-alvo as mulheres lésbicas que desejam exercer o direito à maternidade voluntária”.

Em 2005, o então ministro da saúde Humberto Costa lançou as Portarias de nº 426, de 22 de março de 2005, do Gabinete do Ministro e a de nº 388, de 06 de julho de 2005, da Secretaria de Atenção à Saúde que instituíam, no SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, criando, no âmbito dos estados e do Distrito Federal, serviços de referência em reprodução humana. Estas portarias são concebidas como desenvolvimento e ampliação do direito constitucional ao planejamento familiar, que inclui a “escolha do número de filhos e o momento de tê-los” – o que deveria “incluir a oferta de todos os métodos e técnicas para a concepção e a anticoncepção, cientificamente aceitos” (Brasil, 2005b). É a sequência dessa lógica que, ao compreender que nem todos “os métodos e técnicas” estão sendo ofertados, transforma-os em política a ser inserida no âmbito do SUS.

A primeira portaria (do gabinete do ministro) institui a política, apresentando os argumentos com base no direito ao planejamento familiar, reconhecendo a “necessidade de estruturar no SUS uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que permita atenção integral em reprodução humana assistida e melhoria do acesso a esse atendimento especializado”. Reconhecendo o caráter descentralizado que configura uma política do SUS, determina-se que a mesma seja implantada “de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde”, definindo a reprodução assistida como de Média e Alta

Complexidade, porém, prevendo componentes para a Atenção Básica na efetivação da política.

Por sua vez, a portaria da Secretaria de Atenção à Saúde determina que as Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal “adotem em conjunto com os municípios, as providências necessárias para organizar e implantar as redes estaduais, municipais e do Distrito Federal de Atenção em Reprodução Humana Assistida, sendo o Estado o responsável pela coordenação da rede” (Brasil, 2005a). Para essa organização e implantação, são definidos os “serviços de reprodução humana assistida” na média e alta complexidade, e deveriam ser levados em conta critérios como população a ser atendida, necessidade de cobertura assistencial, nível de complexidade dos serviços, distribuição geográfica dos serviços, capacidade técnica e operacional dos serviços, e mecanismos de acesso com os fluxos de referência e contra-referência. Além disso, estipula em seu parágrafo único que:

Para a organização dos serviços de atenção em reprodução humana assistida na Média e Alta Complexidade devem ser observados os quantitativos de serviços, definidos por Unidade da Federação, onde a área de cobertura assistencial deve ser de 01 (um) serviço para abrangência de no mínimo 6.000.000 de habitantes, para garantir a viabilidade econômica destes serviços. (Brasil, 2005a).

A forma detalhada como as portarias são apresentadas gera uma primeira sensação (ao menos aos olhos leigos) de que a efetivação das políticas não teria porque não acontecer. No entanto, desde seu lançamento, nenhuma medida foi tomada para a sua implantação. Em 11 de junho de 2008, o ministro José Gomes Temporão refez a promessa de que o Sistema Único de Saúde passaria a fornecer serviços de reprodução assistida, gratuitamente, na rede pública, de forma universal, como propugnam os princípios desse sistema. Nas palavras do ministro: “O casal que não consegue ter filhos e quer fazer uma inseminação artificial tem que pagar hoje um tratamento caríssimo, que custa entre R\$10 mil e R\$20 mil. O SUS também passará a oferecer esse atendimento”. (Zero Hora, 2008). A promessa que deveria ser cumprida em até seis meses não se cumpriu.

Parece que o tempo futuro do verbo é praxe nas discussões sobre a possibilidade de cobertura ampla pelo SUS. Em 2009, um projeto

de lei (PL nº 5.730/2009) foi proposto na Câmara dos Deputados para incluir a reprodução assistida nos planos de saúde. Dois anos mais tarde, ainda não tinha caminhado o suficiente para mudar a vida das pessoas. Observamos esforços em diferentes estados para promulgar leis dando acesso universal à maternidade assistida em hospitais públicos. Em São Paulo, por exemplo, em 2011, já existiam três serviços gratuitos custeados pelo SUS, mas os profissionais se queixavam de que as longas filas (que contemplavam pessoas não só do interior do estado, mas de outros estados) colocavam sérios limites ao impacto de seu trabalho. Naquela época, os jornais, louvando o PL nº 517/2011 (para um Programa de Assistência Básica em Reprodução Humana) previam que, em pouco tempo, a população paulista teria acesso universal a esse bem de saúde. O coordenador do setor de reprodução humana de um hospital paulista público se gabava de que, com esse Programa o Estado de São Paulo estava “se comportando como um país desenvolvido”. Entretanto, hoje, dois anos depois, a intenção ainda não virou realidade.

O Conselho Federal de Medicina, em maio de 2013, aprovou a resolução nº 2.013/2013 na qual, pela primeira vez, a referência a homossexuais é explícita, o que significa uma importante mudança: “É permitido o uso das técnicas de reprodução assistida para relacionamentos homoafetivos e pessoas solteiras, respeitado o direito da objeção de consciência do médico”.

Na edição de 08 de maio de 2013, o jornal O Globo já dava destaque à iniciativa: “Casais gays ganham direito ao uso de fertilização in vitro” (Souza, 2013). A matéria salienta que adoção de óvulos seria facilitada com mudança na regulamentação, que significaria avanços em relação à Resolução nº 1.957, de 2010. A resolução de 2010 já apresentava alterações na primeira resolução de orientações para procedimentos de reprodução assistida datada de 1992. É possível perceber que a modificação de certas expressões representou uma preocupação com conotações heterossexistas da resolução de 1992: a expressão “toda mulher” fora substituída por “todas as pessoas” e não se referia a “casal infértil”, mas a “pessoas submetidas às técnicas de reprodução assistida”.

Além disso, a resolução amplia o parentesco para doadoras temporárias de útero, que devem “pertencer à família de um dos parceiros num parentesco consanguíneo até o quarto grau (primeiro grau – mãe; segundo grau – irmã/avó; terceiro grau – tia; quarto grau

– prima)” (Resolução CFM nº 2.013/13); redefine a idade máxima da mulher candidata e de doadores de óvulos e espermatozoides e, também, se pronuncia sobre a doação compartilhada.

Essas mudanças impactam o cenário no qual a minha pesquisa foi realizada, principalmente em termos dos pressupostos que orientavam quem seriam os destinatários desses serviços. Ao longo de toda a pesquisa, não tive nenhuma referência direta à existência de serviços voltados para homossexuais. Não posso afirmar que houvesse alguma oposição institucionalizada, mas o que ficou muito claro foi um completo silêncio a esse respeito: o pressuposto é de que quem vai procurar esses serviços são casais (não pessoas individualmente) heterossexuais. Por diversas vezes, em trabalho de campo, no corredor do hospital, em Porto Alegre, pude presenciar a forma como a rotina do serviço atualizava esse pressuposto: a mulher deve fazer uma primeira consulta e, se for identificado algum “problema”, o parceiro dessa mulher será chamado (Nascimento, 2011a).

É claro que se mulheres desacompanhadas, ou um casal formado por mulheres, procurar o serviço isso pode gerar um movimento de mudança ou mesmo de reflexão, hipoteticamente. No entanto, na minha pesquisa, não tive acesso a nenhuma experiência desse tipo, e a conclusão mais geral do trabalho é que, mesmo para os casais heterossexuais, os serviços disponíveis pressupõem uma normatização da reprodução a partir da heterossexualidade, o que faz com que outros procedimentos banais em clínicas privadas (como a doação de gametas, por exemplo) não sejam ofertados de forma corriqueira em todos os serviços.

Nesse sentido, reivindicar “acesso universal” sem que essas limitações sejam referidas impede, assim como o faz para os casais heterossexuais sem recursos financeiros, que esse não seja um direito plenamente garantido. É certo que a definição desse acesso como significando um direito está longe de consenso<sup>9</sup>. O que particularmente quero chamar a atenção aqui é que essa definição não pode deixar de ouvir os argumentos das pessoas que demandam esse direito, o que configura um dilema como anunciei no início desse texto.

<sup>9</sup> ver Nascimento, 2009



## Comentários finais

A cada vez que novas possibilidades são anunciadas – como a Resolução nº 2013/13 do CRM – o debate sobre ampliação de direitos nessa área se renova. Ao mesmo tempo, sabe-se que não basta uma resolução para que os obstáculos sejam retirados. É digno de nota que a mesma definição de homossexuais e pessoas solteiras como destinatárias dessas tecnologias vem seguida da afirmação de que será “respeitado o direito da objeção de consciência do médico”. Ou seja, um eventual “acesso” a um serviço especializado ainda dependerá da disponibilidade de um profissional que concorde com a realização do procedimento, como ocorre em outros contextos no caso do aborto (Porto, 2008).

Na ausência de uma regulação mais efetiva em que esses serviços se encontram no Brasil, antes de definir o acesso a essas tecnologias como um direito parece ser necessário problematizar os argumentos que fazem emergir essa reivindicação. Por outro lado, desconsiderar essas motivações apenas como um capricho ou uma postura acrítica parece também incorrer em arbitrariedade. Além disso, não parece fazer sentido falar em “ampliação de direitos” se não se considerar efetivamente a condição daquelas pessoas que não podem arcar com os custos elevados das clínicas privadas. Somos levados a reconhecer, como observa Alejandra Sardá, ao tratar das NTCs em relação a mulheres lésbicas, que a não regulação por parte do estado e da sociedade civil é na prática regulação por parte do mercado (Sardá, 2006, p. 127).

A despeito do reconhecimento de uma “destacada a centralidade do casal heterossexual no discurso médico e jurídico acerca do desejo de filhos” (Vargas; Moás, 2010), o reconhecimento do direito à parentalidade, como vimos inicialmente, tem sido reivindicado como não sendo exclusividade de pessoas heterossexuais. Essa reivindicação à parentalidade como um direito, como vimos, não se encerraria à possibilidade da adoção e, quando se refere o uso de reprodução assistida por casais homossexuais, considera-se difícil construir uma justificativa para excluir casais homossexuais do acesso a essas tecnologias:

De início restritas aos heterossexuais, por imitarem a biologia ou pelo hábito de se relacionar apenas heterossexualidade à reprodução, boas

justificativas precisam surgir para impedir o acesso de homossexuais ao que a tecnologia cada vez mais oferece. Se elas propiciam exatamente a reprodução para os impossibilitados, difícil construir uma justificativa para excluir alguém que se inclui tão claramente nessa população. Os homossexuais encaixam-se entre os inférteis, para os quais a tecnologia está voltada, especialmente se forem casais. A infertilidade não é unilateral nem entre heterossexuais, pois tem uma dimensão necessariamente relacional. Fala-se de um casal infértil. (Uziel, 2007, p. 199)

O desdobramento dessa discussão leva inevitavelmente ao reconhecimento de que o número de personagens envolvidos nesse debate é amplo. Os argumentos que acompanhamos até aqui, seja do ponto de vista do discurso médico, jurídico, antropológico ou dos movimentos sociais contribuem para a problematização do que tem sido reivindicado como um direito. Parentalidade, parentesco, procriação e o direito a acesso a tecnologias reprodutivas são significados em disputa e guardam importantes diferenças, como defende Roger Raupp Rios:

Defendo a tese de que devemos distinguir direito à reprodução assistida de direito ao acesso a um sistema público de saúde, que envolve recursos, procedimentos e uma série de outros elementos. Considero a reprodução assistida como um direito à procriação. Isso não significa dispor de um sistema de saúde que ofereça tratamento e disponibilize todas as tecnologias reprodutivas existentes (Raupp Rios, 2002, p. 85).

Uma posição contrária, que reivindique a efetivação desses serviços, deverá levar em conta os desafios trazidos à tona aqui, de modo que uma iniciativa anunciada com o objetivo de diminuir desigualdades não seja responsável por sua reprodução. Além disso, provocar o debate sobre as múltiplas possibilidades de construção de parentesco que excedem as tecnologias reprodutivas parece ser um tópico central nessa discussão (Nascimento, 2011). Mas à medida que o círculo de interlocutores se amplia (Fonseca, 2007) a questão tende a se complexificar e parece não haver saídas simples para a questão.

## Referências

- ALLEBRANDT, Débora; MACEDO, Juliana Lopes de (org.). **Fabricando a Vida.** Implicações éticas, culturais e sociais das novas tecnologias reprodutivas. Porto Alegre: Metrópole, 2007.
- ARANDA, Fernanda. SUS obtém 1ª fertilização com óvulos doados. **O Estado de São Paulo**, São Paulo, 29 out. de 2008. Disponível em: <[http://www.estadao.com.br/estadaodehoje/20081029/not\\_imp268584,0.php](http://www.estadao.com.br/estadaodehoje/20081029/not_imp268584,0.php)>. Acesso em: 29 out. 2008.
- ARILHA, Margareth. Desejo da Maternidade, tecnologias conceptivas e o Estado: Rápidas considerações. In: SCAVONE, Lucila (org.). **Tecnologias Reprodutivas: Gênero e Ciência.** São Paulo: Unesp, 1996a. p. 199-204.
- ARILHA, Margaret. Infertilidade, práticas conceptivas e políticas públicas. In: PARKER, Richard; BARBOSA, Regina. (orgs.). **Sexualidades Brasileiras.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996b. p. 173-188.
- BALEN, Frank van; INHORN, Marcia. Introduction. Interpreting infertility: A view from the Social Sciences. In: INHORN, Marcia; BALEN, Frank van (eds.). **Infertility around the globe.** New thinking on childlessness, gender, and reproductive technologies. Berkeley: University of California Press, 2002. p. 3-32.
- BARBOSA, Rosana. **Desejo de filhos e infertilidade:** um estudo sobre a reprodução assistida no Brasil. 1999. 278p. Tese (Doutorado em Sociologia) - Departamento de Sociologia, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.
- BARBOSA, Rosana. **Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas:** produzindo classes distintas de mulheres? In: GROSSI, Miriam; PORTO, Rozeli; TAMANINI, Marlene (orgs.). **Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: questões e desafios.** Brasília: Letras Livres, 2003. p. 41-49.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher:** princípios e diretrizes. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2004.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 426/GM de 22 de março de 2005a. Institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria\\_426.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_426.pdf)>. Acesso em: 19 abr. 2013
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 388 de 06 de julho de 2005b. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria\\_388.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_388.pdf)>. Acesso em: 19 abr. 2013
- CARSTEN, Janet (ed.). **Culture of Relatedness.** New approaches to the study of

kinship.

Cambridge: Cambridge University Press, 2000.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 2.013/2013. Disponível em: <<http://portal.cfm.org.br/images/PDF/resoluocfm%202013.2013.pdf>>. Acesso em:

CORRÊA, Marilena. **Novas Tecnologias Reprodutivas**. Limites da biologia ou biologia sem limites? Rio de Janeiro: Ed. da Uerj, 2001.

\_\_\_\_\_. Medicina reprodutiva e desejo de filhos. In GROSSI, Miriam; PORTO, Rozeli; TAMANINI, Marlene (orgs.). **Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: questões e desafios**. Brasília: Letras Livres, 2003. p. 31-38.

COSTA, Rosely Gomes. O que a seleção de doadores de gametas pode nos dizer sobre noções de raça. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 235-255, 2004.

DINIZ, Débora; BUGLIONE, Samantha. **Quem pode ter acesso às tecnologias reprodutivas: diferentes perspectivas no Direito brasileiro**. Brasília: Letras Livres, 2002.

DINIZ, Debora. Introdução. In: DINIZ, Debora; BUGLIONE, Samantha (eds.). **Quem pode ter acesso às tecnologias reprodutivas: diferentes perspectivas do Direito Brasileiro**. Brasília: Letras Livres, 2002. p. 9-21.

DINIZ, Débora; COSTA, Rosely. Infertilidade e Infecundidade: acesso às novas tecnologias conceptivas. In: FERREIRA, Verônica; ÁVILA, Maria Betania; PORTELLA, Ana Paula (orgs.). **Feminismo e Novas Tecnologias Reprodutivas**. Recife: SOS Corpo, 2006. p. 49-66.

FONSECA, Claudia. De afinidades a coalizões: uma reflexão sobre a transpolinização entre gênero e parentesco em décadas recentes da antropologia. **Ilha**, Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 5-31, 2004.

FONSECA, Claudia. Posfácio: Ampliando o círculo de interlocutores (ou o que um “leigo” tem a ver com as discussões de bioética no campo da reprodução assistida. In ALLEBRANDT, D.; MACEDO, J. (org.). **Fabricando a vida: implicações éticas, culturais e sociais do uso de novas tecnologias reprodutivas**. Porto Alegre: Metrópole, 2007. p. 173-184.

FONSECA, Claudia. Homoparentalidade: novas luzes sobre o parentesco. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 769-783, dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v16n3/03.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2013

FRANKLIN, Sarah. **Embodied progress: a cultural account of assisted conception**. New York: Routledge, 1997.

GINSBURG, Faye; RAPP, Rayna. Introduction: **Conceiving the New World Order**. In: \_\_\_\_\_. (orgs.). **Conceiving the New World order: the global politics of reproduction**. Berkeley: University of California Press, 1995. p. 1-17.

HÉRITIER, Françoise. A coxa de Jupiter. Reflexões sobre os novos modos de procriação. **Revista de Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 8, n 1, p. 98-114, 2000. Dispo-

- nível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/9859/9092>>. Acesso em: 19 abr. 2013
- LUNA, Naara. **Provetas e Clones**: uma antropologia das novas tecnologias reprodutivas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- MELLO, Luiz. **Novas famílias**: conjugalidade homossexual no Brasil contemporâneo. Rio de Janeiro: Garamond/Clam, 2005.
- NASCIMENTO, Pedro. **Reprodução, desigualdade e políticas públicas de saúde**. Uma etnografia da construção do “desejo de filhos”. 2009. 213p. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.
- \_\_\_\_\_. Blood and Other Substances: new reproductive technologies and adoption in popular groups in southern Brazil. **Vibrant**, Florianópolis, v. 8, p. 256-278, 2011.
- \_\_\_\_\_. De quem é o problema? Os homens e a medicalização da reprodução. In: GOMES, Romeu (org.). **A saúde do homem em debate**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011a. p. 157-174.
- PORTO, Rozeli. Objeção de consciência, aborto e religiosidade: práticas e comportamentos dos profissionais de saúde em Lisboa. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 661-666, 2008.
- RAMIREZ, Martha. **Novas tecnologias reprodutivas conceptivas**: fabricando a vida, fabricando o futuro. 2003. 261f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, 2003. Disponível em: <<http://cutter.unicamp.br/document/?code=vtls000306020>>. Acesso em: 9 maio 2013
- RAPP, Rayna. **Testing women, testing the Foetus**: the social impact of amniocentesis in America. New York: Routledge, 2000.
- RAUPP RIOS, Roger. Acesso às tecnologias reprodutivas e princípios constitucionais: igualdade, pluralismo, direito constitucional de família e orientação sexual no debate bioético brasileiro. In: DINIZ, Debora; BUGLIONE, Samantha (eds.). **Quem pode ter acesso às tecnologias reprodutivas**: diferentes perspectivas do Direito Brasileiro. Brasília: Letras Livres, 2002. p. 51-72.
- SAMRSLA, Monica et al. Expectativa de mulheres à espera de reprodução assistida em hospital Público do DF – Estudo bioético. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 53, n. 1, p. 47-52, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v53n1/19.pdf>>. Acesso em: 9 maio 2013.
- SARDÁ, Alejandra. Lesbianidad, maternidad y nuevas tecnologías reproductivas. In: FERREIRA, Verônica; ÁVILA, Maria Betania; PORTELLA, Ana Paula (orgs.). **Feminismo e Novas Tecnologias Reprodutivas**. Recife: SOS Corpo, 2006. p. 119-134.
- SCHNEIDER, David. **American Kinship**. A Cultural Account. Chicago: The University of Chicago Press, 1980.

SCHNEIDER, David. **A Critique of the Study of Kinship**. Ann Arbor: University of Michigan Press, 1984.

SOUZA, André. Casais gays ganham direito ao uso de fertilização in vitro. **O Globo**, Rio de Janeiro, 08 maio 2013. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/ciencia/casais-gays-ganham-direito-ao-uso-de-fertilizacao-in-vitro-8336429>>. Acesso em: 9 maio 2013.

STOLCKE, Verena. New reproductive Technologies. Same old fatherhood. **Critique of Anthropology**, v. 6, n. 3, p. 5-31, 1986.

STRATHERN, Marilyn. **Reproducing the future: anthropology, kinship and the new reproductive technologies**. New York: Routledge, 1992.

\_\_\_\_\_. Displacing knowledge: technology and the consequences for kinship. In: GINSBURG, Faye D.; RAPP, Rayna (eds.). **Conceiving the New World order: the global politics of reproduction**. Berkeley: University of California Press, 1995.

TAMANINI, Marlene. **Novas tecnologias reprodutivas concepcionais à luz da bioética e das teorias de gênero: casais e médic@s no Sul do Brasil**. 2003. 363 p. Tese (Doutorado no Programa Interdisciplinar em Ciências Humanas, Linha Estudos de Gênero) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

THOMPSON, Charis. Strategic naturalizing: kinship in an infertility clinic. In: FRANKLIN, S.; MCKINNON, S. (orgs.). **Relative values: reconfiguring kinship studies**. Durham, NC: Duke University Press, 2001.

\_\_\_\_\_. **Making parents: the ontological choreography of reproductive technologies**. Cambridge: MIT Press, 2005.

UZIEL, Anna Paula. **Homossexualidade e adoção**. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

UZIEL, Anna Paula; MELLO, Luiz; GROSSI, Miriam. Conjugalidades e parentalidades de gays, lésbicas e transgêneros no Brasil. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 481-487, set. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v14n2/a08v14n2.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2013.

VARGAS, Eliane P. **Casais inférteis: usos e valores do desejo de ter filhos entre casais de camadas médias no Rio de Janeiro**. 2006. 280p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

VARGAS, Eliane P.; MOÁS, Luciane da Costa. Discursos normativos sobre o desejo de ter filhos. **Revista Saúde Pública**, v. 44, n. 4, p. 758-62, 2010.

ZAMBRANO, Elizabeth. Parentalidades “impensáveis”: pais/mães homossexuais, travestis e transexuais. **Horizontes antropológicos** [online], Porto Alegre, v. 12, n. 26, p. 123-147, dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ha/v12n26/a06v1226.pdf>>. Acesso em: 16 out, 2013.

Recebido em 05/09/2013

Aprovado em 30/09/2013