

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA

MARIA ANTONIA ANTUNES CAMARGO

**RELAÇÕES DE PODER E PLANEJAMENTO FAMILIAR: ANÁLISE DO
PROGRAMA DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA NO SUS PARA CASAIS
HOMOAFETIVOS**

Sant'Ana do Livramento

2024

MARIA ANTONIA ANTUNES CAMARGO

**RELAÇÕES DE PODER E PLANEJAMENTO FAMILIAR: ANÁLISE DO
PROGRAMA DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA NO SUS PARA CASAIS
HOMOAFETIVOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Direito da Universidade Federal do
Pampa, como requisito parcial para obtenção do
Título de Bacharel em Direito.

Orientadora: Vanessa Dorneles Schinke

Sant'Ana do Livramento

2024

Ficha catalográfica elaborada automaticamente com os dados fornecidos
pelo(a) autor(a) através do Módulo de Biblioteca do
Sistema GURI (Gestão Unificada de Recursos Institucionais) .

C332r Camargo, Maria Antonia

Relações de poder e planejamento familiar: Análise do
programa de reprodução assistida no SUS para casais
homoafetivos / Maria Antonia Camargo.

73 p.

Trabalho de Conclusão de Curso(Graduação)-- Universidade
Federal do Pampa, DIREITO, 2024.

"Orientação: Vanessa Schinke".

1. Reprodução assistida. 2. Famílias homoafetivas. 3.
Sistema Único de Saúde. 4. Direito à Saúde. 5. Planejamento
familiar. I. Título.

MARIA ANTONIA ANTUNES CAMARGO

**RELAÇÕES DE PODER E PLANEJAMENTO FAMILIAR: ANÁLISE DO
PROGRAMA DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA NO SUS PARA CASAIS
HOMOAFETIVOS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Direito da
Universidade Federal do Pampa, como
requisito parcial para obtenção do Título de
Bacharel em Direito.

Trabalho de Conclusão de Curso defendido e aprovado em: dia, mês e ano.

Banca examinadora:

Prof. Dra. Vanessa Dorneles Schinke
(UNIPAMPA)

Banca
(Faculdade)

Banca
(Faculdade)

Dedico este trabalho aos meus pais Antonio e Quena, por sempre terem provido o melhor que puderam em meio uma vida inteira de trabalho exaustivo e pelo incentivo aos meus estudos “para que eu nunca dependa de ninguém”. Minha força vem de vocês.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais Antonio e Quena. Obrigada por sempre me colocarem em primeiro lugar, por abdicarem de si em prol de mim. Jamais serei capaz de retribuir tudo o que vocês já fizeram por mim, e é difícil por em palavras o quão grata eu sou. Agradeço vocês enquanto pais e enquanto pessoas, que me inspiram tanto. Apenas nós sabemos de tudo o que vocês já passaram e ainda passam na rotina exaustiva de trabalho que levam, e o quanto meus estudos sempre foram incentivados por vocês. Vocês não tiveram oportunidade de estudar, já que não tiveram escolha senão trabalhar, mas hoje eu realizo esse sonho por nós. Me orgulho e amo vocês de todo o meu coração.

Isabela, minha inspiração e meu grande amor. Obrigada por segurar a minha mão e por sermos nós em qualquer lugar do mundo. Teu amor me acolheu e me acrescentou imensamente. Em meio aos estudos da OAB, da escrita do TCC e de todos os meus medos e anseios, foste tu quem esteve comigo em todo o tempo, auxiliando em tudo o que pôde e me dando uma força imensurável. Sem ti não seria possível, obrigada pela vida que construímos e pela nossa rotina de todos os dias (pelas nossas filhas felinas e pelas que virão). Eu te amo. Estendo estes agradecimentos à tua família, que me acolheu tão rapidamente e me fez sentir em casa.

À minha amiga de infância Mariana Garcia, minha ruivinha tão amada. Amiga, desde os primórdios do ensino fundamental, já te via como uma inspiração. Obrigada por todas respostas das provas de matemática e por se manter uma certeza na minha vida. A tua amizade me ensinou e me ensina muito e eu serei eternamente grata por ter te encontrado nessa vida. Seremos nós pra sempre, até velhinhas, tomando um café e fofocando (Maurício, tu estás incluso no convite). Teu sucesso sempre será certeza para mim, e eu sempre estarei lá para te aplaudir. Eu te amo flor de maracujá.

Às minhas amigas que surgiram na graduação, mas que viraram família: Beatriz, Larissa e Luana. Amigas, espero que saibam a importância que têm para mim. Em todos os momentos que precisei, vocês estenderam o ombro e estiveram presentes. Muito além da sala de aula, estivemos muitas vezes na sala da casa da Bia, discutindo sobre a vida e sobre qualquer assunto da forma mais passional possível. Jamais esquecerei dos momentos que passamos juntas, e dos que ainda passaremos. Amo vocês.

À Defensoria Pública de Sant'Ana do Livramento, os servidores, terceirizados, estagiários e defensores. Em especial, a 2ª DPE, a equipe de família e sucessões que estagio desde julho de 2022. Estar na DPE e trabalhar com família é ver cotidianamente a sensibilidade dos assuntos familiares, que são tocados por uma vulnerabilidade extrema, famílias desestruturadas e conflitos que perpassam por assuntos variados, mas que demonstram a importância da construção sólida de laços familiares. Agradeço à defensora Luciana Zuheir Badra Guerra, por demonstrar em sua atuação diária a sensibilidade com que as pessoas devem ser tratadas e enxergadas, e por ser grande inspiração de profissional. Ainda, agradeço a todas as configurações de equipes de estagiários com quem trabalhei, pessoas muito capazes e competentes, que alcançarão o sucesso onde for.

À minha orientadora, professora Vanessa Dorneles Schinke, que teve total importância para o desenvolvimento desta pesquisa, indicando o trabalho de autores que acrescentaram e muito neste TCC. Por se interessar pelo tema por mim trazido desde que a ideia surgiu e por incentivar o desenvolvimento deste trabalho. Obrigada pela orientação tão importante.

Finalmente, agradeço à Universidade Federal do Pampa, por ofertar educação gratuita e de qualidade à população das cidades do interior do estado e por sua tamanha importância em garantir a mudança de vida de tantas pessoas.

“[...] a isonomia entre casais heteroafetivos e pares homoafetivos somente ganha plenitude de sentido se desembocar no igual direito subjetivo à formação de uma autonomizada família. Entendida como um núcleo doméstico independente de qualquer outro e constituído, em regra, com as mesmas notas factuais da visibilidade, continuidade e durabilidade. Pena de se consagrar uma liberdade homoafetiva pela metade ou condenada a encontros tão ocasionais quanto clandestinos ou subterrâneos. Uma canhestra liberdade “mais ou menos”, para lembrar um poema alegadamente psicografado pelo tão prestigiado médium brasileiro Chico Xavier, que, iniciando pelos versos de que “A gente pode morar numa casa mais ou menos,/ Numa rua mais ou menos,/ Numa cidade mais ou menos” assim conclui a sua lúcida mensagem: “O que a gente não pode mesmo, nunca, de jeito nenhum, é amar mais ou menos, é sonhar mais ou menos, é ser amigo mais ou menos (...) senão a gente corre o risco de se tornar uma pessoa mais ou menos”. (Trecho do Voto do Ministro Relator Ayres Britto no julgamento da ADI 4.277)

RESUMO

A Reprodução Assistida é um conjunto de práticas utilizadas pela medicina para auxiliar a reprodução humana, por meio de manipulação de gametas masculinos e femininos, e pode ser utilizada por todos os indivíduos, se capazes. Para garantir o acesso das técnicas pela população, foi implementado no Sistema Único de Saúde (SUS) política de acesso à reprodução assistida. Dentro disso, o problema desta pesquisa visa entender de que modo a política de assistência à reprodução assistida no SUS assiste aos casais homoafetivos e possui como hipótese a falta de assistência, considerando as exigências para uso do programa. Isto posto, o objetivo do presente trabalho é investigar de que forma opera o programa de reprodução assistida no SUS, e de que forma é acessado por mulheres homossexuais. Para alcançar este fim, foi utilizado como metodologia a pesquisa empírica, sob o viés qualitativo, por meio de pesquisa de portarias e legislações que regulam os direitos reprodutivos e reprodução assistida, bem como, análise da Constituição Federal. Aliado a isso, a pesquisa foi intermediada por consulta a artigos científicos, livros, publicações e jurisprudência sobre o tema, e ainda dados obtidos por hospitais do Rio Grande do Sul que possuem a política. Com base no exposto, restou evidenciado que há grave omissão estatal nos planos familiares de mulheres homossexuais, tanto que o programa que garante o acesso às técnicas de reprodução assistida pelo SUS não pode ser por elas utilizado. Salienta-se, portanto, indubitável inconstitucionalidade no cumprimento do direito ao planejamento familiar destas pessoas, completamente ignoradas por uma política desatualizada e que não considera as famílias homoafetivas.

Palavras-chave: Reprodução assistida; Famílias homoafetivas; Sistema Único de Saúde; Direito à saúde; Planejamento familiar.

ABSTRACT

Assisted Reproduction is a set of practices used by medicine to aid human reproduction, through the manipulation of male and female gametes, and can be used by all individuals if they are capable. In order to ensure that the population has access to these techniques, the Unified Health System (SUS) has implemented a policy on access to assisted reproduction. The problem of this research is to understand how the policy of assisted reproduction in the SUS assists homosexual couples and its hypothesis is that there is a lack of assistance, considering the requirements for using the program. The aim of this study is to investigate how the assisted reproduction program in the SUS operates and how it is accessed by homosexual women. To achieve this, the methodology used was empirical research, with a qualitative bias, through research into ordinances and legislation that regulate reproductive rights and assisted reproduction, as well as an analysis of the Federal Constitution. In addition, the research was mediated by consulting scientific articles, books, publications and case law on the subject, as well as data obtained from hospitals in Rio Grande do Sul that have the policy. Based on the above, it became clear that there is a serious state omission in the family plans of homosexual women, so much so that the program that guarantees access to assisted reproduction techniques through the SUS cannot be used by them. There is therefore no doubt that the right to family planning is unconstitutional for these people, who are completely ignored by an outdated policy that does not take homosexual families into account.

Keywords: Assisted reproduction; Homosexual families; Single health system; Right to health; Family planning.

LISTA DE ABREVIATURAS

Art. – Artigo

n. – Número

p. – Página

LISTA DE SIGLAS

ADI – Ação Direta de Inconstitucionalidade
ADPF – Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CC – Código Civil
CFM – Conselho Federal de Medicina
CJF – Conselho de Justiça Federal
CNJ – Conselho Nacional de Justiça
FIV – Fertilização in Vitro
GHC – Grupo Hospitalar Conceição
HBSAG – Hepatite B
HCPA – Hospital das Clínicas de Porto Alegre
HCV – Hepatite C
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
HTLV – Vírus-T Linfotrópico Humano do Tipo I
HTLV II - Vírus-T Linfotrópico Humano do Tipo II
IBDFAM – Instituto Brasileiro de Direito de Família
ICSI – Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoides
IIU – Inseminação intrauterina
LGBTQIA+ - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queer, Intersexo, Assexuais e outras
RA – Reprodução Assistida
RHA – Reprodução Humana Assistida
REsp – Recurso Especial
SIC – Serviço de Informações ao Cidadão
STJ – Superior Tribunal de Justiça
SUS – Sistema Único de Saúde
TRA's – Técnicas de Reprodução Assistida

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
2.A HISTÓRIA DE SER FAMÍLIA.....	19
2.1. A HISTÓRIA DA FAMÍLIA, AS ADAPTAÇÕES DA MATERNAGEM ENTRE OS GÊNEROS E O EMERGIR DA AFETIVIDADE COMO PRINCÍPIO BASILAR DO GRUPO FAMILIAR.....	19
2.2. O DEVER DE CUIDADO ATRIBUÍDO À MULHER, A HETERONORMATIVIDADE E SEUS EFEITOS NA CRIAÇÃO DE INFANTES	24
2.3. O RECONHECIMENTO DA FAMÍLIA HOMOAFETIVA NO CORPO SOCIAL E NO CONTEXTO JURÍDICO	31
3. O REPRODUZIR E PLANEJAR COMO DIREITOS: SOB VIÉS DE GARANTIA E NÃO DE COERÇÃO	35
3.1. OS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS.....	35
3.2. O PLANEJAMENTO FAMILIAR COMO DIREITO FUNDAMENTAL E SUA REGULAMENTAÇÃO NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO	37
3.3. A ORIGEM DAS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA NO BRASIL	42
3.4. A NORMATIZAÇÃO DAS TRA'S: EM QUE O SISTEMA JURÍDICO REGULAMENTA OS PROCEDIMENTOS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA	44
4. AS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA NO SUS E A POLÍTICA PÚBLICA DISCRIMINATÓRIA AOS CASAIS E MULHERES HOMOSSEXUAIS ...	50
4.1. AS MODALIDADES DE PROCEDIMENTOS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA ELEGÍVEIS PARA CASAIS HOMOAFETIVOS E A POPULARIZAÇÃO DA INSEMINAÇÃO CASEIRA.....	50
4.2. NO ÂMBITO DO SUS: ESTUDO DA PORTARIA Nº 426 DE 2005 E PORTARIA DE Nº 3.149 DE 2012 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	56
4.3. A PRÁTICA HOSPITALAR: ORGANIZAÇÃO DOS HOSPITAIS DO RIO GRANDE DO SUL QUANTO À POLÍTICA DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA DO SUS	60

4.4. A PROCURA PELO DIREITO A MATERNAR: ANÁLISE DE JULGADOS EM RELAÇÃO ÀS TRÁS	63
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS.....	70

1. INTRODUÇÃO

A família tem como princípio basilar a afetividade, hodiernamente. Todavia, não foi moldada com tal configuração desde os primórdios. Ao longo de sua existência, passou a ter sentidos divergentes, abarcando ser mão-de-obra barata, em que os filhos eram gerados para trabalhar e prover o sustento do núcleo familiar.

A vida rural aproximou os integrantes da família de modo em que não havia distanciamento em que se impusesse papéis definidos para cada um, o que foi modificado com a mudança das famílias para o ambiente urbano, em que se determinou que a mulher cuidaria dos filhos, enquanto o homem iria para o trabalho – longe de casa, para prover para a família. Aliado a isso, estava o sentido de dominação do homem sobre a mulher, o contexto patriarcal, que contribuiu fortemente para que homens tivessem livre acesso a espaço público e para que mulheres ficassem restritas aos espaços privados e fossem as principais responsáveis pelas tarefas de cuidado não remunerado.

Em virtude de tal modificação, as definições dos papéis de gênero foram solidificadas, impondo que a mulher tivesse o dever de cuidar da prole e exercer as tarefas domésticas, o que não se impunha ao homem, que por trabalhar fora de casa e obter remuneração, tinha o poderio sobre a família – contexto reafirmado pelo colonialismo. O avanço da sociedade frente ao contexto colonialista, junto de modificações históricas, permitiu um sentido mais afetivo à família, ao mesmo passo que reafirmaram questões que perpassam a sociedade atual como convencionais, tais como a maternidade exercida pela mulher e seu trabalho pouco valorizado pois exercido dentro de casa.

O dever de cuidado, aliado à heteronormatividade propagados pela coletividade, criaram um modelo de ser, que põe à margem quem não se enquadra neste parâmetro. Por esta razão é que as configurações de famílias homoafetivas não eram vistas na sociedade, não porque não existiam, mas porque sofreram, e sofrem, com uma invisibilização que as apaga constantemente. As famílias homoafetivas existiram, existem e existirão. Necessário destacar, a partir disso, a importância das técnicas de reprodução assistida (TRA's) para possibilitar que mulheres homossexuais que desejam gestar, assim o façam, e formem suas famílias da forma que possuem direito a fazer.

Como retomada história do uso de tais procedimentos, cabe salientar que as TRA's passaram a ser utilizadas no Brasil em meados dos anos 1970, momento em que emergiram no corpo social como instrumento resolutivo ao tratamento de doenças, como infertilidade. Pelo fato de ser utilizado somente como recurso de cura, se permite auferir que o público-alvo eram pessoas heterossexuais, que buscavam, mais comumente com os seus parceiros, a possibilidade de tratar uma doença e reproduzir. A partir do reconhecimento das famílias homoafetivas a partir de julgados no sistema judiciário, o Conselho Federal de Medicina permitiu a utilização destes procedimentos para qualquer pessoa capaz, independentemente de sua orientação sexual.

Este avanço permitiu que muitas famílias pudessem ter acesso aos procedimentos, o que possibilitou a primeira onda da efetivação do direito de gestar. Entretanto, há recorte financeiro que limita o acesso aos procedimentos, que são permitidos, mas podem ser efetivados somente por famílias com grande aporte financeiro, dado o custo da utilização destas. Para exemplificar, o custo da inseminação artificial ou inseminação intrauterina no ano de 2024, em média, se dá no parâmetro de três mil reais a sete mil reais (Rocco, 2024). Enquanto isso, a fertilização *in vitro* tem o custo de quinze mil reais a vinte e cinco mil reais por ciclo – ou seja, se a paciente não obtiver sucesso em sua primeira tentativa, necessitará adimplir novamente com a quantia acima (Konotop, 2024).

A partir daí, investigar-se-á a reprodução assistida no Sistema Único de Saúde (SUS), que é tema de limitado conhecimento populacional, pois há evidente desconhecimento quanto à existência de tal política pública, haja vista não haver a disseminação necessária que se impõe à sua efetividade – dada a grande relevância de um mecanismo estatal que garanta o acesso às técnicas de reprodução assistida. Dentro disso, o problema de pesquisa do presente trabalho visa entender de que modo a política de assistência à reprodução assistida no SUS assiste aos casais homoafetivos e possui como hipótese a falta de assistência, considerando as exigências para uso do programa.

Em virtude disso, o presente trabalho se justifica em razão da relevância do estudo quanto ao funcionamento desta política e de que forma podem ser acessadas pela população em geral, especialmente a homoafetiva, dada a importância estatal e a constitucionalidade em garantir a efetividade do direito ao planejamento familiar,

para que não se concentre o poder de reproduzir nas mãos de somente uma população: rica e heterossexual.

A metodologia científica utilizada baseou-se na pesquisa empírica, que no campo do direito é conhecida por alinhar as questões jurídicas e sociais, buscando entender a temática sob um viés amplo, que considere os diferentes contextos da coletividade, não baseando-se somente no direito positivado, conforme Igreja (2017, p.11). Sobretudo, foi realizada sob o método qualitativo, que segundo Charles Ragin (2007, p. 73), possui como finalidade dar voz aos grupos sociais marginalizados e com isso, contribuir para o crescimento da pesquisa sobre estes. Para isso, foi realizada pesquisa de portarias e legislações que regulam os direitos reprodutivos e a reprodução assistida, bem como, feita análise da Constituição Federal no mesmo sentido. Ainda, o estudo foi intermediado por consultas a artigos científicos, livros, publicações e jurisprudência que envolvam o tema. Sequencialmente, foi realizada pesquisa por meio de dados fornecidos por hospitais que possuem a política de reprodução assistida pelo SUS no estado do Rio Grande do Sul.

A presente pesquisa foi dividida em três capítulos, sendo que no primeiro discutiu-se acerca da história da família e suas modificações durante o tempo, além disso a forma com que foi construído o dever de cuidado imposto à mulher e a maneira com que a heteronormatividade impacta na criação de novos infantes e na criação de novas famílias. Além disso, conceituar as famílias homoafetivas e sua reafirmação no corpo social advinda de decisões no ordenamento brasileiro.

No segundo capítulo, busca-se definir os direitos sexuais e reprodutivos, o local em que se encontra juridicamente o direito ao planejamento familiar e a conceituação das técnicas de reprodução assistida e a normatização do tema, o que será realizado por meio de análise da Constituição Federal e de legislações esparsas que envolvem a temática

Por fim, o terceiro capítulo, está organizado para primeiramente entender quais as TRA's elegíveis às mulheres homossexuais, expor a popularização da inseminação caseira (o que justifica a falha estatal em garantir a reprodução de modo seguro à esta população), após, estudar as Portarias do Ministério da Saúde sobre as TRA's no SUS, a destinação de recursos e os dados obtidos quanto ao modo em que ocorre a efetivação dessa política e por fim, a jurisprudência no que tange ao acesso aos procedimentos, a fim de que se demonstre para quem está voltada esta política.

2. A HISTÓRIA DE SER FAMÍLIA

A família é uma construção cultural. Dispõe de estruturação psíquica, na qual todos ocupam um lugar, possuem uma função [...], sem, entretanto, estarem necessariamente ligados biologicamente. É essa estrutura familiar que interessa investigar e preservar em seu aspecto mais significativo, como um LAR: Lugar de Afeto e Respeito. (Dias, (2017, p. 37).

A família, durante os anos, modificou-se de modo a acolher as suas mais variadas formas. Ao longo de diversos períodos, teve como intuito ser mão de obra, teve funções e lugares demarcados de seus integrantes, e acabou por focar na afetividade entre os componentes de uma família - momento em que os laços consanguíneos passaram a ser ressignificados ao lado de outros laços igualmente relevantes.

A partir desse movimento, o conceito de família passou a ser muito mais abrangente, incluindo todos os seus membros, a fim de que os laços afetivos sejam o centro dessa composição. Nesse capítulo, o intento é entender a história da família e o seu desenvolvimento e modificações durante o tempo. Além disso, abordar o dever de cuidado e a heteronormatividade na criação de infantes e por fim, conceituar as famílias homoafetivas e seu surgimento reafirmado no corpo social.

2.1. A HISTÓRIA DA FAMÍLIA, AS ADAPTAÇÕES DA MATERNAGEM ENTRE OS GÊNEROS E O EMERGIR DA AFETIVIDADE COMO PRINCÍPIO BASILAR DO GRUPO FAMILIAR

A família surge como a base da sociedade, construída, nos primórdios, com o intuito de procriar para ter mão de obra para o trabalho. A mulher, nesse contexto, era vista como a cuidadora do lar, responsável pela criação dos filhos e subordinada ao marido.

No direito romano a família era organizada sob o princípio da autoridade. O *pater familias* exercia sobre os filhos direito de vida e de morte. Podia, desse modo, vendê-los, impor-lhes castigos e até mesmo tirar-lhes a vida. A mulher era totalmente subordinada à autoridade marital e podia ser repudiada por ato unilateral do marido. (Gonçalves, 2018, p. 31)

Desse modo, pouco se falava acerca da humanização e individualização das pessoas integrantes da família como seres únicos e individuais, ao mesmo tempo que

se impunha a cada um uma função implícita, haja vista o sentido da família ser outro. Os filhos eram sinônimo de lucro, feitos para trabalhar. A mulher devia servir ao marido. E o homem era responsável por prover para a casa, enquanto exercia a autoridade sobre o resto da família. Conforme narra Silvia Federici em sua obra *O Calibã e a Bruxa*, a maternidade passou a ter sentido opressivo, à medida que o corpo das mulheres era enxergado como objeto de controle social – de modo que passava por um processo de submissão que a apagava como pessoa, em prol do nascimento de crianças.

Federici (2004), faz a metáfora da maternidade, equiparando-o a um trabalho forçado, no sentido de que as mulheres eram obrigadas a maternas e reproduzir, para após serem diminuídas neste fim para o resto da vida – obrigadas a cuidar *como ninguém*, e finalmente pudessem ter suas vidas individuais apagadas.

Arendt (1995) aborda que a esfera familiar, na Grécia Antiga, era muito mais próxima - de modo que a família supria as suas necessidades estando na companhia um dos outros, não se pressupondo um contexto distante de núcleo familiar. Cita, ainda, que “a comunidade natural do lar decorria da necessidade: era a necessidade que reinava sobre todas as atividades exercidas no lar” (Arendt, 1995, p.40).

No contexto histórico, Algrantí (1997, p. 152), traz a diferenciação entre os núcleos urbanos e rurais em seus contextos familiares. No primeiro, nota-se que os membros da família são mais sociáveis, e correlacionam-se com o mundo de modo mais abrangente. Enquanto isso, no segundo, há predominância de maior intimidade, já que o trabalho e família estão no mesmo ambiente, fator que dificulta a determinação de espaços privados. Conforme Moura e Araújo (2004, p. 48): “No interior da casa, trabalho e convivência familiar sobrepunham-se, e pouca ou nenhuma distinção se fazia no uso dos cômodos.”

No Brasil, assim como na Europa, o desenvolvimento da organização e dos sentimentos presentes na família moderna, incluindo aqueles relacionados à maternidade e aos cuidados maternos, foi marcado pelas intensas modificações ocorridas pela ascensão burguesa no final do século XVIII, embora aqui revestidas de características específicas à condição de país colônia que se vê subitamente elevado à sede do governo português. (Moura e Araújo, 2004, p.48)

A partir disso, Moura e Araújo (2004) referem que a transferência da corte real para o Rio de Janeiro trouxe uma “reeuropeização” dos costumes havidos entre os

indivíduos, aliados a partir daí com a cultura europeia do higienismo¹, que valorizava a família afetiva no século XIX, no intento de que a família colonial fosse ressignificada - processo de importante dificuldade, haja vista os valores propagados colonialmente.

Entre as principais características da família colonial, encontrava-se a valorização do poder paterno. A mulher e os filhos, assim como os demais membros da parentela, interessavam apenas enquanto elementos a serviço do patriarca, e viam na figura do homem não só o protetor, como o patrão, uma vez que a casa colonial funcionava como pequena unidade de produção, dependendo minimamente de outras instâncias para organizar a satisfação de suas necessidades de consumo. (Moura e Araújo, 2004, p. 49).

Fato é que a posição patriarcal do homem foi significativamente reafirmada no contexto colonial, em que era tido como o *chefe* da família, sentido que se tentava modificar. Cabe realizar um parêntese, entretanto, que ao passo que o higienismo tentava revolucionar a conceituação de família por criticar o colonialismo, disseminava práticas racistas e discriminatórias - que por sua vez, excluem famílias que estão na margem. Ainda, o processo de higienização teve efeito específico sobre a mulher, conforme narra Moura e Araújo (2004), momento em que se determinou a dita *mãe higiênica* - em que se atacava o aleitamento mercenário², bem como, a influência das amas de leite e dos escravos em sua convivência com as crianças.

O processo de higienismo em relação à mãe intenta combinar discursos médicos e sociais, ao mesmo passo que se fundamentava em práticas racistas, reforçando os moldes da época. Trata-se de figura controversa, ao mesmo tempo que objetivava responsabilizar as mães pelos cuidados de suas crias, fundamentava-se o discurso em culpabilizar os escravos por exercerem suas funções.

O comportamento comum na sociedade da época, de recusa ao aleitamento materno foi codificado também no Brasil pelo discurso higiênico como uma infração às leis da natureza, o que permitiu não somente a culpabilização das infratoras, mas a instalação de um sentimento de anomalia. Além disso, a insistência quanto à amamentação permitiu que se regulasse a vida da mulher, confinando-a por um longo período ao ambiente doméstico (os períodos de aleitamento se estendiam por dois anos ou mais) [...]. Também aqui, os cuidados maternos passam a ser valorizados e esse novo olhar sobre a criança possibilitou a manifestação do “amor materno” que tornou-se não somente desejável como “natural”. Assim, por todo o século XIX, deu-se adaptação do modelo de família burguesa europeia à sociedade colonial brasileira. (Moura e Araújo, 2004, p. 49)

¹ O movimento higienista propunha a defesa da saúde, da educação pública e o ensino de novos hábitos higiênicos pela medicina social (Góis Junior e Lovisolo 2003). Contudo, possuía em suas propostas conteúdo preconceituoso, social e racialmente, o que levou à marginalização de minorias, ainda que tenha contribuído com saneamento e saúde pública.

² Aleitamento realizado por amas de leite, escravas.

Do que se extrai da leitura, o desenvolvimento da *mãe higienista* tratou-se de prática que visou regular a vida da mulher, que a partir de agora deveria dedicar-se ao seu filho e ao processo de amamentação, julgando quem assim não fizesse, já que fora instaurado um sentimento de *anormalia* em quem terceirizava os cuidados de seus filhos. Por fim, retrata-se que, paulatinamente, o amor de mãe tomou força, como visava desde o princípio de implementação do novo modelo de família advindo da Europa.

A contemporaneidade transformou o sentido do amor materno, já que para Chodorow (1990), o papel da mulher no cuidado com os filhos se tornou “tanto mais exclusivo quanto menor se tornava a determinação biológica para a maternidade” (Moura e Araújo, 2004, p. 49). Além disso, em meados na década de 80, deixou-se de se falar de uma maternidade compulsória, pressuposta a todas as mulheres, para focar em uma escolha do casal. Neste sentido, o trecho a seguir:

Segundo a autora, na década de 80, as representações de maternidade/paternidade deixam de ser percebidas como auto-evidentes e passam a ser vistas como situações sujeitas à elaboração e discussão pelo casal. Esse processo exige forte investimento emocional do homem e da mulher, que devem buscar uma “nova maternidade” e uma “nova paternidade” correspondente. Na referida construção, a valorização do compromisso emocional do casal com a criança intensifica-se, iniciando-se já na gravidez. (Moura e Araújo, 2004, p. 50)

Denota-se que no processo de conexão da mulher com o bebê, visando tornar-se uma relação, a tecnologia passou a possuir grande importância, já que o feto passou a ser construído enquanto ainda era um feto, por meio de registros como o ultrassom obstétrico, em que se permite ouvir o coração do bebê, assim como vê-lo (Moura e Araújo, 2004, p. 51). Com o advento da afetividade, despontou uma nova e ultrapassada visão da mulher de forma simultânea, em que era reduzida, novamente, ao momento em que seria mãe.

Embora valorizada e extremamente investida afetivamente, a gravidez não podia tornar-se central e exclusiva na vida das mulheres, o que representaria um retrocesso à forma tradicional de vivenciá-la; o papel feminino deveria conter a maternidade, sem deixar-se englobar por ela. Contrariando tamanha ênfase na gestação e no feto, surgia nas mulheres das classes médias uma frequente irritação ao verem-se reduzidas ao papel materno, mesmo quando isso ocorria através de gentilezas e concessões à sua condição de gestante. Mesmo o tradicional vestuário de grávida era recusado, tendência que se confirmou posteriormente, até o total desaparecimento de trajes específicos da gravidez. (Moura e Araújo, 2004, p. 51)

Em virtude disso, conforme Moura e Araújo (2004) na década de 90, a exibição da barriga durante a gravidez foi normalizada, mas associada ao uso de roupas que trouxesse juventude, a fim de que a mulher pudesse ser vista não somente como grávida. Ainda que tenha havido avanços posteriores, a mulher, hodiernamente, segue ocupando a posição de mãe na sociedade, fato que deriva de uma construção da sociedade ocidental – e se espera que esta corresponda, ainda que não queira, e se corresponder, que cuide sem auxílio de mais ninguém.

Em suma, o sentido da família passou a ser outro a partir da Revolução Industrial, em que a necessidade da sociedade era de força de trabalho em quantidade, para que mais se produzisse. Neste momento é que a mulher começa a adentrar o mercado de trabalho, compartilhando com o homem a função de prover para a casa, assumindo nova posição no núcleo familiar, com isso, trouxe uma modificação nítida à estrutura da família, que passou por diferenciação no modo de se afirmar como uma. Conforme Dias (2017, p. 38):

A família migrou do campo para as cidades e passou a conviver em espaços menores. Isso levou à aproximação dos seus membros, sendo mais prestigiado o vínculo afetivo que envolve seus integrantes. Surge a concepção da família formada por laços afetivos de carinho, de amor. (Dias, 2017, p.38)

A afetividade, paulatinamente, foi ganhando força e se tornando o que inspira a família a ser o que é atualmente, visto que pouco se vê um contexto familiar que não tenha o carinho, afeto e amor como seu princípio básico. Em virtude disso é que a afetividade passou a ocupar o lugar principal nessa relação em que os membros estavam ali para serem úteis, ou para respeitar as ordens daquele que exerce a autoridade. E é o entendimento da autora Maria Berenice dias, que expõe que com a decorrência do afeto, a família ganhou sentido mais humano, mais aconchegante e amoroso, de modo que além de melhorar a relação entre os seus componentes, houve melhora concomitante da visão externa da entidade familiar (2021).

Pelo exposto é que Maria Berenice Dias cita: o elenco fundante do direito das famílias é a afetividade (2021, p.77). Afinal, apesar das históricas composições familiares despontarem como contextos autoritários e da determinação de funções

aos seus componentes, nada além da afetividade solidificou e abarcou tantos indivíduos, a ponto de poder ser considerada o princípio que move as famílias.

2.2. O DEVER DE CUIDADO ATRIBUÍDO À MULHER, A HETERONORMATIVIDADE E SEUS EFEITOS NA CRIAÇÃO DE INFANTES

Em virtude do desenvolvimento do capitalismo e o sistema de trabalho hodiernamente considerado o *convencional*, em que se pressupõe que uma das partes deve sair de casa para trabalhar, enquanto a outra cuida dos filhos é que se consolidou ser tarefa da mãe estar em direto contato com as suas crianças, e a elas e ao marido servir, enquanto o homem provê para a casa. Enquanto isso, a mulher se acostuma com o que dever que lhe foi imposto, inicia um novo dia e reproduz aquilo que é seu dever para o resto da vida.

Faria & Nobre (1997), na esteira dessa análise de Arendt, afirmam que com a consolidação do capitalismo, cristaliza-se a divisão entre as esferas pública e privada e que esta última é considerada como o lugar próprio das mulheres, do doméstico, da subjetividade, do cuidado; enquanto a esfera pública é considerada como o espaço dos homens, dos iguais, da liberdade, do direito. Prescreve-se, então, às mulheres, a maternidade e os cuidados que dela derivam com relação à preservação da casa e dos filhos bem como a tarefa de guardião do afeto e da moral da família. Embora prescritos, esses papéis são assumidos e revelam-se como mediações que concorrem para os diversos níveis de alienação. Naturalizado, rotineiro, repetitivo, o cuidado do outro atribuído às mulheres se distancia de qualquer teleologia e aparece como uma causalidade que se impõe sobre a forma de uma tolerância avessa à práxis humana [...] (Guedes e Daros, 2009, p. 126).

Lispector (1975) narra que “viver é extremamente tolerável”, e tolerando e aceitando o encargo que lhe foi imposto, é que o dever de cuidado atribuído à mulher tornou-se rotina, a sua maior atribuição, de modo que sua inteira existência se resumia a cuidar. Era, portanto, desde os primórdios, uma constante imutável, algo que lhes pertencia por si só - a única razão pela qual nasciam, cresciam e morriam, e pelo qual deveriam abdicar quaisquer de suas vontades e ambições.

Os ovos estalam na frigideira, e mergulhada no sonho preparo o café da manhã. Sem nenhum senso da realidade, grito pelas crianças que brotam de várias camas, arrastam cadeiras e comem, e o trabalho do dia amanhecido começa gritado e rido e comido, clara e gema, alegria entre brigas, dia que é o nosso sal e nós somos o sal do dia, viver é extremamente tolerável, viver ocupa e distrai, viver faz rir (Lispector, 1975, p. 64)

Neste sentido está o exposto por Guedes e Daros (2009), que cita que a naturalização da mulher como cuidadora está vinculado ao lugar que ocupa na família, seja como companheira, esposa, filha, mãe, tia ou avó - o seu dever de cuidado, em qualquer dos lugares que ocupa é certeza, afinal, basta que seja mulher para que seja posta neste encargo. Isto post, não se confere importância ao fato da mulher exercer uma profissão para além do trabalho em casa, já que iniciam e finalizam o dia cuidando de todos em sua volta.

Às mulheres, ainda que exerçam atividades profissionais não vinculadas ao ato de cuidar, impõem-se a responsabilidade pelo cuidado de seus familiares ou porque estes se encontram em desenvolvimento (crianças e adolescentes) ou porque, em decorrência de avançados processos de envelhecimento ou adoecimento, necessitam de cuidados intensivos. As mulheres têm, portanto, na construção da sociabilidade burguesa, ampliada a teia de mediações que concorrem para o processo de alienação que coíbe a possibilidade de realização de projetos livres. Cuidar dos familiares, dos companheiros, em concomitância com as atividades sócio-ocupacionais, para cumprir normas historicamente criadas e interpretadas como inerentes à natureza feminina, tornam-se aspectos de uma realidade que tende a desprender-se de seus sujeitos e apresentar-se como eterna. (Guedes e Daros, 2009, p. 123)

Evidencia-se, assim, que a mulher deixa de ser considerada como singular e passa a ter sentido que a restringe a procriar, visto que vive para perpetuar outros de si - cumprido o seu papel, passa a não ter importância como individual. Na metáfora de Clarice Lispector (1975), a galinha está ali para que o ovo possa ser concebido, do mesmo modo que a mãe para seus futuros filhos.

A galinha é diretamente uma escolhida. - A galinha vive como em sonho. Não tem senso de realidade. Todo o susto da galinha é porque estão sempre interrompendo o seu devaneio. A galinha é um grande sono - A galinha sofre de um mal desconhecido. O mal desconhecido da galinha é o ovo. (Lispector, 1975, p. 60)

Anzaldúa (1987) aborda em suas obras as vivências de uma mulher *Chicana*, que viveu na fronteira e entende, por tantas razões, o que é estar na margem. Neste teor, quanto às diferenciações de gênero e sexismo, aborda que os homens elaboram leis e regramentos, enquanto as mulheres os transmitem, da forma que previamente decidido pelos *machos* e de maneira que fiquem sempre em sua sombra. Vejamos:

A cultura é feita por aqueles no poder - homens. Os homens fazem as regras e as leis; as mulheres as transmitem. Quantas vezes eu ouvi mães e madrastas dizerem aos seus filhos para baterem em suas esposas por não os obedecerem, por serem *hociconas* (bocas grandes), por serem *callajeras* (irem visitar e fofocar com os vizinhos), por esperarem que os seus maridos ajudassem na criação das crianças ou no trabalho de casa, por quererem ser algo além donas de casa. (Anzaldúa, 1987, p. 16)³ (tradução livre)

Neste ponto é que se retoma o repasse histórico para trazer a maternidade compulsória, comum nos períodos remotos, em que as mulheres eram obrigadas a maternar, e não havia qualquer possibilidade de esquivarem-se dessa função. O dever de cuidado era seu e de mais ninguém, mas em nada se falava quanto ao fato de não ter escolhido isso para si. A violência de gênero neste ponto está explícita, a oposição à vontade da mulher é fato inquestionável e normalizado. Em verdade, tampouco se fala em vontade, já que isso sequer é questionado.

Ao terem de exercer a maternidade de forma compulsória, muitas mulheres perderam a autodeterminação sobre seus próprios corpos, que passaram a ser regulados por todos: Estado, sociedade e Igreja, configurando uma verdadeira “exploração do poder reprodutivo das mulheres por sistemas e instituições dominadas pelos homens” (Rich, 1979a, p.265). (Mattar e Diniz, 2012, p. 108)

Ademais, Anzaldúa (1987) discute sobre os possíveis futuros de uma mulher de sua cultura, expondo que existiam três vias: ir para a igreja para ser freira, para as ruas para ser prostituta e para a casa, para ser mãe. A exceção destes cenários vinha para algumas mulheres: tornar-se autônoma, estudar e trabalhar. De todo modo, o quarto cenário não lhes esquivava de exercer a maternidade. Ainda, o fato de não se casarem e formarem família como delas se espera, é fato suficiente para que se sintam inferiores se comparadas a outras mulheres – já que falharam a expectativa imposta a elas por uma construção social retrógrada, conforme cita:

Educar os nossos filhos está fora do alcance de muitas de nós. Educados ou não, o ônus ainda está na mulher de ser uma esposa/mãe - apenas a freira

³ No texto original: Culture is made by those in power - men. Males make the rules and laws; women transmit them. How many times have I heard mothers and mothers-in-law tell their sons to beat their wives for not obeying them, for being *hociconas* (big mouths), for being *callajeras* (going to visit and gossip with neighbors), for expecting their husbands to help with the rearing of children and the housework, for wanting to be something other than housewives (Anzaldúa, 1987, p.16)

escapa da maternidade. As mulheres são feitas para se sentirem completos fracassos se não se casarem. (Anzaldúa, 1987, p. 17)⁴ (tradução livre)

O dever de cuidado tornou-se conceito atrelado à mulher desde o seu nascimento, em um paradoxo de que *toda mulher é uma cuidadora em potencial*, desvelando uma violência com suas existências, já que sua vontade não era respeitada em nenhum momento, afinal, era mulher. Izquierdo (1990) traz que a definição de mulher não traz um significado tão somente quanto ao sexo, mas quanto as tantas outras definições do que é ser mulher, tais como: dona de casa, passividade, maternidade, afetividade ao mesmo tempo que o homem é visto como agressivo, profissional, racional.

No âmbito dessas relações de poder figura-se um modelo-padrão de família mononuclear, isto é constituído por mãe, pai e filhos, ainda que a realidade mostre configurações de outros arranjos familiares. Este modelo-instituição é base para o desenvolvimento da identidade de gênero, é neste ambiente que as crianças aprendem a “ser homens” e “ser mulheres”. Espaço para construção de aspectos identitários, a família deve ser o ambiente de afeto, em que se dá garantia ao equilíbrio psicológico de seus membros. As mulheres são consideradas as responsáveis por esta suposta harmonia. (Faria e Nobre, 1997) e pelo suprimento das necessidades afetivas dos membros da família; um dos atos vinculados ao ato de cuidar. (Guedes e Daros, 2009, p. 122)

Às mulheres é dado o encargo de promover, até mesmo, a harmonia familiar, garantindo que todos os membros estão satisfeitos e felizes, incansavelmente, tantas vezes quanto forem necessárias. Em razão de tal modelação da coletividade, com suas funções pré-definidas, é que os papéis de gênero são facilmente aceitos e naturalizados, já que se pressupõe que desde a infância há necessidade de identificação com um dos *modelos de ser*, não havendo qualquer possibilidade de fuga dos padrões. Assim, há de se discutir quanto ao momento em que as obrigações e determinações conforme o gênero começam a ser implementadas no imaginário dos indivíduos, que se vêm compelidos a aceitar as diferenciações de gênero já premeditadas no corpo social.

⁴ No texto original: Educating our children is out of reach for most of us. Educated or not, the onus is still on woman to be a wife/mother - only the nun can escape motherhood. Women are made to feel total failures if they don't marry (Anzaldúa, 1987, p.17)

As crianças são levadas a se identificarem com modelos do que é feminino e masculino para melhor desempenharem os papéis correspondentes e as atribuições femininas não são apenas diferentes, mas também desvalorizadas, onde a mulher vive em condições de inferioridade e subordinação em relação aos homens. As desigualdades entre homens e mulheres são construídas pela sociedade e não pela diferença biológica entre os sexos. (Faria e Nobre, 1997, p.10 apud Pinto, 2008)

A discussão envolvendo sexo/gênero e suas performances visa desmistificar de que modo as funções de cada um dos sexos foi desenvolvida, já que ao nascer com vida em um sistema binário, há imposição de um papel a cada pessoa - definida pelo sexo que nasce, mas que não deriva apenas do biológico, mas de uma construção cultural sobre o *natural*. Neste contexto, o texto de Amaral e Lima (2022):

Desde a década de 1970, o binômio sexo/gênero passou a funcionar como parâmetro de debate explícito acerca da normalização dos corpos. Nessa época, a obra de Margaret Mead (2003; 1975) já havia inserido a expressão “papéis dos sexos” para analisar aquilo que não era determinado biologicamente, ou seja, como papéis desempenhados na estrutura social, de cunho cultural, em vez de características inatas ou naturais (Amaral e Lima, 2022, p. 445)

A filósofa Judith Butler é conhecida por sua discussão quanto ao sexo, o gênero e a maneira como ambos são construídos culturalmente, além de abordar a teoria queer e os conceitos heteronormativos. Dentro disso, entende que os corpos possuem indicativos de seu gênero desde o início de sua existência, estando marcados pelas identidades conhecidas na coletividade como sendo suas. Vejamos:

A relação que se faz entre sexo/desejo é sempre generificada e de oposição ao outro gênero e só assim se tornando legítima, sendo, pois, heteronormativa e estável. Desse modo, para Butler, não há distinção sexo/gênero como também não há corpo que não habite em si desde cedo a marca de gênero. Em comentário a Butler, Salih afirma que “todos os corpos são generificados desde o começo de sua existência social” (SALIH, 2015, p. 89). (Amaral e Lima, 2022, p.458).

Por conseguinte, Butler (1990) traz à discussão os problemas de gênero, em que se amplia o debate para entender de que modo o corpo social foi guiado a definir o que é gênero, sexo e identidade e como tal tópico foi limitado a defender como normativo o feminino, o masculino e a relação destes - ou seja, o heterossexual. Assim, expõe que a ideia de gênero é criada por ações diárias que constroem modos

de agir e relações entre as pessoas, as afetando de alguma maneira. Seja pelo modo que se vestem, que se relacionam ou que se comunicam enquanto indivíduos.

Butler propõe, então, o que seria o conceito de performatividade, a rigor, de que o gênero é feito enquanto ele próprio se faz. Em suma, haveria um conjunto de normas sociais que interpelam e assujeitam causando a promoção de determinadas práticas de gênero, que seria a forma como funcionamos no mundo. Cada ato estilizado de gênero, cria a realidade subjetiva e objetiva do gênero porque afeta/produz efeito sobre os outros. Então, o gênero seria uma construção social e sua realidade seria dada nas práticas diárias de gênero, nos atos de muitas ordens que o constituem e estabelecem, segundo uma episteme heterossexual, a naturalidade e complementariedade de dadas ações, como se antecedessem a capacidade de enunciação, essa natureza que, afinal de contas, seria na verdade uma ficção criada por uma invocação topológica do discurso científico. (Amaral e Lima, 2022, p. 459).

Dessarte, Butler (1990, p.40) aborda o argumento de Foucault e Wittig no sentido de que “a própria categoria do sexo desapareceria e a rigor se dissiparia no caso de uma ruptura e deslocamento da hegemonia heterossexual”. Tal afirmação denota a perpetuação da figura do gênero e da heterossexualidade e a forma com que as relações foram iniciadas a partir do ideal da heteronormatividade que se tornou espécie de *modelo a ser seguido* nos relacionamentos havidos em sociedade e os efeitos de eventual descontinuidade desta regra. Além de tudo, refere a “heterossexualização do desejo” como fator determinante para instituir uma dicotomia entre os gêneros, de forma a referir o feminino e o masculino como expressões em que se define a fêmea e o macho – em uma visão binária de ser (Butler, 1990, p. 39).

Gloria Anzaldúa (1987) expõe, primeiramente, que a mulher deve se manter nas sombras, cumprindo papel invisível e, preferencialmente, não deve se destacar em qualquer circunstância - para que as pessoas não pensem que ela se entende superior. No contexto homoafetivo, deve se reduzir ainda mais, pois é um “desvio”, algo que não pertence à sociedade comum. A diminuição de si deve ser tão grande a parecer um nada, pois não é enxergada como humana, estando descartada qualquer possibilidade de humanização de si. Neste teor, o seguinte trecho:

Na minha cultura, o egoísmo é condenado, especialmente em mulheres; humildade e altruísmo, a falta de egoísmo, é considerado uma virtude. No passado, agir humildemente com os membros de fora da família garantiam que você não deixaria ninguém *envidioso* (invejoso) [...] Se você não se comportasse como o resto das pessoas *la gente* iria dizer que você pensa que é melhor que os outros, *que te crees grande*. O desvio (pessoas fora daquilo que é considerado convencional) é tudo aquilo que é condenado pela

comunidade. Muitas sociedades choram para conseguir se livrar de seus desvios. Muitas culturas queimaram e bateram em seus homossexuais e outros que desviavam do comum sexual. O queer é o espelho refletindo o medo da tribo heterossexual: ser diferente, ser outro e portanto menor, portanto subumano, desumano, não humano. (Anzaldúa, 1987, p. 18) (tradução livre)⁵

Butler (1990) aborda de que modo a construção heteronormativa da sociedade impacta nos contextos homossexuais, vez que a população Lésbica, Gay, Bissexual, Travesti, Transexual, Queer, Intersexo, Assexual e outras (LGBTQIA+) se vê perpetuando falas ou discursos heterossexuais, tais como definir papéis em relações homoafetivas, ainda que estas não devam estar condicionadas às performances de masculinidade e feminilidade. O que faz evidenciar não estarem prevenidas das amarras performativas da sociedade, que faz com que se insiram em um lugar que não lhes acolhe. Entretanto, o entendimento da autora perpassa a possibilidade de não se tratar de mera reprodução do contexto heterossexual, mas sim, de um modo de se afirmar na sociedade inserindo tais conceitos para ressignificar os *construtos heterossexistas* e assim, criar novas formas desnaturalizar as performances dadas como convencionais e criar novas expressões de sexo e gênero.

A “presença” das assim chamadas convenções heterossexuais nos contextos homossexuais, bem como a proliferação de discursos especificamente gays da diferença sexual, como no caso de “butch⁶” e “femme”, como identidades históricas de estilo sexual, não pode ser explicada como a representação quimérica de identidades originalmente heterossexuais. E tampouco elas podem ser compreendidas como a insistência perniciosa de construtos heterossexistas na sexualidade e na identidade gays. A repetição de construtos heterossexuais nas culturas sexuais gay e hetero bem pode representar o lugar inevitável da desnaturalização e mobilização das categorias de gênero (Butler, 1990, p. 56-57).

Por fim, a fim de retomar o tema do trabalho no que tange ao poderio de reprodução, Mattar e Diniz (2012) trazem a conceituação de hierarquia sexual e hierarquias reprodutivas, em que se centra o poder de gerir e de criar crianças no

⁵ No texto original: In my culture, selfishness is condemned, especially in women; humility and selflessness, the absence of selfishness, is considered a virtue. In the past, acting humble with members outside the family ensured that you would make no one *envidioso* (envious); [...] If you don't behave like everyone else, *la gente* will say that you think you're better than others, *que te crees grande*. [...] Deviance is whatever is condemned by the community. Most societies cry to get rid of their deviants. Most cultures have burned and beaten their homos.exuals and others who deviate from the sexual common. The queer are the mirror reflecting the heterosexual tribe's fear: being different, being other and therefore lesser, therefore sub-human, inhuman, non-human.

⁶ Butch: papel “masculino”; Femme: papel “feminino” assumido por uma das integrantes de um relacionamento entre mulheres.

contexto heterossexual, pautado por preceitos homofóbicos, sexistas e misóginos. As hierarquias reprodutivas ditam de que forma serão moldadas as famílias e o que seguirá sendo perpetuado na sociedade como convencional.

A partir desta hierarquia sexual, é possível indicar um paralelo para a reprodução, exercício da maternidade e/ou cuidado com os filhos, aqui chamado de “hierarquias reprodutivas”: há um modelo ideal de exercício da maternidade e/ou da reprodução e cuidado com os filhos. Ele é pautado por um imaginário social sexista, generificado, classista e homofóbico; portanto, trata-se de um modelo excludente e discriminatório. (Mattar e Diniz, 2012, p. 114)

Nesta senda, vê-se que neste cenário em que muitas mulheres são invisibilizadas a exercem um papel que, por vezes, nem desejam, outras (aquelas que se relacionam com outras mulheres) são entendidas como não aptas a exercerem a maternidade, pois não se encaixam nos preceitos considerados corretos na coletividade - ou seja, devem ficar à margem.

2.3. O RECONHECIMENTO DA FAMÍLIA HOMOAFETIVA NO CORPO SOCIAL E NO CONTEXTO JURÍDICO

O direito das famílias está em constante modificação e atualização, visto que ao passo em que são realizadas as alterações nos códigos existentes, são incluídos indivíduos no que pode se considerar uma entidade familiar. Contudo, em que pese a atualização doutrinária existente, fato é que as legislações por muitas vezes permanecem no passado. Por essa razão é que a autora expõe que o direito nunca consegue corresponder à família presente.

Como a lei vem sempre depois do fato, procura congelar a realidade de hoje para servir de modelo à realidade do amanhã. Daí seu viés conservador. Mas a vida é irrequieta, se modifica, o que necessariamente se reflete na sociedade e acaba confrontando a lei. Por isso, a família juridicamente regulada nunca consegue corresponder à família que preexiste ao Estado e está acima do Direito. (Dias, 2021, p. 42)

Ou seja, apesar das tentativas de modificação constantes, a norma nunca regulará de fato todas as composições familiares existentes, de modo que o ser família supera a validação jurídica que se possa dar a estas composições. Apesar disso, algumas modificações no contexto jurídico de fato promoveram um senso de mudança

indispensável e importante para a regulação das novas famílias, tais como a adoção de termos mais abrangentes.

A expressão entidade familiar alargou o conceito de família. A ela é assegurada a especial proteção do Estado como base da sociedade (CR 226). Além do casamento, é feita expressa referência à união estável (CR 226 § 3º) e à comunidade formada por qualquer dos pais com seus descendentes (CR 226 § 4º), chamada de família monoparental. (Dias, 2021, p. 441)

As inovações como a adoção da expressão entidade familiar e a união estável como entidade equiparada ao casamento exemplificam avanços significativos às famílias homoafetivas, que puderam se reafirmar por meio destas. Ainda, fato é que a vida levada ao jurídico trouxe jurisprudência quanto às famílias homoafetivas, antes não existentes.

Relacionamentos, antes clandestinos e marginalizados, adquiriram visibilidade. Dentro desse espectro mais amplo, não se pode excluir do âmbito do Direito das Famílias as **uniões de pessoas do mesmo sexo**. Os avanços da jurisprudência fizeram o STF declarar, com caráter vinculante e eficácia *erga omnes*, que as uniões homoafetivas são uma entidade familiar. A partir daí lhes foram assegurados todos os direitos, inclusive, acesso ao casamento. (Dias, 2021, p. 441) (grifo da autora)

Neste cenário de constante luta por direitos fundamentais, é devida a menção às resoluções normativas e julgados de tribunais superiores que fundamentaram a luta da comunidade LGBTQIA+. Para o reconhecimento da união estável homoafetiva, há de se frisar as históricas decisões da Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 132/2008 e da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 4.277/2009, julgadas conjuntamente, por possuírem conteúdo que se assemelha e com objeto final no mesmo sentido. Tais ações postulavam fossem reconhecidas as uniões estáveis homoafetivas como válidas, por equiparação, às uniões estáveis heterossexuais.

No mesmo sentido, a ADPF e ADI supra ressaltadas pediam o efeito suspensivo às decisões judiciais, bem como, a suspensão dos processos que estavam em sentido oposto ao postulado pelas decisões. O intento era coibir qualquer decisão que retroagiria os efeitos de uma nova determinação mais abrangente. Em razão do julgamento procedente dos pedidos da ADPF 132/2008 e ADI 4.277/2009, por unanimidade, houve alteração no entendimento do art. 1.723 do Código Civil. Segue o texto do artigo:

Art. 1.723. É reconhecida como entidade familiar a união estável entre o homem e a mulher, configurada na convivência pública, contínua e duradoura e estabelecida com o objetivo de constituição de família.

A partir destas decisões e conforme o entendimento do art. 102, § 2º da Constituição Federal, que regula a soberania das decisões advindas de ações diretas de inconstitucionalidade e ações diretas de constitucionalidade e seu efetivo vinculativo, deu-se nova interpretação ao art. 1.723 do Código Civil (CC), não permitindo que seja entendido de modo a excluir as uniões estáveis homoafetivas. A decisão da ADPF e ADI possibilitaram fossem abarcadas as uniões homoafetivas em todos os direitos elencados no CC, previamente resguardados somente aos casais heterossexuais. É o que cita Rolf Madaleno (2021, p. 41):

Ao impor efeito vinculante e declarar a obrigatoriedade do reconhecimento como entidade familiar da união entre pessoas do mesmo sexo, o STF assegurou aos companheiros homoafetivos a plêiade dos direitos elencados no livro de Direito de Família do Código Civil brasileiro, prioritariamente consagrados aos casais heterossexuais [...] como o direito à adoção pelos pares homoafetivos, pois companheiros podem adotar e a legislação não estabelece a necessidade da diversidade de sexos entre os adotantes, o exercício do poder familiar dos artigos 1.631 e 1.724 do Código Civil [...]. (Madaleno, 2021, p. 41)

Por conseguinte, está o Recurso Especial (REsp) 1.183.378/RS, que tem como Relator o Ministro Luis Felipe Salomão. O REsp visou regular o tema do casamento civil entre pessoas do mesmo sexo, para interpretar conforme os arts. 1.514⁷, 1.521⁸,

⁷ Art. 1.514. O casamento se realiza no momento em que o homem e a mulher manifestam, perante o juiz, a sua vontade de estabelecer vínculo conjugal, e o juiz os declara casados.

⁸ Art. 1.521. Não podem casar: I - os ascendentes com os descendentes, seja o parentesco natural ou civil; II - os afins em linha reta; III - o adotante com quem foi cônjuge do adotado e o adotado com quem o foi do adotante; IV - os irmãos, unilaterais ou bilaterais, e demais colaterais, até o terceiro grau inclusive; V - o adotado com o filho do adotante; VI - as pessoas casadas; VII - o cônjuge sobrevivente com o condenado por homicídio ou tentativa de homicídio contra o seu consorte.

1.523⁹, 1.535¹⁰ e 1.565¹¹ do Código Civil, não permitindo interpretação excludente no que tange aos casais homoafetivos.

No mesmo sentido, a Resolução nº 175 de 2013 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) disciplina o tema da habilitação, celebração de casamento civil ou conversão de união estável em casamento, em relações de pessoas do mesmo sexo. Por meio desta Resolução, o previamente decidido pelos tribunais superiores foi posto em prática. A partir deste momento, os cartórios não mais poderiam obstar ou impedir a realização do casamento/conversão da união estável em casamento entre pares homoafetivos, podendo esta ser realizada diretamente pelas partes.

Em uma breve retomada, estão postas as decisões que reconheceram a união homoafetiva no contexto jurídico brasileiro, que permitem verificar a importância das decisões dos tribunais para a efetividade dos direitos da população LGBTQIA+ para suas formações familiares.

⁹ Art. 1.523. Não devem casar: I - o viúvo ou a viúva que tiver filho do cônjuge falecido, enquanto não fizer inventário dos bens do casal e der partilha aos herdeiros; II - a viúva, ou a mulher cujo casamento se desfez por ser nulo ou ter sido anulado, até dez meses depois do começo da viuvez, ou da dissolução da sociedade conjugal; III - o divorciado, enquanto não houver sido homologada ou decidida a partilha dos bens do casal; IV - o tutor ou o curador e os seus descendentes, ascendentes, irmãos, cunhados ou sobrinhos, com a pessoa tutelada ou curatelada, enquanto não cessar a tutela ou curatela, e não estiverem saldadas as respectivas contas.

¹⁰ Art. 1.535. Presentes os contraentes, em pessoa ou por procurador especial, juntamente com as testemunhas e o oficial do registro, o presidente do ato, ouvida aos nubentes a afirmação de que pretendem casar por livre e espontânea vontade, declarará efetuado o casamento, nestes termos: "De acordo com a vontade que ambos acabais de afirmar perante mim, de vos receberdes por marido e mulher, eu, em nome da lei, vos declaro casados.

¹¹ Art. 1.565. Pelo casamento, homem e mulher assumem mutuamente a condição de consortes, companheiros e responsáveis pelos encargos da família.

3. O REPRODUZIR E PLANEJAR COMO DIREITOS: SOB VIÉS DE GARANTIA E NÃO DE COERÇÃO

O Estado tem obrigações para com os seus cidadãos. Precisa atuar de modo a ajudar as pessoas a realizarem seus projetos de realização, de preferências ou desejos legítimos. Não basta a ausência de interferências estatais. O Estado precisa criar instrumentos – políticas públicas – que contribuam para as aspirações de felicidade das pessoas, municiado por elementos informacionais a respeito do que é importante para a comunidade e para o indivíduo. (Dias, 2021, p. 74)

A priori, denota-se que a importância do planejamento familiar e das técnicas de reprodução humana assistida restam evidentes no contexto fático do corpo social, visto serem as ferramentas que viabilizam a concretização do sonho da maternidade ao mesmo passo que são utilizadas para a solução de problemas de saúde envolvendo a infertilidade.

Em que pese a sabida importância dos temas acima apontados, a regulamentação destes ainda é de pouco conhecimento para a sociedade, visto que a parca divulgação das legislações que regulam a temática. Neste capítulo o intento é demonstrar o local que o planejamento familiar e a reprodução humana assistida se encontram juridicamente, o que far-se-á a partir da análise da Constituição Federal e das legislações esparsas sobre o assunto, bem como, explicitar o surgimento das técnicas de reprodução assistida no contexto brasileiro.

3.1. OS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

Segundo Corrêa e Petchesky (1996), os direitos sexuais e reprodutivos são subdivididos em quatro princípios. Os princípios em que se subdividem os direitos sexuais e reprodutivos são: integridade corporal, autonomia pessoal, igualdade e diversidade.

O princípio da integridade corporal diz respeito ao poder de dispor do próprio corpo. Enquanto isso, a autonomia pessoal trata a possibilidade de as pessoas serem entendidas como seres capazes de tomar decisões acerca da própria reprodução e sexualidade. As autoras supracitadas ressaltam, ainda, o princípio da igualdade, referente ao tratamento igualitário nas relações, em que se deve garantir a ambos os participantes de uma relação os direitos reprodutivos e sexuais. Por fim, Corrêa e

Petchesky (1996) tratam acerca do princípio da diversidade, pugnando pelo respeito dos indivíduos em relação às suas individualidades, incluindo-se o respeito à orientação sexual dos indivíduos, em relação aos seus direitos reprodutivos.

Carlos (2019, p. 1761) explicita o momento do surgimento da noção dos direitos reprodutivos, como sendo fruto de luta de movimento de mulheres, aliado aos profissionais de saúde. Sob essa ótica, a autora refere que havia uma luta no sentido afirmativo da intervenção do Estado, a fim de que houvesse uma intervenção do poder público para efetivar os direitos reprodutivos. Carlos (2019, p. 1762), cita, portanto:

O termo direitos reprodutivos, segundo Corrêa e Ávila (2003), criado pelas feministas norte-americanas, foi introduzido no Brasil em 1984, quando um grupo de feministas brasileiras retornou do I Encontro Internacional de Saúde da Mulher, realizado em Amsterdã. Nesse momento chegou-se a um consenso de que essa expressão traduzia de forma mais adequada a “ampla pauta de autodeterminação reprodutiva das mulheres” (Carlos, 2019, p. 1762)

O surgimento da noção dos direitos sexuais, por sua vez, de acordo com Corrêa e Ávila (2003), foi evidenciado no ano de 1990, no âmbito dos movimentos homossexuais, sendo incorporado nos movimentos feministas em momento posterior – sob o entendimento que as mulheres não são apenas seres reprodutivos, mas também sexuais. Piovesan (1998) narra que os direitos sexuais, bem como os direitos reprodutivos, são direitos básicos. Nisto, estão relacionados ao livre exercício da sexualidade e da reprodução humana.

Piovesan (2002) dispõe que os direitos reprodutivos reivindicam um papel duplo do estado, ao passo que ao mesmo tempo que devem eliminar a discriminação contra a mulher, devem promover o acesso à saúde, com políticas voltadas ao planejamento familiar. Neste âmbito, considerando a necessidade de incentivo à reprodução, àqueles que dado algum motivo específico não possuem meios de reproduzir, novas formas de concepção foram implementadas no corpo social.

Conforme citam as autoras Côrrea e Loyola (2015), as técnicas de reprodução assistida iniciaram no período dos anos 1970, sendo que nascimento do primeiro bebê havido de fertilização *in vitro* se deu em 1978, na Inglaterra. As autoras trazem, sob um ponto de vista histórico, de que forma eram utilizadas as técnicas de reprodução.

No período inicial da história da RAs, as técnicas se dirigiam para quadros medicamente delineados, patologias bem identificadas como a obstrução tubária, permitindo que a linguagem médica fosse hegemônica ou quase monológica. (Côrrea e Loyola, 2015)

Verifica-se, portanto, que no seu surgimento, as técnicas de reprodução assistida eram utilizadas para tratamento de doenças específicas, relacionadas à infertilidade. No entanto, trazem as autoras que a discussão sobre a questão da elegibilidade do acesso às TRA's já era uma constante nesse período, a fim de verificar se estavam as mulheres solteiras e homossexuais eleitas para a utilização das técnicas. A partir disso, com o passar do tempo, houve uma evolução no discurso, considerando que as técnicas passaram a dirigir-se não somente aos casais inférteis.

A linguagem médica monológica inicial de tratamento do casal infértil começa a perder força, deixando cada vez mais evidente que as técnicas irão se dirigir para a correção de falhas nos projetos reprodutivos de pessoas e não exatamente ao combate de doenças ou a problemas de um casal infértil. A RA reforça, assim, as normas sociologicamente centrais para o processo de reprodução social (Loyola, 2005): o desejo de ter filhos e constituir famílias, de paternidade e maternidade (Côrrea e Loyola, 2015).

Restou pacificado, portanto, que todas as mulheres poderiam valer-se das técnicas de reprodução assistida. Tal direito independe do objetivo da realização da TRA, ou seja, podem realizar os procedimentos tanto por desejarem tornarem-se mães, quanto pela vontade de constituir família com uma parceira, não havendo mais a necessidade de um diagnóstico de infertilidade, única razão que admitia o uso das técnicas.

3.2. O PLANEJAMENTO FAMILIAR COMO DIREITO FUNDAMENTAL E SUA REGULAMENTAÇÃO NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO

A Constituição Federal traz em seu bojo a garantia ao acesso dos direitos fundamentais, garantidos a todos os cidadãos de modo igualitário. A redação da Carta Magna subdivide-se, portanto, nos direitos adquiridos dos indivíduos, de modo a expor separadamente tudo aquilo que os indivíduos possuem resguardado. Conforme expõe Maria Berenice Dias (2017, p. 40):

A Constituição Federal de 1988, como diz Zeno Veloso, num único dispositivo, espancou séculos de hipocrisia e preconceito. Instaurou a igualdade entre o homem e a mulher e esgarçou o conceito de família, passando a proteger de forma igualitária todos os seus membros. Estendeu a proteção à família constituída pelo casamento, bem como à união estável entre o homem e a mulher e à comunidade formada por qualquer dos pais e seus descendentes, que recebeu o nome de família monoparental. Consagrou a igualdade dos filhos, havidos ou não do casamento, ou por adoção, garantindo-lhes os mesmos direitos e qualificações. Essas profundas

modificações acabaram derogando inúmeros dispositivos da legislação então em vigor, por não serem recepcionados pelo novo sistema jurídico. Como lembra Luiz Edson Fachin, após a Constituição, o Código Civil perdeu o papel de lei fundamental do direito de família. (Dias, 2017, p.40)

Isto posto, como objeto de interesse desta pesquisa, há de se discutir o Capítulo VII da Constituição Federal, que tem como tema a família, a criança, o adolescente, o jovem e o idoso. No caput do artigo 226 da legislação citada, traz-se que a família tem proteção especial do Estado, haja vista ser a base da sociedade. O art. prossegue referenciando o casamento em seus parágrafos 1º e 2º, expondo que a sua celebração é gratuita e referindo que o casamento religioso tem efeito civil. No parágrafo 3º, reconhece a união estável entre a mulher e o homem como entidade familiar.

Apesar de não haver evidente regulamentação quanto aos casais homoafetivos, já que os parágrafos do art. 226 tratam da união entre o homem e a mulher, expondo evidente desatualização, a Carta Magna concebe a família como base do corpo social e como objeto de especial proteção estatal. Desse modo, ainda que não salientado, levando em consideração as diversas composições familiares, far-se-á interpretação do artigo para abarcar a família - em qualquer que seja sua forma. À vista disso, um dos direitos fundamentais incontestáveis da coletividade é o direito ao planejamento familiar, salvaguardado no art. 226, §7º da Constituição Federal, que expõe:

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

A Constituição prevê ser dever do Estado a concretização do direito ao planejamento familiar, inclusive com recursos educacionais e científicos, o que pressupõe que todos os cidadãos devem ser abrangidos por esta política. Nesta senda, é o teor do exposto pela escritora Maria Berenice Dias (2022, p. 216):

Falando em filiação, cabe lembrar que o planejamento familiar é livre (CF 226 § 7º), não podendo nem o Estado nem a sociedade estabelecer limites ou condições. Também o acesso aos modernos métodos de reprodução assistida é garantido constitucionalmente. Afinal, planejamento familiar significa a realização do sonho da maternidade. A engenharia genética que alcançou a inseminação artificial e a fertilização *in vitro* encontra embasamento nesse preceito. Como afirma Flávia Piovesan, todas as pessoas têm direito fundamental à saúde sexual e reprodutiva. Assim,

distúrbios da função procriativa constituem problema de saúde pública, devendo o Estado garantir acesso a tratamento de infertilidade e reprodução. (Dias, 2022, p. 216)

A autora relata que questões advindas de problemas reprodutivos são de ordem pública. Por essa razão, é o estado que detém responsabilidade resolutiva desses impasses. A constitucionalização do direito ao planejamento familiar propõe que esse tema se torne indiscutível, haja vista que assegurado na Carta Política de maior importância para o Estado brasileiro.

Por conseguinte, necessário se faz vislumbrar que o intento de assegurar que os indivíduos planejem as suas famílias por meio de lei possui viés promocional, não coercitivo, de modo que o direito existe para que as pessoas usem se assim desejarem e do modo que lhes convém – com certeza da proteção estatal sob esta matéria. Com isso, expõe-se:

O planejamento familiar de origem governamental é dotado de natureza promocional, não coercitiva, orientado por ações preventivas e educativas e por garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade. Resolução do Conselho Federal de Medicina regulamenta o uso das técnicas de reprodução assistida. (Dias, 2022, p. 217)

Salienta-se, também, que para além da evidente carência de regulamentação do planejamento das famílias no âmbito da saúde, fato é que a normatização do direito ao planejamento familiar é fato essencial à concretização do sonho da maternidade. Nesta senda, indubitavelmente, as pessoas que desejam gerar um ser humano não devem ser visibilizadas ou relativizadas neste processo, visto que gozam do direito ao planejamento de suas famílias de igual forma, ainda que não acometidas por algum problema de saúde. Ademais, o Código Civil traz em seu texto o planejamento familiar como um mero objeto a ser citado, sem qualquer aprofundamento sobre o tema. Vejamos:

Art. 1.565, § 2º O planejamento familiar é de livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e financeiros para o exercício desse direito, vedado qualquer tipo de coerção por parte de instituições privadas ou públicas. (Brasil, 2002)

O único e singelo artigo acerca do tema traz à tona a necessidade da regulação do planejamento familiar com maior cuidado e especificidade pelo Código que aborda as questões como a filiação, a parentalidade, e demais temáticas atinentes à família e os seus indivíduos. Com isso, a fim de resguardar o direito ao planejamento familiar

com maior atenção, adveio o dispositivo de lei, de nº 9.263, de 1996, sancionado pelo presidente Fernando Henrique Cardoso, em 12 de janeiro de 1996.

A proposta é regular o artigo da Carta Magna brasileira, por meio de diretrizes para a efetivação do direito ao planejamento familiar para todo o cidadão, bem como, com exposição das penalidades a serem aplicadas no que tange a essa temática. O entendimento de planejamento familiar para interpretação da legislação é dado pela seguinte redação:

Art. 2º Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal. (Brasil, 1996)

O direito ao planejamento é garantido por meio de ações em que se garante direitos igualitários a todos os indivíduos, nos termos do disposto na legislação. A garantia, no cenário brasileiro, para a legislação supra referida, deverá ser efetivada por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), que deve se comprometer em todas as suas esferas a promover o necessário para atividades básicas, tais como a assistência à concepção e contracepção.

O regulamento supracitado transfere ao SUS a competência para definir as normas gerais de planejamento familiar, pelo que todas as técnicas científicas e educacionais deverão ser proporcionadas para a efetivação do direito. No entanto, apesar de não haver menção expressa na legislação que regula o planejamento familiar, para além do Sistema Único de Saúde, a responsabilidade à efetivação ao acesso a este direito deve ser da mesma forma viabilizada pelos planos e seguros privados. Neste sentido, menciona Dias (2022, p. 217):

A lei dos planos e seguros privados de assistência à saúde (lei 9.656/1998) foi alterada para obrigar a cobertura em situações que envolvam planejamento familiar (35-C III). No entanto, injustificadamente, há a exclusão da inseminação artificial do plano-referência à saúde (10 I). (Dias, 2022, p.217)

O que se retira da leitura do trecho apontado acima é que apesar da modificação para incluir a obrigação de casos que envolvam planejamento familiar, a técnica de inseminação artificial foi excluída da obrigatoriedade. O que denota uma omissão não só do setor público, mas do privado, em não abarcar as TRA's. O art. 10,

III, da lei 9.656/98, legislação que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, preleciona:

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

Ainda, a exclusão dos procedimentos de inseminação artificial dos planos de saúde particulares foi tema de recurso repetitivo de nº 1.067, do Superior Tribunal de Justiça, em tese firmada pela Segunda Seção do órgão. Vê-se a tese firmada: “Salvo disposição contratual expressa, os planos de saúde não são obrigados a custear o tratamento médico de fertilização *in vitro*.” A Resolução normativa nº 192 de 27 de maio de 2009 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que dispõe sobre a cobertura aos atendimentos nos casos de planejamento familiar e dá outras providências, ressalta a exclusão da inseminação artificial dos planos particulares:

§ 2º A inseminação artificial e o fornecimento de medicamentos de uso domiciliar, definidos nos incisos III e VI do art. 13 da Resolução Normativa - RN Nº 167, de 9 de janeiro de 2008, não são de cobertura obrigatória de acordo com o disposto nos incisos III e VI do art. 10 da Lei Nº 9.656, de 1998 e, não estão incluídos na abrangência desta Resolução. (BRASIL, 2009)

Em outro ponto, a mesma resolução aponta o que é garantido pelos planos de saúde, no que tange o planejamento familiar, que expressamente excluiu a inseminação artificial:

Na Resolução Normativa 192/2009, a ANS estabeleceu como procedimentos de cobertura obrigatória relacionados ao planejamento familiar as consultas de aconselhamento, as atividades educacionais e o implante de dispositivo intrauterino (DIU), e excluiu expressamente a inseminação artificial. Também a Resolução 428/2017 da ANS permitiu a exclusão da cobertura de inseminação artificial nos contratos. (STJ, 2021)

Por sua vez, a Resolução normativa nº 428 de 2017 da ANS reitera a exclusão da técnica de reprodução assistida dos planos de saúde. Vejamos:

Art. 20. A cobertura assistencial de que trata o plano-referência compreende todos os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos e os atendimentos de urgência e emergência, na forma estabelecida no art. 10 da Lei nº 9.656, de 1998.

§ 1º São permitidas as seguintes exclusões assistenciais:

III - inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas. (Brasil, 2017)

Deste modo, apesar de cobrir os atendimentos clínicos, os planos particulares não possuem obrigação de cobertura dos procedimentos de maior relevância no âmbito de quem deseja alcançar uma família e não pode de modo “convencional”, as próprias técnicas de reprodução humana assistida. Em síntese, muito embora a efetivação do direito ao planejamento familiar deva se dar em majoritária parte pelo SUS, conforme exposto na lei 9.263/1996, dispositivo que tem como razão principal a regulação do art. 226, §7º da Constituição Federal, isto não ocorre com efetividade a ponto de que se garanta que o direito está assegurado na prática.

No caso das pessoas homossexuais, estando ou não em um relacionamento, não há amparo pelo Sistema Único de Saúde, e se possuem condições que lhes permitem adimplemento de plano de saúde, também não podem contar com este para o pagamento do procedimento que necessitam, evidenciando um grande limbo no tema - já que há óbices em todos os lados, e que geram o questionamento quanto ao modo em que o sonho de gerar uma criança será realizado, provavelmente, por vias inseguras de reprodução.

Aponta-se, portanto, evidente contraponto entre a inclusão de uma obrigatoriedade e a exclusão de uma técnica que permite viabilizar a concepção. Neste sentir é que se afigura a incompatibilidade entre o direito constitucionalizado e o que se vê na prática.

3.3. A ORIGEM DAS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA NO BRASIL

Conforme narram Corrêa e Loyola (2015, p. 760), o surgimento das técnicas de reprodução humana assistida no Brasil tem sede na cidade de São Paulo, por meio de mulheres que se voluntariavam a participar dos procedimentos. A eleição da cidade de São Paulo se deu em razão da majoritária parte dos especialistas em reprodução assistida residirem neste local.

Isto posto, foram iniciados seminários, em convites realizados por clínicas e especialistas nacionais. Além destes especialistas, estrangeiros também apresentaram interesse em integrar este trabalho, sendo que estes custeavam a vinda e o trabalho no Brasil: “para ensinar aqui como aplicar as tecnologias que compõem a FIV: medicamentos, doses e formas de usar concebidas como mais favoráveis à época, meios de cultura a escolher, etc.” (Corrêa e Loyola, 2015, p. 760)

A crítica realizada pelas autoras Corrêa e Loyola se dá em razão de terem as mulheres aceitado realizar o procedimento desta maneira por não possuírem condições financeiras, pelo que se sujeitaram a participar do estudo. As autoras referem que esta situação foi razão de denúncia na literatura feminista, nacional e internacionalmente – exemplificando com autores como Reis (1985); Corea (1985); Rowland (1987) e Scutt (1990).

A despeito de contradições sanitárias, éticas, legais e mesmo de controvérsias científicas que permearam a história das TRA, o valor social atribuído à reprodução (maternidade e paternidade), à família geneticamente relacionada, à vida doméstica de base familiar sob os mais diversos tipos de arranjo e vínculos biogenéticos, o valor atribuído ao desenvolvimento pessoal por meio da reprodução são fatores a reforçar o desejo de filhos como algo altamente bemvindo e socialmente legítimo, a justificar o clamor pelo “acesso às TRA a qualquer custo”. Desta forma, a revolução reprodutiva foi rapidamente naturalizada e normalizada como uma prática médica comum, como um “mero” tratamento, o que permitiu as TRA serem dissociadas da ideia de experimentos ou de pesquisas com seres humanos, mesmo que a medicina reprodutiva permaneça um campo híbrido, entre clínica e experimentação, já que há permanente incorporação de novas tecnologias no campo. (Corrêa e Loyola, 2015, p. 760).

É da interpretação do texto supra que se verifica que em que pese a pesquisa que norteou a realização da fertilização *in vitro* (FIV) não ter sido dotada da bioética que hoje possuem pesquisas científicas, sua importância é indiscutível para a naturalização do procedimento. Ainda, para que eventuais preconceitos referentes ao tópico fossem dissolvidos. Ao passo que esta tornou-se uma realidade, as TRA's deixaram de ser tidas como experimentos sem segurança, mas procedimentos comuns.

Neste cenário, o primeiro bebê havido por FIV no Brasil, nasceu em 1984, em São José dos Pinhais, no Paraná, de modo saudável, com 50 centímetros e 3,5 kg.¹²

¹² Informação retirada de reportagem realizada para o Jornal Hoje. Disponível em: <https://g1.globo.com/jornal-hoje/noticia/2014/10/primeiro-bebe-proveta-do-brasil-e-da-america-latina-completa-30>

Havendo a pacificação da elegibilidade das TRA's, uma nova problemática envolvendo o tema emergiu. A partir de agora, os novos questionamentos científicos acerca das técnicas de reprodução, voltavam-se a quem poderia custear o tratamento.

Passados 31 anos do primeiro êxito com a fertilização in vitro no país – o nascimento do primeiro bebê de proveta brasileiro em 1984 –, a aplicação de tecnologias de reprodução assistida continua disponível quase que exclusivamente no setor privado da medicina. (Côrrea e Loyola, 2015, p. 770).

Ainda, citam as autoras a existência de somente uma norma do Conselho Federal de Medicina (Resolução CFM nº 2.013/13), assegurando a igualdade, por admitir a eticidade de que pessoas casadas, solteiras, homossexuais ou heterossexuais façam uso das técnicas de reprodução assistida. Contudo, conforme entendem as autoras Côrrea e Loyola (2015, p. 770), apesar de estar resguardado o acesso, em nada se vê a efetividade de tal declaração, se o acesso ao tratamento no SUS é quase nulo.

3.4. A NORMATIZAÇÃO DAS TRA'S: EM QUE O SISTEMA JURÍDICO REGULAMENTA OS PROCEDIMENTOS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA

As técnicas de reprodução humana assistida (TRA's) são utilizadas já há tempo considerável pelo corpo social. Entretanto, fato é que este tema não encontra amplo respaldo legal e jurídico, sendo nítido o desconhecimento populacional acerca das regulamentações da temática. Na codificação civil, a reprodução humana assistida é brevemente citada, nos termos do art. 1.597, do CC:

Art. 1.597. Presumem-se concebidos na constância do casamento os filhos:
 III - havidos por fecundação artificial homóloga, mesmo que falecido o marido;
 IV - havidos, a qualquer tempo, quando se tratar de embriões excedentários, decorrentes de concepção artificial homóloga;
 V - havidos por inseminação artificial heteróloga, desde que tenha prévia autorização do marido. (Brasil, 2002)

Por si só, denota-se a parca importância conferida ao tema, já que o único e singelo artigo na codificação civil refere a reprodução assistida somente no que tange ao registro das crianças havidas pelas técnicas, e ainda sim, é simplório e trata de delimitar o tema quanto à diferenciação se houve inseminação homóloga ou

heteróloga, o que ao fim e ao cabo, pouco importa para o registro da criança, já que foi concebida por meio de um projeto familiar pré-definido.

Dentro disso, apesar da tentativa de dispor acerca do tema das TRA's, fato é que o Código Civil traz o assunto sem qualquer aprofundamento, visto que aborda tão somente a questão da filiação, nas hipóteses dos filhos que se presumem concebidos na constância do casamento. Neste sentido, é o entendimento de Maria Berenice Dias (2024):

Tímida foi a incursão do legislador, estabelecendo presunções de filiação somente nas hipóteses de inseminação artificial. Regulamentação tão acanhada encontra como justificativa não estar o tema suficientemente amadurecido, trazendo problemas altamente técnicos, que ficam mais bem acomodados em lei especial. (Dias, 2024)

Como inovação legislativa, o anteprojeto do novo Código Civil¹³ traz em seu texto o tema da reprodução humana em seu capítulo V, denominado “da filiação decorrente de reprodução assistida”, que compreende o art. 1.629-A ao 1.629-V. Neste, há disposição sobre o tema em diferentes seções, que se subdividem em: filiação, registro, vedação do uso das TRA's, doação de gametas, cessão temporária de útero, reprodução assistida *post mortem*, consentimento informado (necessidade de assinatura de termo de consentimento para realização dos procedimentos), além do direito sucessório para filhos havidos de reprodução assistida, abordado em outro momento durante o texto

Além das novas disposições serem mais abrangentes sobre a temática, o anteprojeto difere da disposição do atual CC, que diferencia os filhos havidos de fecundação homóloga e heteróloga (vide art. 1.597 – conforme mencionado anteriormente), já que o projeto revoga os incisos desse art. visando um texto mais abrangente no caput, que dispõe: “presumem-se dos cônjuges ou conviventes os nascidos ou concebidos na constância do casamento ou da união estável registrada, conforme o § 1º do art. 9º deste Código, ou durante o convívio de fato dos conviventes.”

Frisa-se que o art. 9º do anteprojeto possui rol dos documentos que poderão ser registrados ou averbados no Cartório de Registro Civil das Pessoas Naturais e

¹³ Disponível em: https://www12.senado.leg.br/assessoria-de-imprensa/arquivos/anteprojeto-codigo-civil-comissao-de-juristas-2023_2024.pdf

não possui nenhum tipo de ressalva em relação às crianças nascidas por TRA, e não as diferencia de nenhuma maneira. Além disso, o anteprojeto preocupa-se em definir quem poderá fazer uso das técnicas em seu art. 1.629-C definindo o público-alvo para todas as pessoas maiores de dezoito anos que forem capazes e manifestem a sua “inequívoca vontade”. Ademais, o art. 1.629-B refere que “todas as pessoas nascidas a partir das técnicas de reprodução humana assistida terão os mesmos direitos e deveres garantidos às pessoas concebidas naturalmente [...]”.

Por conta do exposto, verifica-se que o anteprojeto busca concentrar em si a temática já regulada por legislações esparsas, a fim de garantir, acima de tudo, os direitos de reproduzir por este meio a todos que assim desejarem e o direito das crianças de serem vistas como iguais na sociedade. Trata-se de alteração de significativa importância, já que passa a considerar a reprodução assistida em suas diferentes pendências.

Por conseguinte, haja vista as regulamentações em vigor atualmente, quanto ao registro de nascimento dos infantes havidos de reprodução humana assistida por casais homoafetivos, está o enunciado nº 40 do Conselho Nacional de Justiça: “É admissível, no registro de nascimento de indivíduo gerado por reprodução assistida, a inclusão do nome de duas pessoas do mesmo sexo, como pais”. Ainda, o enunciado nº 12 do Instituto Brasileiro de Direito de Família (IBDFAM), regula o tema: “É possível o registro de nascimento dos filhos de casais homoafetivos, havidos de reprodução assistida, diretamente no Cartório do Registro Civil.”

Em contrapartida o Provimento 63 de 2017 do CNJ, em que se exige declaração da clínica em que foi realizado o procedimento de reprodução assistida para que se efetive o registro – invisibilizando os casos de mulheres que reproduzem pela via da inseminação caseira por não possuírem aporte financeiro para adimplir com o procedimento em clínicas particulares.

Isto posto, no momento hodierno, o Conselho Federal de Medicina segue sendo o órgão que melhor disciplina a reprodução assistida, sendo a Resolução CFM nº 2.320/2022 a mais atualizada acerca do tema. A Resolução tem como objetivo apontar as pessoas a quem se destinam as técnicas de reprodução humana assistida, bem como, determinar de que modo deve ser realizado o procedimento. Ainda, regulamenta a doação de gametas e embriões, as obrigações das clínicas, centros ou serviços que aplicam as TRA's, a criopreservação de gametas ou embriões, a

gestação de substituição, entre outros. Nisto, reconhecem a ausência de legislação específica sobre as técnicas de reprodução assistida, apesar dos diversos projetos que tramitam sobre o assunto, pelo que é responsabilidade do Conselho continuar aperfeiçoando o tema.

Passando a uma análise mais esmiuçada quanto à legislação, expõe-se que a Resolução 2.320 de 2022 do Conselho Federal de Medicina foi publicada no Diário Oficial da União em 20 de setembro de 2022, e revogou a resolução CFM nº 2.294/2021, e regulamenta as normas éticas para utilização das TRA's, sendo esta a normativa que mais possui direcionamentos quanto aos procedimentos, em seu caráter ético e bioético. Considera o reconhecimento da união estável homoafetiva como entidade familiar, em virtude e do julgamento da ADI 4.277 e ADPF 132, o que esclarece o caráter inclusivo da norma, permitindo aos casais homoafetivos a utilização dos procedimentos, e não somente para tratamento de eventual infertilidade. Além disso, garante às famílias monoparentais e aos casais unidos ou não pelo matrimônio a igualdade de direitos para dispor das TRA's (CFM - Brasil, 2022).

A parte inicial refere-se aos princípios gerais das normas éticas para utilização das técnicas de reprodução assistida. Nisto, em primeiro momento, refere que os procedimentos podem ser utilizados somente se houver probabilidade de sucesso e que seja improvável risco à saúde da paciente, o que denota um viés de discricionariedade do médico que realizará alguma das técnicas, para que verifique se estão cumpridas as condições de uso. Ainda, que a idade máxima das *candidatas* é de 50 anos, excepcionados os casos em que, com base em critérios técnicos e científicos, o médico fundamenta que o procedimento possui probabilidade de sucesso e não prejudicará a paciente. (CFM - Brasil, 2022).

Conforme a idade da mulher, há determinação de quantos embriões poderão ser transferidos, sendo de até dois embriões para mulheres com até 37 (trinta e sete) anos e de até três embriões para mulheres com mais de 37 (trinta e sete anos). Considerando a limitação dos embriões, caso ocorra gravidez múltipla¹⁴ decorrente dos procedimentos, é vedado realizar procedimentos no intento de reduzir os

¹⁴ Quando dois fetos se desenvolvem no útero durante a mesma gestação.

embriões. Além disso, não é possível realizar as TRA's visando escolher o sexo do futuro bebê ou qualquer outra característica biológica (CFM -Brasil, 2022).

A legislação prossegue referindo quanto a quem pode ser paciente, quais sejam: “todas as pessoas capazes que tenham solicitado o procedimento e cuja indicação não se afaste dos limites desta resolução [...] desde que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos” (CFM - Brasil, 2022). Não há qualquer limitação ou escolha de público a quem deva ser oferecida a TRA, limitando-se somente a uma pessoa capaz, que somada ao já referido, deve ser acompanhada de taxa de sucesso e falta de risco à paciente.

A doação de gametas e embriões também é abarcada pela legislação, que prevê a impossibilidade de venda de material genético, já que a doação deve ter caráter voluntário e não lucrativo. Sobre isso, defende o anonimato do doador, referindo que os receptores e os doadores nunca conhecem as identidades um do outro, excepcionados os casos em que há doação de gametas/embriões para parentes de até quarto grau de um dos receptores, ou vice-versa. Por fim, a legislação refere questões envolvendo a criopreservação de gametas ou embriões, diagnóstico genético pré-implantacional de embriões, gestação de substituição e reprodução assistida *post mortem* (CFM - Brasil, 2022).

A partir da análise da legislação que dispõe sobre o assunto, permite-se auferir que ainda a reprodução humana assistida pende de maior regularização no ordenamento jurídico brasileiro. A principal norma envolvendo o tema trata-se da Resolução do Conselho Federal de Medicina, atualizada conforme necessidade, o que permite verificar um cenário de insegurança jurídica no que se refere a esta temática, que se embasa a atualização de resoluções, já que não existe nenhuma legislação específica que regule todas as possibilidades advindas desta prática.

Impasses como o registro dos infantes havidos da TRA's perpassam por interpretação de enunciados e possuem exigências como as trazidas pelo Provimento 63/2017 do CNJ, que exige documento de clínica particular impossibilitando o simples registro de crianças que nascem de inseminação caseira, por exemplo. Por meio disto, é possível verificar as lacunas deixadas por legislações esparsas que não se complementam e por vezes, se confrontam.

Ante o exposto, é sabido que um tema tão complexo e que abarca o nascimento de tantas vidas deve ser tratado com maior seriedade, com necessidade de unificação

das regulamentações já existentes acerca do tema em uma só legislação, a fim de que se regulamente a reprodução assistida com maior segurança, promovendo a divulgação desta à população.

4. AS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA NO SUS E A POLÍTICA PÚBLICA DISCRIMINATÓRIA AOS CASAIS E MULHERES HOMOSSEXUAIS

No Brasil, até o momento, a principal exclusão do acesso à FIV é de base econômica: o custo dos bebês de proveta os torna inacessíveis a uma enorme parcela da população interessada. As pessoas já frustradas em seus projetos reprodutivos, por razões adicionais – basicamente a indisponibilidade de técnicas de alta complexidade no setor público (SUS) – têm sua situação de vulnerabilidade moral e social agravada (COSTA et al., 2009). (Corrêa e Loyola, 2015, p. 763)

O presente capítulo visa abordar as técnicas de reprodução assistida (TRA's) no Sistema Único de Saúde, para que se averigüe de que modo é direcionada e seu funcionamento e como se apresenta aos casais homoafetivos, investigando se esta política pública lhes alcança ou não.

Para isso, primeiramente, explicitar-se-á as modalidades de procedimentos de reprodução assistida elegíveis às mulheres homossexuais – estando ou não dentro de um relacionamento. Dentro disso, o surgimento e popularização da inseminação caseira, a incerteza que envolve a temática e a opção por esta por um público à margem de uma política pública que deveria ser inclusiva.

Por conseguinte, será realizado um estudo das Portarias do Ministério da Saúde que instituíram a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida e que trata da destinação de valores para a realização dos procedimentos de modo público nos hospitais do Brasil.

A fim de entender a destinação dos recursos, e o direito adquirido ao planejamento familiar, o capítulo trará um contraponto entre a reserva do possível e o mínimo existencial, e de que forma estão correlacionados no presente trabalho. Por fim, exemplificando a falha no cumprimento do direito, será apresentada jurisprudência no que tange ao acesso das TRA's.

4.1. AS MODALIDADES DE PROCEDIMENTOS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA ELEGÍVEIS PARA CASAIS HOMOAFETIVOS E A POPULARIZAÇÃO DA INSEMINAÇÃO CASEIRA

As técnicas de reprodução assistida possuem público-alvo que inclui todas as pessoas capazes até cinquenta anos para as mulheres (com exceções em que o médico comprove o estado de saúde da paciente que permite que realize o procedimento), não sendo critério de exclusão a orientação sexual ou estado civil (Maia e Munhoz, 2018, p. 6). Dentro disso, há diferenciação entre as técnicas de concepção, por homóloga e heteróloga. Quanto à denominação homóloga, heteróloga e embriões excedentários, segundo Renata Malta Vilas-Bôas (2011), homóloga refere-se à manipulação de gametas do próprio casal heterossexual, sem intervenção de terceiros. O termo heteróloga, por sua vez, se refere às situações em que há doação de gametas por um doador.

A denominação Homóloga ocorre quando estamos diante da manipulação de gametas masculinos e femininos do próprio casal. Ocorre, por exemplo, quando a fecundação ocorre *in vitro*, o óvulo é implantado na mulher, que leva a gestação a termo. A denominação Heteróloga ocorre quando se utiliza o esperma de um doador fértil. Assim temos que a concepção ocorre mediante o material genético de outrem. Caso a mulher seja casada, o marido então será considerado o pai, por presunção legal, caso tenha consentido na realização da inseminação. Por sua vez aqueles embriões que foram concebidos por manipulação genética e que não foram implantados no ventre de uma mulher são denominados de embriões excedentários. (Vilas-Bôas, 2011).

Dessa forma, considerando o recorte do presente trabalho, explicita-se as modalidades de procedimentos elegíveis para mulheres homossexuais, quais sejam: inseminação artificial e fertilização *in vitro*. A inseminação artificial trata-se do ato de depositar o sêmen no trato genital feminino, no útero, por meio de um cateter especial (Maia e Munhoz, 2018, p.3). Neste caso, como a inseminação necessita ser iniciada nos primeiros dias do ciclo menstrual, a paciente precisa utilizar medicamentos indutores da ovulação.

A fertilização *in vitro*, por sua vez, possui maior intervenção laboratorial, em que é feito a união do óvulo ao espermatozóide. Com a formação e seleção do embrião, é realizada a transferência para o útero. Frisa-se, que neste caso, há limitação no número de embriões a serem transferidos – sendo o número máximo quatro, conforme a idade da mulher. (Maia e Munhoz, 2018, p.3-4). Ainda, para os casais de mulheres, há a possibilidade de gestação compartilhada, que consiste na transferência do embrião (obtido por meio de um óvulo fecundado de uma das mulheres) de uma das parceiras para o útero de outra. (Maia e Munhoz, 2018, p.6). Na FIV, a mulher também

necessita utilizar medicamentos de estimulação ovariana, para aumentar a taxa de sucesso.

Explicitados os tipos de técnicas que podem ser utilizadas sem que haja necessariamente um parceiro, a crítica passa a ser acerca do público que consegue utilizar-se destas, considerando os custos de tais procedimentos. Majoritariamente, mulheres e casais heterossexuais e homossexuais que são contemplados por boas condições financeiras e não encontram nenhum óbice à realização do desejo de maternar. As demais mulheres homossexuais, não possuintes do privilégio de acessar a maternidade por meio de técnicas seguras recorrem, por muitas vezes, à inseminação caseira. Conforme Corrêa (2012):

A “inseminação caseira” é uma auto-inseminação a baixo custo que é realizada fora de instituições médicas. Trata-se de uma técnica simples que envolve o controle do ciclo menstrual por meio de tabelinha ou temperatura basal para localizar o período fértil e introduzir o sêmen por meio de uma seringa que pode ser comprada em qualquer farmácia. (Corrêa, 2012, p. 100).

A partir disso, em vista do acesso abrange a esta técnica, bem como, que não acarreta custos financeiros ou demais preparações prévias é que a inseminação caseira se popularizou e se fortificou dentro do corpo social como opção viável à concretização de um sonho. Neste âmbito, as mídias sociais iniciaram a possuir relevância significativa, já que por meio destas, os homens revelavam seu interesse em ser doadores, e as mulheres, o interesse na realização da inseminação (Freeman, Jadvá, Tranfield e Golombok, 2016).

Côrrea (2012) referiu, à época de sua pesquisa, a existência de sites na Internet elaborados com o intuito de que se ensinasse o passo-a-passo da inseminação caseira, o que contribuiu no acesso da grande massa. A autora trouxe em sua tese um site denominado Maternidade Lésbica¹⁵, que fez um post em 10 de janeiro de 2010, com o título “Inseminação artificial caseira”, o que demonstra por si só a quantidade de anos em que esta prática vem sendo disseminada. A publicação possui 180 comentários, sendo a majoritária parte mulheres homossexuais dentro de um relacionamento, tirando suas dúvidas quanto à realização da inseminação caseira ou compartilhando suas experiências. Vejamos a introdução do site:

Começarei uma série informativa sobre métodos de reprodução assistida (?), todas as informações serão uma coletânea das pesquisas que faço na internet para me informar sobre as diversas formas que existem para se engravidar.

¹⁵ Disponível em: <https://maternidadelesbica.wordpress.com/2010/01/10/inseminacao-artificial-caseira/>.

Pensando pelo lado legal do Brasil um casal de lésbicas não teria direito a utilizar os métodos de inseminação artificial e fertilização in vitro (FIV), pois são destinados a casais heterossexuais ou mulheres (ainda que solteiras) com problemas de fertilidade. Então se nenhuma das duas tem problemas de fertilidade não poderia utilizar uma clínica/hospital para recorrerem ao processo, sobrando p/ nós a sorte de encontrarmos um desses locais gay friendly que fazem esses procedimentos interpretando de uma forma diferente o código brasileiro (Maternidade Lésbica, 2010).

No momento da publicação, ainda não se permitia fossem utilizadas as TRA'S para casais homoafetivos ou mulheres homossexuais que não precisassem ser "tratadas", pois os procedimentos eram utilizados somente sob o viés de tratamento – a utilização das técnicas de reprodução assistida passou a ser regulamentada somente na Resolução 2.121 de 2015 do CFM. Retoma-se, que a partir daí, a discussão passa a ser a quem possui condições monetárias viáveis ao acesso deste serviço e as incertezas sobre a realização deste, considerando a possibilidade de contração de doenças, que as mulheres ainda sim se submetem por não terem outra escolha.

Apesar dos riscos envolvidos, como, por exemplo, infecções e doenças sexualmente transmissíveis, a IC tem sido considerada um método útil devido aos seus benefícios, dentre eles o custo financeiro, a possibilidade do método ser caseiro, ou mesmo da criança ter um relacionamento futuro com o pai-doador, quando ele é conhecido (Steele & Stratmann, 2006). Não se pode esquecer que a IC é um método novo, sem garantia de sucesso e que impõe à mulher uma condição de vulnerabilidade psíquica devidos seus riscos. Essa vulnerabilidade sustentará a vivência subjetiva da maternidade pela mulher lésbica que opta por uma IC, que tem impacto, ainda, dos preconceitos sob esta minoria estigmatizada socialmente (Rodrigues e Cunha, p. 171)

Em que pese o reconhecimento quanto às possíveis problemáticas advindas do uso de uma técnica sem qualquer garantia de biossegurança, fato é que esta segue sendo considerada método mais vantajoso, considerando não dependerem de grande dispêndio de dinheiro e estarem mais acessíveis haja vista o contato com o doador, que pode ser escolhida pela(s) futura(s) mãe(s). Ou seja, é como se valesse o risco, já que não há nenhuma outra forma de alcançar esse sonho.

Salienta-se que a inseminação caseira é pouco respaldada entre os médicos, que consideram uma prática perigosa, visto ser realizada sem nenhuma garantia médica. Segundo Pedro Augusto Araújo, vice-presidente da FEBRASGO¹⁶ aponta que a inserção do sêmen sem nenhum tipo de manipulação diretamente no útero da

¹⁶ Comissão Nacional de Reprodução Humana da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

mulher pode trazer complicações por IST's ou outras contaminações. Em comparação, o risco de contágio é ainda maior que em relações sexuais heterossexuais sem camisinha, pois há chance de contaminação enquanto se coloca o material genético dentro da seringa. Por fim, refere que: “se a inserção do sêmen é feita diretamente no útero (e não na vagina), podem ocorrer reações anafiláticas (alérgicas)” (Araújo, 2022).

Ocorre que prevalece a falta de respaldo legal sobre a temática, visto que a única regulação sobre o tema se refere à proibição da venda do material genético, regulamentado pelo art. 199 da Constituição Federal. Outra questão envolvendo esta temática se refere ao registro dos infantes havidos por inseminação caseira, nos casos em que é realizada por um casal homossexual. Isto porque o Provimento 63 de 2017 do Conselho Nacional de Justiça dispõe quanto aos documentos necessários para o registro de criança havida por técnica de reprodução assistida. Dentro destas, está a necessidade de apresentação de declaração de diretor técnico da clínica, centro ou serviço de reprodução humana que foi realizada a técnica – indicando o nome dos ditos beneficiados.¹⁷

A problemática de tal regulamento está exposta por si só, visto que as partes não possuem vias de conseguir o documento referido, já que não foram assistidas por clínicas no seu processo de reprodução, mas o realizaram em casa. Em virtude de tal restrição, a judicialização dos casos para reconhecimento de maternidade da mãe não registral é uma constante e possui crescimento exorbitante.

Nisto, Dias (2024) cita: “Como para o registro do nascimento é exigido termo de consentimento informado, firmado na clínica que realizou o procedimento além de um documento público ou particular, as partes precisam se socorrer do Judiciário.” Isto é, sem este documento, faz-se necessário que as famílias que possuem filhos não havidos de fertilização em clínicas recorram ao judiciário para o registro das crianças, momento em que o Juízo tem a deliberação de decidir sobre o pedido.

Para exemplificar, traz-se o caso do Recurso Especial – REsp 2.137.415/SP, que trata de reconhecimento de maternidade em razão de ter sido realizada

¹⁷ Art. 17. Será indispensável, para fins de registro e de emissão da certidão de nascimento, a apresentação dos seguintes documentos:

II – declaração, com firma reconhecida, do diretor técnico da clínica, centro ou serviço de reprodução humana em que foi realizada a reprodução assistida, indicando que a criança foi gerada por reprodução assistida heteróloga, assim como o nome dos beneficiários;

inseminação caseira por um casal homoafetivo, que buscava no poder judiciário há dois anos registrar a dupla maternidade da infante, caso em que o Instituto Brasileiro de Direito de Família atuou como *amicus curiae*, apresentando sustentação oral à Terceira Turma do STJ, em 15 de outubro de 2024¹⁸. A fala de Maria Berenice Dias, vice-presidente do Instituto, reiterou a evidente desnecessidade da exigência de declaração da clínica para o registro da criança nos Cartórios, frisando que o judiciário não é capaz de suportar tamanha demanda no que se refere tão somente a um registro resolvido extrajudicialmente (Gomes, 2024)¹⁹. Manifestou-se, ainda, no seguinte sentido:

Neste caso, por exemplo, a criança já tem dois anos e ainda não possui o registro de nascimento com o nome da sua mãe. Essa exigência é absolutamente dispensável. O que ocorre é que o oficial de registro não faz a verificação para confirmar se a criança é fruto de um projeto de família. Quando esse tipo de caso chega ao Poder Judiciário, muitas vezes o juiz não ouve testemunhas, não colhe depoimentos das partes, não realiza instrução adequada. Simplesmente o juiz acaba homologando a possibilidade, mas pode levar muito tempo para que isso aconteça — como neste caso, em que já se passaram dois anos para que essa decisão fosse obtida (Dias, 2024)

O caso supracitado teve sentença improcedente sob o argumento de não atenção aos documentos exigidos pelo Provimento 63/2017 do CNJ, ainda que a infante tenha advindo de inseminação caseira. O Tribunal de Justiça de São Paulo confirmou a decisão, referindo que “o procedimento caseiro não regulamentado no ordenamento pátrio impede o acolhimento da pretensão inicial”.²⁰ Decisões completamente desconexas da realidade, desconsiderando as inúmeras vidas geradas por meio deste procedimento, que embora não regulamentado, possibilitou à inúmeras mulheres que alcançassem a maternidade.

Em suma, o presente tópico visou abordar as TRA's elegíveis às pessoas e casais homossexuais, demonstrando de que forma são realizadas. Além disso, o tema da inseminação caseira e a crítica acerca da pouca resolução do tema e falta de reconhecimento como uma prática legítima, que embora traga riscos e não seja desenhada como a ideal para quem deseja tornar-se mãe – já que o ideal seria que

¹⁸ Transmissão da Sustentação Oral: <https://youtu.be/le0lQ-yftQE>

¹⁹ Autor da publicação no site do IBDFAM, disponível em: <https://ibdfam.org.br/noticias/12309/STJ%3A+IBDFAM+apresenta+sustenta%C3%A7%C3%A3o+oral+em+julgamento+sobre+registro+de+dupla+maternidade+ap%C3%B3s+insemina%C3%A7%C3%A3o+caseira>

²⁰ Informação disponível no site do IBDFAM, link acima mencionado.

pudessem realizar o procedimento de forma segura, com acesso aos procedimentos de modo amplo e sem custos, tornou-se prática que auxiliou a efetivar o sonho de muitas mulheres, e que não pode ser invisibilizada, já que considerando a falta de respaldo estatal, resta como única opção a via da inseminação caseira.

4.2. NO ÂMBITO DO SUS: ESTUDO DA PORTARIA Nº 426 DE 2005 E PORTARIA DE Nº 3.149 DE 2012 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Prefacialmente, Reck (2023, p. 29) retrata que uma política pública é definida por um conjunto de ações e decisões em rede, que contribuem para que se alcance a efetivação de um objetivo ou um direito fundamental. No caso da presente pesquisa, a política instituída no SUS, tem como objeto efetivar o direito ao planejamento familiar.

A Portaria nº 426 de 2005, publicada no Diário Oficial da União em 23 de março de 2005, instituiu no âmbito do SUS a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, que de modo conjunto ao Ministério de Saúde e secretarias estaduais e municipais deve ofertar assistência às pessoas que desejam se utilizar das TRA's. Para isso, considera a necessidade de estruturar no Sistema Único de Saúde uma rede de serviços “regionalizada e hierarquizada” que regulamente a reprodução assistida. Ademais, Conceição et. al., 2002, expõe:

Desta forma, pode-se inferir por meio da Portaria SAS/MS nr 388 de 06 de julho de 2005 que a assistência integral em reprodução humana assistida (RHA) deve ser garantida por todos os níveis de atenção, devendo os serviços de média e alta complexidade estar habilitados e credenciados a hospitais públicos ou filantrópicos, conveniados ao SUS para receber os casos encaminhados da atenção básica e realizar as TRAs, tais como: Coito programado, inseminação artificial, fertilização in vitro, injeção intracitoplasmática de espermatozóide, coito programado e outras. (Conceição, et. al, 2002)

A mesma portaria considera (leia-se: se volta a determinada questão ou pessoa) o problema de infertilidade de 8% a 15% dos casais, segundo a Organização Mundial de Saúde, o que indica, até mesmo em virtude do ano de sua publicação, que se destina ao público heterossexual que se utiliza das TRA's para tratamento de infertilidade. Além disso, trata do uso dos procedimentos como modo de diminuir a transmissão vertical/horizontal de doenças. Nada refere, no entanto, quanto ao uso

desta política por pessoas homossexuais, evidenciando que não se deseja que o SUS seja utilizado por este grupo. Vejamos o que refere o art. 2º, II da Portaria nº 426/2005:

Art. 2º Determinar que a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida seja implantada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, permitindo:

II - identificar os determinantes e condicionantes dos principais problemas de infertilidade em casais em sua vida fértil, e desenvolver ações transeitoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade; (Brasil, 2005)

O art. 3º da Portaria definiu que a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida seja constituída a partir dos seguintes componentes: atenção básica, média complexidade e alta complexidade – determinando de que forma cada área atuará na efetivação dessa política. Segundo Casalechi (2018), integrante do comitê de embriologia da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana:

O SUS, em toda sua grandiosidade, pode ser dividido em diferentes estruturas e categorias. Considerando o grau de complexidade dos seus procedimentos, podemos dividi-lo em: atenção primária (promoção e proteção à saúde); atenção secundária (atendimentos especializados ambulatoriais ou hospitalares); e atenção terciária (procedimentos altamente especializados –incluindo aqui os tratamentos e técnicas da Reprodução Humana Assistida) (Casalechi, 2018)

Na atenção primária, se realizará a identificação do casal infértil e nesta, a anamnese, exame ginecológico e exames complementares, utilizados para que se verifique a saúde da mulher e eventuais questões que possam interferir em uma futura gestação (Brasil, 2005). Na média complexidade, se atendem os casos encaminhados pela atenção básica, com acompanhamento psicossocial e a realização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos referentes à reprodução humana assistida, com exceção da fertilização *in vitro*. Por fim, na alta complexidade, se atendem os casos encaminhados pela média complexidade e se realizam todos os procedimentos de TRA, incluindo a fertilização *in vitro* e inseminação artificial (Brasil, 2005).

Por fim, em seu art. 4º, refere que “a regulamentação suplementar e complementar do disposto nesta Portaria ficará a cargo dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, com o objetivo de regular a atenção em reprodução humana assistida) (Brasil, 2005), bem como, que é dever das três esferas do governo realizar o controle a fiscalização da política, ainda que seja dever dos estados organizar conforme melhor entenderem.

De acordo com Costa et. al (2006), salienta-se que apesar de existirem políticas assegurando as TRA'S, cerca de 72,9% dos municípios não possuem acesso à tal (Costa et. al., 2006). Assim, evidencia-se o muito provável desconhecimento da população acerca desta política. Com isso, trazem que apesar das leis e portarias já existirem há mais de uma década, a dificuldade em sua implementação permanece.

O governo tem a função de garantir a prática integral dos direitos reprodutivos, fundamentado pela Constituição. Para que assim aconteça, é necessário que as políticas públicas intervenham juntamente com as três esferas de gestão para identificação e resolubilidade das falhas no funcionamento do sistema, provendo a distribuição financeira adequada, ofertando os métodos necessários e certificando a acessibilidade de quem necessita e se enquadra nos requisitos para realização das técnicas. (Conceição et. al., 2002)

Ocorre que, muito provavelmente, esta fiscalização não ocorre da maneira devida, não permitindo que haja controle efetivo da temática. Além disso, no que tange a presente pesquisa, em nenhum dos sete artigos da Portaria se referiu a utilização dos procedimentos por pessoas ou casais homossexuais. A falha do sistema de saúde também é evidenciada pela falta de repasse de verba governamental para efetivar esta política, conforme cita Casalechi (2018):

Entretanto, ainda com todos seus benefícios sociais, essas instituições ainda não recebem repasses governamentais pelos procedimentos específicos realizados –como FIV/ICSI²¹, IUI²², punção ovariana, rastreamento de ovulação e, até mesmo, pelas consultas para investigação da infertilidade –uma vez que tais procedimentos não foram tabelados e reconhecidos como parte dos tratamentos oferecidos pelo SUS. Dessa forma, cabe às instituições, em que os centros estão localizados, fornecer a estrutura, os materiais e a mão-de-obra necessária para mantê-los funcionando, sem receber o devido reembolso por isso (Casalechi, 2018).

O exposto acima evidencia que não há menor condição de que os nosocômios possam efetivar a política teorizada em 2005, já que não há repasse de verba. No mesmo sentido do exposto acima, Eduardo Pandolfi Passos, coordenador do setor de reprodução assistida do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, reitera que as TRA's não estão incluídas na tabela do SUS, ainda que esteja sendo reivindicado ao Ministério da Saúde (Costa, 2023). Por si só, a Portaria publicada no ano de 2005 pressupõe um laudo médico de infertilidade pra utilização das TRA's, o que expõe que a política é discriminatória às famílias monoparentais ou casais homossexuais, que

²¹ Injeção intracitoplasmática de espermatozóide

²² Inseminação intrauterina

não tem necessariamente um problema de saúde a ser tratado, mas gostariam de gerar um filho – e não podem se valer deste programa do SUS.

Sete anos após a Portaria nº426/2005, foi publicada a Portaria nº 3.149 de 2012, que dispõe sobre a destinação dos recursos financeiros aos estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos de reprodução humana assistida no âmbito do SUS, incluindo a fertilização *in vitro* e a injeção intracitoplasmática de espermatozoides. Nisto, é a redação do artigo:

Art. 1º Ficam destinados recursos financeiros no valor total de R\$ 10.000.000,00 (dez milhões de reais) aos estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos de atenção à Reprodução Humana Assistida, no âmbito do SUS, incluindo fertilização *in vitro* e/ou injeção intracitoplasmática de espermatozoides, conforme o Anexo desta Portaria (Brasil, 2012).

O valor total destinado à realização dos procedimentos de reprodução humana assistida, ao todo, equivale ao valor de dez milhões de reais, sendo que para o estado do Rio Grande do Sul, a quantia repassada foi de dois milhões de reais. A quantia supra informada é dividida em partes iguais para dois hospitais da cidade de Porto Alegre/RS, quais sejam: Hospital Nossa Senhora da Conceição SA – Fêmea e Hospital das Clínicas de Porto Alegre, os únicos hospitais do Rio Grande do Sul que realizam os procedimentos de reprodução humana assistida através do Sistema Único de Saúde. (Brasil, 2012).

Além de Porto Alegre, foram destinados recurso de modo estadual e municipal, para Brasília, Belo Horizonte, Recife, na quantia de um milhão de reais, além de Natal e três hospitais do estado de São Paulo, no valor de um milhão e meio de reais, para cada um destes. O que se permite verificar neste ponto, é a dificuldade geográfica que se impõe, já que apenas seis estados brasileiros contam com hospitais que possuem essa política, ou seja, pressupõe que os indivíduos devam deslocar-se até estes nosocômios para realizar eventual procedimento.

O parágrafo único da Portaria refere que os recursos financeiros referidos na Portaria supracitada devem ser destinados aos Fundos de Saúde dos estados e repassados aos hospitais em uma única parcela. Ou seja, em que se refere ao Rio Grande do Sul, o que está regulamentado é que houve o repasse de R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais), em única ocasião aos hospitais, e que com esta quantia monetária, deveria ser realizados os procedimentos de reprodução assistida – o que

verifica uma quantia irreal de dinheiro para que uma política pública se mantenha com bom funcionamento.

4.3. A PRÁTICA HOSPITALAR: ORGANIZAÇÃO DOS HOSPITAIS DO RIO GRANDE DO SUL QUANTO À POLÍTICA DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA DO SUS

Conforme exposto previamente, existem dois hospitais no estado do Rio Grande do Sul que contam a política de reprodução assistida de modo público, quais sejam, Hospital das Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e Hospital Fêmeina do Grupo Hospitalar Conceição. Conforme informação obtida por meio do Serviço de Informações ao Cidadão do Governo Federal, via e-mail, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre há limitação de idade de 35 (trinta e cinco) anos no momento de sua avaliação na unidade de saúde. Para moradores do interior e moradores da região metropolitana, o encaminhamento é feito por meio das Secretarias de Saúde dos municípios.

Isto posto, foi possível obter os critérios para participação no programa de reprodução assistida, dentro destes: critério de idade de até 35 anos na primeira consulta, pacientes não podem ter diagnóstico de Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), hepatites e o Vírus Linfotrófico T humano 2 (HTLV/II), casal deve fornecer óvulo da paciente e sêmen do companheiro – pois o HCPA não possui banco de gametas, e realiza somente fertilização homóloga, além disso, as medicações necessárias para estímulo da ovulação não são ofertadas e nem vendidas pelo hospital, sendo que o casal receberá receita das medicações e deverá adquiri-las. Frisa-se que estes medicamentos não são fornecidos pelo SUS, e não estão disponíveis nas Farmácias Básicas e nem Unidades Básicas de Saúde. (SIC HCPA, 2023).

Na sequência, foi possível obter contato com a ouvidoria do Hospital Fêmeina, do GHC, via e-mail. Na apresentação do serviço, já consta informação pertinente à pesquisa, que revela recorte do público a quem se destina o programa.

Dedicada exclusivamente à atenção de casais inférteis que necessitem do auxílio de técnicas de reprodução assistida para conceber. Instalada em espaço físico próprio no Bloco Cirúrgico, composto por equipe de médicas ginecologistas e obstetras especialistas em reprodução assistida, bióloga embriologista e profissional de enfermagem. Nesta área, encontra-se o Laboratório de Fertilização in vitro, Laboratório de Sêmen, Laboratório de Criopreservação, Área de Pré-estoque, Sala de Climatização, posto de

enfermagem e área administrativa. Estende o atendimento a diversas regiões do hospital em virtude das etapas de acompanhamento assistencial das usuárias. Recebe somente pacientes provenientes das Unidades Básicas de Saúde de todo o Estado, em dois consultórios exclusivos no ambulatório. Realiza exames de ultrassonografia em pacientes sob tratamento com estímulo ovariano, controlado no setor de Radiologia, e exames sorológicos e hormonais no Laboratório de Análises Clínicas, entre outras atividades de apoio técnico ou logístico compartilhadas como Psicologia, Nutrição e outros se necessário. Atende semanalmente 26 novas consultas por infertilidade. (GHC, 2023) (grifo nosso)

Neste hospital, a idade máxima para encaminhamento é de 35 (trinta e cinco anos), sendo que as pacientes que passarem dessa idade ainda possuem o procedimento garantido, visto que há fila de espera para iniciar o tratamento. O encaminhamento se dá após consulta com ginecologista da Unidade Básica de Saúde, com os exames já realizados. Informaram, também, que os pacientes custeiam os medicamentos para indução da multi-ovulação. Por fim, os critérios de exclusão são os seguintes: sorologia positiva para HIV, Hepatite C (HCV), Hepatite B (HBSAG), HTLV, ligaduras de trompas ou vasectomia, três ou mais cesarianas prévias, ausência de gametas femininos (óvulos) ou masculinos (espermatozoides) e casais homoafetivos, por não possuírem banco de sêmen. (GHC, 2023).

Em suma, as informações disponibilizadas dos dois hospitais são correlatas, e delas se permite auferir denominadores comuns: ainda que assistidos pelo programa, é necessário o dispêndio de dinheiro com medicamentos para estimular a ovulação da mulher e a exclusão de casais homoafetivos e mulheres homossexuais, visto ser uma política utilizada para tratamento de infertilidade, já que não possuem banco de sêmen.

Eduardo Passos, coordenador da reprodução assistida do HCPA refere em reportagem que o Hospital de Clínicas conta com programa de oferecimento de fertilização *in vitro* “somente aos usuários do SUS que têm problemas de fertilidade”. Ainda, expõe que o HCPA é um dos primeiros hospitais públicos brasileiros a oferecer a reprodução assistida via SUS, com média de 200 procedimentos por ano e cerca de 1.000 (mil) nascimentos ao ano (Costa, 2023).

Enquanto isso, Andréa Nacul – coordenadora da Unidade de Reprodução Assistida do Hospital Fêmeina, refere que o nosocômio recebe doze primeiras consultas por mês e são realizados cerca vinte procedimentos de FIV ao mês e dez de inseminação intrauterina. O serviço começou a ser implementado no ano de 2013, sendo que, em setembro de 2023, haviam sido realizadas 512 (quinhentos e doze)

transferências de embriões, que resultaram em 167 (cento e sessenta e sete) nascidos por meio da FIV (Costa, 2023).

Em primeira análise, há falhas do programa já no seu início, considerando que os pacientes encaminhados pela atenção primária, que utilizam o sistema público de saúde não por escolha, mas por necessidade, tenham de adquirir fármacos que lhes permitem realizar o procedimento, já que estes são estritamente necessários, não havendo escolha sobre se compram ou não. Dentro disso, está o fator que as técnicas só são utilizadas se há taxa de sucesso, não se permitindo que não haja administração de uma ferramenta que aumenta a chance do resultado esperado.

Trata-se, portanto, de política elitista – pela falta de garantia ao acesso completo ao programa de modo público. Além disso, tal fator é agravado pelo distanciamento geográfico dos nosocômios, que não estão nem perto de atingir todos os estados brasileiros, quem dirá os mais de 5.000 (cinco mil) municípios do país. Evidente que o fator de base econômica é o que inviabiliza o acesso às TRA's, o que não é modificado com o acesso via SUS ao procedimento.

Sobre a temática da presente pesquisa, evidencia-se que mulheres homossexuais e casais homoafetivos são critérios de exclusão do programa nos dois Hospitais, por não haver banco de sêmen nestes, e por ser impossibilitado que se utilize dos procedimentos sem possuir os gametas femininos e gametas masculinos. Dessa forma, se os casais heterossexuais encontram óbice em relação ao fator financeiro, os homossexuais sequer podem se valer dessa política, em razão de sua orientação sexual, por não serem asseguradas as vias de realização do procedimento.

De modo indubitável e infelizmente, não há nenhuma garantia às mulheres e casais homossexuais de que o estado proverá o seu direito ao planejamento familiar e de reproduzir, pois não há interesse que assim seja – isto evidenciado por meio da não regulação do programa ao SUS no que tange a este público, que necessita de tais procedimentos para gestar um futuro filho. Retomando o já referido, por esta razão é que o número da inseminação caseira está em crescente constante entre as mulheres homossexuais, já que o estado é omissor em garantir seu acesso à saúde, destinando suas políticas públicas ao heterossexual com problemas de fertilidade.

4.4. A PROCURA PELO DIREITO A MATERNAR: ANÁLISE DE JULGADOS EM RELAÇÃO ÀS TRA'S

Em virtude do narrado acima, fato é que as questões de base econômica são aquelas que mais impedem famílias de todas composições a acessarem as técnicas de reprodução assistida – já que não mais possuem viés de tratamento, e que seu uso é permitido aos casais homossexuais pelo Conselho Federal de Medicina. Neste ponto, portanto, serão apresentadas ementas de acórdãos encontrados em temas que se referem à busca ao acesso às técnicas de reprodução assistida. Para isto, foi realizada pesquisa no Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, dos anos de 2017 a 2024, para verificar o atual entendimento dos juristas sobre o tema.

Em busca realizada com os filtros “reprodução assistida”, incluindo qualquer uma das palavras “fertilização *in vitro*” e “inseminação artificial”, excluindo a palavra “plano” (se referindo à plano de saúde), foi possível obter quarenta decisões. Das quais foram selecionadas cinco decisões, de anos compreendidos entre 2024 e 2017. Frisa-se, ainda, que embora o objeto da presente pesquisa esteja destinado aos casais homossexuais, não se encontrou nenhuma decisão que se refere à concessão das TRA's para este público, estando os julgados voltados para ações de retificação de registro civil para abarcar a dupla maternidade.

Assim, a decisão mais recente data de 21 de agosto de 2024, em ação que postula o procedimento de fertilização *in vitro*, que foi mantida a sentença de improcedência, considerando não ter ficado evidenciada urgência no caso em tela.

Ementa: RECURSO INOMINADO. SEGUNDA TURMA RECURSAL DA FAZENDA PÚBLICA. ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **FERTILIZAÇÃO IN VITRO**. PROCEDIMENTO QUE DEVE SEGUIR O PROCEDIMENTO PRÓPRIO DO SUS. URGÊNCIA NÃO EVIDENCIADA NÃO EVIDENCIADO RISCO À SAÚDE. SENTENÇA DE IMPROCEDÊNCIA MANTIDA. RECURSO DESPROVIDO. (Recurso Inominado, Nº 50022709420228210125, Segunda Turma Recursal da Fazenda Pública, Turmas Recursais, Relator: Daniel Henrique Dummer, Julgado em: 21-08-2024)

Julgada em 16 de outubro de 2023, uma ação que se postulou a fertilização *in vitro*, com sentença de improcedência, e recurso inominado desprovido, sob o entendimento que este procedimento não está abarcado no sentido urgente e estrito da saúde no judiciário, argumentando sobre o princípio da reserva do possível.

Ementa: RECURSO INOMINADO. TERCEIRA TURMA RECURSAL DA FAZENDA PÚBLICA. SAÚDE. **REPRODUÇÃO ASSISTIDA** – FIV (FERTILIZAÇÃO 'IN VITRO'). IMPOSSIBILIDADE. PROCEDIMENTOS QUE NÃO SE DESTINAM À CONCRETIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO SENTIDO “ESTRITO” QUE SE TRATA DO TEMA NA ESFERA JUDICIALIZADA. PRINCÍPIO DA RESERVA DO POSSÍVEL. SENTENÇA DE IMPROCEDÊNCIA CONFIRMADA. RECURSO INOMINADO DESPROVIDO.(Recurso Inominado, Nº 50007563720228210148, Terceira Turma Recursal da Fazenda Pública, Turmas Recursais, Relator: Laura de Borba Maciel Fleck, Julgado em: 16-10-2023)

A fim de se demonstrar a imutabilidade do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, demonstrando ser este um entendimento pacificado, está uma decisão de 28 de outubro de 2021 e de 25 de abril de 2019, ambas no mesmo sentido, indeferiram o pedido de concessão do procedimento de fertilização in vitro pelo judiciário sob o argumento de direito não evidenciado. Vejamos:

Ementa: RECURSO INOMINADO. ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO. FORNECIMENTO DE TRATAMENTO DE **REPRODUÇÃO ASSISTIDA**. FERTILIZAÇÃO IN VITRO. DIREITO NÃO EVIDENCIADO. SENTENÇA DE IMPROCEDÊNCIA MANTIDA. RECURSO INOMINADO DESPROVIDO. POR MAIORIA.(Recurso Cível, Nº 71010143337, Terceira Turma Recursal da Fazenda Pública, Turmas Recursais, Relator: Sylvio José Costa da Silva Tavares, Redator: Lílian Cristiane Siman, Julgado em: 28-10-2021)

Ementa: RECURSO INOMINADO. TERCEIRA TURMA RECURSAL DA FAZENDA PÚBLICA. SAÚDE PÚBLICA. FORNECIMENTO DE TRATAMENTO DE **REPRODUÇÃO ASSISTIDA**. FERTILIZAÇÃO IN VITRO. DIREITO NÃO EVIDENCIADO. SENTENÇA DE IMPROCEDÊNCIA MANTIDA. RECURSO DESPROVIDO.(Recurso Cível, Nº 71007518582, Terceira Turma Recursal da Fazenda Pública, Turmas Recursais, Relator: Lílian Cristiane Siman, Julgado em: 25-04-2019)

No mesmo sentido acima, um agravo de instrumento desprovido em 28 de junho de 2017, apontando a desnecessidade de deferimento judicial do pedido, pois não se trata de questão de urgência, nem risco à saúde da autora, sob o entendimento que “não se pode olvidar a escassez de recursos públicos, sendo necessário o direcionamento de recursos para ações mais urgentes referentes à saúde pública”.

Ementa: AGRAVO DE INSTRUMENTO. ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. SAÚDE. FORNECIMENTO DO PROCEDIMENTO DE **REPRODUÇÃO ASSISTIDA** FIV (FERTILIZAÇÃO IN VITRO). IMPOSSIBILIDADE. AUSENTE OS REQUISITOS AUTORIZADORES DA TUTELA DE URGÊNCIA. Em que pese comprovada a enfermidade da parte agravante, bem como a prescrição de tratamento para infertilidade, o atestado médico não aponta os eventuais riscos a que a paciente estaria sujeito na hipótese da não realização do procedimento. Não se questiona o desejo da agravada em ter filhos, mas essa questão não diz respeito, primordialmente, à preservação da vida e da saúde da autora, bens maiores

que merecem prioridade dos entes estatais, mas sim, trata-se de planejamento familiar. Não se pode olvidar a escassez de recursos públicos, sendo necessário o direcionamento dos recursos para ações mais urgentes relativas à saúde pública. Assim, não restou comprovada a urgência na realização do tratamento. AGRADO DE INSTRUMENTO DESPROVIDO (Agravo de Instrumento, Nº 71006566681, Segunda Turma Recursal da Fazenda Pública, Turmas Recursais, Relator: Rosane Ramos de Oliveira Michels, Julgado em: 28-06-2017)]

Neste ponto, cabe referir a questão da reserva do possível e seu contraponto com o mínimo existencial. O princípio da reserva do possível trata-se de regular a atuação estatal na efetivação de direitos, sopesando qual será a possibilidade de extensão de sua ajuda, considerando os recursos de que dispõe (Silva, 2023). Haja vista a limitação econômica, deverá observar os elementos da necessidade, distributividade dos recursos e eficácia do serviço, para determinar a concessão de recursos. Em contrapartida, o mínimo existencial se refere às condições básicas que devem ser conferidas aos cidadãos para que possam conviver em sociedade com dignidade (Nascimento, 2017).

Ocorre que o direito à saúde está em declínio, tanto de maneira administrativa quanto judicializada, e tende a “enxugar” ainda mais a possibilidade de aquisição de fármacos, procedimentos, consultas pelo judiciário. Neste sentido, está o julgado recente do Tema 1234 do STF, com julgamento em 16 de setembro de 2024, e publicação em 11 de outubro de 2024 e tem como relator o Ministro Gilmar Mendes, que discute a legitimidade passiva da União e competência da Justiça Federal nas demandas de medicamentos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), mas não padronizados no SUS.

Basicamente, o julgado dificultou o ajuizamento de novas ações de medicamentos, que agora devem ser embasados em notas técnicas e com laudos médicos extremamente fundamentados. Cabe ressaltar, ainda, que houve modulação do tema, mas somente no que se refere à competência, que não deve atingir as ações em tramitação - quanto às demais exigências, afetarão os processos em andamento, que tendem a ficar prejudicados.

O exposto acima auxilia a compreensão sobre em que medida está tendo andamento o direito à saúde judicializado, que caminha para ficar cada vez mais enxuto, com mais decisões indeferindo os pedidos que deferindo, na mesma linha do

tema das reproduções assistidas, que não obtém nenhum sucesso judicial importante. É o que expõe Corrêa e Loyola (2015):

Em função disso, não são poucos os casos já levantados de judicialização – processos judiciais demandando que o Estado pague pela FIV a cidadãos usuários do SUS. Mas inversamente a outros casos de medicamentos e doenças, os juízes vêm negando com elevada frequência o custeio da FIV, sendo um dos argumentos mais utilizados que a ausência de filhos não é uma doença. Ademais, como evidencia o exame da jurisprudência, o entendimento do que seja planejamento familiar tem sido restritivo, ficando muito voltado aos direitos de acesso à contracepção, o que não se coaduna com a lei específica, nem com os princípios constitucionais e os do SUS. (Corrêa e Loyola, 2015, p. 762)

Conforme o dito alhures, as decisões ora juntadas se referem a pedidos de concessão de reprodução assistida sob o viés do tratamento de infertilidade, para casos em que há muita demora em alcançar o serviço de modo administrativo pelo SUS e que possibilitam o ingresso judicial destas pessoas. Para as mulheres homossexuais, o pedido administrativo já é negado de pronto, considerando que sequer possuem a possibilidade de contar com esta política pública para os seus projetos de planejamento familiar, pois são critérios de exclusão. Por essa razão, sequer há registro jurisprudencial de seus pedidos para concessão do procedimento.

Há evidente omissão estatal, que esquece de tantos projetos de famílias que ficam apenas no desejo e no imaginário de tantas mulheres, que são impedidas de alcançar o seu sonho de maneiras diferentes, mas que surtem o mesmo efeito. Tanto administrativamente, quanto judicialmente, o seu direito não é sequer realidade. Na legislação, há teorização sobre a possibilidade de se valerem das TRA's, mas que em verdade, só abarca grupo minoritário de pessoas, as que possuem fartas condições monetárias para embasar o seu direito.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa investigou a aplicabilidade prática da política pública de reprodução assistida no Sistema Único de Saúde, buscando analisar de que forma está amparada no ordenamento jurídico brasileiro e o respaldo estatal que possui para que se efetive. Como foco do presente trabalho, verificar de que forma tal política é acessada por mulheres, solteiras ou em relacionamentos homossexuais, que desejam maternar.

Para isso, realizou-se retomada histórica quanto ao momento de reconhecimento das famílias homoafetivas pelo poder judiciário e se expôs a regulamentação do direito ao planejamento familiar, constitucionalizado como dever do estado para todos os indivíduos, sem quaisquer restrições. No mesmo sentido, estudo das técnicas de reprodução assistida, que segundo entendimento atualizado do Conselho Federal de Medicina, podem ser utilizadas para todos os cidadãos.

Observando as conceituações do direito ao planejamento familiar, alinhados às instruções do Conselho Federal de Medicina quanto às técnicas de reprodução assistida (TRA's), evidencia-se um denominador comum: o fato de serem acessados por quaisquer indivíduos, que devem se valer deste direito sem qualquer óbice, já que estes não consideram raça, etnia ou orientação sexual para que possam ser efetivados.

No entanto, no momento em que se verifica o acesso prático à reprodução assistida, percebe-se um recorte nas pessoas que se valem destes procedimentos pela via particular. Normalmente, pessoas com maiores poderes aquisitivos e situação financeira mais do que estabilizada, que lhes permite o dispêndio de – a depender da técnica – trinta mil reais, para exemplificar, sem que o restante da sua vida seja afetada por este dinheiro. Até mesmo pessoas que não necessariamente sejam extremamente ricas, mas que conseguem organizar a sua vida para juntar a quantia monetária que precisam para se valerem dos procedimentos estão abarcadas no recorte de quem utiliza das TRA's como meio de reprodução e para efetivar seus projetos de família.

Alheias à esta realidade, estão aquelas pessoas que desejam efetivar seus projetos familiares por meio destes procedimentos e são impedidas por não possuírem condições financeiras para isto. Neste ponto é que se deu a popularização da

inseminação caseira, que não possui qualquer custo e pode ser utilizada por meio de simples doação de material genético por um voluntário, prática cada vez mais comum no corpo social, ainda que possua riscos evidentes à saúde daqueles que dela utilizam, e possa ter impactos como a possibilidade de envolvimento do doador com a criança, já que se conhece a identidade deste. Apesar disto, a prática deve ser reconhecida com aquela que ajudou milhares de famílias a alcançar o sonho da maternidade, ainda que com as possíveis problemáticas.

Para efetivar o direito ao planejamento familiar populacional é que Ministério da Saúde implementou programa de reprodução assistida, portanto. A Portaria nº 426 de 2005 do Ministério de Saúde, que implementou este programa, possui direcionamentos objetivos quanto ao modo em que dever ser organizado o acesso, distribuindo funções entre a atenção básica, média complexidade e alta complexidade.

Pela data de sua publicação, em que ainda não se reconhecia o uso das TRA's no contexto de famílias homoafetivas, considera o uso dos procedimentos como tratamentos de saúde, dedicados aos problemas de infertilidade e para diminuição de transmissão de doenças. Por conseguinte, a Portaria nº 3.149 de 2012 destinou recursos à hospitais de algumas cidades brasileiras, dentro destas, dois hospitais de Porto Alegre/RS, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre e Hospital Fêmina, do Grupo Hospitalar Conceição.

Haja vista o objetivo deste trabalho, que se dedica às questões pertinentes às mulheres e casais homossexuais, a pesquisa quanto à prática hospitalar na efetivação deste programa se debruçou a entender de que forma este grupo era abarcado por estas pessoas. Quando analisados os hospitais gaúchos, a resposta foi objetiva: não é. De nenhuma forma tais famílias podem ter acesso à esta política, já que estes nosocômios não possuem banco de sêmen. A resposta obtida é considerada uma dúvida recente em ambos os hospitais, que foi encaminhada em primeiro contato com estes, o que de certa forma permite auferir que há desconhecimento e busca da população para entender se podem se valer desta política.

Por si só, tal resposta permite satisfazer o questionamento principal do presente trabalho: no estado do Rio Grande do Sul não há nenhum atendimento às famílias homoafetivas em seus projetos de família pelo Sistema Único de Saúde. A falta de retorno dos coordenadores dos hospitais supracitados, não permitiu fossem

respondidos os demais questionamentos que a presente pesquisa desejava satisfazer, tais como: por qual razão não há banco de sêmen nos hospitais?

De forma conjunta à esta questão, se coloca o fato de ter havido repasse de verba governamental em somente uma oportunidade desde a última Portaria emitida sobre o tema, de modo que se evidencia que os nosocômios atuam por seus próprios recursos para efetivar a realização dos procedimentos de reprodução assistida. Talvez por isso haja o recorte para tratamento de infertilidade, somente. Até o mesmo para o público a que se destina esta política, é falha, já que não é totalmente gratuita, posto que as famílias precisam adquirir os medicamentos que induzem a ovulação e que permitem maior taxa de sucesso. A política de reprodução assistida também não satisfaz os problemas de ordem financeira.

O exposto por este trabalho permite verificar que ainda há muito a ser feito para estas pessoas, que não podem ser deixadas à margem de tal maneira. Além disso, há evidente necessidade de uniformização e atualização da legislação do tema, que se encontra respaldada por resoluções e portarias esparsas, de modo a se garantir maior segurança jurídica.

O maior óbice à utilização da reprodução assistida no Brasil é de ordem econômica. Isto porque se as pessoas tivessem condições financeiras, por ter uso permitido a todos pelo Conselho Federal de Medicina, não se encontraria nenhuma problemática que não permitisse a sua utilização. Assim, por haver uma política pública que oferta tais procedimentos, há esperança de que possa ser utilizada por toda a população.

O trazido pela presente pesquisa e os julgados sobre o tema demonstram que não ocorre de tal maneira. Há evidente inconstitucionalidade neste caso, já que ainda que o direito ao planejamento familiar seja dever do estado para todos, este não se interessa no projeto familiar das pessoas homossexuais. É evidente a omissão estatal em uma política que prevê a utilização dos procedimentos de reprodução assistida pelo SUS, mas exclui uma parcela da população e seu sonho.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Rosana Carvalho Bastos; LIMA, Deyvison Rodrigues. JUDITH BUTLER SOBRE O GÊNERO: as performances e os corpos estranhos. **Kínesis - Revista de Estudos dos Pós-Graduandos em Filosofia**, [S.L.], v. 14, n. 36, p. 444-463, 2 ago. 2022. Faculdade de Filosofia e Ciências. <http://dx.doi.org/10.36311/1984-8900.2022.v14n36.p444-463>. Disponível em: <https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/kinesis/article/view/13600>. Acesso em: 02 jul. 2024.

ANZALDÚA, Gloria. **Borderlands La Frontera: the new mestiza**. San Francisco: Aunt Luke Book Company, 1987. 223 p.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 05 out. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 17 abr. 2024.

BRASIL. **Portaria nº 426, de 23 de março de 2005**. Institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida e dá outras providências. Brasília, DF, 22 mar. 2005. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/sobre/a-secretaria/legislacao-1/nacional/portarias/portarias-em-pdf/portaria_ms_426_2005_integra/view. Acesso em: 15 abr. 2024.

BRASIL. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF, 24 jun. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 15 abr. 2024.

BRASIL. **Portaria nº 3.149, de 28 de dezembro de 2023**. Ficam destinados recursos financeiros aos estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos de atenção à Reprodução Humana Assistida, no âmbito do SUS, incluindo fertilização in vitro e/ou injeção intracitoplasmática de espermatozoides. Brasília, DF, 28 dez. 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3149_28_12_2012.html. Acesso em 15 abr. 2024.

BRASIL. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília, DF, 12 jan. 1996. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=490199&filename=LegislacaoCitadaPL%201686/2007. Acesso em: 15 abr. 2024.

BRASIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Institui o Código Civil. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 139, n. 8, p. 1-74, 11 jan. 2002. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm. Acesso em: 15 abr. 2024.

BRASIL. **Resolução nº 2.013, de 2013 do CFM**. 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. Disponível em:

<https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resoluocfm%202013.2013.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2024.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. [S. L.]: Routledge, Chapman & Hall Inc, 1990. 119 p. [S. I].

CARLOS, Paula Pinhal de. Gênero, maternidade e direitos sexuais e reprodutivos. **Revista Jurídica Luso-Brasileira**, Lisboa, v. 1, p. 1745-1781, 2019. Disponível em: https://www.cidp.pt/revistas/rjlb/2019/1/2019_01_1745_1781.pdf. Acesso em: 20 out. 2023.

CASALECHI, Maíra. **A Reprodução Humana Assistida no SUS: Saúde Reprodutiva é um direito constitucional**. 2018. Disponível em: <https://sbrh.org.br/comite/embriologia/a-reproducao-humana-assistida-no-sus-saude-reprodutiva-e-um-direito-constitucional/>. Acesso em: 26 jul. 2024.

COSTA, Jhully. **Como funciona o processo de reprodução humana assistida pelo SUS**. 2023. Elaborada por Zero Hora. Disponível em:

<https://gauchazh.clicrbs.com.br/comportamento/noticia/2023/09/como-funciona-o-processo-de-reproducao-humana-assistida-pelo-sus-clmjmxow0053013ncuukg5ry.html>. Acesso em: 02 set. 2024.

CÔRREA, Maria Eduarda Cavadinha. **Duas mães? Mulheres lésbicas e maternidade**. 2012. 218 f. Tese (Doutorado) - Curso de Ciências, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2012. Disponível em:

https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-29042012-124625/publico/tese_maria_eduarda_cavadinha_correa.pdf. Acesso em: 05 jul. 2024.

CONCEIÇÃO, Thaisy Luanna Chaves *et al.* **Desvelando a reprodução assistida pelo Sistema Único de Saúde**. Research, Society And Development, [S.L.], v. 11, n. 9, p. 0-0, 6 jul. 2022. Research, Society and Development.

<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i9.31694>. Disponível em: <https://rsdjournal.org> › rsd › article › download. Acesso em: 20 out. 2023.

CORRÊA, Sonia; ÁVILA, Maria Betânia. **Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros**. In: BERQUÓ, Elza (org.). *Sexo & vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas: Unicamp, 2003, p. 17- 78. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=4099350&forceview=1>. Acesso em: 20 out. 2023.

CORRÊA, Sonia; PETCHESKY, Rosalind. **Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista**. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1/2, p. 147-177, 1996. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/K7L76NSSqymrLxfsPz8y87F/>. Acesso em 20 out. 2023.

DIAS, Maria Berenice. **Manual de Direito das Famílias**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2017. 798 p.

DIAS, Maria Berenice. **Manual de Direito das Famílias**. Salvador: Juspodivm, 2021. 1056 p.

DIAS, Maria Berenice. **Manual de Direito das Famílias**. São Paulo: Juspodivm, 2022. 1084 p.

FEDERICI, Silvia. **O Calibã e a Bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva**. Trad. Coletivo Sycorax. São Paulo: Editora Elefante, 2017. Disponível em: https://coletivosycorax.org/wp-content/uploads/2019/09/CALIBA_E_A_BRUXA_WEB-1.pdf. Acesso em: 11 nov. 2024.

GUEDES, Olegna de Souza; DAROS, Michelli Aparecida. O cuidado como atribuição feminina: contribuições para um debate ético. **Serviço Social em Revista**, [S.L.], v. 12, n. 1, p. 122, 15 jul. 2009. Universidade Estadual de Londrina. <http://dx.doi.org/10.5433/1679-4842.2009v12n1p122>. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/10053>. Acesso em: 07 jun. 2024.

GOMES, Guilherme (org.). **STJ: mães poderão registrar filha gerada por inseminação caseira após dois anos; IBDFAM atuou como amicus curiae**. 2024. Elaborada por assessoria de Comunicação do IBDFAM. Disponível em: <https://ibdfam.org.br/noticias/12309/STJ%3A+IBDFAM+apresenta+sustenta%C3%A7%C3%A3o+oral+em+julgamento+sobre+registro+de+dupla+maternidade+ap%C3%B3s+insemina%C3%A7%C3%A3o+caseira>. Acesso em: 01 out. 2024.
LÉSBICA, Maternidade (org.). **Inseminação artificial caseira**. 2010. Disponível em: <https://maternidadelesbica.wordpress.com/2010/01/10/inseminacao-artificial-caseira/>. Acesso em: 01 out. 2024.

IPGO (org.). **Os Tratamentos de Fertilização em Casais Homoafetivos**. Disponível em: https://ipgo.com.br/os-tratamentos-de-fertilizacao-em-casais-homoafetivos-completo/#Casais_homoafetivos_femininos. Acesso em: 26 ago. 2024.
MACHADO, Maíra Rocha. Pesquisar empiricamente o direito. São Paulo: **Rede de Estudos Empíricos em Direito**, 2017. 428 p. Disponível em: <https://reedpesquisa.org/wp-content/uploads/2019/04/MACHADO-Mai%CC%81ra-org.-Pesquisar-empiricamente-o-direito.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2023.

KONOTOP, Felipe. **Quanto Custa a Fertilização in Vitro?** 2024. Disponível em: <https://drfelipekonotop.com.br/2024/09/27/quanto-custa-fertilizacao-in-vitro/>. Acesso em: 26 ago. 2024.

MACHADO, Maíra Rocha (Org.). Pesquisar empiricamente o direito. São Paulo: **Rede de Estudos Empíricos em Direito**, 2017. 428 p. Disponível em: <https://reedpesquisa.org/wp-content/uploads/2019/04/MACHADO-Mai%CC%81ra-org.-Pesquisar-empiricamente-o-direito.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2024.

MAIA, Thais; MUNHOZ, Luciana; MATTOS, Beatriz de (org.). **Reprodução Assistida**: um guia fácil e descomplicado de saúde e direito. Um guia fácil e descomplicado de Saúde e Direito. 2018. Organizado por Maia&Munhoz Consultoria e Advocacia. Disponível em: <https://sbra.com.br/wp-content/uploads/2018/09/Ebook-Reprodu%C3%A7%C3%A3o-Assistida.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2024.

MILAGRES, Pedro; SILVA, Carolina Fernandes da; KOWALSKI, Marizabel. O higienismo no campo da Educação Física: estudos históricos. **Motrivivência**, [S.L.], v. 30, n. 54, p. 160-176, 27 jul. 2018. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). <http://dx.doi.org/10.5007/2175-8042.2018v30n54p160>. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/motrivivencia/article/view/2175-8042.2018v30n54p160>. Acesso em: 05 set. 2024.

MOURA, Solange Maria Sobottka Rolim de; ARAÚJO, Maria de Fátima. A maternidade na história e a história dos cuidados maternos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 44-55, mar. 2004. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-98932004000100006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/3sCV35wjck8XzbyhMWnhrzG>. Acesso em: 26 ago. 2024.

NASCIMENTO, Ana Franco do. **Opinião Direito à saúde deve ser visto em face do princípio da reserva do possível**. 2017. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2017-fev-12/ana-franco-direito-saude-visto-face-reserva-possivel/>. Acesso em: 30 ago. 2024.

NUNES, Roberta Gomes; ZIEL, Anna Paula. **Inseminação caseira e reconhecimento da dupla maternidade: vivências e desafios**: comunicação oral apresentada no simpósios temáticos (st 026): justiça reprodutiva: maternidades e violências. Comunicação Oral apresentada no Simpósios Temáticos (ST 026): Justiça Reprodutiva: maternidades e violências. 2024. Coord. Paula Pinhal de Carlos (UNILASALLE), Ela Wiecko Volkmer de Castilho (UNB), Fabiane Simioni (FURG). Disponível em: <https://www.fg2024.eventos.dype.com.br/arquivo/downloadpublic?q=eyJwYXJhbXMiOiJ7XCJRRF9BUIFVSVZPXCI6XCI2MzE4XCJ9IiwiaCI6ImYzMjRiMzRiZDQxZGM2OTI0MjA5MjNiMDc1MjhmZTEyIn0%3D>. Acesso em: 08 set. 2024.

PIOVESAN, Flavia. **Os direitos reprodutivos como direitos humanos**. In: BUGLIONE, S. (org). *Reprodução e Sexualidade: uma questão de justiça*. Porto Alegre: Sergio Fabres Editor, 2002, p. 61-92

PIOVESAN, Flavia. *Temas Atuais de Direitos Humanos*. São Paulo: **Limonad**, 1998.

RAGIN, Charles C. **La construcción de la investigación social**: introducción a los métodos y su diversidad. Bogotá: Sage Publications, 2007. 103 p. Grupo IDEAS (Investigación, Derecho y Acción Social). Disponível em: https://metodouces.wordpress.com/wp-content/uploads/2017/08/2_ragin_cap-1-y-2.pdf. Acesso em: 08 set. 2024.

RECK, Janriê Rodrigues. **O direito das políticas públicas**: regime jurídico, agendamento, formulação, implementação, avaliação, judicialização e critérios de justiça. Belo Horizonte: Fórum, 2023

ROCCO, Marcello. **Guia completo sobre Inseminação Artificial: tudo o que você precisa saber**. Disponível em: <https://drmarcellorocco.com/reproducao-humana/inseminacaoartificial/#:~:text=O%20custo%20da%20insemina%C3%A7%C3%A3o%20artificial,incluindo%20medicamentos%2C%20exames%20e%20consultas..> Acesso em: 26 ago. 2024.

RODRIGUES, Bruna Mendes Roza; CUNHA, Ana Cristina Barros da. Inseminação caseira (IC): vivências e dilemas da maternidade lésbica. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 73, n. 1, p. 169-184, 18 mar. 2020. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/arp/v73n1/12.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2024.

VIEIRA, Mara Farias Chaves; OLIVEIRA, Maria Liz Cunha de. Protocolo de Atendimento Psicológico em um Serviço de Reprodução Humana Assistida do Sistema Único de Saúde - SUS. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 34, 29 nov. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e3449>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/ddYdKn5fw9Fq7gXkHvXSHNs/>. Acesso em: 20 out. 2023.

VILLAS-BÔAS, Renata Malta. **Inseminação Artificial no Ordenamento Jurídico Brasileiro: A omissão presente no Código Civil e a busca por uma legislação específica**. [S.L]: lbdfam, 2011. Disponível em: https://ibdfam.org.br/_img/artigos/Insemina%C3%A7%C3%A3o%20artificial.pdf. Acesso em: 08 set. 2024.

Voto do Ministro Ayres Britto na Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 4277. **Supremo Tribunal Federal**, 2011. Disponível em: www.stf.jus.br. Acesso em: 07 set. 2024.