

Casais de mesmo sexo e parentalidade:

um olhar sobre o uso das tecnologias reprodutivas

Camila Vitule^(a)
 Marcia Thereza Couto^(b)
 Rosana Machin^(c)

Vitule C, Couto MT, Machin R. Same-sex couples and parenthood: a look at the use of reproductive technologies. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55):1169-80.

Same-sex couples' perceptions about the use of reproductive technologies in order to put plans for parenthood into effect are discussed in this paper. This qualitative study was based on semi-structured interviews that were conducted in 2011 and 2012, with 26 respondents (12 couples, one man and one woman) who were living in the greater São Paulo region of Brazil. It was noted that biological bonds preponderated in the discourse of the women, who tended to want to use reproductive technologies, especially reception of oocytes from partner (ROPA). Even when men expressed the desire to have a genetically related child, they chose adoption because of fear of the bonds that might become established through pregnancy between the surrogate mother and the child, among other reasons. The medicalization of society, and how science, technology and the market are imbricated in creating healthcare needs, is discussed.

Keywords: Reproductive technology. Homosexuality. Parenting.

O artigo discute as concepções dos casais de mesmo sexo sobre o uso de Tecnologias Reprodutivas (TR) na efetivação do projeto de parentalidade. O estudo, de natureza qualitativa, baseou-se em entrevistas semiestruturadas, realizadas em 2011 e 2012 com 26 entrevistados residentes da Grande São Paulo/Brasil (12 casais, um homem e uma mulher). É apontado que os laços biológicos são preponderantes nos discursos das mulheres, havendo tendência destas a quererem utilizar as TR, sobretudo a ROPA (Recepção de Óvulo da Parceira). Os homens, mesmo quando manifestam o desejo de terem um filho geneticamente aparentado, optam pela adoção, dentre outros motivos, pelo receio do vínculo que possa ser estabelecido, por meio da gestação, entre a mãe substituta e a criança. Discute-se a medicalização social e como a ciência, a tecnologia e o mercado estão imbricados na criação de necessidades (de saúde).

Palavras-chave: Tecnologia reprodutiva. Homossexualidade. Poder familiar.

^(a,b,c) Departamento de Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo, 455, sala 2221. São Paulo, SP, Brasil. 01246-903. camilavitule@hotmail.com; marthet@usp.br; rmachin@usp.br

Introdução

No Brasil, o fenômeno da homoparentalidade^(d) como decisão conjunta de um casal de mesmo sexo vem ocorrendo e, nos últimos anos, estudos têm explorado algumas particularidades do fenômeno¹⁻⁴. A produção desse fenômeno social coloca em relação dois campos que, historicamente, estiveram até agora separados: o universo gay e lésbico^(e) e as tecnologias médicas visando à reprodução.

Os casais de mesmo sexo, para realizarem o sonho da parentalidade, além da adoção, podem lançar mão das Tecnologias Reprodutivas (TR), sendo esta utilização sobretudo efetivada por mulheres^{4,5}.

As TR foram, inicialmente, desenvolvidas com o intuito de serem uma solução para casais heterossexuais inférteis, respondendo a uma demanda de saúde. No Ocidente, a partir da década de 1950, foram sendo aperfeiçoados os tratamentos para a esterilidade. Hoje, fazem parte das TR: a maturação artificial de oócitos, a hiperestimulação ovulatória, a transferência de gametas e sua conservação em bancos de esperma, as inseminações artificiais, a fertilização *in vitro* (FIV), e a transferência, congelamento e armazenamento de embriões, que permitem a gravidez na menopausa e a gestação substituta (barriga de aluguel)⁶.

As implicações das novas tecnologias são amplas e têm gerado diversos debates e inquéritos públicos⁷, como, também, dilemas éticos, com práticas como o congelamento de embriões e a inseminação *pos mortem*. Questões referentes aos riscos da utilização das técnicas e à efetividade dos procedimentos igualmente são mencionadas. De acordo com Machin⁸, a utilização das TR pode parecer simples à primeira vista, mas os procedimentos são altamente complexos e apresentam, além de riscos à saúde, alto custo e baixa resolutividade efetiva, informações que são pouco mencionadas pelas clínicas e profissionais de Reprodução Assistida (RA).

Contudo, o campo das TR constitui um grande representante: do desenvolvimento tecnológico, de consumo do serviço médico e de criação de necessidades de saúde no país e alhures. As TR, ao produzirem mudanças econômicas, sociais e culturais, também sofrem os resultados destas. Conforme Correa⁹, a apropriação da vontade de ter filhos via as TR deve ser vista como parte do processo de medicalização social.

O termo medicalização social é aqui utilizado para designar as modificações da prática médica – em meio a inovações tecnológicas diagnósticas e terapêuticas, o desenvolvimento da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos – que têm como efeito o aumento exagerado do consumo de serviço médico e de equipamentos¹⁰. De acordo com Donnangelo¹⁰, ao escrever sobre a medicalização da sociedade, a medicina, a um primeiro olhar, pode ser encarada como método técnico que responde às práticas sociais, econômicas, políticas e ideológicas da qual também é parte. Estas práticas regulam o próprio exercer da medicina, assim como os meios de trabalho e o destino de seus produtos, dimensionando o objeto ao qual esta se aplica e lhe atribuindo significados.

Portanto, dentro do contexto de medicalização social, medicina, tecnologia e consumo estão intrinsecamente ligados, e as TR são mais um produto oferecido pelo mercado de tecnologia e serviço médico. Strathern¹¹ considera que, ao falarmos de TR, estamos falando de *business*, ou seja, de uma atividade empresarial, na qual a opção que define o cidadão ativo é a opção de mercado, que produz coisas que vão ao encontro das necessidades do consumidor.

A relação entre ciência, tecnologia e capital tem possibilitado a disseminação dos serviços de reprodução assistida que passam a influenciar o imaginário das

^(d) O termo homoparentalidade tem sido adotado no Brasil para se referir à parentalidade exercida por casais de mesmo sexo e é tradução do termo homoparentalité, cunhado em 1997 pela Associação de Pais e Futuros Pais Gays e Lésbicas (PPGL) de Paris.

^(e) Reconhece-se que os termos gay e lésbica englobam uma gama diferente de conceitos de identidade, que foram construídos ao longo de um processo histórico, havendo diferentes formas de vivências subjetivas do ser gay e do ser lésbica⁵.

peças, as quais tomam as TR como uma dentre as possibilidades de “escolha” para a efetivação da vontade de ter filho(s)¹². De acordo com Thompson¹³, as TR prometem uma combinação perfeita entre escolha comercial e afirmação de parentesco natural. Neste sentido, o modo de reprodução biomédica parece coexistir confortavelmente com o modo de produção capitalista. Thompson¹³ chama o processo de forjar uma zona funcional compatível, na qual tanto natureza quanto cultura são implantadas estrategicamente em um meticuloso trabalho de construção de *coreografia ontológica*. Como implícito na metáfora “construção familiar” (*family building*), a *coreografia ontológica* das TR “constrói as famílias” a partir da inter-relação entre natureza e cultura¹³. A procura pelas TR é, em maior parte, realizada por casais heterossexuais. Segundo pesquisa realizada por Ramírez-Gálvez¹⁴, que estudou a decisão entre uso de TR e adoção por casais heterossexuais, a RA é a solução mais utilizada para a ausência involuntária de filhos para esses casais. Dentro dos casos colocados pela autora, a procura pela adoção se dá, no maior número dos casos, depois de diversas tentativas fracassadas de utilização de TR, ou seja, após julgada finda a possibilidade de esses casais terem um filho biológico. Além do mais, segundo a autora, a persistência no uso de TR se deu predominantemente nos casais com maior renda familiar, uma vez que a TR é uma tecnologia cara. Ramírez-Gálvez coloca que há a necessidade de elaboração do *luto pelo filho biológico* quando o casal não tem sucesso na utilização de TR, e que este luto é condição para o início do processo de adoção.

Dentro do contexto das TR, as instituições médicas detêm considerável poder em suas mãos. São elas que definem os critérios de quem é apto para fazer uso das TR, como, também, estabelecem as normas de doação de óvulos e sêmen. No Brasil não há um mercado legal de comercialização de gametas, e a aquisição do sêmen e óvulos doados é mediada pelos serviços de reprodução assistida. Não havendo lei específica para o uso de tecnologias reprodutivas no país, tal uso vem sendo regulado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). O CFM estabelece as regras orientadoras para os procedimentos, tornando, desta forma, a medicina construtora de significados sobre procriação, parentalidade e família¹⁵.

Desde 1992, houve três Resoluções do CFM em relação à Reprodução Assistida, sendo a última, a CFM nº 2013/13¹⁶, em vigor desde maio de 2013. Se enquanto na primeira (CFM nº 1.358/92¹⁷) a infertilidade era reconhecida como problema de saúde e o paciente era o casal infértil, sendo necessário o consentimento do companheiro da pessoa que se submeteria ao procedimento, na resolução atual (Resolução CFM nº 2013/13¹⁶) o texto é claro quanto à possibilidade de a reprodução assistida poder ser realizada por pessoas solteiras e por casais homoafetivos^(f), normatizando algumas práticas que já estavam sendo empregadas pelas clínicas de reprodução.

Quando instaurada a vontade de ter filhos entre os casais de mesmo sexo, e o campo médico é reconhecido como podendo responder a esta demanda, algumas técnicas são identificadas pelos casais dentre aquelas realizadas pelas clínicas de RA, como: inseminações artificiais, FIV, ROPA e útero substituto. Nesse contexto, emerge o fato de lésbicas e gays desafiarem a centralidade do sexo heterossexual para procriação. Segundo Strathern¹⁸, as TR foram mais responsáveis, nos últimos anos, do que qualquer outra coisa no sentido de questionarem o entendimento tradicional de família e parentesco.

Se, como aponta Weston¹⁹, a inseminação artificial, em particular, é uma técnica para se produzirem filhos que desafia o entendimento tradicional do filho biológico como produto de uma relação entre pessoas de sexos diferentes, a popularização da inseminação artificial, como alternativa para a concepção

^(f) Utilizamos aqui o termo homoafetivo, visto ser este o termo empregado no discurso da medicina e do direito e, portanto, nas Resoluções.

de filhos, forneceu a fâisca histórica que alimentou o fogo do interesse sem precedentes, dentro da parentalidade homossexual, de ter filhos biologicamente aparentados como plano conjunto do casal. Conforme Finkler²⁰, a partir do uso das TR por casais homossexuais, vê-se a noção de escolha adentrando o campo da biogenética e, assim, potencializando novos entendimentos acerca do parentesco.

Neste sentido, assumimos, tal como Fonseca²¹, que a homoparentalidade é uma coprodução que envolve valores culturais, lei, tecnologia e dinheiro, e nos obriga a repensar as categorias básicas de parentesco, baseadas na “tradicional família nuclear”, na procriação sexuada e na biogenética.

Diante deste quadro, o presente artigo tem como objetivo discutir como casais de mesmo sexo, tanto de homens como de mulheres, de classe média da Grande São Paulo, vêm pensando as TR e acessando, ou não, as clínicas de RA como alternativa de concretizarem a vontade de terem filhos. No percurso analítico apresentado, a tomada de decisão dos casais pelas TR é contraposta à adoção.

Aspectos metodológicos

Este artigo é oriundo da pesquisa mais ampla acerca da formação de famílias homoparentais a partir do acesso às TR ou à adoção.

A pesquisa se apoiou na vertente dos estudos qualitativos, sendo baseada em entrevistas semiestruturadas e no uso de diário de campo no contexto da produção das entrevistas. O roteiro das entrevistas privilegiou temas como: trajetória no exercício da sexualidade, concepções de família, gênero e reprodução, projeto de filiação e decisões e vivências quanto à utilização de técnicas reprodutivas e da adoção na concretização da vontade de ter filhos.

Foram entrevistados tanto casais de homens quanto casais de mulheres que planejavam ter filhos, ou que os tinham, por meio da utilização de TR ou da adoção. Decidiu-se pela incorporação dessa ampla gama de condições dado que, por meio das narrativas desses casais, buscava-se saber sobre a concepção que estes tinham acerca do uso das TR e sobre as influências culturais, econômicas, sociais, legais e subjetivas que determinavam a escolha pela utilização ou não dessas tecnologias. O estudo limitou-se à Grande São Paulo – cidade de São Paulo e municípios da Grande São Paulo –, por esta ser o polo econômico do país, onde se acredita que o fenômeno da homoparentalidade, atrelado ao uso de tecnologia reprodutiva, reproduz-se com maior intensidade quando comparado com outros centros do país.

Trabalhou-se com o critério de saturação para definição do número de entrevistas realizadas. A saturação consiste em realizar as entrevistas até o ponto em que se percebe que não há mais dados novos, havendo reincidência de sentidos²². Ela se dá quando o pesquisador reconhece que alcançou os sentidos manifesto e latente das falas dos entrevistados, sendo a saturação decisão do próprio pesquisador. Ao todo, foram realizadas 14 entrevistas, com 26 sujeitos; 12 foram realizadas com ambos os integrantes do casal conjuntamente. As outras duas foram realizadas com os sujeitos sozinhos: uma das mulheres entrevistadas era separada e um homem prestou depoimento sem o parceiro. As entrevistas foram realizadas após a aprovação do projeto nos Comitês de Ética em Pesquisa das duas instituições proponentes do estudo, e os locais de realização das mesmas resultaram da escolha dos próprios entrevistados, mas, no geral, ocorreram em seus domicílios. Para preservar a identidade dos participantes, os nomes empregados nos depoimentos são fictícios.

Ressalta-se que a busca pelos casais não foi tarefa fácil. Além da dificuldade de encontrar casais de mesmo sexo com planos de terem filhos ou que já os tivessem, houve a dificuldade de casais com este perfil que aceitassem participar da pesquisa. O trabalho de campo foi realizado ao longo de dois anos (2011 e 2012). No início, havia uma expectativa de utilizar largamente a metodologia da bola-de-neve²³, na qual há indicações subsequentes a partir das primeiras entrevistas. No entanto, poucos dos casais acessados inicialmente conheciam outros casais de mesmo sexo com planos concretos de terem filhos ou com filhos. Somente três contatos foram feitos por meio dessa metodologia, porém os casais indicados não quiseram participar da pesquisa. A busca pelos sujeitos voltou-se, então, para o contato com comunidades LGBTT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais), e foram também

contatadas clínicas de reprodução. Contudo, o meio mais eficaz de encontrar os casais foi a indicação destes por meio de pessoas do círculo de convivência das pesquisadoras.

O trabalho de campo foi realizado no momento em que vigorava a Resolução CFM nº 1.957/10²⁴, na qual o paciente se caracteriza como sendo toda pessoa capaz e que solicite a utilização de tecnologia de reprodução assistida, ainda não tendo sido elaborada a Resolução CFM nº 2013/13¹⁶, que normatiza que a reprodução assistida pode ser realizada por casais de mesmo sexo.

O processo de análise das entrevistas baseou-se nas etapas analítico-interpretativas propostas por Gomes et al.²⁵, e percorreu os seguintes passos: (1) leitura compreensiva, visando impregnação, visão de conjunto e apreensão das particularidades do material; (2) identificação e recorte temático que emergem dos depoimentos; (3) identificação e problematização das ideias explícitas e implícitas nos depoimentos; (4) busca de sentidos mais amplos (socioculturais), subjacentes às falas dos sujeitos da pesquisa; (5) diálogo entre as ideias problematizadas, informações provenientes de outros estudos acerca do assunto e o referencial teórico do estudo; (6) elaboração de síntese interpretativa, procurando articular objetivo do estudo, base teórica adotada e dados empíricos.

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

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

Os sujeitos da pesquisa

Dentre os casais de mulheres entrevistados, três tinham planos concretos de utilizar as TR; quatro já haviam utilizado as TR, sendo que um deles com sucesso, já tendo um bebê; um dos casais tinha planos de utilizar ou TR ou adoção, e a mulher que realizou a entrevista sozinha já havia realizado uma adoção à brasileira^(g). Além disso, ambas as mulheres de um casal que tinha planos de realizar inseminação artificial já tinham filhos de relações heterossexuais anteriores (um cada uma), e outra mulher, membro de um casal que cogitava tanto o uso da TR quanto a adoção, já tinha três filhos de casamento heterossexual precedente.

Entre os casais de homens, três deles tinham planos concretos de adoção (inclusive, o casal representado pelo membro que prestou depoimento sozinho), e dois deles já haviam realizado a adoção de uma criança. Os entrevistados tinham de 27 a cinquenta anos, sendo a média das idades 36,95. Todos brancos, com alto nível de escolaridade e representativos de camadas médias urbanas. O perfil homogêneo das entrevistas não caracteriza uma situação buscada, mas resulta de particularidade de o campo envolver tratamento de alto custo.

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

Os nomes dados aos entrevistados são fictícios, como forma de proteção de suas identidades.

As referências às TR e as decisões dos casais

Os casais de mulheres mostraram preferência pelo uso de TR para efetivação do desejo de parentalidade. Já entre os homens, a decisão unânime foi pela adoção.

Embora nenhum casal de homens tenha utilizado ou demonstrado o desejo de utilizar TR, alguns entrevistados mencionaram a vontade de terem um filho geneticamente seu, com a “sua carinha”. A fala de Daniel é emblemática desta vontade: “É um desejo, sabe? É um desejo de ver alguém ali que eu sei que tem a minha carinha, entendeu? Veio de mim”. Tal fala, que representa a ideia de outros casais masculinos, exalta a importância da questão do vínculo biológico em termos de constituição de parentalidade, mesmo que a efetivação da parentalidade, para os entrevistados, tenha sido por meio da adoção.

Mesmo não tendo o plano de utilizar TR, para a maioria dos casais de homens as tecnologias de reprodução, no caso, o útero substitutivo, figuram como algo hipotético. É o que acontece no caso de Rubens, parceiro de Daniel: “Quando a gente começou a conversar disso (de ter filhos), a gente teve aquela fase de pensar assim, soluções mirabolantes [...] Eu cheguei a cogitar até: - Nossa Daniel, imagina se minha mãe fosse mais nova, você podia ter um filho, fazer uma fecundação artificial e minha mãe podia gerar um filho pra gente!”.

Para além da ideia hipotética do uso de útero de substituição, os entrevistados, nesse processo, revelam temer o vínculo biológico estabelecido entre a mulher e a criança, que se dá por meio da gestação e/ou óvulo, e as implicações legais daí decorrentes. O receio da “inserção do terceiro” é caracterizado na fala de Artur: “Botar numa barriga de uma terceira. Aí nós íamos estar o resto da vida vinculados a essa pessoa. Como que ia ser a relação com essa pessoa? [...] Dois pais homossexuais, ela podendo achar milhões de coisas contrárias, a mãe tendo preferência perante a justiça da guarda de um filho. É muito sério, uma escolha muito séria [...] Você envolver uma outra pessoa, vira um inferno”.

A ideia da maternidade entendida como um processo, que engloba o gestar e a ligação genética a partir do óvulo, é muito forte nas falas dos homens. Neste sentido, em seus discursos há reconhecimento da preponderância do vínculo biológico sobre o social e o receio de virem a “perder” o filho para a mãe biológica.

Assim, em contraponto à utilização da gestação substituta, vista como uma saída bastante complexa por necessitar de um óvulo doado e uma pessoa disposta a levar a gestação à diante e estar disposta a entregar a criança no final desta, a adoção se apresenta como opção factível, sendo que dois casais já haviam, de fato, concretizado a adoção. Tal achado também é reconhecido por Weston¹⁹, que afirma que o fato de os homens não poderem gerar crianças faz com que a saída mais utilizada por eles seja a adoção. De maneira geral, os entrevistados também não colocam o cuidado com bebês pequenos como experiência essencial na vivência da parentalidade, dando preferência, inclusive, por crianças mais velhas.

Quanto às mulheres, a adoção não se apresenta como a opção mais desejada. Mesmo quando pensada pelos casais, tende a ser vista como um processo difícil, moroso. A adoção tardia de crianças mais velhas (valorizada pelos casais de homens^(h)) não é considerada como opção para as mulheres, que desejam

^(h) Os dois casais de homens que concretizaram adoções adotaram meninos em torno dos 3, 4 anos.

vivenciar a gestação, parto, amamentação e cuidado de bebês. Segundo Beatriz: “Para conseguir adotar rápido tem que ser adoção tardia, pelo menos aqui [...] E a gente quer ter isso: ter esse cuidado com a criança pequena. E aí ia demorar muito [...] A inseminação, a fertilização, é muito mais rápido”.

Os achados desta pesquisa são similares aos de Luna²⁶, que entrevistou mulheres heterossexuais de camadas médias e de camadas populares que frequentavam clínicas e serviços de reprodução assistida. Suas entrevistadas também mencionam a burocracia para se adotar como um ponto negativo da adoção em contraposição à praticidade do uso de tecnologia reprodutiva para se ter filhos, a qual é escolhida como opção principal.

As mulheres, pelo fato de a gestação ocorrer em seus corpos, enfatizam essa vivência nas justificativas de por que utilizam o recurso à TR em detrimento da adoção. Além da experiência da gestação e amamentação, o desejo de ter um filho biologicamente seu também é trazido por algumas entrevistadas. Achado similar é encontrado no estudo de Ramírez-Gálvez¹⁴, no qual mulheres heterossexuais fazem a escolha pelo uso de TR e não pela adoção na busca de um filho geneticamente seu.

Mesmo os casais valorizando e defendendo uma ideia de família baseada nos laços afetivos, como também apontado por Weston¹⁹ sobre os casais homossexuais, o destaque para os laços biológicos na construção do parentesco mostraram-se expressivos. Tal movimento se objetifica em um matiz mais forte entre os casais de mulheres, que procuram ou planejam acessar serviços de RA. Mesmo com o alto custo, baixa efetividade e riscos à saúde^{8,9,14,26}, as mulheres preferem as intervenções da tecnologia médica frente à adoção; sentem e expressam, em suas falas, que um bebê produzido via TR é como se fosse um bebê produzido “naturalmente”, uma conquista apenas recentemente possível diante do avanço do campo da RA.

As TR estão associados: fertilidade, gênero, maternidade, hereditariedade, reprodução consanguínea e parentesco. Estes valores remetem ao desejo do filho biológico, tido como justificativa para a oferta e contratação de serviços de reprodução assistida¹⁰, a despeito do fato de as técnicas continuamente proporcionarem a separação do parentesco biológico/genético do social. Contudo, uma diferença se faz presente entre casais heterossexuais e os de mesmo sexo: enquanto para o casal heterossexual a oferta de TR responde a uma necessidade de saúde (infertilidade), para os casais de mulheres, elas respondem a uma necessidade conformada socialmente, não sendo uma necessidade de saúde diretamente, pelo menos num primeiro momento.

Segundo Schraiber e Mendes-Gonçalves²⁷, as necessidades de saúde são formadas pela demanda – busca ativa pela intervenção –, que está inserida, por sua vez, dentro de uma lógica de consumo de serviço médico e depende de um contexto instaurador de necessidades. O desejo das lésbicas de terem filhos (demanda) conforma-se com a disponibilidade de tecnologia médica e interesse comercial das clínicas de RA: tem-se o contexto instaurador de necessidade instalado e, assim, novas necessidades “de saúde”, relativas às TR são criadas, que, na realidade, são mais necessidades criadas pelo e para o público de lésbicas do que necessidades de saúde na acepção original do termo. Por meio do uso de tecnologia reprodutiva, o vínculo biológico (pelo menos com uma das mães) se mantém inalienável. Não obstante, o campo atual da RA apresenta uma possibilidade a partir da qual as duas mulheres podem ter vínculo biológico com a criança produzida via tecnologia: a ROPA.

ROPA é a sigla para Reception of Oocytes from Partner ou, em português, Recepção de Óvulos da Parceira, procedimento no qual uma das parceiras gesta o embrião gerado pelo óvulo da outra com esperma de doador. Em linguagem cotidiana, ou como dizem as próprias entrevistadas, é colocado o “óvulo de uma na barriga da outra”. Ao invés da tecnologia reprodutiva se concentrar em uma mulher (como seria o caso “clássico” de uma inseminação artificial ou de uma fertilização), o emprego da tecnologia é “compartilhado”, “duplicado” entre as duas mulheres do casal, já que ambas são submetidas ao tratamento.

Há relatos de procedimentos condizentes à ROPA na literatura internacional^{14,28} sem a utilização do termo na caracterização do procedimento. Investigação na Espanha, entretanto, já utiliza a denominação ROPA²⁹ e produções de autoras nacionais^{4,5} também fazem uso do termo.

Dos três casais de mulheres que tinham planos reais de efetivarem uma reprodução assistida, dois expressaram o desejo de efetuar a ROPA. Entre os quatro casais que já haviam feito uso de tecnologia

reprodutiva, três deles haviam realizado, pelo menos, um procedimento de ROPA. Mesmo o casal que não teria condições de arcar financeiramente com um tratamento de reprodução assistida, optando pela adoção de forma hipotética, gostaria de fazer uso da ROPA. De forma análoga, em pesquisa realizada por Corrêa⁴ sobre mulheres lésbicas e maternidade, há menção de casais entrevistados que também fizeram o uso da técnica. Segundo Grossi³⁰, esse é o maior desejo entre lésbicas no país, o que corrobora os nossos achados. E é um sonho que vem virando realidade. Íris afirma sobre a ROPA: “É utopia, a utopia do filho das duas. Ele ser filho biológico das duas, isso é muito forte”.

As entrevistadas, de maneira geral, colocam a ROPA como promotora de um ideal de filho gerado biologicamente pelas duas mães, assim como acontece em uma reprodução sexuada com casais heterossexuais. A fala de Clarice traz esse ponto: “Porque é uma coisa que os héteros têm direito e a gente também quer ter. Gerar um filho da pessoa que a gente ama [...]. A maior alegria é saber que está gerando um filho da pessoa que você ama, que não é só seu, é um filho dela”.

A importância dada ao laço biológico e ao reconhecimento social e legal dele decorrente está presente, de forma bastante forte, nas falas das entrevistadas, ao mencionarem o porquê da preferência pela ROPA. Strathern, já em 1992²⁸, afirmava que a colocação do óvulo fecundado de uma das parceiras no útero da outra tem o significado de um ‘acontecimento natural’, ou seja, conjuga idealmente a filiação via a transmissão genética (por uma das mães) e o parto (pela outra).

Assim, a ROPA também configura uma saída para que ambas as mulheres do casal sejam reconhecidas legalmente como mães e possam, juridicamente, conquistar o vínculo filial numa interessante combinação em que os elos natural e social se fundem. O vínculo biológico afirma o vínculo social e o “papel de mãe”⁽ⁱ⁾.

Considerações finais

Segundo Luce³¹, as TR contribuíram para o desenvolvimento de um novo enfoque nos estudos de parentesco, pois, por meio delas, as mulheres lésbicas passam a não serem mais deslocadas dos discursos de reprodução. As participantes deste estudo, nesta direção, também apresentam preferência pela realização da ROPA, tecnologia que possibilita que as duas companheiras estabeleçam laços biológicos com a criança produzida, o que amplia as possibilidades de legalização do vínculo filial com ambas as mães.

Sendo assim, podemos observar que, dentre os entrevistados, de maneira geral, há a coexistência de dois discursos: o da preponderância dos laços sociais e o da predominância dos laços biológicos no processo de constituição da parentalidade. A lógica de mercado veiculada pelas clínicas de RA e redes sociais das quais as mulheres acessam e participam, por sua vez, alimenta a ênfase da importância dos laços biológicos para as mulheres. As clínicas de RA, ao oferecerem estes serviços, dão voz a esse imperativo, “criando” novas necessidades que podem ser satisfeitas mediante a aceitação das condições e regras destes estabelecimentos e o pagamento pelos serviços.

A ROPA é, portanto, um caso exemplar no âmbito deste debate. Sendo um “produto novo”, é buscada pelo segmento de lésbicas que têm projeto de filiação. Conforma-se, pois, como uma nova necessidade construída, que responde tanto ao desejo dos casais de mulheres quanto à ampliação de mercado das clínicas de reprodução no país. As clínicas de RA vêm oferecendo a ROPA como um novo

⁽ⁱ⁾ No único caso de utilização de TR bem-sucedida dentre as entrevistadas (Lia e Carla), o registro do filho pelas duas mães foi deferido frente à documentação de FIV concedida pela clínica de RA.

serviço já há alguns anos, como relatam as entrevistadas; e a Resolução de 2013 do CFM vem normatizar esta prática, podendo indicar que ela seja uma prática cada vez mais buscada no país.

Dentro desse panorama, colocam-se dois apontamentos: o primeiro diz respeito à diferença em termos do reconhecimento e legitimidade em relação ao uso de TR entre lésbicas e gays. As lésbicas vêm o uso da tecnologia de forma “natural”, enquanto os gays o julgam como artificial. A importância dada à vivência da maternidade em termos de amamentação e de cuidado de bebês figura para as mulheres como significativo para essa escolha. Esta valorização da maternidade e do vínculo biológico erigido entre mulher e criança a partir da gestação faz com que os homens se sintam pouco à vontade em utilizar as TR. Esse contexto revela a ênfase nos laços biológicos em face dos laços afetivos tanto pelos homens quanto pelas mulheres, apesar do fato de que, em seus discursos, esteja presente a importância das *famílias escolhidas*¹⁹, que são baseadas em escolhas afetivas, e não na biologia. O segundo apontamento está intrinsecamente ligado ao primeiro. A medicina é um campo de saber e um campo técnico que responde às práticas sociais, econômicas, políticas e ideológicas da qual também é parte¹¹. As TR, dentro desse contexto, são um representante do desenvolvimento tecnológico e de consumo de serviço médico, sendo a apropriação da vontade de ter filhos, pela medicina parte do processo de *medicalização da sociedade*¹¹. O mercado é ainda ampliado, uma vez que as TR possibilitam que casais de mesmo sexo tenham seus filhos a partir do arranjo entre biologia, ciência, tecnologia e capital, ou seja, por meio de uma combinação entre natureza e cultura, traduzida pela expressão *coreografia ontológica* de Thompson¹³.

Assim, os achados do estudo aqui descrito, o qual têm como enfoque a utilização ou não-utilização de TR por casais de mesmo sexo, contribuem para o levantamento da questão de que, no contexto das TR, pouco se tem olhado para quanto, nessa *coreografia ontológica*, são produzidas novas “necessidades de saúde” e como pouco têm sido consideradas as implicações individuais e sociais advindas desse fato⁽¹⁾. Não obstante, a ainda incipiente problematização destas questões no campo da Saúde Coletiva, os desafios e as tensões entre medicina e sociedade estão colocados, requerendo um olhar crítico sobre seus desdobramentos.

⁽¹⁾ Convém colocar que este movimento acontece com o uso de TR, seja ele feito por casais heterossexuais ou homossexuais.

Colaboradores

Camila Vitule foi responsável pelo desenho do artigo, pela análise inicial dos dados, redação inicial e final do artigo. Marcia Thereza Couto, foi corresponsável pelo desenho do artigo, pela seleção dos eixos analíticos e pela redação final do artigo. Rosana Machin, foi corresponsável pela interpretação dos resultados e pela elaboração do texto final.

Referências

1. Tarnowski FL. Pais assumidos: adoção e paternidade homossexual no Brasil contemporâneo [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
2. Uziel AP. Família e homossexualidade: novas questões, velhos problemas [tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2002.
3. Souza ER. Necessidade de filhos: maternidade, família e (homo) sexualidade [tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2005.
4. Corrêa MEC. Duas mães? Mulheres lésbicas e maternidade [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2012.
5. Machin R. Sharing motherhood in lesbian reproductive practices. *BioSocieties*. 2014; 9(1):42-59.
6. Rotania AA. Biologia moderna, feminismo e ética. In: Scavone L, organizadora. *Tecnologias reprodutivas: gênero e ciência*. São Paulo: Ed. Universidade Estadual Paulista; 1996. p. 167-87.
7. Fonseca C. A certeza que pariu a dúvida: paternidade e DNA. *Estud Fem*. 2004; 12(2):13-34.
8. Machin R. Relações de gênero, infertilidade e novas tecnologias reprodutivas. *Estud Fem*. 2000; 8(1):212-28.
9. Correa MV. *Novas tecnologias reprodutivas: limites da biologia ou biologia sem limites?* Rio de Janeiro: Eduerj; 2001.
10. Donnangelo MCF, Pereira L. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades; 1976.
11. Strathern M. Parentesco por iniciativa: a possibilidade de escolha dos consumidores e as novas tecnologias da reprodução. *Anal Soc*. 1991; 25(114):1011-22.
12. Ramírez-Gálvez MC. *Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: fabricando a vida, fabricando o futuro* [tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2003.
13. Thompson C. *Making parents: the ontological choreography of reproductive technologies*. Cambridge: MIT Press; 2005.
14. Ramírez-Gálvez MC. Razões técnicas e efeitos da incorporação do “progresso tecnocientífico”: reprodução assistida e adoção de crianças. *Soc Estado*. 2011; 26(3):565-85.
15. Ferreira MF. As novas regras para reprodução assistida na Folha de São Paulo [Internet]. In: 9º Congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología y Género; 2011; Sevilla, Espanha [acesso 2013 Maio 20]. Disponível em: <http://www.oei.es/congresoctg/memoria/pdf/FerreiraMaria.pdf>
16. Resolução CFM nº 2013/2013, de 16 de abril de 2013. Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida, anexas à presente resolução, como dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos e revoga a Resolução CFM nº 1.957/10. *Diário Oficial da União*. 9 Maio 2013. Seção 1:119.
17. Resolução CFM nº 1.358/1992, de 11 de novembro de 1992. Adota normas éticas para utilização das técnicas de reprodução assistida. *Diário Oficial da União*. 19 Nov 2011. Seção 1:16053.
18. Strathern M. *After nature: english kinship in the late twentieth century*. Cambridge: Cambridge University Press; 1992.
19. Weston K. *Families we choose: lesbian, gays, kinship*. New York: Columbia University Press; 1997.

20. Finkler K. The kin in the gene: the medicalization of family and kinship in american society. *Curr Anthropol*. 2001; 42(2):235-63.
21. Fonseca C. Homoparentalidade: novas luzes sobre o parentesco. *Estud Fem*. 2008; 16(3):769-83.
22. Patton MQ. *Qualitative evaluation and research methods*. Londres: Sage Publications; 1990.
23. Kendall C, Kerr LRFS, Godim RC, Werneck GL, Macena RHM, Pontes MK, et al. An empirical comparison of respondent-driven sampling, time location sampling and snowball sampling for behavioral surveillance in men who have sex with men, Fortaleza, Brazil. *AIDS Behav*. 2008; 12(4):97-104.
24. Resolução CFM nº 1957/2010, de 15 de Dezembro de 2010. A Resolução CFM nº 1.358/92, após 18 anos de vigência, recebeu modificações relativas à reprodução assistida, o que gerou a presente resolução, que a substitui in totum. *Diário Oficial da União*. 6 Jan 2011. Seção 1:79.
25. Gomes R, Schraiber LB, Couto MT, Valença OAA, Silva GSN, Figueiredo WS, et al. O atendimento à saúde de homens: estudo qualitativo em quatro estados brasileiros. *Physis*. 2011; 21(1):113-28.
26. Luna N. *Provetas e clones: uma antropologia das novas tecnologias reprodutivas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
27. Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 29-47.
28. Strathern M. *Reproducing the future: anthropology, kinship and the new reproductive technologies*. Manchester: Manchester University Press; 1992.
29. Marina S, Marina D, Marina F, Fosas N, Galiana N, Jové I. Sharing motherhood: biological lesbian co-mothers, a new IVF indication. *Hum Reprod*. 2010; 25(4):938-41.
30. Grossi MP. Gênero e parentesco: famílias gays e lésbicas no Brasil. *Cad Pagu*. 2003; (21):261-80.
31. Luce J. *Beyond expectation: lesbian/bi/queer woman and assisted conception*. Canada: University of Toronto Press Incorporated; 2010.

Vitule C, Couto MT, Machin R. Matrimonios del mismo sexo y parentalidad: una mirada sobre el uso de las tecnologías reproductivas. *Interface* (Botucatu). 2015; 19(55):1169-80.

El artículo discute las concepciones de los matrimonios del mismo sexo sobre el uso de Tecnologías Reproductivas (TR) en la efectua ción del proyecto de parentalidad. El estudio de naturaleza cualitativa se basó en entrevistas semi-estructuradas realizadas en 2011 y 2012 con 26 entrevistados, residentes en el Área Metropolitana de São Paulo (12 matrimonios, un hombre y una mujer). En los discursos de las mujeres se señala que los lazos biológicos son preponderantes y ellas tienen la tendencia de querer utilizar las TR, principalmente la ROPA (Recibo del óvulo de la compañera, por sus siglas en portugués). Los hombres, incluso cuando manifiestan el deseo de tener un hijo con vínculo genético, optan por la adopción, entre otros motivos por el recelo del vínculo que pueda establecerse, por medio de la gestación, entre la madre sustituta y el niño. Se discute la medicalización social y cómo la ciencia, la tecnología y el mercado se unen en la creación de necesidades (de salud).

Palabras clave: Tecnología reproductiva. Homosexualidad. Responsabilidad parental.

Recebido em 08/08/14. Aprovado em 13/05/15.