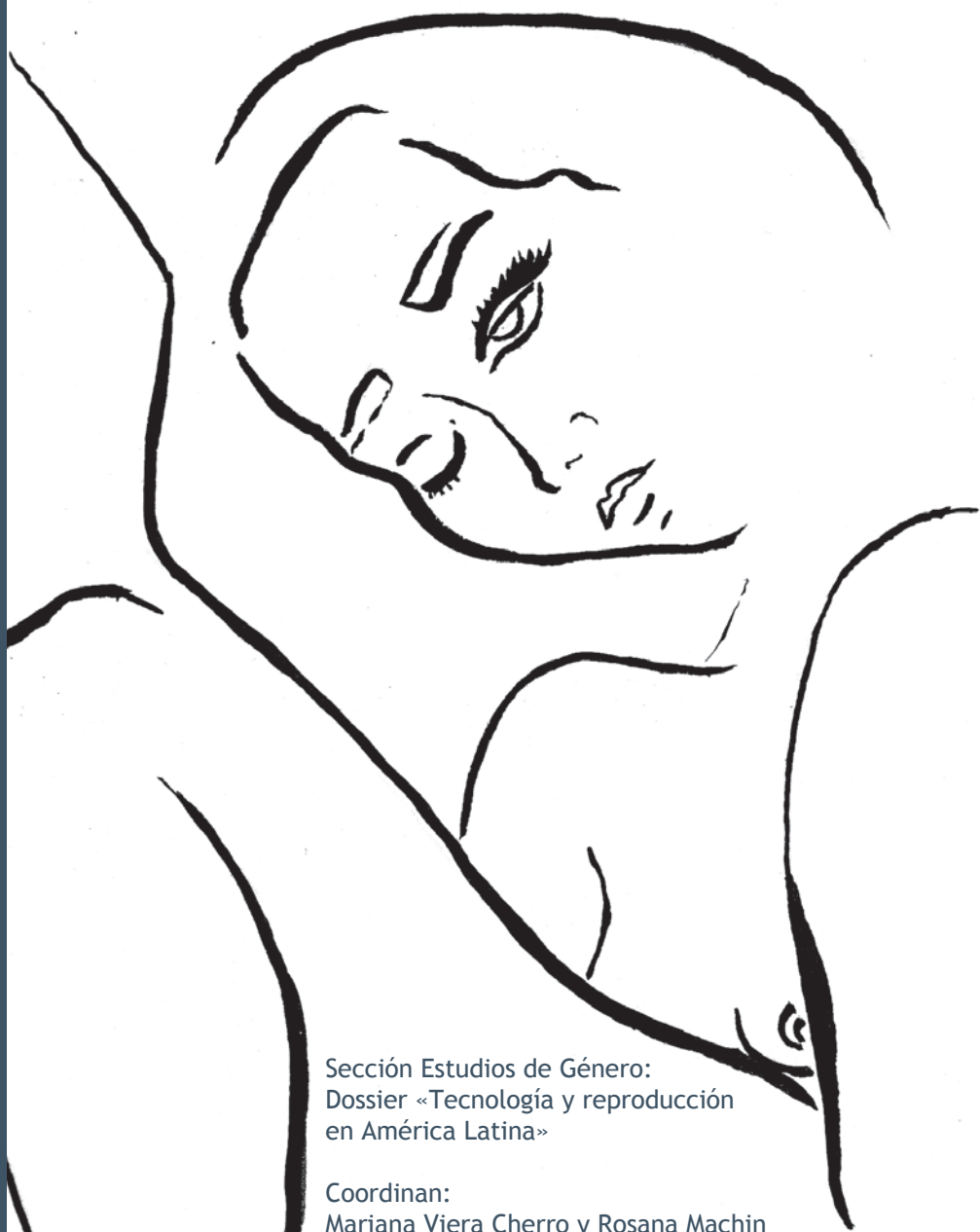


# [encuentros latinoamericanos]



Sección Estudios de Género:  
Dossier «Tecnología y reproducción  
en América Latina»

Coordinan:  
Mariana Viera Cherro y Rosana Machin

ISSN 1688-437X  
segunda época  
volumen 5  
número 2  
julio-diciembre de 2021



Facultad de  
Humanidades y  
Ciencias  
de la Educación

Centro  
de Estudios  
Interdisciplinarios  
Latinoamericanos

# REVISTA ENCUENTROS LATINOAMERICANOS (ENCLAT)

## Equipo editorial

### Dirección y edición responsable

Susana Dominzain, *Centro de Estudios Interdisciplinarios Latinoamericanos (CEIL)*  
«Profesora Lucía Sala», *Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación (FHCE)*,  
*Universidad de la República (Udelar), Uruguay*

### Consejo editorial

Yamandú Acosta, *Universidad de la República, Uruguay*

Alcides Beretta Curi, *Universidad de la República, Uruguay*

Susana Dominzaín, *Universidad de la República, Uruguay*

Baldomero Estrada, *Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile*

Juan Nuez, *Universidad de La Laguna, España*

Silvia Ospital, *Universidad Nacional de Quilmes, Argentina*

Eugenia Scarzanella, *Università degli Studi di Bologna, Italia*

### Comité ejecutivo editorial

Yamandú Acosta, *Universidad de la República, Uruguay*

Alcides Beretta Curi, *Universidad de la República, Uruguay*

Luisina Castelli, *Universidad de la República*

Susana Dominzaín, *Universidad de la República, Uruguay*

Gustavo Remedi, *Universidad de la República, Uruguay*

Marcelo Rossal, *Universidad de la República, Uruguay*

Susana Rostagnol, *Universidad de la República, Uruguay*

Marisa Ruiz, *Universidad de la República, Uruguay*

Mariana Viera, *Universidad de la República, Uruguay*

Karen Wild, *Universidad de la República*

## Secretaría

Daniel Michelazzo

## Gestión OJS y producción editorial

Gerardo Ribero

Equipo de la Unidad de Comunicación y Ediciones, FHCE, Universidad de la República

## Comité académico

### Sección Pensamiento, sociedad y democracia

RESPONSABLE: Yamandú Acosta

Miguel Andreoli, *Universidad de la República, Uruguay*

Waldo Ansaldi, *Universidad de Buenos Aires, Argentina*

Adriana Arpini, *Universidad Nacional de Cuyo, Argentina*

Hugo E. Biagini, *Universidad Nacional de Lanús*

Carmen Bohórquez, *Universidad del Zulia, Venezuela*

Raúl Fonet Betancourt, *Universidad de Bremen, Alemania*

Ana Esther Ceceña, *Universidad Nacional Autónoma de México, México*

Horacio Cerutti Guldberg, *Universidad Nacional Autónoma de México, México*

Pablo Guadarrama González, *Universidad Central «Marta Abreu», Las Villas Santa Clara, Cuba*

Franz J. Hinkelammert, *Universidad Nacional Autónoma, Heredia, Costa Rica*

Jorge Lanzaro, *Universidad de la República, Uruguay*

Susana Mallo, *Universidad de la República, Uruguay*

Álvaro B. Márquez-Fernández, *Universidad del Zulia, Venezuela*

Constanza Moreira, *Universidad de la República, Uruguay*

Rodrigo Páez Montalbán, *Universidad Nacional Autónoma de México, México*

Álvaro Rico, *Universidad de la República, Uruguay*

Ricardo Salas Astrain, *Universidad Católica de Temuco, Chile*

Robinson Salazar Pérez, *Universidad Autónoma de Sinaloa, México*

Alejandro Serrano Caldera, *Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Nicaragua*

Jorge Vergara Estévez, *Universidad de Chile, Chile*

### Sección Inmigración, estados, empresas, ciencia y tecnología

RESPONSABLE: Alcides Beretta Curi

María Inés Barbero, *Universidad de San Andrés, Argentina*

Baldomero Estrada, *Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile*

Emilio Franzina, *Università degli Studi di Verona, Italia*

Vania Heredia, *Universidade de Caxias do Sul, Brasil*

Raúl Jacob, *Universidad de la República, Uruguay*

José Nieto Sánchez, *Universidad Autónoma de Madrid, España*

Sonia Pérez Toledo, *Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa, México*

Vicente Pinilla, *Universidad de Zaragoza, España*

Rodolfo Porrini, *Universidad de la República, Uruguay*

Eugenia Scarzanella, *Università degli Studi di Bologna, Italia*

Ercole Sori, *Università Politecnica delle Marche, Italia*

Judit Sutz, *Universidad de la República, Uruguay*

### Sección Estudios de Género

RESPONSABLE: Marisa Ruiz

Dora Barranco, *Universidad de Buenos Aires, Argentina*

Elizabeth Jelin, *Universidad Nacional Gral. Sarmiento, Argentina*

María Ligia Quartim, *Universidad Estatal de Campinas, Brasil*

Donna Guy, *Ohio State University, Estados Unidos*

Anne Pérotin-Dumon, *Francia*

Eugenia Scarzanella, *Università degli Studi di Bologna, Italia*

Rosario Aguirre, *Universidad de la República, Uruguay*

### Sección Estudios Agrarios

RESPONSABLE: Alcides Beretta Curi

Giuliana Biagioli, *Università di Pisa, Italia*

Sandra Carreras, *Instituto Iberoamericano de Berlín, Alemania*

Josep Colomé Ferrer, *Universidad de Barcelona, España*

Noemí Girbal-Blacha, *Universidad Nal. de Quilmes, Argentina*

Julio Djenderedjian, *Universidad de Belgrano, Argentina*

Lucia Lewowicz, *Universidad de la República, Uruguay*

José Miguel Martínez Carrión, *Universidad de Murcia, España*

María Inés Moraes, *Universidad de la República, Uruguay*

Benjamín Nahum, *Universidad de la República, Uruguay*

Juan Luis Pan-Montojo, *Universidad Autónoma de Madrid, España*

Claudio Robles Ortiz, *Universidad de Santiago de Chile, Chile*

Steve Stein, *University of Miami, Estados Unidos*

Vanderlei Vazelesk Ribeiro, *Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil*

### Sección Estudios de la Cultura

RESPONSABLE: Susana Dominzain

Hugo Achugar, *Universidad de la República, Uruguay*

Rubens Bayardo, *Universidad de Buenos Aires, Argentina*

Georgina Torello, *Universidad de la República, Uruguay*

Lía Calabre, *Fundación Rui Barboza, Río de Janeiro, Brasil*

María Inés de Torres, *Universidad de la República, Uruguay*

Luis Alberto Quevedo, *FLACSO, Buenos Aires*

## CONTENIDO

PRESENTACIÓN	2
APRESENTAÇÃO	9
Long-Acting Reversible Contraception: análise das controvérsias que cercam sua circulação no Sistema Único de Saúde no Brasil, <i>Naiara Nara Coutinho do Nascimento, Elaine Reis Brandão</i>	17
Domesticación tecnológica y conocimiento situado en el cuidado de mujeres gestantes en Santiago de Chile, <i>Nairbis Sibirian</i>	42
Parir en casa: reflexiones en clave de resistencia y desmedicalización, <i>Fabiana Rodríguez Larrar</i>	64
Fertilidad: cuidados, mitos y relevancia en jóvenes de la provincia de Buenos Aires, <i>Elizabeth Ormart, Constanza Curado, Evelyn Pasquali, Sofía Dlabach, Agustina Geremías</i>	85
El duelo de la masculinidad. Varones mexicanos ante el diagnóstico de infertilidad, <i>María Eugenia Olavarría</i>	112
¿Dar es dar? Los efectos de las configuraciones de género en el contexto de la donación de semen, <i>Natacha Salomé Lima, Guadalupe Romero</i>	130
Fazer parentesco: leis, normativas e o acesso de casais de mulheres lésbicas cisgêneras às tecnologias reprodutivas no Brasil e na França, <i>Anna Carolina Horstmann Amorim</i>	155
Inseminação caseira como possibilidade de lesboparentalidades no Brasil, <i>Mariana G. Felipe, Marlene Tamanini</i>	180
Parentalidade e(m) trânsitos internacionais: a gestação de substituição entre casais gays brasileiros, <i>Aureliano Lopes da Silva Junior, Anna Paula Uziel, Roberta Gomes Nunes, Gizele Bakman</i>	202
EXPERIENCIAS COMUNITARIAS EN SALUD Y DERECHOS REPRODUCTIVOS	
Narrativas alrededor de la cuerpa y la sexualidad de las mujeres en la Tierra del Sol/Colombia, <i>Angie Lizeth González Marulanda, Camila Andrea Carrillo Jiménez, Leidy Laura Israel Palacio</i>	224
RESEÑAS	
Gestação para outros: trabalho reprodutivo em cadeias globais de fertilidade, <i>Rosana Machin</i>	236
De la reproducción que tenemos a la reproducción que queremos, <i>Mariana Viera Cherro</i>	240

## PRESENTACIÓN

En este monográfico abordamos el campo de la reproducción en América Latina con foco en las transformaciones que se suscitan a partir de la introducción de diversas tecnologías: obstétricas, anticonceptivas, abortivas y de biotecnologías reproductivas.

La reproducción puede entenderse como un asunto que afecta a todos. Tener hijos o no tenerlos, controlar la fertilidad, interrumpir un embarazo no deseado o buscar un embarazo mediante tecnologías reproductivas son situaciones de gran relevancia en la vida de las personas en diferentes momentos.

Las tecnologías del campo reproductivo irrumpen en los procesos biológicos que conectan heterosexualidad coital y reproducción, y de ese modo irrumpen también en la operación simbólica que naturaliza estos vínculos. Estas tecnologías han permitido, asimismo, politizar estas asociaciones, desnudar su carácter socialmente construido y advertir sus consecuencias a en las relaciones de poder, en particular en lo que concierne a las relaciones de género en intersección con otras relaciones sociales —raza, color, origen étnico, clase social.

Desde la perspectiva de las ciencias sociales, la reproducción es un proceso que involucra la dimensión biológica y social y, por lo tanto, no se limita únicamente a la ocurrencia de una serie de eventos como nacimiento, embarazo, aborto, parto, anticoncepción, infertilidad y reproducción asistida. Este punto es importante, en nuestra opinión, ya que amplía la comprensión del proceso reproductivo más allá del cuerpo de la mujer para incluir igualmente las experiencias masculinas. Como proceso social, se refiere a diferentes dimensiones como los procesos históricos, estructurales, culturales y económicos; las interacciones dentro de la familia, con profesionales de la salud o la educación; los procesos individuales en los que se expresan corporeidades, identidades, y los procesos corporales relacionados con órganos, células y genes (Almeling, 2015).

En las últimas décadas, ha habido una rica reflexión en el campo de los estudios de reproducción, ya sea por parte de investigadores académicos o de movimientos feministas. Se pueden señalar algunos conceptos fundamentales para el análisis de los procesos sociales involucrados en la reproducción como la reproducción estratificada (Colen, 1995), la justicia reproductiva (Luna y Luker, 2013; Ross, 2006) y la gobernanza reproductiva (Morgan y Roberts, 2012). Estos son conceptos centrales para el análisis del contexto latinoamericano en materia de reproducción y derechos sexuales y reproductivos.

En 1995, en un estudio etnográfico acerca de mujeres indias proveedoras de cuidado infantil en Nueva York, Shellee Colen desarrolló el concepto de *reproducción estratificada* para analizar

cómo las tareas de reproducción física y social se realizan de manera diferencial en función de las desigualdades relacionadas con la clase social, el género, la raza/etnia/color y la condición migrante. El concepto se ha utilizado para describir cómo se alienta a ciertas personas a reproducirse y cómo pueden ser apoyadas por estructuras socioeconómicas para hacerlo mientras que otras no.

La justicia reproductiva es un concepto operado a partir de las movilizaciones de colectivos de mujeres negras en el ámbito de los movimientos por el derecho al aborto. Sobre la base del acceso limitado al aborto, Ross (2006) problematiza la necesidad del acceso de las mujeres negras pobres a derechos reproductivos plenos. Es decir, que no solo puedan acceder al aborto, sino también desarrollar un embarazo y poder cuidar a los hijos que han decidido tener. Tanto el concepto de *reproducción estratificada* como el de *justicia reproductiva* traen la dimensión de las desigualdades e inequidades existentes en el ámbito reproductivo.

Fue con referencia a América Latina que el concepto de *gobernanza reproductiva* fue desarrollado por Lynn Morgan y Elizabeth Roberts (2012) para abordar las relaciones entre la moral corporal y biológica, los regímenes, estrategias políticas nacionales y las lógicas económicas globales involucradas en la producción, el monitoreo y el control de comportamientos y prácticas reproductivas. Desde mediados de la década del noventa, la conducta sexual y reproductiva ha sido liberada o restringida a través de regímenes morales y de reclamos de derechos a través de diversas iniciativas constitucionales, civiles, legales y legislativas. Las transiciones a la democracia que tuvieron lugar en América Latina después de décadas de dictaduras se construyeron sobre el pilar de los derechos humanos. Sin embargo, es importante considerar la fuerte influencia de la religión en la vida cotidiana y en la política latinoamericana, que busca operar en el control de los cuerpos, la sexualidad y la reproducción. Es un campo social complejo en el que elementos de subordinación y autonomía actúan de manera articulada.

En las últimas décadas, en diferentes partes del mundo y en América Latina en particular, hemos visto cambios importantes en cuanto a demografía y a las estructuras familiares. La expansión del uso de métodos anticonceptivos y la disponibilidad de tecnologías conceptivas han traído nuevos horizontes de posibilidades reproductivas y «libertades» para ciertos grupos. Sin embargo, no se puede dejar de considerar que las decisiones en el ámbito reproductivo están influidas por estructuras sociales, morales y legislativas, y por el peso de las instituciones religiosas y las restricciones económicas y culturales. En este sentido, la reproducción tiene más apoyo en algunos grupos socioeconómicos que en otros, así como el peso de los cuidados reproductivos es socialmente desigual y diferenciado.



Sin condiciones estructurales de igualdad, las políticas de acceso a una buena salud sexual y reproductiva, a la anticoncepción, a la interrupción voluntaria del embarazo, a las biotecnologías reproductivas serán necesarias, pero no suficientes, para garantizar la justicia reproductiva. Estas condiciones estructurales son especialmente significativas en América Latina, el subcontinente más desigual. Tampoco serán suficientes si no modificamos la dimensión simbólica que opera produciendo y reproduciendo condiciones de desigualdad en virtud de las representaciones, creencias y valoraciones asociadas a los procesos reproductivos. La reproducción es mucho más que un fenómeno biológico, supone cuestiones de género y sexualidad que se entrelazan con intereses políticos, sociales, económicos, con las políticas de estado, con la raza y el mercado (Murphy, 2012; Fonseca, Marré y Rifiotis, 2021).

La interrupción voluntaria del embarazo sigue siendo ilegal en la mayoría de los países del subcontinente,<sup>1</sup> y en los países que existen condiciones de excepción las trabas para su ejercicio suelen operar a modo de barrera para que no pueda efectivizarse (Argueda Ramírez, 2020). A pesar de esta situación, se calculan en cuatro millones los abortos anuales (Guttmacher, 2015), la mayoría, por lo anterior, practicados en condiciones de riesgo para la vida de las gestantes.

Es claro que las diversas instancias reproductivas no pueden considerarse de manera aislada. Como advierten investigadoras de Brasil (Machin, 2003), muchas de las mujeres pobres que demandan acceso a las tecnologías reproductivas en ese país lo hacen por lesiones derivadas de una mala atención a la salud reproductiva o de abortos practicados en condiciones sanitarias deficientes; la infertilidad biológica es socialmente construida y en esa construcción la condición socioeconómica es una dimensión insoslayable, aunque también insuficientemente explorada aún (Machin, 2003).

Asimismo, muchos embarazos no deseados resultan de los obstáculos que las relaciones de género suponen para la negociación de la anticoncepción, o directamente de la violencia sexual, expresión máxima de tales relaciones. Según datos del Center for Reproductive Rights,<sup>2</sup> 185.000 mujeres y niñas son violadas por año en el subcontinente latinoamericano, aunque este registro corresponde a las violaciones denunciadas, estimándose que representa solo aproximadamente el 11 % de todos los casos. La habilitación del acceso a la anticoncepción de emergencia, que ha buscado hacer frente a embarazos producto de la violencia sexual en países en los que el aborto es ilegal, también encuentra obstáculos para su implementación efectiva (Dides, 2006).

1 Las excepciones son Cuba, Guayana, Guayana Francesa, Puerto Rico y más recientemente Argentina. En Uruguay no está legalizado, sino despenalizado siempre que se realice en las condiciones exigidas por la Ley n.º 18.250.

2 <https://www.oas.org/es/mesecvi/docs/PaulaAvilaPresentacion.pdf>

La violencia de género se expresa en otras prácticas, como la violencia obstétrica (Bellón Sánchez, 2005; Magnone, 2010; Quattrocchi y Magnone, 2020). La institucionalización del parto y el concomitante desarrollo de un modelo de atención «tecnocrático del parto y el nacimiento» (Davis-Floyd, 2001) moldeado por la lógica de la producción fabril y en el contexto de relaciones patriarcales que también atraviesan la práctica biomédica, naturaliza violencias que hoy también encuentran resistencias. En su artículo «Parir en casa: reflexiones en clave de resistencia y desmedicalización», Fabiana Rodríguez Larrar recoge experiencias de mujeres que transitaron un parto domiciliario planificado (PDP) en Uruguay poniendo en diálogo, a partir de esas experiencias, los procesos de medicalización y desmedicalización, y considerando el parir fuera de la institución médica como una práctica de resistencia a la medicalización del parto.

También en relación con la gestación y el parto, pero desde Santiago de Chile, Nairbis Sibrian aborda en su artículo «Domesticación tecnológica y conocimiento situado en el cuidado de mujeres gestantes en Santiago de Chile», diversas tecnologías que emplean mujeres embarazadas para cuidar de sus embarazos o para aprontarse para el parto y el nacimiento. A través del seguimiento etnográfico de tres mujeres que están en ese proceso de gestación, Sibrian analiza los mecanismos socio-técnicos involucrados en el recurso y puesta en uso de estas tecnologías, el conocimiento que las acompaña y la apropiación de este saber por parte de las personas que acuden a ellas, las posibles redistribuciones de poder, así como la autodeterminación implicada en este uso.

Como ha advertido Judith Wacjman (1991) las tecnologías pueden considerarse herramientas de doble filo, en tanto pueden aportar a la autonomía de las personas en el campo reproductivo, o pueden ser empleadas de formas que, de manera explícita o de formas sutiles, se orienten hacia el control de los cuerpos reproductivos. Ejemplo explícito de este control en América Latina ha sido la política de anticoncepción quirúrgica sin consentimiento durante la dictadura de Fujimori en Perú, política racista que buscaba impedir el crecimiento de poblaciones indígenas y pobres. Adentrándose en la tensión entre autonomía y control político del cuerpo y la reproducción, el artículo de Naiara Nara Coutinho do Nascimento y Eliane Reis Brandão titulado «Anticoncepción reversible de acción prolongada (LARC): análisis de las controversias en torno a su circulación en el Sistema Único de Salud brasileño» problematiza la adopción de anticonceptivos de acción prolongada para grupos de mujeres consideradas vulnerables o en riesgo social, como adolescentes, consumidoras de sustancias, privadas de libertad y sin hogar. Estos anticonceptivos se ven como una solución ideal en estas situaciones, ya que no dependen de la motivación de las usuarias para su administración. En este contexto, las empresas farmacéuticas, mediadas por organismos internacionales,

están creando estrategias para expandir su mercado de consumo. Las autoras exploran la discusión a través del análisis de material documental relacionado con los actores clave responsables de la difusión y promoción de los anticonceptivos hormonales reversibles de largo plazo en las políticas públicas de las ciudades y estados brasileños. Desde el concepto de justicia reproductiva, analizan estas prácticas en términos de propuestas dirigidas al control reproductivo de mujeres jóvenes, pobres y negras.

Una parte importante de este dossier lo constituyen artículos que abordan la reproducción con foco en las tecnologías reproductivas, así como en la infertilidad, condición médica a la que estas tecnologías buscarían dar respuesta, pero también condición socialmente construida que se disputa en el contexto de implementación de estas biotecnologías. La posibilidad que brindan tecnologías como la criopreservación de semen u ovocitos, la utilización óvulos de «mujeres jóvenes» para la maternidad biológica de mujeres «añosas»,<sup>3</sup> son dos de muchos ejemplos de este diálogo entre biología, tecnología y sociedad. El artículo «Fertilidad: cuidados, mitos y relevancia en jóvenes de la provincia de Buenos Aires», de Elizabeth Ormart, Constanza Curado, Evelyn Pascuali, Sofia Dlabach y Agustina Geremias, explora, a través de una metodología de corte cuantitativo, basada en una encuesta realizada a 635 jóvenes varones de esta provincia, la relevancia, así como el conocimiento, que estos jóvenes tienen sobre su salud reproductiva. Por ser la reproducción —así como la anticoncepción— asunto cuyo responsabilidad ha recaído históricamente en las mujeres, resulta interesante conocer qué piensan y conocen los varones acerca de la fertilidad biológica y su cuidado, así como sus proyectos futuros de conformación familiar, si los hubiese.

Sobre varones e (in)fertilidad trata también el artículo de Maria Eugenia Olavarría «El duelo de la masculinidad de varones mexicanos ante el diagnóstico de infertilidad». La infertilidad suele ser una condición invisible (Machin, 2003) en cuanto resulta del insuceso de la concepción cuando esta es buscada en el contexto de relaciones heterosexuales coitales. La infertilidad afecta de formas diferentes a varones y mujeres (Tamanini, 2009), debido al modo en que la masculinidad y la femineidad se constituyen culturalmente en relación con la filiación como hecho social. La imposibilidad del padre social de aportar su material biológico al futuro hijo o hija, no solo desafía el modelo duogenético de la filiación, modelo relativamente reciente (Strathern, 1995) según el cual padre y madre social aportan cada uno la mitad de los genes a su prole, sino que también hiere la masculinidad, en tanto esta imposibilidad resulta en un cuestionamiento a la capacidad eréctil del varón. Por ello Olavarría se pregunta «¿Cómo se reconfigura la masculinidad ante la imposibilidad de tener descendencia genéticamente

3 Término nativo empleado por el personal médico para referirse a mujeres cuya edad supera la edad fértil.

relacionada?». Por ese duelo socialmente producido y a la vez tan poco explorado desde las ciencias sociales, transita el artículo.

Quienes donan semen constituyen en cierta medida la contraparte de quienes no pueden aportar semen para engendrar a su descendencia, aunque no siempre unos sustituyan a los otros, porque la donación de semen puede destinarse a proyectos reproductivos que no incluyen la figura del padre social -madres solas por elección o parejas de lesbianas-. Pero, tanto en los casos de falta o mala calidad del esperma, como en los casos en que constituye un material apto para la donación, existe una producción social de la masculinidad que dialoga con los atributos dados al material biológico. Un miedo latente en la gestión de la provisión de semen de donación en Uruguay, pero que seguramente exista en muchos de los procesos de evaluación de este material biológico para la donación, es el miedo a pasar de ser un eventual donante a ser un varón que podría en un futuro precisar semen de donación (Viera Cherro, 2019). Natacha Salomé Lima y Guadalupe Romero analizan en el artículo titulado «¿Dar es dar? Los efectos de las configuraciones de género en el contexto de la donación de semen», los sentidos asociados a la provisión de este material reproductivo, así como los condicionamientos sexogénicos involucrados en su gestión. A través de entrevistas a diez varones donantes, exploran asimismo las motivaciones para esta provisión, de las que, quizás debido al secretismo que rodea estos procesos, poco conocemos.

Los tres últimos artículos que componen este dossier abordan, desde diversos ángulos, las relaciones entre parentesco, diversidad sexual y tecnologías reproductivas. Comenzábamos esta introducción advirtiendo cómo las tecnologías reproductivas intervienen en los procesos biológicos que vinculan heterosexualidad coital y reproducción, por lo cual se han constituido en un camino productivo para desnaturalizar el parentesco heterosexual (Butler, 2003). El artículo de Anna Carolina Horstmann, «Hacer parentesco: leyes, regulaciones y el acceso de parejas lesbianas cisgéneras a tecnologías reproductivas en Brasil y Francia», se centra en esta idea de que las tecnologías de reproducción asistida «hacen» parentesco, en el sentido de crear material y simbólicamente nuevas formas de relacionamiento, y cómo las regulaciones en el acceso a estas tecnologías en contextos nacionales específicos generan límites y posibilidades a tales construcciones. La cuestión del acceso se considera, en este artículo, en clave de diversidad por orientación sexual.

Por su parte, Mariana Felipe y Marlene Tamanini abordan una práctica como la inseminación casera en el artículo «Inseminação caseira como possibilidade de lesboparentalidades no Brasil». A esta práctica —¿podríamos definirla como *de resistencia*?— recurren parejas de lesbianas en tanto les permite evadirse de la intervención biomédica. Las autoras señalan que la inseminación casera, según las mujeres lesbianas entrevistadas, las habilita a sortear

los obstáculos que en oportunidades tienen que enfrentarse al transitar por las tecnologías reproductivas quienes quieren conformar un parentesco no heteronormativo.

Por último, el artículo de Anna Paula Uziel, Aureliano Lopes, Roberta Gomez, Gizele Bakman y Mónica Fortuna Pontes, «Parentalidad en tránsitos internacionales. La gestación por sustitución entre parejas gays brasileñas» se detiene en una de las prácticas más controversiales en el marco de las intervenciones biotecnológicas reproductivas: la gestación subrogada. La investigación, explican los y las autores, se inspira en la metodología de cartografía psicosocial para recorrer las trayectorias y experiencias de varones brasileños que desean ser padres en pareja con otros varones y que transitan lo que son los circuitos reproductivos transnacionales. La práctica de la subrogación de útero es asimismo el tema central de la investigación de María Eugenia Olavarría que reseña Rosana Machin y es uno de los asuntos que Sara Lafuente Funes (2021) problematiza en otra de las reseñas aquí incluidas, realizada por Mariana Viera Cherro en el marco de una investigación más amplia sobre mercados reproductivos.

El dossier consta así, de nueve artículos y dos reseñas que cubren los temas de anticoncepción, reproducción, embarazo y parto y tecnologías de reproducción asistida. A través de ellos tenemos la discusión sobre el uso de anticonceptivos hormonales reversibles de largo plazo (LARC) y su adopción por los servicios de salud pública en Brasil; el análisis de la planificación reproductiva entre los jóvenes de la Provincia de Buenos Aires, Argentina; la problematización del uso de tecnologías durante el embarazo en Santiago, Chile; la reflexión sobre el parto en casa y sus implicaciones en términos de resistencia a los procesos de medicalización en Uruguay; la representación de adolescentes sobre paternidad no deseada y embarazo en la Provincia de Buenos Aires, Argentina; el diagnóstico de infertilidad y masculinidad en México; la construcción de parentesco a través del acceso a tecnologías de reproducción asistida entre mujeres lesbianas en Brasil y Francia; los significados asociados con la donación de semen en contextos reproductivos; inseminación domiciliaria entre mujeres lesbianas que buscan la parentalidad en Brasil; la gestación por sustitución transnacional entre parejas gays en Brasil. El número de la revista se completa con un relato de experiencias comunitarias en relación con la salud y los derechos reproductivos intitulado «Cuerpas, derechos y sexualidad en la Tierra del Sol» de Colectiva Mujeres Suacha, de Colombia y dos reseñas de libros sobre reproducción asistida.

Ojalá la lectura sea disfrutable y abra nuevos horizontes de interrogación.

## APRESENTAÇÃO

Neste dossiê abordamos o campo da reprodução na América Latina colocando em foco as transformações suscitadas por esse campo a partir da introdução de diversas tecnologias: obstétricas, anticoncepcionais, abortivas e biotecnologias reprodutivas.

A reprodução pode ser entendida como um tema que afeta a todos. Ter filhos ou não ter filhos, realizar o controle da fertilidade, interromper uma gestação não desejada ou buscar uma gravidez por meio de tecnologias reprodutivas são situações de grande relevância na vida das pessoas em diferentes momentos.

As tecnologias do campo reprodutivo desorganizam os processos biológicos que ligam a heterossexualidade coital à reprodução e, portanto, também desorganizam a operação simbólica que naturaliza esses vínculos. Essas tecnologias também têm permitido politizar essas associações, desnudar seu caráter socialmente construído e alertar para suas consequências ao nível das relações de poder, em particular no que se refere às relações de gênero em intersecção com outras relações sociais - raça, cor, origem étnica, classe social.

Sob a perspectiva das ciências sociais a reprodução é um processo, que envolve a dimensão biológica e social e, portanto, não está circunscrita unicamente pela ocorrência de uma série de eventos como nascimento, gravidez, aborto, parto, contracepção, infertilidade e reprodução assistida. Esse ponto é importante, no nosso entender, pois ele amplia a compreensão do processo reprodutivo para além do corpo da mulher, incluindo igualmente as experiências masculinas nesse contexto. Como um processo social ela diz respeito a diferentes dimensões como processos históricos, estruturais, culturais e econômicos; interações no âmbito familiar, com profissionais de saúde ou educação; processos individuais no qual se expressam corporeidades, identidades e processos corporais relativos aos órgãos, células e genes (Almeling, 2015).

Ao longo das últimas décadas, tem sido produzida uma rica reflexão no campo de estudos sobre reprodução seja por investigadoras acadêmicas, seja pelos movimentos feministas. Alguns conceitos fundamentais podem ser pontuados para a análise dos processos sociais envolvidos na reprodução como reprodução estratificada (Colen, 1995), justiça reprodutiva (Ross, 2006; Luna y Luker, 2013) e governança reprodutiva (Morgan y Roberts, 2012). Trata-se de conceitos centrais para a análise do contexto latino americano no tocante a reprodução e aos direitos sexuais e reprodutivos.

Em 1995, num estudo etnográfico sobre indianas cuidadoras de crianças em Nova York, Colen desenvolveu o conceito de reprodução estratificada para analisar como as tarefas

de reprodução física e social são realizadas diferencialmente com base em iniquidades relativas à classe social, gênero, raça/etnia/cor e status migratório. O conceito tem sido usado amplamente para descrever como determinadas pessoas são encorajadas a se reproduzirem e podem contar com o suporte de estruturas socioeconômicas para fazê-lo enquanto outras não o são.

Justiça reprodutiva é um conceito operado a partir de mobilizações de coletivos de mulheres negras no âmbito dos movimentos pelo direito ao aborto. Partindo da limitação de acesso ao aborto, Ross (2006) problematiza a necessidade de mulheres pobres negras terem acesso à integralidade dos direitos reprodutivos. Ou seja, poderem não somente acessar o aborto, como levar adiante uma gestação e poderem cuidar das crianças, que tenham decidido ter. Tanto o conceito de reprodução estratificada, como o de justiça reprodutiva trazem a dimensão das desigualdades e iniquidades existentes no âmbito reprodutivo.

Foi em referência à América Latina que o conceito de governança reprodutiva foi desenvolvido por Morgan y Roberts (2012) para tratar das relações entre moral corporal e biológica, regimes, estratégias políticas nacionais e lógicas econômicas globais envolvidas na produção, monitoramento e controle de comportamentos e práticas reprodutivas. Desde meados da década de 1990, o comportamento sexual e reprodutivo foi liberado ou restrito por meio de regimes morais e reivindicação de direitos por meio de diversas iniciativas constitucionais, civis, jurídicas e legislativas. As transições para a democracia, que ocorreram na América Latina após décadas de ditaduras foram construídas sobre o pilar dos direitos humanos. Mas, é importante considerar a forte influência da religião no cotidiano e na política latino americana, buscando operar no controle dos corpos, da sexualidade e da reprodução. Trata-se de um campo social complexo, no qual elementos de subordinação e de autonomia atuam de maneira articulada.

Nas últimas décadas, em diferentes partes do mundo e na América Latina, em particular, assistimos a mudanças importantes em termos demográficos e de estruturas familiares. A expansão dos métodos anticoncepcionais e a disponibilidade de tecnologias voltadas à concepção trouxeram novos horizontes de possibilidades reprodutivas e “liberdades” para determinados grupos. No entanto, não se pode ignorar que as decisões na esfera reprodutiva são influenciadas pelas estruturas sociais, morais e legislativas, pelo peso das instituições religiosas, pelas restrições econômicas e culturais. Nesse sentido, a reprodução em alguns grupos socioeconômicos experimenta mais suporte do que em outros, assim como a carga dos cuidados reprodutivos é desigual e socialmente diferenciada.

Sem condições estruturais de igualdade, as políticas de acesso a uma boa saúde sexual e reprodutiva, contracepção, interrupção voluntária da gravidez e biotecnologias reprodutivas serão necessárias, mas não suficientes para garantir a justiça reprodutiva. Essas condições estruturais são especialmente significativas na América Latina, o subcontinente mais desigual. O mesmo ocorre se não modificarmos a dimensão simbólica que opera produzindo e reproduzindo condições de desigualdade em virtude das representações, crenças e avaliações associadas aos processos reprodutivos. A reprodução é muito mais do que um fenômeno biológico, envolve questões de gênero e sexualidade, que se entrelaçam com interesses políticos, sociais e econômicos, com políticas de estado, com raça/cor e mercado (Murphy, 2012; Fonseca, Marré e Rifiotis, 2021).

O aborto continua ilegal na maioria dos países do subcontinente<sup>4</sup> e, em países com condições de exceção, os obstáculos para sua realização costumam funcionar como uma barreira para que não possa ser efetivado (Argüeda, 2020). Apesar dessa situação, os abortos anuais são estimados em quatro milhões (Guttmacher, 2015), a maioria, devido ao exposto, realizado em condições de risco à vida da gestante.

É claro que as várias instâncias reprodutivas não podem ser consideradas isoladamente. Como alertam pesquisadoras do Brasil (Machin, 2003), muitas das mulheres pobres que demandam acesso a tecnologias reprodutivas no Brasil o fazem devido a lesões derivadas de cuidados à saúde reprodutiva inadequados ou abortos realizados em condições sanitárias precárias; a infertilidade biológica é socialmente construída e nessa construção a condição socioeconômica é uma dimensão incontornável, embora ainda seja insuficientemente explorada (Machin, 2003).

Da mesma forma, muitas gravidezes indesejadas resultam dos obstáculos que as relações de gênero impõem à negociação da contracepção, ou diretamente da violência sexual, expressão máxima dessas relações. Segundo dados do Centro de Direitos Reprodutivos<sup>5</sup>, 185.000 mulheres e meninas são violentadas anualmente no subcontinente latino-americano, embora esse registro corresponda às violações relatadas, estimando-se que represente cerca de 11% do total. Permitir o acesso à anticoncepção de emergência, que tem buscado lidar com a gravidez resultante de violência sexual em países onde o aborto é ilegal, também encontra obstáculos para sua efetiva implementação (Dides, 2006).

A violência de gênero se expressa em outras práticas, como a violência obstétrica (Bellón Sánchez, 2005; Magnone, 2010; Quattrocchi e Magnone, 2020). A institucionalização do

4 As exceções são Cuba, Guiana, Guiana Francesa, Porto Rico e, mais recentemente, a Argentina. No Uruguai não está legalizado, mas descriminalizado desde que seja realizado nas condições exigidas pela Lei 18.250.

5 Disponível em <https://www.oas.org/es/mesecvi/docs/PaulaAvilaPresentacion.pdf> (Consultada em 22/12/2021).



parto e o concomitante desenvolvimento de um modelo de atenção “tecnocrático do parto e nascimento” (Davis-Floyd, 2001) moldado pela lógica da produção fabril e no contexto das relações patriarcais que também perpassam a prática biomédica, naturalizam violências que hoje também encontram resistências. Em seu artigo “O parto em casa: reflexões sobre a chave da resistência e da desmedicalização”, Fabiana Rodríguez Larrar reúne vivências de mulheres que realizaram parto domiciliar planejado (PDP) no Uruguai, colocando em diálogo, a partir dessas vivências, os processos de medicalização e desmedicalização, considerando o parto fora da instituição médica como uma prática de resistência à medicalização do parto.

Também em relação à gravidez e ao parto, a partir de Santiago do Chile, Nairbis Sibrian aborda em seu artigo “Domesticação tecnológica e conhecimento situado no cuidado à mulher grávida em Santiago do Chile”, várias tecnologias que as mulheres grávidas usam para cuidar de sua gravidez ou para se preparar para o trabalho de parto e o nascimento. Por meio do acompanhamento etnográfico de três mulheres que estão em processo de gestação, Sibrian analisa os mecanismos sociotécnicos envolvidos no recurso e uso dessas tecnologias, os saberes que as acompanham e a apropriação desses saberes pelas mulheres que os usam, as possíveis redistribuições de poder, bem como a autodeterminação envolvida neste uso.

Como Judith Wacjman (1991) alertou, as tecnologias podem ser consideradas ferramentas de duplo sentido, na medida em que podem contribuir para a autonomia das pessoas no campo reprodutivo, ou podem ser utilizadas de maneira que, explicitamente ou de formas sutis, são orientadas para o controle dos corpos reprodutivos. Exemplo explícito desse controle na América Latina tem sido a política de contracepção cirúrgica sem consentimento durante a ditadura de Fujimori no Perú, uma política racista que buscou impedir o crescimento de populações indígenas e pobres. Investigando a tensão entre autonomia e controle político do corpo e reprodução, o artigo de Naiara Nara Coutinho do Nascimento e Eliane Reis Brandão intitulado “Contracepção reversível de longa duração (LARC): análise das polêmicas em torno de sua circulação no Sistema Único de Saúde brasileiro” problematiza a adoção de anticoncepcionais de longa duração para grupos de mulheres consideradas vulneráveis ou em situação de risco social, como adolescentes, usuárias de substâncias, privadas de liberdade e sem-teto. Esses anticoncepcionais são vistos como a solução ideal nessas situações, pois não dependem da motivação das usuárias para sua administração. Nesse contexto, as empresas farmacêuticas, mediadas por organismos internacionais, estão criando estratégias para expandir seu mercado consumidor. As autoras exploram a discussão por meio da análise de material documental relacionado aos principais atores responsáveis pela divulgação e promoção dos anticoncepcionais hormonais reversíveis de longa duração nas políticas públicas de municípios e estados brasileiros. A partir do conceito de justiça reprodutiva, elas analisam

essas práticas em termos de propostas voltadas para o controle reprodutivo de mulheres jovens, pobres e negras.

Parte importante deste dossiê é composta por artigos que abordam a reprodução, enfocando as tecnologias reprodutivas, assim como a infertilidade, condição médica a que essas tecnologias buscariam responder, mas também uma condição socialmente construída e disputada no contexto da implementação dessas biotecnologias. As possibilidades oferecidas por tecnologias como a criopreservação de sêmen ou óocitos, a utilização de óvulos de “mulheres jovens” para a maternidade biológica de mulheres “idasas”<sup>6</sup>, são dois dos muitos exemplos deste diálogo entre biologia, tecnologia e sociedade. O artigo “Fertilidade: cuidado, mitos e relevância nos jovens da província de Buenos Aires”, de Elizabeth Ormart, Constanza Curado, Evelyn Pascuali, Sofia Dlabach y Agustina Geremias, explora, através de uma metodologia quantitativa, a partir de uma pesquisa realizada com 635 jovens do sexo masculino desta província, a relevância, bem como o conhecimento, que estes jovens têm sobre a sua saúde reprodutiva. Sendo a reprodução - assim como a anticoncepção - uma questão cuja responsabilidade historicamente recai sobre as mulheres, é interessante saber o que os homens pensam e sabem sobre a fertilidade biológica e seus cuidados, bem como seus projetos futuros de formação familiar, se houver.

Sobre homens e (in)fertilidade também temos o artigo de Maria Eugenia Olavarría, intitulado “O duelo da masculinidade do homem mexicano ante o diagnóstico de infertilidade”. A infertilidade costuma ser uma condição invisível (Machin, 2003) na medida em que resulta do fracasso da concepção quando é buscada no contexto de relações coitais heterossexuais. A infertilidade atinge homens e mulheres de maneiras diferentes (Tamanini, 2009), devido à forma como a masculinidade e a feminilidade se constituem culturalmente em relação à filiação como um fato social. A impossibilidade do pai social de contribuir com seu material biológico para o futuro filho ou filha, não só desafia o modelo genético duplo de filiação, um modelo relativamente recente (Strathern, 1995) segundo o qual o pai e a mãe sociais contribuem cada um com metade dos genes para sua progênie, mas também prejudica a masculinidade, pois essa impossibilidade resulta em um questionamento da capacidade viril do homem. É por isso que Olavarría se pergunta “Como se reconfigura a masculinidade diante da impossibilidade de ter filhos geneticamente aparentados?” Por meio desse duelo socialmente produzido e ao mesmo tempo tão pouco explorado nas ciências sociais, o artigo é conduzido.

Aqueles que doam sêmen constituem, em certa medida, a contrapartida daqueles que não podem contribuir com sêmen para engendrar seus filhos, embora alguns nem sempre

6 Expressão nativa empregada por pessoal médico para se referir a mulheres cuja idade supera a idade fértil.

substituíam os outros, pois a doação de sêmen pode ser utilizada para projetos reprodutivos que não incluem a figura do pai social - mães sozinhas por escolha ou casais de lésbicas. Mas, tanto nos casos de falta ou má qualidade do esperma, quanto nos casos em que se constitui em material adequado para doação, há uma produção social de masculinidade que dialoga com os atributos relativos ao material biológico. Um medo latente na gestão da oferta de sêmen para doação no Uruguai, mas que certamente existe em muitos dos processos de avaliação desse material biológico para doação, é o medo de passar de um eventual doador a ser um homem que poderia no futuro requerer sêmen de um doador (Viera Cherro, 2019). Natacha Salomé Lima e Guadalupe Romero analisam no artigo “Dar é dar? Os efeitos das configurações de gênero no contexto da doação de sêmen”, os sentidos associados à disponibilização desse material reprodutivo, bem como o condicionamento sexo-gênero envolvido no seu manejo. Por meio de entrevistas com dez doadores do sexo masculino, as autoras exploram as motivações para esta oferta, das quais, talvez devido ao sigilo que envolve esses processos pouco sabemos.

Os três últimos artigos que compõem este dossiê abordam sob diversos ângulos, as relações entre parentesco, diversidade sexual e tecnologias reprodutivas. Começamos esta introdução observando como as tecnologias reprodutivas intervêm nos processos biológicos que vinculam a heterossexualidade coital e a reprodução, razão pela qual se tornaram uma forma produtiva de desnaturalizar o parentesco heterossexual (Butler, 2003). O artigo de Anna Carolina Horstmann, “Fazendo parentesco: leis, regulamentos e o acesso de casais de lésbicas cisgêneros às tecnologias reprodutivas no Brasil e na França”, foca nesta ideia de que as tecnologias de reprodução assistida “fazem” o parentesco, no sentido de criar material e simbolicamente novas formas de relacionamento e como as regulamentações de acesso a essas tecnologias em contextos nacionais específicos geram limites e possibilidades para tais construções. A questão do acesso é considerada, neste artigo, em termos da diversidade por orientação sexual.

Por sua vez, Mariana Felipe e Marlene Tamanini abordam uma prática como a inseminação domiciliar no artigo “Inseminação caseira como possibilidade de lesboparentalidades no Brasil”. Essa prática - poderíamos defini-la como “resistência”? - é utilizada por casais de lésbicas, permitindo-lhes evitar a intervenção biomédica. As autoras ressaltam que a inseminação caseira, segundo as lésbicas entrevistadas, permite-lhes superar os obstáculos que às vezes enfrentam aquelas que desejam formar um parentesco não heteronormativo ao passar pelas tecnologias reprodutivas.

Por fim, o artigo de Anna Paula Uziel, Aureliano Lopes, Roberta Gomez, Gizele Bakman e Mónica Fortuna Pontes, “Parentalidade em trânsitos internacionais. A gestação por substituição entre casais gays brasileiros” enfoca uma das práticas mais polêmicas no âmbito

das intervenções biotecnológicas reprodutivas: a gestação por substituição. A pesquisa, explicam os autores, é inspirada na metodologia de cartografia psicossocial para percorrer as trajetórias e experiências de homens brasileiros, que desejam serem pais com outros homens e que viajam por circuitos reprodutivos transnacionais. A gestação por substituição também é o tema central da pesquisa de María Eugenia Olavarría, resenhada por Rosana Machin e é uma das questões que Sara Lafuente Funes (2021) discute em outra das resenhas aqui incluídas, realizada por Mariana Viera Cherro, no âmbito de uma investigação mais ampla sobre os mercados reprodutivos.

O dossiê, portanto, é composto por nove artigos e duas resenhas que abordam os temas de contracepção, reprodução, gravidez e parto e tecnologias de reprodução assistida. Por meio deles temos a discussão do uso de contraceptivos hormonais reversíveis de longo prazo (LARC) e sua adoção pelos serviços públicos de saúde no Brasil; a análise do planejamento reprodutivo entre jovens na Província de Buenos Aires, Argentina; a problematização do uso de tecnologias durante a gestação em Santiago/Chile; a reflexão sobre o parto em casa e suas implicações em termos de resistência aos processos de medicalização no Uruguai; a representação de adolescentes sobre paternidade não desejada e gestação na Província de Buenos Aires, Argentina; a masculinidade e o diagnóstico de infertilidade no México; a construção do parentesco pelo acesso às tecnologias reprodutivas assistidas entre mulheres lésbicas no Brasil e França; os sentidos associados à doação de sêmen em contextos reprodutivos; a inseminação caseira entre mulheres lésbicas buscando construir parentalidade no Brasil; a gestação por substituição transnacional entre casais gays do Brasil. O número da revista se completa com um relato de experiências comunitárias com relação à saúde e os direitos reprodutivos intitulado “Cuerpas, Derechos y Sexualidad en la Tierra del Sol” do Colectiva Mujeres Suacha, da Colômbia e duas resenhas de livros sobre tecnologias de reprodução assistida.

Esperamos que a leitura seja agradável e abra novos horizontes de questionamento.

## Referencias

Almeling R. (2015). Reproduction. *Annu. Rev. Sociol.* 41:423–42.

Argueda Ramírez, G. (2020). Poder obstétrico, aborto terapéutico, derechos humanos y femicidio de Estado: una reflexión situada en América Latina. En: P. Quattrocchi y N. Magnone (Comps.), *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús.

Bellón Sánchez, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata*, (18), 93-111. Recuperado de <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/374>.

- Butler, J. (2003). O parentesco é sempre tido como heterossexual? *Cadernos Pagu*, (21), 219-260. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/cpa/a/vSbQjDcCG6LCPbJScQNxw3D/?lang=pt>.
- Colen S. (1995). "Like a mother them": stratified reproduction and West Indian childcare workers and employers in New York. En: F. Ginsburg y R. Rapp (Eds.), *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*. Berkeley: University of California Press.
- Davis-Floyd, R. (2001). Los paradigmas tecnocrático, humanista y holístico del parto. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 75(1). Recuperado de [https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/S0020-7292\(01\)00510-0](https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/S0020-7292(01)00510-0).
- Dides, C. (2006). *Voces en emergencia: El discurso conservador y la píldora del día después*. Santiago de Chile: Flacso. Recuperado de <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/105925-opac>.
- Fonseca, C., Marré, D., y Rifiotis, F. (2021). Governança reprodutiva: um assunto de suma relevância política. Introducción al Dossier Governança reprodutiva. *Horizontes Antropológicos*, 27(61), 7-46. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/ha/a/XvKr7jZYGHDc3Frc5D8FGPw/?lang=pt>.
- Guttmacher Institute (2015). *Datos sobre el aborto en América Latina y el Caribe* [em línea]. Recuperado de [https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/IB\\_AWW-Latin-America-SP.pdf](https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/IB_AWW-Latin-America-SP.pdf).
- Lafuente Funes, S. (2021). *Mercados reproductivos: crisis, deseo y desigualdad*. Navarra: Editorial Katakarak Liburuak.
- Luna, Z., y Luker, K. (2013). Reproductive justice. *Annu. Rev. Law Soc. Sci.* 9:327-52.
- Machin, R. (2003). Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: produzindo classes distintas de mulheres? En: M. Grossi, R. Porto, y M. Tamanini. (Eds.), *Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: Questões e Desafios* (pp. 41-52). Brasília. Letras Livres.
- Magnone, N. (2010). *Derechos y poderes en el Parto: Una mirada desde la perspectiva de Humanización* (Tesis de Maestría en Sociología). Montevideo: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República, Recuperado de [https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/8256/1/TMS\\_MagnoneAlemanNatalia.pdf](https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/8256/1/TMS_MagnoneAlemanNatalia.pdf)
- Morgan, L. M., y Roberts, E. F. (2012). Reproductive governance in Latin America. *Anthropology & Medicine*, 19, 241-254.
- Murphy, M. (2012). *Seizing the means of reproduction: entanglements of feminism, health, and technoscience*. Durham: Duke University Press.
- Quattrocchi, P., y Magnone, N. (Comps.) (2020). *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús.
- Ross L. (2006). *Understanding reproductive justice*. Atlanta: SisterSong Women Color Reprod. Justice Collect. Recuperado de <http://www.trustblackwomen.org/our-work/what-is-reproductive-justice>
- Strathern, M. (1995). Future Kinship and the study of culture. *Futures*, 27(4), 423-435.
- Tamanini, M. (2009). *Reprodução assistida e gênero. O olhar das ciências humanas*. Florianópolis: Editora da UFCS.
- Viera Cherro, M. (2019). *Género y biocapitalismo. Economía política de la «donación» de gametos en Uruguay* (Tesis de Doctorado en Antropología). Montevideo: Universidad de la República. Recuperado de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/23257>
- Wacjman, J. (1991). *Feminism confronts technology*. Cambridge: Polity Press.

# LONG-ACTING REVERSIBLE CONTRACEPTION: ANÁLISE DAS CONTROVÉRSIAS QUE CERCAM SUA CIRCULAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL

LONG-ACTING REVERSIBLE CONTRACEPTION:  
AN ANALYSIS OF THE CONTROVERSIES AROUND ITS CIRCULATION  
ON THE BRAZILIAN UNIFIED HEALTH SYSTEM

LONG-ACTING REVERSIBLE CONTRACEPTION:  
ANÁLISIS DE LAS CONTROVERSIAS QUE RODEAN SU CIRCULACIÓN  
EN EL SISTEMA ÚNICO DE SALUD EN BRASIL

*Naiara Nara Coutinho do Nascimento*

*Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil  
nayara\_nara@hotmail.com*

*Elaine Reis Brandão*

*Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil  
brandao@iesc.ufrj.br*

Recibido: 26/8/2021 | Aceptado: 23/12/2021

**Resumo:** Os contraceptivos hormonais reversíveis de longo prazo (LARC) têm sido promovidos por associações médicas, organizações internacionais multilaterais e empresas farmacêuticas como sendo altamente seguros, eficazes e com poucas contraindicações. Enquanto contraceptivos de ação prolongada que independem da motivação da usuária, são considerados a “solução ideal” para grupos de mulheres socialmente estigmatizadas (adolescentes; usuárias de substâncias; em situação de rua; privadas de liberdade; portadoras de HIV). Sob argumentos técnico-científicos para se erradicar a gravidez imprevista, a gravidez na adolescência e morbimortalidade materna/infantil imputadas a tais gestações indevidas, estes métodos são indicados como “solução” individual para um problema social muito mais complexo e estrutural. Embora tais contraceptivos não estejam disponíveis no planejamento reprodutivo do Sistema Único de Saúde (SUS), iniciativas têm sido implementadas visando sua oferta a mulheres tidas como “vulneráveis” ou em “risco social”. Trata-se de pesquisa socioantropológica que se debruçou sobre material documental para compreender as controvérsias que permeiam a circulação social da LARC no SUS, no Brasil. Assim, identificou-se uma rede sociotécnica com atores-chave responsáveis pela divulgação, promoção e inclusão da LARC em políticas públicas municipais/estaduais, conjugando interesses de mercado, ciência e Estado a serviço de propostas mais sofisticadas de controle reprodutivo, na direção de corpos femininos jovens, pobres e negros. A perspectiva da justiça reprodutiva é mobilizada para ampliar a abordagem das condições sociais de vida de usuárias do

SUS, que sofrem com o racismo, a exclusão social e necessitam de cuidados de saúde e políticas sociais que ultrapassem a regulação unilateral de sua fecundidade.

**Palavras-chave:** Contracepção reversível de longo prazo (LARC); Interseccionalidade; Justiça reprodutiva; Direitos sexuais e reprodutivos; Medicalização.

**Abstract:** Hormonal Long-Acting Reversible Contraceptives (LARC) have been promoted by medical associations, international multilateral organizations and pharmaceutical companies as being highly safe, effective, and with few contraindications. As long-acting contraceptives that do not depend on user’s motivation, they are considered the “ideal solution” for groups of socially stigmatized women (adolescents; substance users; living on the street; deprived of freedom; HIV-positive). Under technical-scientific arguments to eradicate unintended pregnancy, teenage pregnancy and maternal/infant morbimortality attributed to such undue pregnancies, these methods are indicated as an individual “solution” to a much more complex and structural social problem. Even though such contraceptives are not available in the family planning of the Brazilian Unified Health System (SUS), initiatives have been implemented aiming to offer those to women considered “vulnerable” or at “social risk”. This is a socio-anthropological research that focused on document analysis to understand the controversies that permeate the social circulation of LARC in the Brazilian Unified Health System. Thus, a sociotechnical network was identified with key actors responsible for the dissemination, promotion and inclusion of LARC in municipal/state public policies,

combining market, science and state interests at the service of more sophisticated proposals for reproductive control towards young, poor and black female bodies. The reproductive justice perspective is mobilized to amplify the view of the social conditions of life of SUS users, who suffer from racism, social exclusion and need health care and social policies that go beyond the unilateral regulation of their fertility.

**Keywords:** Long-Acting Reversible Contraception (LARC); Intersectionality; Reproductive Justice; Sexual and Reproductive Rights; Medicalization.

**Resumen:** Los anticonceptivos hormonales reversibles de largo plazo (LARC) han sido promovidos por asociaciones médicas, organizaciones internacionales multilaterales y empresas farmacéuticas como altamente seguros, eficaces y con pocas contraindicaciones. Como anticonceptivos que no dependen de la motivación de la usuaria, son considerados la *solución ideal* para mujeres socialmente estigmatizadas (adolescentes; usuarias de sustancias, en situación de calle, privadas de la libertad; portadoras de VIH). Sobre argumentos técnico-científicos para erradicar el embarazo no deseado y morbimortalidad materna/infantil atribuidas a tales gestaciones indevidas, estos métodos son indicados como *solución* individual para un problema social más complejo y estructural. Aunque tales anticonceptivos no estén disponibles en la planificación reproductiva del Sistema Único de Salud (SUS), han sido implementadas iniciativas que apuntan su oferta a mujeres consideradas *vulnerables* o en *riesgo social*. Se trata de una investigación antropológica que se

inclinó sobre material documental para comprender las controversias que rodean la circulación social de los LARC en el SUS, en Brasil. Así, se identificó una red sociotécnica con actores-clave responsables por la divulgación, promoción e inclusión de los LARC en políticas públicas municipales/estaduales, unificando intereses del mercado,

ciencia y Estado al servicio de propuestas más sofisticadas de control reproductivo, en dirección a cuerpos femeninos jóvenes, pobres y negros. La perspectiva de la justicia reproductiva es movilizadora para ampliar el abordaje de las condiciones sociales de vida de las usuarias del SUS, que sufren con racismo, exclusión

social y necesitan de cuidados de salud y políticas sociales que ultrapasen la regulación unilateral de su fecundidad.

**Palabras clave:** Anticoncepción reversible de largo plazo (LARC); interseccionalidad; justicia reproductiva; derechos sexuales y reproductivos; medicalización.



## Introdução

Nos últimos anos, os métodos contraceptivos reversíveis de longa duração (LARC), hormonais, como os implantes subdérmicos e os dispositivos intrauterinos (DIU) vêm sendo promovidos no Brasil por um amplo corpo técnico de especialistas, com estratégias regionais distintas (Brandão e Cabral, 2021a e 2021b), mesmo que tais contraceptivos não estejam ainda incorporados no Sistema Único de Saúde (SUS). No país, o acesso ao aborto legal somente é permitido em três situações: gravidez decorrente de estupro; risco de vida da gestante; anencefalia fetal, sendo disponibilizados na rede pública de serviços de saúde os métodos contraceptivos: hormonais (pílula oral combinada, minipílula, pílula de emergência, injetável mensal e trimestral), de barreira (diafragma e preservativos masculino e feminino) e intrauterino (dispositivo com cobre), além da laqueadura tubária e da vasectomia, embora nem todos sejam facilmente obtidos em razão de desabastecimento, dificuldades no acesso, etc. A prioridade da discussão neste trabalho aos métodos LARC hormonais se justifica pelo fato de eles ainda não terem sido ofertados universalmente pelo SUS, tomando vias alternativas para ser distribuído às mulheres.

Assim, o artigo se debruça sobre as controvérsias que envolvem a circulação destes dispositivos no país, no âmbito de serviços públicos de saúde, situando os debates que vêm ocorrendo e os principais atores envolvidos, seus usos sociais e contradições.

O impacto desses artefatos na vida sexual e reprodutiva das mulheres (Rustoyburu, 2021), em especial as jovens, pobres e negras, pode vir a reforçar prescrições sociais, de cunho controlista ou mesmo eugênicas.

A perspectiva da justiça reprodutiva (Price, 2011) nos impulsiona a compreender melhor a oferta destes dispositivos contraceptivos às mulheres e sob quais condições sociais tal disponibilidade ocorre.

Abordar tais dispositivos significa discutir normas de gênero, raça, medicalização, ciência, representações de sexualidade e família, entre outros. Não obstante, quando falamos de sexualidade e reprodução, também estamos falando do corpo. Os seres corporificados carregam em sua materialidade inscrições sociais que modificam e influenciam suas possibilidades de ser e viver no mundo. Sendo assim, precisamos inscrever a sexualidade e a reprodução nos distintos corpos existentes, considerando os diversos marcadores sociais da diferença. Segundo as perspectivas teóricas que orientam o estudo, contextualizaremos a sexualidade, a reprodução e a contracepção sob o prisma da interseccionalidade e da justiça reprodutiva. Como se verá, não ignorar o contexto de extrema desigualdade social que

constrange o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos é uma premissa central que articula justiça social com a justiça reprodutiva.

## Biotecnologias, interseccionalidade e justiça reprodutiva

O tema da contraceção historicamente sempre esteve envolto em debates sobre uma eventual “explosão demográfica”, principalmente em países periféricos. Nas tensões decorrentes das pesquisas clínicas com contraceptivos em países pobres descortinam-se os efeitos biopolíticos da contraceção e do controle da natalidade, além da dimensão bioética destas pesquisas (Manica e Nucci, 2017).

Os hormônios sexuais como contraceptivos têm importante papel para intervenções demográficas e através das novas formas de administração, desempenham modos de ser na biopolítica, com o disciplinamento das subjetividades e o desempenho do corpo, em ínfimo nível molecular. A técnica de administração subdérmica de substâncias vem ocorrendo e sendo estudada há alguns anos. Nas últimas décadas, a indústria farmacêutica preocupa-se em sintetizar, dosar e administrar de forma eficiente os hormônios, atendendo a objetivos diferentes (Manica e Nucci, 2017).

Daniela Manica e Marina Nucci (2017) chamam atenção para o fato de que, embora as principais motivações para o desenvolvimento de uma tecnologia como os implantes subcutâneos envolvessem uma biopolítica mais visível (no que diz respeito ao seu baixo custo, ação de longo prazo e o pouco controle da usuária sobre o método), sua estabilização no Brasil se deu nos mercados elitizados de consumo biomédico das grandes cidades e não nos programas gratuitos (ou públicos) de planejamento familiar. No entanto, observaremos de que forma as empresas farmacêuticas, juntamente com a mediação de organizações internacionais, estão criando estratégias para a ampliação do seu mercado consumidor na atualidade.

Manica e Nucci (2017) registram que a utilização de hormônios nos corpos das mulheres pode ocorrer por diversas vias. No caso dos implantes, oferece-se uma dosagem hormonal inferior às pílulas, com longo período de ação (três anos), dispensando o “controle” da usuária na sua administração. Por sua vez, Chikako Takeshita (2012) mostra como o desenvolvimento, marketing e uso do DIU desde a década de 1960, condensou diversos interesses sociais e políticos na pesquisa desta tecnologia e como crenças sobre raça, classe e sexualidade guiavam tais investigações científicas. A autora evidencia como valores culturais moldam as formas pelas quais as “escolhas” reprodutivas para as mulheres são discursivamente e materialmente construídas.

Nesse sentido, dois conceitos são centrais como lentes de análise para abordar os dispositivos LARC: a interseccionalidade e a justiça reprodutiva. A discussão sobre as disparidades de gênero ganha outros contornos quando marcadores sociais como a classe social e a raça são incluídos. Considerar o entrecruzamento dos marcadores sociais tem sido uma pauta do movimento de mulheres negras ao redor do mundo. Temas recorrentes na agenda feminista contemporânea são substancialmente modificados quando vistos a partir da perspectiva das mulheres negras. Como exemplo, Flávia Biroli e Luis Felipe Miguel (2015) citam o limite de concepções de família a partir da vivência das mulheres brancas, concepções sobre o cotidiano da vida doméstica que apenas fazem sentido para um grupo determinado de mulheres em que os efeitos do sexismo e da divisão sexual do trabalho não estão conjugadas aos efeitos do racismo e das desvantagens de classe, por exemplo. O debate sobre os direitos reprodutivos ganha complexidade quando essas opressões cruzadas convergem na luta pelo direito ao aborto. As mulheres negras historicamente foram submetidas ao controle da sua capacidade reprodutiva, culminando em políticas de esterilização, a partir de uma lógica racista perpetrada pelo Estado e por organizações privadas. Muitas das vezes as mulheres negras buscavam o direito de manter uma gravidez, esbarrando nos obstáculos materiais e sociais que as constroem à sua interrupção. Ou seja, a luta de mulheres brancas pelo direito ao aborto era omissa em dar voz às mulheres que desejavam não somente o direito ao aborto, mas o direito de viver em condições sociais que as permitissem terem filhos em condições dignas (Davis, 2016, p. 147). Existe, portanto, uma diferença entre o aborto enquanto um direito, uma liberdade “individual” da mulher e aquelas mulheres que frequentemente são obrigadas por suas circunstâncias econômicas a abdicar do direito à reprodução pela precariedade em que vivem. A defesa e a luta pelos direitos reprodutivos só serão de fato emancipatórias a todas as mulheres quando considerada a perspectiva da justiça reprodutiva, integrando uma matriz interseccional dos marcadores sociais e das desigualdades estruturais.

A interseccionalidade (Hill Collins, 2015) enquanto ferramenta analítica e metodológica torna-se útil para compreender as diferentes formas de distribuição de poder que culminam em posições desiguais na sociedade. Para Carla Akotirene (2018, p. 14), a interseccionalidade visa justamente dar instrumentalidade teórico-metodológica à indissociabilidade estrutural do racismo, capitalismo e cisheteropatriarcado. Segundo a autora, essas estruturas são avenidas identitárias onde mulheres negras são repetidamente atingidas pelo cruzamento e sobreposição de gênero, raça e classe – modernos aparatos coloniais.

O conceito de justiça reprodutiva, enquanto uma das aplicabilidades da perspectiva interseccional nas análises dos fenômenos sociais, possibilitou tornar evidente as cisões entre os grupos “pró-escolha” e as ativistas negras. Reiterando o exemplo sobre o aborto antes

apresentado, é possível ir além. Não se trata apenas do direito ao aborto, do direito de viver em condições sociais que permitem que mulheres tenham outros filhos ou reter suas gravidezes, mas também diz respeito à autodeterminação de suas comunidades e à luta pela vida, sem que seus filhos sejam encarcerados, institucionalizados ou que tenham suas vidas ceifadas por uma necropolítica (Mbembe, 2018) existente, em que certos corpos são matáveis e outros corpos são passíveis de grande comoção pública e de luto coletivo (Butler, 2019).

A justiça reprodutiva, portanto, implica conquistas que vão muito além do paradigma “pró-escolha”. A vertente “pró-escolha” é insuficiente para a percepção de que a reprodução está conectada a outras questões de justiça social, como justiça econômica, reforma penitenciária, questões ambientais e sanitárias, direitos LGBTQIA+, direitos sociais, assistência social, etc. Não se trata apenas do acesso ao aborto enquanto um direito reprodutivo, mas também o direito de reproduzir e criar seus filhos em ambientes saudáveis e seguros (Price, 2011).

Escolha e autonomia são dimensões problematizadas a partir do uso teórico-político da justiça reprodutiva, evidenciando que também são questões estrutura-dependentes. Ou seja, é falacioso insistir na “escolha” e na “autonomia” como esferas subjetivas, ignorando-se que são exercidas dentro de certas condições sociais não aplicáveis a todas as mulheres. Imputar à escolha e à autonomia uma dimensão individualista neoliberal significa desprezar que desigualdades sistêmicas afetam as decisões reprodutivas, responsabilizando-se apenas as mulheres por quaisquer adversidades e imprevisibilidades.

Enfim, justiça reprodutiva remete à autodeterminação corporal, direitos humanos, justiça social e direitos reprodutivos. A vida reprodutiva das mulheres é pensada a partir da intersecção entre gênero, raça, classe, orientação sexual, idades, etnias, nacionalidades, e como estes marcadores impactam suas relações sociais em diversos âmbitos da vida. A justiça social é pensada de forma indissociável dos direitos humanos e, por sua vez, ao pensar em direitos reprodutivos, este é inseparável da justiça social na perspectiva da justiça reprodutiva. Este é um conceito potência que permite refletirmos em como vulnerabilidades de diferentes ordens afetam as possibilidades reprodutivas.

## Ciência e seus artefatos: articulações entre classe, gênero e raça

Rohden (2012) chama atenção para uma rede complexa de fatores que compõem a divulgação de uma tecnologia ou medicamento, alcançando disputas profissionais, associações médicas, categorias nosológicas, interesse de laboratórios farmacêuticos, governos e políticas locais, concepções de masculinidades/feminilidades, entre outros. Rohden assume que dar conta de mapear toda essa rede é uma tarefa inviável, mas que é necessária a percepção das múltiplas

conexões, inclusive as inesperadas. Ao se apoiar em autores como Law (1992) e Haraway (1995), ela enfatiza a noção de rede “em virtude de associações provisórias de interesses diversos, com efeitos possivelmente inesperados e cuja ‘constatação’ depende do próprio lugar provisório, localizado e comprometido, ocupado pelo pesquisador” (Rohden, 2012, p. 50).

Dessa forma, não é válida a “separação entre a ciência de laboratório, seu contexto de produção e seus diversos ‘usos’...” (Rohden, 2012, p. 51). Ao comentar sobre essa noção de rede, Rohden assinala o caráter instável e heterogêneo das articulações, como também a reflexão sobre a agência não humana e as consequências do antropocentrismo.

Os artefatos contraceptivos hormonais reversíveis de longo prazo, aqui abordados, são o “Implante Subdérmico” com etonogestrel, cuja ação dura três anos (sob as marcas Implanon® ou Implanon NXT®) e o Sistema Intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU-LNG) – conhecido como Mirena® – com ação por cinco anos. Ambos têm sido ofertados no SUS de forma bastante singular, embora não estejam contemplados na política de planejamento reprodutivo do SUS (Brasil, 2013). O que vem sendo observado são iniciativas de estados, municípios e instituições universitárias federais que incluem sua oferta mediante um perfil pré-estabelecido de potenciais usuárias pactuado por gestores de unidades, fornecedores dos contraceptivos e secretarias de saúde, contrariando o que foi convencionado em marcos internacionais, como na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, no Cairo (1994).

O imperativo da circulação destes artefatos em alguns estados e municípios tem sido motivado, segundo os gestores, por metas de redução de elevados índices de gravidezes na adolescência, gravidezes imprevistas e da morbimortalidade materna e infantil. Existe, de forma subliminar, um forte apelo ao chamado “risco social” de certas gravidezes, que deveria ser evitado.

A característica hormonal dos contraceptivos analisados não é aleatória. Não se trata de artefatos indiferentes que apenas compartilham de uma particularidade comum, supostamente neutra, de maior temporalidade em sua atuação. Trata-se, também, da sua dimensão hormonal. Desde o início do século XX, os hormônios são consensualmente entendidos como atores potentes na produção de corpos saudáveis, reprodutivos e sexualmente diferenciados (Roberts, 2007). Conjuntamente precisa-se considerar toda a engrenagem industrial e mercadológica que envolve marcas, patentes e propriedades que, além do saber-poder da manipulação dos hormônios, garante altos rendimentos para esses conglomerados. Estes dois aspectos – tempo prolongado de ação e a centralidade farmacológica por questões simbólicas, culturais e económicas – são tentáculos biopolíticos cruciais para o incentivo do emprego dos

contraceptivos hormonais de longo prazo. Essa modalidade contraceptiva é entendida como uma tecnologia confiável, eficaz e que prescinde da perícia da usuária.

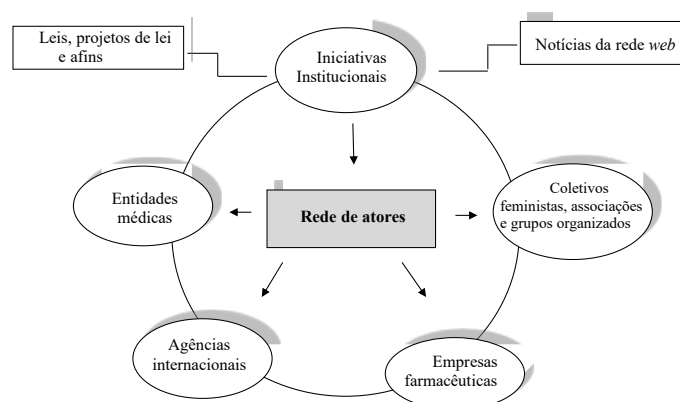
## Metodologia

Este estudo socioantropológico buscou analisar as controvérsias que cercam a oferta de contraceptivos hormonais reversíveis de longo prazo no SUS, na última década, analisando o debate público, seus interlocutores e as iniciativas institucionais em torno da LARC. A delimitação do objeto de pesquisa ocorreu a partir da leitura de notícias que circulavam na mídia sobre o tema nos últimos anos. A leitura de uma dessas notícias divulgando que o SIU-LNG seria ofertado às jovens abrigadas na cidade de Porto Alegre, no sul do país, através de um Termo de Cooperação entre o Ministério Público do Rio Grande do Sul, a Bayer S/A, o Hospital das Clínicas de Porto Alegre/UFRGS, o Hospital Materno Infantil Presidente Vargas e o município de Porto Alegre (Fleck, 2018) despertou o interesse para um estudo mais aprofundado sobre esse tipo de iniciativa. A partir de então, tornou-se necessário conhecer os vários posicionamentos sobre o assunto, entre médicos, organismos e autoridades sanitárias de âmbito internacional e grupos organizados da sociedade civil. Para refletir sobre tais questões, uma composição de fontes documentais foi elencada para servir de base empírica para o exercício de reflexão e relativização. Entre dezembro de 2018 e dezembro de 2019 realizou-se uma pesquisa empírica em fontes documentais de acesso público, disponíveis na internet, com coleta de dados em distintos sítios eletrônicos. Essas fontes foram consideradas a partir de uma etapa exploratória e leitura prévia para caracterizar uma rede de atores-chave nos discursos/saberes e nas práticas em torno das tecnologias contraceptivas de longo prazo (LARC) estudadas. A Figura 1 demonstra a origem dos documentos analisados na pesquisa.

As notícias disponibilizadas na rede *web*, principalmente de sites oficiais de governos estaduais e prefeituras, possibilitaram tomar conhecimento sobre estados e municípios brasileiros que promoveram a indicação e disponibilização da LARC para alguns grupos populacionais. A decisão de analisar essas notícias foi fundamental para assimilar, mesmo que parcialmente, a dimensão da inserção da LARC no SUS na última década. Essas notícias foram filtradas e acessadas a partir da ferramenta “notícias” de um grande site de busca. Foram usadas algumas expressões para a busca, como “Implante Subdérmico”, “Implanon”, “Mirena”, “LARC”, entre outros. As notícias foram lidas e filtradas, excluindo-se notícias repetidas e aquelas que não tratavam das ações de disponibilização e indicação da LARC no SUS.

Figura 1.

Sistematização da rede de atores-chave para a discussão da LARC hormonal no âmbito SUS



Fonte: Pesquisa e sistematização da autora a partir das fontes digitais disponíveis, cf. Nascimento, 2020.

Outra fonte documental importante foram as publicações de entidades médicas que orientam a atuação profissional em relação a esses contraceptivos. Para examinar a posição de uma categoria profissional central na indicação, inserção e remoção desses dispositivos, buscou-se por manuais técnicos e publicações no site da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo).

Publicações de organismos internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS), também foram consideradas. Por fim, também foram incorporados conteúdos disponíveis na internet provenientes das empresas farmacêuticas envolvidas na produção, distribuição e comercialização dos contraceptivos hormonais reversíveis de longo prazo. A observação e análise dos documentos oriundos dessas empresas farmacêuticas são fundamentais para compreender de que forma esse complexo médico-industrial pode atuar na disponibilização da LARC no SUS, sob quais propósitos e acordos firmados.

O estudo das recomendações de órgãos representativos, dos manuais técnicos que orientam práticas dos profissionais de saúde, recomendações de organismos internacionais de grande legitimidade social e o estudo das publicações das empresas farmacêuticas permitem o conhecimento e problematização de “evidências científicas”, posicionamentos médicos, consensos, orientações e pontos de vista dessa composição de atores que coproduzem a atual configuração dos contraceptivos hormonais de longo prazo no âmbito do SUS.

A análise dos documentos selecionados consistiu em uma contextualização e relativização de suas verdades universais e estáveis, a fim de identificar tendências socio-históricas e promover uma compreensão dos significados sociais e das implicações das mensagens emitidas.

Em consonância com a abordagem antropológica, buscou-se colocar em evidência a situação da LARC no contexto brasileiro, pontuando as perspectivas atuais e debates em torno do tema, possibilitando a construção de um panorama sobre essa modalidade contraceptiva, seus dissídios e dilemas morais mais recentes.

Os resultados serão apresentados e discutidos da seguinte forma: em primeiro lugar, algumas iniciativas institucionais de municípios e estados do país serão contempladas, as quais ofertam tais tecnologias contraceptivas de modo dirigido a grupos específicos de mulheres (adolescentes, mulheres em situação de rua, usuárias de substâncias, em privação de liberdade, portadoras de HIV, etc.). Em seguida, contempla-se o debate sobre as vantagens destes métodos LARC em relação aos demais, sob o prisma de entidades médicas estratégicas, agências internacionais e empresas farmacêuticas. As alianças políticas entre mercado, filantropia, consórcios multilaterais e sociedade são problematizadas por meio da análise de alguns projetos globais que têm como meta ampliar a cobertura de métodos LARC entre países pobres (África, América do Sul, América Central). Por fim, a perspectiva feminista sobre tal expansão, a qual contém desafios imensos no tocante à educação em sexualidade e gênero, ao respeito à diversidade cultural, ao combate à violência sexual e de gênero, à garantia da assistência integral à saúde das mulheres, para além da dimensão da regulação da fecundidade, *stricto sensu*.

## Oferta seletiva da LARC no Brasil

Em um panorama amplo, entre os anos de 2014 e 2019, observamos um conjunto de iniciativas de oferta de LARC na rede pública de serviços de saúde pelas prefeituras, governos estaduais e instituições parceiras, possibilitando o reconhecimento de que estas ações não estão se dando de forma isolada (Nascimento, 2020). Um aspecto em comum nestas iniciativas reside na indicação recorrente do implante subdérmico ou SIU-LNG para mulheres consideradas “vulneráveis” ou “em situação de risco”. Foi possível reunir experiências relacionadas à indicação e disponibilização da LARC para mulheres “vulneráveis” em Fortaleza/CE, no Hospital Geral César Cals, Hospital Geral de Fortaleza e na Maternidade Escola Assis Chateaubriand/Universidade Federal do Ceará (EBSERH), Centro Educacional Aldaci Barbosa Mota (centro de internação de adolescentes, de 12 a 21 anos, do sexo feminino em conflito com a lei) e Presídio Feminino Auri Moura Costa. Em Quixadá/CE, no Hospital Maternidade Jesus, Maria, José. Em Acaraú/CE, no Hospital Moura Ferreira. Em Pacajus/CE, no Hospital Municipal de Pacajus. Em Caucaia/CE, no Hospital Santa Teresinha. Em Guarujá/SP, no Instituto da Mulher-Casa Rosa. Em São Paulo/SP, no Hospital Maternidade-Escola de



Vila Nova Cachoeirinha (SMS-SP). Em Curitiba/PR, no Hospital das Clínicas de Curitiba da Universidade Federal do Paraná (EBSERH), entre outros (Nascimento, 2020).

Duas regiões merecem nossa atenção nessa discussão. Trata-se do estado de São Paulo e do município de Porto Alegre.

Uma iniciativa controversa da utilização LARC no âmbito do SUS refere-se ao “Projeto Gravius”.<sup>1</sup> Os órgãos envolvidos no Projeto são o Centro de Referência da Saúde da Mulher (Hospital Pérola Byington, SES-SP) e o Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas (CRATOD),<sup>2</sup> atuando em parceria (Sakamoto, [2014?]). Como um dos objetivos do Projeto, há a menção da “prevenção de gravidez em mulheres vulneráveis”; “redução da morbidade e mortalidade materna e neonatal”; “redução dos danos de gravidez não planejada”, etc. A porta de entrada para o Projeto, segundo o fluxograma, é através do CRATOD que, segundo seu coordenador: “faz serviço de campo, na cracolândia” (Sakamoto, 2018). No Centro de Referência, as mulheres passam por consultas, exames e orientações sobre métodos disponíveis. Após essas etapas os desfechos são listados: “Inserção Implanon®”; “Lanche”; “Outros exames”, e “Outras medicações”.

Em matéria do jornal *Folha de São Paulo* (Folha de S. Paulo, 2014), de 3 de setembro de 2014, Sakamoto, André Malavasi e Luiz Gebrim falam sobre o Projeto Gravius. Segundo os médicos, o uso do implante contraceptivo subdérmico entre usuárias de drogas adapta-se de modo adequado, pois muitas delas deixam de ter um acompanhamento rotineiro. O ponto de partida considerado pelo Projeto é a ausência ou pouco acompanhamento médico destas mulheres – colocado como uma verdade e um fato definitivo, estável, o que invalidaria o uso de métodos de curto prazo. Não há preocupação em buscar ampliar o acesso das mulheres aos serviços de saúde ou entender as motivações para a distância e/ou possível resistência destas aos serviços de saúde/profissionais de saúde.

Em artigo publicado, Sakamoto *et al.* (2015) apresentam alguns dados e discussões sobre o Projeto Gravius, avaliando o uso do implante subdérmico de etonogestrel na prevenção da gestação não planejada entre mulheres usuárias de drogas ilícitas. De 118 mulheres selecionadas, 12 foram excluídas, 11 por desistência própria de usar o implante no dia da consulta (uma delas desejava engravidar) e uma porque “não cooperava em responder à anamnese de modo espontâneo” (Sakamoto *et al.*, 2015, p. 104). Por fim, foram incluídas 106

1 O Projeto iniciou em março de 2014, de acordo com seu coordenador, em entrevista dada ao programa “Plena Mulher” de 06 de abril de 2018 (Sakamoto, 2018). O Projeto Gravius é caracterizado como um projeto de prevenção de “gravidez não planejada” com uso do Implanon® em usuárias de drogas (Sakamoto, 2014?).

2 O CRATOD foi criado a partir do Decreto do estado de São Paulo nº 46.860, de 25 de junho de 2002 com a finalidade de, entre outras atribuições, “constituir-se em referência para a definição de políticas públicas para promoção de saúde, prevenção e tratamento dos transtornos decorrentes do uso indevido de álcool, tabaco e outras drogas” (São Paulo, 2002).

mulheres para uso do implante. Dentre essas mulheres, 101 eram usuárias de “drogas ilícitas” e somente essas tiveram as informações da anamnese geral e específica discutidas no artigo (as outras cinco mulheres faziam uso de tabaco e/ou álcool).

Em entrevista (Bertho, 2018) em 17 de julho de 2018, o coordenador do Projeto Gravius comenta sobre uma meta do projeto concluída: a ampliação para as adolescentes. O médico conta que são cerca de 100 adolescentes utilizando o implante na época. Quando perguntado sobre a importância de o governo olhar para a prevenção da gravidez dessas mulheres, responde:

É fundamental. O Gravius é um projeto que tem uma conotação de programa de governo. É custoso? Lógico que é custoso. *Mas a gente sabe que os danos das populações vulneráveis com uma gravidez indesejada são muito grandes.* Não só com a mulher usuária de droga ilícita, *mas as adolescentes.* Eu conheço mulheres com cinco, seis filhos, vivendo debaixo da ponte. E que ela está engravidando sempre e ninguém faz uma assistência. Acho que São Paulo já avançou um pouquinho. Nosso projeto tem sido ampliado. *Tem que ser um modelo que possa ser tranquilamente replicado* (Bertho, 2018, p. 1, grifos nossos).

Já em Porto Alegre, lembramos da iniciativa anterior da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre no período de 2007 a 2009, quando o implante foi recomendado a adolescentes de áreas pobres da capital. Na ocasião, o município disponibilizou na rede pública de saúde o implante subcutâneo Implanon a partir do Programa “Adolescência: Um Projeto de Vida”, que distribuiu 2.500 implantes. O Programa, segundo Jardim (2009), era fruto de uma parceria público-privada com uma organização da sociedade civil para disponibilizar o implante subcutâneo para jovens entre 15 e 18 anos. Em 2018 ocorreu nova iniciativa similar que pretendia oferecer o Mirena® às jovens abrigadas do município de Porto Alegre. Na ocasião, um Termo de Cooperação de junho de 2018 pactuado entre o Ministério Público do Rio Grande do Sul (MP-RS), a Bayer S/A, o Hospital das Clínicas de Porto Alegre, o Hospital Materno Infantil Presidente Vargas e a Prefeitura de Porto Alegre previa a doação de 100 kits do sistema intrauterino às meninas acolhidas em abrigos do município (Rio Grande do Sul, 2018). No Termo está disposto que o MP-RS constatou a partir das inspeções periódicas realizadas no programa de acolhimento institucional de Porto Alegre, um “índice cada vez maior de gravidez das adolescentes, as quais, devido ao histórico de vulnerabilidade e de limitações pessoais, possuem dificuldades para aderirem aos métodos contraceptivos via oral”. Assim sendo, o MP-RS, representado pela Promotoria de Justiça da Infância e da Juventude, buscou a Bayer S/A “relatando a situação e solicitando cooperação no tema”. O Conselho Municipal de Saúde não foi consultado sobre o acordo estabelecido entre o poder público e a

entidade privada. Na ocasião, o Conselho Municipal de Saúde e diversas entidades emitiram nota pública conjunta pedindo a suspensão do acordo (Camargo, 2018; Porto Alegre, 2018).

A apresentação dessas características nestes documentos não enseja a responsabilização do Estado e da sociedade sobre fenômenos complexos, tampouco a necessidade em enfrentar tais questões, fragmentando o cuidado. Ao localizar essas questões e suas consequências sociais no âmbito individual, as respostas para seu tratamento e resolução caminham também na dimensão individual, culpabilizando o indivíduo e oferecendo uma solução “fácil”. Entretanto, ao nos debruçarmos sobre os processos sociais, históricos e culturais, percebemos como essas propostas propiciam a reprodução de desigualdades que robustecem a marginalização de certas camadas sociais em uma sociedade racista e sexista.

Ana Cristina Pimentel (2018) nos mostra como o implante subdérmico, por exemplo, atende a vários *scripts* biopolíticos. A autora descreve o caminho do implante por um segmento social com características distintas, buscando nesse dispositivo uma biologia fabricada e modificação corporal. Os implantes manipulados oferecem, além da possibilidade contraceptiva, o melhoramento estético e a potência sexual através da manipulação dos hormônios, de forma “individualizada”, alcançando um ideal de distinção de classe (e também de poder). Neste artigo, debruço-me sobre outro *script* biopolítico, que não permite a mesma agência de fabricação e modificação corporal acima. O que move um *script* biopolítico é a possibilidade e a necessidade de buscar o aprimoramento corporal e o que move o outro *script* biopolítico é o dever moral de controlar uma fertilidade que causaria consequências indesejáveis para a sociedade.

A partir de um mesmo dispositivo, existe a construção de dois sujeitos distintos, com governamentalidades distintas. Uma governamentalidade liberal, expressa em pacientes/clientes de consultórios privados renomados e outra forma de governamentalidade operada a partir da classe e da raça, em que o controle social e reprodutivo ganha destaque.

Esses *scripts* biopolíticos também podem ser pensados a partir do fenômeno da farmacologização da sociedade. Williams, Martin e Gabe (2011) discutem sobre como a farmacologização opera, entre outras dimensões e dinâmicas, nas formas de governança. Esse fenômeno pode ser visualizado em variados e complexos processos sociotécnicos heterogêneos que operam em níveis macroestruturais e microestruturais. Na definição empregada por Williams, Martin e Gabe (2011, p. 711), a farmacologização aponta para a tradução ou transformação das capacidades, potencialidades e condições humanas em oportunidades para a intervenção farmacológica, abrangendo também usos “não-médicos”, sem necessariamente possuir um diagnóstico.

Estes mesmos autores argumentam que existe uma relação complexa e contingente entre a farmacologização e a medicalização. Duas das dimensões sociológicas da farmacologização da sociedade discutidas por eles são especialmente úteis para pensar os dois *scripts* biopolíticos antes tratados.

Quando Williams, Martin e Gabe (2011) discutem sobre o uso de medicamentos para fins não médicos e a criação de mercados consumidores novos, estão tratando justamente do aspecto de aprimoramento que é buscado em produtos farmacêuticos e na intervenção biomédica.

A outra dimensão sociológica diz respeito ao (re)enquadramento dos problemas de saúde na mídia e na cultura popular como passíveis de solução através da intervenção farmacológica. Pensemos em um (re)enquadramento dos problemas sociais (e conseqüentemente de saúde) na mídia e na cultura popular como passíveis de serem resolvidos através da intervenção hormonal contraceptiva mais duradoura. Ou seja, questões estruturais, da política, da economia e de justiça social são compreendidas como fracassos e (ir)responsabilidades individuais que seriam amenizadas ou resolvidas com o correto comportamento contraceptivo feminino, sem falhas. O abandono escolar, morbimortalidade materna e infantil, ausência de renda, condições precárias de habitação, entre outros fenômenos da desigualdade social e racial são apresentados como situações em que a contracepção eficaz seria a solução. Esse entendimento, expresso no senso comum, também é compartilhado e reforçado no meio científico. Não são construções isoladas, mas sim simultâneas, que se retroalimentam. A sugestão de que essas problemáticas sociais que inscrevem milhares de pessoas à margem da sociedade seriam resolvidas através dos serviços médicos e produtos farmacêuticos se alinha e fortalece as estruturas do neoliberalismo.

Portanto, quando pensamos na ciência, nas biotecnologias, nas tecnologias reprodutivas e mais especificamente no implante subdérmico, podemos cogitar em variados fins, em distintas possibilidades de agência, em como um mesmo artefato atende a diferentes propósitos, evidenciando uma dimensão contingente. Tal como discutido em Takeshita (2012), a divulgação e o emprego desses dispositivos evidenciam interesses biopolíticos localizados nas tensões de classe e de raça. No contexto brasileiro, essas tensões fazem parte de relações históricas de dominação, hierarquização e de desigualdades. Nesse sentido, há a convivência simultânea de um dispositivo estilo “farmácia de manipulação” para algumas mulheres (brancas, de alto poder aquisitivo) e um dispositivo Implanon “de massa” para outras mulheres (negras e pobres). Essas políticas, direta ou indiretamente, se baseiam na classe, nos dispositivos de sexualidade e de racialidade (Carneiro, 2005; Foucault, 1988), construindo e reforçando tais exclusões.

## A posição das entidades médicas, agências internacionais e empresas farmacêuticas

Os campos médico e farmacêutico possuem posições definidas em relação a LARC e sua indicação. Essas posições irão orientar e respaldar a conduta de profissionais, instituições e agências multilaterais no trato da contracepção. A Febrasgo possui manuais técnicos que definem diretrizes propostas para a utilização da LARC. Em “Contracepção Reversível de Longa Ação” (Febrasgo, 2016) é mostrada uma estimativa de gravidezes não planejadas ao ano no país, de 1,8 milhão, resultando em 1,58 milhão de nascimentos. Um custo aproximado de cerca de R\$ 2.293,00 é apresentado como gastos do governo com uma gestação não planejada. Em seguida, a publicação aponta ser mais grave nestas estatísticas a inclusão de “um grande contingente de mulheres em situação de vulnerabilidade como moradores de rua, usuários de drogas e outros.” O texto foca na falta de métodos contraceptivos, a existência de poucas opções e uso incorreto do método como fatores que propiciam a “gravidez não planejada”. O método escolhido, a frequência e o tipo de uso ao longo do tempo são condições apontadas que podem reduzir este risco. Em seguida, a anticoncepção de longa duração é apresentada como a principal intervenção para a redução de “gravidez não planejada” por conta da sua alta eficácia, principalmente nos “grupos de risco”. Afirma-se que a vantagem dos contraceptivos da LARC em comparação aos métodos de curta duração é justamente a manutenção da sua alta eficácia, independentemente da motivação da usuária, pois, tanto a ação do médico ou da mulher são dispensáveis para essa manutenção. O manual também defende que, no Brasil, é necessário adequar a eficácia dos métodos com a disponibilidade de oferta de métodos seguros que não dependam da vontade das mulheres usuárias de drogas em querer utilizá-los, devido a uma dificuldade na rastreabilidade dessa população. Nesse sentido, a Febrasgo, enquanto autoridade do campo médico, orienta explicitamente em seus documentos os profissionais a priorizarem o uso desses métodos nessas populações, legitimando e incentivando que mecanismos para a oferta da LARC sejam mobilizados.

Em relação às empresas farmacêuticas, no cenário da solicitação pela Febrasgo para a incorporação de métodos LARC no SUS para jovens de 15 a 19 anos em 2015, resultando em uma consulta pública promovida pela Conitec, a MSD manifestou sua contribuição em 01/02/2016 como “Empresa fabricante da tecnologia avaliada” (Conitec, 2016). Nessa manifestação, a empresa reitera que busca aumentar o acesso da população a seus medicamentos por meio de programas e parceria em todo mundo. Embora existam métodos contraceptivos variados, a empresa afirma que ainda há alta taxa de gravidezes imprevistas, evidenciando a necessidade de melhoria no aspecto “contracepção”. O aumento da produtividade é salientado como um benefício que a postergação da gravidez iria

proporcionar. A MSD também se mostra comprometida em disponibilizar e ampliar a oferta do seu contraceptivo a pacientes em países de baixa renda, reafirmando o compromisso da empresa com o planejamento familiar em regiões com recursos limitados. Prova disso é a “*Merck Statement on New Access Initiative to Provide IMPLANON® (etonogestel implant) to Patients in Low-Income Countries*” (Merck, 2011). Nessa declaração, de 2011, a empresa afirma que a Merck/MSD apoia a campanha da *Reproductive Health Supplies Coalition*<sup>3</sup> (RHSC) para ter 100 milhões de novas mulheres usando o método contraceptivo moderno de sua escolha até 2015. A empresa reitera que a parceria com os membros da RHSC objetiva alcançar o 5.º Objetivo de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas<sup>4</sup> por meio da melhoria do acesso e uso apropriado e eficaz do Implanon®. Também para atender esse objetivo – através do acesso aprimorado ao Implanon® – a MSD declara que se envolverá com os ministérios de saúde locais, a comunidade local e global de desenvolvimento, doadores, governos e ONG. Para o aumento do acesso ao implante, a empresa afirma que estabelecerá um preço mais baixo para o contraceptivo, para os países de baixa renda, por meio de uma nova abordagem.

Em 2012, uma nova declaração é divulgada pela empresa, com o intuito de reafirmar seu compromisso de fomentar o acesso aos seus contraceptivos em locais de baixa renda. “*Merck Reaffirms Commitment to Family Planning in Resource-Limited Regions*” (Merck, 2012). Nessa ocasião a fabricante afirma que apoia os objetivos traçados na Cúpula de Planejamento Familiar de Londres ocorrida em 11 de julho de 2012, com a organização protagonizada pelo governo do Reino Unido e pela Fundação Bill & Melinda Gates (FBMG). A Cúpula pretendia buscar comprometimento e recursos de países em desenvolvimento, do setor privado, doadores, sociedade, etc., para atender às necessidades de planejamento familiar de mulheres de regiões com recursos limitados, especificamente disponibilizando contraceptivos, informações, serviços e suprimentos a mais de 120 milhões de mulheres e meninas em países pobres até o ano de 2020. Na época, a OMS produziu um documento com o objetivo de informar a Cúpula de Londres. A publicação (WHO, 2012) reúne políticas e evidências para guiar e apoiar a implementação de estratégias para aumentar o acesso à LARC e aos métodos permanentes.

3 Coalização de Suprimentos de Saúde Reprodutiva, em tradução livre. Em seu site, esta coalização afirma que tem por missão reunir parceiros e mobilizar suas forças coletivas para aumentar o acesso a uma gama de suprimentos de saúde reprodutiva acessíveis e de qualidade em países de baixa e média renda. (Reproductive Health Supplies Coalition, 2020).

4 O 5º Objetivo foi sobre “Melhorar a saúde materna”.

## Quem defende as mulheres?

Nesta complexa trama em torno da LARC, com fios emaranhados em contextos locais e internacionais/globais, uma voz importante precisa também ganhar visibilidade, completando a apreensão – ainda que parcial e temporária – dessa extensa rede sociotécnica: coletivos e grupos feministas de defesa dos direitos das mulheres.

Já em 2007, quando o Programa “Adolescência: Um Projeto de Vida” (Jardim, 2009) disponibilizou implantes contraceptivos às jovens de 15 a 18 anos em Porto Alegre, ocorreu uma intensa mobilização articulada pela Rede Feminista de Saúde e suas entidades filiadas, apoiada pelo Conselho Municipal dos Direitos da Mulher, com a participação do movimento de mulheres, movimentos sociais (jovens, sindicais, comunitários), culminando na sensibilização do Conselho Municipal de Saúde para se posicionar diante do episódio. Na ocasião, uma Nota Pública foi elaborada pela Rede Feminista, assinada por 14 entidades de mulheres e enviada para diversos organismos e ao poder legislativo (Negrão, 2012).

Na tentativa de implantação do SIU-LNG às meninas abrigadas de Porto Alegre em 2018, uma nota de esclarecimento foi divulgada na intenção de manifestar a contrariedade de Conselhos e Entidades representativos da sociedade civil organizada quanto ao Termo de Cooperação assinado (Anjos, 2019; Camargo, 2018; Porto Alegre, 2018). Na nota de esclarecimento são enumeradas 14 razões que justificam as reservas à proposta. São mencionados todos os pontos sensíveis da iniciativa que ferem o planejamento de políticas, controle social, questões éticas, fluxo da rede de saúde, regimentos jurídicos e legislativos, convenções internacionais, entre outros. Ao final do documento, os signatários recomendam a imediata suspensão do Termo de Cooperação. Um abaixo-assinado de julho de 2018 (Godoy, 2018) proposto por professores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul também solicita sua suspensão. No abaixo-assinado os professores manifestam apreensão e repúdio em relação ao Termo de Cooperação, detalhando os problemas da proposta em relação ao âmbito ético, técnico e econômico.

Uma perspectiva crítica sobre o tema também é encontrada em publicações de acadêmicas e ativistas. Gomez *et al.*, (2014) demonstram preocupação com o entusiasmo em relação à LARC, embora acreditem que esses dispositivos devam fazer parte de uma combinação abrangente de métodos. O “entusiasmo desenfreado” pode levar à adoção de programas que, paradoxalmente, podem minar a autonomia reprodutiva das mulheres. Uma preocupação das autoras está na possibilidade de que esforços sejam realizados não no intuito de garantir o acesso ao método para todas as mulheres, mas que o uso de contraceptivos de longo prazo seja promovido entre populações de “alto risco”, por intermédio de programas e aconselhamento

direcionado, visando aumentar a aceitação desses métodos. Dessa forma, o que acaba ocorrendo é a limitação de opções às mulheres.

Na mesma direção reflexiva e crítica, outras autoras questionam a assertiva de que os métodos LARC devam ser considerados “opções de primeira linha” para adolescentes (Gubrium *et al.*, 2016). Elas expressam preocupações sobre como alguns autores recomendam tratar as desigualdades em saúde por meio da inserção da LARC. Aline Gubrium e colegas (2016) sublinham que a prevenção da gravidez na adolescência tem sido considerada a solução para questões como pobreza, evasão escolar e criminalidade. Contudo, elas afirmam ser evidente que o contexto de desigualdade social favorece a gravidez na adolescência, e não o contrário. Por fim, as autoras mencionam o movimento de justiça reprodutiva que nos últimos 20 anos articulou o entendimento de que todas as pessoas possuem o direito de não ter filhos, de tê-los e de criá-los em ambientes seguros, saudáveis e com apoio. Nessa perspectiva, as pessoas detêm o direito ao aconselhamento em saúde reprodutiva de forma não coercitiva, centrado na paciente. Na abordagem da justiça reprodutiva, as barreiras para acesso aos métodos LARC devem ser reduzidas e torná-los disponíveis a todas as pessoas que os desejam, a partir de informações seguras, não-direcionadas e sem estigma.

Tratando-se do conceito de justiça reprodutiva, o coletivo *SisterSong* pode ser considerado pioneiro no mundo nas discussões sobre o tema. Situado em Atlanta (EUA), o coletivo se define como uma organização nacional de membros baseada no sul dos EUA que tem por objetivo construir uma rede efetiva de indivíduos e organizações para melhorar as políticas institucionais e os sistemas que afetam a vida reprodutiva das comunidades marginalizadas. Além de outras agendas da *SisterSong* sob a insígnia da justiça reprodutiva, cabe destacar a discussão do coletivo sobre LARC. A organização auxiliou a produção de uma Declaração de Princípios (National Women’s Health Network; *SisterSong*, 2016) para guiar a provisão não coercitiva da LARC. Resumidamente, a Declaração elenca uma série de questões que devem ser observadas para contemplação da justiça reprodutiva. O documento argumenta que a decisão de obter uma LARC deve ser tomada por cada pessoa com base em aconselhamento de qualidade que as ajude a identificar o que funcionará melhor para elas. Governos, fundações e provedores devem rejeitar metas explícitas e implícitas para um número total de LARC inserida, que pode distorcer a conversa entre mulheres e médicos e levar à coerção.

## Considerações finais

Historicamente, os métodos contraceptivos que possuem ação prolongada (por exemplo, o Norplant e a medroxiprogesterona) foram promovidos a fim de atender a uma certa



biopolítica. Nos últimos anos, como vimos, os contraceptivos hormonais reversíveis de longo prazo ganharam certo destaque no cenário público.

Foi possível notar uma espécie de *lobby* médico/científico que buscou impulsionar e legitimar a contracepção hormonal reversível de longo prazo no âmbito do SUS para um perfil delimitado de mulheres. Percebeu-se inicialmente um aparente consenso, vozes uníssonas em enaltecer certas características dessa modalidade contraceptiva, bem como a defesa da contracepção hormonal reversível de longo prazo para um perfil característico de mulheres. Em seguida, o que se identificou na realidade foram os dissensos e controvérsias em relação ao tema, ainda que algumas vozes tenham menos alcance e destaque. Nem todos os atores sociais e institucionais aqui analisados são favoráveis à recomendação de uma classe de contraceptivos específicos, que precede inclusive o primeiro contato do profissional de saúde com a mulher, puramente por conta de sua condição social, racial, econômica, geracional, etc. Pelo contrário, vão justamente de encontro a essa recomendação, questionando as reais motivações que levam entidades prestigiosas no meio social a difundirem essa perspectiva sob a roupagem “científica”.

Obviamente, há outros atores-chave que não foram aqui arrolados, mas que também são importantes para a discussão da LARC hormonal no âmbito do SUS no Brasil. Como exemplo, movimentos sociais organizados (representativos da população em situação de rua, privada de liberdade, em acolhimento institucional, de usuários de substâncias, adolescentes, portadores de HIV, migrantes/refugiados, etc.), grupos ativistas pelos direitos reprodutivos, profissionais da área de farmácia, profissionais de saúde não-médicos (assistentes sociais, enfermeiras, obstetrias, agentes comunitárias de saúde, etc.), entre outros.

As possibilidades das mulheres para determinarem seus próprios destinos reprodutivos estão muito mais ligadas às suas condições sociais, raciais/étnicas perante à comunidade mais ampla, médica, científica, política do que sua capacidade ou aptidão individual ou mesmo de acesso aos serviços de saúde. Embora haja o marco dos direitos reprodutivos, que se traduz em um arcabouço legal de defesa e proteção dos direitos reprodutivos das mulheres, esses mesmos instrumentos legais não são neutros ou isentos de um legado histórico de racismo e discriminação que contribuem para disparidades sistêmicas que se reproduzem ao longo dos anos. Portanto, a decisão de eleger o marco conceitual da justiça reprodutiva para esse trabalho é consequência de um compromisso em desvelar a dimensão política de disparidades reprodutivas. Significa reconhecer a histórica opressão reprodutiva que certas comunidades sofrem. As controvérsias aqui identificadas são controvérsias localizadas, ou seja, são complexidades parciais, percebidas a partir de um ponto de vista circunscrito a uma origem e pertencimento social. A análise de controvérsias é uma tarefa árdua, uma vez que estamos

implicadas no tema da pesquisa. Contudo, assumir essa parcialidade é um compromisso ético-político-acadêmico e não significa demérito ou depreciação da pesquisa. Esse reconhecimento produz uma ciência comprometida e transparente.

O arcabouço da Justiça Reprodutiva dá protagonismo às mulheres que veem suas vidas reprodutivas sendo negligenciadas. Dessa forma, esse trabalho buscou dar voz e trazer à tona controvérsias que ficam escamoteadas em nichos restritos. Conhecer e considerar as premissas da Justiça Reprodutiva possibilita identificar detalhes que ferem gravemente os Direitos Humanos e que poderiam passar despercebidos. A insistência na Justiça Reprodutiva faz parte de um esforço coletivo de disseminar o conceito, além de tolher iniciativas de políticas reprodutivas que limitam a autonomia reprodutiva das mulheres.

Buscamos problematizar e desnaturalizar a indicação da LARC para grupos específicos de mulheres, baseada em premissas questionáveis. Como resultado, entendemos que além do legado do racismo, essas populações colhem heranças do colonialismo.

Constatou-se a inexistência da menção aos homens no processo de planejamento reprodutivo/contraceptivo. Essa lacuna demonstra como o controle reprodutivo é tratado quase que exclusivamente como um tema que diz respeito apenas às mulheres, sob sua inteira responsabilidade, anulando a dimensão relacional da sexualidade. Dessa maneira, as taxas de gravidez imprevista, gravidez na adolescência e morbimortalidade materna e infantil são concebidas como consequências de uma falha individual da mulher no que diz respeito ao cumprimento do planejamento reprodutivo/contraceptivo. É necessário compreender melhor as discontinuidades contraceptivas e de que forma as hierarquias de gênero, raça e classe dificultam uma prática contraceptiva segura.

Embora a princípio pareça que essas ações de promoção da LARC estejam ampliando direitos, ao fornecerem de forma gratuita algumas modalidades de contraceptivos, de custos elevados, considerados como de última geração, na verdade tais iniciativas institucionais individualizam dilemas socioestruturais, marginalizam e discriminam as mulheres. Elas são tratadas de forma desigual em comparação a outras mulheres, como subcidadãs, reforçando estereótipos de gênero, classe, raça e geracionais. As ações médicas, de gestores públicos, em parceria com grandes empresas farmacêuticas, fortalecem discursos e iniciativas eugênicas, culpabilizando a mulher e criminalizando a pobreza. O acesso à contracepção como um direito inalienável e as políticas de regulação da fecundidade guardam estreitas conexões, obrigando-nos a evidenciar as muitas tensões que permeiam tais direitos reprodutivos.

A comunidade médico-científica se coloca em posição supostamente neutra, como porta-voz de um “saber científico” puramente objetivo sobre o tema. A expressão “eficácia”, tantas

vezes anunciada e enaltecida, revela na verdade a negação da gravidez imprevista como um fenômeno social e contingente que atravessa as relações sociais, repousando a convicção em uma “indisciplina da mulher”. Essa postura, de certa forma, “educa” o público sobre os “benefícios” dessas ações de teor controlista e eugênico. Precisamos questionar a forma como esses dispositivos têm sido apresentados para a população. A insistência em identificá-los como métodos mais indicados para “algumas” mulheres, pode acabar tornando essa máxima como uma verdade consensual/científica de difícil contraposição com o passar do tempo, sendo árdua a tarefa de identificar e questionar as fontes que fomentaram tal afirmativa, tornando-se um “fato científico”. Nesse sentido, o “risco” de uma gravidez imprevista, o “risco” de uma gravidez na adolescência e o “risco” de um bebê prematuro ensejam uma atuação profilática a fim de evitá-los. Sendo assim, o uso da LARC é a ação profilática na atual era dos “riscos sociais”.

As expressões “populações vulneráveis” e/ou “populações especiais” soam como categorias de acusação que tratam de realizar um distanciamento entre aqueles “problemáticos/indesejáveis” e os que possuem autocontrole, domínio da própria vida, e dignidade para tomarem suas próprias decisões e se autorregularem.

Podemos concluir, sobretudo, que a arena da reprodução permanece sendo um campo de disputas ético-morais e políticas, um espaço de discursos e narrativas conflitantes sobre os corpos femininos.

## Referências

- Akotirene, C. (2018). *O que é interseccionalidade*. Belo Horizonte: Letramento: Justificando.
- Anjos, A. B. (2019). Quem decide sobre o corpo das meninas? Agência Patrícia Galvão. Disponível em <https://agenciapatriciagalvao.org.br/mulheres-de-olho/quem-decide-sobre-o-corpo-das-meninas/>.
- Bertho, H. (2018). Mulheres da Cracolândia recebem implante para prevenir gravidez. Universa, UOL. Disponível em <https://www.uol.com.br/universa/noticias/redacao/2018/07/17/projeto-faz-prevencao-da-gravidez-na-cracolandia-com-implante-contraceptivo.htm>.
- Biroli, F., e Miguel, L. F. (2015). Gênero, raça, classe: opressões cruzadas e convergências na reprodução das desigualdades. *Mediações*, 20(2), 27-55.
- Blackrj.org. (2020). In our own voice: national black women’s reproductive justice agenda - Reproductive justice. Disponível em <https://blackrj.org/our-issues/reproductive-justice/>.
- Brandão, E. Reis, e Cabral, C. da Silva (2021a). Juventude, gênero e justiça reprodutiva: iniquidades em saúde no planejamento reprodutivo no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(07). 2673-2682. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.08322021>
- Brandão, E. Reis, e Cabral, C. da Silva (2021b). Vidas precárias: tecnologias de governo e modos de gestão da fecundidade de mulheres ‘vulneráveis’. *Horizontes Antropológicos*, (61), 47-84. <https://doi.org/10.1590/S0104-71832021000300002>

- Brasil (1990). Lei 8.080: Regulamento. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)
- Brasil. Ministério da Saúde (2013). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Saúde sexual e saúde reprodutiva, Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde (2021). Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Portaria n.º 13/2021. Diário Oficial da União, Brasília. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-sctie/ms-n-13-de-19-de-abril-de-2021-315184219>
- Butler, J. (2019). *Vida precária: os poderes do luto e da violência*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Camargo, K. (2018). Nota contrária sobre a inserção do SIU-LNG em adolescentes abrigadas alerta sobre o desrespeito aos direitos humanos. Conselho Municipal de Saúde SUS Porto Alegre, Porto Alegre. Disponível em [http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/default.php?reg=235&p\\_secao=8](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/default.php?reg=235&p_secao=8).
- Carneiro, Aparecida Sueli, (2005), A construção do outro como não-ser como fundamento do ser. Tese (Doutorado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Hill Collins, P. (2015). Intersectionality's Definitional Dilemmas. *Annual Review of Sociology*, 1(41), 1-20.
- Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS (Conitec) (2016). Contribuições da consulta pública - formulário técnico - implante etonogestrel anticoncepção. Disponível em <[http://conitec.gov.br/images/Consultas/Contribuicoes/2015/CP\\_CONITEC\\_35\\_2015\\_Tecnico\\_Implante\\_etonogestrel\\_anticoncep%C3%A7%C3%A3o.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/Contribuicoes/2015/CP_CONITEC_35_2015_Tecnico_Implante_etonogestrel_anticoncep%C3%A7%C3%A3o.pdf)> Acesso em: 09 abr. 2019.
- Davis, A. (2016). *Mulheres, raça e classe*, Boitempo Editorial, São Paulo. Disponível em <https://coletivoanarquista-lutadeclasses.files.wordpress.com/2010/11/mulheres-raca-e-classe-angela-davis.pdf>.
- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetricia (Febrasgo) (2016). Contracepção reversível de longa ação. ( Série orientações e recomendações), 1(3).
- Fleck, G. (2018). Em parceria com a Bayer, MP ofertará a jovens abrigadas contraceptivo reprovado por Comissão do SUS. SUL21. Disponível em <https://www.sul21.com.br/ultimas-noticias/geral/2018/07/em-parceria-com-a-bayer-mp-ofertara-a-jovens-abrigadas-contraceptivo-reprovado-por-comissao-do-sus/>.
- Foucault, M. (1988). *História da sexualidade. I: A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal.
- Godoy, M. G. Curubeto (2018). Pela suspensão do Termo de Cooperação do Ministério Público/RS com a Bayer, SMS, HCPA, HMIPV, pra colocar SIU-LNG em meninas adolescentes em acolhimento institucional em Porto Alegre. AbaixoAssinado.Org. Disponível em: <https://www.abaixoassinado.org/abaixoassinados/42170>.
- Gomez, A. Manchikanti, Fuentes, L., e Allina, A. (2014). Women or LARC first? reproductive autonomy and the promotion of long-acting reversible contraceptive methods. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 46(3), 171-175. Disponível em [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4167937/#\\_\\_ffn\\_sectitle](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4167937/#__ffn_sectitle).
- Gubrium, A. C. et al. (2016). Realizing reproductive health equity needs more than Long-Acting Reversible Contraception (LARC). *American Journal of Public Health*, 106(1), 18-19. Disponível em [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4695938/#\\_\\_ffn\\_sectitle](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4695938/#__ffn_sectitle).
- Haraway, D. (1995). Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*, (5), 07-41.
- Jardim, R. Teixeira (2009). *O controle da reprodução: estudo etnográfico da prática contraceptiva de implantes subcutâneos na cidade de Porto Alegre/RS* (Dissertação Mestrado em Antropologia Social). Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.
- Law, J. (1992). Notes on the theory of the actor-network: ordering, strategy, and heterogeneity. *Systemic Practice and Action Research*, 5(4), 379-393
- Malavasi, A., Sakamoto, L. C., y Gebrim, L. (2014). Projeto Gravius. *Folha de São Paulo*. Disponível em <https://www1.folha.uol.com.br/opinia0/2014/09/1509769-andre-malavasi-luis-sakamoto-e-luiz-gebrim-projeto-gravius.shtml>.

- Manica, D., e Nucci, M. (2017). Sob a pele: implantes subcutâneos, hormônios e gênero. *Horizontes Antropológicos*, (47), 93-129. <https://doi.org/10.1590/S0104-71832017000100004>
- Mbembe, A. (2018). *Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte*. São Paulo: n-1 edições.
- Merck (2011). Merck statement on new access initiative to provide IMPLANON® (etonogestel implant) to patients in low-income countries. Disponível em: <<https://www.merck.com/about/views-and-positions/Access-Initiative-IMPLANON.pdf>> Acesso em: 9 abr. 2019.
- Merck (2012). Merck reaffirms commitment to family planning in resource-limited regions. Disponível em <https://www.merck.com/about/views-and-positions/family-planning-IMPLANON.pdf>.
- Nascimento, N. N. Coutinho (2020). Contraceptivos hormonais reversíveis de longo prazo: análise socioantropológica das controvérsias que cercam sua circulação no âmbito do Sistema Único de Saúde no Brasil. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- National Women's Health Network e Sistersong (2016), Long-acting reversible contraception: statement of principles. Disponível em [tinyurl.com/LARCprinciples](http://tinyurl.com/LARCprinciples).
- Negrão, T. (2012). Uma ação sinérgica por direitos reprodutivos: uma história sem fim. *Saúde e Sociedade*, 1(21), 164-176.
- Pimentel, A. C. de Lima (2018). *Uma via periférica para os hormônios sexuais: empresariamento, biológicas, classe e corpos femininos* (Tese de Doutorado em Pesquisa Aplicada à Saúde da Criança e da Mulher). Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Pesquisa Aplicada à Saúde da Criança e da Mulher, Fundação Oswaldo Cruz.
- Porto Alegre (2018). Conselho Municipal de Saúde. Nota Pública Conjunta. Porto Alegre. Disponível em [http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/default.php?reg=217&p\\_secao=8](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/default.php?reg=217&p_secao=8).
- Price, K. (2011). It's not just about abortion: incorporating intersectionality in research about women of color and reproduction. *Women's Health Issues*, 21(3), S55-S57.
- Reproductive Health Supplies Coalition (2020). Reproductive Health supplies coalition. Disponível em <https://www.rhsupplies.org/>.
- Rio Grande do Sul (2018), Ministério Público. Promotoria de Justiça da Infância e da Juventude. Termo de Cooperação. Porto Alegre. Disponível em <https://apublica.org/wp-content/uploads/2019/03/termo-de-cooperacao.pdf>.
- Roberts, C. (2007). *Messengers of sex: hormones, biomedicine and feminism*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rohden, F. (2012). Notas para uma antropologia a partir da produção do conhecimento, os usos das ciências, intervenções e articulações heterogêneas. Em: C. Fonseca et al. (Comps.), *Ciências na vida: antropologia da ciência em perspectiva*. São Paulo: Terceiro Nome.
- Ross, L. (2006). Understanding reproductive justice: transforming the pro-choice movement. *Off Our Backs*, 4(36), 14-19. Disponível em [https://www.law.berkeley.edu/php-programs/centers/crrj/zotero/loadfile.php?entity\\_key=6NK5BUG9#:~:text=Reproductive%20Justice%20says%20that%20the,of%20individual%20choice%20and%20access](https://www.law.berkeley.edu/php-programs/centers/crrj/zotero/loadfile.php?entity_key=6NK5BUG9#:~:text=Reproductive%20Justice%20says%20that%20the,of%20individual%20choice%20and%20access).
- Rustoyburu, C. (2021). Storytime sobre implantes anticoncepcionais em YouTube. Disputas de significados y relaciones biomédicas en las narrativas de youtubers latinoamericanas. *Historia y Sociedad*, (40), 224-242. <http://dx.doi.org/10.15446/hys.n40.86918>
- Sakamoto, L. C. (2014?). Projeto Gravius, 16 slides. Disponível em <https://slideplayer.com.br/slide/5600107/>.
- Sakamoto, L. (2018). Contracepção através de LARCS. [Entrevista cedida a Lucinae Romanovski], 1 vídeo (35min-31seg), publicado pelo canal Plena Mulher. Disponível em <https://youtu.be/B18cu01eVHw>.
- Sakamoto, L. C., Malavasi, A. L., Karasin, A. L., Chamlian, Frajzinger, R., Ribeiro de Araújo, M., y Gebrima, H. (2015). Prevenção de gestações não planejadas com implante subdérmico em mulheres da Cracolândia.

- Reprodução & Climatério*, 30(3), 102-107. Disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1413208715000540>.
- São Paulo (Estado) (2002). Decreto n.º 46.860, de 25 de junho de 2002, Cria e organiza o Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas, Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo. Disponível em <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2002/decreto-46860-25.06.2002.html>.
- Sistersong (2020). Reproductive justice. Disponível em <https://www.sistersong.net/reproductive-justice>.
- Takeshita, Ch. (2012). *The global biopolitics of the IUD: how science constructs contraceptive users and women's bodies*. [S. l.]: MIT Press.
- Williams, S. J., Martin, P., e Gabe, J. (2011). The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis. *Sociology of Health & Illness*, 5(33), 710-725.
- World Health Organization (WHO) (2012). Department of Reproductive Health and Research. From evidence to policy: expanding access to family planning – strategies to increase use of long-acting and permanent contraception. Geneva.

# DOMESTICACIÓN TECNOLÓGICA Y CONOCIMIENTO SITUADO EN EL CUIDADO DE MUJERES GESTANTES EN SANTIAGO DE CHILE<sup>1</sup>

TECHNOLOGICAL DOMESTICATION AND KNOWLEDGE LOCATED IN THE  
CARE OF PREGNANT WOMEN IN SANTIAGO DE CHILE

DOMESTICAÇÃO TECNOLÓGICA E CONHECIMENTOS LOCALIZADOS NO  
CUIDADO DE MULHERES GRÁVIDAS EM SANTIAGO DO CHILE

*Nairbis Sibrian*

*Universidad del Desarrollo*

*n.sibrian@udd.cl*

Recibido 5/8/2021 | Aceptado: 5/12/2021

<sup>1</sup> Esta investigación es resultado de la tesis doctoral *La construcción discursiva y socio-material del embarazo en Chile, 2017-2019*, patrocinada por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo en Chile.

**Resumen:** El cuidado de la salud durante la gestación implica acciones en las que intervienen numerosos objetos y tecnologías. Sin embargo, los mecanismos socio-técnicos bajo los cuales se lleva a cabo, las entidades que involucra y sus implicaciones, así como la producción de conocimiento, no han sido suficientemente estudiadas. Este artículo es el resultado de una investigación cualitativa realizada entre el 2017 y 2018 sobre la construcción sociotécnica del embarazo y las disputas de saber que ocurren durante este período. El objetivo es describir la red de agentes humanos y no humanos que sostienen el cuidado durante el embarazo, atendiendo la domesticación de objetos y ensamblajes socio-técnicos en espacios privados y cotidianos. A través de un estudio de caso múltiple y el seguimiento etnográfico de tres mujeres embarazadas en Santiago de Chile, provenientes de estratos socioeconómicos diversos y con sistemas de previsión disímiles, el artículo revela cómo en momentos de controversia, las personas involucradas en la gestación alteran el guion tecnológico de objetos asociados al cuidado. Mediante entrevistas en profundidad y contactos de seguimiento, durante ocho meses de inmersión en trabajo de campo, se aprecia que los objetos biomédicos y de cuidado, una vez domesticados, favorecen re-distribuciones de poder, con la emergencia de nuevos usos, significados e identidades en torno a la tecnología, lo que ensancha las posibilidades de autodeterminación de las y los participantes del estudio.

**Palabras clave:** gestación, objetos, tecnología, domesticación, cuidado y conocimiento

**Abstract:** Health care during pregnancy involves actions in which numerous objects and technologies are involved. However, the socio-technical mechanisms under which it is carried out, the entities involved, and their implications, as well as the production of knowledge, have not been sufficiently studied. This article is the result of qualitative research conducted between 2017 and 2018 on the socio-technical construction of pregnancy and knowledge disputes during this period. The aim is to describe the network of human and non-human actors that sustain care during pregnancy, attending to the domestication of socio-technical objects and assemblages in private and everyday spaces. Through multiple case studies and the ethnographic monitoring of three pregnant women in Santiago de Chile, coming from diverse socio-economic strata and with dissimilar welfare systems, the article reveals how in moments of controversy, the people involved in pregnancy alter the technological script of objects associated with care. Through in-depth interviews and follow-up contacts, during eight months of immersive fieldwork, it is seen that biomedical and care objects, once domesticated, favor redistributions of power, with the emergence of new uses, meanings, and identities around technology, which widens the possibilities of self-determination of the participants in the study.

**Keywords:** pregnancy, objects, technology, domestication, care and knowledge

**Resumo:** Os cuidados de saúde durante a gravidez envolvem acções em que estão envolvidos numerosos objectos e tecnologias. No entanto, os mecanismos sócio-técnicos sob os quais é realizado, as entidades envolvidas e as suas implicações, bem como a produção de conhecimentos, não foram suficientemente estudados. Este artigo é o resultado de uma investigação qualitativa realizada entre 2017 e 2018 sobre a construção sócio-técnica da gravidez e as disputas de conhecimento que ocorrem durante este período. O objectivo é descrever a rede de actores humanos e não humanos que sustentam os cuidados durante a gravidez, atendendo à domesticção de objectos e montagens sócio-técnicas em espaços privados e quotidianos. Através de um estudo de caso múltiplo e do acompanhamento etnográfico de três mulheres grávidas em Santiago do Chile, provenientes de diversos estratos socioeconómicos e com sistemas de bem-estar social diferentes, o artigo revela como, em momentos de controvérsia, as pessoas envolvidas na gravidez alteram o guião tecnológico dos objectos associados aos cuidados. Através de entrevistas aprofundadas e contactos de acompanhamento, durante oito meses de trabalho de campo imersivo, verifica-se que os objectos biomédicos e de cuidado, uma vez domesticados, favorecem redistribuições de poder, com a emergência de novos usos, significados e identidades em torno da tecnologia, o que alarga as possibilidades de autodeterminação dos participantes no estudo.

**Palavras-chave:** gestação, objectos, tecnologia, domesticção, cuidados e conhecimentos



## Introducción

En el mundo hay 208 millones de embarazos cada año (Sedgh, Singh y Hussain, 2014), de los cuales aproximadamente 210.000 ocurren en Chile (Instituto Nacional de Estadísticas [INE], 2019). De hecho, esta es una cifra que se ha mantenido constante en los últimos tres años, según datos del INE, ya que en 2018 hubo más mujeres que tuvieron hijos (221.724 nacimientos) en comparación con 2017, situación que significó una ruptura de la tendencia a la baja en la cifra de nacimientos de los últimos años.

Por otro lado, en la actualidad hay más de cien mil servicios médicos de e-Salud en Google y muchas aplicaciones vinculadas al embarazo se encuentran en la nueva gama de tecnologías digitales (Díaz de León-Castañeda, 2019), de modo que la experiencia del embarazo es masiva, cotidiana e involucra a múltiples actores. Sin embargo, poco se ha explorado el uso de tecnologías durante esta etapa (Childerhose y MacDonald, 2013) y su impacto en políticas públicas de promoción en salud (Bruno *et al.*, 2013).

Trabajos situados en los estudios sociales de la salud y la tecnología han explorado la forma en la cual procesos de objetivación, mercantilización y normalización, asociados a la medicina moderna, no solo producen logros biomédicos (Timmermans y Almeling, 2009) que conllevan a la sujeción, sino que también suponen novedosas formas de autodeterminación en casos como la reproducción asistida (Agnihotri y Richters, 2008) o en el aborto.

Estas investigaciones describieron cómo las mujeres embarazadas y la red de cuidados que las rodean acortan la brecha entre lo natural y la biomedicina señalando los límites de este marco dicotómico (MacDonald, 2011) de lo bueno y lo malo o lo natural y lo técnico, mientras recobra importancia su capacidad de decidir.

Ahora bien, la apropiación de una tecnología médica no es lo novedoso. Basta recordar la posición significativa que tuvo el examen doméstico de embarazo en la historia del movimiento de liberación de la mujer en los setenta (Olszynko-Gryn, 2019). Lo novedoso es que, cada vez más, la selección y el uso de bienes y servicios biomédicos tienen lugar en entornos privados, en particular, en el hogar.

Janet Childerhose y Margaret MacDonald (2013) han estudiado el consumo de esta misma herramienta, la prueba de embarazo doméstica, y concluyen que la práctica de autoproducción de conocimiento sobre el cuerpo constituye un trabajo realizado por los actores que implica dimensiones políticas, económicas y sociales con controversia entre saberes expertos y no expertos.

Esto ha sido estudiado a través de la historia del nacimiento (Zárate, 2005; 2007; 2008), así como también las transformaciones de las políticas públicas de natalidad (Binfa, Pantoja, Ortiz, Gurovich y Cavada, 2013), las representaciones sociales del personal de salud (Avaria, 2018), las pautas de crianza (Sadler y Obach, 2006), así como los discursos de diversas instituciones en torno a la gestación (Calquín, Cerda y Yáñez, 2018). No obstante, aún hace falta explorar las prácticas de los actores en relación con el uso de objetos y tecnologías durante este período.

Ante este panorama, surgen interrogantes como ¿Cuál ha sido el rol de los objetos biomédicos en la construcción del embarazo? ¿Los objetos y tecnologías participan en las trayectorias gestantes? ¿Cómo se han insertado las tecnologías biomédicas en los espacios íntimos? ¿Cuál es el uso y significado que adquieren estas tecnologías en estos espacios?

El propósito es describir la red de agentes humanos y no humanos, con énfasis en los objetos, que coproducen el embarazo contemporáneo; a partir de las prácticas situadas de tres mujeres gestantes con diferentes ocupaciones y condiciones socio-económicas.<sup>2</sup>

## El embarazo como trabajo de cuidado múltiple

Desde el punto de vista médico, el embarazo es un proceso orgánico que implica factores biológicos, sociales y emocionales (Amorim, Souza, Moura, Queiroz y Salimena, 2017). No obstante, desde el punto de vista social, es un evento mucho más complejo que contiene dimensiones simbólicas, económicas, ideológicas y culturales, así como prácticas individuales y colectivas (Parra Reyes, Medina Benjumea, Estévez, Quintero Ardila y Duarte González, 2011). Además, involucra a la familia, el Estado, instituciones médicas y religiosas, en tanto es un hecho que no solo concierne a las mujeres (Avaria, 2018), pero que, sin embargo, sus prácticas de cuidado se encuentran feminizadas.

En este sentido, esta investigación dialoga con los estudios de género en torno al cuidado, considerándolo un trabajo imprescindible para la reproducción social (Carrasco, Borderías y Torns, 2011; Acosta, 2015) que históricamente ha sido desempeñado por mujeres (Comas-d'Argemir, 2017). Por tanto, su distribución sigue siendo crucial para pensar el espacio social y sus desigualdades (Jirón y Gómez, 2018).

El trabajo de cuidar (nos) no está distribuido equitativamente (Durán, 2012), y tampoco está concebido desde una escala de justicia (Fraser, 2008). Es, por tanto, necesario complejizar sus prácticas en cuanto a contextos, actores y lógicas que intervienen en él (Mol, 2008), las

2 Estas condiciones están vinculadas con el nivel de estudio, ocupación y sistema de salud por el cual se atienden las gestantes, mejor especificadas en la metodología.

cuales podrían estar más allá de la condición humana (Puig de la Bellacasa, 2017) y cuyo conocimiento puede dar cuenta de formas de ser y devenir en las relaciones con la tecnología.

### La participación de objetos y tecnologías

En las reflexiones sociológicas siempre ha existido alguna mención a los objetos y su influencia en la sociedad, bien sea en torno al dinero y las mercancías (Marx, 1999) o por vía de la distinción (Bourdieu, 1988). Sin embargo, no se les había dado centralidad hasta que surgieron investigaciones en torno la ciencia y tecnología (Latour, 1988; Callon y Law, 1998), quienes entienden a los objetos como asociaciones o ensamblajes sociotécnicos que coproducen la sociedad.

Los objetos también han tenido importancia en el feminismo, no obstante, frente a ellos existen posturas utópicas y distópicas (Wajcman, 2006). Por un lado, las tecnologías suscitan esperanza en tanto ofrecen oportunidades de autorrealización, por otro, se considera que la tecno-ciencia podría estar arraigada en el proyecto masculino hegemónico (Haraway, 2004).

Desde la sociología, se han distinguido las lógicas que operan en las prácticas de cuidado, con implicancia de objetos y tecnologías, muchas veces mercantilizadas (Conrad, 2007) e identificadas con el modelo del paciente-consumidor en detrimento de una lógica más colectivista y ciudadana (Mol, 2008). De manera que el cuidado, estaría asociado con una correlación de fuerzas, donde práctica y lógica están siempre implicadas y conformadas por redes humanas y no humanas.

En este sentido, los estudios sociales de la ciencia y la tecnología (Aune, 1996; Haddon, 2001; Lehtonen, 2003; Lie y Sørensen, 1996; Silverstone y Haddon, 1996) han buscado dar cuenta de la generación de tales ensamblajes utilizando, entre otros, el concepto de domesticación para describir la manera en la cual la tecnología, diseñada para un conocimiento experto, se inserta en la vida cotidiana.

### El concepto de domesticación

Domesticar supone formas de uso y consumo tecnológico, cuyos objetos se incorporan a las rutinas cotidianas de las personas con roles que difieren de los que pretendían sus fabricantes y diseñadores. Así, los usuarios se transforman en coproductores que no siguen un guion tecnológico establecido (Akrich, 1992). La domesticación reconoce el papel que desempeñan las personas en la adaptación de las tecnologías en sus vidas, determinando cómo se utilizan y cómo pueden llegar a ser significativas.

De este modo, lo social se constituye como «un proceso continuo hecho de vínculos inciertos, frágiles, controversiales y, sin embargo, permanente» (Latour, 2008, p. 48) donde los objetos, como actantes domesticados, posibilitan la ampliación de la agencia social.

Por tanto, la única manera de capturar esta mixtura es mediante el seguimiento y la descripción. Este argumento se encuentra en la definición que Madelaine Akrich y Bruno Latour (1992) realizan de *script, description, inscription or transcription*, bajo la idea de un análisis semiótico de los ensamblajes humanos y no humanos, donde explican que un hecho se traduce como tal en tanto cambia la trayectoria de los actantes implicados, es decir, que posibilita o no procesos de acoplamiento entre las partes.

Tal acoplamiento puede contener formas de domesticación de objetos y tecnologías involucradas. Así, la domesticación se refiere tanto a prácticas de diseño y reglamentación de un instrumento (Jones y Kraft, 2004) como también al consumo y uso que se hace de esos instrumentos.

En síntesis, el proceso de domesticación forma parte de la carrera o vida social de la tecnología (Appadurai, 1986; Blume, 1992; Kopytoff, 1986) y puede permitir comprender cambios en la producción de conocimiento, los cuales dejan de estar bajo el dominio de expertos y se instalan en un ámbito cotidiano.

Al mismo tiempo, el concepto de domesticación es útil para entender no solo la inserción de tecnologías de diagnóstico y cuidado en el espacio doméstico, sino también la producción de conocimientos situados en diálogo con el conocimiento tecnocientífico, tal cual un tejido (Pérez-Bustos, 2016) en las ecologías de la gestación.

### *Tipos de domesticación*

La teoría de la domesticación analiza cómo los usuarios implementan, adoptan y cambian la tecnología a través de tres dimensiones distintas: domesticación práctica, domesticación simbólica y domesticación cognitiva (Berker, 2005; Lie y Sørensen, 1996):

- La domesticación práctica refiere interacciones físicas y observables que los usuarios tienen con la tecnología. Puede tratarse, por ejemplo, de cómo se compra, se coloca o se utiliza la tecnología en sentido físico. Esta suele ser la dimensión de la domesticación más natural y sencilla de observar.
- La domesticación simbólica, en cambio, son las consecuencias no observadas de la adopción de la tecnología, es decir, lo que significa para el usuario tener la tecnología en su vida.

- La domesticación cognitiva se refiere a cómo los usuarios aprenden de y a través de la tecnología y a las prácticas ontológicas mentales relacionadas con el uso.

## Investigar desde las prácticas situadas: abordaje metodológico

Se trata de una investigación con enfoque cualitativo que enfatiza en la experiencia individual y colectiva de modo entrecruzado, es decir, procura la comprensión de las personas participantes y quien investiga al transmitir experiencias vividas (Stewart, 2014).

Mediante el método estudio de caso se persigue la singularidad de los fenómenos y la globalidad de las situaciones personales (Stake, 2006). Asimismo, se recurre al estudio de caso múltiple (Bogdan y Biklen, 2003) en tanto interesa comprender las lógicas del fenómeno en varios casos, donde se estudian dos o más personas, ambientes o escenarios simultáneamente.

El trabajo de campo fue de estilo etnográfico y se dio seguimiento durante ocho meses al proceso de gestación de tres mujeres en 2017. Se realizaron seis entrevistas en profundidad (Ruíz y Ispizúa, 1989), dos por cada caso, una al inicio de la gestación y otra al final de la trayectoria, posterior al nacimiento. Las entrevistas fueron con tradición interpretativa y feminista logrando establecer una relación dialógica entre las partes (Edwards y Holland, 2013).

También se efectuaron treinta seguimientos etnográficos (conversaciones, visitas y acompañamientos cotidianos), distribuidos en diez contactos por caso, en promedio, que incluyen observaciones participantes y no participantes (Gubern, 2011).

La selección de los tres casos responde a la conformación de una muestra de carácter intencionada, donde se procuró diversidad en cuanto al sistema de atención sanitaria (público, privado y semiprivado), así como la pertenencia a un estrato socioeconómico medio<sup>3</sup> pero que tienen niveles educativos, ocupaciones y sistemas de atención en salud diferenciados.

Se trata de mujeres embarazadas residentes en Santiago de Chile y que, durante 2017: a) frecuentaron espacios como: consultas médicas, centros de gestión alternativos (yoga, reiki, danza, etc.), blogósfera (internet) y organizaciones no gubernamentales (ONG) asociadas a la gestación y la maternidad, y b) tuvieron relación con objetos concretos implicados en su embarazo tales como pruebas médicas, tratamientos, revistas, diarios o aplicaciones telefónicas con dicho fin.<sup>4</sup> Así, los casos de estudio considerados se configuran de la siguiente manera:

3 Se entiende a la clase media como un grupo social que posee recursos asociados a un determinado capital cultural (Giddens, 1982), con acceso a información y cierto nivel educativo, pero que, en el caso de Chile, es muy heterogéneo (Espinoza y Barozet, 2008).

4 Se trata, así, de casos urbanos cuyo nivel socioeconómico les permite tener acceso a varios discursos sobre el embarazo y, sobre todo, en donde algunos objetos cobran relevancia.

- a. Paula: 29 años. Vive con su pareja en el ático de la casa de los padres de él en Quilicura, Santiago. Está finalizando sus estudios en psicología. Trabaja haciendo terapias particulares de modo independiente. Se atiende en un consultorio público y asiste al programa Chile Crece Contigo<sup>5</sup> del Gobierno de Chile. En su caso, el objeto a analizar es la ecografía, pues será controversial la información que esta revela en cuanto al sexo y salud del bebé.
- b. Denisse: 28 años, vive en la comuna de Maipú, Santiago. Educadora de Párvulos, trabaja en un centro educacional cerca de casa de sus padres, donde vive con su pareja en un anexo autoconstruido. Se atiende por consulta semiprivada (modalidad copago), practica yoga y lleva una dieta vegetariana. Sin embargo, es diagnosticada con diabetes gestacional y, por ello, el kit de monitoreo de glucosa en la sangre será el objeto a estudiar en directa relación con su proceso de gestación y construcción de su embarazo.
- c. Valentina: 35 años. Vive en la comuna de Providencia, Santiago. Es abogada, se dedica a la asesoría legal de fundaciones e imparte clases en una Universidad. Vive en un departamento propio en la zona oriente de Santiago junto a su pareja. Se atiende por consulta privada. Quiere tener un parto natural post-cesárea por eso el objeto a analizar en su trayectoria es la moxa china, unos inciensos que utiliza como tratamiento para lograr que su bebé se coloque en modo podálico.

La aproximación con las participantes se llevó a cabo a través de centros de atención en salud (públicos o privados), así como también a través de escuelas de yoga y ONG, asociadas al cuidado del embarazo.

Cada participante firmó un consentimiento donde se le explicaron las características de la investigación y la posibilidad de permitir su participación de manera explícita o anónima. Todas aceptaron aparecer con sus nombres de pila, así como sus hipocorísticos. Tales procedimientos y documentos fueron aprobados por el Comité de Ética de la Universidad Alberto Hurtado, en Chile, donde reside copia original de los documentos asociados a esta investigación.

Tanto las entrevistas en profundidad como las observaciones participantes y no participante y los seguimientos etnográficos fueron codificados con el *software* cualitativo Nvivo, en torno a categorías previas y emergentes. La clasificación por casos y nodos permitió identificar

5 El programa Chile Crece Contigo es una política pública de atención y acompañamiento a mujeres gestantes (Sibrian, 2017).

aspectos relevantes del fenómeno asociados a agentes humanos y no humanos que intervenían de modo significativo en la trayectoria.

## Objetos y tecnologías participes en el cuidado del embarazo

A continuación, se muestra cómo, en los casos seleccionados, algunos objetos y tecnologías cobran relevancia en la trayectoria. Se prestará especial atención al modo en el cual estos objetos se insertan en la vida cotidiana y cómo son significados.

### Paula: la ecografía

A Paula la conocí en un evento colaborativo a favor del parto natural en 2017. Había muchas organizaciones cada una con sus folletos, revistas, libros y muchos objetos asociados al embarazo como: cojines, ungüentos, aceites, plantas medicinales, entre otros. Paula me cuenta que desea tener un parto natural, en su casa, y que cree será una niña. Está ansiosa porque pronto tendrá una ecografía para confirmar el sexo y en la familia hay mucha expectativa.

Posteriormente, en uno de los seguimientos, relata que la ecografía confirmó que el bebé es varón y esto le trajo algunos sentimientos encontrados, pues sentía que quienes la rodeaban querían que fuera niña y ello generaba una cierta presión:

Mira, al menos, por ejemplo, mi papá me había dicho así como, o sea, él siempre ha dicho que a él le gustan las niñas [...] Y como nosotras somos dos hermanas, entonces él lo ha dicho así directamente como «¡Oh!, menos mal que no tuve un hijo porque, ¡Ah!, no me gustan mucho los niños» y como que «no sé cómo habría sido yo de papá con un hijo». Y siempre, él como que «¡Ay!, las niñas, como que son lindas». No sé. Y él se refería al bebé como una niña. «Aunque no es que yo estoy seguro que es una niña» y [le decía] «Paulita chica». Mi mamá lo confesó, le costó, pero dijo: «Bueno, yo en realidad como que quiero que sea una niña. Pero si es un niño como que bien» (Paula, entrevista personal, marzo de 2017)

Paula señala que la madre de su pareja, sin ser explícita, también habría preferido una niña antes que un niño, y la otra mamá (o mejor dicho, quien crio) de su pareja sí manifestó explícitamente que quería que fuera niña. Luego, advierte que incluso su pareja, Matías, también señaló en un momento su preferencia por que el sexo fuera femenino antes que masculino.

El día de la ecografía, que confirmó el sexo, asistieron varios miembros de la familia al evento. Paula relata que en un momento le pareció bien sentir ese nivel de apoyo, pero luego, cuando la imagen en la pantalla confirma que era varón, hubo un silencio en la sala. Entonces, ella sintió que hubiese sido mejor ir sola a dicha instancia. «El silencio tampoco fue muy largo»

dice, pero evidentemente la ecografía marcó un antes y un después en lo deseado por el grupo familiar respecto del bebé en gestación.

Paula también señala que en ese momento vio a su pareja y a la familia en su conjunto y sintió que no hubo una gran manifestación de alegría como era de esperarse, sin embargo, ella sí sonrió con ánimo a pesar de no estar en sintonía con lo que estaba sintiendo y viendo.

Después me sentía súper rara. Como que no quería verlo [a su pareja], no quería ver a nadie; primera vez que me pasa eso con él. Así, sentía como... sentía... sin que alguien me dijera nada, que él había perdido el entusiasmo. Y como que me sentía sola, así casi como «Me quiero ir con mi hijo yo sola»  
(Paula, contacto de seguimiento, abril de 2017)

No obstante, Paula reconoce que incluso ella se había imaginado a sí misma como madre de una niña antes que de un niño y que en el momento confirmatorio de la ecografía cayeron sobre ella dudas, así como el desafío y oportunidad de gestar una masculinidad distinta, con otras concepciones de lo femenino y que, en ese momento y desde ese instante, todo tomó un tono distinto para ella. Aunque se preguntó por un tiempo de dónde venía esa idea de ser madre de una niña. Sin embargo, la ecografía al confirmar un hecho despejó incertidumbres y comenzó una nueva relación en la gestación donde el bebé adquiere rasgos y características personales.

... le pudimos ver su perfil, su tamaño, saber que era mucho más grande. Es más grande [...] parece [...] porque en la biometría, de acuerdo a la fecha de la última regla, es como, es harto más grande, mide 18 centímetros, y ya debía medir 18 como en la semana 15, 16, no sé. Entonces, tener esos datos, ver que se movía tanto, que yo también ya lo estaba sintiendo, también fue como una confirmación a lo que ya sentía. Fue como así: ¡Wow!, sí. Porque se movía muchísimo, así como, se puso de espaldas durante la eco. Y además el médico lo estaba como sintiendo en la misma zona donde tú lo sientes (Paula, contacto de seguimiento, abril de 2017).

No obstante, la confirmación del sexo siguió siendo controversial en la familia. Se llevaron la foto que les proporcionó el médico y la colocaron en distintos espacios domésticos para acostumbrarse. Pero, aun así, la duda respecto sobre la certeza del sexo y el conocimiento médico también existía. Esto se puede comprender mejor en una conversación entre Paula y su pareja registrada en una de mis etnografías posteriores (Entrada al diario de campo, julio de 2017):

Pablo, la pareja de Paula, le pregunta: ¿Tú crees que de verdad sea un niño?

Paula responde: No lo sé, hay días que siento es una niña.



Pablo enfatiza: No podemos seguir en este limbo, hay que buscar nombre, comprar sus cosas, así que vamos a aceptar lo que dice la eco, además, al ver la fotito en la cocina, ya me lo estoy imaginando.

Paula concluye: No me voy a sentir segura hasta ver otra eco.

Por tanto, la eco se transforma, por un lado, en un objeto controversial, pero, al mismo tiempo, confirmatorio. Es discrepante respecto a los deseos de Paula y su entorno, aunque también es este mismo objeto el que viene a aclarar un período de incertidumbre en la gestación y a permitir la personificación del hijo.

La duda, aunque permaneció por un tiempo, se fue disipando para, luego, asumir que era varón. Para Pablo y Paula, la ecografía y el objeto proveniente de ella, la foto, se transformaron en informantes irrefutables cuya domesticación permitió la integración y aceptación del nuevo ser. De hecho, esa semana imprimieron varias veces la foto, así como también reprodujeron el video que les entregó el médico. Iban mostrando estas imágenes a toda la familia, instalando la costumbre de llamarle Facundo.

Al mes siguiente, Paula adquirió, a través de internet, un monitor portátil para ecografías en casa: *babywatcher*. Se trataba de un set conformado por un dispositivo sensorial, un gel y un manual de instrucciones. La aplicación se conectaba al computador mediante puerto USB y al rozar la piel de Paula permitía ver en tiempo real dentro de su vientre. De ese modo, una vez aprendieron a manejar la tecnología, redujeron considerablemente las visitas al médico para ecografías y se quedaron solo con las consultas de control, ya que ellos mismos podían monitorear al bebé de manera constante.

Tuvieron que aprender a leer por sí mismos las imágenes que veían, las interpretaban con ayuda del manual, pero también con información que recopilaban por internet, y de esa manera se aminora la necesidad de tener una confirmación médica constante del estado de salud y bienestar.

### Denisse: el monitoreo de la glucosa

A Denisse la conocí en un taller prenatal de alimentación saludable de una ONG en 2017. Le pregunté si quería participar en el estudio y me señala que le encantaría conversar sobre su embarazo, puesto que no se siente muy conectada con las mujeres de su entorno familiar y laboral.

La primera entrevista fue en una dulcería vegana, cerca de su casa. Allí, me comentó que, tanto ella como su pareja, practican la permacultura. Sus planes son dedicarse al cultivo agrícola consciente. Por ello, Denisse estuvo muy atenta a su alimentación desde el principio del

embarazo, bajo la idea del menor impacto ambiental y el mayor beneficio para el desarrollo integral.

Me empecé a informar sobre qué cosas no podía consumir o que no eran muy beneficiosas para la bebé, sobre todo pensando en los primeros tres meses de gestación. Por ejemplo, no como nada crudo, tampoco como carne, pero sí muchos frutos secos y otros tipos de proteína, así como muchas frutas (Denisse, entrevista personal, marzo de 2017).

Todo iba relativamente bien, cuando repentinamente los resultados de unos exámenes cambiaron el rumbo de la trayectoria. Un día me llama muy triste y me dice que le diagnosticaron diabetes gestacional. Los niveles de azúcar en la sangre no son favorables y esto puede traer consecuencias graves. Ella no entiende por qué ha sucedido esto, si siempre ha cuidado mucho la alimentación

Comenzó a ver a una endocrinóloga quien le dijo que había que cambiar su dieta y comprender mejor cómo se comporta el azúcar en su cuerpo.

Yo me sentía muy consternada porque siempre pensé que me había estado cuidando bien, ahora me ponían una dieta súper estricta y yo sentía que era una tortura porque andaba muerta de hambre todo el tiempo y no encontraba información útil [...] Por eso busqué otra nutrióloga para comparar su criterio con la opinión médica (Denisse, contacto de seguimiento, abril de 2017).

A partir de los consejos de la nutrióloga realizó cambios paulatinos en su dieta, cuidó mejor su alimentación y también empezó a atenderse con un ginecólogo, recomendado por esta especialista, quien le sugirió que se pinchara todos los días para ver sus niveles de glicemia. El traslado del diagnóstico del espacio clínico al hogar, así como la transferencia de responsabilidad se hace evidente durante una conversación con el médico, en la consulta del mes siguiente (Entrada al diario de campo, mayo 2017):

El médico le dice: La diabetes es peligrosa, pero si tú la controlas y eres responsable con eso, todo va a estar bien. Además de la dieta, tienes que hacerte exámenes cada 2 semanas de glucosa, así como también un monitoreo diario.

Denisse responde: Eso significa que ¿me tengo que pinchar yo misma?

El médico prosigue: Sí, en la farmacia venden un kit de diagnóstico que trae un monitor de glucosa y las tiras de prueba de sangre. Así contaremos con un registro y podemos llevar la diabetes mucho más controlada.

A partir de entonces Denisse comenzó a monitorear su peso y composición corporal a la par de regular su alimentación. Este ejercicio de vigilancia y auto-regulación le permitió desarrollar conocimiento especializado sobre sus necesidades y su condición gestante.

Ahora tengo el IMC de una persona sana. El IMC es la masa corporal. Ahora tengo el IMC de una persona no embarazada, incluso. También tengo, la grasa visceral bien. La grasa de los órganos, las vísceras, va de 1 a 12, y yo tengo 3. Eso quiere decir que mi guagüita está creciendo con todo el espacio que puede. Y, además, tengo una edad metabólica de 27, a pesar de que tengo 30 (Denisse, contacto de seguimiento, junio de 2017).

En este relato podemos ver cómo el kit de monitoreo de la glucosa en la sangre permite a Denisse producir información biomédica de su propio cuerpo en el hogar. Además, se desplaza parte de la responsabilidad del diagnóstico médico en este caso a la usuaria de un servicio y una tecnología. La domesticación de estos objetos le permitió gestionar su propio cuidado y un mayor autoconocimiento y empoderamiento sobre los procesos biológicos, sociales y culturales que experimentaba.

### Valentina: La moxibustión

A Valentina la conocí en la presentación de un libro ilustrado sobre embarazos. Dado que este es su segunda gestación hay muchas etapas que ya conoce y maneja. Su desafío ahora es poder tener un parto vaginal, tras haber tenido previamente una cesárea.

En este segundo embarazo lo que sí estoy haciendo es buscar redes o personas que ya han tenido embarazos, o sea, partos vaginales poscesárea. Me he dedicado como a investigar un poco; a leer y a hablar con personas que lo hayan vivido [...] Porque como, como en las cesáreas, finalmente, hay una especie de tabú, gente a favor, en contra, si es electiva, cesárea no electiva, no hay tanta información respeto a los partos vaginales post cesárea (Valentina, entrevista personal, abril de 2017).

Pertenece a varias organizaciones civiles, una de ellas en defensa de los derechos del nacimiento, parto respetado y humanizado. Esta participación es clave porque siente que puede enfrentarse a cualquier tipo de situación y superar toda clase obstáculos.

Después de mi primer embarazo, yo me metí a esta red de mujeres [...] Y como había pocos abogados en este mundo me empezaron a preguntar cosas y finalmente terminé siendo parte del Observatorio de Violencia Obstétrica. ¿Ya? Entonces me fui metiendo... Porque [...] a ver, yo hice un reclamo. Yo y mi marido fuimos súper peleadores y logramos un nacimiento respetado en la Clínica Indisa, donde hay unos protocolos súper estrictos. Y logramos tener apego en una cesárea; una cesárea con música, con luz baja, con un tipo de profesionales (Valentina, contacto de seguimiento, mayo de 2017).

Con tanta información y apoyo, una pudiese pensar que para Valentina es fácil tener un parto como ella lo desee. Sin embargo, parir en la actualidad —en la antigüedad también— implica una serie de alineamientos, situaciones y negociaciones que no dependen de la decisión de la mujer.

Bueno, lo que es increíble, es que un parto natural para mí es como si fuera el primero. Porque en el fondo como el cuerpo nunca ha parido vaginalmente, es primera vez que lo hace, entonces, no tiene el recuerdo como en las mujeres que sí lo han hecho, que es más fácil, porque ya el cuerpo tiene el recuerdo de haberlo hecho. Pero también me asusta; ojalá que mi cuerpo sí pueda hacerlo. Porque a diferencia de una cesárea, no te pueden ayudar artificialmente, o sea, lo único que te pueden poner es anestesia. Pero no te pueden poner ni siquiera un poco de oxitocina artificial, todo ese tipo de cosas (Valentina, contacto de seguimiento, mayo de 2017).

Para poder tener un parto vaginal, Valentina primero tiene que lograr que su hijo se dé vuelta en su vientre. Es por eso que está haciendo una serie de actividades para promover que el bebé se coloque en posición de parto. Es decir, que esté con la cabeza hacia abajo, pues en la última ecografía el médico se dio cuenta que estaba podálico y esto dificultaría el nacimiento por parto natural. Tina no contaba con este obstáculo, que supera sus alcances de gestión, y es por eso que recurre a algunas prácticas alternativas.

Fui donde una señora [...] que hace acupuntura para gestantes y también se dedica un poco a dar vuelta a guaguas. Fui a dos sesiones con ella y me hizo acupuntura y moxa. Son como unos inciensos chiquititos... que te los ponen en el dedo chico del pie... Te los pegan en el dedo y después te los sacan cuando ya van consumiéndose para que no te quemem [...] moxibustión se llama la técnica y viene de la medicina China (Valentina, contacto de seguimiento, julio 2017).

La idea es que con la moxibustión el bebé se coloque en posición de parto y así sea mucho más seguro el nacimiento por vía vaginal. Durante la primera sesión, la fisioterapeuta y acupunturista le dice (Entrada al diario de campo, julio 2017):

Para que la moxa funcione debes hacerla tú misma todos los días, sino no tendrás resultado.

Tina pregunta: Y ¿cómo debo hacerlo?

La acupunturista responde: En un pie en la mañana y en la noche en el otro.

Una semana después me cuenta que está agotada porque además del trabajo, los quehaceres domésticos y el cuidado de su hija, debe también realizar esta actividad todas las noches, lo que implica una gestión previa y una limpieza luego del lugar donde lo practica.

La mayoría me las hice yo, algunas me las hizo mi marido, pero igual es agotador; o sea, porque son como 3 cositas en cada dedo, en la noche, o sea, harto tiempo, más el humo que genera y las cenizas en el piso. No lo hicimos con suficiente precisión quizá por eso no funcionó (Valentina, entrevista personal, julio de 2017).

Tuvo la última ecografía esa semana y la postura del bebé no varió. Por ello, optó por una cesárea respetada una vez más y a mediados del mes de agosto de ese año nació Salvador. Sin embargo, esta experiencia permitió constatar cómo nuevamente una tecnología médica, en este caso oriental, fue ingresada en el hogar y autoadministrada por la usuaria. Esto supuso no solo la responsabilidad de la aplicación, sino también de las fallas.

## Construyendo embarazos a partir de objetos y tecnologías

En los casos de Paula, Denisse y Valentina la utilización de los objetos y tecnologías tales como: la ecografía portátil para la primera, el kit de monitoreo de la glucosa en la segunda y la moxa china para la tercera; tienen dos grandes impactos. Por un lado, son generadores de controversia (Latour, 2007) en el proceso de gestación que, si bien venía definido como proyecto individual y colectivo, debe ser reconfigurado. Por el otro, esos procesos de redefinición implicaron la domesticación de objetos y tecnologías biomédicas en diferentes grados y modalidades en relación con el embarazo.

Los proyectos iniciales suponían que el bebé era de sexo femenino en Paula, el embarazo era saludable en Denisse y el parto sería natural en Valentina. No obstante, se genera una controversia cuando este ideal es amenazado por un obstáculo y a partir de allí, las gestantes deben generar nuevas alianzas sociotécnicas para llevar a cabo su proyecto.

En ocasiones, esas controversias son introducidas y generadas por la domesticación de un objeto o tecnología y, en otros casos son resueltas y canceladas también por la adaptación de sistemas tecnológicos que implican objetos en los hogares.

En el caso de Paula, la idea que generaba consenso en su familia era que el bebé fuera de sexo femenino. La ecografía vino a cuestionar ese ideal y condujo a la domesticación primero de las fotos ecográficas y luego del dispositivo portátil de monitoreo (*babywatcher*) para poder resolver la controversia con la adaptación de una tecnología al quehacer cotidiano y la asimilación y construcción identitaria del nuevo ser. Cabe destacar, que dicha construcción identitaria alude a la reproducción y los estereotipos género de los que no está exenta la tecnología.

Para la trayectoria de Denisse, el ideal era que su dieta contribuía al cuidado de su bebé. Sin embargo, un examen de sangre cuestionó esta idea, introduciendo una nueva condición que llevó a la domesticación de tecnologías de diagnóstico en su hogar.

Valentina, por su parte, tenía como proyecto que el parto fuese vaginal, sin embargo, una ecografía revela un obstáculo corporal y conduce a la introducción de nuevas tecnologías

de tratamiento en el espacio doméstico, lo que implica una carga adicional a su trabajo de cuidado.

Los cambios generados, por y con los objetos y tecnologías en cada caso, reconfiguran las redes híbridas y heterogéneas (Doménech y Tirado, 2005) de cada trayectoria, cambian las prácticas de cuidado y permiten la superación de las instancias resolutorias de cada caso a partir de la generación de un tipo de conocimiento situado.

Para la red de Paula, conocer el sexo del bebé produjo un desajuste entre las partes, advirtiendo una especie de reprobación respecto su embarazo. Pasado el momento y aceptado el sexo del bebé, se impone la autoridad del conocimiento médico (Jordan, 1997) patentado en la domesticación de la ecografía, en principio, través de las fotografías médicas en el hogar. Sin embargo, esa autoridad luego es redistribuida hacia los padres quienes domestican el monitoreo a través del dispositivo portátil adquirido y comienzan a generar conocimiento en torno al bienestar, así como iniciar un proceso de construcción de identidad.

En el caso de Denisse, al ser diagnosticada con diabetes gestacional, no solo se genera una controversia respecto de la idea de gestación sana que ostentaba, sino que además implicó la reconstrucción de su red para poder continuar con su planificación: ella cambió de médico, matrona y buscó una nutricionista especialista en alimentación vegana y embarazo. De ese modo, desarrolló conocimiento sobre su cuerpo gracias a la domesticación de objetos y tecnologías de diagnóstico médico.

Valentina reorganiza una red diferente a la de su primer embarazo, con nuevos agentes y nuevas prácticas, introduciendo tecnologías alternativas en su espacio doméstico, pero estas implicaban un trabajo adicional y, al visualizar que finalmente el proyecto de parir no se iba a poder llevar a cabo, regresa a la red que conoce y tiene a su hijo a través de una cesárea.

### Tres formas de domesticación

La traducción que hacen las tres mujeres de la inscripción «sexo masculino» con la ecografía en el primer caso, de la inscripción «diabetes gestacional» a partir de un examen médico en el segundo, así como la del «bebé podálico» como impedimento del parto natural del tercer caso, desestabilizan tanto sus proyectos iniciales como las redes constituidas hasta el momento. Por ello, buscan reensamblar agentes para volver a estabilizar el proyecto y, en estos escenarios, la domesticación de objetos y tecnologías permite resolver las instancias probatorias y generar conocimiento.

Ahora bien, las domesticaciones de objetos y tecnologías no son las mismas en cada caso, sino que implican diversos niveles de análisis con dimensiones prácticas, simbólicas y cognitivas.

En el caso de Paula se produce una domesticación práctica y de uso (adquisición del dispositivo portátil de monitoreo) que conlleva a una domesticación simbólica al contribuir a dar sentido e identidad a la nueva vida. Aquí los guiones tecnológicos cambian con cada experiencia y los actores pueden usar un objeto de diagnóstico como instrumento para otra cosa, atribuyéndole un nuevo significado. La fotografía y monitoreo en casa, a través del dispositivo portátil, permitieron generar un mayor vínculo familiar haciendo emerger cierta identidad y aceptación del miembro que está en camino.

En Denisse se produce una domesticación de consumo y, por tanto, también práctica, pues se trata de un procedimiento de diagnóstico que no es nuevo para la usuaria, solo que ahora cambia de lugar, se traslada del espacio clínico hacia el hogar y es autoadministrado, lo que permite una domesticación cognitiva pues se aprende y produce conocimiento a través de la tecnología.

Finalmente, en el caso de Valentina ocurre una domesticación en principio simbólica, ya que se trata de una nueva tecnología que está siendo utilizada como una práctica alternativa que alude a una cosmovisión particular, no hegemónica, con un componente práctico, pero que no llega a transformarse en cognitivo, desde el punto de vista biomédico.

De esta manera, los objetos actúan tanto a través de la información emanada de ellos como mediante los usos, significados y atribuciones que se hace de estos. La información traducida por los tres casos generó controversia con sus proyectos de gestación individuales y colectivos, y fue esto lo que motivó acciones para sostenerlos o cambiarlos con el fin de estabilizar la trayectoria.

Así, el embarazo se constituye como una red heterogénea y cambiante en la cual participan múltiples actantes que, al entrar en relación, desajustan o estabilizan las trayectorias. Lo relevante es que las transformaciones de la industria biomédica, la mercantilización de la salud, así como la emergencia de tratamientos alternativos han impactado en el cuidado gestante, introduciendo cambios que promueven la domesticación de tecnologías y objetos, así como una reconfiguración de la producción del saber.

## Conclusiones

Los objetos, aunque apuntan a un fin o uso para el que han sido concebidos, también forman parte de una larga cadena de personas, productos, herramientas, máquinas, dinero, entre otros. Por tanto, sus límites son difusos y permeables, advirtiendo que hasta los objetos más mundanos son el producto de un conjunto de fuerzas.

De acuerdo con Akrich (1992) los objetos técnicos participan en la construcción de redes heterogéneas que reúnen a agentes de todo tipo y tamaños, humanos o no humanos, por tanto, en esta investigación plantearon el desafío de describir su papel específico en la emergencia de redes de cuidado en torno al embarazo.

Se procuró recoger la forma en que estos objetos construyen, mantienen y estabilizan una estructura de vínculos entre los diversos actores, sin adoptar un simple determinismo tecnológico ni mero constructivismo social. Es por ello que constantemente se advirtió la técnica y el carácter social de los objetos.

Por el lado de la técnica se encontró que los objetos y tecnologías que rodean el embarazo pueden generar controversia y domesticación (Childerhose y MacDonald, 2013), tanto en situaciones de ruptura como también de reorganización entre las partes, con un rol fundamental en prácticas de diagnóstico y cuidado del embarazo.

Mientras que, por el lado del enfoque social y constructivista, tales objetos y tecnologías encarnan instancias resolutivas (Boltanski y Thévenot, 2001) en las que se producen tanto formas de objetivación y normalización médica (Timmermans y Almeling, 2009) como modos de producción de saber práctico (Nardacchione, 2011). En este sentido, se encontró que los ensamblajes socio-técnicos involucrados implicaron diferentes procesos de domesticación tecnológica.

La primera es la domesticación en torno al significado, la cual ocurrió cuando el resultado de una tecnología estable, como la ecografía médica, se introduce en el entorno doméstico con fines que van más allá del guion tecnológico para lo cual fue creada: generar un vínculo afectivo. Este lazo luego es consolidado con el reemplazo del objeto por una tecnología similar, ahora portátil y doméstica: *babywatcher*, la cual erosiona, al menos en cuanto a la gestión, el poder biomédico. Otra forma de domesticación encontrada fue la de consumo, la cual implica el traslado de una tecnología médica, usualmente consumida en el espacio clínico, al espacio íntimo y el surgimiento de cierta pericia en torno al cuerpo, en el caso del monitoreo de glucosa. Por último, se llegó a la domesticación de uso de una tecnología nueva o alternativa que, en el caso de la moxibustión como muchas otras, convive con la tecnología biomédica tradicional y produce cierta disputa respecto a conocimientos autorizados (Jordan, 1997).

De esta manera, se pudo vislumbrar la existencia de poderes compensatorios en relación con la medicina moderna impulsados por la agencia de personas consumidoras (Light, 1993) de bienes y servicios que se integran a los ensamblajes sociotécnicos del cuidado de manera multidireccional (Clarke, Shim, Mamo, Fosket y Fishman, 2003).



A través de nuevas alianzas o mediante su reordenamiento, las trayectorias de los casos estudiados incluyen redistribuciones de poder, con la emergencia de nuevos usos, significados e identidades vinculados a la tecnología.

Resulta relevante considerar el uso, consumo y significación de objetos y tecnologías domesticadas como un trabajo de cuidado (Carrasco, Borderías y Torns, 2011) que se suma al realizado por las mujeres gestantes, en dos sentidos: como una forma de uso de herramientas que permite a personas inexpertas producir conocimientos de diagnóstico sobre sus cuerpos y salud, pero también como un trabajo de autodeterminación (Childerhose y MacDonald, 2013). Así, los datos levantados en este artículo sugieren nuevos enfoques para comprender elementos sociales y culturales en torno a objetos, tecnologías, bienes y servicios de salud implicados en el cuidado gestante, junto con la posibilidad de transitar hacia una apertura de las cajas negras que suponen los cuerpos medicalizados..

## Referencias

- Acosta, E. (2015). *Cuidados en crisis. Mujeres migrantes hacia España y Chile*. Bilbao: Deusto.
- Agnihotri, J., y Richters, A. (2008). Embodied Subjects and Fragmented Objects: Women's Bodies, Assisted Reproduction Technologies and the Right to Self-Determination. *Bioethical Inquiry*, 5, 239-249. <https://doi.org/10.1007/s11673-008-9112-7>
- Akrich, M. (1992). The description of technical objects. En: W. Bijker y J. Law, *Shaping technology, building society. Studies in sociotechnical change* (pp. 205-224). Cambridge: MIT Press.
- Akrich, M., y Latour, B. (1992). A summary of a Convenient Vocabulary for the Semiotic of Human and Nonhuman Assembles. En: W. Bijker y J. Law (Eds.). *Shaping technology, building society. Studies in sociotechnical change* (pp. 259-264). Cambridge: MIT Press.
- Amorim, T. Vasconcelos, Souza, Í. E. de Oliveira, Moura, M. A. Vasconcelos, Queiroz, A. B. Azevedo, y Salimena, A. M. Oliveira (2017). Perspectivas de los cuidados de enfermería en el embarazo de alto riesgo: revisión integradora. *Enfermería Global*, 16(46), 500-543. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.2.238861>
- Appadurai, A. (1986). Introduction: commodities and the politics of value. En: A. Appadurai (Ed.), *The social life of things: Commodities in cultural perspective* (pp 3-63). Nueva York: Cambridge University Press.
- Aune, M. (1996). The computer in everyday life: patterns of domestication of a new technology. En: M. Lie y K. Sørensen (Eds.), *Making technology our own? Domesticating technology into everyday life* (pp. 3-63). Oslo: Scandinavian University Press.
- Avaria, A. (2018). El parto (no) es cuestión de mujeres. Representaciones de las mujeres nacionales, migrantes y extranjeras, en el contexto del parto, desde los profesionales de salud, en Santiago de Chile. *Revista Academia y Crítica*, (2). Recuperado de <http://bibliotecadigital.academia.cl/xmlui/handle/123456789/5498>.
- Berker, T. (2005). *Domestication of Media and Technology*. Londres: McGraw-Hill Education.
- Binfa, L., Pantoja, L., Ortiz, J., Gurovich, M., y Cavada, G., (2013). Assessment of the implementation of the model of integrated and humanized midwifery health services in Santiago, Chile. *Midwifery*, (29), 1151-1157.
- Blume, S. (1992). *Insight and industry: On the dynamics of technological change in medicine*. Cambridge: MIT Press.
- Boltanski, L., y Thévenot, L. (2001). *De la justificación. Les économies de la grandeur*. París: Gallimard.

- Bogdan, R., y Biklen, S. (2003). *Qualitative research for education: an introduction to theories and methods*. Nueva York: Allyn & Bacon.
- Bourdieu, P. (1988). *La distinción. Criterios y bases sociales del gusto*. Madrid: Taurus.
- Bruno, D., Zapesochny, V., Huarte, C., Jait, A., Tufró, L., Sandomirsky, M., y Aragues, A. (2013). El Desafío de hacer de la comunicación un componente estratégico de las políticas públicas en salud. *Revista de Comunicación y Salud*, 3(1), 51-65. [https://doi.org/10.35669/revistadecomunicacionysalud.2013.3\(1\).51-65](https://doi.org/10.35669/revistadecomunicacionysalud.2013.3(1).51-65)
- Callon, M., y Law, J. (1998). De los intereses y su transformación. Enrolamiento y contra-enrolamiento. En: M. Doménech y Tirado, F. (Comps.), *Sociología simétrica. Ensayos sobre ciencia, tecnología y sociedad* (pp. 51-62). Barcelona: Gedisa.
- Calquín, C., Cerda, J., y Yáñez, C. (2018). La producción del feto como «sujeto de derechos»: análisis cualitativo de los discursos médico-católicos en Chile. *Salud Colectiva*, 14(3), 391-403. <https://doi.org/10.18294/sc.2018.1873>.
- Carrasco, C., Borderías, C., y Torns, T. (2011). *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. Madrid: Catarata.
- Clarke, A., Shim, J., Mamo, L., Fosket, J., y Fishman, J. (2003). Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine. *American Sociological Review*, 68(2), 161-94.
- Comas-D'Argemir, D. (2017). El don y la reciprocidad tienen género: las bases morales de los cuidados. *Quaderns-e*, 22 (2), 17-32. Recuperado de <https://raco.cat/index.php/QuadernsICA/article/view/333109>.
- Childerhose, J., y Macdonald, M. (2013). Health consumption as work: The home pregnancy test as a domesticated health tool. *Social Science & Medicine*, 86, 1-8.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Díaz de León-Castañeda, C (2019). Salud electrónica (e-Salud): un marco conceptual de implementación en servicios de salud. *Gaceta Médica de México*, 155(2), 176-183. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=86526>.
- Doménech, M., y Tirado, F. (2005). Asociaciones heterogéneas y actantes: el giro postsocial de la teoría del actor red. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, número extra 1. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1382237>.
- Durán, M. (2012). *El trabajo no remunerado en la economía global*. Bilbao: Fundación BBVA.
- Edwards, R., y Holland, J. (2013). *What is qualitative interviewing?* Londres: Bloomsbury.
- Espinoza, V., y Barozet, E. (2008). ¿De qué hablamos cuando decimos clase media? Perspectivas sobre el caso chileno. *Revista Expansiva*, 142. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/238746073>
- Fraser, N. (2008). *Escalas de Justicia*. Barcelona, Herder.
- Giddens, A. (1982). Class structuration and class consciousness. En: A. Giddens y D. Held (Eds.), *Classes, power and conflict* (pp. 58-83). Berkeley: University of California Press.
- Gubern, R. (2011). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Haddon, L. (2001). Domestication and mobile telephony. Artículo presentado en la conferencia: *Machines that Become Us*, Rutgers University, New Jersey, US, 18 y 19 de abril.
- Haraway, D. (2004). *The Haraway Reader*. Nueva York: Routledge.
- Jirón, P., y Gómez, J. (2018). Interdependencia, cuidado y género desde las estrategias de movilidad en la ciudad de Santiago. *Tempo Social*, 30(2), 55-72. <https://dx.doi.org/10.11606/0103-2070.ts.2018.142245>
- Jones, G., y Kraft, A. (2004). Corporate venturing: the origins of Unilever's pregnancy test. *Business History*, 46, 100-122.
- Jordan, B. (1997). Authoritative Knowledge and Its Construction. En: R. Davis-Floyd y C. Sargent (Ed.), *Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-cultural perspective* (pp. 55-79). California: University California Press.
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2019). *Anuario de Estadísticas Vitales*. Santiago de Chile: INE.

- Kopytoff, I. (1986). The cultural biography of things: commoditization as process. En: A. Appadurai (Ed.), *The social life of things: Commodities in cultural perspective* (pp. 64-91). Nueva York: Cambridge University Press.
- Latour, B. (1988). *The pasteurization of France*. Cambridge: Harvard University Press.
- Latour, B. (2007). *Nunca fuimos modernos. Ensayos de antropología simétrica*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Latour, B. (2008). *Reassembling the Social*. Oxford, Oxford University Press.
- Lehtonen, T. (2003). The domestication of new technologies as a set of trials. *Journal of Consumer Culture*, 3(3), 363-385.
- Lie, M., y Sørensen, K. (1996). *Making technology our own? Domesticating technology into everyday life*. Oslo: Scandinavian University Press.
- Light, D. (1993). Countervailing Power: The Changing Character of the Medical Profession in the United States. En: F. Hafferty y J. McKinlay (Comps), *The Changing Medical Profession: An International Perspective* (pp. 69-80). Nueva York: Oxford University Press.
- MacDonald, M. (2011). The art of medicine. The cultural evolution of natural birth. *The Lancet*, 378.
- Marx, K. (1867/1999). *El Capital I. Crítica de la economía política*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Mol, A. (2008). *The Logic of Care: Health and the problem of patient choice*. Londres-Nueva York: Routledge.
- Nardacchione, G. (2011). El conocimiento científico y el saber práctico en la sociología pragmática francesa. *Apuntes de Investigación del CEYP*, (19), 171-182. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4509306>.
- Olszynko-Gryn, J. (2019). The feminist appropriation of pregnancy testing in 1970s Britain. *Women's History Review*, 28(6), 869-894. <https://doi.org/10.1080/09612025.2017.1346869>.
- Parra Reyes, H., Medina Benjumea, G. A., Estévez, D. R., Quintero Ardila, C. A., y Duarte González, D. G. (2011). Prácticas de cuidado de la gestante con ella misma y con su hijo por nacer. Prácticas de cuidado de la gestante. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 43(1), 27-32. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=343835701004>.
- Pérez-Bustos, T. (2016). El tejido como conocimiento, el conocimiento como tejido: reflexiones feministas en torno a la agencia de las materialidades. *Revista Colombiana de Sociología*, 39(2), 163-182. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/rsc.v39n2.58970>
- Puig de la Bellacasa, M. (2017). *Matters of Care: Speculative Ethics in More Than Human Worlds*. Londres: University of Minnesota Press.
- Ruiz, J., y Ispizúa, M. (1989). *La descodificación de la vida cotidiana*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Sadler, M., y Obach, A. (2006). *Pautas de crianza mapuche*. Santiago de Chile: Centro Interdisciplinario de Estudios de Género, Universidad de Chile-Universidad de la Frontera.
- Sedgh, G., Singh, S., y Hussain, R. (2014). Intended and Unintended Pregnancies Worldwide in 2012 and Recent Trends. *Studies in Family Planning*, 45(3), 301-314. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2014.00393.x>
- Stake, R. (1998). *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Morata.
- Stewart, A. (2014). Case study. En: J. Mills y M. Birks (Eds.), *Qualitative methodology: A practical guide* (pp. 145-159). Thousand Oaks: Sage.
- Sibrian, N. (2017). Programa Chile Crece Contigo: su performatividad en la biografía de mujeres gestantes. *Revista Rumbos TS. Un Espacio Crítico para la Reflexión en Ciencias Sociales*, (16), 121-154. Recuperado de <http://revistafasco.ucecentral.cl/index.php/rumbos/article/view/49>
- Silverstone, R., y Haddon, L. (1996). Design and the domestication of information and communication technologies: technical change and everyday life. En: R. Mansell y Silverstone, R. (Eds.), *Communication by design: The politics of information and communication technologies* (pp. 44-74). Nueva York: Oxford University Press.

- Timmermans, S., y Almeling, R. (2009). Objectification, standardization, and commodification in health care: A conceptual readjustment. *Social Science & Medicine*, 69(1).
- Wajcman, J. (2006). *El tecnofeminismo*. Valencia: Cátedra.
- Zárate, M. (2005). Parto, crianza y pobreza en Chile. En: R. Sagredo y C. Guzmán (Dir.), *Historia de la vida privada en Chile*. Tomo III (pp. 13-47). Santiago de Chile: Aguilar Chilena de Ediciones.
- Zárate, M. (2007). *Dar a luz en Chile, siglo XIX*. Santiago de Chile: Dibam.
- Zárate, M. (2008). *Por la salud del cuerpo*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.

# PARIR EN CASA: REFLEXIONES EN CLAVE DE RESISTENCIA Y DESMEDICALIZACIÓN

HOME CHILDBIRTH: CONSIDERATIONS  
FROM THE PERSPECTIVE OF RESISTANCE AND DEMEDICALIZATION

PARIR EM CASA: REFLEXÕES SOBRE A RESISTÊNCIA E DESMEDICALIZAÇÃO

*Fabiana Rodríguez Larrar*

*Licenciada en Sociología*

*Universidad de la República*

*farodriguez21@gmail.com*

Recibido: 31/8/2021 | Aceptado: 26/11/2021

**Resumen:** En el presente propongo una investigación cualitativa sobre la práctica de parto domiciliario planificado (PDP) basándome en las experiencias de las mujeres que tuvieron su trabajo de parto y parto en sus hogares.

Para esta exposición incorporo los conceptos de *medicalización* y *desmedicalización* del parto con el fin de plantear el lugar que esta práctica ocupa, teniendo en cuenta que se hace por fuera de las instituciones médicas.

En Uruguay la legislación vigente recomienda un parto institucional, de esta manera considero que la elección de practicar un PDP queda en un lugar ambiguo entre la recomendación y la prohibición. En este sentido, se plantea esta práctica desde un lugar de resistencia, así como la decisión de las mujeres de llevarla a cabo. El desarrollo de este artículo se estructura en tres ejes: 1) la medicalización de la sociedad y el parto, 2) el proceso de desmedicalización, planteando la posibilidad de que el PDP pueda adaptarse a esas características y 3) el PDP desde una perspectiva de resistencia.

**Palabras clave:** parto domiciliario planificado; experiencias; resistencia; desmedicalización

**Abstract:** In this article, I present a qualitative research about home birth planning based on the experience of a group of women who had delivered in their houses.

Considering the concept of medicalization and demedicalization of birth, I intend to explain the place this practice has on society given that it happens outside medical institutions.

In Uruguay the current legislation recommends giving birth inside an institution, so choosing to give birth at home lies ambiguously between recommendation and prohibition. That is why this practice is viewed as an action of resistance.

This article is structured around three ideas: 1) medicalization of society and childbirth, 2) process of demedicalization, evaluating the possibility of home birth planning to adapt to those characteristics, and 3) home birth planning viewed from a perspective of resistance.

**Keywords:** planned home birth; experience; resistance; demedicalization

**Resumo:** No presente artigo, proponho uma pesquisa qualitativa sobre a prática do parto domiciliar planejado (PDP) a partir das vivências de mulheres que realizaram trabalho de parto e parto em casa.

Para esta apresentação incorporei os conceitos de medicalização e desmedicalização do parto, a fim de conhecer o lugar que essa prática ocupa, levando em consideração que ela é realizada fora das instituições médicas.

No Uruguai a legislação atual recomenda um parto na instituição, desta forma considero que a opção pela realização do PDP permanece em um lugar ambíguo entre a recomendação e a proibição. Nesse sentido, essa prática é considerada a partir do lugar de resistência, bem como da decisão das mulheres em realizá-la. O artigo está estruturado em torno de três eixos: 1) a medicalização da sociedade e do parto, 2) o processo de desmedicalização, levantando a possibilidade de que o PDP possa se adaptar a essas características e 3) o PDP desde uma perspectiva de resistência.

**Palavras-chave:** parto domiciliar planejado; vivência; resistência; desmedicalização

## Introducción

En este artículo pretendo dialogar sobre la práctica de parto domiciliario planificado (PDP) en Uruguay en relación con la medicalización y desmedicalización del parto, así como incorporar la perspectiva de resistencia, en el entendido de que es una práctica alternativa a la hegemónica, un parto institucional.

Al hablar de PDP me refiero al que se practica en el hogar de la mujer, que puede ser asistido por parteras y que se diferencia de los partos en calle o de los que no llegaron a ser asistidos dentro de una institución médica. Por eso utilizo el término *planificado*, debido a que no es accidental. No hay estadísticas del Ministerio de Salud Pública (MSP) sobre el PDP, ya que son contabilizados dentro de una categoría que agrupa junto a esta práctica a los partos en vía pública y a los que no llegaron a asistirse en una institución médica. Según los datos del MSP, del total de partos vaginales en todo el país registrados en 2020 (un 54,28 % del total de partos registrados), un 0,84 % son los incluidos dentro de esta categoría (domicilio y vía pública).<sup>1</sup> Con este porcentaje, y aun teniendo en cuenta que no debe ser un registro de la totalidad de PDP ya que este sucede cuando las familias se reintegran a la institución médica, se podría decir que las mujeres que deciden llevar a cabo esta práctica son pocas en relación con el total de partos asistidos en todo el país.

En Uruguay, el PDP no está recomendado, sino que se recomienda una atención institucional, humanizada y acompañada del trabajo de parto y nacimiento (MSP, 2014). Esta situación muestra diferentes posturas en el mundo: algunos países promueven la práctica —como Australia, Francia, España, Países Bajos, entre otros— y otros la prohíben —por ejemplo, Hungría o algunos estados de EE. UU.—. Teniendo en cuenta la situación internacional, el PDP en Uruguay está en un lugar intermedio entre la promoción o prohibición. La práctica de PDP en Uruguay es asistida por parteras particulares y organizaciones que brindan el servicio, que se contrata de manera privada.

A pesar de su pequeña proporción en el total de nacimientos y de no constituir una práctica alentada por las autoridades sanitarias de nuestro país, algunas mujeres han optado por dar a luz en domicilio de manera planificada. Este trabajo se aboca a la exploración de este fenómeno desde la perspectiva de las mujeres que han transitado esta experiencia. Por otra parte, cabe señalar que no se le ha dado mucha relevancia académica al estudio de esta práctica en Uruguay, como sí ha sucedido con otros temas de salud sexual y reproductiva o incluso sobre la asistencia institucional en partos. En este sentido, propongo una investigación

<sup>1</sup> Esta información se encuentra disponible en los datos proporcionados en la serie *Nacimientos según tipo de parto y tipo de establecimiento de ocurrencia. Uruguay 1996-2020* disponible en: <https://www.ine.gub.uy/estadisticas-vitales> (INE, s.f.).

exploratoria con el fin de poder aportar al estudio de este tema así como comenzar a generar aportes en relación con esta práctica de asistencia en partos que, por no ser la recomendada pero tampoco estar prohibida, a mi entender está en un lugar ambiguo.

En cuanto a la asistencia en partos en Uruguay, incorporo los aportes de Natalia Magnone (2010), quien analiza los modelos actuales de asistencia en partos desde una perspectiva de humanización y de derechos sexuales y reproductivos, para concluir que el modelo hegemónico de atención institucional es el tecnocrático. A su vez, conceptualiza al parto humanizado como un modelo que propone una alternativa al tecnocrático, aunque todavía tiene escasas posibilidades de establecerse como tal. Esta perspectiva puede aportar a comprender la opción de un PDP, buscando otro tipo de asistencia al tener en cuenta la propuesta institucional. Por otro lado, plantea como propuesta la posibilidad de que el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) garantice la cobertura de todos los partos, sean institucionales o en el hogar, propiciando la autonomía de las mujeres en la elección. Este aspecto resulta relevante ya que las mujeres que acceden a la práctica de PDP en Uruguay, además de tener que contratar el servicio de acompañamiento y de asistencia de manera privada, lo hacen desde una formación o conocimiento de derechos sexuales y reproductivos como una búsqueda individual de otras maneras de parir.

A su vez, se incorporan los aportes de Robbie Davis-Floyd (2004), quien plantea diferentes modelos de asistencia en medicina: el tecnocrático, el humanista y el modelo de la medicina holística. La visión característica del modelo tecnocrático es la separación del cuerpo y la mente y del cuerpo como máquina; el modelo humanista<sup>2</sup> propone una conexión entre el cuerpo y la mente, pero, a diferencia del holístico (que se rige por el principio de conexión e integración, planteando una unidad de mente, cuerpo y espíritu), no es contrario a una tecnomedicina, sino que propone humanizarla. En este sentido, tiene más potencial para construir una reforma al modelo tecnocrático (Davis-Floyd, 2004, p. 94). Este modelo se tendrá en cuenta en el análisis de la práctica de PDP a la hora de centrarme en la asistencia que brindan las parteras.

Por otra parte, y específicamente sobre la práctica de PDP, tomo los aportes de algunos autores (Frank y Pelloso, 2013; Crizóstomo, Nery y Barros Luz, 2007) que consideran que el PDP favorece a una humanización del parto, porque genera autonomía, privacidad y

2 Los principios del modelo humanista son: 1) conexión entre el cuerpo y la mente; 2) el cuerpo como un organismo; 3) el paciente como un sujeto relacional; 4) conexión y cuidado amable entre el médico y paciente; 5) diagnóstico y curación desde afuera hacia adentro y desde adentro hacia afuera; 6) equilibrio entre las necesidades de la institución y las necesidades individuales; 7) información, toma de decisiones y responsabilidad compartidas entre el paciente y el practicante; 8) ciencia y tecnología equilibradas con el humanismo; 9) enfoque hacia la prevención de la enfermedad; 10) la muerte como un resultado aceptable; 11) cuidado conducido por la compasión, y 12) apertura mental hacia otras modalidades.



protagonismo de las mujeres. A su vez, estos autores describen al ambiente del hogar como un lugar más armonioso, libre de estímulos como luz y ruido, lo que promueve la liberación de hormonas necesarias para el parto, lo que contribuye a un parto fisiológico y reduce las intervenciones innecesarias. Por su parte, Michel Odent (2002) conceptualiza al PDP dentro de las actitudes biodinámicas<sup>3</sup> que plantea. En este sentido, lo expone dentro de una alternativa a la industrialización del parto y al proceso de medicalización.

Finalmente, se exponen los aportes de María Jesús Montes (2007), quien, al analizar las diferentes maneras de asistencia en partos, propone al PDP como resistencia, y considera que, para generar mayor autonomía en el parto se utilizan discursos desde el «esencialismo biológico»,<sup>4</sup> como forma de resistencia frente a los discursos y prácticas hegemónicas que se imponen (Montes, 2007, p. 298).

## Metodología

Este artículo se enmarca dentro de un proceso de investigación que comencé en 2019 y que conforma en la actualidad mi monografía final de grado,<sup>5</sup> en la que propongo explorar las concepciones y experiencias de las mujeres en torno al PDP.

Se trata de una investigación cualitativa exploratoria, para la cual realicé entrevistas semiestructuradas<sup>6</sup> a mujeres que han tenido uno (o más) PDP y que fueron asistidas por parteras contratadas de manera particular. La muestra se conformó con aquellos casos en los cuales se completó todo el proceso de parto en sus hogares, excluyendo a los que por alguna razón tuvieron que ser trasladados a la institución médica, debido a que el propósito de la investigación es explorar sobre las experiencias de PDP y teniendo en cuenta todo el proceso. Las integrantes de esta muestra tienen un promedio de edad de 34 años y la mayoría cuenta con estudios terciarios completos. A su vez, todas manejaban información sobre derechos sexuales y reproductivos al momento de decidir llevar a cabo un PDP y buscaron asistencia para el proceso. Por otro lado, todas las entrevistadas tuvieron sus partos en Montevideo y en el área metropolitana.

3 Odent (2002) propone el término de actitudes biodinámicas, como paralelismo con la post-industrialización de la agricultura, para referirse a aquellas acción que podrían aportar a una post-industrialización del parto.

4 Expone este aspecto desde un análisis de los discursos de sus entrevistadas donde exponen una reiterada necesidad de resaltar la defensa y confianza en el cuerpo antes discursos hegemónicos (Montes, 2007, p. 264).

5 Tesis final de grado de la Licenciatura en Sociología, Universidad de la República *Parto domiciliario planificado: una mirada desde la desmedicalización y la resistencia*.

6 Las entrevistadas fueron codificadas con el programa MAXQDA, teniendo en cuenta las siguientes dimensiones: 1) concepciones sobre las instituciones médicas; 2) concepciones sobre el nacimiento y parto; 3) rol que cumplieron las personas que acompañaron o asistieron el parto; 4) aspectos relacionados con la experiencia de PDP; y 5) autonomía y protagonismo. Luego se agrupó la información en los ejes propuestos para el análisis.

Para acceder a la muestra se utilizó la técnica de bola de nieve, ya que en un principio no se pudo establecer ningún vínculo con parteras que asisten la práctica ni con ninguna organización que se dedique a la asistencia en PDP. De esta manera, se comenzó por entrevistar a algunas mujeres, que fueron a su vez brindando contactos para las siguientes entrevistas.

El análisis de la información fue discursivo,<sup>7</sup> incorporando el lenguaje y el discurso como dimensiones axiales para la comprensión de las experiencias (Scott, 1992, p. 89 en Garazi, 2015, p. 5). Planteo para el análisis los siguientes ejes: 1) la medicalización del parto, 2) el PDP dentro de un proceso de desmedicalización y 3) el PDP desde una perspectiva de resistencia. Estos mismos ejes son los que se tienen en cuenta para este artículo.

Busco exponer además algunos de los aspectos plasmados en dicha investigación, centrándome en dos preguntas: ¿Se puede considerar al PDP como una práctica desmedicalizada? ¿La decisión de las entrevistadas en cuanto a tener un PDP puede ser considerada desde una perspectiva de resistencia?

Finalmente, esta exposición se estructura de la siguiente manera. En primer lugar se conceptualiza la medicalización de la sociedad y del parto desde un abordaje teórico, donde se incorporan las concepciones y discursos de las entrevistadas con respecto a estas, teniendo en cuenta que la decisión de llevar a cabo de un PDP puede ser producto o influencia de sus concepciones sobre el sistema de salud y la asistencia institucional. Luego se incorpora el concepto de desmedicalización como planteo opuesto a la medicalización, para explorar las características del PDP desde esta perspectiva, analizando los puntos en común y sus similitudes con una práctica completamente desmedicalizada. Esta postura se plantea debido a que al ser una práctica alternativa a la hegemónica, un parto institucional, se tiende a visualizarla como una práctica opuesta, donde resulta interesante ver los aspectos en común dentro de los ejes medicalización/desmedicalización. Por último, se plantea al PDP desde una perspectiva de resistencia.

## Medicalización de la sociedad y del parto

Se entiende a la medicalización como la transformación de la medicina en una institución de control social que se genera mediante cuatro formas: la expansión de lo que en la vida se considera pertinente a la práctica médica, el control de ciertos procedimientos técnicos, el acceso casi absoluto a ciertas áreas tabú, y la expansión de lo que en medicina se considera

7 Propongo un análisis discursivo desde la perspectiva de Alonso (1998, p. 211), donde se busca ir desde el enunciado al sentido vivido de los sujetos, colocándose en el plano de la fundamentación de los enunciados.

pertinente a la buena práctica de la vida (Zola, 1999, p. 4). Sobre estos aspectos la profesión médica es la que más tiene derecho a reclamar jurisdicción sobre el rótulo de enfermedad y sobre cualquier cosa a la que se le pueda asignar ese rótulo, aunque no se tenga en cuenta su capacidad para manejarlo efectivamente (Freidson, 1970 en Zola, 1999, p. 30).

Otro autor que conceptualiza este fenómeno es Iván Illich (1975), quien propone que la medicalización de la vida produce más daños que beneficios y que tiende a enmascarar las condiciones políticas que minan en la salud de la sociedad y expropia el poder de las personas para curarse a sí mismas (Illich, 1975, p. 9).

En esta línea, propone el concepto de *yatrogénesis* para denominar la nueva epidemia de enfermedades producidas por el doctor, donde distingue una triple yatrogénesis. En primer lugar, expone la yatrogénesis clínica, refiriéndose a determinadas enfermedades que no se hubieran producido si no se aplicaban los tratamientos ortodoxos y recomendados profesionalmente. En segundo lugar, expone la yatrogénesis social, que se manifiesta en diversos síntomas de excesiva medicalización social. En tercer lugar se refiere a la yatrogénesis estructural, donde se visualiza el efecto más profundo de las profesiones en salud, generando una destrucción del potencial de las personas para afrontar sus debilidades. Esta yatrogénesis se produce cuando la gente acepta la manipulación de la salud, que conspira en proponer lo que llaman *buena salud*, cuando en realidad generan el mantenimiento heterónimo y manipulado de la vida (Illich, 1975, pp. 29-30). Esta triple yatrogénesis ha llegado a ser médicamente irreversible. Para referirse a este fenómeno, que se autorrefuerza y retroalimenta, el autor utiliza el concepto de *némesis médica*, que describe como la expropiación de la capacidad del hombre para afrontar la adversidad, generada por un servicio de mantenimiento que lo conserva y responde a un sistema industrial (Illich, 1975, p. 207).

Por otra parte, en el siglo XVII, comienza el proceso de extracción del cuerpo de la religión y la filosofía para dárselo a la ciencia, derivado de la revolución científica en Europa, donde se comienza a manejar el paradigma mecanicista (se tomaba a la máquina como metáfora del universo humano). Esta visión ha caracterizado al modelo tecnocrático<sup>8</sup> hasta hoy (Davis-Floyd, 2004, p. 27), acompañado, entonces, de una manera de concebir al cuerpo separado del alma, donde el cuerpo es dado a la ciencia. En el sistema médico los éxitos se basan en la ciencia, son afectados por la tecnología y llevados a cabo por medio de instituciones gobernadas por ideologías patriarcales que priorizan las ganancias (Davis-Floyd, 2004, p. 23),

8 Los principios básicos del modelo tecnocrático, así como los define Davis-Floyd son: 1) separación mente-cuerpo; 2) considerar al cuerpo como una máquina; 3) ver al paciente como un objeto; 4) distanciamiento del médico (de su paciente); 5) diagnóstico y tratamiento de afuera hacia adentro (curando enfermedades, reparando disfunciones); 6) organización jerárquica y estandarizada del cuidado; 7) autoridad y responsabilidad inherente al médico, no al paciente; 8) sobrevaloración de la ciencia y de la tecnología; 9) intervenciones agresivas con énfasis en resultados a corto plazo; 10) la muerte como derrota; 11) sistema guiado por la ganancias, y 12) intolerancia a otras modalidades.

Estos aspectos de medicalización fueron generando a su vez cambios en la manera en la que se asistían y concebían los nacimientos. Por ejemplo, en la Europa occidental de la Edad Media, el parto era acompañado y asistido por mujeres, comadronas, en los domicilios, rodeadas de otras mujeres. Estas mujeres comadronas eran depositarias de conocimiento tradicional en el ámbito reproductivo, pero comenzaron a ser perseguidas por la caza de brujas.<sup>9</sup> Así se comenzó a excluir a las mujeres del ámbito de la reproducción y, a partir de finales del siglo XVI, fueron pocas las mujeres a las que les permitió practicar la obstetricia. A principios del siglo XVII comenzaron a aparecer los primeros hombres parteros al tiempo que la obstetricia quedaba bajo control estatal (Federici, 2015, p. 297). A su vez, a las parteras se les comenzó a prohibir la utilización de sus instrumentos para la atención en partos, así como se les negó el acceso a la información médica. Estos aspectos se enmarcan dentro del proceso de medicalización de la sociedad, donde se comienza a valorar el conocimiento científico, sobre el cual las mujeres no tenían participación (Lupton, 2012, p. 187). De esta manera, se distingue el surgimiento del primer varón partero como el control de la intervención del parto bajo el dominio de los varones (Federici, p. 2015; Lupton, p. 2012), y fue la cesárea el primer procedimiento que hizo que las parteras perdieran completamente el control de los asuntos de reproducción para quedar en manos de los profesionales del sexo masculino. (Lupton, 2012:187)

En este contexto el parto dentro de las instituciones médicas, comienza a ser tomado como patología. Odent (2002, p. 34), denomina a este proceso *industrialización del parto*, en el que percibe una creciente intervención del proceso de nacimiento por parte del médico y el desplazamiento de las parteras. Se comienza a intervenir los nacimientos de manera protocolizada (por ejemplo, fórceps y episiotomía). El autor se refiere a esta fase como la *era electrónica del nacimiento*, en la que la mujer tiene un rol pasivo: no hace nada, es una paciente.

Como se dijo, en cuanto al parto en Uruguay, se toman los aportes de Magnone (2010), quien expone que la atención institucional está basada en un enfoque de riesgos. Esta perspectiva, al radicalizarse genera intervenciones que buscan la prevención, con el fin de adelantar cualquier complicación, generando intervenciones innecesarias y hasta a veces contraproducentes, para las que se recurre al conocimiento médico constantemente. Como consecuencia del modelo tecnocrático, cuando nace el bebé, se cumplen rutinas pensadas en disminuir riesgos de muerte, enfermedad y malformaciones del recién nacido o nacida. Sin embargo, lo recomendado es que no se hagan intervenciones que no sean necesarias en la primera hora luego del nacimiento (Magnone, 2010, p. 87). Estos aspectos resultan importantes para la

9 Según Silvia Federici (2015) la asistencia en reproducción pertenecía a la esfera de las mujeres, hasta la *caza de brujas*, con el primer juicio en el siglo XV y cuyo punto máximo fue entre 1580 y 1630

decisión de llevar a cabo un PDP, ya que, según Valeria Fornes (2009), muchas veces se opta por maneras alternativas a la hegemónica —es decir, al parto institucional—, como forma de ejercer el poder y el derecho sobre sus cuerpos.

## Concepciones en torno a las instituciones médicas

Al proponer una investigación sobre las experiencias de las entrevistadas, y centrándome en la decisión de parir fuera de la institución médica, enfatiqué en recabar las concepciones de las entrevistadas respecto a estas. Se considera entonces que las concepciones y sus experiencias anteriores con respecto a la asistencia institucional pueden influir en la decisión de buscar otra alternativa para sus partos.

En cuanto a las concepciones que las entrevistadas tienen sobre las instituciones médicas y sobre la manera de asistir el proceso de nacimiento en ellas, se pueden distinguir dos categorías: 1) el funcionamiento de las instituciones médicas y 2) la asistencia por parte de profesionales de la salud.

Sobre la primera categoría se puede apreciar un descontento con la despersonalización de la atención. Este aspecto va en la misma línea que uno de los principios del modelo tecnocrático, el *principio de separación*,<sup>10</sup> tomando a la mujer desde su rol pasivo:

Terminaste de entrar y lo primero que hacemos es «trácate», separar, interrumpir, intervenir. Te ven abajo, en emergencia, después te suben y otra persona te ve arriba, olvidándonos de todo lo que implica el pudor y el cuidado de nuestras zonas genitales, de nuestras partes íntimas. Y ahí en adelante (Entrevistada 5).

Por otra parte, mencionan que las mujeres deben ir a parir al mismo lugar donde asisten a otras personas con variados temas de salud, debido a que la maternidad no está separada en todos los hospitales. A su vez, consideran que el sistema médico no está diseñado para establecer relaciones de confianza, debido a que a lo largo del embarazo y el parto las mujeres son asistidas por diferentes profesionales. Estos aspectos, así como considerar que no es un ambiente armonioso para el trabajo de parto tiene que ver con la institución médica como lugar físico y con su funcionamiento.

Sobre la segunda categoría, las entrevistadas exponen aspectos que tiene que ver con las intervenciones innecesarias por parte del personal médico:

<sup>10</sup> En el principio de separación las cosas están disociadas de su contexto, de los objetos y personas relacionadas. «... separa a la persona en partes componentes, a las enfermedades en elementos constitutivos, al tratamiento en segmentos medibles, a la práctica de la medicina en múltiples especialidades, y a la experiencia de enfermedad del fluir de la vida» (Davis-Floyd, 2004, p. 26).

Entonces, en vez de arropar a ese bebé, llevarlo con la piel de la madre, que se prenda a la teta, a su tiempo, que escuche la voz de esa madre que es la que escuchó siempre, que es la misma, solo que ahora se escucha distinto, está ensayando los oídos. No, lo que hacen es separarlo de la madre, lo dejan cinco minutos (Entrevistada 4).

A su vez, consideran que la asistencia en las instituciones médicas brinda poco margen de autonomía. Estas cuestiones van en sintonía con los aportes de Magnone (2011), quien expone que la violencia institucional se ejerce cuando las mujeres preguntan «demasiado» sobre el proceso de parto o cuando plantean alternativas al modelo hegemónico de atención: «En realidad, como son autoridades y cuando una va y dice “yo quiero ser autónoma en mi cuerpo, en mis decisiones”, no hay cabida para eso, [para] salirse de lo normal o lo esperado» (Entrevistada 7).

## Reflexiones sobre el parto como proceso desmedicalizado

Las entrevistadas consideran la asistencia en las instituciones médicas desde una perspectiva de medicalización del parto, debido a las características que exponen. Estas concepciones, en la mayoría de los casos, no surgen debido a experiencias anteriores y a malos tratos en la asistencia institucional, sino que se generan en el acceso a información o desde experiencias de otras mujeres, lo que lleva a generar un discurso que influye en la decisión de tener un parto por fuera de las instituciones médicas. Por esta razón se incorpora el concepto desmedicalización, con el fin de plantear la posibilidad de que la práctica de PDP se encuentre dentro de este proceso, ya que es una alternativa a la práctica hegemónica y recomendada, un parto institucional, que se asiste desde un modelo tecnocrático, dentro de un proceso de medicalización.

Se entiende por desmedicalización a la insatisfacción generalizada contra la hegemonía biomédica, enmarcada en un proceso contracultural (Bordes, 2015, p. 631), y en contraposición a la medicalización. Sin embargo, Lowenberg y Davis (1994) proponen que no debería verse como un giro cultural contrapuesto, sino como una articulación entre procesos de medicalización y desmedicalización, desde una visión diferente a otros teóricos que conceptualizan estos fenómenos como opuestos (citados en Bordes, 2015). De todos modos, exponen la medicalización/desmedicalización en términos de patologías, medicinas alternativas, etc. Sin embargo, y como se dijo antes, la medicalización es un fenómeno social de amplio alcance que supone una inmersión de la medicina en todos los ámbitos de la vida de las personas. A su vez, se puede plantear como proceso que se genera a partir de la medicalización de la sociedad, debido a que la internalización de la medicina en la vida de las

personas produce que estas comienzan a acceder a información, reflexionando y desconfiando en los y las doctoras y científicas, para optar muchas veces por tratamientos alternativos a los hegemónicos (Bordes, 2015).

Por otra parte, Illich (1975), quien describe a las instituciones médicas como un sistema de producción industrial, sostiene que, es por esto que se tiende a descuidar los valores producidos por el modo autónomo, es decir, que se genera una pérdida de autonomía. Se coloca el mejoramiento de la asistencia por encima de los factores que podrían mejorar para una autoasistencia (Illich, 1975, p. 81). Lo que se propone desde la industria médica es más medicalización, aspecto que, para el autor, genera una clase de dependencia que se convierte en un obstáculo para la asistencia autónoma mutua, para afrontar la enfermedad, impidiendo que la gente transforme las condiciones que las enferman (Illich, 1975, p. 89). Plantea, a su vez, que la reducción o control de la industria médica generaría que el control social sea ejercido por otra hegemonía. Sin embargo, la sociedad que pueda reducir al mínimo la intervención profesional proporcionará mejores condiciones para la salud, en el entendido de que la medicalización genera más daños en la salud que buenas prácticas (Illich, 1975, p. 217).

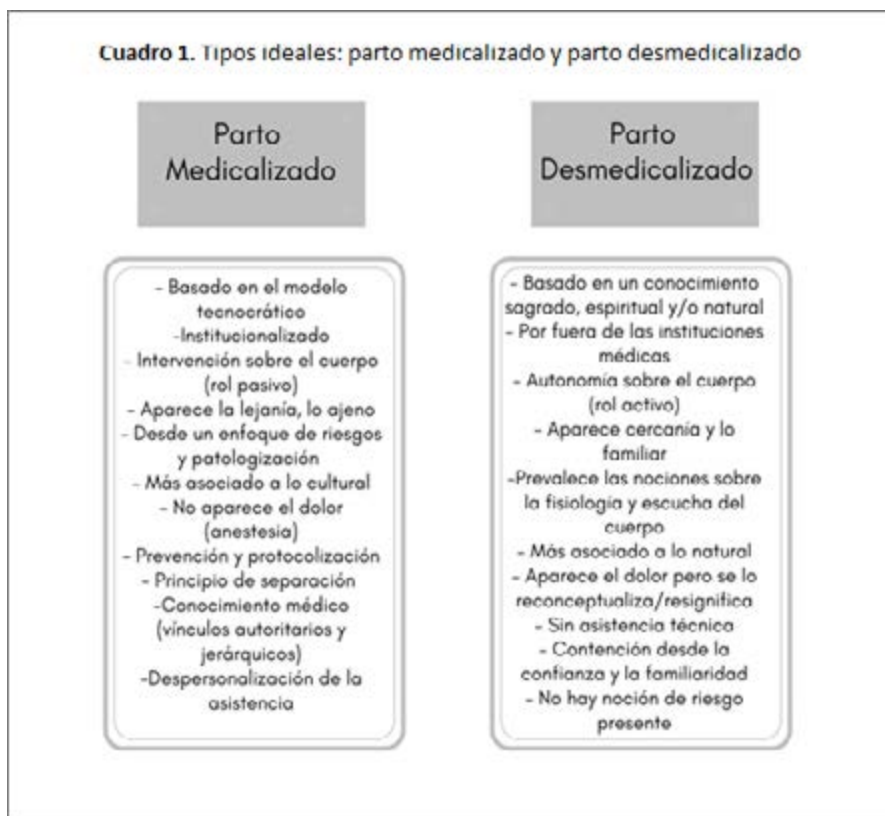
Resulta interesante este planteo debido a que nos propone una desmedicalización o una asistencia autónoma como un ideal de mejores condiciones para la salud, pero, a la vez, al plantear que la némesis médica es irreversible y estando inmerso dentro de la lógica mercantil e industrial, pone en duda hasta qué punto se puede generar una autonomía en cuanto al control social que genera la industria médica.

## ¿Parto domiciliario planificado como un proceso desmedicalizado?

Para comenzar a analizar estos aspectos en relación con el PDP, y teniendo en cuenta lo expuesto tanto sobre la medicalización como sobre la desmedicalización desarrollo los siguientes tipos ideales,<sup>11</sup> con el fin de exponer dos categorías que, a mi entender, pueden concebirse como antagónicas: parto medicalizado y parto desmedicalizado.

11 Para desarrollar estos conceptos se recurre a los tipos ideales denominados por Max Weber. Los mismos son medios conceptuales para la comparación y medición de la realidad. Son tipos ideales tanto en su sentido lógico como práctico. A su vez es algo indiferente a cualquier tipo de valor; nada tiene que ver con una perfección que no sea puramente lógica. Estos conceptos, a su vez, no son el fin, sino el medio con miras al conocimiento de las conexiones significativas (Weber, 1958, pp. 85-87).

Figura 1.  
Tipos ideales: parto medicalizado y parto desmedicalizado



Fuente: elaboración propia a partir de construcción teórica

Al enfocarme en la práctica de PDP, teniendo en cuenta las especificidades de las experiencias de las entrevistadas, y al contraponerlo con los conceptos desarrollados, hay un aspecto central en relación con este tema: la importancia que ellas le dan al acompañamiento de las parteras.

De esta manera existe un rol profesional sobre el cual recaen la confianza y la seguridad de las entrevistadas. A su vez, asisten desde lo técnico, con una formación específica que avala ese papel.

Si hay algo que me parece importante en los procesos y en lo que puede ofrecer en particular este equipo es generar confianza, confianza mutua, que es lo que a veces falta en las instituciones: alguien que confíe en vos y en quien vos puedas confiar. Confiar en que no te va a meter una mano sin que vos sepas para qué, confiar en que te van a respetar (Entrevistada 5).

Otro aspecto dentro de esta comparación es el que se refiere al riesgo. En el caso de un PDP donde se busque asistencia (acompañamiento de parteras) y se lleven todos los controles necesarios, para un parto de bajo riesgo, solo se asistirá mientras no haya riesgo. De esta



manera, si se percibe alguna situación que implique un alto riesgo en ese parto, se trasladará a la mujer a una institución médica. Se podría decir, entonces, que en el PDP es asistido teniendo en cuenta la noción de riesgo, ya que ese aspecto será central a la hora de decidir si se asiste ese parto en el hogar o no. El alto riesgo es asistido en las instituciones médicas, ya sea por una cesárea urgente o un parto complicado para los que se necesite un cuidado específico. Por otra parte, al tomar en cuenta las experiencias de las entrevistadas en cuanto a los aspectos relacionados con la autonomía y el protagonismo de las mujeres en el parto, estas consideran que han tenido este aspecto cubierto, es decir, que se sintieron protagonistas en sus partos. Sin embargo, al pensar en el papel de las parteras y en las decisiones que puedan tomar en cada momento, por ejemplo, en cuanto a asistir un parto de alto riesgo o al contar con un conocimiento profesional y técnico que genera decisiones y pasos en la asistencia, el protagonismo y la autonomía no son exclusivos de las mujeres, sino que se generan dentro de un acuerdo entre los aspectos en los que se brinda esa autonomía y las decisiones que se toman desde ese saber profesional.

De esta manera, teniendo estos aspectos presentes y basándome en la clasificación expuesta sobre los dos tipos ideales (parto medicalizado y desmedicalizado), ubico al PDP en un lugar intermedio. Es una práctica que es asistida por parteras, donde hay un conocimiento técnico y profesional presente, capacitado para la asistencia en partos. Sin embargo, no se colocaría dentro de la clasificación de parto medicalizado. Para ahondar en esta explicación se incorporan los aspectos que resultaron significativos sobre sus experiencias de PDP, dentro de los cuales se pueden distinguir los que tienen que ver con su bienestar, los que tienen que ver con el bienestar del bebé y los que refieren al puerperio.

Sobre los aspectos que tienen que ver con el bienestar de las entrevistadas, estas consideran que se les brindó más autonomía y comodidad en cuanto a gestionar sus movimientos corporales y hacer lo que querían y sentían en cada momento. A su vez, mencionan la intimidad, estar con sus objetos, en referencia a que esos nacimientos sucedieron en sus cotidianidades. «Sabes dónde están las cosas, sabés lo que vos necesitás, y yo creo que ese control así es lo que te deja dejarte llevar y dejarte, como que fluir en el momento del parto es cómo más importante» (Entrevistada 6).

En esta misma línea, manifiestan que se sintieron protagonistas de sus partos, pudiendo hacer todo lo que necesitaban en cada momento (bañarse, salir a caminar, hacer diferentes ejercicios con objetos como pelotas, etc.) Es decir, tuvieron un rol activo y libertad de acción y sintieron que en la institución médica no los hubieran tenido. «Y estuvo bueno porque en realidad yo me sentí recontenida todo el tiempo, ¿no?, recuidada y respetada en mis tiempos,

en mis ritmos. [...] Yo me sentí como siempre reacompañada, recuidada, y empoderada» (Entrevistada 9).

En cuanto al bienestar de sus bebés, mencionan que nacieron respetados, con los tiempos biológicos necesarios. También comentan lo importante que fue para ellas pensar que nacieron con sus objetos alrededor y que los primeros olores que sintieron fueron los de su hogar.

Finalmente, en cuanto al puerperio, responden que no tuvieron que trasladarse luego del parto ni tampoco tuvieron que quedarse en observación o internación. También consideran que les facilitó estar en su hogar en relación con poder utilizar su baño, su cama, tener sus objetos personales a mano, comer comida casera, etc. Sobre este aspecto se le da mucha importancia a la planificación del parto, debido a que luego se necesitan determinadas cosas, en cuanto a logística, que no las atiende otra persona, como puede suceder en una institución médica por ejemplo.

En resumen, el PDP según las experiencias expuestas no podría colocarse dentro de ninguno de los tipos ideales propuestos, se encuentra en un lugar intermedio. Por otro lado, se podría concluir que, la asistencia descrita por las entrevistadas tiene varios puntos en común con la perspectiva del modelo humanista, debido a que se propone una asistencia que no es una oposición a la tecnocrática, sino que se desarrolla de manera más humana, contemplando las individualidades, pero, de todos modos se sigue manteniendo una jerarquía del tipo médico-paciente (en este caso partera-parturienta). Este aspecto se mantiene aunque la asistencia no se genere dentro de la institución médica. Podría, a su vez, clasificarse al PDP como una práctica dentro de un proceso de desmedicalización, o que contempla algunos aspectos de esta, pero no como una práctica completamente desmedicalizada, porque se basa, entre otros aspectos, en un conocimiento médico de asistencia en partos.

Por otro lado, tomando el discurso de las entrevistadas y lo propuesto por Montes (2007), se genera un discurso que va en la línea de un esencialismo biológico, pero, en la práctica, la asistencia propuesta no se expone como una oposición a la tecnomedicina, sino que se tienen en cuenta esos conocimientos, así como se incorporan otros (por ejemplo, la incorporación e utilización de homeopatías). A su vez, se tiene en cuenta en esa asistencia la confianza, la intimidad, el acompañamiento emocional y la opinión de las mujeres a las que se está acompañando.

## Algunos aspectos en relación con la asistencia en partos

Como se desarrolló antes y teniendo en cuenta las categorizaciones expuestas en relación con las concepciones que las entrevistadas brindan sobre las instituciones médicas, se podría

concluir que hay muchos aspectos que tienen que ver con el ambiente y la comodidad de estar en sus hogares, la intimidad y privacidad que no se pueden igualar o equiparar a una experiencia institucional.

Sin embargo, surge de esta comparación un aspecto importante, que tiene que ver con el tipo de asistencia que propone cada profesional. Normalmente, en Uruguay, la asistencia de partos en las instituciones médicas está en manos de ginecólogos y ginecólogas, aunque la perspectiva humanista recomienda que los partos de bajo riesgo sean asistidos por parteras (Magnone, 2010, p. 139). Esto se propone debido a la formación de cada profesional y la manera de asistir desde su papel técnico. Sin embargo, en Uruguay se identifican como principales agresores de violencia obstétrica en la asistencia institucional a ginecólogos y ginecólogas, parteras y parteros y enfermeros y enfermeras con el mismo porcentaje (Observatorio sobre Violencia Basada en Género hacia las Mujeres, 2020).

Resulta relevante para esta apreciación incorporar los aportes de Roberto Castro (2014), quien expone que muchos de los aspectos en referencia a abusos o malos tratos en instituciones médicas por parte del personal de salud con las mujeres que van a asistir sus partos tiene que ver con la formación profesional. En este sentido, basándose en Pierre Bourdieu, genera el término *campo médico*, como las instituciones y actores de la salud que imponen esquemas dominantes. Dentro del campo médico distingue también las instituciones de formación de profesionales que luego formarán parte del campo médico (Castro, 2014, p. 173). En este sentido, un propulsor para el cambio en la asistencia es revisar la educación de los profesionales, de esa manera se podrá apostar a una asistencia que tenga en cuenta los aspectos propuestos por el modelo humanista. A su vez, atender a las lógicas institucionales que se imponen desde la jerarquía y autoridad, aspecto que puede realimentar toda la asistencia, muchas veces sin importar desde qué profesión se esté actuando (ginecología, parteras o enfermeros).

Por otra parte, se retoma la propuesta de Odent (2002) sobre las actitudes biodinámicas, esto es, basarse en los procesos físicos y biológicos del nacimiento, describiéndolo como lo opuesto a un parto médicamente controlado. Como parte de estas actitudes biodinámicas propone la incorporación de casas de nacimiento, así la mujer que asiste puede desconectar y olvidar que está dentro de un hospital. Por otro lado, recomienda la adaptación de los PDP y propone un vínculo entre las parteras que asisten el parto y el equipo hospitalario para difuminar la oposición entre una forma de parir y la otra y así combinar la intimidad del hogar y los equipos hospitalarios.

Considero entonces que las experiencias domiciliarias pueden aportar a las institucionales, debido a que no tiene que ver solo con un lugar diferente en donde parir, sino con un cambio en la concepción sobre cómo se toma al proceso de parto. En este sentido, se desprenden aspectos institucionales que fallan, por ejemplo, en cuanto a la escasa posibilidad de generar confianza con un profesional, siendo que en el embarazo y parto la mujer pasa por muchos profesionales diferentes dentro de la institución. O en relación con la falta de importancia que se le brinda al puerperio, aspecto principal en el acompañamiento por parte de las parteras según las menciones de las entrevistadas. «Es un cambio en entender que el nacimiento tiene que tener una visión en derechos humanos, políticas públicas de derechos humanos, de género, donde todo eso esté atravesado, transversalizado y observado desde esa visión» (Entrevistada 6).

## El parto domiciliario planificado desde una perspectiva de resistencia

Con base en las concepciones de las entrevistadas sobre las instituciones médicas y entendiendo al PDP como una práctica alternativa a la hegemónica (un parto institucional), resulta interesante reflexionar sobre este desde una perspectiva de resistencia. Esta propuesta surge, a su vez, de la poca visibilidad que tiene la práctica en Uruguay y de que, desde el MSP, como se mencionó, es una práctica no recomendada.

Se toman los aportes de Fornes (2009), quien plantea que las experiencias de parto están sesgadas por relaciones de género, que asignan un lugar específico a la mujer. Este aspecto se da, según la autora, tanto en una experiencia institucional, desde la obediencia respecto a las reglas y rutinas médicas como desde la reclusión doméstica como único reducto para ejercer el derecho y poder sobre sus cuerpos (Fornes, 2009, p. 8). De esta manera, se propone que la decisión se toma desde un lugar de resistencia.

## Decisión de tener un parto domiciliario planificado

De lo expuesto por las entrevistadas se desprenden tres categorías sobre el proceso de decisión: 1) incomodidad en las instituciones médicas, 2) malas experiencias en las instituciones médicas y 3) prioridad por métodos alternativos a lo hegemónico

El primer aspecto tiene que ver con las concepciones negativas que se exponen sobre la institución médica, las cuales llevan a una incomodidad a la hora de asistir a consultas, no solo relativas al proceso de embarazo y parto, sino en general. Esta incomodidad se produce, en la mayoría de los casos de la muestra, sin haber tenido una experiencia institucional negativa.

No fue ni por una mala experiencia ni por nada. Fue como que en principio no me resultaba... Nunca me sentí muy cómoda en el ámbito hospitalario, siempre que voy al médico me siento muy incómoda, todo lo que son los controles me ponen muy incómoda y me siento como a prueba. Sentía como un poco eso, como todo el mundo me dice como, qué osada, qué valiente. Yo creo que es más un acto de cobardía (Entrevistada 1).

De este relato de una de las entrevistadas aparecen dos aspectos importantes: la incomodidad institucional y la cobardía, lo cual llevó a la decisión de tener un PDP. Ambas afirmaciones están fundamentadas en una valoración negativa sobre las instituciones médicas. Sobre este aspecto se transversaliza otro tema, el cual las entrevistadas consideran de gran importancia: el acceso a información. Consideran que su decisión fue informada, ya que pudieron buscar, leer, investigar, consultar, etc. En suma, considero que la decisión fue tomada desde el conocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos y, a su vez, desde una concepción negativa sobre las instituciones médicas basada en relatos de otras mujeres, en información sobre la cual fueron indagando, etc. De esta manera generaron una apropiación subjetiva de un discurso, visualizándose en una incomodidad con respecto al ámbito médico.

La segunda categoría hace referencia a las malas experiencias institucionales que influyeron en la decisión de tener un PDP. Esta idea se ve plasmada en algunas de las experiencias de las entrevistadas, no en relación con partos institucionales anteriores, sino con malos tratos del personal de salud, en diferentes situaciones, que influyeron directamente en la decisión de algunas de las entrevistadas.

Finalmente, el último punto tiene que ver con una cuestión que involucra a algunas de las entrevistadas que mencionan sus inclinaciones hacia tratamientos alternativos no hegemónicos (por ejemplo, homeopáticos en lugar de tratamientos médicos tradicionales).

Yo creo que desde muy chica fantaseaba con la idea de tener un parto en agua. Siempre me inclino por formas alternativas, para todo. Mi concepción de lo que es la salud y la enfermedad y el sistema en el que vivimos, por ejemplo... Como que siento y percibo muchas veces a las enfermedades, tanto físicas como psicológicas, son producto de nuestras vivencias, de nuestras historias. [...] Concibo a una persona con todo su mundo, tanto emocional como físico o espiritual, sé que el sistema muchas veces falla en ese sentido, en atender solamente una parte de la persona y ahí se pierde el todo (Entrevistada 2).

En resumen, la decisión de tener un PDP en la mayoría de las entrevistas se debe a una concepción negativa sobre las instituciones médicas, aunque no sea fundada en una experiencia institucional anterior. De todos modos, al hacerse desde la búsqueda de una forma

alternativa a la hegemónica y recomendada, se genera una postura de resistencia por parte de estas mujeres en su decisión de tener un PDP.

## Dispositivos alternativos de poder

Para explicar a qué me refiero al hablar de resistencia, tomo el concepto de *dispositivo alternativo de poder*, que se basa en la definición de *dispositivo de poder* de Michel Foucault<sup>12</sup> teniendo en cuenta que esta definición coopta todo tipo de resistencia debido a su amplitud conceptual. En este sentido, se conceptualizan como dispositivos alternativos aquellos dispositivos, con las mismas características que los dispositivos de poder, pero que funcionan dentro de una biopolítica alternativa, que refiere a una lucha contra la dominación del cuerpo, presentándose como una forma de libertad, en términos de autonomía y autodeterminación (Sanín y Zapata, 2014, p. 80).

Los dispositivos alternativos se caracterizan por definir reglas, normas y maneras de actuar propias, pero alejándose de las normas de dominación ejercidas por la institución para interponer sus propias dinámicas, dentro de un proceso de autonomía. Se entiende a la autonomía, entonces, no como sinónimo de independencia, sino como una manera de vivir en sociedad bajo el autogobierno (Sanín y Zapata, 2014, p. 82). Este concepto resulta útil para pensar la práctica del PDP como resistencia, concebida desde las experiencias de las entrevistas, en las que se sostiene que uno de los aspectos fundamentales de su experiencia de parto fue el acompañamiento de las parteras, quienes, a su vez, tienen una manera de actuar específica, con determinadas reglas y normas.

En resumen, considero a la decisión de tener un PDP dentro de un proceso de resistencia, en el que se opta por un dispositivo alternativo, donde se asiste el proceso de parto fuera de la institución médica, pero cumpliendo con determinadas normas y formas de asistir específicas, para generar así autonomía de acción. Se considera un dispositivo alternativo en el entendido de que es una práctica de asistencia alternativa que no es está recomendada desde el Estado, y a la que las mujeres que acceden lo hacen desde un conocimiento previo, en relación con información sobre derechos sexuales y reproductivos y desde un rechazo a la asistencia institucional, buscando otras formas de asistencia.

12 Dispositivos de poder en cuanto «... modos de captar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar y asegurar los gestos, las conductas, las opiniones y los discursos de los seres vivientes» (Agamben, 2011 en Sanín y Zapata, 2014, p. 81)

## Reflexiones finales

Teniendo en cuenta las experiencias de las entrevistadas se puede concluir que no tomaron la decisión de tener PDP desde una mala experiencia institucional, fuera de un parto anterior o de otro tipo de experiencias. Sin embargo, sus concepciones sobre las instituciones médicas son negativas, lo que las inclina a tener un PDP, al considerarlo una práctica alternativa a la hegemónica —el parto institucional—. Aspectos como la violencia obstétrica,<sup>13</sup> la atención desde el enfoque de riesgos (donde se busca prevenir y se protocoliza la asistencia), la atención en partos por parte de ginecólogas y no de parteras, el uso protocolizado de episiotomías, las cesáreas innecesarias y otros aspectos que van contra las recomendaciones tanto nacionales como internacionales las llevan a entender que la institución médica no es el lugar donde ellas se sentirían más cómodas para tener a sus bebés. Estos aspectos en torno a sus concepciones no se basan, en la mayoría de las entrevistadas, en experiencias que vivieron en carne propia, sino en experiencias que han escuchado, información que han adquirido y leído, y que, a su vez, generan una apropiación subjetiva de un discurso que guía sus opiniones y decisiones.

Mencionan otros aspectos relacionados con el lugar físico, la armonía, las luces, los objetos personales. Es decir, cuestiones que tienen que ver con considerar el hogar como un lugar de más comodidad, familiar, donde se podrían relajar y hacer lo que quisieran en cada momento, es decir, que les propone más autonomía. Hay dos aspectos, entonces, a tener en cuenta: los relacionados con la asistencia y aquellos vinculados con el lugar físico. Considero que las experiencias domiciliarias, en este sentido, pueden sumar a las institucionales, teniendo en cuenta que propone un cambio en cómo se concibe el proceso de parto, embarazo y puerperio (sobre el cual en las instituciones médicas no hay casi acompañamiento), en el entendido de que las parteras, según lo descrito por las entrevistadas sobre su rol, proponen una asistencia que tiene similitudes y cercanías con el modelo humanista.

Por otra parte, las recomendaciones sobre la humanización del parto son que un parto de bajo riesgo sea asistido por una partera, debido a su formación determinada. Esta situación, en Uruguay, no es la predominante, sino que lo son los partos asistidos prioritariamente por ginecólogos o ginecólogas. Este aspecto es importante, pero no es lo único que influye. Es decir, no solo es cuestión de quién asiste los partos institucionales, sino que tiene que ver con un cambio sobre cómo se hace, tanto desde la medicina como socialmente concebimos el parto y la decisión sobre dónde y cómo parir. En este contexto, considero a la decisión de tener

13 Este tipo de violencia está considerada actualmente dentro de la Ley de Violencia hacia las Mujeres Basada en Género (Ley n.º 19.580) definida como «toda acción, omisión y patrón de conducta del personal de la salud en los procesos productivos de una mujer, que afecte su autonomía para decidir libremente sobre su cuerpo o abuso de técnicas y procedimientos invasivos» (Uruguay, 2017)

un PDP dentro de un proceso de resistencia. La práctica, con las características que exponen las entrevistadas la concibo como un dispositivo alternativo, donde también existen maneras de accionar específicas, normas y reglas.

Muchos aspectos planteados a lo largo de este trabajo, así como la posibilidad de tomar al parto como un proceso completamente desmedicalizado, y, teniendo en cuenta el aspecto fundamental que significa la asistencia de las parteras para las entrevistadas, aportan, para concluir que el PDP se encuentra en un lugar intermedio entre las características de un parto medicalizado y uno desmedicalizado. No es una oposición absoluta al parto institucional, visto desde esta perspectiva. A partir de este aspecto se podría incluir como una opción más a la hora de elegir dónde parir, pudiendo considerarlo como una elección dentro de un marco que contemple diferentes lugares de asistencia. Al plantear el PDP desde una posición intermedia, o tal vez sin tomarlo como una oposición radical al parto institucional, se podría incorporar la propuesta de Odent (2002) sobre una coordinación entre las experiencias domiciliarias y los equipos hospitalarios, tratando de incluir las ventajas o posibilidades que habilita cada asistencia. Sin embargo, retomando lo expuesto por Illich (1975) sobre la industria médica y la poca autonomía que se le propone a las personas para actuar sobre su propia salud, se vuelve difusa la idea de plantear, desde el sistema de salud, que se incorpore la propuesta de PDP y lograr una coordinación entre los equipos hospitalarios que genere un aprovechamiento de recursos.

Para que esto sea una posibilidad, se debe generar un cambio en la manera de concebir el proceso de parto, tanto desde la sociedad como desde el Estado, y desde las instituciones médicas y el personal de salud, donde influyen lógicas que siguen manteniendo el modelo tecnocrático de asistencia en partos. En este sentido, incorporar esta temática como discusión o desde sus aportes en la asistencia puede propiciar a generar cambios que apunten a una propuesta más humanista en la asistencia en partos.

## Referencias

- Alonso, J. E. (1998). *La mirada cualitativa en sociología: una aproximación interpretativa*. Madrid: Editorial Fundamentos.
- Bordes, M (2015). El debate medicalización-desmedicalización en el campo de estudios de las medicinas alternativas y complementarias. En: *I Congreso Latinoamericano de Teoría Social*. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 76(2), 167-197. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0188-25032014000200001&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0188-25032014000200001&script=sci_abstract&tlng=pt).



- Crizóstomo, C., Nery, I., y Barros Luz, M. (2007). A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar. *Esc Anna Nery R Enferm*, 11(1): 98-104. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/ean/a/VQbwFwMvT4CLcB3NnLg3c6c/?lang=pt&format=pdf>
- Davis-Floyd, R. (2004). *Del médico al sanador*. Buenos Aires: Fundación Creavida.
- Federici, S. (2011). *El calibán y la bruja: mujeres, cuerpos y acumulación originaria*. Buenos Aires: Tinta Limón Ediciones.
- Fornes, V. (2009). Cuerpos, cicatrices y poder: una mirada antropológica sobre la violencia de género en el parto. En: *Acta 1.º Congreso Interdisciplinario sobre Género y Sociedades*. Córdoba: Universidad de Córdoba
- Frank, T. C., y Pelloso, S. M. (2013). A percepção dos profissionais sobre a assistência ao parto domiciliar planejado, *Rev Gaúcha Enferm.*, 34(1), 22-29. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/KYkMxpSVhTTGzggmV5ZZ3KM/?lang=pt&format=pdf>
- Garazi, D. (2016). Experiencia, lenguaje e identidad: Algunas notas sobre el concepto de experiencia en la obra de Joan W. Scott. *Trabajos y Comunicaciones*, (43), e013. Recuperado de <https://memoria.fahce.unlp.edu.ar/library?a=d&c=arti&d=Jpr7179>;
- Illich, I. (1975). *Némesis Médica: la expropiación de la salud*. Barcelona: Barral Editores.
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (s, f.). Estadísticas vitales. [en línea] Recuperado de <https://www.ine.gub.uy/estadisticas-vitales>.
- Lupton, D. (2012). *La medicina como cultura: la enfermedad, las dolencias y el cuerpo en las sociedades occidentales*. Medellín: Universidad de Antioquia
- Magnone, N. (2010). *Derechos y poderes en el Parto: Una mirada desde la perspectiva de Humanización* (Tesis de Maestría en Sociología). Montevideo: FCS, Universidad de la República. Recuperado de [https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/8256/1/TMS\\_MagnoneAlemanNatalia.pdf](https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/8256/1/TMS_MagnoneAlemanNatalia.pdf).
- Magnone, N. (2011). Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica. En: *X Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales*. Montevideo: Universidad de la República.
- Montes, M. J. (2007). *Las culturas del nacimiento: representaciones de las mujeres gestantes, comadronas y médicos*. Tarragona: Universitat Rovira I Virgili.
- Ministerio de Salud Pública (MSP) (2014). *Guía de Salud Sexual y Reproductiva: manual para la atención a la mujer en proceso de embarazo, parto y puerperio*. Montevideo: MSP-UNFPA. Recuperado de <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/2014-Manual-Atenci%C3%B3n-Embarazo-Parto-y-Puerperio.pdf>.
- Observatorio sobre Violencia Basada en Género hacia las Mujeres (2020). *Segunda encuesta nacional de prevalencia sobre violencia basada en género y generaciones*. Montevideo: INE. Recuperado de <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/encuesta-nacional-prevalencia-sobre-violencia-basada-genero-generaciones>.
- Odent, M. (2002). *El granjero y el obstetra*. Buenos Aires: Editorial Creavida.
- Sanín Eastman, J. A., y Zapata Callejas, J. S. (2014). Biopolítica, seguridad y dispositivos alternativos de resistencia. *Revista de Estudiantes de Ciencia Política*, (3). Recuperado de <https://revistas.udea.edu.co/index.php/recp/article/view/26241>.
- Uruguay (2017). Ley n.º 19.580: Ley de Violencia hacia las Mujeres Basada en Género. Modificación a Disposiciones del Código Civil y Código Penal. Derogación de los arts. 24 a 29 de la Ley 17.514. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19580-2017>.
- Weber, M. (1958). *Ensayos sobre metodología sociológica*. Buenos Aires: Amorrortu,
- Zola, I. K. (1999). La Medicina como Institución de Control Social. En: C. de la Cuesta (Comp.), *Salud y enfermedad: Lecturas básicas en Sociología de la Medicina*. Medellín: Universidad de Antioquia.

# FERTILIDAD: CUIDADOS, MITOS Y RELEVANCIA EN JÓVENES DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES<sup>1</sup>

FERTILITY: CARE, MYTHS AND RELEVANCE  
IN YOUNG PEOPLE IN THE PROVINCE OF BUENOS AIRES

FERTILIDADE: CUIDADOS, MITOS E RELEVÂNCIA  
DOS JOVENS DA PROVÍNCIA DE BUENOS AIRES

*Elizabeth Ormart<sup>2</sup>*

*Universidad de Buenos Aires  
eormart@gmail.com*

*Constanza Curado*

*Universidad Nacional de Mar del Plata*

*Evelyn Pasquali*

*Universidad de Buenos Aires*

*Sofía Dlabach*

*Universidad de Buenos Aires*

*Agustina Geremías*

*Becaria de la Secretaría de Ciencia y Técnica  
de la Universidad de Buenos Aires (UBACyT)*

**Recibido: 26/8/2021 | Aceptado: 6/12/2021**

1 Proyecto Ubacyt 20020150100164BA Facultad de Psicología. UBA (2021-2023)

2 Profesora adjunta regular de Psicología ética y Derechos Humanos. Coordinadora de la práctica el rol del psicólogo en el ámbito de las técnicas de reproducción asistida. Directora del proyecto Ubacyt 20020150100164BA Facultad de Psicología. UBA. eormart@gmail.com

**Resumen:** El objetivo del presente escrito es explorar las representaciones de cuidado y preservación de la capacidad reproductiva que tienen los jóvenes universitarios en función de su género. En diversas investigaciones se ha puesto de manifiesto que el tema del cuidado de la salud en general y de la salud reproductiva en particular se ha delegado socialmente en las mujeres. Algunas preguntas que orientaron la indagación están centradas en establecer: ¿Qué conocimientos tienen los jóvenes sobre el cuidado y la preservación de la fertilidad? ¿Existen diferencias de género en las representaciones de su futuro reproductivo? ¿Qué consideran las mujeres y los hombres jóvenes que es importante al momento de preservar su capacidad reproductiva? ¿Conocen y tienen la intención de ser donantes de gametos en el futuro? Con un diseño exploratorio indagamos los conocimientos y representaciones de los jóvenes bonaerenses sobre una muestra (n=635). Se utilizaron preguntas cerradas para explorar edad, género, nivel socioeconómico, presencia de hijos, cantidad de integrantes de la familia, grado de conocimientos sobre el cuidado de la fertilidad, motivos de la preservación de la fertilidad, planificación familiar, entre otros. Se utilizaron preguntas abiertas para fundamentar el motivo de ciertas respuestas e indagar proyectos futuros de familia.

**Palabras clave:** Representaciones; Cuidado y preservación de la fertilidad; Jóvenes; Proyecto familiar.

**Abstract:** The objective of this paper is to explore the representations of care and preservation of reproductive capacity that young university students have based on their gender. Various investigations have shown that the issue of healthcare in general and reproductive health in particular has been socially delegated to women. Some questions that guided the inquiry are focused on establishing: What knowledge do young people have about the care and preservation of fertility? Are there gender differences in representations of your reproductive future? What do young women and men consider to be important in preserving their reproductive capacity? Do you know and intend to be gamete donors in the future? With an exploratory design, we investigated the knowledge and representations of young people from Buenos Aires on a sample (N: 635). Closed questions were used to explore age, gender, socioeconomic status, presence of children, number of family members, degree of knowledge about fertility care, reasons for fertility preservation, family planning, among others. Open questions were used to support the reason for certain answers and to investigate future family projects.

**Keywords:** Representations; Care and Preservation of Fertility; Youth; Family Project.

**Resumo:** O objetivo deste artigo é explorar as representações de cuidado e preservação da capacidade reprodutiva que jovens universitários possuem com base em seu gênero. Várias investigações mostraram que a questão dos cuidados de saúde em geral e da saúde reprodutiva em particular foi socialmente delegada às mulheres. Algumas questões que nortearam a investigação estão voltadas para o estabelecimento: Qual é o conhecimento dos jovens sobre o cuidado e a preservação da fertilidade? Existem diferenças de gênero nas representações de seu futuro reprodutivo? O que mulheres e homens jovens consideram importante para preservar sua capacidade reprodutiva? Você conhece e pretende ser doador de gametas no futuro? Com um desenho exploratório, investigamos o conhecimento e as representações dos jovens de Buenos Aires sobre uma amostra (N: 635). As perguntas fechadas foram utilizadas para explorar idade, gênero, nível socioeconômico, presença de filhos, número de membros da família, grau de conhecimento sobre os cuidados com a fertilidade, motivos para a preservação da fertilidade, planejamento familiar, entre outros. Perguntas abertas foram usadas para apoiar a razão de certas respostas e para investigar projetos familiares futuros.

**Palavras-chave:** Representações; Cuidado e Preservação da Fertilidade; Juventude; Projeto Família

## Introducción

El presente trabajo se enmarca en un programa de investigaciones continuas que comenzó en 2015 en Argentina: el proyecto UBACyT 20020150100164BA, «Las competencias del psicólogo en el ámbito de las tecnologías de reproducción humana asistida». Dicho programa busca establecer un cuadro de situación de las competencias de los psicólogos en materia de reproducción humana asistida. Un capítulo central de dicho informe, lo constituye el área de la salud sexual y reproductiva de jóvenes en edad de procrear y los conocimientos que estos tienen para planificar su futuro reproductivo.

El envejecimiento poblacional y la disminución de la tasa de natalidad constituyen uno de los mayores problemas demográficos contemporáneos (Pedro, Brandão, Schmidt, Costa y Martins, 2018; Harper *et al.*, 2017; Lugones, 2021). Una de las razones por las que hubo un descenso de la fecundidad es el retraso de la maternidad por proyectos sociales, esto provoca que las mujeres que buscan una descendencia con su propio material genético y encaran ese proceso después de los 35 años descubren que ya es tarde.

En Argentina, un informe especial del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) (2020) señala que las mujeres en 2010 tuvieron, en promedio, 4 hijos menos que en 1869, y que desde 1990 a 2010 se ha pasado de 2,9 a 2,4 hijos por mujer. Es decir que mientras la edad del primer embarazo aumenta, la cantidad de hijos va en disminución. Estos indicadores están relacionados con un incremento de la cantidad de mujeres que ingresan al mundo laboral y que obtienen títulos educativos universitarios, y con un mayor uso de métodos anticonceptivos. Es necesario destacar que, en Argentina, esta tendencia al aumento de la edad de las madres primerizas se incrementa en las clases sociales con mayor poder adquisitivo, en las que se evidencian un mayor nivel educativo y un menor índice de desempleo. Este sector socioeconómico, que posterga la maternidad, lo hace con escasos conocimientos del declive de la fertilidad.

La situación es diametralmente opuesta para las mujeres de menor poder adquisitivo o situación de pobreza en Argentina. Según el Ministerio de Salud Argentino (2019),

... la tasa de fecundidad adolescente temprana se ubica en los últimos años con valores cercanos al  $2 \times 1000$ . En 2015 hubo 2787 nacimientos con madres menores de 15 años, lo que significó una tasa de fecundidad temprana para ese año del  $1,6 \times 1000$ . En la República Argentina hay 700.000 nacimientos por año: el 16 % proviene de madres adolescentes de entre 15 y 19 años de edad (en algunas provincias, esto llega al 25 %) y más de 3000 son de niñas de entre 10 y 13 años.

Esta población suele ser de bajos recursos: la desocupación y la subocupación horaria afectan en mayor medida a las mujeres de menores ingresos. En estos sectores el embarazo no intencional se encuentra vinculado, entre otros factores, al escaso conocimiento sobre planificación familiar.

Encontramos en ambos grupos socioeconómicos una necesidad imperiosa por mejorar los niveles de conocimiento sobre el cuidado y preservación de la fertilidad. Sin embargo, en nuestro país, las investigaciones sobre esta materia son escasas. Este escenario capitalista en el que los «huevos de oro» (Stolke, 2010, p. 21) se vuelven mercancías que se comercian entre clases sociales heterogéneas, resulta articulado con los problemas de infertilidad y los conocimientos que de ellos tienen los jóvenes.

Respecto a la infertilidad, según Lisa Jean Moore (2002), son las mujeres quienes se llevan la peor parte y la culpa de los tratamientos de infertilidad. Sin embargo, los cuerpos masculinos también se ven afectados por las ciencias de la reproducción.

Esta autora revisa la literatura sobre fertilidad masculina y sugiere que la tendencia de esta es persistente y descendente (Spark, 1988 en Moore, 2002). Refiere que si bien existió un debate en los campos de la epidemiología, la toxicología y la infertilidad con respecto a la creciente tasa de infertilidad masculina, los hombres expuestos a toxinas ambientales y ocupacionales han informado tasas de infertilidad consistentemente más altas. Frente a esta problemática, han surgido diversos tratamientos, que en su origen no fueron exitosos, por lo que se estableció como alternativa más popular para la infertilidad masculina la inseminación con donantes (Moore, 2002).

Gracias al progreso de la innovación tecnológica y científica, los espermatozoides se han convertido en mera materia prima que puede ser tecnológicamente obtenida, amplificada e incluso programada; a diferencia de lo que creían los primeros científicos especializados en semen, quienes lo consideraban como la clave de la reproducción, como una célula que encarnaba a una persona preformada y que tenía un papel autónomo en la reproducción (Moore, 2002). Dicha innovación en las ciencias reproductivas, según la autora, puede crear una crisis en la masculinidad porque ahora el esperma (un sustituto del hombre) puede ser manipulado por completo sin el hombre. Por ejemplo, la tecnología ICSI (inyección intracitoplasmática) tiene el potencial de hacer que los hombres sean innecesarios en la reproducción, ya que esta solo requiere de un espermatozoide por inyección en el óvulo y, además, existen los espermatozoides criopreservados que técnicamente no tienen una fecha de caducidad conocida.

Preocupaciones mundiales sobre el aumento de las tasas de infertilidad y la carencia del conocimiento sobre la reproducción humana han llevado a la inclusión del término: *fertility awareness* o *conciencia de fertilidad* (Zegers-Hochschild *et al.*, 2017) en el glosario de la American Society for Reproductive Medicine (ASRM) traducido por la Red Lara. De este glosario, que se encuentra publicado en línea hemos seleccionado dos términos, que consideramos relevantes para el presente estudio:

### Conciencia de fertilidad

La comprensión de la reproducción, la fecundidad, la fecundabilidad y los factores de riesgo individuales relacionados (por ejemplo, edad avanzada, factores de salud sexual como infecciones de transmisión sexual y factores de estilo de vida como tabaquismo, obesidad) y factores de riesgo no individuales (por ejemplo, factores ambientales y del lugar de trabajo); incluso la conciencia de los factores sociales y culturales que afectan las opciones para cumplir con la planificación familiar reproductiva, como así como las necesidades de construcción de una familia.

### Cuidado de la fertilidad

Intervenciones que incluyen concientización sobre fertilidad, apoyo y manejo de la fertilidad con la intención de ayudar individuos y parejas para realizar sus deseos asociados con la construcción de una familia.

Diversos estudios internacionales se han dedicado a estudiar la conciencia de la infertilidad en particular en países anglosajones y orientales (Lampi, Skoog Svanberg, Karlström y Tydén, 2006; Alfaraj *et al.*, 2019; Peterson, Pirritano, Tucker y Lampic, 2012; Chan, Chan, Peterson, Lampic y Tam, 2015; Zhou *et al.*, 2020). Pero los estudios sobre los países latinos son escasos.

Algunas preguntas que orientaron la indagación retoman los resultados de un estudio anterior de 2019 publicado en 2021 y están centradas en establecer: ¿Qué aspectos socioculturales y económicos construyen la idea de fertilidad/infertilidad para la población indagada? ¿Qué conocimientos tienen los jóvenes de la provincia de Buenos Aires sobre el cuidado de la fertilidad? ¿Qué cuestiones desconocidas o erróneas presentan mayores dificultades para la planificación familiar? Observamos en el estudio anterior que la población de jóvenes de la muestra es de clase baja. Estadísticamente, esta población es la que a futuro se constituyen en padres y madres jóvenes y suelen ser donantes en proyectos reproductivos de terceros, por ello en esta encuesta hemos incluido preguntas relativas a la donación reproductiva. Asimismo, en la investigación precedente observamos diferencias de género en las actitudes de cuidado de la

salud reproductiva, de ahí que nos preguntemos cómo incluye la variable género y franja etaria en el cuidado y preservación de la fertilidad.

La generación Y, conocida como *millennials*, es aquella que nació entre 1980 y los 2000, aproximadamente, y es la que hoy comprende el grupo etario de entre los 21 y los 41 años. Los sujetos comprendidos entre estas fechas han despertado mucho interés en investigadores por la ruptura que suponen con sus predecesores en lo que respecta a valores, y modos de vida (DeVaney, 2015; Pyöriä, Ojala, Saari, y Järvinen, 2017; Stout, Montagne y Shmulsky, 2020) y es la población que ha respondido mayoritariamente esta encuesta. Se los reconoce por equilibrar mejor la vida social y laboral que lo que lo han logrado las generaciones anteriores, ser optimistas, relajados, con conciencia cívica y estar involucrados políticamente en dilemas sociales, ser habilidosos en el *multitasking* y saber trabajar en equipo.

Algunas características de esta población es que son considerados *nativos digitales*, es decir, que nacieron y se criaron con internet, lo que también les dio un aumento del conocimiento a escala mundial producto de la globalización del saber. Son jóvenes con escasa posibilidad de inserción en el trabajo, producto de las crisis económicas que les han tocado atravesar. Esto los lleva a vivir más tiempo con sus padres y por ende retrasar cuestiones como el matrimonio o los proyectos familiares.

La reproducción es una capacidad biológica de los seres humanos, pero que también está cargada culturalmente. A su vez, está atravesada por mandatos políticos, religiosos, éticos y sobre todo sociales (Soriano-Ortega, Carballo-Mondragón, Roque-Sánchez, Durán-Monterrosas y Kably-Ambe, 2017). Uno de estos aspectos sociales es el mandato que recae sobre las mujeres de ser madres (Fernández, 1993; Tubert, 1991; Alkolombre, 2008; Ormart, 2020b) que se refleja en la búsqueda de la maternidad a partir de las técnicas de reproducción asistida.

El desafío que supone el mundo laboral actual a los y las jóvenes, hace que se retrasen los proyectos de familia a tal punto, que cuando se busca concretar este proyecto, se requiere de un centro de reproducción, ya que la edad fértil de la mujer terminó, por ende, el proceso de infertilidad que ronda el 11 %, aumenta, ya no por razones médicas, sino sociales. En general, el conocimiento sobre el cuidado de la fertilidad es pobre, ya que se ignora el declive de la etapa reproductiva de la mujer a partir de los 35 años (Ormart, 2021)

Quienes tienen un hijo o hija antes de los 35 años, consideran que serán capaces de tener el segundo en años posteriores a esta edad, desconociendo la infertilidad secundaria. También se sorprenden al enterarse que la tasa de embarazo, aún con las técnicas de reproducción, es menor cuanto más grandes sean los y las participantes (Mac Dougall, Beyene y Nachtigall,

2013). Esto implica que muchas veces se requiera la técnica de donación de gametos. Esta técnica supone un trabajo psíquico extra, de deconstrucción de las representaciones del embrión y de duelo genético (Ormart y Abelaira, 2020) por la necesidad de recurrir a terceros que aporten el material necesario para alcanzar el proyecto parental. Aceptar concebir un hijo con material genético donado en algunos casos puede llevar un largo tiempo. Barón (2010 en Albornoz Álvarez, 2014) afirma que, en el caso de la ovodonación, las pacientes atraviesan un período de duelo genético en el que tendrán que admitir la no transmisión de la carga genética, conllevando un intenso dolor psíquico y sentimiento de pérdida irreparable

Paradójicamente, son aquellas personas con mayor nivel educativo, las que desconocen estos aspectos y postergan la maternidad/paternidad con la falsa creencia de que podrán concebir cuando lo quieran hacer (Soriano-Ortega *et al.*, 2017)

Las razones que da esta población para retrasar el proyecto familiar, es que esperan buenas condiciones de vida, y una estabilidad económica, que se da a edades avanzadas, dificultando o impidiendo el proceso reproductivo (Lampic *et al.*, 2006; Soriano-Ortega *et al.*, 2017 y Adebisi Gbadebo Adesiyun, Nkeiruka Ameh, Marliyya Zayyan *et al.*, 2014).

La Ley de Educación Sexual Integral sancionada en Argentina en 2006 busca, entre otras cosas, brindar la información certera sobre los cuidados sexuales y reproductivos en todos los niveles educativos. Sin embargo, esta ley tuvo escasa implementación en el país y el nivel superior no fue la excepción sino más bien pareció ser el más descuidado en este sentido. Cuando estas generaciones alcanzan la edad en la que desean tener hijos, se sienten «engañadas» y plantean que a lo largo de su educación nunca les habían advertido sobre las cuestiones vinculadas al declive de la fertilidad. Incluso creen que llevar una vida sana, con dieta y ejercicio, puede minimizar el impacto de los años en la capacidad de concebir (Mac Dougall, Beyene y Nachtigall, 2012 y European Society of Human Reproduction and Embryology [ESRHE], 2020). En el caso de la reglamentación de las técnicas de reproducción humana asistida (TRHA), la Ley Nacional n.º 26.862 de Reproducción Médicamente Asistida (Argentina, 2013) otorgó por primera vez un amplio acceso a los procedimientos a vastos sectores antes postergados, definidos por su ubicación sociodemográfica, pero también socioeconómica. Sin embargo, la materialización concreta de este derecho en nuestro país se ve obstaculizada por la existencia de escasos hospitales públicos que proveen de los servicios de alta complejidad, los cuales incluso no son totalmente gratuitos ni se ofrecen a todos los sujetos estipulados (Ariza, 2017). Es por esto que estudios como el que se presenta a continuación adquieren una relevancia fundamental para comenzar a idear intervenciones que apunten a una formación sexual y procreativa integral que no deje a los sujetos arrasados ante el «reloj biológico» y que



brinde herramientas no solo cognitivas, sino también actitudinales para una planificación familiar responsable.

## Antecedentes

Estudios indican (Carballo Mondragón *et al.*, 2017; Peterson *et al.*, 2012; Lampi, 2006) que la población mexicana tiene una comprensión pobre de la fertilidad y tiende a sobreestimar la posibilidad del embarazo, ya que parece desconocer que la capacidad reproductiva de las mujeres comienza a disminuir a partir de los 35 años de edad. Por ende, se considera necesaria una educación para el cuidado de la fertilidad porque a la falta de desconocimiento sobre la capacidad fértil de las mujeres, se suma la ignorancia de las implicaciones de la obesidad y las infecciones de transmisión sexual en la capacidad reproductiva.

«En la etapa reproductiva la educación en reproducción y, en especial, de la fertilidad puede ser de gran importancia para evitar conductas que contribuyan a la incapacidad de lograr el embarazo en edades posteriores» (Carballo *et al.*, 2017, p. 372), sobre todo porque estos mismos autores refieren que hay evidencia de que el cuidado de la salud, como el tener hábitos saludables (hacer ejercicio, tener una buena alimentación, etc.), mejoran la capacidad fértil. Por esto, se vuelve de suma importancia divulgar información sobre la fertilidad y las consecuencias posibles de posponer la maternidad o la paternidad. Esto adquiere especial relevancia para la población mexicana, en donde las mujeres se visualizan como madres independientemente de la edad que tengan, negando los obstáculos biológicos que el paso del tiempo trae consigo (Soriano-Ortega *et al.*, 2017). Según los datos relevados por estos autores, el 54,73 % de las mujeres encuestadas considera la mejor edad para ser madre entre los 30 y los 40 años, el 38,27 % entre los 35 y los 40 años, el 4,49 % respondió que la mejor edad es entre los 40 y los 46, mientras que el 2,06 % dice serlo después de los 46 años. Estas concepciones no son certeras, por lo que la información es fundamental, a la vez que es necesario difundir en edades tempranas, la existencia posibilidades y limitaciones de las técnicas de reproducción asistida como pueden ser la criopreservación o vitrificación de gametos (Carballo *et al.*, 2017).

Las mujeres suecas, señala Elina Lampi (2006), parecen ser conscientes de que el riesgo de la infertilidad femenina aumenta con la edad. Sin embargo, son menos conscientes de la magnitud de este aumento. Frente a esto, esta autora también resalta la importancia de poseer información sobre los riesgos generales de la infertilidad femenina relacionados con la edad y los alcances y límites de las técnicas de reproducción asistida. Lampi (2006) considera que, si las mujeres tienen percepciones de riesgo sesgadas, el cuidado y la preservación de la fertilidad debe tener un interés político.

Mayor cercanía etaria, a la población de esta investigación registran los jóvenes universitarios de Estados Unidos quienes refieren sobre estos temas, que retrasar la maternidad en ese país es evidente entre las mujeres con estudios universitarios, aunque tanto hombres como mujeres dicen ser conscientes del descenso de la fertilidad relacionado con la edad (Lampi, 2006; Peterson *et al.*, 2012), lo cual se comprueba ya que aseguran que la infertilidad femenina decae rápidamente entre los 35 y los 37 años por la baja en la calidad y cantidad de ovocitos y un aumento en la tasa de abortos espontáneos. Esto podría deberse a lo que R. R. Watson (2015) describe en el capítulo del libro *Handbook of Fertility*: que en Estados Unidos la educación sexual integral incluye la salud sexual y reproductiva con los consiguientes síntomas de los problemas que pueden afectar este aspecto de la vida. Asimismo, se forma a los y las adolescentes sobre las consecuencias de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y su impacto en la fertilidad.

En lo que respecta a Argentina, investigaciones anteriores (Ormart, 2021) han demostrado que la población comprendida entre 17 y 23 años, del conurbano bonaerense, de nivel socioeconómico bajo tiende a representar las principales causas de la infertilidad masculina radican en la mala alimentación, en el consumo de drogas y, en tercer lugar, en la ausencia de uso del preservativo que predispone a contraer ITS. En cambio, las principales causas de la infertilidad en las mujeres representadas por este grupo poblacional radican en la edad, en abortos mal realizados y en enfermedades hormonales.

Un número importante de la muestra tomada por esta investigación (73 %) indica que considera que el deterioro de la fertilidad de la mujer inicia a partir de los cuarenta. Este dato erróneo tiene impacto en la planificación familiar. Asimismo, en lo que respecta a este tema, el 59,2 % dice que no es necesario hablar con el ginecólogo a la hora de iniciar un proyecto de familia.

Investigaciones sobre las representaciones asociadas al cuidado y la preservación de la fertilidad adquieren importancia a la hora de implementar planes de formación y concientización sobre los aspectos biológicos de la reproducción humana. De las mujeres encuestadas por K. Mac Dougall, Y. Beyene, y R. D. Nachtigall (2013) el 23 % indica que de haber sabido que tendrían que recurrir a una FIV o a donación de gametos para ser madres, hubieran tenido hijos antes.

Con relación a la donación de gametos, investigaciones en Argentina y España; Álvarez Plaza y Pichardo Galán, 2017) explican que los motivos principales por los cuales hombres y mujeres donan son obtener compensación económica y ayudar a otra persona o pareja a formar una familia. En Argentina, el 38 % de las donantes de ovocitos lo harían por ambos

motivos mencionados y el 30 %, en España (Lima, Rossi, Kohen y Ormart, 2019). Por otro lado, estudios realizados por Cristina Lucía y Rocío Núñez (2015) indicaron que para el caso español, la mayoría de los encuestados donarían con fines económicos y solo unos pocos (23,91 % hombres y 31,6 % mujeres) aluden exclusivamente a motivos altruistas.

## Objetivos

### General

Conocer las representaciones que tienen los y las estudiantes de nivel superior de la provincia de Buenos Aires sobre la donación y el cuidado de la fertilidad en función del género.

### Específicos

- Establecer el grado de conocimiento que tienen los jóvenes estudiantes de la provincia de Buenos Aires sobre el cuidado de la fertilidad y la donación reproductiva.
- Comparar las representaciones de los jóvenes estudiantes de la provincia de Buenos Aires sobre la donación y el cuidado de la fertilidad de acuerdo a su género.
- Comparar las representaciones de los jóvenes estudiantes de la provincia de Buenos Aires sobre el cuidado de la fertilidad de acuerdo a su franja etaria (17-21) (21-25) (+26).

## Hipótesis

- 1- Los y las jóvenes que están cursando estudios terciarios o universitarios en la provincia de Buenos Aires tienen escasos conocimientos sobre el cuidado de la fertilidad.
- 2- Los y las jóvenes estudiantes de la provincia de Buenos Aires no piensan en su futuro reproductivo dado que lo ven como algo muy lejano.
- 3- Hay una ausencia de planificación familiar en los y las jóvenes que están cursando estudios terciarios o universitarios, debido a la falta de información sobre el cuidado de la fertilidad.
- 4- No hay diferencias sobre el conocimiento acerca de los cuidados de la fertilidad entre ambas franjas etarias de la población estudiada.

## Metodología

### Población

La población de esta investigación se forma con estudiantes de nivel superior de institutos públicos y privados que están cursando carreras universitarias, tecnicaturas universitarias o tecnicaturas no universitarias.

La muestra quedó conformada con 635 sujetos de los cuales el 67,7 % (N=430) dice ser mujer, el 32,1 % (N=204) dice ser hombre y el 0,1 % (N=1) declara no ser ni mujer ni hombre. El promedio de edad de quienes conforman la muestra es de 22,75 años.

El 2,9 % (N=14) de la muestra respondió estar cursando el último año del nivel medio y asistiendo a materias o cursos de ingreso a la universidad. Del porcentaje restante, el 60,3 % (N=383) respondió estar cursando un nivel terciario universitario; el 29 % (N=186), universitario de licenciatura; el 7,2 % (N=46), una tecnicatura universitaria; el 1,8 % (N=12), un nivel terciario no universitario (profesorado), y el 1,2 % (N=8) estar cursando nivel terciario no universitario. Considerando que aquellas personas encuestadas que estuvieran cursando el nivel medio quedaron abarcadas por el criterio de exclusión de la muestra, de los demás niveles el 2,8 % (N=18) cursa sus estudios en una institución privada, mientras que el 97,1 % los lleva a cabo en una institución pública (N=617).

En la actualidad, el 89,6 % (N=569) dice no tener hijos, mientras que el 10,3 % (N=66) sí los tiene.

Se trata de familias numerosas, ya que en un 60 % están integradas por cuatro o más personas. El 14,5 % del grupo familiar cobra entre 41.000 y 60.000 pesos y solamente el 12,44 % de la muestra cobra más de \$ 61.000 —con indicador de canasta básica familiar para no caer en la pobreza de \$ 47.215,97<sup>3</sup> para un grupo familiar de cuatro personas—.

### Instrumento

El instrumento que se utilizó fue un cuestionario de Googleforms compartido en redes sociales —Facebook y WhatsApp— en forma de muestreo de bola de nieve.<sup>4</sup>

El formulario tenía 5 secciones con un total de 37 preguntas sumadas al consentimiento informado de participación. De la encuesta, para elaborar este trabajo nos hemos centrado en la donación y planificación familiar.

3 Datos del INDEC de agosto 2021.

4 El muestreo por bola de nieve es una técnica de muestreo no probabilística en la que los individuos seleccionados para ser estudiados reclutan a nuevos participantes entre sus conocidos.

## Resultados

Para analizar los resultados, a la población relevada se la analizó desde dos cortes transversales: edad y género.

### Planificación familiar

Tabla 1.

Presencia o ausencia de hijos o hijas según franja etaria

PRESENCIA/AUSENCIA DE HIJOS SEGÚN FRANJA ETARIA				
Respuestas	Grupo 17-21 años	Grupo 22-25 años	Grupo +25 años	Total general
No tiene hijos	99,25%	92,31%	54,24%	89,61%
Tiene hijos	0,75%	7,69%	45,76%	10,39%
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: elaboración propia

En la Tabla 1 pueden observarse datos que correlacionan con las investigaciones que certifican a nivel mundial un retraso en la constitución de la maternidad/paternidad ya que en las primeras tres franjas etarias la diferencia es significativa. Los datos se vuelven parejos solo hacia la última parte de la población relevada, es decir, mayor de 26 años.

Tabla 2.

Presencia o ausencia de hijos o hijas según género

PRESENCIA/AUSENCIA DE HIJOS SEGÚN GÉNERO				
Respuestas	Hombre	Mujer	Ni mujer ni hombre	Total general
No tiene hijos	97,55%	85,81%	100,00%	89,61%
Tiene hijos	2,45%	14,19%	0,00%	10,39%
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: elaboración propia

De la mano con lo expresado antes, el corte transversal de la Tabla 2 que refiere al género evidencia que las mujeres tienen más hijos que los hombres.

De quienes sí tienen hijos, la mayoría buscó tenerlos, y la tendencia más fuerte se observa en el grupo mayor de 25. Esto tiene que ver en gran parte con que es el grupo etario con mayor porcentaje de personas que son padres/madres.

Tabla 3.  
Búsqueda de hijos o hijas según género

BÚSQUEDA DE HIJOS SEGÚN GÉNERO			
Respuestas	Hombre	Mujer	Total general
No responde	60,00%	37,70%	39,39%
Lo buscó	20,00%	52,46%	50,00%
No lo buscó	20,00%	9,84%	10,61%
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: elaboración propia

Ahora, la Tabla 4 hace un corte transversal según el género en lo que respecta a la búsqueda de esos hijos o hijas. Al igual que en la tabla anterior, quienes no responden es porque no los tienen. Pero es sumamente interesante rescatar que de aquellos o aquellas que sí tuvieron hijos, las mujeres puntúan más alto en «Lo buscó», mientras que los hombres indican con mayor frecuencia que no buscaron a sus hijos o hijas

Tabla 4.  
Representación de edad ideal para tener hijos o hijas

EDAD IDEAL PARA TENER HIJOS SEGÚN FRANJA ETARIA				
Respuestas	Grupo 17-21 años	Grupo 22-25 años	Grupo +25 años	Total general
Antes de los 25 años	1,25%	0,00%	3,39%	1,42%
Entre 25 y 30 años	41,50%	41,88%	24,58%	38,43%
Entre 31 y 35 años	26,50%	32,48%	26,27%	27,56%
Entre 36 y 40 años	5,25%	4,27%	3,39%	4,72%
Después de los 40 años	1,00%	0,00%	0,00%	0,63%
No hay que planificarlo, que venga cuando quiera	0,75%	0,00%	4,24%	1,26%
No hay una edad ideal	23,00%	16,24%	23,73%	21,89%
No responde	0,75%	5,13%	14,41%	4,09%
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: elaboración propia

Que el grupo etario de 17 a 21 años haya escogido la opción «Después de los cuarenta» en un 5,25 % habla de la falta de información sobre el declive de la capacidad fértil de las mujeres. Sin embargo, no hay datos sobre esa misma categoría en poblaciones mayores, lo que requeriría de mayores y más profundas investigaciones para estudiar las representaciones de la población de esta franja etaria. De la mano con esto, va el amplio porcentaje que obtuvo la categoría «No hay una edad ideal» en todas las franjas etarias, aunque resaltan las del grupo 17-21 y +26.

Que los menores porcentajes se den en la opción «Antes de los 25 años» correlaciona con los resultados explicitados en la Tabla 5.

Tabla 5.

Representación de edad ideal para tener un hijo o hija según el género.

EDAD IDEAL PARA TENER HIJOS SEGÚN GÉNERO				
Respuestas	Hombre	Mujer	Ni mujer ni hombre	Total general
Antes de los 25 años	0,49%	1,86%	0,00%	1,42%
Entre 25 y 30 años	39,71%	37,91%	0,00%	38,43%
Entre 31 y 35 años	34,80%	24,19%	0,00%	27,56%
Entre 36 y 40 años	7,35%	3,49%	0,00%	4,72%
Después de los 40 años	0,98%	0,47%	0,00%	0,63%
No hay que planificarlo, que venga cuando quiera	0,98%	1,16%	100,00%	1,26%
No hay una edad ideal	14,22%	25,58%	0,00%	21,89%
No responde	1,47%	5,35%	0,00%	4,09%
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: elaboración propia

En lo que respecta a la edad ideal para tener un hijo, puede verse que tanto hombres como mujeres indican en un porcentaje cercano 30 % que la mejor edad es «Entre los 25 y los 30 años» y «Entre los 31 y los 35 años», edades en las que efectivamente, tanto hombres como mujeres —pero en especial estas últimas— son más fértiles. Sin embargo, hay un 3,79 % de mujeres que indican que la mejor edad para tener un hijo o hija es entre los 36 y los 40, no teniendo en cuenta el declive paulatino que las mujeres tienen en lo que respecta a su fertilidad a partir de los 35 años. En contraposición, en esta misma categoría, el hombre puntúa más alto, lo que indica un mayor desconocimiento sobre la fertilidad femenina. Asimismo, los estudiantes suelen pensar que para esa etapa ya habrán terminado sus estudios y se habrán insertado laboralmente. Esto se correlaciona con la próxima tabla, en la que se visualizan los logros esperados a futuro.

Tabla 6.

Planes antes de tener un hijo o hija según edad

QUÉ QUISIERA HACER ANTES DE TENER HIJOS SEGÚN FRONTERA ETARIA				
Respuestas	Grupo 17-21 años	Grupo 22-25 años	Grupo +25 años	Total general
Comprar una casa	16,00%	13,68%	14,41%	15,28%
Consiguir un buen trabajo	38,00%	35,04%	11,86%	32,60%
No creo que tengan que esperar para tener hijo al logro de los proyectos personales	5,00%	5,98%	26,27%	9,13%
Terminar una carrera terciaria	26,25%	29,06%	16,95%	25,04%
Viajar	14,00%	11,11%	16,10%	13,86%
No responde	0,75%	5,13%	14,41%	4,09%
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: elaboración propia

Cómo se desarrolló antes, las y los jóvenes de la generación Y han sido quienes han vivido crisis económicas mundiales y el imperante avance del capitalismo, lo que los ha dejado en una situación de vulnerabilidad laboral. Esto se correlaciona con los resultados de la Tabla 5. Los porcentajes más altos en el grupo de 17 a 21 años y en el de 22 a 25 se da en la categoría

«Conseguir un buen trabajo». A continuación, valoran el hecho de finalizar una carrera terciaria, para luego comprar una casa. La meta de viajar se encuentra en cuarto lugar. Sin embargo, las elecciones del grupo +26 tienen mayor variabilidad, por lo que no se encuentran tendencias muy marcadas, salvo en la categoría «No cree que haya que esperar a lograr proyectos personales para tener un hijo», en la que se distancia de manera muy marcada de los otros grupos etarios, ya que los mayores de 26 años ya se encuentran en una etapa de sus vidas en las que el proyecto de tener hijos pasa a primer plano.

Tabla 7.  
Planes antes de tener un hijo o hija según el género

QUÉ QUISIERA HACER ANTES DE TENER HIJOS SEGÚN GÉNERO				
Respuestas	Hombre	Mujer	Ni mujer ni hombre	Total general
Comprar una casa	18,63%	13,72%	0,00%	15,28%
Conseguir un buen trabajo	40,69%	28,84%	0,00%	32,60%
No creo que tengan que esperar para tener hijo al logro de los proyectos personales	6,37%	10,23%	100,00%	9,13%
Terminar una carrera terciaria	73,04%	75,05%	0,00%	75,04%
Viajar	9,80%	15,81%	0,00%	13,86%
No responde	1,47%	5,35%	0,00%	4,09%
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: elaboración propia

Siguiendo la línea del estereotipo masculino, son los hombres quienes priorizan conseguir un trabajo y comprar una casa como metas previas a tener un hijo o hija. Estas elecciones parecerían reproducir el estereotipo de género del *hombre proveedor*.

Por otro lado, las puntuaciones de tener una casa y terminar una carrera terciaria son parejas en ambos géneros. Estas categorías parecieran apuntar a objetivos de superación personal más que a algo compartido.

Las mujeres destacan en el hecho querer terminar sus estudios y viajar. Un dato interesante es el resultado de «No cree que haya que esperar a lograr proyectos» para ambos géneros, ya que esta selección apuntaría a valores sociales y culturales propios de la generación Y.

## Cuidado de la fertilidad

Existen diferentes mitos acerca de las causas de infertilidad en hombres y mujeres. A continuación, veremos que algunos de estos mitos se expresan en los resultados obtenidos.



Tabla 8.  
Causas de infertilidad masculina

CAUSAS DE INFERTILIDAD MASCULINA		
Causa	N	% Sujetos
Falta total de esperma	247	37,19%
Valores anormales de espermatozoides	251	37,80%
Alteraciones estructurales del aparato reproductor	219	32,98%
No sé	209	31,47%
Estrés	186	28,01%
Infecciones	155	23,34%
Quimioterapia	146	21,98%
Disfunción erectil	131	19,72%
Radiación	130	19,57%
Uso prolongado de viagra u otros medicamentos	115	17,31%
Varicocele	65	9,78%
Uso prolongado o dosis muy alta de antibióticos	61	9,18%
Diabetes	38	5,72%
Excesiva actividad sexual	11	1,65%
Exposición al calor	22	3,31%
Mala alimentación	2	0,30%
Edad	2	0,30%
Consumo de alcohol o drogas	1	0,15%
Delgadez	1	0,15%
Haber tenido paperas	1	0,15%

Fuente: elaboración propia

El 31 % de la muestra admite no conocer las causas de la infertilidad masculina. Algunas de las causas de la infertilidad son prácticamente desconocidas por la mayoría de la muestra como la extrema delgadez o la obesidad, la edad, el consumo de alcohol o drogas y la mala alimentación, mientras que aparecen mitos vinculados a las paperas o la excesiva actividad sexual.

Tabla 9.

## Causa de infertilidad femenina

CAUSAS DE INFERTILIDAD FEMENINA		
Causa	N	% Sujetos
La edad de la mujer	440	66,26%
Enfermedades hormonales	354	53,31%
Abortos mal realizados	346	52,10%
Alteraciones del aparato genital	282	42,46%
Endometriosis	178	26,80%
Alta exposición a la radiación	169	25,45%
Enfermedad inflamatoria pélvica	110	16,56%
Dietas o actividad extrema	110	16,56%
Estrés	59	8,88%
No sé	116	17,46%
Anovulación	1	0,15%
Sobre peso	1	0,15%
Infección Vaginal	1	0,15%
Anticonceptivos	1	0,15%
Uso de drogas y alcohol	1	0,15%

Fuente: elaboración propia

La edad de la mujer es ubicada como la causa más importante de la infertilidad. El 28 % considera que el estrés es causa de infertilidad en los hombres, pero solo el 9 % en las mujeres. En las mujeres y en los hombres no se visibiliza el índice de masa corporal como factor importante en la infertilidad.

Tabla 10.  
Cuidados de la capacidad reproductora

CUIDADO DE LA CAPACIDAD REPRODUCTORA		
Respuestas	N	% Sujetos
Buena alimentación	446	67,16%
No consumir drogas	420	63,25%
Usar preservativo al tener relaciones sexuales	311	46,83%
No fumar	302	45,48%
No tomar bebidas alcoholicas en exceso	298	44,87%
Realizar deporte	278	41,86%
No ser obeso	77	11,58%
Tener sexo una vez por semana	62	9,33%
Si tenés buena genética los hábitos no son importantes	29	4,36%
Vida sana	2	0,30%
Buen estado físico y mental	1	0,15%
Carecer de enfermedades	1	0,15%

Fuente: elaboración propia

Aquí encontramos respuestas erróneas como que la genética importa y no los hábitos o tener sexo una vez por semana es bueno para la capacidad reproductiva.

Tabla 11.  
Familia monoparental según el género

SERÍA PADRE/MADRE SOLTERO/A SEGÚN GÉNERO				
Respuestas	Hombre	Mujer	Ni mujer ni hombre	Total general
No	48,04%	23,49%	0,00%	31,34%
Sí	23,53%	38,84%	100,00%	34,02%
Tal vez	28,43%	37,44%	0,00%	34,49%
No responde	0,00%	0,23%	0,00%	0,16%
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: elaboración propia

Como se mencionó antes, la población comprendida en la franja etaria elegida para esta investigación forma parte de una generación que atraviesa una crisis económica, lo que le dificulta lograr los componentes necesarios para la independencia; independencia que se figura valiosa para luego tener una familia. Sin embargo, también es una generación que atraviesa una crisis de valores, entre ellos, el ideal de una pareja estable como condición necesaria para un proyecto familiar.

En la Tabla 11 se puede ver que las mujeres tienden más a considerar la idea de ser madres solteras. Sus puntajes son más altos en «Sí» y en «Tal vez» en contraposición con el hombre que en su mayoría contestaron que «No», y que aquellos que contestaron que «Tal vez» son menos que quienes eligieron esa otra opción y que se identifican con el género contrario.

Tabla 12.  
Familia monoparental según la edad

SERÍA PADRE/MADRE SOLTERO/A SEGÚN FRANJA ETARIA				
Respuestas	Grupo 17-21 años	Grupo 22-25 años	Grupo +25 años	Total general
No	35,25%	34,19%	15,25%	31,34%
Sí	32,00%	32,48%	42,37%	34,02%
Tal vez	32,50%	33,33%	42,37%	34,49%
No responde	0,25%	0,00%	0,00%	0,16%
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: elaboración propia

En la Tabla 12 puede verse un corte según franja etaria de la opción de formar una familia monoparental si no se consiguiera pareja estable. Puede verse que el grupo más joven es el que rechaza la idea más fuertemente. Por el contrario, la respuesta del «Sí» es más pareja, con una diferencia porcentual de casi diez puntos en el grupo +26.

### Donación de gametos

Sea por infertilidad biológica o infertilidad estructural (parejas igualitarias/madres solteras), algunas persona requieren de la donación de gametos. ¿Estarían los sujetos comprendidos en esta población dispuestos a donar gametos?

Tabla 13.  
Donación de gametos según género

DONARÍA GAMETOS SEGÚN GÉNERO				
Respuestas	Hombre	Mujer	Ni mujer ni hombre	Total general
No donaría	14,71%	18,37%	100,00%	17,32%
Sí donaría	20,59%	30,23%	0,00%	27,09%
No responde	64,71%	51,40%	0,00%	55,59%
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: elaboración propia

La Tabla 13 arroja que tanto hombres como mujeres deciden no contestar. Sin embargo, entre los que sí contestan, son las mujeres las que seleccionan «Sí donaría».

Tabla 14.  
Donación de gametos según franja etaria

DONARÍA GAMETOS SEGÚN FRANJA ETARIA				
Respuestas	Grupo 17-21 años	Grupo 22-25 años	Grupo +25 años	Total general
No donaría	15,50%	16,24%	24,58%	17,32%
Sí donaría	22,00%	27,35%	44,07%	27,09%
No responde	62,50%	56,41%	31,36%	55,59%
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: elaboración propia

Al igual que en la Tabla 13, la mayoría de la muestra, independientemente de su edad, decide no contestar. Sin embargo, al analizar los datos de aquellas personas que sí contestaron tomando la variable de grupo etario como transversal se obtiene que son aquellas mayores de 25 quienes sí donarían, con una marcada diferencia si se las compara con los otros dos grupos etarios, que no presentan una diferencia tan fuerte entre ellos.

Tabla 15.  
Justificación de donación de gametos

TABLAS SEGÚN GÉNERO		
DONARÍAN GAMETOS - JUSTIFICACIÓN		
Datos	Mujer	Hombre
Ayudar/Altruismo	63,00%	60,00%
Ayudar a infértiles	22,00%	12,00%
Compensación económica	2,00%	0,00%
Sólo a conocidos	0,00%	0,00%
Respuestas Varias*	11,00%	29,00%
<b>TOTAL</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: elaboración propia

\*Respuestas relacionadas con la equiparación a otros tipos de donación, a la incertidumbre de no saber qué harán con su material genético y el producto (crianza de la niña o niño) o simplemente porque sí.

Como puede verse en la Tabla 15, haciendo un corte transversal según el género de quienes sí donarían se puede encontrar con una fuerte presencia la justificación relacionada con el altruismo. Responde a una ayuda desinteresada, que no persigue ningún fin, hacia quienes no pueden concebir por diversos motivos. Por otro lado, se destaca como dato aparte las respuestas de quienes contestaron por motivos de infertilidad, ya que aclararon que donarían a quienes la padecen. Un bajo porcentaje, pero significativo, de mujeres aluden a motivos

específicos más personales que son la retribución económica y la donación solo a su entorno próximo (conocidos, allegados). Por último, el resto de la población pareciera tener cierto despojo emocional con su material genético y respondió que no planea hacer uso de este con fines reproductivos o que lo darían para que otros los usen, equiparándolo a cualquier tipo de donación. También se encontraron respuestas de «Porque sí» sin fundamentación más profunda. Cabe destacar que en el caso de la población que se definió como hombre, este tipo de respuestas fueron las segundas más frecuentes (29 %). Sin embargo, la compensación económica aparece solo en aquellas personas que se definen mujeres, lo cual se correlaciona con estereotipos de género y la vulnerabilidad en lo que respecta al ámbito laboral en la que se encuentran las mujeres.

Tabla 16.  
Justificación ante la no donación de gametos

TABLAS SEGÚN GÉNERO		
NO DONARÍAN GAMETOS - JUSTIFICACIÓN		
DATOS	Mujer	Hombre
Incomodidad/No quiero	36,00%	47,00%
Se puede adoptar	5,00%	3,00%
Sería mi descendencia	26,00%	27,00%
Falta información	8,00%	3,00%
Respuestas Varias*	25,00%	20,00%
<b>TOTAL</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: elaboración propia

\*Respuestas relacionadas con cuestiones personales, no compartir el material genético

La Tabla 16 nos muestra los porcentajes de la población que no están dispuestos a donar sus gametos. El motivo que prevaleció más tanto en hombres (47 %) como en mujeres (36 %), se relaciona con no sentirse cómodos ya fuera por el temor al proceso médico que implica como a la incertidumbre sobre el destino/fin de su donación. Esta última podría llegar a relacionarse con la segunda categoría más frecuente («Sería mi descendencia»). Tanto hombres (27 %) como mujeres (26 %) responden que el material genético donado sería un hijo que no conocerían y sobre el cual no tendrían incidencia en la crianza. El punto a resaltar hasta aquí es que las dos categorías tienen los porcentajes más altos en ambas poblaciones, con coincidencia de respuestas o posicionamiento tanto en hombres como en mujeres. Sucede a la inversa en las categorías «Se puede adoptar» y «Falta de información». La primera equipara el proceso de donación con la adopción de niños, es decir, piensan que antes de recurrir a

gametos de terceros para lograr un embarazo, estas personas podrían adoptar. La otra tiene que ver con la falta de información sobre el proceso, incluyendo el uso (apropiado o no) que se le dará a lo que ellos donan.

Por último, la categoría de respuestas varias engloba aquellas respuestas que denotan una posesión sobre el material genético, el cual no compartirían con nadie. Se podría ver cierto valor emocional sobre los genes propios, sobre aquello que es propio y no se comparte, que reviste un alto peso significativo en este porcentaje de la población (hombre 20 %, mujeres 25 %), lo cual es relevante para la investigación.

## Discusión

Los resultados obtenidos en este trabajo coinciden con lo expuesto por Lugones (2021). Hay una tendencia poblacional a retrasar la maternidad/paternidad generando así un envejecimiento poblacional (Tablas 1 y 2). Este retraso pareciera explicarse por las dificultades económicas y de inserción laboral que tiene la población estudiada (DeVaney, 2015). Dado que la generación Y es aquella que ha pasado por crisis económicas, tiene sentido que tiendan a valorar ampliamente la obtención de una buena remuneración antes de formar una familia (Pyöriä, *et al.*, 2017; Stout *et al.*, 2020). El hecho de que sea un grupo poblacional tendiente a un equilibrio entre la vida personal y el trabajo, es lo que agrega al hecho del buen salario, la estabilidad laboral como un objetivo primordial antes de tener hijos o hijas (DeVaney, 2015). Esto se evidencia en la Tabla 3, donde se indica que es el grupo etario que supera los 25 años aquel que buscó tener hijos o hijas. Si estos datos se correlacionan con el género (Tabla 4) son las mujeres las que tienden a buscar hijos o hijas en mayor medida, reproduciendo así el mito de mujer=madre (Fernández, 1993) que se profundiza en los países de tradición católica (Ormart, 2021). El aspecto altruista es otro rasgo, que hemos encontrado en investigaciones anteriores (Lima *et al.*, 2019; Ormart, 2020b; Ormart *et al.*, 2021) vinculado a esta tradición religiosa.

Las metas reproductivas no están exentas de reproducir los estereotipos de género (Tabla 10). Como se pudo ver en los resultados, los hombres siguen priorizando conseguir un buen trabajo y reproducen así la lógica del *hombre proveedor* para poder mantener una familia, así como también se sostiene el mito de la maternidad como esencia de la femineidad (Fernández, 1993). Los estereotipos de género (Ormart y Fernández, 2020) son tan poderosos como invisibles y tienden a cristalizar formas de la femineidad y la masculinidad.

El hecho de que la femineidad radique en la maternidad sigue impregnando el imaginario social y orienta las prácticas de los y las jóvenes, dado que a lo largo de la investigación se

reconoció que las mujeres aseguran querer formar una familia a pesar de no tener pareja, a diferencia de los varones. Esto puede verse en el hecho de que las mujeres hayan puntuado más alto a la hora de considerar tener una familia monoparental a pesar de no tener una pareja estable (Tabla 10). Lo que cabe preguntarse en este punto es si esta elección es un deseo genuino que tiene que ver con el empoderamiento de la mujer a la hora de cumplir con su deseo, rompiendo con los valores patriarcales que históricamente la han ubicado dependiente de un compañero masculino, o si, por el contrario, es otra manifestación del patriarcado que las obliga a ser madres mediante la ecuación simbólica de «mujer=madre».

El ideal altruista impacta fuertemente en las mujeres que en un 85 % señalan en la ovodonación el impulso de ayudar a otros (Tabla 15). Este resultado, responde a constructos sociotécnicos de los centros reproductivos o sociales (Ariza, 2017; Ormart y Abelaira, 2020), que remiten a una tradición propia de los países de cultura católica, en la que el altruismo y la solidaridad se presentan como ideales de gran peso en la población (Ormart, 2020). En una relación dialéctica los discursos y las prácticas performar cuerpos femeninos para la maternidad y masculinos para el sostén de la familia.

## Conclusión

El presente estudio nos ha permitido confirmar nuestras hipótesis.

Los y las jóvenes que están cursando estudios terciarios o universitarios en la provincia de Buenos Aires poseen conocimientos erróneos y escasos sobre el cuidado de la fertilidad.

Los y las jóvenes estudiantes de la provincia de Buenos Aires no piensan en su futuro reproductivo dado que lo ven como algo muy lejano. Si hacemos una lectura de género podemos observar que las mujeres imaginan un futuro reproductivo aún sin pareja, dándole mucha importancia a la conformación de una familia desde lo volitivo, aunque no cuentan con información correcta sobre las formas de cuidar su fertilidad, ni los factores que influyen en la infertilidad. Los varones piensan en formar una familia si logran tener una pareja para hacerlo, el proyecto familiar monoparental es más escaso.

Hay una ausencia de planificación familiar en los y las jóvenes que están cursando estudios terciarios o universitarios, debido a la falta de información sobre el cuidado de la fertilidad y porque se sobreestima la posibilidad del embarazo.

No hay diferencias sobre el conocimiento acerca de los cuidados de la fertilidad entre ambas franjas etarias de la población estudiada.



Un conocimiento deficiente de la fertilidad será un factor que contribuirá a que muchas personas no logren su objetivo de ser padres o madres (Everywoman, 2013). Comprender el ciclo reproductivo y la fertilidad es esencial tanto para el uso eficaz de la anticoncepción, para controlar la fertilidad, como para planificar un embarazo y no llegar a la infertilidad por el paso del tiempo. Esto incluye educación para ayudar a mujeres y hombres a comprender cómo su fertilidad individual puede disminuir con la edad, según una combinación de factores genéticos y de estilo de vida. A su vez se evidenció el bajo conocimiento sobre la donación de gametos, el cual es pensado mayoritariamente de manera altruista. El interrogante que generan los resultados en cuanto a los encuestados es: ¿Es posible inferir que la falta de conocimiento sobre la salud reproductiva oculte la posibilidad de pensarse como futuros receptores de material genético? Por otro lado, podríamos preguntarnos por el destino universal de la fertilidad en hombres y mujeres: ¿acaso todos y todas tienen necesariamente un proyecto reproductivo futuro?

La educación sobre la fertilidad debe ser una parte central de la educación sexual integral (ESI) en el nivel secundario y universitario. En este último, la ESI es casi inexistente<sup>5</sup> y en el nivel secundario se abordan mayoritariamente temas vinculados a la anticoncepción y enfermedades de transmisión sexual, pero no al cuidado y preservación de la fertilidad. Encontramos imprescindible brindar conocimiento científico para poder tomar decisiones sobre la planificación reproductiva. Es importante destacar la relevancia de la educación sexual para el conocimiento de asuntos relacionados con la biología reproductiva y consecuentemente, la posibilidad de demanda de derechos reproductivos. Sin embargo, el saber en términos teóricos no alcanza para explicar las decisiones que se toman en la práctica (Ormart, 2020a). El conocimiento es una base que permite una fundamentación racional del obrar, pero lo afectivo, lo social y lo actitudinal (valores, creencias) supone componentes que exceden el plano deliberativo.

## Referencias

- Adebiyi Gbadebo Adesiyun, Nkeiruka Ameh, Marliyya Zayyan, Hajaratu Umar-Sullayman, Solomon Avidime, Korede Koledade, Fadimatu Bakare (2014). Awareness of Female Reproductive Aging among Undergraduate Students and Attitudes toward Parenthood. *Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2(6), 123-126. Recuperado de <https://www.sciencepublishinggroup.com/journal/paperinfo.aspx?journalid=255&doi=10.11648/j.jgo.20140206.19>.
- Alfaraj, S., Aleraj, S., Morad, S., Alomar, N., Rajih, H. A., Alhussain, H., Abushrai, F., y Thubaiti, A. A. (2019). Fertility awareness, intentions concerning childbearing, and attitudes toward parenthood among

5 Movida por esta preocupación he propuesto una práctica profesional de investigación en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, siendo la única carrera de grado en psicología que cuenta con esta oferta curricular. Asimismo, nos encontramos explorando el nivel secundario, observando que en este nivel no se trabaja el tema del cuidado y preservación de la fertilidad.

- female health professions students in Saudi Arabia. *International Journal of Health Sciences*, 13, 34-39. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6512144/>.
- Alkolombre, P. (2008). *Deseo de hijo, pasión de hijo*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Álvarez Plaza, C., y Pichardo Galán, J. I., (2017). Mercancía o don: bancos de semen y autonomía reproductiva. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 12(3), 339-363.
- Albornoz Álvarez, C. (2014). *Una mirada psicológica a la ovodonación y la alternativa de revelar o no la historia de concepción al futuro hijo*. Lima: Universidad de San Martín de Porres. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5171090>.
- Argentina (2006) Ley Nacional n.º 26.150: Programa nacional de educación sexual integral. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/120000-124999/121222/norma.htm>.
- Argentina (2013) Ley Nacional n.º 26.862: Reproducción Medicamente Asistida. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26862-216700/texto>.
- Argentina. Ministerio de Salud (2019). *Estadísticas de los Hechos Vitales de la Población Adolescente en la Argentina*. Buenos Aires: Unicef-Presidencia de la República. Recuperado de <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2019/07/Poblacion-adolescente-2.pdf>.
- Ariza, L. (2017). Informada, esperanzada, dudosa Una etnografía virtual de la participación de mujeres con dificultades reproductivas en un foro argentino de ovodonación. *Cuadernos de Antropología Social*, 45. Recuperado de <http://revistascientificas.filo.uba.ar/index.php/CAS/article/view/2179>.
- Carballo Mondragón, E., Durán Monterrosas, L., Kably Ambe, A. y Soriano Ortega, K.P. (2017) Percepción de fertilidad de mujeres en edad reproductiva de acuerdo a su edad. *Ginecol Obstet Mex* (6), 364-373.
- Chan, C. H., Chan, T. H., Peterson, B. D., Lampic, C., y Tam, M. Y. (2015). Intentions and attitudes towards parenthood and fertility awareness among Chinese university students in Hong Kong: a comparison with Western samples. *Human Reproduction*, 30(2), 364-72. <https://doi.org/10.1093/humrep/deu324>
- DeVaney, S. A. (2015), Understanding the millennial generation. *Journal of Financial Service Professional*, 69(6), 11-14.
- European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) (2020). *Female Fertility Preservation Guideline Development Group*. Strombeek-Beve: ESHRE. Recuperado de <https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Female-fertility-preservation>.
- Everywoman, J. (2013). Cassandra's prophecy: why we need to tell the women of the future about age-related fertility decline and 'delayed' childbearing. *Reproductive BioMedicine Online*, 27, 4-10.
- Fernández, A. M. (1993). *La mujer de la ilusión: pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Buenos Aires: Paidós.
- Harper, J., Boivin, J., O'Neill, H.C., Brian, K., Dhingra, J., Dugdale, G., Edwards, G., Emmerson, L., Grace, B., Hadley, A., Hamzic, L., Heathcote, J., Hepburn, J., Hoggart, L., Kisby, F., Mann, S., Norcross, S., Regan, L., Seenan, S., y Stephenson, J. (2017). The need to improve fertility awareness. *Reproductive Biomedicine & Society Online*, 4, 18-20. <https://doi.org/10.1016/j.rbms.2017.03.002>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) (2021). *Dossier estadístico 8M*. [en línea]. Recuperado de [https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/dossier\\_estadistico\\_8M\\_2021.pdf](https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/dossier_estadistico_8M_2021.pdf).
- Jurkowski, L., Rossi, M., Manubens y Olivera Ryberg, J. (2019). Concientización acerca del cuidado de la fertilidad y actitudes hacia la parentalidad en estudiantes universitarios de Argentina. *XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-111/57>
- Lampi, E. (2006). The personal and general risks of age-related female infertility: Is there an optimistic bias or not? *Working Paper in Economics*, (231), 1-25.
- Lampic, C., Skoog Svanberg, A., Karlström, P., y Tydén, T. (2006). Fertility awareness, intentions concerning childbearing, and attitudes towards parenthood among female and male academics. *Human Reproduction*, 21(2), 558-564.

- Lima, N. S., Rossi, M., Kohen, N., y Ormart, E. (2019). *Resonancias de la donación de óvulos*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. Premio Facultad de Psicología.
- Lucía, C., y Núñez, R. (2015). Revisión del perfil sociodemográfico de una muestra local de donantes de gametos, en España: motivación para la donación, procedencia de los donantes, ocupación. *Medicina Reproductiva y Embriología Clínica*, 2(1), 23-30.
- Lugones, B. M. (2021). Preservar la fertilidad desde la atención primaria de salud. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 40(3), 301-302. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=54931>.
- Mac Dougall, K., Beyene, Y., y Nachtigall, R. D. (2013). Age shock: misperceptions of the impact of age on fertility before and after IVF in women who conceived after age 40. *Human Reproduction*, 28(2), 350-356. <https://doi.org/10.1093/humrep/des409>
- Moore, L. (2002). Extracting men from sperm. *Social Text*, 20(4), 91-119.
- Ormarm, E. (2020<sup>a</sup>). *El aprendizaje de la bioética en la universidad* (Tesis de Doctorado). Universidad de Morón. Recuperado de <https://www.aacademica.org/elizabeth.ormarm/171>
- Ormarm, E. (2020b). Tensiones entre lo femenino y la maternidad en torno a las técnicas de reproducción asistida. Premio Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.
- Ormarm, E. (2021). Conocimientos de los jóvenes del oeste del Conurbano bonaerense sobre el cuidado y preservación de la fertilidad. *Revista Reproducción*, 36(1). Recuperado de <https://revistareproduccion.org.ar/index.php/revistareproduccion/article/view/6>.
- Ormarm, E., y Abelaira, P. (2020). Clínica psicoanalítica en la infertilidad: epigenética y duelo. *Revista Universitaria de Psicoanálisis* (2020), 43-50. Recuperado de <https://www.aacademica.org/elizabeth.ormarm/28.pdf>
- Ormarm, E., y Fernández, O. (2020). Los estereotipos sexistas en el cine infantil. En: E. Ormarm y O. Fernández (Comps.), *ESI con cine para niños*. San Luis: NEU. Recuperado de <http://www.neu.unsl.edu.ar/wp-content/uploads/2020/03/ESI-para-nin%CC%83os.pdf>
- Ormarm, E., Wagner, A., Pasquali, E., Dlabach, S. y Piris, A. (2021). El reclutamiento de aportantes de óvulos en Argentina y España. *Jornadas de Sociología*. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires.
- Pyöriä, P., Ojala, S., Saari, T., y Järvinen, K.-M. (2017). The Millennial Generation: A New Breed of Labour? *SAGEOpen*, 1-14. Recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2158244017697158>
- Place, J.M.S. and Bireley, M. (2017). Exploring Infertility from the Cultural Context of Latino College Students: Results from a Preliminary Focus Group. *J. Racial and Ethnic Health Disparities*, 4, 803-811. <https://doi.org/10.1007/s40615-016-0282-4>
- Pedro, J., Brandão, T., Schmidt, L., Costa, M. E., y Martins, M. V. (2018). What do people know about fertility? A systematic review on fertility awareness and its associated factors. *Upsala Journal of Medical Sciences*, 123(2), 71-81. <https://doi.org/10.1080/03009734.2018.1480186>
- Peterson, B., Pirritano, M., Tucker, L., y Lampic, C. (2012). Fertility awareness and parenting attitudes among American male and female undergraduate university students. *Human Reproduction*, 27(5), 1375-1382. <https://doi.org/10.1093/humrep/deso11>
- Stolcke, V. (2010). *Homo clonicus*. Entre la naturaleza y la cultura. *Campos*, 11(2), 9-34. Recuperado de <https://revistas.ufpr.br/campos/article/view/26090>.
- Stout, K., Montagne, I., y Shmulsky, R. (2020). Millennial Generation Perceptions Surrounding the Wood Products Industry. *BioProducts Business*, 5(3), 25-36. <https://doi.org/10.22382/bpb-2020-003>
- Soriano-Ortega, K. P., Carballo-Mondragón, E., Roque-Sánchez, A. M., Durán-Monterrosas, L., y Kably-Ambe, A. (2017). Percepción de fertilidad de mujeres en edad reproductiva de acuerdo a su edad. *Ginecología y obstetricia de México*, 85(6), 364-373. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0300-90412017000600364&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412017000600364&lng=es&tlng=es).
- Tubert, S. (1991). *Mujeres sin sombra*. Madrid: Siglo Veintiuno Editores.

- Watson, R. R. (2015). Perceptions of Environmental Risks to Fertility. En: Watson, R. R (Ed.), *Handbook of Fertility, Nutrition, Diet, Lifestyle and Reproductive Health* (pp. 20-34). Arizona: Elsevier.
- Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., Dyer, S., Racowsky, C., de Mouzon, J., Sokol, R., Rienzi, L., Sunde, A., Schmidt, L., Cooke, I. D., Simpson, J. L., y Van der Poel, S. (2017). The International Glossary on Infertility and Fertility Care. *Human Reproduction*, 32(9), 1786-1801. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex234>
- Zhou, W., Lian, Y., Jiang, J., Li, Y., Yan, X., y Chen, O. (2020). Differential expression of microRNA in exosomes derived from endometrial stromal cells of women with endometriosis-associated infertility. *Reproductive Medicine Online*, 41(2), 170-181.

# EL DUELO DE LA MASCULINIDAD. VARONES MEXICANOS ANTE EL DIAGNÓSTICO DE INFERTILIDAD

THE MOURNING OF MASCULINITY.  
MEXICAN MALES FACING INFERTILITY DIAGNOSIS

O DUELO DA MASCULINIDADE.  
HOMENS MEXICANOS ANTE O DIAGNÓSTICO DE INFERTILIDADE

*María Eugenia Olavarría*

[ome@xanum.uam.mx](mailto:ome@xanum.uam.mx)

*Profesora investigadora del Departamento de Antropología*

*Universidad Autónoma Metropolitana, México*

Recibido: 9/8/2021 | Aceptado: 8/12/2021

**Resumen:** Tal como lo revelan estudios sobre la masculinidad en México y en otros países latinoamericanos como Chile y Brasil, la paternidad es la culminación de la identidad masculina tanto heterosexual como gay, su estado pleno, su mayor solidez. ¿Qué surge ante un diagnóstico de infertilidad masculina? ¿Cómo se reconfigura la masculinidad ante la imposibilidad de tener descendencia genéticamente relacionada? Este artículo indaga sobre los discursos, las prácticas y las representaciones de los varones que, tras un diagnóstico médico o de laboratorio, se enfrentan a la posibilidad de tener descendencia vía la donación de semen. Con base en entrevistas y etnografías realizadas entre 2015 y 2018 a parejas heterosexuales usuarias de reproducción médicamente asistida en clínicas públicas y privadas de Ciudad de México, se observa que la herencia genética es definitoria en el reconocimiento de la descendencia.

Nuestro estudio antropológico entre varones mexicanos receptores de gametos descubre un paisaje matizado en el que un diagnóstico afecta en forma diferencial la construcción de las masculinidades y las feminidades: la infertilidad masculina se asocia a la falta de virilidad y la impotencia sexual, mientras que para las mujeres la infertilidad les impide cumplir «su vocación femenina natural de ser madre». La aceptación o no de la posibilidad de recibir gametos, el significado que adquiere la herencia genética del hijo/a, así como la transmisión de características fenotípicas a la progenie no son únicamente elementos constitutivos de la paternidad, sino contenidos de las masculinidades en Ciudad de México.

**Palabras clave:** Infertilidad masculina, técnicas de reproducción asistida, donación de esperma, masculinidad, México

**Abstract:** Studies on masculinity in Mexico and in other Latin American countries such as Chile and Brazil show that fatherhood is the culmination of masculinity, its full state, its greater solidity both heterosexual and gay. What emerges from a diagnosis of male infertility? How is masculinity reconfigured in the absence of having genetically related offspring? This communication inquires about the speeches, practices and representations of males who face the possibility of having offspring via sperm donation. Based on interviews and ethnographies compiled between 2015 and 2018 with heterosexual couples using medically assisted reproduction in public and private clinics in Mexico City, it is observed that the genetic inheritance is defining in the recognition of offspring.

Our anthropological study among Mexican male gamete receptors reveals a nuanced landscape in which a diagnosis differentially affects the construction of masculinities and femininities. While male infertility is associated with lack of virility and sexual impotence, for women, infertility prevents them from fulfilling “their natural feminine vocation of being a mother”. The acceptance or not of the possibility of receiving sperm, the meaning acquired by the genetic inheritance as well as the transmission of phenotypic characteristics to the progeny they are not only constitutive elements of paternity but content of masculinities in Mexico City.

**Keywords:** Male Infertility, Assisted Reproductive Techniques, Sperm Donation, Mexico, Masculinity

**Resumo:** Como revelam estudos sobre masculinidade no México e em outros países latino-americanos, como Chile e Brasil a paternidade é o ponto culminante da identidade heterossexual e gay masculina, sua maior solidez. O que surge de um diagnóstico de infertilidade masculina? Como a masculinidade se reconfigura diante da impossibilidade de ter filhos geneticamente aparentados? Este artigo investiga os discursos, práticas e representações de homens que, após um diagnóstico médico ou laboratorial, enfrentam a possibilidade de ter filhos por meio da doação de esperma. Com base em entrevistas e etnografias coletadas entre 2015 e 2018 com casais heterossexuais usando reprodução medicamente assistida em clínicas públicas e privadas na Cidade do México, observa-se que a herança genética é determinante no reconhecimento da prole. Nosso estudo antropológico entre homens mexicanos receptores de gametas revela uma paisagem matizada em que um diagnóstico afeta diferencialmente a construção da masculinidade e da feminilidade: a infertilidade masculina está associada à falta de virilidade e impotência sexual, enquanto para as mulheres a infertilidade as impede de cumprir «sua vocação natural feminina de ser mãe». A aceitação ou não da possibilidade de receber sêmen, o significado que adquire a herança genética da criança, bem como a transmissão de características fenotípicas à progênie não são apenas elementos constitutivos da paternidade, mas conteúdo de masculinidades na Cidade do México.

**Palavras-chave:** Infertilidade masculina, Técnicas de reprodução assistida, Doação de sêmen, Masculinidade, México

## Introducción

Este trabajo explora las intersecciones entre infertilidad masculina y construcción de la masculinidad en el contexto de las prácticas de reproducción médicamente asistida en Ciudad de México. Con base en una investigación de campo, este artículo indaga sobre los discursos, las prácticas y las representaciones de los varones mexicanos que, tras un diagnóstico médico o de laboratorio, se enfrentan a la posibilidad de tener descendencia vía la donación de esperma. Se muestra cómo el contexto clínico y los discursos de médicos y de usuarios están permeados por este conjunto de representaciones.

El tema de la infertilidad ocupa un sitio destacado en la literatura socioantropológica desde que los estudios del parentesco experimentaron un repunte hacia el último tercio del siglo XX debido, entre otras causas, al desarrollo y la expansión de las técnicas de reproducción humana con asistencia médica.

A pesar de dicho repunte, en su revisión de la bibliografía en lengua inglesa, Esmée Hanna y Brendan Gough (2015) reportan una notoria escasez de estudios sobre «men's experiences of infertility/subfertility, involuntary childlessness, and interventions into reproductive health» (p. 1). Es decir que, en una proporción importante, el estudio de la infertilidad se ha centrado en los sujetos femeninos.

Esta desatención sobre los significados de la infertilidad masculina y sus efectos en la construcción de las masculinidades se debe a la presencia de invariantes de orden conceptual relacionadas con: 1) la definición de infertilidad, 2) la construcción social de la infertilidad, y 3) las preguntas que se plantean sobre ella están dominadas por una idea generalizada de que la infertilidad es un asunto que atañe fundamentalmente a las mujeres.

## Metodología

La investigación se desarrolló a lo largo de dos etapas del proyecto *Parentescos en el espejo. Desigualdad y diversidad en el contexto mexicano contemporáneo* (Conacyt CB14-2332266) y contó con el apoyo de la Fondation Maison de Sciences de l'Homme (FMSH) (Programme DEA 2019).

El trabajo de campo se llevó a cabo por un equipo de antropólogos supervisado por la autora y responsable del proyecto basado en una metodología cualitativa y etnográfica, sobre la cual se hace una reflexión de carácter interpretativo.

Se investigó simultáneamente en dos clínicas: una privada y una de las dos instituciones públicas que brindan el servicio de reproducción asistida de alta complejidad en Ciudad de México. Se retoman las entrevistas realizadas a dos médicos ginecólogos con subespecialidad en biología de la reproducción, una licenciada en psicología, un ingeniero con especialidad en embriología y dos entrevistas a profundidad con parejas heterosexuales de usuarios. Los testimonios fueron recabados bajo consentimiento informado, grabados y transcritos por el equipo de investigación. Las pláticas tuvieron lugar en el espacio físico de las clínicas y en el tiempo laboral o de consulta. Se usan pseudónimos y se cuenta con la autorización de los directivos y comités de ética de ambas instituciones.

## La construcción social de la infertilidad (femenina)

Las tres invariantes de orden conceptual mencionadas en la introducción se desarrollan a continuación.

1. La infertilidad no siempre es considerada una patología, desde hace más de una década, la imposibilidad de ser padres sin intervención médica ha sido redefinida:

... la infertilidad es uno de los pocos términos médicos que es relacional, esto es, que implica una condición o problema que incluye o involucra a una pareja y no a un individuo aislado. Ahora bien, el problema que puede presentarse se relaciona con la composición de esa pareja. Uno de los puntos en cuestión es si se trata de un «tratamiento médico» o de un «servicio», esto es, si estamos frente a personas padeciendo una enfermedad o discapacidad o de personas que funcionan como clientes y demandan un servicio para cumplir con el deseo de paternidad o maternidad (Luna, 2008, pp. 16-19).

El reconocimiento de la *infertilidad relacional* se refiere a que: «cuando es la vida privada de las personas la que impide un embarazo exitoso, se aseguran los servicios de reproducción asistida a personas que no pueden embarazarse debido a sus preferencias sexuales o a su estado civil» (Luna, 2008).

La cuestión es que, desde mi perspectiva, es difícil distinguir una condición de infertilidad médicamente diagnosticada de la infertilidad de tipo relacional. En teoría, cuando la producción de un niño o niña se ve interrumpida porque la mujer o el hombre, o ambos en pareja, presentan un diagnóstico médico, se habla de infertilidad primaria; mientras que, al tratarse de parejas *gay* o cuando uno o los dos integrantes está fuera de la edad reproductiva o sin pareja, se estaría hablando de infertilidad relacional.

No obstante, los casos etnográficos aquí presentados —integrados por parejas heterosexuales en búsqueda de la descendencia—, muestran que cuando el varón es diagnosticado con



azoospermia<sup>1</sup> esta condición afecta no solo al individuo, sino a la pareja como tal. De esta manera, la infertilidad siempre será relacional en la medida en que cada miembro de la pareja o el individuo en solitario se verá imposibilitado o imposibilitada para procrear en igual medida y proporción. Vale decir que, para las integrantes femeninas de las parejas heterosexuales entrevistadas, su deseo de descendencia está ligado a la relación conyugal en que se encuentran, esto es, lo que ellas quieren es un «hijo de él» y no de otra persona (Olavarría, 2018b). En síntesis, la infertilidad relacional se presenta como una idea central en el desarrollo de este trabajo.

2. Françoise Héritier (1985) señala que en las sociedades etnográficas se encuentran instituciones equivalentes a las tecnologías actuales: En las sociedades donde no se reconoce propiamente la infertilidad masculina, esta se enmascara vía las instituciones. Resulta muy inusual que un varón, aún impotente, esté desprovisto de progenie. Tales instituciones son, de alguna manera, el equivalente a la inseminación (aquí natural y no artificial) con donante (traducción propia).

Es decir que, la construcción social de la infertilidad consiste en un aparato institucional, técnico y discursivo que enmascara la falencia masculina al tiempo que responsabiliza a las mujeres.

Estudios centrados en la perspectiva de género, en el marco de la reproducción humana médicamente asistida, exploran el sentido diferencial en el que los cuerpos femeninos y masculinos participan (Castañeda y Bustos, 2001; Chávez Courtois, 2011; Gomes Costa, 2002). Ya sea desde el punto de la incidencia de los tratamientos y de lo invasivo que pueden resultar para las mujeres, a diferencia de los hombres (Álvarez, 2006), estos estudios conforman la noción de asimetría duogenética reproductiva propuesta por Strathern (1992).

Esta noción alude a la representación del parentesco euroamericano en la que el padre y la madre contribuyen genéticamente en la formación del niño a través del esperma y del óvulo, pero —en forma desigual— en la medida en que la madre aporta un elemento más: la gestación. Una vez obtenida la gravidez, el proceso ocurre exclusivamente en el útero, con independencia de la participación paterna (Gomes Costa, 2002, p. 350).

La asimetría funcional fisiológica de los cuerpos, en la procreación, no tiene otra razón que la cultural, que determina automáticamente una asimetría absoluta de las responsabilidades y de los compromisos (Héritier, 2010). Entiéndase por responsabilidad y compromiso la actitud

1 Trastorno orgánico consistente en la ausencia de espermatozoides en el semen (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2010).

amorosa y de cuidados hacia un niño que no tiene que ver con la idea espontánea del «instinto materno». Una expresión más clara de esta asimetría en la que dos de los tres elementos necesarios para la procreación recaen sobre el cuerpo femenino, es el hecho de que no solo son requeridos el óvulo y el útero, sino el cuerpo entero de la mujer.

Para otras autoras y autores, la infertilidad afecta diferencialmente la construcción de las masculinidades y de las feminidades. De esta manera, la infertilidad masculina se asocia a la falta de virilidad y la impotencia sexual, mientras que para las mujeres la infertilidad les impide cumplir «su vocación femenina natural de ser madre» (Lerner, Guillaume y Melgar, 2016, p. 336). Para ambos géneros, la infertilidad coloca a los cuerpos diagnosticados en la escala más baja de la «jerarquía de lo masculino/femenino» (Gomes Costa, 2002, p. 344).

En el terreno particular de la participación masculina en reproducción asistida en México, los médicos de la década del cincuenta añaden lo siguiente:

Álvarez Bravo adds that for women, childlessness is “the dissatisfaction of her maternal desires” which leaves her with «feelings of emptiness» and “psycho-nervous imbalances that endanger the stability of the family”, while for men, sterility “mangles his egoism and destroys his aspirations to see his name perpetuated and to educate people that will serve his nation” (Álvarez Bravo, 1952 citado por González-Santos, 2020, p. 48).

3. Las preguntas desde la medicina sobre la infertilidad masculina están dominadas por una idea generalizada de que la infertilidad es un asunto que atañe fundamentalmente a las mujeres.

El estudio de Sandra González Santos (2020) sobre el desarrollo de la reproducción médicamente asistida en México pone de manifiesto que la mirada hacia los sujetos masculinos infértiles no solo aparece de forma tardía en el paisaje médico, sino que es mucho menor en proporción a la de los sujetos femeninos. Esta autora observa el desbalance entre la atención dirigida a los órganos y procesos masculinos frente a los femeninos a lo largo de más de cincuenta años de práctica sociocultural de la reproducción médicamente asistida en México (2020, p. 151): «Eight out of fourteen chapters are focused on female factors, [...]. Only two are focused on male factors...» (González-Santos, 2020, p. 96).

Cabe señalar que este desbalance —desde los inicios de la «esteriología» en México hasta la década del setenta— se explica, según González Santos (2020, p. 52), por la oposición de la Iglesia Católica a la masturbación y al *coitus interruptus*. La dificultad de obtener semen, el cual solo se obtenía *post coitum* del cuerpo de mujeres, se suma a la creencia de que la reproducción no era asunto de los varones (González-Santos, 2020, p. 54):

Arteaga Elizondo strongly opposed using donated sperm, not only arguing it was morally wrong and because he saw selling sperm as a mercantile and immoral action (a mercenary behavior), but because he foresaw that it could have negative effects on men's virility. Using donated sperm could accentuate the inferiority complex felt by husbands when they face male factor infertility, and it could affect the relationships between the husband, the wife, and the child (González-Santos, 2020, p. 55).

En cuanto a los estudios socioantropológicos sobre varones que se enfrentan a un diagnóstico de infertilidad, la falencia es aún más grave. En su revisión de 19 artículos con metodología cualitativa «on the emotive responses and lived experiences of men in relation to infertility» Hanna y Gough (2015, p. 1) ponen el acento en este problema. El estado del arte de estas autoras abarca cinco casos en Reino Unido, uno en Israel y Reino Unido, uno en Canadá, uno en Suecia, uno en Irán, otro en Chile y el resto en Estados Unidos. Llama la atención que el único caso considerado en un país latinoamericano sea Chile donde las publicaciones de José Olavarría (2003), Rodrigo Parrini (2000) y Florencia Herrera (2013) pueden considerarse pioneras en lengua castellana. La constante en estas indagaciones gira alrededor de temas como: «infertility as crisis»; «emoting infertility-men as «being strong»», «infertility as a source of stigma», y el «desire for fatherhood» (Hanna y Gough, 2015:1).

En lo que concierne a reproducción asistida en países de lengua castellana y tradición católica, es más frecuente que sean los donantes de semen y no los receptores o potenciales receptores quienes atraigan el interés de antropólogos y sociólogos (Álvarez, 2018 y Álvarez y Pichardo, 2017).

## El contexto mexicano

Tal como lo revelan estudios sobre la masculinidad en México (Gutmann, 1997) y en otros países latinoamericanos como Chile y Brasil (Parrini, 2000; Gomes Costa, 2002), la paternidad es la culminación de la identidad masculina tanto heterosexual como *gay*, su estado pleno, su mayor solidez.

Lo anterior apuntala la noción expuesta en Consuelo Álvarez (2006) de que la paternidad solo puede ser genética, mientras que la maternidad parece más biológica debido al embarazo. El embarazo, período durante el cual se comparten sustancias, espacio, sangre, parece adquirir igual importancia que la relación genética de la madre con el hijo y, de cierta manera, nivela el hecho de que en la concepción intervino una célula ajena, mientras que, para los varones, al no contar con esa experiencia corporal, el no colaborar con material genético en la fecundación tiene mayores implicaciones simbólicas (Álvarez, 2006).

Cuando un hombre es padre se puede decir que es, de verdad, hombre.

Si bien en lo tocante a la paternidad, al igual que en otros aspectos relacionados con la identidad, no existe un patrón único de masculinidad; de hecho, en México la diversidad constituye un elemento preponderante del carácter ambiguo de la masculinidad (Gutmann, 1997, p. 119).

En efecto, otro estudioso de la masculinidad mexicana apunta que

... men are not presented as having such a strong desire to become fathers. It is their responsibility, to perpetuate the family name and pass down the fortune [...] but not so much as source of identity or purpose in life. *Mexican masculinity is more commonly built on notions of work, sexual potency, and caring for the family (in terms of physical and financial protection)* (Wentzell, 2013 citado por González-Santos, 2020, pp. 228-229 énfasis mío).

El antropólogo físico mexicano Hernández Rodríguez (2013) afirma que, en México, el interés en la salud sexual y reproductiva de los hombres nace en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994) cuando las feministas apuntan hacia la importancia del desempeño masculino en la vida familiar con el objetivo de alcanzar una mayor equidad de género. Esta necesidad de aumentar la participación masculina en las decisiones reproductivas se justifica por la extensión y la profundidad que en la práctica médica y el discurso adquieren los siguientes supuestos:

a) la participación masculina en la reproducción es secundaria; b) se piensa que los hombres son menos susceptibles que las mujeres a enfrentar padecimientos relacionados con la procreación y la reproducción; c) se asume que el hombre debe ser viril, capaz de reproducirse y criar a sus hijos; d) se asume que los hombres se encuentran relativamente distantes de las complicaciones de salud de los hijos que crían (Hernández Rodríguez, 2013, p. 4).

El «mito del hombre siempre fuerte, resistente y viril» presente en el imaginario mexicano tiene su correlato en el escaso entendimiento e interés en la salud sexual y reproductiva masculina. «No existe una guía de detección, prevención y tratamiento médico adecuado para los hombres que tradicionalmente no son educados para cuidar su salud» (Hernández Rodríguez, 2013, p. 16).

Estos supuestos dominan, igualmente, los proyectos de antropólogas y antropólogos interesados en el estudio de la reproducción humana médicamente asistida. Con excepción de los trabajos de Mayra Chávez Courtois (2011) y de Emilia Perujo (2013) las investigaciones sobre «infertilidad» en México se centran en sujetos femeninos y dejan de lado no solo a sus eventuales parejas masculinas, sino a todo varón que se vea en dificultad de procrear.

Desde el punto de vista sociodemográfico, Juan Guillermo Figueroa Perea (1998) y Figueroa Perea y Verónica Sánchez Olgún (2000) dan cuenta de este problema en numerosas

publicaciones y concluyen que se trata de una práctica social que va en detrimento de los derechos de los varones.

Con base en el presente trabajo, puedo afirmar siguiendo a Fernando Hernández Rodríguez, que el hecho de que la responsabilidad del comportamiento reproductivo recaiga en las mujeres, si bien relega a los varones a una posición marginal, también les confiere cierta comodidad al retirarles responsabilidad en materia de las decisiones reproductivas (Daniels, 2006 citado por Hernández Rodríguez 2013, p. 17).

Este antecedente en el terreno general de la salud reproductiva se agudiza y profundiza en lo que se refiere a la reproducción médicamente asistida.

¿Cómo se traduce este contexto entre varones en Ciudad de México enfrentando un diagnóstico de infertilidad? Para responder esta pregunta, se presentan los resultados de la investigación.

## Etnografía

el responsable del área de embriología de la clínica privada entrevistado en 2018, el andrólogo J. Rivero, responde a la pregunta formulada por la investigadora:

Esto es fundamental: el óvulo. Yo les digo a las pacientes todos los días cuando hacemos las transfereencias (de embriones): 'el óvulo, como en la vida en general, es el que marca la calidad' ¿a qué me refiero? Que en la vida (risas) a ver cómo les parece esto (antropóloga: no, no se preocupe) yo creo que la que manda en el mundo es la mujer ¿ajá? En el laboratorio así es, es el óvulo el que tiene los parámetros más importantes porque el óvulo tiene la capacidad de, eventualmente, recomponer algún daño que el espermatozoide pudiera tener. El espermatozoide no lo es así, pero hoy en día se le ha dado mucho más interés al espermatozoide porque finalmente la fecundación depende de estos dos gametos (Dr. J. Rivero en Olavarría 2018b).

Este testimonio traslada a nivel celular la participación masculina en la fecundación. La preeminencia femenina *en la vida*, que corresponde a una creencia personal del médico, la emplea como metáfora para explicar a sus pacientes la importancia del óvulo. De alguna manera, este verbatim también recupera, al final, el creciente interés en medicina en la participación masculina en la procreación.

Por otra parte, en el hospital público se ofrece la terapia psicológica de grupo exclusivamente para mujeres. En la clínica privada, el servicio de apoyo psicológico individual o en pareja es ofrecido a todos los usuarios y usuarias como parte de su protocolo. Es sugerente que, según

testimonio de la psicóloga A. Pineda, encargada del servicio psicológico en la clínica privada: «casi no tengo hombres en terapia» (Olavarría, 2018b).

Según este testimonio, no solo el número de varones que participa en terapia psicológica, en apoyo a sus tratamientos de reproducción médicamente asistida, es significativamente menor al de las mujeres, sino que, durante las sesiones, los varones desconocen su necesidad de atención psicológica y la trasladan a su relación de pareja:

... aunque no lo creas, los hombres vienen a terapia porque no saben cómo lidiar con su pareja ¿no? Porque se vuelve una obsesión, ya no pueden lidiar con eso, entonces, vienen a buscar cómo tratarlas, cómo entenderlas. También ellos (buscan) como desahogarse en esta parte ¿no? También están hartos, imagínate qué cansado es para un hombre estar con una mujer, durante diez años, que no se puede embarazar, que está deprimida, que está ansiosa, que está enojada con la vida, con Dios, que ya no tienen relaciones sexuales. También es pesado... (psicóloga en clínica privada en Olavarría, 2018b).

Por otro lado, las parejas masculinas que «acompañan a los tratamientos de sus esposas o compañeras» se involucran de diferentes maneras. En ocasiones, las usuarias evitan afectar las actividades laborales de sus esposos, pero, a menudo, son las mujeres quienes los excluyen al considerar que el problema es únicamente de ellas. Consideran, según los testimonios, que son las mujeres a quienes los médicos deben «arreglar»:

Somos más complejas y nos tenemos que arreglar un montón de cositas para que nos vaya bien ¿ok? A lo hombres, afortunadamente, poco porcentaje necesita tratamientos hormonales, pero sí... las mujeres tenemos más cuestiones que nos tienen que arreglar (Arelí, usuaria de reproducción asistida en clínica privada, en Olavarría, 2018b).

A pesar de este contexto, en el que tanto profesionales como usuarios y usuarias asumen el paradigma de la supremacía femenina en la reproducción y crianza (único espacio, por cierto, en el que la asimetría genérica declina hacia las mujeres), el diagnóstico de infertilidad masculina y la posibilidad de tener hijos gracias a la intervención de un donante de semen constituye un punto de inflexión.

Antropóloga: ¿Cómo reaccionan tus pacientes al saber que necesitan de una donación?

Médico especialista en biología de la reproducción: Mal. Normalmente la respuesta es la negación. ¡No! Eso no es para mí. Yo eso no lo quiero. Ni me lo menciones (Médico en clínica privada, en Olavarría, 2018b).

Este médico explica cómo enseña a sus estudiantes a abordar este tránsito:

... yo les decía a mis alumnos que, desde la primera consulta, les hables de esa posibilidad. Entonces, abres una puertecita para que el día de mañana,

después de dos intentos (de FIV), les dices: ¿todavía te acuerdas de lo que habíamos hablado? Y si la pareja no está desgastada, entonces, es más fácil que lo acepten. Siempre la primera reacción es: «No, no, a mí no me hables de eso, no, nunca lo haría». Siempre la primera reacción es negativa, pero conforme se van encontrando con dificultades [...] lo van viendo con mejores ojos y (dicen) «cuéntame cómo está eso de la donación», ahora sí «explícame el procedimiento»... (Médico en clínica privada, en Olavarría, 2018b).

Este médico señala igualmente que, una vez que los usuarios varones asumen que su única posibilidad de tener hijos es mediante la recepción de gametos, externalizan sus dudas respecto de los procedimientos y no vuelven a expresar sus opiniones.

El diagnóstico constituye, pues, un punto de inflexión ¿Qué surge tras el diagnóstico?, ¿cuáles significados de la masculinidad surgen ante la imposibilidad de tener descendencia genéticamente relacionada? Dos casos emblemáticos recopilados durante la consulta externa de la Coordinación de Reproducción Asistida del Instituto público, servirán para reflexionar sobre las posibles interrelaciones entre infertilidad y masculinidad.

## Luis y Rosalía

Este testimonio fue obtenido por la investigadora del proyecto, Chávez Courtois.<sup>2</sup> La pareja conformada por Luis y Rosalía conversa sobre las condiciones de su ingreso como usuarios. Él vive con diabetes y a pesar de llevar más de dos años de tener relaciones sin protección no consiguen el embarazo.

Tal como el protocolo del Instituto lo indica, les fue solicitada una muestra de semen para hacer la espermatobioscopía a partir de la cual se descartaría, en primer término, la posibilidad de una falencia masculina. Si el resultado así lo confirmara, se canalizaría al usuario al servicio de Andrología y la ruta de atención tomaría esa dirección.

Dado que Luis vive con diabetes y de que una sospecha latente sobre su capacidad de procrear ronda en la mente de ambos, la pareja decide pedir al hermano de Luis que les provea de una muestra de semen para ser sometida a análisis en el Instituto. Esquivar un diagnóstico desalentador que confirme la ominosa sospecha que se levanta sobre la infertilidad de la pareja es el objetivo de su inocente fraude.

Al resultar viable el esperma del hermano donante y lograr así engañar al sistema, la atención médica se vuelca entonces sobre Rosalía quien, a sabiendas de no ser la «responsable» de la falta de descendencia, se somete sin vacilar a los estudios de laboratorio y a los tratamientos

2 *Parentescos en el espejo. Desigualdad y diversidad en el contexto mexicano contemporáneo* (Conacyt CB14-2332266)

de estimulación hormonal. Lamentablemente, a los pocos meses de la entrevista, Luis fallece debido a complicaciones de su enfermedad.

El primer cuestionamiento que esta vivencia desata es el motivo por el cual Luis y Rosalía deciden engañar al sistema. Resulta evidente que, si su objetivo consiste en obtener la asistencia médica para la reproducción, un diagnóstico certero hubiese resultado de mayor utilidad. Queda claro, entonces, que no es la infertilidad lo que buscan ocultar, sino la inviabilidad de él como reproductor.

Repunta la hipótesis en el sentido de que la infertilidad masculina atenta contra la masculinidad y la virilidad.

Además de que la experiencia de esta pareja se ajusta a lo cultural e institucionalmente esperado, y de que representa una confirmación de que el trabajo de institución en el sentido que Pierre Bourdieu (1993) confiere a la expresión, está encaminado a paliar la infertilidad masculina; la vivencia de Rosalía y Luis comprueba que la infertilidad es relacional e independiente del cuerpo.

A final de cuentas, es la pareja y no el individuo quien recibe la atención médica y para el medio social en que se inscribe, resulta del todo funcional: es la mujer sobre quien recae el diagnóstico de infertilidad y, por ende, la miembro de la pareja que recibe el tratamiento.

La gran diferencia entre los métodos paliativos de la infertilidad masculina entre los samo de Burkina Faso descritos por Héritier (1985) y los de la actual Ciudad de México es que, entre los primeros, la colectividad no ignora el estatus ni la identidad del genitor. Con base en estudios demográficos en Francia citados por Héritier, entre el 4 y 5 % de los niños cuenta con un padre que no es su genitor biológico (1985, p. 104). Esta autora vislumbra en la verdad de la paternidad biológica el último reducto del poder femenino, de ahí que, aceptar públicamente la donación de semen es, para un varón mexicano, sucumbir ante el poder de su esposa (2010). Este poder lo apuntala el fantasma del Otro, del rival sexual.<sup>3</sup>

En sus conclusiones sobre este tema, Hanna y Gough (2015) van más allá y sugieren que «This infertility–masculinity linkage is then suggested to create greater stigma for men than women in relation to infertility» (p. 1). Confirman, igualmente, que la respuesta de Rosalía constituye más que una excepción, una constante:

3 As with female gender roles, in men the sexual and reproductive roles are also united to shape their gender identity. Sexual performance is associated with masculinity, virility, and power, which are displayed through the number of children he can produce (Asakura, 2005). If a man cannot have children, there is the belief that it is because he has a sexual dysfunction. This concept makes it difficult for men to accept being medically checked when male-related infertility is suspected (González Santos, 2020, pp. 226-227).



Given the stigma that is attached to male infertility, women often shoulder the «blame» for fertility problems even when male-factor infertility has been diagnosed (Hanna y Gough, 2015, p. 6).

Otros significados específicos de la situación mexicana atraviesan la vivencia de Luis y Rosalía, los cuales se discutirán más adelante.

## Sandra y Roberto

Para Sandra y Roberto, de 34 y 33 años respectivamente, el diagnóstico de azoospermia que reciben en el instituto los lleva a tomar una serie de decisiones. Debido a que Sandra, como ama de casa y estudiante de belleza, no recibe ingresos y Roberto, como trabajador de la construcción —ayudante de albañil—, percibe el salario mínimo (equivalente aproximado a diez euros diarios), antes de ingresar al instituto se ven obligados a abandonar los tratamientos con un médico urólogo particular y en un instituto de fertilidad privado. Tuvieron noticia de este tratamiento a través de la TV, donde pagaron mil ochocientos pesos por su primera y única consulta.

Al momento de la entrevista, Sandra y Roberto se encuentran ahorrando para hacer el pago de siete mil pesos al banco de esperma y de quince mil pesos al Instituto por la inseminación artificial (lo que representa, en total, diez meses de salario de Roberto). Cabe mencionar que los tratamientos heterólogos, para su consecución dentro del Instituto, deben ser aprobados por el Comité de Ética y solo un banco de esperma está autorizado como proveedor.

Gracias a su médico, Sandra y Roberto conocen de antemano algunos aspectos del funcionamiento de la donación:

Roberto: Nosotros tenemos que ir [al banco de esperma, donde] nos enseñan fotos del donante cuando es niño y ya nosotros elegimos.

Antropóloga: ¿Cómo piensan elegir?

Roberto: Risas

Sandra: Pues más o menos que tenga los rasgos de él.

Roberto: Un poquito... ya ve cómo son luego los niños, es que ya cuando están más grandes, o la familia tanto, tantito que empiezan a preguntar ¿Y por qué no se parece...?

Sandra: Porque de hecho solo él y yo, bueno solo nosotros sabemos que va a ser por ese medio.

Antropóloga: ¿Su familia no...?

Sandra y Roberto: ¡No!

El deseo de mirarse en el espejo de la progenie de Roberto está guiado por el interés en ocultar la infertilidad que mina su estatus masculino. Otra pareja mencionó que le gustaría conservar el anonimato de su posible donante y, entre risas, que sea sano y de ojos verdes. Tras el diagnóstico de azoospermia, los varones entrevistados responden con risas y bromas, la única respuesta pública aceptable frente al tabú y, desde ese momento, se impone el secreto sobre el origen del hijo en potencia.

El recurso al sentido del humor repunta involuntariamente en el testimonio de Simpson (2000), al discutir la noción de «comunidad imaginaria», refiere que:

¿Qué significaría para un chico (escocés) descubrir que sus orígenes biológicos residen en un donante de esperma danés?<sup>4</sup> [...], un colaborador del *Glasgow Herald* sugirió que los orígenes del semen no importaban siempre y cuando éste viniera de una nación que pudiera jugar fútbol (*Glasgow Herald*, 19 de octubre de 1999). Pero si a los 18 años, el chico descubriera sus orígenes genéticos ¿sería aceptable jugar para Dinamarca tanto como para Escocia? (Simpson, 2000, p. 3).

A further reason why women «cover» for their partners to others may relate to the «humor» that is used in relation to male infertility, which can be seen to form a further part of the stigma around infertility. It is suggested that «while wives are pitied, husbands are teased»<sup>5</sup> (Greil et al., 2010, p. 146) and the literature notes that «teasing» or «public ridicule» forms part of responses to malefactor infertility and may contribute to the persistent stigma (Hanna y Gough, 2015, p. :6).

Al momento de tomar decisiones sobre la posible participación de terceros —donantes de gametos y de capacidad gestante— es cuando la fuerza simbólica de estos elementos se deja sentir. Salta a la vista, aún en el nivel celular, la asimetría genérica, puesto que las valoraciones y juicios no aplican por igual para la recepción de semen que para la de óvulos o de gestación.

En los testimonios de los padres y madres de intención, en pareja heterosexual, se observa un rechazo a la donación de semen y una opinión más abierta sobre la donación de óvulos, mientras que la gestación sustituta o subrogada divide las opiniones (Olavarría, 2018a). Las parejas expresan su incertidumbre e incomodidad al saber que uno de los dos no es el padre y las esposas manifiestan su preocupación por gestar un hijo que no es de su marido (Perujo, 2013).

Tanto en la investigación documental como etnográfica, el diagnóstico de infertilidad produce respuestas no solo en los varones, sino en las parejas. En lo que respecta a los varones, los eslabones de la cadena fertilidad/masculinidad/virilidad se debilitan y aparecen los fantasmas

4 El banco de esperma de origen danés *Cryos* es el más importante de Europa (Álvarez y Pichardo, 2017).

5 Una traducción aproximada: mientras las esposas son objeto de compasión, los maridos son objeto de burla.

de la impotencia y de la presencia del *otro* o del rival sexual en la figura del donante de esperma.

Las parejas femeninas de los varones diagnosticados (que no son sujetos de esta investigación, pero cuyas respuestas fueron registradas) se muestran dispuestas a asumir la responsabilidad por la falta de descendencia y recurrir tanto al secreto hacia la posible progenie sus familias y entorno social y a resguardar el anonimato del donante.

Estas constantes observadas en los contextos nacionales revisados por Hannah y Gough (2015) y Bob Simpson (2000), están presentes en Ciudad México, pero un eje atraviesa ambos casos paradigmáticos: el de la pobreza y la desigualdad social.

La enfermedad de Luis está relacionada con la pobreza. José Carlos Ramírez y Marcela de la Sota «apoyan la hipótesis de que una parte de la población pobre, que es rural y diabética, es la que tiene más probabilidad actual y futura de experimentar privaciones sociales en México» (2018, p. 3).

Si bien varones de todas las clases sociales en México son susceptibles de ser diagnosticados con azoospermia, las consecuencias del dictamen médico no pesan a todos por igual.

La desigualdad económica se oculta bajo la aparente equidad de la biología. Las parejas entrevistadas que, debido a su bajo ingreso económico, solo tienen acceso a los servicios públicos, no solo deben transitar por un largo camino que incluye la aprobación por el Comité de Ética para que les sea aprobada una donación de esperma y ahorrar o pedir prestado para adquirirla, sino que, de antemano, ven muy lejana la posibilidad de beneficiarse, debido a su alto costo, de uno de los avances biotecnológicos más importantes en materia de infertilidad masculina: la Intracytoplasmic Sperm Injection (ICSI por sus siglas en inglés), que es un procedimiento mediante el cual un solo espermatozoide es inyectado en el citoplasma de un ovocito previa obtención y preparación de los gametos, con el fin de obtener embriones que puedan transferirse al útero materno (OMS, 2010).

La ICSI y sus variantes PICSI (selección fisiológica de esperma) e IMSI (selección morfológica de esperma) alcanzan un costo en las clínicas privadas de entre treinta y cien mil pesos mexicanos (de mil a cinco mil euros).

## Reflexión

Un estudio de mayor alcance sobre las respuestas de los varones mexicanos ante la posibilidad de tener hijos con el esperma de otro varón deberán considerar: si el donante es o no anónimo,

altruista o no altruista, si la fecundación se hará por inseminación artificial (IA)<sup>6</sup> o mediante fertilización in vitro (FIV), las diferencias de edad, clase, etnia y orientación sexual de los sujetos de la posible encuesta.

En el plano del análisis socio antropológico, queda claro que, al ser la infertilidad un asunto que atañe preferentemente a las mujeres, hasta ahora, las preguntas sobre infertilidad masculina se construyen bajo el modelo femenino. Esto constituye una falencia teórico metodológica que obligará en adelante a repensar la construcción sexuada de la infertilidad no desde *quién experimenta qué*, sino desde el *cómo* se construye la experiencia en cada uno de los sexogéneros.

Otro aspecto a profundizar etnográficamente tiene que ver con las consecuencias que el paradigma del varón relegado de la reproducción y, por ende, de la crianza en los hijos, produce en las relaciones de parentesco. El varón relegado de la reproducción, en un ámbito de dominación masculina como el del México actual, no experimenta necesariamente tal exclusión como una afectación a sus derechos, sino que le permite situarse en una posición de comodidad la cual refuerza, por último, la noción de familia tradicional con padre ausente, es decir el esquema de la masculinidad hegemónica.<sup>7</sup> El hecho de que la infertilidad sea un «problema femenino», acaba por feminizar a los varones diagnosticados. Es la cadena semántica fertilidad/masculinidad/virilidad la que, en forma literal, aprisiona tanto a hombres como a mujeres.

La aceptación o no de la posibilidad de recibir gametos por parte del varón, de la mujer o de ambos, el significado que adquiere la herencia genética del hijo o hija, así como la transmisión de características fenotípicas a la progenie no son únicamente elementos constitutivos de la paternidad, sino contenidos de las masculinidades en Ciudad de México. La posibilidad de reconfigurar o no la masculinidad tras un diagnóstico de infertilidad está determinada, como muchos otros aspectos, por el contexto de la desigualdad económica y social. Si en un plano ideal, la ICSI puede considerarse un *remedio* a la infertilidad masculina, para quienes su única opción es el servicio público esto no es así. Cabe recordar que para recibir atención en uno de los dos institutos que ofrece este servicio y en el cual se realizó la investigación, los usuarios transitan por un protocolo de trabajo social al término del cual se establece la cuota a pagar en función de sus ingresos económicos. Es decir, la atención en el servicio de andrología no es gratuito y la obtención de la muestra espermática para su eventual uso tiene el mismo costo que para quienes sí tienen acceso a los servicios médicos privados.

6 La OMS (2010) no incluye la inseminación asistida (IA) con espermatozoides ni de la pareja ni de un donante entre las Técnicas de Reproducción Asistida.

7 “Sperm donor practices do not just reinforce traditional heterosexual family structures, but also make possible a whole range of alternative forms of parenting where men are often absent” (Burr, 2009, p. 717).

## Referencias bibliográficas

- Álvarez, C. (2006). Múltiples maternidades y la insoportable levedad de la paternidad en reproducción humana asistida. *Revista de Antropología Social*, 15, 411-455. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/838/83801517.pdf>.
- Álvarez, C. (2018). Mesa y reproducción: la gran metáfora que vincula dieta y fertilidad masculina. *Trabalhos de Antropologia e Etnologia*, 58, 279-299. Recuperado de <https://ojs.letras.up.pt/index.php/tae/article/view/10001>.
- Álvarez, C., y Pichardo Galán, J. I. (2017). «Mercancía o don: Bancos de Semen y autonomía reproductiva», en: *Revista de Antropología Iberoamericana*, vol. 12 (3), pp. 339- 363.
- Asakura, H. (2005). Cambios en significados de la maternidad: la emergencia de nuevas identidades femeninas. Un estudio de caso: mujeres profesionistas de clase media en la Ciudad de México. En: M. Torres (Ed.), *Nuevas maternidades y derechos reproductivos* (pp. 33-59). Ciudad de México: El Colegio de México.
- Burr, J. (2009). Fear, Fascination and the sperm donor as 'abjection' in interviews with heterosexual recipients of donor insemination. *Sociology of Health & Illness*, 31(5), 705-718. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2009.01171.x>
- Bourdieu, P. (1993). À propos de la famille comme catégorie réalisée. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 100, 32-36. Recuperado de [https://www.persee.fr/doc/arss\\_0335-5322\\_1993\\_num\\_100\\_1\\_3070](https://www.persee.fr/doc/arss_0335-5322_1993_num_100_1_3070).
- Castañeda, E. y Bustos, H. H. (2001). La ruta del padecer de mujeres con diagnóstico de infertilidad. *Perinatología y Reproducción Humana*, 15, 124-132. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=21296>.
- Chávez Courtois, M. L. (2011). *Infertilidad y Reproducción asistida: Una mirada antropológica*. Madrid: Académica Española.
- Figuroa, J. G. (1998). La presencia de los varones en los procesos reproductivos: algunas reflexiones. En: S. Lerner (Ed.), *Varones, sexualidad y reproducción* (pp. 163-189). Ciudad de México: El Colegio de México-Sociedad Mexicana de Demografía.
- Figuroa Perea, J. G., y Sánchez Olguín, V. (2000). La presencia de los varones en el discurso y en la práctica del aborto. *Papeles de Población*, 6(25), 59-83. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11202504>
- Gomes Costa, R. (2002). Reprodução e gênero: paternidades, masculinidades e teorias da concepção. *Estudos Feministas*, 10, 339-354.
- González Santos, S. P. (2020). *A Portrait of Assisted Reproduction in Mexico. Scientific, Political, and Cultural Interactions*. Londres: Palgrave MacMillan.
- Gutmann, M. C. (1997). Machos que no tienen ni madre: la paternidad y la masculinidad en la Ciudad de México. *La Ventana. Revista de Estudios de Género*, (6).
- Hanna, E., y Gough, B. (2015). Experiencing Male Infertility: A Review of the Qualitative Research Literature. *Sage Open*, octubre-diciembre, 1-9. <https://doi.org/10.1177/2158244015610319>
- Héritier, F. (1985). La cuisse de Jupiter. Réflexions sur les nouveaux modes de procréation. En: *L'Homme*, 25 (94), 5-22.
- Héritier, F. (2010). La filiation, état social. *La Revue Lacanienne*, 3 (8), 33-36. Recuperado de <https://www.cairn.info/revue-la-revue-lacanienne-2010-3-page-33.htm>.
- Hernández Rodríguez, F. S. (2013). Repensando la reproducción desde la perspectiva masculina. *Estudios de Antropología Biológica*, 16. Recuperado de <http://revistas.unam.mx/index.php/eab/article/view/56753>.
- Herrera, F. (2013). "Men always adopt": Infertility and reproduction from a male perspective. *Journal of Family Issues*, 34, 1059-1080. Recuperado de [https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0192513X13484278?casa\\_token=M7eltuaEFV4AAAAA%3Ad30wwCU2OCaYqwMg3hXgv-DypEg8a9GsQJ3lmQIngtzd-DjVQ9\\_fxDKk58e57tNETOv-Pv7EQ4iS4Q](https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0192513X13484278?casa_token=M7eltuaEFV4AAAAA%3Ad30wwCU2OCaYqwMg3hXgv-DypEg8a9GsQJ3lmQIngtzd-DjVQ9_fxDKk58e57tNETOv-Pv7EQ4iS4Q).

- Lerner, S., Guillaume, A., y Melgar, L. (2016). *Realidades y falacias en torno al aborto: salud y derechos humanos*. Ciudad de México: IRD-El Colegio de México.
- Luna, F. (2008). Los derechos reproductivos son derechos humanos. En: *Reproducción asistida, género y derechos humanos en América Latina*. Colección Derechos Humanos, Población y Desarrollo. San José de Costa Rica: IIDH-UNFPA. Recuperado de <https://lac.unfpa.org/es/publicaciones/reproducci%C3%B3n-asistida-g%C3%A9nero-y-derechos-humanos-en-am%C3%A9rica-latina>.
- Olavarría, J. (2003). Los estudios de masculinidades en América Latina. Una interpretación. *Anuario Social y Político de América Latina y el Caribe*, 6, 91-98. Recuperado de <https://kolectivoporoto.cl/wp-content/uploads/2015/10/Los-Estudios-sobre-Masculinidades-en-Am%C3%A9rica-Latina.-Jos%C3%A9-Olavarr%C3%ADa.pdf>.
- Olavarría, M. E. (2018a). *La gestación para otros en México. Parentesco, tecnología y poder*. Ciudad de México: Gedisa.
- Olavarría, E. (2018b). Informe de campo 2015-2018. *Proyecto Parentescos en el espejo. Diversidad y desigualdad en el contexto mexicano contemporáneo (2015-2018)*. Ciudad de México: UAM/ CEMCA / Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CB-2014-236622), [inédito].
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010). *Glosario de terminología en Técnicas de Reproducción Asistida (TRA). Versión revisada y preparada por el International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) y la OMS*. Traducido y Publicado por la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida [en línea]. Recuperado de [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art\\_terminology\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art_terminology_es.pdf?ua=1)
- Parrini, R. (2000). Los poderes del padre: paternidad y subjetividad masculina. En: J. Olavarría y R. Parrini (Eds.), *Masculinidad/es. Identidad, sexualidad y familia*. Santiago de Chile: Flacso-Chile/Universidad Academia de Humanismo Cristiano/Red de Masculinidad.
- Perujo, E. (2013). La búsqueda de la descendencia. Parejas usuarias de Técnicas de Reproducción Asistida TRA en la práctica médica privada. En: M. E. Olavarría (Coord.), *Parentescos en plural*. Ciudad de México: Miguel Ángel Porrúa-UAM
- Ramírez, J. C., y De la Sota Riva, M. (2018). El rostro pobre de la diabetes en México. *Investigación Económica*, 77(305), 3-39. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-16672018000300003&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-16672018000300003&script=sci_abstract&tlng=pt).
- Simpson, B. (2000). Comunidades genéticas imaginadas. Etnicidad y esencialismo en el siglo XXI. *Anthropology Today*, 16(3).
- Strathern, M. (1992). *Reproducing the Future: Essays on Anthropology, Kinship and the New Reproductive Technologies*. Manchester: Manchester University Press.

## ¿DAR ES DAR?

# LOS EFECTOS DE LAS CONFIGURACIONES DE GÉNERO EN EL CONTEXTO DE LA DONACIÓN DE SEMEN

É PARA DAR? OS EFEITOS DAS CONFIGURAÇÕES  
DE GÊNERO NO CONTEXTO DA DOAÇÃO DE SÊMEN

WHAT DOES "GIVING" MEAN? THE EFFECTS  
OF GENDER CONFIGURATIONS IN THE CONTEXT OF SPERM DONATION

*Natacha Salomé Lima*

*Investigadora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet) Argentina. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Buenos Aires, Argentina  
lima.natacha@hotmail.com  
<https://orcid.org/0000-0001-6728-961X>*

*Guadalupe Romero*

*Licenciada en Psicología, Universidad de Buenos Aires  
lic.guadalupe.romero@gmail.com*

Recibido: 31/08/2021 | Aceptado: 7/01/2022

**Resumen:** La escasez de estudios que en el contexto Latinoamericano indaguen las problemáticas asociadas a los donantes de semen fue el motor de esta investigación. Los objetivos tendieron a desenrañar los sentidos asociados a la donación de semen y cómo los condicionamientos sexogénicos influyen o determinan la gestión del material reproductivo. La investigación se nutre de una extensa revisión de estudios llevados a cabo principalmente en Estados Unidos, España y Australia acerca de las motivaciones de los donantes de semen y cómo estas se han modificado junto a la transformación de los sistemas de donación (de anonimato a identidad abierta). Se presentan los resultados sobre la base del análisis de diez entrevistas a varones cis que donaron semen en un centro de fertilidad de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina. Uno de los hallazgos del estudio es la fuerte asociación entre el acto de donar semen y la idea de hijo. Varios hombres refieren a la *curiosidad* como un motivo para donar, y varios también fueron contactados por alguna mujer que donó óvulos en su círculo cercano. Hacen referencia a las *ganas de ayudar*; afirman que no recurrirían a una donación de semen si ellos mismos tuvieran dificultades para tener hijos, pero sí adoptarían. Varios de ellos desconocían las normativas vigentes. Conclusiones: el estudio demuestra la necesidad de estudiar en mayor profundidad la diferencia entre los criterios psicológicos y los éticos que enmarcan la práctica de la donación de semen. Los donantes deberían recibir mayor información acerca de la legislación vigente y de la posibilidad de ser contactados por alguna persona nacida de su donación en el futuro.

**Palabras clave:** tecnologías reproductivas, género, donantes de semen, bioética

**Resumo:** A falta de estudos que investiguem no contexto latino-americano os problemas associados aos doadores de esperma foi a força motriz desta pesquisa. Os objetivos tendiam a desvendar os sentidos associados à doação de esperma e como o condicionamento genérico do sexo influencia e/ou determina o manuseio do material reproductivo. A pesquisa baseia-se em uma extensa revisão de pesquisas realizadas principalmente nos Estados Unidos, Espanha e Austrália sobre as motivações dos doadores de esperma e como elas foram modificadas junto com a transformação dos sistemas de doação (do anonimato para a abertura da identidade). Os resultados são apresentados a partir da análise de 10 entrevistas com homens cis que doaram sêmen em um centro de fertilidade da cidade de Buenos Aires, Argentina. Um dos achados do estudo é a forte associação entre o ato de doar sêmen e a ideia de ter um filho. Vários homens se referem à “curiosidade” como motivo para doar, e vários também foram contactados por uma mulher que doava óvulos em seu círculo próximo. Referem-se ao “desejo de ajudar”; afirmam que não recorreriam à doação de esperma se eles próprios tivessem dificuldade para ter filhos, mas que adotariam. Vários deles desconheciam os regulamentos em vigor. Conclusões: o estudo demonstra a necessidade de aprofundar o estudo da diferença entre os critérios psicológicos e éticos que enquadram a prática da doação de esperma. Os doadores devem receber mais informações sobre a legislação em vigor e da possibilidade de serem contactados por alguém nascido de sua doação no futuro.

**Palavras-chave:** tecnologias reproductivas, género, doadoras de sêmen, bioética

**Abstract:** The shortage of studies that in the Latin American context investigate the problems associated with sperm donors was the driving force behind this research. The objectives tended to unravel the senses associated with sperm donation and how sex-generic conditioning influences and determines the management of reproductive material. The research draws on an extensive review of research carried out mainly in the United States, Spain and Australia on the motivations of sperm donors and how these have been modified along with the transformation of donation systems (from anonymity to open identity). The results are presented based on the analysis of 10 interviews with cis men who donated sperm in a fertility center in the City of Buenos Aires, Argentina. One of the findings of the study is the strong association between the act of donating semen and the idea of a child. Several men refer to “curiosity” as a reason to donate, and several were also contacted by a woman who donated eggs in their close circle. They refer to the “desire to help”; they state that they would not use a sperm donation if they themselves had difficulties in having children, but they would adopt. Many donors were unaware of current regulations. Conclusions: the study demonstrates the need to analyze in greater depth the difference between the psychological and ethical criteria that frame the practice of sperm donation. Donors should receive more information about current legislation and the possibility of being contacted by someone born from their donation in the future.

**Keywords:** reproductive technologies, gender, sperm donors, bioethics



## Las tecnologías de reproducción humana asistida en el contexto Latinoamericano<sup>1</sup>

La utilización de óvulos y espermatozoides donados para fines reproductivos es una realidad creciente en las clínicas de fertilidad de Buenos Aires. En América Latina, según el último reporte publicado por la RedLara, los países con mayor cantidad de ciclos de tratamiento de reproducción asistida son Brasil, seguido de México y Argentina. De un total de 104.169 ciclos iniciados durante 2018, 47.635 corresponden a tratamientos de alta complejidad realizados mediante fecundación in vitro (FIV) e inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI) (45,7 %) y 18 884 a tratamientos con óvulos donados (18,1 %). Tanto Argentina como Uruguay, dos países que cuentan con legislación que provee acceso universal a las tecnologías reproductivas, tienen los índices de utilización más altos, con 539 y 481 ciclos por millón de habitantes respectivamente (Zegers-Hochschild et al., 2020).

En el caso de Argentina, luego de la sanción del Código Civil y Comercial (2015) —hito normativo a partir del cual se produce la inclusión de las técnicas de reproducción humana asistida (TRHA) como tercera fuente de filiación—, la tendencia a la utilización de óvulos donados se ha mantenido estable con aproximadamente ochocientos nacidos vivos de procedimientos de ovodonación por año. El Registro Argentino de Fertilización Asistida (RAFA) para 2018 informa que, de los 4257 procedimientos realizados con ovocitos donados, se registraron 834 nacidos vivos (27 %). Y de los 1107 procedimientos llevados a cabo con semen heterólogo, se lograron 180 embarazos (25 %).<sup>2</sup>

El contexto de la reproducción humana asistida en Argentina es un terreno fértil para la exploración desde las ciencias sociales y cuenta con importantes antecedentes (Ariza, 2010, 2014a, 2014b, 2016a; Straw, 2013, 2018). Algunas de las investigaciones anteriores han mostrado cómo los mecanismos materiales (los consentimientos informados, los procedimientos de coordinación fenotípica de rasgos, las fotografías, entre otros) y no materiales —los valores y presupuestos que organizan el intercambio— contribuyen a producir la donación de óvulos como

... el resultado de un largo proceso de producción y negociación a través del cual los óvulos se vuelven efectivamente donados; esto es, entidades de transmisión de una intencionalidad solidaria y altruista que —se propondrá— no preexiste a la donación, sino que por el contrario la produce como tal (Ariza, 2016a, p. 242).

1 La presente investigación forma parte del proyecto titulado *Modulaciones subjetivas de la filiación por técnicas de reproducción humana asistida (TRHA)* y se desarrolló en el marco de la Carrera de Investigación del Conicet, Argentina. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Buenos Aires, Argentina.

2 Disponible en [www.samer.org.ar/pdf/Datos\\_rafa\\_2018.pdf](http://www.samer.org.ar/pdf/Datos_rafa_2018.pdf).

Otras investigaciones llevadas a cabo en España han argumentado que el discurso biomédico ha aprovechado esas construcciones para, desde una *ideología del altruismo* y las políticas de anonimato de los donantes, sostener una de las industrias más pujantes de los últimos años, expropiando a los y las donantes su fuerza de trabajo (re)productiva (Rivas, Álvarez y Jociles, 2018). Para tratar de desambiguar esta cuestión y reconociendo que el término *donación de óvulos* no es neutro y menos inocente, se ha propuesto la noción de *transferencia de la capacidad reproductiva* (Lafuente-Funes, 2019). Como Sarah Franklin (2013) notaba, contamos ya con una cantidad significativa de evidencia empírica para pesquisar que las tecnologías de reproducción asistida y el entorno cultural del cual forman parte reproducen mucho más que niños. Así, este trabajo apunta justamente a caracterizar esas lógicas que disocian la esfera productiva de la reproductiva, donde los ideales de la masculinidad hegemónica se han interpretado en términos de autonomía, autosuficiencia e interés propio, mientras que los ideales de la feminidad están asociados con el altruismo, el amor, el cuidado; y más específicamente en el caso de las mujeres donantes de ovocitos, desde una identificación con lo materno como sostén del intercambio (Lima, Rossi, Kohen y Ormart, 2019).

En Argentina, se trata de una realidad clinicocientífica en la que confluyen intereses y actores múltiples y diversos. A nivel jurídico, las transformaciones acontecidas en este ámbito impulsaron un cambio de paradigma que promovió una mayor legitimación y visibilidad de los diferentes modos de hacer familias. Algunos hitos normativos fueron: la sanción de la Ley de Matrimonio Igualitario (2010), la Ley de Acceso a la cobertura de los tratamientos de Reproducción Médicamente Asistida (2013), y las transformaciones que supuso incorporar a las TRHA como tercera fuente de filiación (Argentina, 2015). Se trata de antecedentes que sentaron las condiciones para hacer efectivo el acceso al derecho a formar una familia como un derecho humano básico para todos y todas las ciudadanas.

La reforma judicial del Código Civil y Comercial (CCyC) argentino de 2015 supuso una renovación y una revolución para el derecho de las familias. La inclusión de las TRHA como tercera fuente de filiación encuentra sus fundamentos en el anteproyecto de reforma que sigue de cerca diferentes principios constitucionales y de los tratados internacionales<sup>3</sup> de derechos humanos con impacto directo en el derecho filial.

3 Algunos de ellos son: 1) el principio del interés superior del niño (artículo 3 de la Convención sobre los Derechos del Niño y artículo 3 de la Ley 26.061); 2) el principio de igualdad de todos los hijos, matrimoniales como extramatrimoniales; 3) el derecho a la identidad y, en consecuencia, a la inmediata inscripción (arts. 7 y 8 de la Convención sobre los Derechos del Niño y artículo 11 de la Ley 26.061); 4) la mayor facilidad y celeridad en la determinación legal de la filiación; 5) el acceso e importancia de la prueba genética como modo de alcanzar la verdad biológica; 6) la regla según la cual corresponde reparar el daño injusto al derecho a la identidad del hijo; 7) el derecho a gozar de los beneficios del progreso científico y su aplicación, y 8) el derecho a fundar una familia y a no ser discriminado en el acceso a ella.

En conformidad con el desarrollo de la ciencia médica y el perfeccionamiento de las técnicas de reproducción humana asistida se asume que, de acuerdo con las particularidades que ostenta este tipo de técnicas, amerita una regulación especial que la constituya como una nueva causa fuente de la filiación. Así, el derecho filial argentino se encuentra integrado por tres modos o formas de alcanzar la filiación: a) por naturaleza, b) por técnicas de reproducción humana asistida y c) por adopción.

En el caso de las TRHA se permite la fertilización con gametos de la pareja o de la persona que pretende alcanzar la maternidad o paternidad a través del uso de las técnicas, como así también de material de donante anónimo, por lo que una ley especial debe regular todas las cuestiones que se derivan de la fertilización heteróloga. Para el tema que nos ocupa, es importante conocer que los artículos 563<sup>4</sup> y 564<sup>5</sup> vigentes regulan el acceso y el contenido a la información a la que podrían acceder los y las nacidas de procedimientos de TRHA heterólogas. Se establece también que el derecho a conocer los datos relativos al origen genético es un derecho que corresponde a los y las nacidas. Asimismo, el artículo 575 establece que con los y las donantes no existirá un vínculo filial.

La Ley de Acceso 26.862 (Argentina, 2013), su decreto reglamentario 956/2013, los artículos del CCyC y otras resoluciones del Ministerio de Salud de la Nación le dieron un marco general a la realización de los procedimientos de reproducción asistida. Los aspectos operativos, como la certificación de los consentimientos informados (Res. 616/2017), la habilitación y fiscalización de establecimientos de reproducción medicamente asistida entre otros temas, quedaron a cargo del órgano de aplicación de la Ley de Acceso que es el Ministerio de Salud de la Nación. Sin embargo, aún resta sancionar una ley especial e integral que regule los derechos, alcances e implicancias que trae aparejada la utilización de procedimientos heterólogos para todas las personas involucradas, usuarios y donantes.

Se supone que el acto de la donación es altruista como establece el Código de Ética de la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (SAMeR), pero esto no quita que exista una compensación por molestias, traslados y viáticos. No existe por el momento una regulación que límite la cantidad de donaciones. Sin embargo, las normativas elaboradas por SAMeR establecen que los gametos provenientes de un mismo donante deben ser utilizados en un

4 «Artículo 563. Derecho a la información de las personas nacidas por técnicas de reproducción asistida. La información relativa a que la persona ha nacido por el uso de técnicas de reproducción humana asistida con gametos de un tercero debe constar en el correspondiente legajo base para la inscripción del nacimiento.»

5 «Artículo 564. Contenido de la información. A petición de las personas nacidas a través de las técnicas de reproducción humana asistida, puede: a) obtenerse del centro de salud interviniente información relativa a datos médicos del donante, cuando es relevante para la salud; b) revelarse la identidad del donante, por razones debidamente fundadas, evaluadas por la autoridad judicial por el procedimiento más breve que prevea la ley local.»

número limitado de procedimientos, y sugieren el criterio geográfico de un máximo de 25 embarazos por cada 800.000 habitantes<sup>6</sup> (Branzini y Osés, 2020).

En Argentina la donación de gametos se organiza por medio de un sistema de *anonimato relativo* o *equilibrado* que garantiza: 1) la existencia de donantes y, consecuentemente, la satisfacción del derecho a formar una familia y a gozar de los beneficios del progreso científico; 2) el derecho del niño nacido por TRHA a conocer su origen genético, y 3) el derecho a conocer los datos identificatorios del donante más allá de que esta posibilidad quede sujeta a una decisión judicial (Herrera y Lamm, 2014). Sin embargo, como todavía no existe un Registro de Donantes de Gametos y Embriones que asegure la permanencia y disponibilidad de esta información, lo que pueda ocurrir en el futuro es incierto. En la actualidad, los datos relativos a los donantes permanecen en los centros de fertilidad<sup>7</sup> y en los bancos de gametos.

La ley no prohíbe otros sistemas, como por ejemplo recurrir a un banco con «identidad abierta» (Regalado, 2020) —en el que los donantes están dispuestos a revelar su identidad— y darle al nacido o nacida la posibilidad de obtener más información al cumplir la mayoría de edad, sin necesidad de iniciar un procedimiento judicial.

El eje regulatorio que ordena la filiación por TRHA es el de la *voluntad procreacional* que descansa en la noción de autonomía de la voluntad (Straw, 2018). La voluntad procreacional es el elemento central y fundante para la determinación de la filiación cuando se ha producido por técnicas de reproducción humana asistida, con total independencia de si el material genético pertenece a las personas que, efectivamente, tienen la voluntad de ser padres o madres, o de un tercero ajeno a ellos. De este modo, el dato genético no es el definitivo para la creación de vínculo jurídico entre una persona y el niño nacido mediante el uso de las técnicas en análisis, sino quién o quiénes han prestado el *consentimiento* al sometimiento a ellas (Iturburu, Salituri Amezcua y Vázquez Acatto, 2017).

La posibilidad de filiar un hijo o hija con independencia de quien(es) hayan aportado el material genético supuso una novedad y una profunda ruptura cultural frente a la concepción dominante del parentesco euroamericano que ubica a los lazos de sangre, producto de las uniones de alianza, como la base de la familia. Como señala el antropólogo catalán Joan

6 En el acápite «Consanguinidad» del capítulo «Banco de semen» se especifica que «el reclutamiento y manejo de donantes de semen es una situación cada vez más compleja y requiere un abordaje interdisciplinario y un registro unificado. Si bien el riesgo de consanguinidad es bajo, se sugiere tener en cuenta el *criterio geográfico* para la adjudicación de las muestras seminales al paciente receptor para disminuir este riesgo» (Branzini y Osés, 2020, p. 509).

7 En Argentina existen actualmente 65 centros de reproducción, de los cuales 28 se encuentran ubicados en el Área Metropolitana de Buenos Aires. Del total, solo cinco son públicos. Desde 1997 la SAMeR desarrolló la acreditación de los centros que cumplen con los estándares de calidad. En la actualidad se registran activos en el sistema de acreditación de SAMeR: veinte centros de reproducción de alta complejidad, dos bancos de gametos y un laboratorio de andrología. Para ampliar la información se puede consultar: [http://www.samer.org.ar/centros\\_acreditados.asp](http://www.samer.org.ar/centros_acreditados.asp)

Bestard (1998), esta intervención biotecnológica ha implicado la subversión del orden simbólico del parentesco y, junto con ello, la emergencia y legitimación de nuevos vínculos filiatorios que no se encuentran exentos de contradicciones y paradojas.

## Bioproductividades: la gestión del material reproductivo

Una demanda creciente de material reproductivo (óvulos y espermatozoides) ha llevado a preguntas acerca de quiénes son y por qué donan las mujeres cis sus óvulos; cuáles son sus trayectorias no-reproductivas dentro del dispositivo de la reproducción asistida; qué rol desempeña la compensación económica (Ariza, 2016a; Viera Cherro, 2018); cuáles son los criterios de evaluación y asesoramiento psicológico (Naves *et al.*, 2020); cuáles son las motivaciones para donar y qué presupuestos organizan el intercambio (Lima, Rossi, Kohen y Ormart, 2019). Estas indagaciones han servido para conocer, informar y ajustar los guiones de entrevista de evaluación psicológica en mujeres que se presentan espontáneamente en los programas de ovodonación.

¿Pero qué sucede a la hora de considerar la evaluación de los donantes de semen? ¿Qué dicen las guías a este respecto? Ciertamente no existen en el contexto argentino investigaciones que se hayan abocado a considerar la experiencia de los hombres que deciden donar semen, aunque la práctica sea muy anterior a la donación de óvulos que registra el primer nacimiento en 1983 (Lutjen, Trounson, Leeton, Findlay, Wood y Renou, 1984). El recurso al semen de donante tiene una historia que se remonta a 1884. El ginecólogo William Pancoast atendió por ese entonces a una pareja donde el hombre había sido diagnosticado de azoospermia. Pancoast tuvo la idea de inseminar a la mujer utilizando espermatozoides de uno de sus mejores estudiantes sin el conocimiento ni el consentimiento de los pacientes (Osés, 2017). Una vez que el embarazo fue constatado, Pancoast decidió informar al hombre, pero no a la mujer. El caso salió a luz casi un siglo después, luego de su fallecimiento, y es ilustrativo del peso que ha tenido el *ocultamiento* para estas prácticas.

Y mientras que el modo de considerar el involucramiento de los donantes en la reproducción asistida ha variado a lo largo del tiempo, como hemos visto, desde el inicio se trató de lograr una «sustitución indetectable» (Théry, 2009, p. 35), donde la regla del anonimato convertía al marido en el progenitor. El modelo implícito que sirvió de referencia fue el de la filiación biparental heterosexual. Frente a la esterilidad del marido —y guiados por el principio *pater is est quem nuptiae demonstrant*— la donación de espermatozoides evitaba el adulterio y separaba sexualidad de procreación. La regla del anonimato, que guiaba el tratamiento médico, protegía a receptores y a donantes, y aseguraba que «aquí no ha pasado nada» (Théry, 2009, p. 35).

Las diferencias en la gestión de óvulos y espermatozoides responden a eventos clínicos, biológicos y socioculturales. Como refiere Marilyn Strathern (1991) para que los óvulos y los espermatozoides puedan ser «donados» deben ocurrir primero diferentes tipos de «des-personificación» [*disembodiment*]. Y agrega que esta *personificación* o *encarnación* [*embodiment*] da cuenta del lugar de los actos de las personas en el nexo de las relaciones sociales que proveen el contexto concreto para los roles específicos que desempeñan.

Los óvulos, por sus características biológicas, fueron más difíciles de conservar de un modo óptimo y, por las dificultades que implica su recolección (ya que se trata de un tratamiento invasivo en el cuerpo de la mujer que requiere sedación y puede ocasionar molestias, dolor y complicaciones leves, moderadas o graves [Ariza, 2016b]), suponen otro tipo de compromiso e implicación corporal. El semen, en cambio, ha sido significado como aquel fluido fecundante que, al independizarse del cuerpo del varón, podía «propagarse/diseminarse» (Álvarez Plaza, 2008). La operación biomédica supuso la manipulación y gestión de una sustancia en principio abundante a partir de convertirla en un *bio-objeto*, es decir, en algo exclusivo y costoso (Álvarez Plaza y Pichardo Galán, 2020).

En el imaginario colectivo, la donación de semen se asocia a la potencia viril del hombre joven, que *da lo que le sobra* sin esfuerzo y que lo hace de un modo altruista. Desde los modos mismos de captación se recortan cuerpos que son percibidos como objeto de consumo reproductivo: hipersexuados (excelentes productores de semen) ellos, y asexuadas (y reproductoras) ellas (Álvarez Plaza, 2015). Como señaló Strathern (1991), lo que se espera de un varón y lo que se espera de una mujer influye y determina los modos de gestionar el material reproductivo.

Estudios comparativos en donantes de espermatozoides y óvulos en Estados Unidos (Almeling, 2006, 2011) y España (Álvarez Plaza, 2008; Álvarez Plaza y Pichardo Galán, 2018, 2020) demuestran que, mientras que los donantes de semen se perciben como *padres genéticos* de los nacidos, las mujeres que donan óvulos no comparten esa percepción. A la hora de la evaluación psicológica se espera que la donante de óvulos pueda disociarse de aquello que dona, es decir que entienda que dona una célula reproductiva para que otros y otras sean madres o padres; sin embargo, en el caso de los hombres, la idea acerca de qué es aquello que los une a los o las nacidas parece relativizarse.

Rossana Hertz (2018) analiza en su estudio dos muestras de donantes de semen de Estados Unidos, una de 2003 y otra de 2017. En 2003, cuando regía un sistema anónimo, los donantes estaban más preocupados por resguardar su identidad y la donación de semen se amalgamaba a la donación de sangre. A medida que pasaron los años, y los sistemas de donación

cambiaron, se modificaron las expectativas de los donantes. En 2017, en el contexto de la muestra estudiada, la donación de gametos pasó a organizarse bajo un sistema de identidad abierta. En este último caso aparecía en los donantes estadounidenses un deseo de *transmitir los genes*. Los donantes parecían menos preocupados por dar a conocer su identidad, lo que puede leerse como una consecuencia del cambio de paradigma (del anonimato hacia un sistema de identidad abierta).

## El género como matriz de inteligibilidad

Los varones han sido menos estudiados en las investigaciones que recorren el mapa de la medicina reproductiva. Poco se conoce sobre las experiencias y trayectorias (no) reproductivas de varones pacientes y usuarios de TRHA, y del recorrido de los donantes de semen. Esta ausencia puede ser un indicador de cómo las construcciones sexogénicas influyen a la hora de considerar al grupo de los excluidos. Varios factores han llevado a una feminización de los abordajes en reproducción asistida, lo que ha desatendido la voz y la experiencia de los varones. En este sentido, el desarrollo tecnocientífico ha sido promocionado como la solución a muchos de sus problemas. Cuando se conoció la técnica de inyección intracitoplasmática de un espermatozoide (ICSI) se la presentó como *el fin de la infertilidad masculina*, ya que solo se necesita un único espermatozoide viable para fecundar el óvulo; incluso ante la falta de espermatozoides en el eyaculado, estos podrían obtenerse de una punción testicular. Sin embargo, el aumento del factor masculino como causa de infertilidad, la disminución en la calidad espermática de muchos de los hombres que recurren a TRHA, y el acceso de otras conformaciones familiares, sobre todo de mujeres en pareja, o sin pareja al momento de la consulta, han aumentado la demanda de donantes de semen. Y entonces, ¿qué sucede con los donantes de semen? ¿Por qué sus problemáticas no han sido objeto de indagación? ¿Por qué no se han estipulado criterios para la evaluación psicológica en donantes de semen como sí existen en donantes de óvulos? ¿Por qué escasean?

Como refiere Lucía Ciccía (2017),

las categorías hombre y mujer remiten a dos clases excluyentes de seres humanos, anatómicamente antagónicos y complementarios. Sin embargo, dicha noción no refiere a una verdad biológica incuestionable, sino al resultado de un proceso histórico que implicó delimitar cómo los cuerpos debían interpretarse. Específicamente, esta concepción fue legitimada durante el siglo XVIII por la producción de un discurso científico acerca de la diferencia sexual que requirió incorporar los métodos de la ciencia moderna (p. 31).

Esta desigualdad, anclada en la forma de concebir al cuerpo y sus materialidades (sus caracteres biológicos, sus células sexuales, sus hormonas y las significaciones culturales asociadas a esa diferencia) ha dado como resultado distintos *modos de subjetivación* (Tajer, 2009). Y si bien este abordaje desigual pareciera no generar a priori un padecimiento en las personas que se ofrecen como donantes, impide un abordaje integral de la salud, no tiene en cuenta las significaciones que esta práctica puede tener en los varones cis, ni los efectos o repercusiones a futuro.

En el momento en el que hombres y mujeres cis se ofrecen en las clínicas de fertilidad como donantes de gametos (óvulos o espermatozoides), estos estereotipos de género (tanto desde los modos de subjetivación como desde las formas de entender al cuerpo) enmarcan y caracterizan el funcionamiento y la lógica del dispositivo biomédico. En un contexto donde el anonimato empieza a cuestionarse (Lima y Rossi, 2019) y donde, como ha indicado Tania Salem (1995), «la justificación principal contra el anonimato se basa en la afirmación de que el conocimiento del pasado “verdadero” es fundamental para que cualquier sujeto desarrolle plenamente su identidad personal» (p. 49), con una tendencia que promueve la apertura acerca del origen genético junto con la introducción de variantes que permiten elegir ser donante no anónimo o de identidad abierta,<sup>8</sup> este estudio exploratorio intentó conocer cómo se posicionan los donantes de semen acerca de su donación.

## Metodología del estudio

Este estudio intenta mostrar de qué modo se posicionan los hombres cis donantes de semen, cuáles son las significaciones asociadas a aquello que donan, y cómo se organiza la gestión del material reproductivo. Por gestión del material reproductivo se entiende la captación, el acceso, el manejo y la transmisión de información en personas que no participan como pacientes ni como usuarias y usuarios de TRHA, pero que a partir de su «aporte» contribuyen a la construcción material del parentesco dentro de un dispositivo sociotécnico (Ariza, 2014a)

8 Los bancos de esperma con programas de identidad abierta se iniciaron en Estados Unidos en el año 1982. En Argentina, los programas de identidad abierta están disponibles desde el año 2014. Estos programas se ofrecen como una alternativa a la donación anónima, y se apoyan en el derecho de los nacidos a conocer los datos sobre su origen genético. Tener acceso a ese conocimiento no genera un vínculo filial, dado que según la normativa vigente la filiación por TRHA la establece la voluntad procreacional, mientras que los y las donantes proveen el material reproductivo. De acuerdo con los fundadores del banco: «el hecho que nos motivó al desarrollo del programa se basó, principalmente, en la iniciativa de algunas pacientes que quieren dejarle una ‘puerta abierta’ a sus hijos concebidos con semen de donante para que puedan contar con mayor información en el futuro, si así lo desearan. Los datos identificatorios son proporcionados únicamente a aquellos adultos concebidos por la donación al cumplir los 18 años de edad, y en persona, siempre que lo manifesten por escrito y que se acredite la autenticidad de la concepción bajo este programa» (Programa de Identidad Abierta. Reprobank. Disponible en [bit.ly/3kZ7AJ4](https://bit.ly/3kZ7AJ4)).



que combina la agencia humana con otros elementos y dispositivos no humanos (formularios, consentimientos, células reproductivas, arquitecturas, instrumental, entre otros).

Las intervenciones apuntaron a describir los modos en que los donantes participan de la lógica biomédica entendiéndose como una construcción con múltiples actores. La hipótesis de la que parte esta indagación se apoya en el presupuesto de que la lógica heteronormativa y los binarismos asociados al cuerpo, al género y a sus funcionamientos operan sobre la gestión del material reproductivo (óvulos y espermatozoides) de un modo performativo. La atribución de valores sigue esta misma lógica, donde se asocian determinadas características a lo femenino (el altruismo, la solidaridad, la posibilidad de disociar la idea de hijo de la célula reproductora) y otras a lo masculino (menor implicación corporal, pensar la donación como un trabajo); estas atribuciones enmarcan las trayectorias no reproductivas de los donantes.

La caracterización de los donantes supone un desafío, porque tal como indica Sebastian Mohr (2014) en sus estudios sobre donantes de semen daneses, es complejo estudiar las motivaciones individuales de los donantes sin correr el riesgo de generar una imagen estereotipada y distorsionada de ellos como individuos movidos exclusivamente por los incentivos económicos, sin contemplar los marcos morales, biomédicos, organizativos y tecnológicos en los que la experiencia de la donación acontece.

La demanda de semen se incrementó en los últimos años ante un mayor acceso a las TRHA de diversas conformaciones familiares como las mujeres sin pareja al momento de la consulta (lo que habitualmente se conoce como *madre soltera por elección*) y las comaternidades (Romero, 2020). Muchas de estas personas prefieren recurrir a bancos que ofrecen un servicio de Identidad Abierta, donde se brinda la posibilidad de conocer la identidad del donante de esperma u óvulos a la persona concebida por donación cuando alcance la mayoría de edad. El programa de identidad abierta (PIA) ofrece una «carpeta» con información relativa a la identidad del donante, datos sociodemográficos, fotografías, informe sobre la personalidad, un escrito a mano acerca de sus motivaciones para donar y más detalles sobre su vida (Regalado, 2020).

¿Por qué las mujeres donantes son más propensas a ser evaluadas psicológicamente que los varones? ¿Se trata solo de la diferencia en los procedimientos, es decir del diferente involucramiento corporal en las prácticas biomédicas? ¿Qué novedades aporta, en este caso, pensar al género como una matriz de inteligibilidad (Butler, 2001)?

El marco epistemológico y metodológico a través del cual se diseñó este estudio se fundamenta en los presupuestos de la investigación cualitativa, en tanto esta procede de forma inductiva, interpretativa y constructivista.

Esto es, se parte de la base de que el mundo social está constituido por actores que entran en relación con otros, y que un elemento clave de tal interacción, así como de sus vínculos con el mundo natural, con su propio cuerpo y con el resto de los objetos artificialmente creados, es la capacidad humana de significar y otorgar sentidos a través del lenguaje y el relato (Ariza, 2014b, pp. 47-48).

Este estudio tiene características exploratorias (De Souza Minayo, 1997), pero combina estrategias mixtas que reúne momentos descriptivos y otros interpretativos (Ynoub, 2014). El paradigma interpretativo pretende comprender el sentido de la acción en el contexto del mundo de la vida y desde la perspectiva de los y las participantes. Los métodos cualitativos constituyen un modo particular de acercamiento a la indagación: una forma de ver y una manera de conceptualizar; una cosmovisión inscrita en una particular perspectiva teórica para comunicar e interpretar la realidad (Vasilachis, 2006).

Las entrevistas se realizaron a diez varones cis<sup>9</sup> donantes de semen que participaron voluntariamente de un programa de donación durante agosto y setiembre de 2019 en uno de los seis centros privados de reproducción de la Ciudad de Buenos Aires,<sup>10</sup> que además abastece de gametos al resto del país. En todos los casos se trató de varones que donaron en varias oportunidades. Un fenómeno reciente es la creación de bancos de gametos en los mismos centros de reproducción para el abastecimiento propio. Si bien desde la sanción de la Ley de Acceso y cobertura de los tratamientos de reproducción asistida de 2013 los tres subsectores del sistema de salud —las empresas de medicina prepaga, las obras sociales y el sistema público— comenzaron a cubrir el acceso a las TRHA, la gestión de la medicina reproductiva es mayoritariamente privada con escaso acceso y equipamiento en el sector público. Al no contar con una legislación específica e integral que establezca los criterios para la compensación de los y las donantes, o para el valor de las muestras, nos encontramos ante un bio-mercado desregulado que sigue principalmente las reglas de la oferta y la demanda.

La «búsqueda» de los donantes se da principalmente por medio del *boca a boca* o a través de redes sociales, donde se hace hincapié en la calidad de las muestras y en los estudios que se realizan (Figura 1).

9 Es importante señalar que en este estudio solo se ha explorado la experiencia e intervención de identidades ubicadas dentro del binomio tradicional cisgénero, por lo que los resultados y la discusión que de ellos surgen se ciernen específicamente a varones y mujeres cisgénero.

10 En la Ciudad de Buenos Aires existen seis Bancos emisores de gametos oficiales que abastecen a todos los centros de reproducción del país. Algunas de estas entidades tienen convenio con las obras sociales, lo que hace que las muestras estén incluidas dentro del tratamiento que cubre el Plan Médico Obligatorio. Sin embargo, al no haber una regulación del valor, el costo de la muestra puede variar (actualmente) entre los \$ 15.000 y los \$ 35.000.

Figura 1.  
Imagen obtenida de red social



Fuente: publicidad de un banco de gametos en Ciudad de Buenos Aires

Los criterios de selección para los donantes de semen son: tener entre 18 y 40 años, estar dispuesto a aceptar la realización de un examen físico completo para descartar uretritis, úlceras o verrugas genitales; se registra el fenotipo; examen hematológico; exámenes de laboratorio (grupo sanguíneo y factor Rh, VIH1, VIH2 y hepatitis B y C). Según criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) deben obtener resultados normales en al menos dos espermogramas. Adicionalmente, se evalúa la eficiencia del semen frente al congelamiento y descongelamiento. Se registra la historia clínica y familiar (para descartar enfermedades hereditarias y personas con riesgo de exposición al VIH u otra enfermedad de transmisión sexual) (Blaquier, Gogorza, Horton, Martínez, Morente y Papier, 2013). Se lleva adelante una repetición periódica de los análisis infectológicos durante el tiempo que dure la participación del donante en el programa para cumplir con la cuarentena establecida (seis meses) para enfermedades infectocontagiosas; y una evaluación genética, inclusive su cariotipo (Branzini y Osés, 2020).

## Resultados y discusión

La presentación de los resultados sigue tres ejes: 1) cuáles pueden ser las implicancias de considerar a la donación en equivalencia con la idea de hijo; 2) cuáles son las expectativas en torno a cómo se atraviesa la experiencia de donar, y 3) cómo se vehiculiza la reflexión acerca de un posible contacto en el futuro con las personas nacidas a partir de su donación.

Ecuación simbólica *semen = hijo*

La ecuación simbólica *semen = hijo* hace alusión a cómo, a partir de la conceptualización freudiana, la estructuración del aparato psíquico es diferencial según cómo afronta el Edipo

la niña o el niño. En el caso de la niña, al notar la ausencia de pene y sentir envidia por ello, reprime el afecto hacia su primer objeto de amor (la madre) y busca al padre esperando en retribución recibir un hijo ante su falta (falta de pene). Si leemos la teoría freudiana a partir del prisma feminista, podemos sostener con Gayle Rubin (1986) que el Edipo funciona como un aparato de domesticación. «El complejo de Edipo es un aparato para la producción de personalidad sexual [...] el falo conlleva también el significado de la diferencia entre “el que intercambia” y “lo intercambiado”, entre el regalo y el dador» (pp. 123-124).

En nuestro caso, un primer dato significativo que arrojó el estudio fue la coincidencia que, directa o indirectamente, refieren los donantes entrevistados entre su aporte y la idea de hijo:

E: ¿Hay alguna cuestión que te preocupe relacionada con tu donación?

Marco: Antes sí, pero después leí bien el contrato y es anónimo. Igual yo tampoco tendría problema de conocer, pero a veces me pongo a pensar en cuántos *changuitos* andarán dando vueltas con mis genes, como que tengo una banda de hijos (Donante activo, 25 años, malabarista, artesano)

Marco participa del programa desde 2017 y donó en reiteradas oportunidades. Se enteró de la posibilidad de ser donante por medio de la madre de su hija que era donante de óvulos. Lo cual confirma que la circulación del boca en boca es una práctica habitual entre los donantes. La idea de que podría tener *una banda de hijos* no aparece en sí misma como una preocupación ante el anonimato que asegura el contrato.

E: ¿Tenés hijos?

Antón: No.

E: ¿Pensás tenerlos?

Antón: En verdad es medio contradictorio decirlo acá, pero calculo que no.

E: ¿Por qué pensás que es contradictorio?

Antón: No, es contradictorio... Un donante de esperma biológicamente hablando sí sería padre en el sentido de —no sé si queda mal decirlo— la procreación, pero bueno, yo hijos por ahora no. No sé si nunca, pero hoy no (Donante activo, 28 años, fotógrafo).

Al igual que Marco, Antón duda cuando se le pregunta si tiene hijos porque *biológicamente* se piensa como padre, en tanto asocia una función simbólica o social a la función reproductora. Se constata así nuestra hipótesis inicial de cómo, a nivel simbólico, aparece una fuerte asociación entre la posibilidad de fecundar y la idea de que esos son, aunque sea en un sentido biológico, sus hijos.

E: Cuando surgió la posibilidad de ser donante, ¿lo hablaste con alguien?

Víctor: Sí, lo hablé con mi novia primero. No quería saber nada primero, pero después me dijo que bueno... me dijo «vas a dejar hijos por todos lados» (Donante activo, 25 años, empleado en una verdulería).

La idea de que el donante *deja hijos* parece ser compartida por las parejas de estos hombres. Incluso, esta percepción le ha ocasionado problemas a uno de ellos que asistía al centro de reproducción *a escondidas* de su pareja, ya que ella se había manifestado en contra de esta práctica.

Varios de los donantes entrevistados refieren que, de tener problemas reproductivos, recurrirían a la adopción:

E: ¿Si no pudiera tener sus propios hijos, acudiría a un banco de semen?

Simón: Acudiría a una adopción, no a un banco de semen (Donante activo, 36 años, empleado público).

Marco: Mmm... No, adoptaría (Donante activo, 25 años, malabarista, artesano)

Parecen estar dispuestos a entregar su semen para «otros» que no pueden, pero no se posicionarían en el lugar de recibir. En el imaginario de estos varones aparece la idea de que el destinatario designado es un hombre infértil en una pareja heterosexual, cuando en realidad cada vez recurren más mujeres solas o mujeres en pareja a la inseminación con donante. El imaginario heteronormativo enmarca aquello que dan como un pacto entre varones que se sostiene en el anonimato y del cual participan de un modo activo: dando.

A su vez, esta idea del *hijo* que aparece en el discurso de todos los entrevistados más directa o indirectamente no despierta una inquietud moral acerca de su no participación o involucramiento en la vida de esos «hijos». La forma en que se inscribe esta operación para ellos podría nombrarse como un desdoblamiento que configura dos líneas paralelas que conviven; a nivel conceptual, el corte que produce la voluntad procreacional en este sentido no alcanza a separar aquello que la biología ha unido.

También en las mujeres donantes de ovocitos se encuentra presente este desdoblamiento; solo que, en el caso de ellas, se espera que puedan hacer referencia a esa «distancia necesaria» entre una célula reproductora y quien será *el o la hija de otros y otras*. La construcción de los donantes como proveedores y la despersonalización de la que son objeto, junto a cierto registro de lo «ominoso» de una presencia insoportable, ha llevado a Catarina Delaunay (2019) a conceptualizar una «operación de desapego» [*detachment operation*] que «apunta a mantener a raya, separar o desprenderse del donante pensado su aporte de un modo funcional» (p. 390).

Esta operación de distanciamiento o separación parece diferente según se trate de mujeres que donan óvulos o de varones que donan semen. En el caso de las mujeres, se refuerza la idea de que recibir un óvulo donado permite experimentar la maternidad *en carne propia* a partir de vivir el embarazo, el parto, la lactancia y en último término la crianza de sus hijos o hijas; en el caso del varón, el semen adquiere un carácter filiador. Pero también hay que considerar que, en el caso de las mujeres donantes de óvulos, la distancia que parece existir entre la idea de hijo y el óvulo donado puede responder a la deseabilidad de las respuestas, ya que ha circulado que es preferible que la donante de óvulos no haga referencia a la donación como un hijo, y que incluso esa referencia podría ser un criterio de exclusión para ellas. En este sentido, ¿por qué es deseable que la mujer haga referencia a que dona una célula para que otros y otras se conviertan en madres o padres, pero eso no sería necesario en el caso del varón donante de semen? Tampoco está del todo claro el alcance de esa disociación, ya que se ha encontrado que, en otros universos de discurso, cuando se pregunta a las mujeres donantes de óvulos acerca de qué piensan respecto de un posible contacto en el futuro con las y los nacidos, han aparecido contradicciones y dificultades para nombrar el vínculo que tienen con su «descendencia».<sup>11</sup>

Por otro lado, desde el registro de lo personal, la virilidad muchas veces se asocia a la capacidad de *fertilizar*, de *embarazar*, por lo que la consideración de hijo puede pensarse también como respuesta a un mecanismo narcisista. A primera vista, la cuestión de la idea de hijo en los donantes de semen debería interpelar los diseños de los protocolos de evaluación psicológica, que evidentemente no están poniendo el foco en cómo inscriben los varones el acto de donar. Esto no resulta sorprendente si tenemos en cuenta que, al ocupar el lugar de la racionalidad en los roles de género tradicionales, no se espera que surjan sentimientos respecto a la donación que puedan repercutir en su salud mental futura, que puedan generar un efecto subjetivo, ni presentar una mayor implicación corporal.

Cuando Strathern (1991) analiza las primeras repercusiones del Informe Warnock afirma, siguiendo a Haimés, que la falta de regulación era una preocupación habitual con respecto a la donación de semen, había como un miedo al exceso, a que un solo hombre engendrara muchos hijos, entre otros. Por el contrario, la donación de óvulos fue conceptualizada como

11 De acuerdo a la presentación titulada «Concepción de las donantes de óvulos de los niños nacidos a través de su donación: naturalización estratégica de la gestación, el embarazo y la crianza» de María Isabel Jociles y Ana María Rivas en el Taller sobre *Nuevas Fronteras en Tecnologías Reproductivas* (2021), analizaron cómo las donantes de óvulos piensan y se representan las conexiones entre ellas y su descendencia. En algunos casos, las donantes de óvulos deciden no contarles a otros sobre la donación, por el modo en que ésta es percibida socialmente, dentro de un vínculo materno-filial. Otras encuentran dificultades para nombrar la relación con sus «descendientes», no encuentran un término adecuado, suelen utilizar términos neutros como «niño» e incluso como «un hijo no-hijo». Acceso a la presentación completa en: <https://sites.usp.br/redlibre/es/eventos/>

más benigna, pasiva y como una intervención que podía ser regulada, la donación de óvulos evocaba el tipo de potencial que la tecnología podría domesticar para fines sociales.

### Expectativas en torno a cómo se atraviesa la experiencia de donar

En general, la información acerca de procedimientos que atañen a la salud reproductiva de los donantes (resultados de los test genéticos, análisis de laboratorio, resultados del espermograma) aparece restringida al personal médico y no parece ser compartida por los donantes.

E: ¿Tuviste algún problema para obtener la muestra?

Antón: Una vez sí porque vine con una gripe tremenda. Y no pude, no pude y tampoco tenía ganas. Y vino la extraccionista ese día y no sabía qué decirle, y para colmo había venido solo por mí. Creo que de ahí fue un castigo que no me llamaron más por dos meses, no sé, porque yo nunca supe por qué no me llamaron (Donante activo, 28 años, fotógrafo).

Al igual que en investigaciones anteriores (Álvarez Plaza, 2015) se percibe cómo el control que se ejerce sobre los donantes repercute en la forma de entender a sus cuerpos como meros reproductores al servicio de las necesidades y deseos de otros. De esta forma, parece tratarse de un cuerpo que no puede fallar, y si falla recibirán un castigo por ello.

De acuerdo con Consuelo Álvarez Plaza y José Ignacio Pichardo Galán (2018), la construcción del «buen donante» ubica al hombre como un proveedor sin mayores consecuencias emocionales. Como se trata de un proceso no invasivo, se compensa poco y se opera sobre ese fluido para convertirlo en un *bioobjeto* con un valor objetivo. Al igual que los ovocitos, e incluso mucho antes, el semen circula con gran facilidad en los flujos reproductivos transnacionales y es considerado como el «oro blanco» de estos circuitos (Álvarez Plaza y Pichardo Galán, 2020). El semen ocupa un espacio liminal entre su capacidad de producir vida y ser producto de placer. Sin embargo, «en los bancos, el semen pasa de ser un fluido originado mediante un acto de placer «sucio» o «peligroso», a ser una mercancía «clínica», «limpia» y «segura» para alcanzar la función reproductora» (Álvarez Plaza y Pichardo Galán, 2020, p. 182).

E: ¿Cómo te enteraste de que se podía donar semen?

Antón: Una amiga donó óvulos, yo en ese momento estaba muy mal económicamente, igual esto va más allá de lo económico. Y me dijo «mirá, está esta posibilidad», y le dije «bueno, vamos a probar». Además era un mundo nuevo y yo soy un ser curioso por naturaleza, así que dije «bueno, vamos a ver» [...] Y bueno, me pareció un lugar muy serio. Vine, me contactó una mujer que —dicho sea de paso— nunca conocí personalmente, que dijo «bueno, tenés que ir al lugar, tal fecha, tal hora». Vine, me hicieron la

entrevista con mucha seriedad. Uno se imaginaba desde el prejuicio que iba a ser no sé si fuerte es la palabra, pero más clandestino, a colación de la falta de información... Pero bueno, me pareció buena la idea de donar también. Me contacté y vine y ahí me dijo y empecé. Fue a partir del año pasado creo, no me acuerdo (Donante activo, 28 años, fotógrafo).

La escasa circulación de información al interior de las clínicas, sobre todo teniendo en cuenta que muchas veces los donantes no saben por qué se los ha dejado de convocar, como sostuvo Antón, o cuáles son los resultados de los estudios a los que se han sometido, es un aspecto que se relaciona con ese proceso de invisibilización o desobjetivación del que pueden ser objeto y que ha sido registrado ampliamente en la bibliografía. Este fenómeno ha aparecido en la caracterización de nuestros entrevistados, bajo la fantasía de *clandestinidad*, de algo oculto, secreto o vergonzoso que, como vimos también, estuvo presente desde los inicios de la práctica.

En esta misma línea, se suelen desestimar las implicancias subjetivas del acto de donar semen; si bien ellos mismos pueden dar cuenta de que esta práctica no es sin consecuencias emocionales:

E: ¿Recomendaría a otros hombres ser donantes de semen y por qué?

Simón: No, no recomendaría porque no es un trabajo. Para mí no es algo sencillo. Creo que uno tiene que ser consciente de lo que hace. Yo considero que soy consciente de lo que hago, pero no de brindarle información a otra persona para que venga a este lugar. Si otra persona le dice a un amigo o un hermano le dice «¿Querés ir?», ellos tienen la opción de decir que sí o que no. Yo no lo recomendaría (Donante activo, 36 años, empleado público).

A diferencia de lo que han registrado investigaciones anteriores, en las que la práctica de donar semen era significada por los mismos donantes como un trabajo (Nelson y Hertz, 2017), no es el caso de Simón, quien expresa que no se lo recomendaría a otro hombre. Podría pensarse que para él la donación de semen está más cercana al registro de lo íntimo que de lo público.

En el contexto local, el contacto y la iniciación en la práctica de la donación suele ser por medio de conocidos, tanto hombres como mujeres que participan del circuito y se da por el boca a boca. Esto hace también que el reclutamiento sea difícil y que los y las donantes escaseen. En otros países que han pasado por un fenómeno similar se ha planteado revisar los criterios clínicos actuales (Pennings, 2021) como una mayor utilización de fecundación *in vitro* (FIV) en lugar de la inseminación intrauterina para economizar las muestras o aumentar el límite de edad de los donantes de semen. En otros países el circuito informal (conocido como *connection sites*) ha registrado una expansión y se configura como un espacio virtual donde voluntariamente los donantes y las receptoras pueden establecer contacto en cualquier



momento del proceso reproductivo (Graham, Freeman y Jadva, 2019), lo que introduce «nuevos» actores en un mapa de conectividades globales y fluctuantes.

### Consideraciones acerca de la posibilidad de contacto, en el futuro, con los y las nacidas

Si bien los donantes que participaron de esta investigación hicieron su donación bajo el régimen de un anonimato relativo, dado que, si bien su participación es anónima para los receptores, desde la reforma del Código Civil y Comercial de 2015, los y las nacidos podrían solicitar por medio de una autorización judicial conocer los datos identificatorios del donante, haciendo uso de su derecho de acceder a los datos relativos a los orígenes genéticos. Teniendo en cuenta que esta es una posibilidad, nos interesó conocer si accederían a un contacto en el futuro con las y los nacidos:

E: Si el día de mañana el niño concebido con tu espermatozoide quiere conocerte, ¿estarías de acuerdo?

Marco: Encantadísimo.

E: ¿Por qué?

Marco: Me gusta conocer a mis hijos, sería como un hijo mío, porque salió de mí (Donante activo, 25 años, malabarista, artesano).

En otro caso, se asocia un rasgo de personalidad como la curiosidad a una condición que es pasible de ser «heredada» genéticamente:

E: ¿Estarías de acuerdo con conocer a las personas nacidas de tus espermatozoides?

Antón: Sí, porque obviamente si me pongo en el lugar de esa persona, si bien yo sé que biológicamente —no entiendo mucho de ADN, pero calculo yo que mediante el ADN se pueden pasar algunos rasgos físicos y de la personalidad también—, entonces yo me pongo en el lugar de esa persona y digo «¿Por qué soy así si mis padres son diferentes?». Entonces, bueno, es sacarse la duda de uno mismo, y si esa persona saca mi curiosidad, estoy seguro de que va a querer, yo haría lo mismo (Donante activo, 28 años, fotógrafo).

Aparece también la idea de *ayudar* a las personas nacidas si tuvieran algún problema de salud:

E: ¿Te gustaría conocer a las personas nacidas de tus espermatozoides?

Facundo: Y... porque una persona, un bebé, un hijo, un ser que está en este planeta y sabiendo que vos pusiste una semilla, ayudaste... Sí, me gustaría conocerlo si esa persona está de acuerdo. Yo no voy a ir por todos lados buscando. Si puedo ayudar, si necesita un trasplante de un riñón, si puedo ayudar lo doy, no tengo problema (Donante activo, 34 años, encargado de edificio).

En el caso de Facundo la posibilidad de contacto estaría mediada por una necesidad de la clínica de fertilidad que lo requiere ante un problema de salud en el o la nacida:

E: ¿Te gustaría tener información sobre los niños nacidos con tus espermatozoides?

Facundo: Es muy difícil, qué sé yo. No voy a andar buscando, mi cabeza no va a estar pensando «che, ¿cuántos hijos tendré?», pero algo de ayuda, sí. Si la clínica se comunica conmigo «no, mirá, tenemos este problema», lo analizo y si es de salud no tengo ningún tipo de problema (Donante activo, 34 años, encargado de edificio).

Aquí se ve cómo aparece la clínica de fertilidad como la mediadora del contacto, y este queda supeditado a un *problema de salud* y no a un derecho que, de acuerdo a las normativas vigentes corresponde a los/as nacidos y no queda reducido únicamente a que exista un problema de salud, sino que el derecho de acceder a los datos del origen genético se fundamenta en el derecho a la identidad de los y las nacidas por TRHA. El desconocimiento del entorno legislativo que rige la práctica de la donación de gametos demuestra la necesidad de brindar mayor información a las y los donantes para que puedan entender con cabalidad el alcance de la práctica en la que participan y las consecuencias que puede tener en el futuro cercano.

Esto nos lleva a nuestro último eje de exploración, aquel que indagó los modos en que se piensan las posibilidades de contacto con los y las nacidas. La continuidad biogenética aparece como el vehículo para considerar que algunas de sus características serán heredadas. La posibilidad de contacto no aparece inicialmente como algo amenazante o temido, de hecho, la mayoría de los donantes estuvieron dispuestos al contacto futuro, menos uno de ellos que se distinguía del grupo de los entrevistados porque ocultaba a su pareja el hecho de ser donante. Refiere que la última vez «vino a escondidas» y que no le contaba a su novia que asistía al centro de fertilidad porque ella no quería que él fuera donante; no quería que «ande teniendo hijos por ahí» (Donante activo, 24 años, trabajo independiente). El temor a que su novia se enterara generaba que él no quisiera saber nada: ni tener ningún tipo de información de los nacidos, ni conocer los resultados de los exámenes clínicos o genéticos. Surge entonces la pregunta de si este donante, dentro de esta configuración contextual, puede ser considerado o no apto para la donación.

## Consideraciones de cierre

El lugar del donante de semen desafía y al mismo tiempo pone de manifiesto la importancia que aún hoy se otorga a la conexión biogenética entre donantes y personas concebidas con su espermatozoides. Siguiendo a Strathern (1991), podemos pensar a lo biológico como modificado por

los arreglos sociales o podemos pensar cómo los arreglos sociales han tenido que adaptarse a, o responder a las necesidades biológicas. El lugar de *lo genético* aparece como hegemónico. En palabras de Lippman y Hubbard, se configura un estado de ánimo social predominante llamado genomanía. Se trata de una configuración posibilitada por «la irrupción de la genética como valor e ícono sociocultural» (Álvarez Plaza y Rivas Rivas, 2020, p. 453), la cual se convierte en la garantía de una buena descendencia producto de un «buen donante».

A lo largo de la historia se ha hecho una lectura del cuerpo de la mujer (como cuerpo reproductivo) y del cuerpo del varón (como productivo) (Álvarez Plaza, 2008), lo que a su vez se ha traducido en que tanto hombres como mujeres cumplan distintos roles sociales. Esta dicotomía que asimila la diferencia biológica al rol social ha hecho que, en el caso de las mujeres, sus roles se restringieran al ámbito doméstico, adquiriendo la responsabilidad por la crianza de las/os hijas/os y el cuidado del hogar como funciones que parecen desprenderse de su capacidad reproductora.

El modo desigual en el que los hombres y las mujeres participan de la práctica biomédica de la donación de gametos es un referente empírico de cómo la lógica institucional reproduce esta dicotomía o binarismo estructural. Una arqueología de la noción de cuerpo en el ámbito reproductivo (Rustoyburu y Eraso, 2018) parte de organizar la existencia de dos cuerpos (uno masculino y otro femenino) donde la inscripción de la diferencia contribuye a determinar aspectos culturales y roles de género que enmarcan las prácticas biomédicas actuales.

Intentar amalgamar los criterios de selección de las mujeres donantes de óvulos a los varones donantes de semen corre el riesgo de desatender las diferencias que existen en el proceso de obtención de los gametos, el uso e involucramiento del cuerpo, las diferencias en la compensación que reciben (en las mujeres donantes de óvulos se estipula cercano a un salario mínimo, mientras que en los hombres alcanzaría apenas para cubrir gastos de traslado o viáticos), aspectos que configuran el entorno biomédico donde la donación acontece. En este sentido, el ocultamiento y la invisibilización toma la forma de lo clandestino, lo cual puede configurarse como uno de los causantes de la *escasez* de donantes de semen y una consecuente desatención a las repercusiones subjetivas, en función de no perder a quienes se encuentran dispuestos.

Se constata que el modo de captación y manejo de la información, ya sea a lo que atañe a la salud reproductiva de los donantes como de la posibilidad de vinculación con los nacidos es escasa, por lo que correspondería contar con un espacio para que esta información pueda ser discutida con los donantes. Por experiencias y estudios que se han llevado a cabo en otros contextos estamos al tanto de la existencia de nuevas formas de intercambio, como los

*connection sites*, que plantean nuevos desafíos éticos y regulatorios a la hora de proyectar el acceso y manejo de la información genética de los y las nacidas. Resta por considerar en mayor profundidad cuáles pueden ser las consecuencias subjetivas de comprender el aporte de la donación de semen desde la noción de *hijo*, y de qué modo esta consideración se traducirá (o no) en la evaluación o apto psicológico que en un futuro se pueda proyectar para los varones que participan de estas prácticas. En este sentido, los estudios sobre género y más específicamente sobre masculinidades pueden ayudarnos a entender este fenómeno, a analizar su relevancia y a pensar intervenciones posibles.

## Referencias

- Almeling, R. (2006). "Why do you want to be a donor?": gender and the production of altruism in egg and sperm donation. *New Genetics and Society*, 25(2), 143-157. Recuperado de <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14636770600855184>
- Almeling, R. (2011). *Sex cells: The medical market for eggs and sperm*. Berkeley: University of California Press.
- Álvarez Plaza, C. (2008). *La búsqueda de la eterna fertilidad. Altruismo y mercantilismo en la donación de semen y óvulos*. Jaén: Alcalá.
- Álvarez Plaza, C. (2015). Sexo sin reproducción y reproducción sin sexo. Sexualidad y salud reproductiva de los donantes de semen y óvulos. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, 70(2), 469-84. Recuperado de <https://eprints.ucm.es/id/eprint/37400/>
- Álvarez Plaza, C., y Pichardo Galán, J. I. (2018). La construcción del «buen donante» de semen: selección, elección, anonimato y trazabilidad. *Papeles del CEIC. International Journal on Collective Identity Research*, (2). Recuperado de <https://www.redalyc.org/jatsRepo/765/76556984003/76556984003.pdf>.
- Álvarez Plaza, C., y Pichardo Galán, J. I. (2020). Semen: el oro blanco de los circuitos reproductivos. En: A. Rivas Rivas y C. Álvarez Plaza (Comps.), *Etnografía de los mercados reproductivos: actores, instituciones y legislaciones* (pp. 157-211). Valencia: Tirant lo Blanch.
- Álvarez Plaza, C., y Rivas Rivas, A. M. (2020). Epílogo. En: A. Rivas Rivas y C. Álvarez Plaza (Comps.), *Etnografía de los mercados reproductivos: actores, instituciones y legislaciones* (pp. 451-454). Valencia: Tirant lo Blanch.
- Argentina (2005). Ley 26.061: Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. 21 de octubre de 2005. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/110000-114999/110778/norma.htm>
- Argentina (2010). Ley 26.618: Matrimonio Civil. 21 de julio de 2010. Recuperado de [http://www.jus.gob.ar/media/3109833/ley\\_26618\\_matrimonio\\_igualitario.pdf](http://www.jus.gob.ar/media/3109833/ley_26618_matrimonio_igualitario.pdf)
- Argentina (2013). Ley 26862: Acceso Integral a los Procedimientos y Técnicas Médico-asistenciales de Reproducción Médicamente Asistida. 25 de junio de 2013. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/216700/norma.htm>.
- Argentina (2015). Código Civil y Comercial de la Nación. Buenos Aires: Honorable Cámara de Diputados de la Nación (Argentina).
- Ariza, L. (2010). La procreación como evento natural o tecnológico: repertorios decisorios acerca del recurso a la reproducción asistida en mujeres en parejas infértiles de Buenos Aires. *Revista en Salud, Sociedad, Ciencia y Tecnología*, 2(1), 1-47. Recuperado de <http://www.ea-journal.com/art2.1/La-procreacion-como-evento-natural-o-tecnologico.pdf>.
- Ariza, L. (2014a). Fotografías, registros médicos y la producción material del parentesco: acerca de la coordinación fenotípica en la reproducción asistida en Argentina. En: A. Cepeda y C. Rustoyburu (Comps.), *De las*

- hormonas sexuales al Viagra. Ciencia, Medicina y Sexualidad en Argentina y Brasil* (pp. 173-206). Mar del Plata: EUDEM.
- Ariza, L. (2014b). La construcción narrativa de la infertilidad. Mujeres que narran la experiencia de no poder concebir. *Sexualidad, Salud y Sociedad-Revista Latinoamericana*, (18), 41-73. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2014.18.05.a>
- Ariza, L. (2016a). No pagarás: el Consentimiento Informado como productor de solidaridad en la medicina reproductiva. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 27(52), 240-268. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/145/14547610004.pdf>.
- Ariza, L. (2016b). Cuerpos abstractos, riesgos concretos: dispositivos clínicos y la salud de las donantes de óvulos en la medicina reproductiva argentina. *Salud Colectiva*, 12, 361-382. Recuperado de [https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/scol/v12n3/1851-8265-scol-12-03-00361.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/scol/v12n3/1851-8265-scol-12-03-00361.pdf).
- Bestard, J. (1998). *Parentesco y modernidad*. Barcelona: Paidós.
- Blaquier, J., Gogorza, S., Horton, M., Martínez, A. G., Morente, C., y Papier, S. (2013). *Normas para la acreditación de bancos de semen*. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva. Recuperado de [http://www.samer.org.ar/pdf/normas\\_ctros/normas\\_acreditacion\\_bancos\\_de\\_semen.pdf](http://www.samer.org.ar/pdf/normas_ctros/normas_acreditacion_bancos_de_semen.pdf).
- Branzini, C., y Osés, R. (2020). Banco de semen. En: Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva, *Tratado de Reproducción Humana. Fisiopatología, fertilización asistida, reprogenética y aplicaciones clínicas*. Buenos Aires: Editorial Ascune.
- Butler, J. (2002). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós.
- Ciccia, L. (2017). *Hacia un pensamiento Neuroqueer desde la epistemología feminista* (Tesis de doctorado). Buenos Aires: Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.
- De Souza Minayo, M. C. (1997). *El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Delaunay, C. (2019). Dilemmatic tensions around parenthood: the ambiguous third-party role in Assisted Reproductive Technologies and Surrogacy in France and Portugal. *Política y Sociedad*, 56(2), 381-404. Recuperado de <https://run.unl.pt/handle/10362/92535>.
- Franklin, S. (2013). *Biological relatives-IVF, stem cells and the future of kinship*. Durham: Duke University Press.
- Graham, S., Freeman, T., y Jadva, V. (2019). A comparison of the characteristics, motivations, preferences and expectations of men donating sperm online or through a sperm bank. *Human Reproduction*, 34(11), 2208-2218. <https://doi.org/10.1093/humrep/dez173>
- Herrera, M., y Lamm, E. (2014). De identidad e identidades: el derecho a la información y el derecho a conocer los orígenes de niños nacidos de reproducción humana asistida heteróloga. *La Ley*, 155, 5-12. Recuperado de <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/36112?show=full>.
- Hertz, R. (2018). Donantes de esperma en los Estados Unidos de América y las relaciones con su descendencia. *Revista de Antropología Social*, 27(2). Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/RASO/article/view/61854>.
- Iturburu, M., Salituri Amezcu, M. M., y Vázquez Acatto, M. (2017). La regulación de la filiación derivada de las técnicas de reproducción asistida en la Argentina: voluntad procreacional y consentimiento informado. *Revista IUS*, 11(39). Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1870-21472017000100005&script=sci\\_abstract&tlng=en](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1870-21472017000100005&script=sci_abstract&tlng=en).
- Jociles M. I., y Rivas A. M. (2021). Concepción de las donantes de óvulos de los niños nacidos a través de su donación: naturalización estratégica de la gestación, el embarazo y la crianza [Sesión de conferencia] *Taller Nuevas fronteras en tecnologías reproductivas. Interrogando la reproducción en el siglo XXI: ¿cómo influyen en los países de tradición católica?* RedLIBRE, Buenos Aires, 21 al 23 de junio. Recuperado de <https://sites.usp.br/redlibre/es/eventos/>

- Lafuente-Funes, S. (2019). Shall We Stop Talking about Egg Donation? Transference of Reproductive Capacity in the Spanish Bioeconomy. *BioSocieties*, 15, 207-225.
- Lima, N. S., y Rossi, M. (2019). Avance genético y políticas de anonimato. *Revista Bioética*, 27(4), 603-608. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019274344>
- Lima, N. S., Rossi, M., Kohen, N., y Ormart, E. (2019). *Resonancias de la donación de óvulos*. Premio Facultad de Psicología. Buenos Aires: UBA Recuperado de [http://www.psi.uba.ar/institucional/premio/2019/trabajos/donacion\\_ovulos.pdf](http://www.psi.uba.ar/institucional/premio/2019/trabajos/donacion_ovulos.pdf).
- Lutjen, P., Trounson, A., Leeton, J., Findlay, J., Wood, C., y Renou, P. (1984). The establishment and maintenance of pregnancy using in vitro fertilization and embryo donation in a patient with primary ovarian failure. *Nature*, 307, 174-175.
- Mohr, S. (2014). Beyond motivation: On what it means to be a sperm donor in Denmark. *Anthropology & Medicine*, 21(2), 162-173. Recuperado de <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13648470.2014.914806>.
- Naves, F., Wang, L., Jurkowski, L., Barontini, G., Pérez, D., y Rossi, M. (2020). Guía de buenas prácticas para la evaluación y asesoramiento de donantes de ovocitos. En N. S. Lima y D. Rossi (Comps.). *Desafíos actuales en la clínica de la reproducción humana asistida* (pp. 131-154). San Luis: Nueva Editorial Universitaria. Recuperado de <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/136353>.
- Nelson, M., y Hertz, R. (2017). Pride and concern: differences between sperm and egg donors with respect to responsibility for their donor-conceived offspring. *New Genetics and Society*, 36(2), 137-158. Recuperado de <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14636778.2017.1320941>
- Osés, R. (2017). Reproducción asistida con semen de donante. ¿Qué cambió? *Reproducción*, 32(2), 22-29. Recuperado de <https://cryobank.com.ar/wp-content/uploads/2017/12/Sociedad-Argentina-de-Medicina-Reproductiva-Revista-Reproducci%C3%B3n.pdf>.
- Pennings, G. (2021). Maintaining an adequate sperm donor pool: modifying the medical criteria for sperm donor selection. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 38(10), 2559-2562.
- Regalado, P. (2020). La identidad en la donación de gametos. En: L. Jurkowski, N. S. Lima y M. Rossi (Coords.), *La producción del parentesco. Una mirada interdisciplinaria de la donación de óvulos y espermatozoides* (pp. 249-272). Buenos Aires: Editorial Teseo.
- Rivas, A. M., Álvarez, C., y Jociles, M. I. (2018). La intervención de «terceros» en la producción de parentesco: perspectiva de los/as donantes, las familias y la descendencia. Un estado de la cuestión. *Revista de Antropología Social*, 27(2), 221-245. Recuperado de <https://eprints.ucm.es/id/eprint/57191/>.
- Romero, G. (2020). La heteronormatividad en las TRHA: maternidades lésbicas en construcción. En: N. S. Lima y G. Romero (Comps.), *Lógicas de la reproducción asistida. Deseos, derechos y demandas en tensión* (pp. 103-111). Buenos Aires: Editorial Ascune.
- Rubin, G. (1986). El tráfico de mujeres: notas sobre la «economía política» del sexo. *Nueva Antropología*, VIII(30), 95-145. Recuperado de [http://www.lazoblanco.org/wp-content/uploads/2013/08manual/bibliog/material\\_masculinidades\\_0320.pdf](http://www.lazoblanco.org/wp-content/uploads/2013/08manual/bibliog/material_masculinidades_0320.pdf).
- Rustoyburu, C., y Eraso, Y. (2018). *Cuerpos hormonales. Intersecciones entre el laboratorio, clínica y sociedad*. Mar del Plata: EUDEM.
- Salem, T. (1995). O princípio do anonimato na inseminação artificial com doador (IAD): das tensões entre natureza e cultura. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 5(1), 33-68. <https://doi.org/10.1590/S0103-73311995000100002>
- Strathern, M. (1991). Disparities of embodiment: gender models in the context of the new reproductive technologies. *Cambridge Anthropology*, 15(2), 25-43.
- Straw, C. (2013). El parentesco en contextos tecnológicos: compatibilidades y contradicciones en mujeres de sectores populares, Área Metropolitana de Buenos Aires. En: *VII Jornadas Santiago Wallace de Investigación en Antropología Social, Sección de Antropología Social*, Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, UBA, Buenos Aires, Argentina, 27 al 29 de noviembre.

- Straw, C. (2018). ¿Autonomía de la voluntad en el derecho de las familias? Opiniones socio-jurídicas sobre filiación de usuarios de técnicas de reproducción humana asistida con donación de gametos o gestación por sustitución. *Revista Jurídica de la Universidad Autónoma de Madrid*, 38(2), 247-270.
- Tajer, D. (2009). *Heridos corazones. Vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres*. Buenos Aires: Paidós.
- Théry, I. (2009). El anonimato en las donaciones de engendramiento: filiación e identidad narrativa infantil en tiempos de descasamiento. *Revista de Antropología Social*, 18, 21-42. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/838/83817222002.pdf>.
- UNICEF (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Recuperado de: <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>
- Vasilachis de Gialdino, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.
- Viera Cherro, M. (2018). El «don» de la vida. Un análisis de la economía moral de la donación de gametos en Uruguay. *Revista de Antropología Social*, 27, 287-306.
- Ynoub, R. (2014). *Cuestión de método. Aportes para una metodología crítica*. Tomo I. Ciudad de México: Cengage Learning.
- Zegers-Hochschild, F., Crosby, J., Musri, C., De Souza, M. do C., Martínez, G., Amaral Silva, A., Mojarra, J. M., Masoli, D., y Posada, N. (2020), Assisted Reproductive Techniques in Latin America: the Latin American Registry, 2017. *Reproductive BioMedicine Online* 14(1), 44-54.

# FAZER PARENTESCO: LEIS, NORMATIVAS E O ACESSO DE CASAIS DE MULHERES LÉSBICAS CISGÊNERAS ÀS TECNOLOGIAS REPRODUTIVAS NO BRASIL E NA FRANÇA

DOING KINSHIP: LAWS, REGULATIONS AND THE ACCESS  
OF CISGENDER LESBIAN COUPLES TO REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES  
IN BRASIL AND FRANCE

HACER PARENTESCO: LEYES, REGULACIONES Y EL ACCESO  
DE PAREJAS LESBIANAS CISGÉNERAS A TECNOLOGÍAS REPRODUCTIVAS  
EN BRASIL Y FRANCIA

*Anna Carolina Horstmann Amorim*

*annac.hamorim@gmail.com*

*<https://orcid.org/0000-0002-7160-1917>*

*Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul*

Recibido: 26/8/2021 | Aceptado: 23/12/2021



**Resumo:** Este artigo discute, a partir de legislações e normativas nacionais, o acesso de casais de mulheres lésbicas cisgêneras às tecnologias reprodutivas (TR) em dois países distintos, o Brasil e a França. Proibidas legalmente aos casais LGBTQIA+ e pessoas solteiras na França até o final de julho de 2020, tais tecnologias seguem sem leis específicas que definam seus usos e proibições no Brasil. Essas diferenças evidenciam cenários sociais, políticos e morais distintos que permeiam os modos como pessoas não heterossexuais produzem famílias e reclamam parentesco. Deste modo, buscamos entender como o universo legal é também um dispositivo importante na elaboração reflexiva que produz famílias com duas mães e visa estabelecer sentidos legítimos de ser parente.

**Palavras-chave:** Tecnologias reprodutivas; Leis; Dupla Maternidade.

**Abstract:** This article discuss, based on national laws and law regulations, the access of cisgender lesbian couples to reproductive technologies in two different countries, Brazil and France. Being legally prohibited to LGBTQIA+ couples and single people in France until the end of July 2020, such technologies continue without specific laws that define their uses and prohibitions in Brazil. These differences demonstrate the existence of different social, political and moral scenarios that permeate the ways in which non-heterosexual people produce families and claim kinship. In this way, we seek to understand how the legal universe is also an important device in the reflective elaboration that produces families with two mothers and aims to establish legitimate meanings of being a relative.

**Keywords:** Reproductive Technologies; Laws; Double Maternity.

**Resumen:** Este artículo analiza, con base en la legislación y las regulaciones nacionales, el acceso de las parejas lesbianas cisgénero a las tecnologías reproductivas (TR) en dos países diferentes, Brasil y Francia. Prohibidas legalmente para parejas LGBTQIA+ y personas solteras en Francia hasta julio de 2020, estas tecnologías continúan sin leyes específicas que definan sus usos y prohibiciones en Brasil. Estas diferencias resaltan diferentes escenarios sociales, políticos y morales que impregnan las formas en que las personas no heterossexuales producen familias y reclaman parentesco. De esta forma, buscamos entender cómo el universo jurídico es también un dispositivo importante en la elaboración reflexiva que produce familias con dos madres y apunta a establecer significados legítimos de ser pariente.

**Palabras clave:** Tecnologías reproductivas; Leyes; Doble maternidad.

## Introdução

Desde a consolidação da Antropologia enquanto ciência, os estudos sobre parentesco detiveram um lugar de preeminência e ocuparam parte fundamental dos trabalhos produzidos desde o final do século XIX, centralizando as investidas antropológicas até os anos 1950.

David Schneider (1980) considerou que o parentesco formava um dos pilares da disciplina antropológica, e tal era a importância desta subárea que Robin Fox o definiu nos seguintes termos: “Kinship is to anthropology what logic is to philosophy or the nude is to art: it is the basic discipline of the subject” (Fox, 1967, p. 10).

Contudo, ao final dos anos 1970, a Antropologia passava por transformações importantes, principalmente advindas de lutas anticoloniais, que estreitavam as conexões da disciplina com outros territórios e grupos privilegiados para as pesquisas (Fonseca, 2003). Na medida em que os pesquisadores se voltavam para as sociedades ocidentais, compreendidas como altamente compartimentadas e divididas em diferentes dimensões como política, religião ou economia, menos parecia importar o enfoque no parentesco para compreensão da organização social. É, então, neste contexto que o tema perde a centralidade que ocupava nos debates antropológicos. Ainda assim, em diálogo com os recentes estudos sobre feminismo e gênero, o interesse pelo campo do parentesco voltou à cena e vem ganhando destaque novamente dentro da disciplina.

Este retorno foi marcado por mudanças importantes nas formas de pensar o que é e como se produz parentesco. O renovado interesse pela temática, e pela discussão sobre família, encontra eco em meio a sociedades atravessadas por avanços biomédicos e transformações sociais que colocam novos elementos na seara do que seja ser/fazer/sentir-se parente. Nestes cenários, não apenas a biomedicina, e seus artifícios de controle dos processos anti e pró reprodução, mas também o direito, são acionados para produzir relações de parentesco e reconhecimento de famílias. O que demonstra, enfim, que as diferentes esferas da vida social não se encontram radicalmente separadas, e que, além disso, nas sociedades ocidentais fazer/ser parente, e pensar o parentesco a partir de sua realidade etnográfica, continua sendo central para compreender e pensar os grupos sociais. Se o parentesco deixa de ter uma tradicional base sólida sobre a qual se ancorar, igualmente, ele deixa de ser compreendido como dependente exclusivo das relações reprodutivas, e as etnografias aparecem recheadas de novos dados e informações que identificam os modos como diferentes grupos, em diferentes lugares, pinçam e costuram elementos, substâncias, objetos, legislações e temporalidades necessárias para a produção de relações, de pessoas e de parentes.

Este artigo é parte de uma pesquisa mais ampla realizada por mim durante meu doutoramento em Antropologia. Naquele momento buscava, através de etnografia e entrevistas em

profundidade, analisar as formas como casais formados por mulheres lésbicas cisgêneras<sup>1</sup>, brasileiras e francesas, construíam famílias assentadas na existência concomitante de duas mães, e como buscavam consolidar as conexões produzidas enquanto parentesco. Neste texto, apresento uma das importantes facetas da produção das famílias com duas mães em França e Brasil: a relação estreita entre legislações e normativas que regulam o acesso destes casais às tecnologias reprodutivas (TR) e o fazer-se parente e família.

Destarte, utilizo as legislações e normativas que tocam o tema das TR nos dois países como material de análise que possibilita traçar compreensões a respeito de noções de família, gênero e sexualidade. Sigo o mesmo caminho traçado por Adriana Vianna (2002) ao trabalhar com processos a respeito da guarda de crianças e adolescentes no Brasil. Opto por utilizar como objetos de análise legislações e documentos, que, todavia, já foram construídos como objetos da administração pública. Caminho neste texto não pelo exame das vidas e experiências dos casais de mulheres lésbicas e sim pela análise de uma dimensão mais pública da articulação entre produzir família e administrações nacionais.

A escolha por dois contextos geopolíticos distintos deu-se pela trajetória de dessemelhança relativa ao acesso de casais formados por pessoas LGBTQIA+ às TR. Sendo liberadas no Brasil, as TR apenas deixaram de ser legalmente vedadas para casais de mulheres lésbicas e mulheres solteiras na França ao final do mês de julho do ano de 2020. O foco deste artigo recai, portanto, sobre os efeitos que o acesso, ou não acesso, às TR produz na produção das maternidades lesboparentais,<sup>2</sup> capazes de serem reconhecidas como experiências válidas, não apenas no sentido do sentir-se família, mas sobretudo em termos de ser/valer como tal no plano público

A afetividade, o cuidado e a intenção parental tem despontado como dimensões importantes e concorrentes com a biogenética quando o assunto é estabelecer laços e conexões (conectividade) de parentesco (Carsten, 1995). Ainda assim, o reconhecimento social e legal destas relações não é uma realidade tão evidente. De tal modo, construir famílias, para longe dos modelos clássicos da conjunção sexual heterocisgênera, ainda vigora como um empreendimento árduo. Afinal, se existem tecnologias que permitem que casais hétero, ou homo, construam suas famílias de modo intencional, era de se esperar que elas estivessem disponíveis para quem as desejasse utilizar. Todavia, evidencia-se um caráter social,

1 Frisar que as mulheres lésbicas em foco aqui são cisgêneras importa, haja vista reflexão que realizamos sobre as particularidades da reprodução quando realizada por casais de mulheres em que ambas possuem aparelho reprodutivo compreendido como feminino.

2 Termo referido a configuração familiar onde pelo menos uma pessoa exercendo a função parental se reconhece enquanto lésbica. Tem como intenção distinguir-se das configurações parentais formadas por gays no exercício da função parental. Aqui importa fazer tal distinção pois os meandros reprodutivos (tecnologias disponíveis e utilizadas, legislações e o reconhecimento da família) diferem quando falamos de casais formados por mulheres e casais formados por homens.

político e moral que condiciona e que regula os usos sociais das tecnologias a partir de noções específicas de família e também de gênero e sexualidade. Elucidado, assim, as tramas que circundam este universo reprodutivo e os impactos que o recurso a estas tecnologias e procedimentos têm sobre os corpos, pessoas, leis, relações e embates de concepções de parentesco no contexto brasileiro e francês.

## A intenção faz parente?

### O uso de TR para produzir dupla maternidade

Para grande parte das mulheres lésbicas cisgêneras na faixa geracional dos 30/50 anos, a ocasião do reconhecimento de si como mulher lésbica é narrada como ponto final para suas aspirações de maternidade e reprodução, entendidas como redutos da heterossexualidade enquanto norma e único caminho possível. Ainda que essa impressão se desfaça ao longo das trajetórias destas mulheres, é comum que num primeiro olhar, a lesbianidade apareça como um impedimento para a maternidade.

É certo que por algum tempo foi tomada como evidente a ideia de que para as pessoas homossexuais, e para casais formados por pessoas LGBTQIA+, estaria excluída a reprodução. Tal ideário, expresso na noção de “eu sou lésbica, então não terei filhos”, toma estas indivíduos como cercadas por uma infertilidade voluntária que torna antagônica a relação entre lesbianidade e maternidade. Para além deste antagonismo ensejado, como pressuposto da exclusão das uniões homossexuais do campo do parentesco e da filiação, a compreensão de que os laços parentais se formam a partir da reprodução biológica, vale dizer, a partir de um encontro sexual reprodutivo entre homem e mulher, também detém um lugar importante nas compreensões que estabelecem a homossexualidade como a negação da família ou do parentesco. Afinal, se entende as uniões cisgêneras mulher/mulher e homem/homem como não sendo passíveis de gerar crianças e, portanto, não sendo constitutivas de famílias, ao menos não de famílias “normais”.

Entretanto, com os avanços tecnológicos no campo da reprodução humana, o que acompanhamos é um acelerado crescimento de famílias que se formam justamente na correlação entre lesbianidade e maternidade. Desde os anos 1980, vemos se consolidar um campo de atendimento bio/médico reprodutivo que, à revelia de seus propósitos iniciais (tratamento paliativo para casos de infertilidade em casais heterossexuais), possibilita que outras pessoas possam efetivar seus projetos parentais, através de doações de gametas ou embriões, ou ainda através de gravidezes de substituição. Tais possibilidades introduzem novas configurações reprodutivas que escapam da correlação estreita entre fornecer gameta e

exercer a parentalidade. Esta possibilidade de deslocamento entre sexo e reprodução contorna a necessidade do intercuro sexual para fazer família.

Ao buscarem por tais procedimentos, os casais de mulheres lésbicas cisgêneras nos informam sobre noções culturais de parentesco e sobre os meandros da construção de vínculos, pertencimentos, partilhas e conexões que produzem sentidos de emparentar-se<sup>3</sup> (Howell, 2006). Nestes modos de estabelecer relações para além do sexo heterocis reprodutivo, distintos sentidos de conexões são estabelecidos. Projetar conjuntamente um filho, estarem juntas na escolha do doador de sêmen, fotografar a inseminação da companheira, segurar a pipeta que carrega o embrião a ser inserido na mãe gestacional, doar o óvulo que produzirá o embrião transferido para a mãe não genética, revezar gestações e amamentar são partes importantes do fazer dupla maternidade,<sup>4</sup> que são possibilitadas, não apenas, mas sobretudo, pelo acesso às TR.

Para além de fórmulas naturalizadas, destaca-se, portanto, que construir famílias com duas mães implica numa ação intencional, conforme informa Charis Thompson (2005), que ao observar a agência das pessoas, e também das tecnologias na produção das relações de parentesco, prefere pensar a partir da ideia de *fazer parentesco (doing kinship)* ao contrário de pensá-lo em termos de algo dado, como sugere a noção de ser parente (*being*).

Importa compreender, ainda, que o acesso a tais tecnologias desponta como importante na construção desta nova entidade de parentesco que é a dupla maternidade, pois permite que o casal construa sozinho a sua família, sem a necessidade de interferência de uma terceira pessoa, que poderia concorrer no reconhecimento da parentalidade.

Configuram-se então famílias sem pai, famílias com duas mães, que são pensadas e se formam já com esta intenção de partida. Duas mães, é esse construto que importa e se deseja para a construção da maternidade partilhada. Ainda que no contexto da dupla maternidade uma das mães não seja implicada biologicamente na filiação, ela está presente, e é esta relação que se impõe com importância. Esse deslocamento, provocado pela produção das duplas maternidades no contexto das TR, gera alguns desconfortos, pois introduz questionamentos em premissas estabilizadas acerca da naturalidade de regras de gênero e sexualidade como pressupostos do processo reprodutivo natural que é/deveria ser suporte do parentesco.

3 “By kinning, I mean the process by which a fetus or newborn child is brought into a significant and permanent relationship with a group of people that is expressed in a kin idiom. Kinning need not to apply only to a baby, but to any previously unconnected person” (Howell, 2006, p. 8).

4 Dupla maternidade é uma categoria êmica, presente em reportagens brasileiras que fazem referência ao reconhecimento legal das duas maternidades partilhadas pelo casal de mulheres lésbicas. Neste artigo este termo também é utilizado em referência à maternidade partilhada pelo casal (brasileiro ou francês), mesmo quando ela não é reconhecida legalmente.

Observamos a seguir como os Estados também interagem com a produção/reprodução de pessoas ao ditar as regras para utilização das TR em seus territórios. Partimos então para uma análise mais detalhada do que Sheila Jasanoff (2004) tem chamado de estilos nacionais de regulamentação como parte integrante do projeto de nação e parentesco de cada país.

## Quem pode, quem não pode?

### Leis e normativas sobre as tecnologias reprodutivas

A tecnologia, ao atravessar as dimensões sacralizadas da natureza, necessita justificar-se. Nos corredores das clínicas especializadas em reprodução humana vigoram duas respostas centrais para o uso e aplicação de tais tecnologias: o auxílio a uma patologia, como a infertilidade, e o imperativo do desejo por filhos no seio dos casais heterossexuais. A infertilidade, como impeditivo da realização do sonho e destino heterossexual comum de ter filhos, é alçada ao patamar de um problema de saúde. Transforma assim as inovações médicas/científicas e tecnológicas do campo da reprodução humana em tratamento. A solução de um problema de saúde dá a legitimidade e aceitação da intervenção que, em tese, não deve ultrapassar o lugar de ajuda e tratamento. É por compreender a infertilidade enquanto um problema médico passível de recuperação, que as TR estão disponíveis na maioria dos países, constando inclusive como tratamentos subsidiados pelos sistemas públicos de saúde, como é o caso da França.

Nestes parâmetros discursivos, publicitários, sociais, e mesmo como pressuposto quando o assunto é infertilidade ou fertilidade, está a heterossexualidade cisgênera enquanto norma. É a heterossexualidade cisgênera naturalizada, haja vista a natural capacidade reprodutiva de um encontro sexual entre dois corpos com sexos distintos, que abre portas para a sedimentação e aceitação social e legal destas tecnologias no campo da medicina e da saúde. Verifica-se, então, que no rol da produção de crianças e famílias, não é toda ausência de filhos que deve ou pode ser contornada, e sim aquela que repousa sobre uma ideia naturalizada a respeito da reprodução como marco do sexo heterocis.

## A AMP/PMA<sup>5</sup> na França

Na França a regulamentação das tecnologias reprodutivas ocorreu de maneira tardia. Foi apenas no ano de 1994, doze anos após o nascimento do primeiro bebê fruto do uso de tais

5 Desde a lei de bioética nº. 94-654 de 29 de julho de 1994, que enquadra a reprodução assistida na França, os textos jurídicos franceses falam da AMP (Assistance Médicale à la Procréation). Esta terminologia reenvia a discussão mais para o campo da medicina e do tratamento, restringindo o rol de beneficiários a tais tecnologias. Enquanto isso,

tecnologias, que o país promulgou uma lei que regulamentava os usos e acessos às TR em seu território. Sendo compreendido como um dos países com legislação bastante restritiva sobre o tema das tecnologias reprodutivas, a França encontrava-se, até julho de 2020,<sup>6</sup> ao lado de países como Alemanha, Itália e Suíça, conforme esclarece Virginie Rozée Gomez (2015). Tal regulamentação restritiva em solo francês derivava do enquadramento destas tecnologias, que no país são denominadas *assistance médicale à la procréation (AMP)* ou *procréation médicalement assistée (PMA)*, sob a rubrica de uma severa lei de bioética, contrariando o que ocorre em outros países, onde tais usos e práticas estão inseridos em leis sobre a família, como no Reino Unido, por exemplo.

De tal modo, para compreendermos as normativas que regem a AMP/PMA, precisamos compreender o dispositivo jurídico de bioética, que é acionado para regulamentá-las. Observa-se que a lei de 1994, que visa regulamentar a AMP/PMA, é parte deste dispositivo maior, cuja intenção não é apenas legislar sobre a AMP/PMA, mas também regulamentar todos os usos e intervenções sobre o corpo humano.

De acordo com o jurista e professor Daniel Borrillo (2011), devemos observar o lugar da bioética na França como aquele onde o Estado busca respostas para os problemas morais que derivam do desenvolvimento científico. É neste marco que surge, em 1983, o *Comité Consultatif National d'Éthique Pour Les Sciences de la Vie et de la Santé (CCNE)*. Destaca-se que a França é o primeiro país, a nível mundial, a ter um organismo de tal natureza. Colocado em ação para o debate de temáticas relacionadas à vida e aos avanços nos campos da ciência, como seu nome mesmo informa, esse é um órgão puramente consultivo.

É neste cenário que, em 29 de julho de 1994, aprovam-se leis de bioética no país. Figurando no código de saúde pública, está aquela que incide sobre a AMP/PMA.<sup>7</sup> A lei de 1994 define as TR como interessadas em sanar um problema de fertilidade medicamente diagnosticado.

---

fora do campo jurídico, as duas expressões AMP e PMA (*Procréation Médicalement Assistée*) são usadas de modos indiferentes, ainda que os movimentos sociais prefiram falar em PMA.

6 A aprovação da mudança da Lei de Bioética no país é muito recente e ainda não trouxe impactos sociais ou efetivou o acesso dos casais de mulheres às TR.

7 Code de la santé publique. Article L152-2 (1994): L'assistance médicale à la procréation est destinée à répondre à la demande parentale d'un couple. Elle a pour objet de remédier à l'infertilité dont le caractère pathologique a été médicalement diagnostiqué. Elle peut aussi avoir pour objet d'éviter la transmission à l'enfant d'une maladie d'une particulière gravité. L'homme et la femme formant le couple doivent être vivants, en âge de procréer, mariés ou en mesure d'apporter la preuve d'une vie commune d'au moins deux ans et consentir préalablement au transfert des embryons ou à l'insémination. (France, 1994: n.p.).

Código da Saúde Pública, Artigo L152-2 (1994): A assistência médica à procriação está destinada a responder a demanda parental de um casal. Sua finalidade é remediar a infertilidade cujo caráter patológico foi medicamente diagnosticado. Ela também pode ter por finalidade evitar a transmissão para a criança de uma doença grave. O homem e a mulher formando um casal devem estar vivos, em idade de procriar, casados ou sendo capazes de fornecer provas de uma vida comum de pelo menos dois anos e consentir com antecedência à transmissão dos embriões ou à inseminação. [Tradução minha]

Ao mesmo tempo em que exige o diagnóstico de infertilidade, o texto da lei, ao frisar a composição do casal por homem e mulher, exclui como beneficiários de tais tecnologias pessoas solteiras e casais homossexuais, destinando a assistência médica aos casais heterossexuais casados ou “capazes de fornecer provas de uma vida comum de pelo menos dois anos”. Observa-se o imperativo do casal nas definições de quem pode acessar tais serviços e técnicas. Parece haver uma tentativa de manutenção de um modelo prescritivo onde a família e a filiação decorrem de uma estreita conexão entre heterossexualidade/casamento/procriação, deixando à margem outras configurações possíveis.

Em 2004, a lei de 1994 sofreu uma renovação.<sup>8</sup> Nesta versão atualizada não se observa a mudança dos beneficiários destas tecnologias, que seguem vetadas para pessoas solteiras e casais formados por pessoas LGBTQIA+. Seguindo um modelo restritivo, a versão de 2004 apresenta novos impeditivos para consecução da reprodução assistida, tais como a morte de um dos parceiros ou o divórcio e separação.

A lei francesa ao destinar as TR apenas aos casais heterossexuais instituía a heterossexualidade como regime moral indispensável para produção de crianças, mas não apenas. Ia ainda mais longe, ao definir que o casal heterossexual deveria estar casado perpetuava não apenas a heterossexualidade como reduto da reprodução, mas o casamento como único caminho para o exercício da sexualidade. Esse era o escopo no qual a vida humana fazia sentido de ser produzida, não porque ela não pudesse ser feita fora deste modelo, mas sobretudo porque esse era o arquétipo desejado de conduta e de produção das relações conjugais e de parentesco legítimas naquele país.

8 Article L2141-2 Modifié par Loi n°2004-800 du 6 août 2004 - art. 24 JORF 7 août 2004: L'assistance médicale à la procréation est destinée à répondre à la demande parentale d'un couple. Elle a pour objet de remédier à l'infertilité dont le caractère pathologique a été médicalement diagnostiqué ou d'éviter la transmission à l'enfant ou à un membre du couple d'une maladie d'une particulière gravité. L'homme et la femme formant le couple doivent être vivants, en âge de procréer, mariés ou en mesure d'apporter la preuve d'une vie commune d'au moins deux ans et consentant préalablement au transfert des embryons ou à l'insémination. Font obstacle à l'insémination ou au transfert des embryons le décès d'un des membres du couple, le dépôt d'une requête en divorce ou en séparation de corps ou la cessation de la communauté de vie, ainsi que la révocation par écrit du consentement par l'homme ou la femme auprès du médecin chargé de mettre en oeuvre l'assistance médicale à la procréation. (France, 2004: n.p).

Artigo L2141-2 Modificado pela Lei n° 2004-800 de 06 de agosto de 2004-art. 24 JORF 07 de agosto 2004: A assistência médica à procriação está destinada a responder a demanda parental de um casal. Sua finalidade é remediar a infertilidade cujo caráter patológico foi medicamente diagnosticado ou evitar a transmissão para a criança ou para algum membro do casal de uma doença grave. O homem e a mulher formando o casal devem estar vivos, em idade de procriar, casados ou sendo capazes de fornecer provas de uma vida comum de pelo menos dois anos, consentindo com antecedência à transmissão dos embriões ou à inseminação. Fazem obstáculo à inseminação ou à transferência de embriões: a morte de um dos membros do casal, a apresentação de um pedido de divórcio ou separação judicial ou fim da vida comum, bem como a revogação por escrito do consentimento do homem ou da mulher entregue para o médico encarregado de realizar a assistência médica à procriação. [Tradução minha].



Em 2011, novas atualizações foram realizadas na lei que tange a AMP/PMA na França e, em seu novo texto, a demanda parental do casal some e aparece nas primeiras linhas do texto as TR enquanto paliativo para infertilidade.<sup>9</sup>

A mudança que ressaltamos no texto da lei é que a necessidade de apresentar provas de uma vida comum, ou de casamento para validação do casal enquanto tal, deixa de ser necessária. Todavia, permanecia intacta, ao longo das modificações ocorridas no texto da lei, a prerrogativa de circunscrever o acesso às tais tecnologias a casais heterossexuais sofrendo de alguma patologia e em idade procriativa. Observamos que a lei estabelecia a AMP/PMA no campo da terapêutica exclusivamente e retirava, deste modo, a possibilidade de ser agenciada para a fabricação de modos alternativos de reprodução. Não apenas havia uma recusa ao acesso de pessoas que estavam fora das normas de casamento e heterossexualidade a tais tecnologias, como o não cumprimento de tais regras gerava penalidades: “Procéder à une AMP à des fins autres exposé à des sanctions pénales sévères (art. L. 2162-5 CSP: cinq ans d’emprisonnement et 75 000 euros d’amende)” (Courduriès e Giroux, 2017, p. 51).

Para além da exclusão de parcela da população dos serviços de reprodução no país, observamos que a França também tecia algumas normas sobre a idade limite das mulheres para acessar a AMP/PMA. O texto da lei não era taxativo neste quesito e falava apenas em casais em idade procriativa, entretanto, o seguro de saúde (*assurance maladie*), que cobre os gastos médicos dos cidadãos franceses, e que cobre o acesso à reprodução assistida, entendida enquanto um tratamento, realiza uma interpretação própria da lei e estabelece uma idade teto para a realização do reembolso dos custos com a reprodução assistida. Coloca-se que a idade limite para que um casal seja reembolsado pelo seguro saúde é de 43 anos para as mulheres. Diferente do que acontece com o acesso de solteiros e casais LGBTQIA+, acessar tais tecnologias posteriormente aos 43 anos não configura um processo ilegal, mas escapa das possibilidades de reembolso do seguro saúde e, portanto, torna-se inviável para alguns casais.

9 Code de la santé publique- Article L2121-2 (2011): L’assistance médicale à la procréation a pour objet de remédier à l’infertilité d’un couple ou d’éviter la transmission à l’enfant ou à un membre du couple d’une maladie d’une particulière gravité. Le caractère pathologique de l’infertilité doit être médicalement diagnostiqué. L’homme et la femme formant le couple doivent être vivant, em âge de procréer et consentir préalablement au transfert des embryons ou à l’insémination. Font obstacle à l’insémination ou au transfert des embryons le décès d’un des membres du couple, de dépôt d’une requête en divorce ou em séparation de corps ou la cessation de la communauté de vie, ainsi que révocation par écrit du consentement par l’homme ou la femme auprès du médecin chargé de mettre en oeuvre l’assistance médicale à la procréation. (France, 2011: n.p).

Código de Saúde Pública - Artigo L2121-2(2011): A assistência médica à procriação tem como finalidade remediar a infertilidade de um casal ou evitar a transmissão para a criança ou para algum membro do casal de uma doença grave. O caráter patológico da infertilidade deve ser medicamente diagnosticado. O homem e a mulher formando o casal devem estar vivos, em idade de procriar e consentir com antecedência à transmissão dos embriões ou à inseminação. Fazem obstáculo à inseminação ou à transferência de embriões: a morte de um dos membros do casal, a apresentação de um pedido de divórcio ou separação judicial ou fim da vida comum, bem como a revogação por escrito do consentimento do homem ou da mulher entregue para o médico encarregado de realizar a assistência médica à procriação. [Tradução minha].

Como bem define Ilana Lowy, há aí também uma assimetria de gênero, na qual apenas a idade da mulher é levada em consideração na definição do casal em idade procriativa: “La définition légale du «couple en âge de procréer», en France, renvoie à l’image d’un couple hétérosexuel composé d’une femme de moins de 40 ans et d’un homme sans limite d’âge” (Lowy, 2009, p. 106).

Infere-se que a lei de bioética francesa que regulamentava as TR possuía um caráter naturalista. Ou seja, visava e estava calcada em um esquema perpassado por um modelo entendido como natural de reprodução sexual, em que tudo deveria funcionar de maneira a reproduzir o que teria acontecido sem o auxílio da técnica. Dessa forma, tudo que pudesse colocar em cheque tais definições acerca da reprodução natural era negado pela lei. A França parecia defender a noção de que crianças devem nascer de relações heterossexuais estabelecidas dentro da instituição do casamento e nada além disso. As técnicas estavam inseridas em um contexto moral e social que não permitia que seus potenciais fossem utilizados por eles mesmos. Os casais de pessoas homossexuais que desejavam recorrer às TR eram empurrados para outros países e estabelecia-se uma assimetria entre casais homossexuais e heterossexuais.

Se seguimos os apontamentos de Judith Butler (2003) quando analisa o debate em torno da legalização do casamento entre pessoas LGBTQIA+ na França, percebemos que parece haver, enovelada neste debate, uma preocupação com a reprodução da cultura, ou seja, uma inquietação em relação a certa ordem simbólica que possa levar a marca e obter o reconhecimento enquanto francesa. O Estado asseguraria, portanto, a heterossexualidade como premissa da sua própria continuidade social. A negação do acesso de casais não heterossexuais às TR operaria como reforço de uma operação de poder colocada em ação pelo Estado, que barganha a transmissão e reprodução cultural através da manutenção da heterossexualidade não apenas como único caminho reprodutivo de pessoas, mas sobretudo da nação.

Nesta dinâmica evidencia-se uma questão importante que subjaz entre aquilo que o Estado visa assegurar enquanto ordem moral, como a heterossexualidade e o casamento, e aquilo que o Estado, ao realizar a gestão de tal ordem moral, produz: aval legal e autoridade da heterossexualidade e casamento como marcos da reprodução e do parentesco.

Podemos dizer que este modelo reprodutivo que se assegura na heterossexualidade como baliza esconde a naturalização de um modelo moral de relações. Tal agenda moral não se refere somente ao campo da reprodução, mas deita raízes na organização da vida social como um todo, afeta afetos, identidades, parcerias econômicas, regras de filiação, descendência,

debates sobre nacionalidade, imigração, origens étnicas e cidadania. Observamos, portanto, o lugar de mantenedora da indissolubilidade da teia social que a heterossexualidade cisgênera vai alçando em meio a estes debates sobre parentesco e família.

A despeito do acesso à AMP/PMA ser proibido aos casais de mulheres lésbicas cisgêneras até julho de 2020, o país conta com alguns avanços em relação aos direitos das pessoas LGBTQIA+, especialmente aqueles ligados a possibilidades conjugais e ao reconhecimento dessas uniões. Existe na França, desde 1999, o Pacto Civil de Solidariedade (PACS) que reconhece a conjugalidade do casal LGBTQIA+, como uma união de fato. Similar à união estável brasileira, o PACS francês difere da versão brasileira ao guardar a particularidade de não inferir à união o status de família. Derivam dela apenas direitos materiais relacionados à conjugalidade, estando vetada a possibilidade de filiação. O PACS reconhece o casal como tal, mas não lhe abre brechas legais para efetivar um projeto parental. Verifica-se, uma denunciada situação de inferioridade jurídica do PACS frente ao casamento, já que esse último permite a filiação.

Em 2013, foi aprovada a lei nº 2013-404 (conhecida como lei do *Mariage Pour Tous*) que abriu definitivamente o caminho para o casamento de casais homossexuais e para a adoção. Esse foi um importante passo para a consolidação de direitos para a população LGBTQIA+ francesa no âmbito da família. Entretanto, esta lei não tocou no tema das TR. Apesar do então presidente, François Hollande, ter se pronunciado favorável à abertura da AMP/PMA para casais homossexuais em algumas entrevistas e propagandas que circularam na internet, a questão foi rapidamente retirada da agenda governamental. Com esse passo atrás, o governo decidiu esperar pelo pronunciamento do *Comité Consultatif National d'Éthique*, que ainda não havia se posicionado sobre o tema.

Em maio de 2017, Emmanuel Macron foi eleito presidente da França. O candidato havia se posicionado favorável a abertura da AMP/PMA para casais de mulheres. Porém, antes de encampar uma revisão da lei de bioética no país, o presidente esperou o posicionamento do *Comité Consultatif National d'Éthique* sobre o assunto. Então, em junho de 2017 foi divulgado o tão esperado parecer do CCNE. O parecer (*Avis 126/2017*) defendeu a abertura da assistência médica à procriação (AMP) para os casais de mulheres e para mulheres solteiras. Não obstante, apesar do posicionamento positivo, o comitê permaneceu contrário à abertura da gestação de substituição na França.<sup>10</sup>

10 Les techniques d'assistance médicale à la procréation (AMP), autorisées à l'origine par la loi pour pallier une altération pathologique de la fertilité, sont sollicitées aujourd'hui pour répondre à des demandes sociétales, issues de situations personnelles (de couple ou non). Il s'agit donc de nouveaux usages de techniques qui existent mais qui dépassent le cadre actuellement prévu par la loi. Trois situations sont examinées par le CCNE: l'autoconservation ovocytaire chez des femme jeunes, les demandes de recours à l'insémination avec donneur (IAD) par des couples de femmes et des femmes seules, et les demandes de recours à une gestation pour autrui (GPA). [...] Les analyses permises par la

A autonomia das mulheres, bem como o desejo de ter filhos, foi acionada no texto deste parecer. Igualmente, o caráter social da reprodução parece estar sendo levado em conta em oposição às prerrogativas naturalistas que davam escopo à lei que regimentava a AMP/PMA no país.

Em 2020, acompanhando a promessa de campanha e o parecer favorável do CCNE, efetivou-se no país a votação de um projeto de revisão da lei de bioética, visando a abertura definitiva para o acesso de casais de mulheres lésbicas cisgêneras e mulheres solteiras às TR. Após duas sessões, a assembleia nacional votou, em 29 de julho de 2020, a favor da abertura do acesso a tais tecnologias no país aos casais de mulheres, deixando de fora da lei o acesso de casais de homens gays às TR. Também ficou fora da lei a possibilidade de realização de troca de óvulos entre as parceiras do casal e a garantia do reembolso total do seguro de saúde para casos de recurso às TR nos quais não se comprove infertilidade.

Observamos, portanto, com todo esse cenário de negociações e disputas que apesar do pensamento habitual de que o afeto, a conjugalidade e a parentalidade (dados na esfera da intimidade natural do casal heterossexual) pertencem a uma dimensão privada da vida e por isso distantes do mundo institucional ou público, estes elementos povoam o mundo público. Tantas vezes não é nítida a mistura destas dimensões (íntima e pública) pois existe a naturalização de alguns pressupostos morais e afetivos que passam a ser entendidos como constituintes da vida social, seja ela no âmbito da intimidade ou do Estado. A partir do momento em que pessoas e casais não heterocis entram na seara de reivindicação de direitos reprodutivos e sexuais é que o debate a respeito da pretensão cisão entre o público e o privado destaca-se (Carrara e Vianna, 2008).

Como bem evidencia Camila Fernandes (2019), há um esforço social constante para que o limite entre as dimensões íntima e institucional, idealizadas como separadas, quando

---

méthode du groupe de travail (explicitée au chapitre 1) conduisent une majorité des membres du CCNE à ne formuler aucune opposition à l'ouverture de l'IAD à toutes les femmes, mais à demander que soient définies des conditions d'accès et de faisabilité. Les arguments retenus en faveur de l'accès aux techniques d'AMP des couples de femmes et des femmes seules à l'IAD sont de trois ordres: la demande des femmes et la reconnaissance de leur autonomie; l'absence de violence liée à la technique elle-même; la relation à l'enfant dans les nouvelles structures familiales. (France, 2017: n.p).

As técnicas de assistência médica à procriação, autorizadas na origem pela lei para paliar uma alteração patológica da fertilidade, são solicitadas hoje para responder a demandas sociais, advindas de situações pessoais (de casais ou não). Trata-se, portanto, de novos usos de técnicas que existem, mas que ultrapassam os quadros atualmente previstos pela lei. Três situações são examinadas pelo CCNE: a autoconservação de ovócitos por mulheres jovens, as demandas de recurso à inseminação com doador por casais de mulheres e por mulheres solteiras, e as demandas de recurso a uma gestação de substituição [...]. As análises permitidas pelo método do grupo de trabalho (explicitada no capítulo 1) conduziram uma maioria dos membros do CCNE a não formular qualquer oposição à abertura da inseminação com doador para todas as mulheres, mas a solicitar que sejam definidas condições de acesso e viabilidade. Os argumentos recolhidos a favor do acesso às técnicas de AMP por casais de mulheres e por mulheres solteiras são de três ordens: a demanda das mulheres e o reconhecimento de sua autonomia; a ausência de violência ligada à técnica ela mesma; a relação com a criança nas novas estruturas familiares. [Tradução minha]

não enquanto antagônicas, não seja borrado. No entanto, ao acompanhar a vida cotidiana e ao despender foco aos documentos/leis que embasam a gestão pública e suas narrativas observamos que tais fronteiras se entrecruzam. As produções de intimidade, subjetividades, noções de pertencimento familiar e emparentamento são marcadas pela dimensão pública e legal, especialmente quando regulam formas de fazer filhos. Da mesma forma, legislações e instituições atravessam-se de personalidades, intimidades e afetos em processos que encampam todo um sistema de trocas e negociações morais. São justamente tais costuras cotidianas, como salienta Camila Fernandes, que produzem a quebra das fronteiras entre esferas que se desejam autônomas, como o mundo público e privado, o doméstico e o profissional ou formal, a família e o Estado.

## Brasil: sem leis, mas com regras

Diferentemente do que se passa no contexto francês, o Brasil experimenta uma significativa abertura de acesso por casais LGBTQIA+ às TR, ainda que no país não exista legislação que regulamente os usos e práticas relacionadas à reprodução em contexto de laboratório. O que existem são manuais de conduta do Conselho Federal de Medicina (CFM) que procura nortear os caminhos dos profissionais nesta área.

Ainda que o primeiro nascimento fruto do uso de TR no Brasil date de 1984, o país levou tempo até as primeiras regulamentações sobre o tema. É apenas em 1992 que o Brasil apresenta a primeira Resolução do Conselho Federal de Medicina sobre o assunto das tecnologias reprodutivas, e em 1993 há um primeiro Projeto de Lei (PL) sobre o tema, de autoria de Luiz Moreira do partido PTB/BA.

A primeira resolução do Conselho Federal de Medicina (Resolução nº 1.358) é datada de 1992, e esteve em vigor por quase vinte anos. Tinha como denominação ditar as normas éticas para a prática da reprodução assistida e apresentava algumas considerações que explicavam a importância de sua existência.<sup>11</sup> Entre as considerações apresentadas por esta resolução,

11 Resolução CFM nº 1.358/1992 (Publicada no D.O.U., 19 de novembro de 1992, Seção I, p.16053). (Revogada pela Resolução CFM nº 1957/2010). Adota normas éticas para utilização das técnicas de reprodução assistida.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e CONSIDERANDO a importância da infertilidade humana como um problema de saúde, com implicações médicas e psicológicas, e a legitimidade do anseio de superá-la; CONSIDERANDO que o avanço do conhecimento científico já permite solucionar vários dos casos de infertilidade humana; CONSIDERANDO que as técnicas de Reprodução Assistida têm possibilitado a procriação em diversas circunstâncias em que isto não era possível pelos procedimentos tradicionais; CONSIDERANDO a necessidade de harmonizar o uso destas técnicas com os princípios da ética médica; CONSIDERANDO, finalmente, o que ficou decidido na Sessão Plenária do Conselho Federal de Medicina realizada em 11 de novembro de 1992; RESOLVE: Art. 1º - Adotar as NORMAS ÉTICAS PARA A UTILIZAÇÃO DAS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA, anexas à presente Resolução, como dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos. Art. 2º - Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação. São Paulo- SP, 11 de novembro de 1992. (CFM,1992: n.p.). [Grifos meus]

destaca-se a necessidade de sanar a infertilidade, entendida enquanto um problema médico passível de tratamento. O texto desta normativa é bastante taxativo quanto ao caráter médico das tecnologias. Ainda assim, a mesma resolução apresenta, em sua terceira consideração, a questão destas práticas gerarem novas possibilidades procriativas que escapam ao modelo tradicional de reprodução sexuada. Esse é um passo importante, apresentado já em 1992, e delinea um bom começo para a compreensão de como estas tecnologias são usadas e pensadas no país.

Em relação aos pacientes a quem tais tecnologias destinavam-se, esta primeira resolução não era muito detalhada.<sup>12</sup> Observa-se, através de seu texto, que as mulheres apareciam como principais destinatárias de tais tecnologias, fato que excluía o acesso de casais de homens a tais procedimentos. Juntamente com a centralidade das mulheres, estava evidente a necessidade de aprovação do marido, ou companheiro, para que a mulher pudesse acessar as TR. Nesta primeira resolução não constavam limites de idade para pacientes, se apresentava apenas um limite de transferência de até quatro embriões para o útero. As doações de gametas não poderiam ter fins lucrativos e deveriam ser anônimas. A criopreservação de óvulos, espermatozoides e pré-embriões estava liberada, bem como a gestação de substituição ou doação temporária de útero.

A Resolução 1.358 de 1992 foi atualizada em 2010, porém as considerações que abrem a resolução permaneceram intocadas. Entretanto, a Resolução 1.957/10 apresentou mudanças no que tange o inciso II - Pacientes das técnicas de reprodução assistida.<sup>13</sup> A mulher sai de cena como sujeito único destas tecnologias, assim como a necessidade de consentimento do marido para realização do procedimento. Como pacientes constam agora todas as pessoas capazes. Esta é uma mudança significativa e uma importante abertura para que casais gays acessem tais procedimentos. Ainda que essa mudança seja importante, o texto deixa, em efetivo, uma lacuna sobre quem de fato podia, ou não, recorrer a estas tecnologias, fator que possibilitava a livre interpretação dos profissionais da área sobre quem deveria/poderia ser atendido. Tal brecha fornecia amparo às rejeições por parte de algumas clínicas e médicos ao atendimento de pessoas solteiras e casais homossexuais (Amorim, 2013). Seguindo com as inovações propostas, essa resolução acrescentou diferentes limites numéricos para transferência

- 12 II - USUÁRIOS DAS TÉCNICAS DE RA: 1 - Toda mulher, capaz nos termos da lei, que tenha solicitado e cuja indicação não se afaste dos limites desta Resolução, pode ser receptora das técnicas de RA, desde que tenha concordado de maneira livre e consciente em documento de consentimento informado. 2 - Estando casada ou em união estável, será necessária a aprovação do cônjuge ou do companheiro, após processo semelhante de consentimento informado. (CFM, 1992: n.p.).
- 13 II - PACIENTES DAS TÉCNICAS DE RA: 1 - Todas as pessoas capazes, que tenham solicitado o procedimento e cuja indicação não se afaste dos limites desta resolução, podem ser receptoras das técnicas de RA desde que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos sobre o mesmo, de acordo com a legislação vigente. (CFM, 2010: n.p.) [Grifos meus]

embrionária conforme a idade da mulher, iniciando-se com dois embriões para mulheres com até 35 anos, podendo chegar a quatro embriões para mulheres com mais de 40 anos. Quanto a doação de gametas, seguia prescrito o anonimato dos doadores.

Em 2013, o Conselho Federal de Medicina atualizou novamente as regras para a reprodução assistida e mostrou avanço e acompanhamento das demandas sociais, em particular daquelas que tocam o reconhecimento dos casais de pessoas LGBTQIA+. Em consonância, as discussões sobre os direitos da população LGBTQIA+ ganhou lugar no debate político no ano de 1995 com o Projeto de Lei nº 1151 da deputada Marta Suplicy (PT), que trouxe à tona questões como o casamento e a união estável entre casais homossexuais (Vianna e Lacerda, 2008). Mesmo que esse projeto de lei não tenha sido aprovado, ele abriu caminho para o aumento da visibilidade das conjugalidades homossexuais, embora não tocasse no assunto da filiação.

Em 2011, o Supremo Tribunal Federal (STF) votou pela aprovação da união estável entre pessoas homossexuais estendendo a estes casais (diferentemente do que confere o PACS francês) os direitos assegurados aos casais heterossexuais, tais como: o direito à adoção, pensões, herança fiscal, imposto de renda, segurança social, benefícios de saúde, imigração, propriedade conjunta e recurso às tecnologias reprodutivas. Abriu-se um caminho efetivo para que casais formados por pessoas não heterossexuais acessassem tais procedimentos e concretizassem seus projetos familiares e de filiação. Tal decisão garantiu o reconhecimento nacional da conjugalidade homossexual como entidade familiar. Ou seja, houve uma equiparação jurídica dos casais formados por pessoas LGBTQIA+ ao regime de conjugalidade heterossexual. (Nichnig, 2014). Vemos que o reconhecimento civil da conjugalidade homossexual, através da aprovação pelo Supremo Tribunal Federal (STF) da união estável entre homossexuais em 2011, afetou as normativas sobre as TR.

No ano de 2013 o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) aprovou resolução que obrigou todos os cartórios do país a realizarem a conversão da união estável entre pessoas homossexuais em casamentos, bem como os obrigou a atender a solicitações de casamentos civis entre pessoas não heterossexuais. Apesar da decisão de 2011 do STF, muitos cartórios, tabeliães e juízes seguiram negando o registro das uniões entre pessoas LGBTQIA+ com base na legislação que previa que o pedido de casamento apenas podia ser feito por um casal, entendendo, segundo regras do direito consuetudinário, o casal enquanto par de homem e mulher. De tal modo, a resolução do CNJ botou fim a diferentes possibilidades interpretativas ao obrigar o aceite do casamento civil e da conversão da união estável em casamento em todo território brasileiro.

Em conformidade com este momento, a Resolução 2.013 do Conselho Federal de Medicina, datada de 2013, modifica seu texto inicial e, já em suas considerações de abertura, faz menção à necessidade de pôr-se de acordo com as transformações políticas atuais que concernem os casais formados por pessoas homossexuais e sua instituição enquanto unidade familiar.<sup>14</sup>

Assim, dentre as novidades trazidas pela resolução de 2013 realço a abertura definitiva do caminho para que casais homossexuais possam ter filhos por meio da reprodução em laboratório. Destaca-se que a consideração a respeito das mudanças no reconhecimento da conjugalidade homossexual também respingou nas definições propostas pela resolução sobre quem são, ou podem ser, os beneficiários destas tecnologias.<sup>15</sup> Ainda que casais homossexuais já estivessem acessando estes serviços, agora as clínicas e médicos estavam mais seguros em atender suas demandas, afinal, estavam amparados pelas normativas do Conselho Federal de Medicina. Nesta resolução, ficou estabelecida a idade máxima de 50 anos para pacientes de reprodução assistida e se instaurou a possibilidade de doação voluntária de gametas e de doação compartilhada de ovócitos, situação na qual “doadora e receptora, participando como portadoras de problemas de reprodução, compartilham tanto do material biológico quanto dos custos financeiros que envolvem o procedimento de RA” (Resolução CFM 2.013, 2013). Também se abriu a possibilidade de descarte de embriões criopreservados há mais de cinco anos, em conformidade com a lei de biossegurança em vigor desde 2005. Em 2015, novas atualizações aparecem na Resolução nº 2.121/15, que revoga a resolução 2.013/13. Entre as mudanças mais importantes está a inclusão da gestação compartilhada para casais formados por mulheres no rol de práticas permitidas.<sup>16</sup>

14 Resolução CFM Nº 2.013/2013 (Publicada no D.O.U. de 09 de maio de 2013, Seção I, p. 119) REVOGADA por Resolução CFM 2.121/2015. 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.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e Decreto nº 6.821, de 14 de abril de 2009, e CONSIDERANDO a importância da infertilidade humana como um problema de saúde, com implicações médicas e psicológicas, e a legitimidade do anseio de superá-la; CONSIDERANDO que o avanço do conhecimento científico já permite solucionar vários casos de problemas de reprodução humana; CONSIDERANDO que o pleno do Supremo Tribunal Federal, na sessão de julgamento de 5.5.2011, reconheceu e qualificou como entidade familiar a união estável homoafetiva (ADI 4.277 e ADPF 132); CONSIDERANDO a necessidade de harmonizar o uso destas técnicas com os princípios da ética médica; CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na sessão plenária do Conselho Federal de Medicina realizada em 16 de abril de 2013. RESOLVE: Art. 1º Adotar as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida, anexas à presente resolução, como dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos. Art. 2º Revoga-se a Resolução CFM nº 1.957/10, publicada no D.O.U. de 6 de janeiro de 2011, Seção I, p. 79, e demais disposições em contrário. Art. 3º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação. Brasília, 16 de abril de 2013. (CFM, 2013: n.p.). [Grifos meus]

15 II - PACIENTES DAS TÉCNICAS DE RA: 1 - Todas as pessoas capazes, que tenham solicitado o procedimento e cuja indicação não se afaste dos limites desta resolução, podem ser receptoras das técnicas de RA desde que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos sobre a mesma, de acordo com a legislação vigente. 2 - É permitido o uso das técnicas de RA para relacionamentos homoafetivos e pessoas solteiras, respeitado o direito da objeção de consciência do médico. (CFM, 2013: n.p.). [Grifos meus]

16 II - PACIENTES DAS TÉCNICAS DE RA: 1 - Todas as pessoas capazes, que tenham solicitado o procedimento e cuja indicação não se afaste dos limites desta resolução, podem ser receptoras das técnicas de RA desde que os



Esta técnica, que aparece na Resolução como gestação compartilhada, não era proibida antes de 2015, mas o texto da Resolução anterior não era claro e gerava dúvidas quanto a sua aplicação.

Seguindo, a Resolução 2.121/2015 destaca a não necessidade de infertilidade para o acesso às NTR. Esse apontamento retira estes procedimentos do campo do auxílio médico a um problema de saúde, e o instaura no campo da procriação enquanto um projeto parental que conversa com demandas sociais por filiações nos marcos da constituição de diferentes modos familiares. Ainda que em suas considerações iniciais, que seguem os parâmetros da Resolução de 2013 expostos acima, a Resolução de 2015 apresente a infertilidade enquanto um problema a ser sanado, em seus direcionamentos se opõem a esta noção engessada da reprodução assistida circunscrita a um tratamento para um problema de saúde. Deste modo, refere-se à reprodução como resultado da intervenção técnica e humana que segue os ditos das transformações sociais.

Em 2017 o Conselho Federal de Medicina atualizou outra vez a resolução referente às TR. Entre as novidades está a consideração da infertilidade, motivada por tratamentos oncológicos, e o adiamento da maternidade entre as mulheres como motivos prováveis para busca por estas tecnologias.<sup>17</sup>

---

participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos, conforme legislação vigente. 2 - É permitido o uso das técnicas de RA para relacionamentos homoafetivos e pessoas solteiras, respeitado o direito à objeção de consciência por parte do médico. 3 - É permitida a gestação compartilhada em união homoafetiva feminina em que não exista infertilidade (CFM, 2015: n.p.). [Grifos meus]

- 17 Resolução CFM nº 2.168/2017 Publicada no D.O.U. de 10 de nov. 2017, Seção I, p. 73. Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida – sempre em defesa do aperfeiçoamento das práticas e da observância aos princípios éticos e bioéticos que ajudam a trazer maior segurança e eficácia a tratamentos e procedimentos médicos –, tornando-se o dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos brasileiros e revogando a Resolução CFM nº 2.121, publicada no D.O.U. de 24 de setembro de 2015, Seção I, p.117. O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº44.045, de 19 de julho de 1958, e pelo Decreto nº6.821, de 14 de abril de 2009, e associada à Lei nº12.842, de 10 de julho de 2013, e ao Decreto nº8.516, de 10 de setembro de 2015. CONSIDERANDO a infertilidade humana como um problema de saúde, com implicações médicas e psicológicas, e a legitimidade do anseio de superá-la; CONSIDERANDO o aumento das taxas de sobrevivência e cura após os tratamentos das neoplasias malignas, possibilitando às pessoas acometidas um planejamento reprodutivo antes de intervenção com risco de levar à infertilidade; CONSIDERANDO que as mulheres estão postergando a maternidade e que existe diminuição da probabilidade de engravidarem com o avanço da idade;

CONSIDERANDO que o avanço do conhecimento científico já permite solucionar vários casos de problemas de reprodução humana; CONSIDERANDO que o pleno do Supremo Tribunal Federal, na sessão de julgamento de 5 de maio de 2011, reconheceu e qualificou como entidade familiar a união estável homoafetiva; CONSIDERANDO a necessidade de harmonizar o uso dessas técnicas com os princípios da ética médica; CONSIDERANDO finalmente, o decidido na sessão plenária do Conselho Federal de Medicina realizada em 21 de setembro de 2017, RESOLVE: Art. 1º Adotar as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida, anexas à presente resolução, como dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos. Art. 2º Revogar a Resolução CFM nº 2.121, publicada no D.O.U. de 24 de setembro de 2015, Seção I, p.117 e demais disposições em contrário. Art. 3º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação. Brasília, 21 de setembro de 2017. (CFM, 2017: n.p.). [Grifos meus]

Nesta nova resolução também aparece uma melhor definição do que é a gestação compartilhada para os casais de mulheres no âmbito das delimitações dos pacientes a quem tais tecnologias se direcionam.<sup>18</sup> Apesar do amplo detalhamento presente nas resoluções normativas do Conselho Federal de Medicina, tais regulamentações não possuem peso de lei e, portanto, estas normas continuam passíveis das interpretações dos médicos, que seguem portando a palavra final quando o assunto é o acesso de casais homossexuais a estas práticas no país.

## Homoafetividade como caminho para as TR?

Conforme se observa nos textos das Resoluções 2.013/2013, 2.121/2015 e 2.168/2017 a abertura para o acesso dos casais formados por pessoas não heterossexuais está informada pela definição destes arranjos conjugais enquanto relacionamentos homoafetivos e uniões homoafetivas. O uso do termo homoafetividade parece ser uma singularidade brasileira e está, como podemos ver, presente em documentos oficiais (Costa e Nardi, 2015), tendo até mesmo entrado para o dicionário recentemente.

Como expresso no próprio conceito, o afeto parece ser o carro chefe da elaboração desta noção. Tendo origem no campo jurídico, marcadamente dentro do âmbito do direito da família, o conceito de homoafetividade alude a relações conjugais de pessoas do homossexuais, e foi cunhado pela advogada e desembargadora aposentada do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, Maria Berenice Dias (2000), numa tentativa de introduzir as uniões de pessoas LGBTQIA+ dentro do reconhecimento legal e social. O termo busca jogar luz sobre a dimensão afetiva presente nas relações conjugais ao tirar de destaque a dimensão sexual presente no conceito de homossexualidade.

Em sintonia, rapidamente o afeto tornou-se um valor jurídico, considerado mais apropriado para falar das famílias, e seu uso cresceu paulatinamente entre advogados e advogadas ligadas ao Instituto Brasileiro de Direito da Família/IBDFAM. A historiadora e advogada Claudia Nichnig (2015) mostra como existe, inclusive, a criação de um ramo específico dentro do direito denominado Direito Homoafetivo. No ano de 2011, quando o Supremo Tribunal Federal determinou as uniões entre pessoas homossexuais como entidades familiares, o termo homoafetividade foi citado por diferentes ministros favoráveis à decisão, deixando

18 II PACIENTES DAS TÉCNICAS DE RA: 1. Todas as pessoas capazes, que tenham solicitado o procedimento e cuja indicação não se afaste dos limites desta resolução, podem ser receptoras das técnicas de RA, desde que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos, conforme legislação vigente. 2. É permitido o uso das técnicas de RA para relacionamentos homoafetivos e pessoas solteiras, respeitado o direito à objeção de consciência por parte do médico. 3. É permitida a gestação compartilhada em união homoafetiva feminina em que não exista infertilidade. Considera-se gestação compartilhada a situação em que o embrião obtido a partir da fecundação do (s) ovócito (s) de uma mulher é transferido para o útero de sua parceira (CFM, 2017: n.p.). [Grifos Meus]

evidente a sua importância como estratégia para alcançar direitos ao tornar o tema espinhoso do reconhecimento das relações homossexuais algo mais palatável. É em decorrência desta decisão do STF que as normas que regem as TR são atualizadas em 2013 pelo Conselho Federal de Medicina. Já em suas delimitações a respeito dos usuários das tecnologias reprodutivas, a resolução também implica o termo homoafetividade como definidor das relações entre pessoas não heterossexuais. Tal termo, ao abrir o caminho para a reprodução assistida de casais formados por pessoas do LGBTQIA+, efetiva um descolamento das noções biologizadas a respeito da reprodução, já que é o princípio de afetividade que parece governar essa abertura, e que se faz presente na menção às uniões homoafetivas nos documentos do Conselho Federal de Medicina. A afetividade parece expressa no projeto parental do casal e no amor como bases para formulação de famílias. É este processo que alguns profissionais do ramo do direito têm identificado como desbiologização dos laços familiares (Souza, 2010).

Podemos observar um caminho interessante constituído pela noção de homoafetividade dentro do campo do direito e do reconhecimento legal das famílias LGBTQIA+ no Brasil. O judiciário também tem se mostrado favorável e sensível às mudanças, e já está a pensar as relações entre as pessoas em termos de afeto, de reconhecimento das realidades sociais vividas, e das experiências práticas de cada grupo familiar. Este não é um passo menor e podemos pensar o estilo nacional de regulamentação brasileiro como aberto à introdução da homoafetividade no seu escopo representacional.

A noção de afetividade traduz uma importante faceta do entrelace entre intimidade e mundo público supracitado. Neste cenário o afeto é percebido como motor de direitos, como dispositivo de agenciamento da justiça. A administração pública reconhece, portanto, essa experiência enquanto legítima a transpõem do campo íntimo e subjetivo para uma arena pública em um movimento no qual uma emoção/afeto transforma-se em ação legal, em reconhecimento público (Fernandes, 2015).

Apesar destes avanços relativos a uma percepção do direito brasileiro e do Estado frente ao tema do acesso às TR, o termo homoafetividade não escapa de severas críticas. Isso porque parece inscrever todo o campo de lutas LGBTQIA+ dentro desta chave afetiva. Críticas às quais fazemos acordo e que importam para pensar em outras dimensões que afetam as lutas LGBTQIA+, tema que não será elaborado de modo mais profundo aqui.

Para além da abertura das tecnologias reprodutivas através das mudanças observadas nas resoluções do Conselho Federal de Medicina, a literatura sobre o tema vem apontando que estas tecnologias são parte de um mercado que se relaciona, não apenas com o gerenciamento e produção de corpos em uma delineada biopolítica, mas que se sustenta em um universo

bioeconômico (Tamanini e Andrade, 2016). No Brasil, a reprodução assistida se desenvolve dentro do setor privado, configurando-se enquanto um mercado rentável. Especificamente, após a abertura dos usos da reprodução assistida para casais homossexuais no Brasil, eles se tornaram mais uma fatia a ser contabilizada neste mercado, que continua não figurando como uma prioridade no setor público de saúde (SUS). A singularidade de acesso às tecnologias reprodutivas ganha um recorte especial no Brasil: o poder aquisitivo. Se as marcas da diferença não são dadas pela orientação sexual das futuras mães, são dadas pela classe social.

## Aproximações entre Brasil e França

Parece claro que as tecnologias alargam as percepções sobre como se constituem e podem se constituir as famílias e as relações de paternidade/maternidade. Observamos que as tecnologias reprodutivas tratam de evidenciar como a reprodução, as relações de maternidade e paternidade são constructos relevantes pelas relações que criam, não devendo ser tomados apenas em termos biológicos. Porém, reconhecer essas relações, que escapam da uma base naturalizada, parece ainda ser um caminho tortuoso.

A importância das legislações e normativas aparece com centralidade para pensarmos as diferentes articulações possíveis entre filiação e parentesco nas sociedades brasileira e francesa. Através dos diferentes dispositivos postos em ação para regulamentar estas tecnologias e práticas, podemos observar quais pressupostos a respeito da maternidade, e de como se fazem laços de parentesco, são acionados. Elucida-se que uma variedade de significados atribuídos a noção do que é essencial/natural para a confecção de crianças, famílias e maternidades está na base da aceitação, proibição e usos destas tecnologias em ambos os contextos.

Ao mesmo tempo, podemos observar como movimentações políticas e sociais, especialmente advindas dos movimentos sociais organizados e dos debates e pesquisas de gênero e sexualidade trazem novas perspectivas e formas outras de balizar as relações de parentesco através do Estado. Conquistas como o casamento para todos na França e uma maior abertura para acesso de pessoas LGBTQIA+ às tecnologias reprodutivas no Brasil trazem novos personagens de parentesco e com isso se adicionam ao rol das relações e vínculos entre pessoas outras formas de família, parentalidade, filiação e germanidade que se constroem para além daquelas tradicionais dadas pelo modelo heterossexual cisgênero do pai, mãe e filhos. Conjuntamente, o mundo legal se vê convocado a envolver-se nestas discussões.

No caso francês, extravasa uma ordem normativa que delimitava quem são as pessoas que podem ou não se reproduzir dentro dos marcos instituídos e reconhecidos daquele Estado. A proibição da realização de reprodução assistida para casais homossexuais, mulheres solteiras,

ou consideradas velhas demais, e a definição da biologia (e mesmo do que é natural), esteve, até muito recentemente, marcada pela premissa da heterossexualidade, do binarismo dos corpos sexuados, do casamento e da juventude como marcos de quem eram os cidadãos válidos para reproduzir e construir a nação. Podemos, inclusive, pensar nas legislações vigentes naquele país como demonstrativas de um Estado heterocentrado, um Estado que até recentemente apenas podia se reproduzir na reprodução da heterossexualidade como pressuposto de sociedade.

Em contrapartida, ainda que noções arraigadas sobre corpo e maternidade continuem impossibilitando a abertura da gestação de substituição no país, a recente aprovação para o uso das TR por casais de mulheres lésbicas em solo francês, tem sido amplamente comemorado como um passo social importante na compreensão de que o afeto (homo ou heteroinformado) e a intenção parental também são formas de conectividades importantes no fazer família (Amorim, 2019). Esta transformação legal, demonstra justamente como regras sociais relativas ao parentesco não são imóveis ou redutos da naturalidade pensada como sustentáculo da heteronorma. Ao contrário, são dispositivos à disposição daqueles que buscam legislar e dar o tom de construções morais que tocam relações de parentesco e família, e que, sobretudo, indicam o que é possível e válido em termos também de gênero e sexualidade. Já no Brasil, que ainda não legislou sobre o tema das TR, há uma crescente tendência de fazer acompanhar as normativas aos feitos sociais e transformações advindas da conquista de direitos por parte da população LGBTQIA+. No contexto brasileiro, a noção de afeto, para além das possíveis críticas a este termo, parece angariar uma abertura para a compreensão da família como uma realidade social que escapa de definições precisas e naturalizadas. As possibilidades tecnológicas pluralizam os modelos familiares, que devem ser assentes na escolha e intenção de cada casal ou pessoa que busca pelas TR.

Há, desta forma, uma abertura à pluralidade de formas possíveis de famílias, que conversa de perto com a instituição das clínicas de reprodução assistida no setor privado, e que acena para uma maior facilidade de aproximação entre homossexualidade e filiação. Contudo, este cenário corre à margem da legislação e se socorre em balizas e normativas paliativas que não endossam uma visão nacional da defesa da pluralidade de formas familiares. Sem lei que regule o acesso pleno a tais tecnologias reprodutivas, a cidadania reprodutiva ainda funciona na base de uma cidadania precária (Bento, 2014).

Ambos os países não apresentam condições ideais de acesso às TR por parte dos casais de pessoas LGBTQIA+, e desvela-se que produzir famílias lesboparentais e dupla maternidade é uma atividade complexa que precisa ser observada e pensada não apenas pelas lentes do Direito, mas em diálogo com diversificadas áreas, como a Antropologia e os Estudos de

Gênero. Afinal, o Direito, ao balizar o acesso dos casais de mulheres lésbicas cisgêneras às TR, apresenta-se não apenas como uma tecnologia de regulação social das famílias, mas como uma tecnologia de parentesco, capaz de produzir mães e pais, só uma mãe, ou ainda duas mães ou dois pais. Legislar sobre família, portanto, é também legislar sobre gênero, sexualidade e possibilidades morais do que é, ou pode ser, válido socialmente e nacionalmente. Deste modo, realizar pesquisas comparativas como esta nos possibilitam observar os pormenores da construção nacional de valores e moralidades ligadas ao campo de gênero e sexualidade, desvelando o quanto a naturalização e defesa de alguns caminhos reprodutivos e afetivos como os mais “normais” ou “corretos” não passa de escolhas políticas vinculadas a projetos nacionais de controle e produção de corpos, subjetividades e futuros cidadãos nacionais.

## Referências

- Amorim, A.C.H. (2013). “Nós já Somos uma família, só faltam os filhos”: maternidades lésbicas e novas tecnologias reprodutivas no Brasil. Dissertação (mestrado em Antropologia Social) - Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Amorim, A.C.H. (2019). Entre calçadas, pixações e parentesco: a cidade como campo de batalha em torno das lesbo/homoparentalidades e do acesso à PMA na França. *Horizontes Antropológicos* [online], v. 25, n. 55. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0104-71832019000300008>.
- Bento, B. (2014). Nome social para pessoas trans: cidadania precária e gambiarra legal. *Revista Contemporânea*, 4(1). Disponível em <https://www.contemporanea.ufscar.br/index.php/contemporanea/article/view/197&hl=en&sa=T&oi=gsb&ct=res&cd=o&d=6010410164944643049&ei=hmyxYYuyOMqxywTli-J20Bw&scsig=AAGBfm3D8uiFL39a33JVGB6K7YDXR37B5w>.
- Borrillo, D. (2011). La République des experts dans la construction des lois: le cas de la bioéthique. *Histoire@Politique*, (14), 55-83. <https://doi.org/10.3917/hp.014.006>
- Brasil (1993). Projeto de lei nº 3638, de 29 de março de 1993. Institui normas para a utilização de técnicas de reprodução assistida, 1993. Brasília, DF.
- Brasil (1995). Projeto de Lei nº 1151, de 26 de outubro de 1995. Disciplina a união civil entre pessoas do mesmo sexo e dá outras providências, 1995. Brasília, DF.
- Brasil (2011). Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) n. 4277 e Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 132. Aprova União estável entre pessoas do mesmo sexo. 05 de maio de 2011.
- Brasil (2013). Conselho Nacional de Justiça. Resolução nº175, de 14 de maio de 2013. Dispõe sobre a habilitação, celebração de casamento civil, ou de conversão de união estável em casamento, entre pessoas de mesmo sexo. Brasília, DF.
- Butler, J. (2003). O parentesco é sempre tido como heterossexual? *Cadernos Pagu*, (21). Disponível em <https://www.scielo.br/j/cpa/a/vSbQjDcCG6LCPbJScQNxw3D/?lang=pt>.
- Carrara, S. e Vianna, A. (2008). Os direitos sexuais e reprodutivos no Brasil a partir da “Constituição Cidadã”. Em: R. G. Oliven, M. Ridenti e G. M. Brandão (Comps.), *A Constituição de 1988 na vida brasileira*. São Paulo: Hucitec.
- Carsten, J. (1995). The substance of kinship and the heat of the hearth: Feeding, personhood and relatedness among Malays of Pulau Langkawi. *American Ethnologist*, 22(2).
- Conselho Federal de Medicina (1992). Resolução CFM, n. 1.358, 1992. Brasília-DF.

- Conselho Federal de Medicina (2021). Resolução CFM, n. 1.957, 2021. Brasília-DF.
- Conselho Federal de Medicina (2013). Resolução CFM, n. 2.013, 2013. Brasília-DF.
- Conselho Federal de Medicina (2015). Resolução CFM, n. 2.121, 2015. Brasília-DF.
- Conselho Federal de Medicina (2017). Resolução CFM, n. 2.168, 2017. Brasília-DF.
- Costa, A. Brandelli e Nardo, H. C. (2015). O casamento “homoafetivo” e a política da sexualidade: implicações do afeto como justificativa das uniões de pessoas do mesmo sexo. *Revista Estudos Feministas*, 23(1). Disponível em <https://www.scielo.br/j/ref/a/zfMsJXZszjPVFJBn8Qg78RD/abstract/?lang=pt&format=html>
- Courduriès, J., y Giroux, M. (Dir.) (2017). Le recours transnational à la reproduction assistée avec don. Perspective franco-québécoise et comparaison internationale. *Relatório científico*. Paris: Mission de recherche Droit et Justice.
- Descoutures, V. *Les mères lesbiennes*, Presses Universitaires de France, Paris, 2010.
- Dias, M. B. (2010). *União homossexual: o preconceito e a justiça*. Porto Alegre: Livraria do Advogado.
- Fernandes, C. (2015). “Amar é faculdade, cuidar é dever”: A gestão dos sentimentos, dos sofrimentos e da moral do cuidar. Em: *IV Encontro Nacional de Antropologia do Direito*, São Paulo.
- Fernandes, C. (2019). Figuras do constrangimento: as instituições de estado e as políticas de acusação sexual. *Mana*, 25(2), 365-390. Disponível em <https://www.scielo.br/j/mana/a/4R4QY6ZgGdjn8qFZtmKMwvL/?lang=pt>.
- Fonseca, C. (2003). De Afinidades a Coalizões: uma reflexão sobre a “transpolinização” entre gênero e parentesco entre décadas recentes da Antropologia. *Ilha Revista de Antropologia*, 5(2). Disponível em <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/165058>.
- Fox, R. (1967). *Kinship and marriage. An Anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- France (1994). Code de la Santé Publique. Article L152-2, Créé par Loi n°94-654 du 29 juillet 1994.
- France (2004). Code de la Santé Publique. Article L2141-2. Modifié par Loi n°2 004-800 du 6 août 2004 - art. 24 JORF 7 août 2004.
- France (2011). Code de la Santé Publique. Article L2141-2 Modifié par Loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 - art. 33.
- France (2013). Loi n° 2013-404 du 17 mai 2013. Ouvrant le mariage aux couples de personnes de même sexe.
- France (2017). Comité Consultatif National d’Éthique. Avis n°126- Avis du CCNE sur les demandes sociétales de recours à l’assistance médicale à la procréation (AMP) du 15 juin 2017.
- Gomez, V. R. (2015). Les normes de la maternité en France à l’épreuve du recours transnational de l’assistance médicale à la procréation. *Recherches familiales*, 1(12) 43-65. Disponível em <https://www.cairn.info/revue-recherches-familiales-2015-1-page-43.htm>.
- Howell, S. L. (2006). *The kinning of foreigners: transnational adoption in a global perspective*. Londres: Berghahn Books.
- Jasanoff, Sh. (2004). The idiom of co-production. Em: Sh. Jasanoff (Comp.), *States of Knowledge: The co-production of Science and social order*. Londres: Routledge.
- Löwy, I. (2009). L’âge limite de la maternité: corps, biomédecine, et politique. *Mouvements*, 3(59), 102-112. Disponível em <https://www.cairn.info/journal-mouvements-2009-3-page-102.htm>.
- Nichnig, C. (2015). Pour être digne il faut être libre: reconnaissance juridique de la conjugalité entre personnes du même sexe au Brésil. *Passages de Paris*, 1.
- Schneider, D. (1980). *American Kinship: a cultural account*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Souza, M. Cunha de (2010). Os Casais Homoafetivos e a Possibilidade de Procriação com a Utilização do Gameta de um deles e de Técnicas de Reprodução Assistida. *Revista da EMERJ*, 13(52). Disponível em <https://core.ac.uk/download/pdf/16041216.pdf>.

- Tamanini, M., e Andrade, M. T. T. (2016). As novas tecnologias da reprodução humana: aspectos do cenário brasileiro, na voz e nas redes de especialistas. Em: C. Straw, E. Vargas, M. Cherro e M. Tamanini (Comps), *Reprodução Assistida e relações de gênero na América Latina*. Curitiba: Editora CRV.
- Thompson, Ch. (2005). *Making parents: the ontological choreography of reproductive technologies*. Cambridge: The Mit Press.
- Vianna, A. (2002). Quem deve guardar as crianças? Dimensões tutelares da gestão contemporânea da infância. Em: A. C. S. Lima (Org.), *Gestar e gerir: estudos para uma antropologia da administração pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Vianna, A., e Lacerda, P. (2009). União Homoafetivas e Homofobia. *O Social em Questão*, 20. Disponível em <https://www.formacaocaleidos.com.br/files/Caderno-PUC-RJ-Brasil-sem-Homofobia.pdf#page=37>.



# INSEMINAÇÃO CASEIRA COMO POSSIBILIDADE DE LESBOPARENTALIDADES NO BRASIL

LA INSEMINACIÓN EN CASA  
COMO POSIBILIDAD DE LESBOPARENTALIDAD EN BRASIL

HOME INSEMINATION AS A POSSIBILITY FOR LESBOPARENTING IN BRAZIL

*Mariana G. Felipe*

*Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Sociologia (PGSOCIO) da Universidade Federal do Paraná (UFPR).*

*Bolsista CAPES*

*marianagfelipe@gmail.com*

*Marlene Tamanini*

*Professora titular do PGSOCIO da UFPR*

*tamaniniufpr@gmail.com*

Recibido: 30/8/2021 | Aceptado: 10/1/2022

**Resumo:** O texto analisa entrevistas realizadas com dez mulheres lésbicas que fizeram inseminação caseira (IC) para concretizar projetos de lesboparentalidade no Brasil, entre os anos de 2020 e 2021. A IC é uma prática de concepção de filhos, já difundida como possibilidade conceptiva, é realizada fora do regularizado pelo Conselho Federal de Medicina brasileiro. Estas práticas são estabelecidas de forma autônoma por pessoas que se organizam em grupos de aplicativos como o *WhatsApp*. Os grupos funcionam como espaços de discussão de protocolos, de condutas éticas, de construção de corpos aptos a engravidar, de técnicas e de como fazer os procedimentos driblando os riscos. No texto, apresenta-se a experiência relativa aos acordos entre os pares do casal, a escolha do doador, a relação com os grupos e seus membros e a avaliação do modo de atuar dos doadores, bem como os sentidos da parentalidade produzidos com IC. A prática de IC, é uma possibilidade que difere daquela da clínica que é vista com críticas por muitos praticantes de inseminação caseira. É uma forma de concretizar o desejo de filhos como sintoma da desigualdade frente à impossibilidade de acesso à clínica e às suas tecnologias. E, em alguns casos, se ampara na leitura das dificuldades advindas da relação com as condutas dos especialistas, quando estes se dirigem aos casais e as pessoas LGBTQIA+; organiza-se deste modo decisões autônomas como formas de resistência lésbica frente aos obstáculos impostos àquelas que desejam ter filhos nestas conjugalidades.

**Palavras-chave:** inseminação caseira; lesboparentalidade; reprodução;

**Resumen:** Se analizan entrevistas con diez mujeres lesbianas que se sometieron a la inseminación en casa para realizar proyectos de lesboparentalidad en Brasil, entre 2020 y 2021. La inseminación en casa es una práctica de concepción de niños, ya difundida y se lleva a cabo fuera de lo regulado por el Consejo Federal de Medicina de Brasil. Estas prácticas son establecidas de forma autónoma por personas que se organizan en grupos en línea, concretamente en apps como *WhatsApp*, funcionan como espacios de discusión sobre protocolos, conductas éticas, construcción de cuerpos capaces de quedarse embarazados, son técnicas de cómo hacer los trámites evitando los riesgos. El artículo presenta la experiencia de estas personas en cuanto a los acuerdos entre los pares de la pareja, la elección del donante, la relación con los grupos y sus integrantes y la evaluación que hacen sobre la forma en que operan los donantes. La práctica en casa, difiere de la clínica que muchos practicantes de inseminación consideran críticamente. Esta forma de satisfacer el deseo de tener hijos es también síntoma, de desigualdad ante la imposibilidad de acceso a la clínica de reproducción y sus tecnologías, debido a una posible limitación económica y, en algunos casos se enfrenta con los modos de actuar de los especialistas, cuando ellos se dirigen a las parejas y personas LGBTQIA+. Razón por la cual estas personas que optan por la inseminación en casa organizan decisiones autónomas como formas de resistencia lésbica frente a los obstáculos que se les imponen a quienes desean tener hijos en estas conyugalidades.

**Palabras clave:** inseminación en casa; lesboparentalidad; reproducción;

**Abstract:** In this article, in-depth interviews are analyzed with ten lesbian women who have undergone home insemination, in order to carry out lesboparenting projects in Brazil, between 2020 and 2021. Home insemination is a widespread practice of conceiving children made possible outside of the assisted reproduction clinics, in spite of regulations of the Federal Council of Medicine in Brazil. These practices are established autonomously by people organized in online groups, such as *WhatsApp*. These groups work as rooms for discussion about protocols, ethical conduct, fitting of bodies for pregnancy, techniques and risk avoiding procedures. The article presents experience of those involved regarding agreements between the couple's peers, choice of donor, relations with groups and their members, assessment as to how donors operate, and meaning of the parenthood produced by home insemination. The home practice is a possibility differing from the clinical practice, which is critically viewed by many home insemination practitioners. This way of fulfilling the desire for children is also a symptom, not only of the inequality in face of the impossible access to the reproduction clinics and its technologies, due to possible financial restrictions; in some cases it is based on the reading of the difficulties caused by the uneasy behavior of specialists when addressing couples and LGBTQIA+ people. It may also be an expression of people benefiting from home insemination who wish to organize autonomous decisions as forms of lesbian resistance against restrictions on those wishing to have children in such conjugalities.

**Keywords:** home insemination; lesboparentalities; reproduction;

## Introdução<sup>1</sup>

Pensar a respeito da concretização dos planejamentos de famílias em busca de filhos hoje, é pensar sobre as diversas práticas de vivências complexas, a lesboparentalidade é sem dúvida uma delas.

Quando falamos, especificamente, de casais homossexuais e de tecnologias reprodutivas no Brasil, temos o caminho das clínicas de reprodução assistida (RA), que se pautam pelas regulamentações das Resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) e que estão espalhadas por todo o território brasileiro, embora, de maneira diferente para cada região, concentrando-se nas regiões Sul e Sudeste (Andrade e Tamanini, 2016). As clínicas e os especialistas formam redes de intervenções sobre a infertilidade para casais heterossexuais em conjugalidades cisgêneras,<sup>2</sup> prioritariamente, (Tamanini, 2020a); ainda que elas atendam à busca de casais homossexuais em suas dificuldades com a fecundidade, dada a ausência da diferença entre os gametas, ou dada a necessidade de útero; mesmo quando estas necessidades sejam percebidas pela clínica, de forma distinta, como lógica de intervenção e, se referida aos valores, envolvidos com a sexualidade e a família.

Nas práticas clínicas se compartilha saberes e modos de atuar que são globais em relação aos conhecimentos, tecnologias e protocolos, e se produz assim, nexos múltiplos e diversos, no que tange a ciência e a tecnologia, conectando-se deste modo, os caminhos procurados por casais e por mulheres para terem filhos. A partir das práticas clínicas, formam-se conexões complexas com corpos, gametas, úteros e intervenções, a fim de buscar filhos (Lafuente-Funes, Pérez e Orozco, 2020; Suárez, 2019). A atuação clínica vincula-se, deste modo, à consolidação de valores familiares, noções de transmissão e de hereditariedade na formação de identidade pessoal e familiar, conforme nos mostra o estudo de Débora Allebrand (2014).

Neste contexto, as pesquisas têm apresentado importantes análises críticas, relativas à exploração dos corpos das mulheres, no que tange à obrigatoriedade da maternidade e considerando as que são doadoras de óvulos porque, conforme analisam Anna Molas e Laura Perler (2020) para a Espanha, gentilmente as mulheres se tornaram objetos médicos acessíveis. Aspectos diversos destas análises relativas às injustiças reprodutivas, aos altos custos, e a circulação de materiais reprodutivos para fins comerciais, e para diferentes países, podem ser encontrados em Marilena Corrêa (2001), Marlene Tamanini (2006), Laurence Tain (2013), Débora Spar (2007), Lisa Ikemoto (2010) e Catherine Waldby (2019). No campo desta pesquisa

1 Pesquisa em andamento para a produção da dissertação de mestrado de Mariana Gonçalves Felipe, mestranda em Sociologia pelo Programa de Pós-Graduação em Sociologia (PGSOCIO) da Universidade Federal do Paraná (UFPR), bolsista CAPES. Contato: marianagfelipe@gmail.com.

2 Refere-se a pessoas que se identificam com o gênero atribuído em seu nascimento.

os custos altos embora, não sejam os únicos problemas enfrentados, também são apontados pelas mulheres.

Contudo, ao mesmo tempo em que no espaço clínico existem estes problemas, há muitas possibilidades de tratamento para casais heterossexuais (Tamanini, 2020b) e há relativa acolhida para as diversas parentalidades: homoparentalidades, lesboparentalidades, transparentalidades. Ainda assim, muitas mulheres lésbicas buscam seus próprios caminhos, que nem sempre são os clínicos, ou elas os abandonam, depois de algumas investidas. É o caso das que fazem inseminação caseira (IC).

Quando se trata de parentalidades não-hétero, em geral, elas são exercidas de diversas maneiras, passando pelo cuidado e criação dos filhos de relações anteriores, a adoção, a coparentalidade, ao uso das tecnologias conceptivas e a circulação e uso de gametas de terceiros em contexto clínico (Amorim, 2018; 2016; Machin, 2014; Machin e Couto, 2014; Rivas, Plaza e Jociles, 2018), com ou sem útero de substituição (Moreno, 2016; Marre, San Román e Guerra, 2018), em alguns casos, tendo relações sexuais com fins reprodutivos (Amorim, 2016; Tarnovski, 2013; Uziel, 2007; Souza, 2005; Grossi, 2003; Lewin, 1993; Weston, 1992).

Neste estudo, as mulheres lésbicas concretizam seu projeto de lesboparentalidade fora das clínicas de RA e, é neste protagonismo que nos focamos. Um protagonismo voltado às técnicas de IC, conforme elas são realizadas no Brasil, fora do contexto clínico e fora da regulamentação das Resoluções do CFM brasileiro.

Esta pesquisa contou com a participação de dez mulheres, destas, oito foram entrevistadas junto com suas companheiras, totalizando seis entrevistas, uma concedeu a entrevista sozinha, sem a participação de sua companheira, e uma, também concedeu a entrevista sozinha, tendo em vista que esta busca uma maternidade solo. Um dos casais reside em uma cidade do interior do centro-oeste, todas as outras moram em capitais. Um casal mora na região sul, dois casais e a que estava em tentativa para ser mãe solo mora na região sudeste, um casal na região nordeste. Das dez entrevistadas a caracterização da faixa etária varia entre 25 a 50 anos e o tempo em relacionamento, com união estável ou não, está entre 4 a 7 anos. Em relação à escolaridade, três têm o ensino médio completo, três são graduadas e quatro são pós-graduadas. Cinco se identificam como brancas, uma se identifica como preta, uma como parda, e uma como indígena. As profissões descritas são: bombeira e policial civil, dentista, professora, enfermeira, estudante, relações públicas, trader e duas exercem funções administrativas. No momento da entrevista, um casal estava gestando um bebê de IC, dois casais já tinham bebês nascidos por IC e três estavam tentando engravidar. A primeira entrevista aconteceu em junho de 2020 e a última em março de 2021.

O contato com as interlocutoras entrevistadas para esta pesquisa se efetivou através da entrada da primeira autora em dois grupos de inseminação caseira no aplicativo *WhatsApp*. Nesses grupos, a pesquisa foi divulgada de maneira pública, e a pesquisadora se apresentou enquanto tal, para todos os membros. No primeiro grupo, alguns doadores se mostraram receosos frente a presença de alguém que não fazia parte da rede de pessoas que buscavam a IC, ou seja, doadores ou tentantes. A entrada gerou uma discussão entre os membros presentes que, posteriormente, não demonstraram maiores incômodos frente a presença de uma pesquisadora ali, especialmente depois de informados os objetivos do trabalho. Em geral, o consenso dos grupos é de que as práticas de inseminação caseira são pouco difundidas ou negativamente abordadas por pessoas de fora das comunidades, e que pesquisas a respeito podem ter efeitos positivos a longo prazo para os praticantes. Essa discussão inicial no primeiro grupo fez com que uma pessoa enviasse uma mensagem de maneira privada à pesquisadora, se apresentando como administrador de outro grupo e convidando-a para que também divulgasse a pesquisa lá. Convite que foi prontamente aceito, assim estabeleceu-se a possibilidade de estar em dois grupos no *WhatsApp*. No segundo grupo a pesquisadora conseguiu estabelecer vínculos positivos com o resto da equipe e também conversar com diversas mulheres a respeito da pesquisa, dado ao fato de que ela já tinha uma proximidade com um dos administradores. Nos dois grupos, a divulgação foi realizada pela pesquisadora e as pessoas interessadas entraram em diálogo com ela voluntariamente. Nem todas as mulheres aceitavam realizar entrevistas, mas trocaram mensagens contando um pouco de sua experiência. Já as que aceitaram ser entrevistadas, também indicaram outras pessoas que igualmente aceitaram participar. Apenas em uma das conversas iniciais via aplicativo que se efetivou em uma entrevista posteriormente, a tentante se mostrou relutante e questionou diversas vezes as intenções da entrevista e o tipo de trabalho que estava sendo feito, informando objetivamente que não queria estar vinculada a nada que, nas palavras dela, “manchasse a imagem da IC”. No entanto, logo após ter suas dúvidas sanadas, a conversa com essa, e com as demais colaboradoras, se deu de maneira amistosa e fluida, mesmo levando em consideração o nível de intimidade que permeia as temáticas abordadas. Meses após as conversas, diversas tentantes voltaram a contactar a pesquisadora de maneira voluntária, dando notícias sobre seus processos de IC, andamento das gestações ou sobre os bebês já nascidos.

As entrevistas duraram, em média, uma hora e trinta minutos. Foram realizadas durante a pandemia de COVID-19, de forma online, gravadas, transcritas e analisadas posteriormente, conforme proposto por Martin Bauer e George Gaskell (2002). Cada entrevista foi realizada após a transcrição da anterior, o que proporcionou certo grau de reflexividade a respeito do

material e permitiu a observação qualitativa da situação de entrevista e dos seus conteúdos, conforme propõe Verena Alberti (2018). Garantiu-se, igualmente, o anonimato, decorre portanto, que todos os nomes mencionados são fictícios.

O texto está organizado em duas partes principais, na primeira, apresentamos brevemente do que se trata quando se fala em técnicas de IC, conforme elas são realizadas no Brasil e, como se constroem as relações sobre o tema nos grupos que se encontram no aplicativo *WhatsApp*.<sup>3</sup> Nesta parte, foca-se nas narrativas das pessoas que buscam realizar seus planejamentos de parentalidade lesbocentros, apresenta-se os acordos entre os pares do casal, a escolha de doadores e como são suas experiências nos grupos de IC. A segunda parte apresenta os sentidos da parentalidade acionados pelas interlocutoras e analisa como são produzidos elementos de coerência no planejamento delas com o uso de IC.

### **Inseminação caseira: acordos do casal, escolha do doador e a relação com os grupos e seus membros.**

Conforme anunciamos no resumo, as práticas de inseminação caseira são estabelecidas de forma autônoma por pessoas que se organizam em grupos *online*, especificamente em aplicativos como o *WhatsApp*, espaços que também funcionam como lugares de discussão a respeito dos protocolos e das condutas consideradas éticas, por parte de quem deles participa, condutas que no caso das mulheres lésbicas, são relativas à tomada de decisões frente aos processos a serem realizados com IC, e frente a escolha dos doadores de sêmen. Trata-se, conforme já sinalizado, de uma possibilidade que difere daquela da clínica, que é analisada com reserva, da parte de várias dessas pessoas. Esta forma de concretizar o desejo de filhos é, também, sintoma, não apenas da desigualdade frente às diversas impossibilidades de acesso à clínica, como também se constitui em uma outra voz, que se constrói na relação com outra experiência reprodutiva, que não a da clínica, e que está de certa maneira no rol das reivindicações de direito da população LGBTQI+, aspectos analisados para outros contextos por Marcin Smietana, Charis Thompson e France Twine (2018) e por Elixabete Imaz (2017).

Nesta parte tratamos da experiência dessas mulheres com a técnica de inseminação caseira, e, é relativa a própria técnica, aos acordos entre os pares do casal sobre a escolha do doador, à relação com os grupos e seus membros e à avaliação que elas fazem do modo como entendem os doadores e de como devem se relacionar com eles, bem como relaciona este contexto com aspectos da última Resolução do CFM.

3 Nos dois grupos em que a pesquisa foi feita, somam-se 353 participantes. Contudo, não é possível precisar quantas são as mulheres e casais de lésbicas que buscam a inseminação caseira, no Brasil, para a realização de seus planejamentos de parentalidade.

A inseminação caseira consiste em uma técnica de auto inseminação intra-cervical, aprendida e compartilhada nos grupos de *WhatsApp* à medida de sua eficácia e de sua utilidade, como diria Marcel Mauss (1999), ao descrever o aprendizado de técnicas e ao considerar o próprio corpo como a primeira técnica, embora ele o faça, para sociedades tradicionais. Estes usos deste tipo de técnica de IC, envolvem reflexividade da parte das mulheres envolvidas com desejo de gravidez, e as mesmas não são tomadas como adestramento, aspecto presente na perspectiva de Mauss. Contudo, praticar IC, não deixa de reportar à diferentes maneiras de se viver, de estabelecer regras e condutas, que são experimentadas no corpo, por meio de técnicas de inseminação compartilhadas entre as pessoas envolvidas, com um objetivo que simboliza possibilidades que estas pessoas tomam para si, como forma de se fazerem filhos.

Em sua descrição mais básica, a IC consiste na coleta do sêmen do ejaculado de um doador. As mulheres o fazem retirando o sêmen do potinho com uma seringa e, logo em seguida da inserção na seringa, passam ao depósito do sêmen o mais próximo do cólon do útero da pessoa receptora, ato que quase sempre é realizado pela companheira do casal que não irá gestar.

Conforme se preconiza nos grupos, as práticas podem se utilizar de seringas e potes de coleta descartáveis, mas também podem requerer outros materiais que busquem, conforme se acredita, maiores possibilidades de efetividade, como o espécule, ou cateteres e seringas revestidas de materiais que impeçam o contato do sêmen com a luz. Considere-se que este é um aprendizado compartilhado por elas, se institui informal e subjetivamente, pela experiência de pessoas que compartilham seu saber a respeito de como fazer. Estes saberes ganham força à medida em que cresce a confiança e a certeza de resultados, à medida em que eles correspondem às expectativas de cada pessoa que deles se apropria. Também são relevantes, quando atendem a um imaginário de fecundação compartilhado por ambas as mulheres do casal, no qual ambas acreditam que uma fecunda a outra.

A técnica de IC depende de muitos outros fatores, além destes aspectos do imaginário, dos instrumentos e da materialidade do sêmen. Ela se institui à medida em que também permite a conexão com percepções de família, com afetos e com a participação na fecundação de ambas as mulheres envolvidas, como parte do conteúdo de um ato privado, tomado na esfera da casa e do afeto entre ambas, em um projeto de lesboparentalidade.

Considere-se igualmente, que além da importância do aspecto técnico relativo à transferência do sêmen, se faz necessário muitos outros, que em certa medida são anteriores, como o controle do período fértil, que pode ser acompanhado com exames de farmácia, aplicativos,

medição da temperatura e com a observação dos mucos vaginais, além dos caminhos da escolha do doador.

Para chegar a construção de um corpo fértil, faz-se investimentos diversos daqueles analisados por Tamanini (2003) que são, em geral, associados ao consumo de vitaminas, de chás e até mesmo de alguns medicamentos, assim como de uma dieta que elas chamam de mais balanceada, embora estas práticas não sejam exclusivas destes grupos, e possam ser encontradas nos sites das clínicas em depoimentos de casais heterossexuais também.

Contudo, instituir este corpo fértil é um aprendizado que deriva neste contexto, da relação com os grupos, nos quais as tentantes<sup>4</sup> constroem-se. Neles circulam informações, faz-se a busca ativa de doadores e, produz-se um aprendizado da técnica que passa a fazer parte de um investimento reflexivo, insistente e cotidiano que é subjetivado, desejado e buscado, para se chegar a bom termo com o processo de gravidez. Por isso, faz-se necessário compreender a importância dos grupos de IC no *WhatsApp*, como espaços que, ao funcionarem com gerenciamento de moderadores em sua maioria, doadores ou tentantes, também atuam na qualidade de mediadores das práticas.

Estes grupos, além de serem lugares de socialização e de troca de informações a respeito da IC, permitem difundir e debater opiniões acerca de diversos temas, tais como: maternidade, adoção, racismo e sobre as clínicas de reprodução assistida. Portanto, ampliam informações, mas também disseminam e circulam valores.

É importante pensarmos que o amplo acesso à internet, *smartphones* e aplicativos, como é o caso do *WhatsApp*, possibilitou o estabelecimento dos grupos de IC como espaços de extrema importância para que a prática se efetivasse com controles das pessoas envolvidas, e com muitos *actantes*, a partir dos quais o coletivo, entendido como definido por Bruno Latour (1995), aquilo que coleta a todos se redefine e se reconstrói.

Especialmente tornou viável o contato entre tentantes e doadores de várias partes do Brasil, modificando a própria conexão com a possibilidade diversificada de doadores, também mudou o ritmo de sua expansão e sua extensão, o que antes era realizado com doadores próximos ou do círculo das tentantes, amigos, por exemplo, hoje é realizado por meio de intermediação de sistemas peritos e abstratos, como diria Anthony Giddens (1991) e, nos quais se confia. Neste caso, ressalta-se a experiência comum que se compartilha nestes grupos digitais e como se mantêm a continuidade entre o encontro *online* e *offline* (Miskolci, 2016), e as práticas de IC que mesmo se aprendidas *online*, precisam ser realizadas presencialmente.

4 Tentantes é um termo nativo, em geral utilizado na internet de modo geral, que diz respeito a pessoas que estão tentando engravidar.



Além destes aspectos observa-se que existem outros conteúdos atuando nas práticas de IC em relação às técnicas e as clínicas como: custos, já mencionados e preconceitos.

No que pese ao aspecto custo e preconceitos, nos grupos se afirma que as clínicas priorizam os valores frente ao sonho. Vez ou outra, se critica o fato de especialistas perseguirem a IC pelo “preconceito” e explicita-se que há uma acusação subentendida de que se está vendendo e comprando sêmen, prática que é proibida na IC, e, que ao contrário, é realizada nas clínicas. As clínicas igualmente são vistas como lugares altamente mercantilizados e, muitas vezes, reportadas como ineficazes.

Nas narrativas desta pesquisa no que se refere aos problemas apontados como sendo das clínicas, mantêm-se características coerentes com os discursos debatidos publicamente nos grupos, ressalva apenas a Carla e Rebeca, que diziam participar de apenas um grupo, enquanto outras como Giovana esposa de Gisele, e Pâmela, eram moderadoras de diferentes grupos.

O tema da escolha de doadores tem vital importância para as práticas de IC, e, a comunidade *online*, além de dar a conhecer medicamentos, suplementos e estimular a troca de experiências, ajuda na formação de redes de tentantes e de doadores. Nessas redes as pessoas se ajudam mutuamente e indicam doadores ou denunciam condutas inapropriadas da parte de alguns, são fortalecidos assim, laços de confiança entre tentantes e entre a própria comunidade formada no grupo.

O peso de uma indicação de doadores, pelo grupo, é grande, e faz parte da construção deste, como um “bom doador”. Afinal, a escolha de um doador é perpassada por dúvidas e por medos, é parte de caminhos pessoais de cada casal e de cada tentante, por isso, há um apoio da parte de quem já o conhece, os laços de confiança se delineiam de modo mais seguro se ele é conhecido. Esse doador, em geral, deve responder a certos requisitos pedidos pelo casal, que vão além dos elementos de confiança. Os quesitos dizem respeito à apresentação dos exames e a disponibilidade em falar sobre si, com informações pessoais. Também existe, em muitos casos, o desejo de que certas características físicas se aproximem de uma das mulheres do casal. Esse modo de escolher o doador com o intuito de que o bebê se pareça com a mãe que não irá gestar, também já foi identificado em outros estudos com casais de mulheres lésbicas que buscam concretizar seu planejamento de filhos com o uso de técnicas de RA (Amorim, 2016). Aspecto que também não é incomum para o contexto heterossexual conforme estudo de Allebrand (2014).

No caso das interlocutoras desta pesquisa, muitas optaram inicialmente por doadores que fossem parecidos com a parceira que não fosse gestar, para que houvesse um vínculo de reconhecimento por meio dessas características fenotípicas e, assim, se pudesse costurar as

semelhanças com o casal. Em consonância com o apontado por Naara Luna (2005, p. 411) “A fim de se mimetizar o parentesco genético, o cuidado na seleção de doadores leva em conta a origem racial do doador, cor e textura de cabelos, cor da pele e dos olhos”, a mãe que gesta, no mesmo sentido, construiria o mesmo vínculo pela gestação.

Contudo, a este respeito há algo curioso nas narrativas, porque mesmo se o desejo inicial seja escolher um doador com as características da mulher que não iria gestar, muitas relatam que o escolhido não tinha as características que elas inicialmente buscaram e, que houve uma mudança de critério no caminho da tomada de decisões, com fins a priorizar a confiança que ele lhes transmitia.

Este aspecto denota uma reflexividade que se volta muito mais para o controle dos riscos em relação à pessoa do doador e de se construir certas garantias para ter um bebê saudável, do que para um olhar em direção às semelhanças físicas.

Como um último aspecto relativo à escolha do doador devemos ressaltar que, ainda que ela esteja carregada de reflexões relativas à segurança e à prevenção de riscos, também é eivada de uma diversidade de outros elementos que destoam do modo como a prática está preconizada pela regulamentação do CFM.

A Resolução 2.294 de 2021 (Conselho Federal de Medicina, 2021) apresenta a revogação da alteração, estabelecida na Resolução 2.283 de 2020 (Conselho Federal de Medicina, 2020), que permitia a abjeção de consciência médica para vetar o uso das técnicas de RA por pessoas em relacionamentos homoafetivos, solteiras ou trans. Essa permissão anterior, era um claro retrocesso no tocante ao acesso dessas pessoas às técnicas e estava em vigência desde a Resolução do CFM 2.013 de 2013. A atual de 2021, passou a reconhecer, de acordo com o julgado pelo Supremo Tribunal Federal (STF) a união estável homoafetiva como entidade familiar.

Quanto à doação de gametas, tema fundamental neste campo, a Resolução 2.294 de 2021 normatiza, em primeiro lugar, a determinação da proibição lucrativa ou comercial da doação. Essa proibição está também presente nos grupos de inseminação caseira. Dela parte, inclusive, um dos elementos importantes à construção de um doador confiável nos termos dos usuários das técnicas. Um doador não pode cobrar pela doação de sêmen; ao menos não o faz publicamente, sem sofrer algum tipo de retaliação. Nenhuma das interlocutoras, relatou que o doador tenha cobrado algum tipo de valor para realizar o procedimento da doação, ainda, se a maioria já tivesse ouvido histórias sobre valores pedidos por outros doadores, nos grupos dos quais participam. Entretanto, mesmo não se admitindo a cobrança pelo sêmen, existe um consenso nos grupos, de que as tentantes devem arcar com certos custos que o doador possa

vir a ter, em especial, do transporte até o local da IC. No campo, esse valor nunca foi solicitado pelos doadores às interlocutoras, embora elas afirmam tê-lo sempre oferecido. Por vezes, este “custo” pode variar, caso o casal exija exames mais específicos que precisem ser pagos e ou se as receptoras decidem que eles devam ser realizados em lugares específicos. Ou se além dos exames, o casal defina, por razões de segurança e prevenção, que o doador seja de outro estado. Nesses casos, essa viagem é, na maioria das vezes, financiada pelas mulheres e não pelo doador, bem como elas financiam sua alimentação e hospedagem. Todo este narrar sobre doadores na relação com as entrevistadas é reportado como positivo, muitos relatos se focam no termo doadores “bons”, ou seja, fala-se do doador que corresponde ao modelo difundido nos grupos: respeitoso, não cobra pela doação, responde às dúvidas do casal e está disponível para exames e para doação.

Além dos aspectos acima descritos, é preciso que se diga algo sobre o fato de o doador ser escolhido pelas receptoras. Isto porque esta prática esbarra no anonimato, até aqui recomendado nas Resoluções, consideradas algumas exceções para a última. A Resolução do CFM 2.294 de 2021, abre exceções para doação entre parentes de até 4º grau (pais, filhos, avós, irmãos, tios e sobrinhos) para um dos pares do casal, desde que o laço de consanguinidade não seja o dele.

Neste ponto há grande diferença entre as normativas clínicas e a IC porque entre as entrevistadas, existe uma resistência enorme frente à possibilidade de uma convivência com os doadores. Carla, esposa de Rebeca, afirmou diversas vezes que a esposa propôs que um parente (primo, ou seja, dentro dos moldes da Resolução dos casos clínicos) fosse doador para a IC delas, mas que ela não aceitou. No momento da entrevista Rebeca disse que compreendia porque Carla era contra, mesmo se o primo fosse uma “pessoa muito legal”.

Carla disse que ele não tinha filhos e era “louco por crianças”, tinha medo de sua interferência no futuro, do que ele poderia vir a fazer se pensasse que a filha era dele. Relata que não iria se sentir confortável e que se sentiria um pouco “paranóica de ir nas festas de família” se esse primo estivesse, tinha medo do que o olhar daquela pessoa carregasse quando fosse direcionado a criança das duas. Afirmava preferir não saber muito a respeito do doador, por medo que ele procurasse a criança delas no futuro, e exigisse na justiça o direito da paternidade ou influenciasse no modo de criação delas.

Todos os relatos das entrevistadas, inclusive daquelas que ainda não haviam tentado, posicionavam-se pelo menor contato possível com o doador, ainda que não seja esta uma situação de anonimato porque ele é conhecido no virtual e se torna conhecido para doar. Pensar que ele seria da família é inimaginável, situação bem compreensível neste contexto,

no qual não há espaço para um “pai”. Ou seja, a família planejada é composta por duas mães e seus filhos. O doador é, então, compreendido apenas como doador, ou seja, um elemento necessário à construção do positivo e da família planejada. Para tal, existe um acordo tácito de que ele nunca vai interferir na criação dos filhos delas. Ele pode, inclusive, assinar um documento que, embora não tenha um valor legal, é guardado pelas tentantes e, é difundido nas comunidades de IC como meio de prova para eventuais conflitos futuros. Além deste documento, elas estabelecem diversos critérios a fim de garantir uma proteção de sua família frente a possibilidade de interferência do doador no futuro: como a escolha de doadores de outros estados, a investigação a respeito de sua situação conjugal e familiar, o conhecimento de uma rede de outras tentantes que já tiveram boas experiências com este doador, as intuições e sentimentos que elas têm ao conversar *online* com ele e quando o encontram presencialmente.

Outros dois aspectos importantes segundo a última Resolução são: primeiro, o da limitação das doações por número de habitantes. Deve existir uma limitação das doações em locais onde o doador tenha produzido mais de dois nascimentos de crianças de sexos diferentes em uma área de 1 milhão de habitantes. Segundo, introduziu-se um novo elemento de contexto, ou seja, “um mesmo doador poderá contribuir com quantas gestações forem desejadas, desde que em uma mesma família receptora” (CFM, 2021, p 5).

A IC, no entanto, embaralha tais recomendações à medida em que pode não haver a limitação de nascidos se com a ajuda do mesmo doador em uma área. Em cidades pequenas, por exemplo, pode haver poucos doadores, o que resulta em muitos positivos dele e de uma rede de tentantes e crianças que se conhecem e, até mesmo, convivem. Em relação às capitais, as tentantes que vivem no interior têm menos opções, especialmente, se houver alguma limitação financeira maior para trazer outros doadores de fora.

Débora por exemplo, que é moradora de uma cidade pequena com difícil acesso aos doadores, conhecia uma grande rede de pessoas que haviam tentado com o mesmo doador que ela.

Eu conheço acho que cinco positivos dele. E essa pessoa que me indicou, essa conhecida, ela conhecia outra pessoa que tava grávida de outro positivo dele. E ela disse, né? ‘Não, ele é super responsável e tal’. Ela já tá perto de ter neném. E daí essa minha conhecida já fazia com ele, e também disse que ele era responsável, sobre as qualidades, o caráter e tal. E aí a gente não marcou encontro antes pra fazer a IC, a gente conversou no dia. Ele explicou o porquê estava fazendo, que a esposa sabia, que ele tem filhos, que ele só queria ajudar [...] daí a gente percebeu que realmente – que realmente ele queria ajudar. Daí a gente fez pela primeira vez e não deu certo. E na segunda ele disse que se não desse certo a gente ia continuar tentando até chegar positivo, mas que eu não se preocupasse com ele. Que ele só queria ver a foto do bebê quando nascesse (Débora, mãe de N, de 1 ano).

Nesta lógica de vários positivos, se está rompendo o critério numérico, e, igualmente, esta doação nada tem a ver com a norma de que o mesmo doador possa doar mais vezes, dentro da mesma família receptora, norma que só pareceria funcionar para famílias que fazem RA.

Assim, os critérios de confiança e os depoimentos de quem conhece os doadores além de estarem rompendo com os dispositivos das recomendações do CFM, na mesma medida, introduzem pontos que podem vir a pautar inclusive relações de proximidade física entre as crianças nascidas do mesmo doador. Isto porque a escolha foi virtual, mas a inseminação ocorreu na cidade onde algumas entrevistadas falam que conhecem os positivos dele.

### **Lesboparentalidades: sentidos, planejamento, coerência com técnicas**

Conforme delineado anteriormente, alguns aspectos da construção da IC reportados a partir da escolha desta técnica e das relações com os doadores nos levam para pontos de indagações relativos ao planejamento e a construção de sentidos sobre as práticas de IC para lesboparentalidades. Existem aspectos que se focam no parentesco, na maternidade e na filiação dentre diversos outros.

Débora aponta uma grande problemática em relação aos filhos das tentantes e, de sua rede, que também fizeram IC com o mesmo doador que ela fez. Trata-se de possíveis encontros entre os filhos que precisam ser considerados, especialmente, porque podem de fato implicar em problemas. O maior problema apontado é a possibilidade de envolvimento afetivo-sexual entre os consanguíneos, algo que não passou despercebido para Débora, por exemplo. Quando perguntada a respeito dessa hipotética aproximação, afirmou que não sabia se era bom ou ruim ter ciência de quem eram essas outras crianças nascidas do mesmo doador.

Tânia e Raquel, indagam-se a respeito da possibilidade da filha que ainda não havia nascido, se envolver futuramente com alguém sem saber se é irmão ou não. Dizem em tom jocoso, que, para evitar isso, fariam: “pergunte se a pessoa tem duas mães, se sim, pergunte quem é o doador!”. Carla e Rebeca, que ainda estavam procurando um doador, disseram que existem formas de tentar evitar isso, mas que, no fim, pode acontecer com qualquer um e, em seguida contaram a história de uma prima que se envolveu com o meio-irmão sem saber que eram meio-irmãos, já que o pai dos dois tinha duas famílias.

O uso da IC como técnica, guarda coerência em relação ao desejo das mulheres lésbicas e de suas práticas baseadas na relação de confiança com o doador, aspecto que se consolida à medida dos depoimentos que ressaltam qualidades e parcerias. Um casal só procura a IC e

segue com ela até alcançar o positivo desejado e, se esse caminho for coerente com seus planos. Contudo, deixa em aberto muitas questões relativas ao interesse ou não, da parte do doador e ou do que pode vir a ser a vida das crianças nascidas nessas relações, quando gestados do mesmo doador, podem se encontrar.

Essas relações, outrossim, tensionam as relações de parentesco e a gestação também. Em relação ao parentesco, pode-se dizer que as práticas de IC complexificam as performances de um vínculo biológico e afetivo nessa construção das mulheres lésbicas no Brasil. Parentesco, é pensando por nós, conforme Judith Butler (2003, p. 221) “como um conjunto de práticas que estabelecem relações de vários tipos e que negociam a reprodução da vida e as demandas da morte”, e que reforçam a construção do vínculo como substancial e coerente em relação aos afetos, aos projetos e as decisões segundo Janet Carsten (2014). Uma construção compreendida pela mutualidade, pela participação dos desejos e dos afetos, portanto, não exclusivamente, por uma correlação biológica ou genética. Assim, a família e o parentesco lesbocentrado, descrito como lesboparental (López, 2012), perpassa um projeto de vida que é compartilhado pelo casal, e em alguns casos, como o de Pâmela em situação de maternidade solo.

Como projeto de vida do casal de mulheres, nos reporta aos modos que envolvem também os sentidos relativos à participação dos corpos delas, na gestação e no parto, ou seja, a experiência corporal do gestar e do dar à luz, de uma das mães, e não da outra.

Mesmo que isso ainda possa ser compreendido sob a ótica de entendimento da mãe que não gesta, como “menos mãe” (Tamanini, 2015), às interlocutoras da IC, relatam a construção da maternidade da mãe que não gesta como participante ativa dos processos (Carvalho, Cabral e Diniz, 2020).

A mãe que não gesta, tende a participar ativamente, não apenas das decisões acerca dos caminhos para a concretização da maternidade das duas, mas a partir do momento que escolhem a IC, participa ativamente da busca pelos doadores e grupos, faz levantamento de materiais para compreender melhor o procedimento, busca informações sobre vitaminas e outras possibilidades de melhora da fertilidade, por exemplo. Todas as interlocutoras que entrevistamos que tinham esposas relataram que a que não ia gestar era muito atenta nos próximos passos das duas, insistindo que a companheira fizesse exames, e cuidando da alimentação dela. Além destas relações de companheirismo, o parentesco também é uma busca jurídica, aspecto tenso por vezes, conforme relata Gisele, esposa de Geovana.

Ela não gestou a filha e, narrou sobre as dificuldades em registrá-la no seu nome por esse motivo, indignada a respeito de uma orientação para que ela “adotasse a própria filha”, mostrou uma foto do parto, durante a entrevista, na qual ela estava, com sua esposa e a filha que havia

acabado de nascer. Diz no ato de mostrar que aquela foto não existiria se a filha tivesse sido adotada. Gisele estava afirmando que ela e a esposa planejaram aquele bebê que havia acabado de nascer, e, que assim como a esposa havia gestado, ela estava presente em todas as etapas daquele planejamento, que aquele bebê só existia porque havia sido concebido pelas duas.

Relativo a estes planejamentos e desejos, é comum que na literatura a respeito da lesbianidade a mulher lésbica seja tomada como impossibilitada de ser mãe e que também seja compreendida como egoísta, em contraposição à maternidade relacionada como altruísta das demais mulheres (Lewin, 1994). Assim como as entrevistadas do campo de Amorim (2018), as quais, tendo se reconhecido como lésbicas desde cedo, se viam excluídas da reprodução e do parentesco, afirmando que é comum “que a um primeiro olhar a lesbianidade apareça como impossibilitadora da maternidade”, como “a negação da família e do parentesco” (Amorim, 2018, pp. 69-70). Neste campo, também se mantém certa ligação entre o desejo dos vínculos de sangue e os caminhos do afeto, o que nos reporta aos estudos pioneiros como os de Kath Weston (1992), nos quais se coloca a centralidade da construção das “famílias que escolhemos”.

Ressalta-se, contudo, que no caso das entrevistadas este pressuposto da incompatibilidade entre a lesbianidade e a maternidade se rompe, já que todas relatam o desejo de serem mães, embora nem todas desejam engravidar. As que desejam engravidar imaginam a possibilidade de gestar desde muito jovens, e, esse desejo, é reorganizado nessa situação de conjugalidade frente a certos critérios. Casais com uma diferença de idade, em geral, decidem a gestação pelo par mais jovem; quando elas descrevem limitações momentâneas de saúde, a gestação se viabiliza pela que se sente capaz de fazê-lo e está em condições de idade e físicas de engravidar no período. Existem situações nas quais o casal é formado por uma pessoa que nunca desejou engravidar, neste caso a gravidez foi assumida pela parceira.

Outrossim, se pensarmos que “a maternidade vivenciada em contextos de lesbianidade pode provocar ininteligibilidade no sistema heteronormativo, ao produzir experiências que rompem com a díade homem e mulher” (Soares, 2010, p. 6). No contexto reprodutivo, é possível observar um duplo vínculo: o “biológico” formado pela gestação no corpo de um dos pares do casal, e afetivo que diz respeito ao projeto de conjugalidade das duas pessoas envolvidas na concretização desse planejamento lésbico. Contudo, o grau de complexidade envolvido nos processos, em termos afetivos, sociais e de relacionamentos, pode caminhar para o estabelecimento de práticas mais fronteiriças de afeto e de cuidado e de arranjos, que não rompe necessariamente com os pressupostos heteronormativos, mas possibilitam conexões complexas entre desejo, parentalidade e projetos de conjugalidades lésbicas.

De certo modo é o que afirma Tain (2010, p. 199), ao dizer que: “... no projeto de crianças de casais do mesmo sexo, a divisão sexuada do trabalho reprodutivo se encontra abalada [...] põem à mostra novas atribuições do masculino e do feminino”. Em especial quando se trata de duas mulheres, a autora aponta para as rupturas no modelo de maternidade estabelecido a partir da gestação. Tain mostra como no caso das lésbicas, aparecem dois “itinerários”, um sucessivo, que seria assumido por ambas com a decisão da carga do trabalho reprodutivo que se faz de acordo com a idade, a saúde e o desejo de engravidar; e um diferenciado que diz respeito a uma “maternidade social”, que se afasta dos atributos sexuados da paternidade (Tain, 2010, pp. 199-201).

Pensar nos complexos liames entre planejamento de uma família lesboparental e a IC não é ignorar a desigualdade de acesso a outras técnicas, mas compreender que os caminhos da reflexividade são densos. Quando perguntou-se às entrevistadas a respeito das motivações para a busca pela IC, primeiramente, parecem se reportar a uma limitação financeira. Em todas as entrevistas que realizamos, as interlocutoras falam sobre os altos preços dos tratamentos. Mesmo as que já fizeram tais tratamentos, como Tânia e sua esposa Raquel, que se submeteram à fertilização *in vitro* com sêmen importado. Elas relataram, que ainda estavam pagando pelo tratamento e que ele havia sido ineficaz. Depois disso, partiram para a IC, acreditando na resolutividade e rapidez na obtenção do positivo. Inicialmente, elas haviam buscado um tratamento em uma clínica localizada em uma das capitais do Sudeste, por meio de projetos sociais. As duas relatam um sentimento “estranho” ao entrarem na clínica por uma porta que não era a principal. Além disso, dizem que o “papo mudou” quando Raquel afirmou que não poderia se submeter ao procedimento porque estava fazendo um tratamento, e, que assim sendo, apenas Tânia o faria.

Elas também narram que no início da conversa foi considerado um valor e que depois, à medida em que falavam, os valores foram mudando, além de que, foram sendo apresentados novos entraves da parte do especialista. Ainda assim, elas seguiram com o tratamento que foi descrito como “muito doloroso e ruim”, por causa dos efeitos dos medicamentos que elas classificam como muito fortes e, por causa dos procedimentos invasivos. Esse processo se concluiu com uma gravidez química que resultou em um aborto, situação não incomum, encontrada em outros depoimentos, com pessoas que se submetem a tratamentos clínicos. Este fato foi narrado como de extrema dificuldade emocional para as duas, que já haviam anunciado a gravidez às pessoas próximas.

Pâmela, a tentante que busca uma maternidade solo, por sua vez, reforça em diversos momentos durante nosso diálogo que poderia pagar um tratamento em clínica caso desejasse. Se fosse mais caro do que ela pudesse arcar no momento, ela poderia vender o carro ou



pedir um empréstimo, mas que frente à possibilidade da IC e tendo em vista que ela desejava conhecer o doador, não faria sentido ir para uma clínica.

Pâmela também se reporta ao fato de que ela havia feito exames recentemente e verificado que era “extremamente fértil e saudável”, não necessitando ou querendo se submeter a um tratamento, segundo ela, mais agressivo para engravidar. Soma-se a isto o seu desejo de conhecer, ver, conversar e interagir pelo menos o mínimo com o doador, aspecto que o tratamento clínico não contemplava.

Carla e Rebeca, que ainda estavam conhecendo e planejando uma gravidez com IC, não expressaram críticas à clínica ou à intervenção médica. Talvez porque Carla trabalhasse já há alguns anos como enfermeira. Contudo, Carla se reportou em diversos momentos, a uma série de exames realizados por ela, e manifestou críticas a certos questionamentos de outras tentantes nos grupos, porque segundo ela pareciam levar os exames pouco em conta ou considerá-los dispensáveis. Ela e Rebeca haviam recebido um diagnóstico que oferecia um período curto para poderem engravidar. Elas chegaram a procurar duas clínicas de reprodução humana, uma em São Paulo, que contava com um projeto social no qual se diminuiria os custos dos tratamentos e outra na capital do estado onde moravam. Mas, de acordo com elas, seria muito difícil para ambas se dirigirem para qualquer um desses lugares, mesmo tendo a possibilidade de fazer os exames na cidade onde residiam e as consultas de forma *online*. Levaram em consideração o emprego e os horários, assim como a eminente necessidade de fazer muita coisa presencialmente nas clínicas escolhidas. Para além desses aspectos, elas haviam iniciado uma reforma grande na casa onde moravam, e estavam, também, arcando com os custos dessa reforma. Naquele momento, com esses elementos colocados na realidade desse casal, a IC aparecia como uma opção mais viável. Existia uma limitação de tempo, de deslocamento, de finanças, somando-se a um conhecimento de formação em enfermagem que Carla possuía e que poderia, de alguma forma, auxiliá-las no processo da IC.

Deste relato acima e de outro demonstra que não se pode desconsiderar a desigualdade no acesso às tecnologias reprodutivas no contexto clínico e social no Brasil. A desigualdade e a impossibilidade de acesso é expressa nas narrativas das interlocutoras de forma enfática, no entanto, não podemos nos limitar só a tal elemento. Em especial quando existe a compreensão da IC como uma técnica que, muitas vezes, se aproxima mais do planejamento do casal do que a própria clínica de RA. Por isso, mais do que uma estratégia reprodutiva frente a impossibilidade de acesso à clínica, certos planejamentos, de alguns casais de mulheres, parecem ser contemplados em sua totalidade apenas na IC. O casal tem um projeto construído de forma reflexiva frente ao lugar que querem ocupar na parentalidade, em geral, de duas mães, mas este aspecto pode ser reorganizado em relação à gestação. Nas entrevistas, o desejo

de criar a criança sem querer viver corporalmente a experiência da gravidez é, em si, algo muito reforçado por pares do casal. Em geral, sempre é reforçado, por aquela mulher, que não tem e nunca teve o desejo de gestar, mas que aceita que a companheira tenha essa experiência, contudo há arranjos sendo discutidos. Tânia e Raquel relatam que se forem ter outro bebê com IC será Raquel a gestante da próxima vez. No caso de Pâmela, que planeja uma maternidade solo, ela diz que também pretende adotar no futuro ou se não conseguir ter um bebê com IC. A adoção parece ser uma possibilidade para vários casais de mulheres que procuram IC, mas assim como as coparentalidades, não é o ideal ou o foco principal de maior desejo.

Para encerrar este ponto é preciso ressaltar que mesmo quando estas práticas, por diversas razões, são mantidas em segredo pelas mulheres que as fazem, elas são altamente recomendadas. Todas as entrevistadas, desejam que a IC seja vista como uma possibilidade para que casais de mulheres, e outras conjugalidades ou pessoas em “carreira solo”, realizem seus desejos. Esse posicionamento diz respeito, também, a ver a IC “como mais uma forma possível”, que difere da comum concepção da técnica como “a única alternativa para algumas pessoas”. Sem dúvida, em especial quando pensamos nas limitações financeiras e no acesso desigual às clínicas de RA no Brasil, a IC não é por princípio antagônica às clínicas de RA, ela é assumida como possibilidade para as relações reprodutivas lesboparentais.

## Conclusão

As interlocutoras que colaboraram com esta pesquisa ofereceram experiências com conteúdos diversos sobre o uso das técnicas de inseminação caseira no que tange às suas práticas para concretizar seus projetos de parentalidade. Elas constroem suas decisões passando por uma compreensão reflexiva das possibilidades materiais e dos arranjos que elas podem fazer como casal e que são relativos à gestação, a recepção de gametas e a relação com o doador. No tangente a relação com o doador guardam uma elaboração coesa que se implica com a necessidade de conhecê-lo e de estabelecer os parâmetros de escolha, seja o de proximidade geográfica, reporte de idade, aparência física, apresentar exames, e outros elementos que permitam o seu encaixe em um planejamento já existente, sobretudo, ele deve ser confiável e estar disponível para responder às perguntas, além de ter uma rede de positivos que possam testemunhar a seu favor em termos de fertilidade.

Os grupos *online* atuam em funções importantíssimas, tanto para regular a entrada de pessoas novas, organizar materiais e momentos de estudo, estruturar uma comunidade engajada, responder as questões que surgem de tempos em tempos e construir protocolos de inseminação para casos específicos. Além disso, eles estão modificando a cultura das

doações de gametas, o que operou segundo as entrevistadas, também para que elas mudassem os preconceitos a respeito da técnica, aspecto que elas relatam como presente, na sua aproximação inicial com o tema.

A IC, para além de ser uma possibilidade enquanto técnica, e de sua popularização é indício, não apenas, de maior acesso para mulheres e doadores, mas de práticas tangenciadas por mudanças significativas no entendimento relativo ao uso do material genético e de como ele pode ser rearticulado de outras maneiras nas maternidades lésbicas. Ela abre possibilidades para casais lesboafetivos e constrói a visibilidade lésbica, no que diz respeito à concretização de seus planejamentos parentais e familiares. Enquanto técnica, responde ao desejo de filhos e atende a um tipo de planejamento que, nem mesmo a clínica na qualidade de detentora de hegemonia tecnológica e de seus arcabouços de confiabilidade, pode suprir. Atende a critérios de visibilidade e maternidade lésbica apresentando pessoas geradas com duas ou uma mãe, com sêmen de um doador conhecido, encontrado em grupos que ensinam sobre segurança, hormônios, períodos férteis, vitaminas, temperaturas, mucos, técnicas de respiração, laboratórios, exames, redes e formas de se fazer. Ao mesmo tempo abre diversas questões para as gerações envolvidas, porque se esta reflexividade é coerente com um projeto lésbico, as gerações nascidas de um mesmo doador, talvez precisem administrar novas questões relativas ao parentesco, as suas próprias filiações e às suas práticas afetivas e reprodutivas, não se sabe ainda dizer quanto estes projetos podem ferir conteúdos da segurança geracional.

A inseminação caseira parece se estabelecer no Brasil como uma tecnologia autônoma e lésbica de reprodução, mesmo que possa ser utilizada por mais pessoas. Como diz Paul Preciado (2020, p. 389) talvez seja preciso considerar que “... chegou a hora de submeter Foucault a uma dieta *queer*-aleijada e começar a escrever *A Morte da Clínica*”. Compreender a inseminação caseira nos seus sentidos e nas problematizações clínicas, éticas e de filiação que ela traz, nos contextos brasileiros pode ser um bom começo.

## Referências

- Andrade, M. T. T., e Tamanini, M. (2016). As novas tecnologias da reprodução humana, aspectos do cenário brasileiro, na voz e nas redes dos especialistas. Em: C. Straw, E. Vargas, M. Viera Cherro e M. Tamanini, M. (Orgs). *Reprodução assistida e relações de gênero na América Latina* (pp. 81-112). Curitiba: CRV.
- Allebrandt, D. (2014). Negociando semelhanças, produzindo identidades. Orientação religiosa e herança genética na escolha de doadores de gametas. *Ciências Sociais e Religião*, 16(21), 137-151. Disponível em <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/csr/article/view/12694>.
- Alberti, V. (2018). *Manual de história oral*. Rio de Janeiro: Editora FGV.
- Amorim, A. C. H. (2016). Óvulos, sêmen e certidões: maternidades lésbicas e tecnologias reprodutivas no Brasil. Em: C. Straw, E. Vargas, M. Viera Cherro e M. Tamanini (Orgs.), *Reprodução assistida e relações de gênero na América Latina* (pp. 171-190). Curitiba: CRV.
- Amorim, A. C. H. (2018). *Novas tecnologias reprodutivas e maternidades lésbicas no Brasil e na França: conexões entre parentesco, tecnologia e política* (Tese de doutorado). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.
- Bauer, M. W., e Gaskell, G. (Orgs.). (2002). *Pesquisa qualitativa com texto: imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes.
- Butler, J. (2003). O parentesco é sempre tido como heterossexual? *Cadernos Pagu*, 21, 219-260. <https://doi.org/10.1590/S0104-83332003000200010>
- Carsten, J. (2014). A matéria do parentesco. *R@U*, 6(2), 103-118. <https://doi.org/10.52426/rau.v6i2.125>
- Carvalho, P. G. C., Cabral, C. S., e Diniz, C. S. G. (2020). O lugar da parceira que não gesta: elementos para discussão sobre homoparentalidade feminina. Em: J. D. F. Santos, T. A. Cunha e A. B. Dias (Orgs.), *Entrecruzando saberes: gênero, sexualidade, memória e violência*. Uberlândia: Navegando.
- Conselho Federal de Medicina (CFM) (2017). Resolução n. 2.168, de 21 de setembro de 2017.
- Conselho Federal de Medicina (CFM) (2020). Resolução n. 2.283, de 01 de outubro de 2020.
- Conselho Federal de Medicina (CFM) (2021). Resolução n. 2.294, de 27 de maio de 2021.
- Corrêa, M. (2001). *Novas Tecnologias Reprodutivas. Limites da biologia ou biologia sem limites*. Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Giddens, A. (1991). *As conseqüências da modernidade*. São Paulo: UNESP.
- Grossi, M. P. (2003). Gênero e parentesco: famílias gays e lésbicas no Brasil. *Cadernos Pagu*, 21, 261-280. <https://doi.org/10.1590/S0104-83332003000200011>
- Imaz, E. (2017). Same-sex parenting, assisted reproduction and gender asymmetry: reflecting on the differential effects of legislation on gay and lesbian family formation in Spain. *Reproductive Biomedicine & Society Online*, 4(1), 5-12. <https://doi.org/10.1016/j.rbms.2017.01.002>
- Ikemoto, L. C. (2010). Eggs, nests and stem cells. Em: M. B. Goodwin, *Baby markets. Money and the new politics of creating families*. New York: Cambridge University Press.
- Lafuente-Funes, S., e Orozco, A. P. (2020). On (global) care chains in times of crisis: egg donation and domestic work in Spain. *Tapuya: Latin American Science, Technology and Society*, 3(1), 354-376.
- Latour, B. (1995). *La science en action*. Paris: Gallimard.
- Lewin, E. (1993). *Lesbian Mothers: Accounts of gender in american culture*. New York: Cornell University.
- López, S. (2012). *La familia lesboparental: Reinención de la familia?* (Tese de doutorado). Barcelona: Universitat de Barcelona.

- Luna, N. (2005). Natureza humana criada em laboratório: biologização e genetização do parentesco nas novas tecnologias reprodutivas. *História, Ciências, Saúde –Manguinhos*, 12(2), 395-417. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702005000200009>
- Machin, R. (2014). Sharing motherhood in lesbian reproductive practices. *Biosocieties*, 9(1), 42-59.
- Machin, R., e Couto, M. T. (2014). Fazendo a escolha certa: tecnologias reprodutivas, práticas lésbicas e uso de bancos de sêmen. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 24(4). <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000400012>
- Marré, D., San Román, B., e Guerra, D. (2018). On Reproductive Work in Spain: Transnational Adoption, Egg Donation, Surrogacy. *Medical Anthropology*, 37(2), 158-173.
- Mauss, M. (1999). Les techniques du corps. Em: *Sociologie et anthropologie* (pp. 362-383), Paris: Presses Universitaires de France.
- Miskolci, R. (2016). Sociologia Digital: notas sobre pesquisa na era da conectividade. *Contemporânea. Revista de Sociologia da UFSCar*, 6(2), 275-297. Disponível em <https://www.contemporanea.ufscar.br/index.php/contemporanea/article/view/525>
- Molas, A., e Perler, L. (2020). Selecting women, taming bodies? Body ontologies in egg donation practices in Spain. *Tapuya: Latin American Science, Technology and Society*, 3(1), 396-414. Disponível em <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/25729861.2020.1781371>.
- Moreno, G. (2016). Legislar sobre a vida: los saberes autorizados y la regulación de la gestación por sustitución en Argentina. Em: C. Straw, E. Vargas, M. Viera Cherro e M. Tamanini (Orgs.). *Reprodução assistida e relações de gênero na América Latina* (pp. 211-238). Curitiba: CRV.
- Preciado, P. B. (2020). Dizemos Revolução. Em: H. B. Hollanda, *Pensamento Feminista Hoje: Sexualidades no sul global* (pp. 387-390). Rio de Janeiro: Bazar do Tempo.
- Rivas, A., Plaza, C., e Jociles, M. (2018). La intervención de «terceros» en la producción de parentesco: Perspectiva de los/as donantes, las familias y la descendencia. Un estado de la cuestión. *Revista de Antropología Social*, 27(2), 221-245. Disponível em <https://revistas.ucm.es/index.php/RASO/article/view/61850>.
- Smietana, M., Thompson, C., e Twine, F. W. (2018). Making and Breaking Families – Reading Queer Reproductions, Stratified Reproduction and Reproductive Justice Together. *Reproductive Biomedicine & Society Online*, 7, 112-130. <https://doi.org/10.1016/j.rbms.2018.11.001>
- Soares, G. S. (2010). Experiências Reprodutivas e desejos de maternidades em lésbicas e bissexuais. Em: *Seminário Internacional Fazendo Gênero 9: diásporas, diversidades, deslocamentos* (pp. 1-8). Florianópolis, Brasil.
- Souza, E. R. (2005). *Necessidade de filhos: maternidade, família e (homo)sexualidade* (Tese de Doutorado). Campinas: Universidade Estadual de Campinas.
- Suárez, M. A. (2019). *Lo que nos sale del útero*. Barcelona: Bellaterra.
- Spar, D. L. (2007). *O negócio de bebês. Como o dinheiro, a ciência e a política comandam o comércio da concepção*. Coimbra: Amedina.
- Tain, L. (2010). A maternidade contemporânea à prova da assistência médica à procriação. O canal mundial do trabalho reprodutivo. Em: C. Rial, J. M. Pedro e S. M. F. (Orgs), *Diversidades: dimensões de gênero e sexualidade* (pp. 189-208). Florianópolis: Editora Mulheres. Disponível em <https://sexualidadeescola.furg.br/biblioteca/livros?download=34:diversidadedimensoes>
- Tain, L. (2013). *Le Corps reproducteur: Dynamiques de genre et pratiques reproductives*. Rennes: Presses de l'École des hautes études en santé publique.
- Tamanini, M. (2003). Do sexo Cronometrado ao casal infértil. Em: M. Tamanini, M. Grossi e R. Porto (Orgs.), *Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: Questões e Desafios* (pp. 123-136). Brasília: Letras Livres.
- Tamanini, M. (2006). Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: o paradoxo da vida e da morte. *Revista Tecnologia e Sociedade*. 2(3), 211-249. Disponível em <https://www.redalyc.org/pdf/4966/496650322009.pdf>.

- Tamanini, M. (2015). Maternidades são políticas: da fecundidade, dos especialistas, das mulheres, dos laboratórios, das tecnologias e muito mais. Em: A. P. V. Martins e vGuevara, *Políticas de gênero na América Latina: Aproximações, diálogos e desafios* (pp.171-196). Jundiaí: Paco Editorial.
- Tamanini, M. (2020a). Reprodução assistida: Interseccionalidade com células, ciência, tecnologia, pesquisa genética, saberes, crenças e subjetividades. Em: *XXXII Congreso Internacional ALAS*. Lima, Perú, 1-6 de dezembro. Disponível em <https://sociologia-alas.org/2020/05/19/memoria-general-xxxii-congreso-internacional-alas-peru/>.
- Tamanini, M. (2020b). Assisted reproduction: Brazilian heterosexual couples' testimonies on the care of specialists, *Tapuya: Latin American Science, Technology and Society*, 3(1), 1-16
- Tarnowski, L. (2013). Parentalidade e gênero em famílias homoparentais francesas. *Cadernos Pagu*, 40, 67-93. Disponível em <https://www.scielo.br/j/cpa/a/ndZHxrmvp9xCNVZjffmcf8K/?format=pdf&lang=pt>.
- Uziel, A. P. (2007). *Homossexualidade e adoção*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Walby, C. (2019). *The Oocyte Economy: The Changing Meaning of Human Eggs*. Durham: Duke University Press Books.
- Weston, K. (1992). *Families we choose*. New York: Columbia University Press.

# PARENTALIDADE E(M) TRÂNSITOS INTERNACIONAIS: A GESTAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO ENTRE CASAIS GAYS BRASILEIROS

PARENTALIDAD Y/EN TRÁNSITOS INTERNACIONALES:  
GESTACIÓN SUBROGADA ENTRE PAREJAS HOMOSEXUALES BRASILEÑAS

PARENTING AND/IN INTERNATIONAL TRANSITS:  
SURROGATE PREGNANCY AMONG BRAZILIAN GAY COUPLES

*Aureliano Lopes da Silva Junior*

*Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ)  
aurelianolopes@gmail.com*

*Anna Paula Uziel*

*Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)  
uzielap@gmail.com*

*Roberta Gomes Nunes*

*UERJ e Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro (TJRJ)  
robynunes@gmail.com*

*Gizele Bakman*

*gizele.bakman@gmail.com*

Recibido: 26/8/2021 | Aceptado: 5/12/2021

**Resumo:** Este artigo é baseado em duas entrevistas com casais de homens gays brasileiros que recorreram ao exterior para contratar o chamado serviço de cross-border reproductive care, que são procedimentos de reprodução assistida que atravessam as fronteiras nacionais através de empresas especializadas nos trâmites necessários, que incluem a busca por mulheres que se ofereçam para gestar, a procura por óvulos, organização do momento da fecundação e demais mecanismos necessários para que seja possível entregar um bebê para quem intenta esta forma de realização de seu projeto parental. A partir destas experiências, atravessadas pelas desigualdades sociais e de gênero que marcam este campo da gestação de substituição comercial, discutimos as formas como matrizes biológicas e biomédicas constituem esta decisão pela parentalidade e as formas como gestação, genes e afeto organizam as relações de família, desenhando relações de parentesco e a existência ou não de vínculos entre atores do processo. A pesquisa é inspirada na perspectiva metodológica da cartografia psicossocial.

**Palavras-chave:** Parentalidade; Gênero; Gestação de substituição; Homoparentalidade;

**Resumen:** Este artículo se basa en dos entrevistas realizadas a parejas de hombres homosexuales brasileños que acudieron al extranjero para contratar el llamado servicio de *cross-border reproductive care* —procedimientos de reproducción asistida que traspasan las fronteras nacionales a través de empresas especializadas en los procedimientos necesarios que incluyen la búsqueda de óvulos y de mujeres que se ofrezcan a dar a luz, la organización del momento de la fecundación y otros mecanismos necesarios para entregar un bebé a quienes pretenden esta forma de realización de su proyecto parental—. A partir de estas experiencias, atravesadas por las desigualdades sociales y de género que marcan este campo de la gestación subrogada comercial, nos proponemos discutir los modos en que las matrizes biológicas y biomédicas constituyen esta decisión de parentalidad y las formas en que el embarazo, los genes y los afectos organizan las relaciones familiares, a dibujar las relaciones de parentesco, y la existencia o no de vínculos entre los actores del proceso. La investigación se inspira en la perspectiva metodológica de la cartografía psicossocial.

**Palabras clave:** Parentalidad; Gênero; Gestación subrogada; Homoparentalidad.

**Abstract:** This article is based on two interviews with Brazilian gay men couples who went abroad to hire the so-called cross-border reproductive care service, which are assisted reproduction procedures that cross national borders through companies specialized in the necessary procedures, which include the search for women who offer to give birth, the search for eggs, organization of the moment of fertilization and other mechanisms necessary to deliver a baby to those who intend this form of realization of their parental project. From these experiences, crossed by social and gender inequalities that mark this field of commercial surrogate pregnancy, we intend to discuss the ways in which biological and biomedical matrices constitute this decision for parenthood and the ways in which pregnancy, genes and affection organize family relationships and the existence or not of bonds between actors of the process drawing kinship relationships. The research is inspired by the methodological perspective of the psychosocial cartography.

**Keywords:** Parenting; Gender, Surrogate pregnancy, Homoparenting,



## Introdução<sup>1</sup>

As tecnologias reprodutivas foram desenvolvidas, inicialmente, para enfrentar o problema de infertilidade de casais heterossexuais (Vitule, Couto e Machin, 2015), porém, com o avanço das mesmas e com as recomendações dadas pelas resoluções do Conselho Federal de Medicina no Brasil, ampliaram-se para diversas outras pessoas/grupos sociais interessados. Atualmente, é possível realizar a maternidade ou paternidade solo,<sup>2</sup> a homoparentalidade<sup>3</sup> e a transparentalidade<sup>4</sup> através do uso de tais procedimentos. São também uma alternativa para o adiamento da maternidade de mulheres que, com parceiros ou não, contam com estas tecnologias para investirem primeiro em suas carreiras e/ou outras realizações pessoais.

Ter um/a filho/a através das tecnologias reprodutivas traz à cena novos desafios e perspectivas em relação ao parentesco e à constituição familiar. Pensar na possibilidade de se gestar uma criança sem que tenha havido uma relação sexual (Strathern, 1995); sem que haja vinculação genética entre o feto e a gestante, que não será a mãe biológica da criança – nos casos de gestação de substituição ou de ROPA;<sup>5</sup> tornar-se pai ou mãe de um/a bebê oriundo de material genético doado – seja com a intervenção de uma clínica, seja ainda por meios não normatizados e/ou regulados, como a inseminação caseira – são algumas das alternativas que surgem com o avanço das tecnologias reprodutivas e a separação entre sexo e reprodução, no outro sentido daquele oferecido pela contracepção.

Um caso de bastante popularidade no Brasil foi noticiado na edição do jornal *O Globo* (Kresch, 2014), que trazia a seguinte manchete: “Casal gay de MG cruza três continentes para ter filhos. Barriga de aluguel foi feita na Tailândia com óvulos da África do Sul e coordenação israelense”. “O processo internacional de útero de substituição”, termo utilizado na reportagem, mostrava a engenhosa engrenagem: os óvulos pertenciam a uma doadora da África do Sul, cada pai de um casal de homens cedeu seu material genético e os embriões foram inseridos em duas mulheres da Tailândia, gerando em uma, duas meninas, e noutra um menino, que nasceu quatro meses depois.

1 Este artigo foi desenvolvido no âmbito das pesquisas *Parentalidades em diversidade e Acesso à origem e direito à história: reprodução assistida e adoção*, ambas com financiamento da Faperj, através do edital Cientista do Nosso Estado.

2 Mulher ou homem que decide ser mãe ou pai sozinha/o.

3 Parentalidade exercida por casais do mesmo gênero ou por pelo menos uma pessoa que se identifique como homossexual.

4 Parentalidade exercida por pessoas transexuais.

5 ROPA, recepção do óvulo da parceira. Situação em que, por motivos diversos, o embrião obtido a partir da fecundação do ovócito de uma mulher é transferido para o útero de sua parceira, que vai gestá-lo.

Esta parentalidade para se realizar atravessou três continentes e vários corpos, já que cada uma das gestantes recebeu material genético de um dos pais e da doadora. O desafio seguinte, dizia o jornal, seria a “repatriação das crianças e o registro delas como filhas legítimas dos dois” (Kresch, 2014, p. 3).

Tal caso ganhou notoriedade através do tradicional programa televisivo dominical “Fantástico”, da *Rede Globo*. Tanto a reportagem de *O Globo* (Kresch, 2014), como a exibição do referido caso em tv aberta, acabaram divulgando esta possibilidade de gestação e de parentalidade, bem como a empresa responsável pela oferta do serviço. Não à toa, em outras reportagens similares, em anos subsequentes, pessoas faziam menção ao caso e às reportagens de 2014, e abordavam todos os trânsitos transnacionais que possibilitaram a gestação.

Em 26 de agosto de 2016, o programa “Boas-vindas”, voltado para apresentação de nascimentos e formação de novas famílias do canal de TV fechada *GNT*, apresentava caso similar com a seguinte sinopse: “O episódio conta a história de um casal de homens que não desistiu do sonho de terem um filho juntos. Rene e Fabiano moveram montanhas para conseguir uma barriga de aluguel no Nepal que gerasse o bebê”. E, como referido, este casal fazia menção àquela reportagem seminal de 2014 como o que possibilitou o acesso ao contato da agência para a realização do sonho da paternidade, em especial, após não terem tido sucesso no processo anterior de adoção.

O caso dos dois pais brasileiros de Minas Gerais, dois úteros e três crianças é emblemático e levanta inúmeras questões acerca da parentalidade e da homoparentalidade, se assim quisermos denominar a configuração familiar composta por crianças, seus pais ou suas mães, adultos/as que vivem com pessoas do mesmo gênero.

Por ainda não ter previsão legal, desde 1992 a reprodução assistida está regulada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). Depois de um intervalo significativo, de 18 anos, novas resoluções são lançadas praticamente a cada dois anos: 2010, 2013, 2015, 2017, 2020 e 2021. Neste mesmo período, de 1993 até 2020, surgiram 22 projetos de lei, mas sequer foram à votação.

No Brasil, todas as pessoas têm direito de acesso às tecnologias, sem distinção de gênero ou orientação sexual: inseminação artificial; fertilização *in vitro*

(FIV); gestação compartilhada em união homoafetiva feminina (através da ROPA) e gestação de substituição. Não há impedimentos para pessoas sozinhas, mas quando existe um casal, ambas as partes devem estar de acordo quanto a sua realização.

A resolução mais atual do CFM nº 2.294/2021, seguindo a linha que já vinha desde 2013, permite o uso de técnicas de RA para “heterossexuais, homoafetivos e transgêneros”.<sup>6</sup> No que se refere à gestação de substituição, inclui a exigência de que a cedente temporária do útero tenha ao menos um/a filho/a vivo/a - o que é novo - e tenha parentesco consanguíneo até o quarto grau com um dos parceiros, devendo os demais casos serem avaliados pelo Conselho Regional de Medicina (CRM).

A “gestação de substituição” ou “cessão temporária do útero”, termos que constam também na Resolução, insere novos elementos ao ciclo fecundação, gestação e maternidade/paternidade, complexificando o entendimento das relações e pessoas envolvidas. No Brasil, a cessão temporária de útero não pode ter caráter comercial.

Neste texto partimos de duas entrevistas realizadas com homens gays que vivem em conjugalidade e cuja paternidade foi possibilitada pela gestação de substituição comercial.<sup>7</sup> Temos como pano de fundo as desigualdades sociais e de gênero que marcam o campo da saúde reprodutiva e a dimensão internacional e geopolítica da ausência ou redução de fronteiras em busca do dito sonho de terem filhos/as. Analisamos as trajetórias dessas paternidades, pensando as tramas do biológico – entendido tanto como o lugar do pensamento biomédico quanto a escolha de terem filhos de seu material genético – e como gene, afeto e parentesco aparecem conjugados nesses casos.

## Aspectos metodológicos

A pesquisa *Parentalidades em diversidade* teve a cartografia como ferramenta teórico-metodológica e se baseia em entrevistas com homens e mulheres que fazem uso das tecnologias reprodutivas, sejam cis ou trans, hetero, homo ou bissexuais. No entanto, para este artigo, privilegamos duas entrevistas realizadas com homens gays que contrataram a gestação de substituição comercial com seus parceiros fora do país, uma vez que, como já dito, a comercialização do trabalho reprodutivo é proibida no Brasil. Foram entrevistados um casal em conjunto e um dos membros do outro casal individualmente.

6 Termos utilizados pela resolução.

7 Utilizamos a expressão “gestação de substituição comercial” para os casos em que a doação temporária de útero, outra expressão possível, teve fins comerciais, como nos dois casos trabalhados neste texto. A expressão “barriga de aluguel” é utilizada no senso comum para nomear este procedimento.

Para Silvia Helena Tedesco, Christian Sade e Luciana Vieira Caliman (2014) é importante a montagem da entrevista como experiência compartilhada, entre entrevistador/entrevistadora e entrevistados/entrevistadas, espaço que torna possível acionar a micropolítica, ou seja, as “... questões que envolvem os processos de subjetivação em sua relação com o político, o social e o cultural, através dos quais se configuram os contornos da realidade em seu movimento contínuo de criação coletiva” (Rolnik, 2014, p. 11). A pesquisa cartográfica aposta na construção coletiva do conhecimento entre pesquisadores/pesquisadoras e pesquisados/pesquisadas (Kastrup e Passos, 2014).

Nessa perspectiva, ambas as entrevistas utilizaram uma questão disparadora que buscava conhecer a trajetória de paternidade do casal, em que momento resolveram ser pais, como foi o percurso para terem seus filhos, quem entendem que compõe a família, de que formas a parentalidade cruza com a homossexualidade e questões sobre a vivência do cotidiano, relação com a família extensa e com as instituições que permeiam nossas vidas. Neste artigo discutiremos duas questões principais: 1) a produção da parentalidade biológica através da gestação de substituição comercial, marcada por um pensamento biomédico, e 2) as tramas afetivas presentes no processo gestacional e na construção de história e parentesco.

São esses os entrevistados:

Alexandre, o entrevistado, e Márcio são brancos, têm cinquenta anos, ensino superior completo e pós-graduação, estão juntos há vinte anos e começaram o projeto de paternidade há cinco. Pensaram primeiro em adoção, mas logo descobriram que o tempo de espera seria longo e a chance de conseguirem bebês pequenos era bem remota. Recorreram, então, a uma agência internacional de reprodução assistida para a realização da gestação de substituição comercial em país asiático. Relatam a necessidade de uma grande organização para a empreitada de terem filhos/as por reprodução assistida, já que este processo envolve grandes custos financeiros e emocionais.

A entrevista com Alexandre foi feita pessoalmente, em seu local de trabalho, antes da Pandemia de covid-19. Ele e Marcio têm dois filhos gêmeos, à época da entrevista com dois anos e oito meses. A intenção deles era que duas mulheres engravidassem mais ou menos na mesma época, com óvulos de uma terceira e mesma mulher e espermatozóides de cada um deles. No entanto, apenas uma das implantações vingou e nasceram Robert e Marvin. Após tal processo, ainda preservam a ideia de fazerem outra tentativa, em outro país, em breve, com o espermatozóide do outro pai.

Bernardo e Lucas são brancos, têm 41 e 45 anos, ensino superior completo e estão juntos há 9 anos. Foram entrevistados juntos, através da plataforma Zoom, já durante o isolamento

físico em decorrência da pandemia de covid-19, em que ainda nos encontramos. Inicialmente, eles também pensaram em adoção, porém os trâmites e dificuldades elencados por eles e uma reportagem televisiva sobre a gestação de substituição comercial fora do país os fizeram procurar uma agência para concretizarem o sonho de serem pais. A decisão de terem dois filhos, cada um com o material genético de um dos pais acabou se transformando em três, já que uma das gestações foi gemelar. Duas gestantes diferentes, em países diferentes (localizados na Ásia e na América Latina), e a mesma doadora de óvulo, oriunda da África do Sul. As três crianças, hoje com cinco anos, chegaram quase ao mesmo tempo, tornando-se praticamente trigêmeas.

## A produção de parentalidades (bio)idealizadas

O Brasil, segundo Marilena Corrêa e Maria Andrea Loyola (2015), adota o modelo altruísta generalizado no que se refere a trocas de partes do corpo humano, tendo como base os princípios do voluntariado do/a doador/a e da não comercialização da doação. Também é permitida a doação compartilhada, casos em que o modelo de reciprocidade é adotado com base no ajustamento de necessidades.

A resolução do CFM (2021), que no momento regulamenta a reprodução assistida no Brasil, baseia-se fortemente no poder biomédico (Rozée, 2017) no que tange a escolha do/a doador/a, a técnica necessária e a observância quanto à compatibilidade. Assim, ao mesmo tempo em que o CFM efetua a regulação das tecnologias reprodutivas no país, performativamente também produz uma maior legitimação da reprodução biológica perante outras possibilidades de construção de parentalidade.

Martha Ramírez-Gálvez (2011a, p. 75) afirma que a reprodução assistida é o “milagre tecnológico” que possibilita a realização de um gesto mimetizado na natureza. Neste sentido, a “parecença” (Costa, 1990, p. 4) é a intencionalidade por parte das pessoas que buscam a reprodução assistida e/ou a adoção de preencher o espaço do biológico, independente de ser uma família formada por casais homo ou hetero, e que “... se configura como um ideal a ser atingido...” (Ramírez-Gálvez, 2011a, p. 78), que somente se torna importante num contexto de biologização das relações (Costa, 1990). Ainda que a construção da parecença possa ser tida como de alguma forma pressuposta ou mesmo óbvia na reprodução assistida, visto esta construir a parentalidade a partir da manipulação de materiais biológicos/genéticos de genitores, na maior parte das vezes, a busca por crianças com características físicas semelhantes aos pais e mães também se encontra nas pessoas que se tornam pais/mães através da adoção. Como nos alerta Ramírez-Gálvez (2011b),

... o discurso científico se torna uma via para reforçar estereótipos, como os de gênero e raça/cor concebidos, corriqueiramente, como tendências ‘naturais’ evocados para representar uma realidade como sendo natural, objetiva e verdadeira (p. 582).

Assim, observamos como questões biológicas (genótipos e fenótipos) e biomédicas (tecnologia) conjugam-se na constituição de uma parentalidade tida como mais “verdadeira”, já que estaria baseada no ideal de um “natural” extremamente biologizado, produzido e inserido em um biopoder dos médicos e/ou campo biomédico [*le biopouvoir des médecins*] (Rozée, 2017). Justamente por isso, a parentalidade biológica produzida pelas tecnologias de reprodução assistida dificilmente seria questionada em sua legitimidade no meio social. Convém destacar que a biologização da relação encontra eco na própria regulação brasileira sobre tecnologias reprodutivas, principalmente por ser regulada pelo Conselho Federal de Medicina, ou seja, desde dentro da representação biomédica oficial no Brasil, e não por uma lei. Vejamos um exemplo retirado da resolução vigente:

9. A escolha das doadoras de oócitos, nos casos de doação compartilhada, é de responsabilidade do médico assistente. Dentro do possível, deverá selecionar a doadora que tenha a maior semelhança fenotípica com a receptora, com a anuência desta (Resolução CFM n.º 2.294, 2021).

Bernardo e Lucas nos contam como foi a escolha da doadora. Tiveram acesso a uma série de características das mulheres que estavam doando óvulos, comparando o cadastro à escolha de um produto. A doadora responde a centenas de perguntas sobre estudo, *hobby*, características físicas, pessoais, familiares, histórico de doenças pessoais e familiares, há algumas fotos e os contratantes acessam esse cadastro e escolhem a doadora. Enquanto Lucas procurava uma doadora que pudesse lhe dar filhos bonitos, Bernardo se preocupava com a saúde das crianças, buscando uma doadora que não tivesse histórico de doenças graves. Nas palavras de Bernardo acerca daquele anteriormente mencionado mimetismo biológico e “parecença”:

Você tem que ir montando os pedaços onde cada coisa é legal em cada parte do mundo. Então, por exemplo, a doação de óvulos quase sempre é feita na África do Sul. Por quê? Porque a África do Sul é um país que tem uma variabilidade genética igual a do Brasil. É um país que tem um mix genético muito grande (transcrição da entrevista).

Alexandre, casado com Márcio, também relatou o processo de escolha do óvulo, destacando que desejavam certo perfil: “a gente queria alguém que não fosse baixa, ou histórico de família muito baixa, nossas famílias não são baixas, então pelo menos 1,70 m” (transcrição da entrevista). Porém, tal escolha ainda dependia da doadora poder viajar para o momento da coleta junto à clínica que realizaria a fertilização e implantaria o embrião no útero da

gestante de substituição no país escolhido – no caso, na Ásia – como também dependia da possibilidade da doação, visto que:

As mulheres só podem doar de três em três meses, ou quatro em quatro. Três vezes ao ano. Então esse é o máximo que elas podem doar. Eles não aceitam doação recorrente. E ela já tinha um filho, geralmente as doadoras têm que ter filho (transcrição da entrevista).

É digno de nota que, a despeito do perfil desejado pelos dois, ou melhor, concernente às próprias características fenotípicas do casal que implicaria a suposição do desejo da parecença ou mimetismo biológico, há a produção destes dois biologismos pelo próprio banco, como nos contou Alexandre. Para ele, a escolha da dona do óvulo “parecia catálogo de... *escort girl*”:

... a recomendação pro nosso perfil seria... mais uma origem ucraniana, europeia, então podia ser Ucrânia, Alemanha... França e África do Sul.

Entrevistadora: E quem sugere esse perfil pra vocês?

Alexandre: ... O próprio banco. Porque eles veem as nossas características fenotípicas, caucasianos, estatura média-alta, meu marido tem olhos verdes acastanhados, eu tenho olhos castanhos, mas minha mãe tem olhos azuis, e minha avó, olhos azuis, mas meu avô olhos verdes, só meu pai que veio com castanhos, né (transcrição da entrevista).

Alguns pontos podem ser destacados a partir dos relatos destes dois casais acerca da escolha e processo de doação de óvulos. O primeiro diria respeito à certa sobreposição da biologia às técnicas biomédicas na construção do ideal de parecença: ainda que os dois casais tivessem explicitamente mencionado tópicos diversos acerca do que buscavam no processo de escolha do óvulo, observamos como questões fenotípicas e genotípicas se misturam, de modo que há uma preocupação com a “beleza” ou aparência física, histórico e condição de saúde da doadora e de sua família e as formas como tais caracteres irão compor-se com o material genético deles. Deste modo, a desejada parentalidade se faria a partir da manipulação da biologia visando construir o/a “melhor” dos/as filhos/as, ou seja, aquele/a que biologicamente tanto responderia às suas expectativas (de beleza, saúde, conformação física, comportamento, etc) como também seria lido a partir daquele ideal do “natural”, especialmente no que diz respeito à inserção daquela criança junto a suas famílias de origem, como apontaremos mais adiante.

Cabe ressaltar que este ideal da construção do “natural” presente na constituição da parentalidade via reprodução assistida (Machin e Couto, 2014) também perpassa campos biomédicos diversos, principalmente aqueles marcados pela manipulação e/ou construção do corpo, como, por exemplo, nas cirurgias plásticas (Rohden e Silva, 2020), na generificação do uso de hormônios sintéticos (Manica e Nucci, 2017) e em processos de construção do gênero em sujeitos transgêneros (Silva Junior, 2018).

Outro ponto digno de nota é o próprio processo de doação e coleta de óvulos que, feito a partir de uma clínica privada visando a gestação de substituição realizada no exterior, dependia da circulação e manipulação de corpos femininos em um mercado internacional. A parentalidade era um grande desejo para os dois casais de homens gays e eles pareciam cientes de que estavam se inserindo em um mercado de consumo para a realização deste sonho. Porém, sua parentalidade biológica só seria possível a partir do uso e comercialização de óvulos de determinadas mulheres e da cessão temporária comercial do útero de outras que não aquelas. Desta forma, diferentes mulheres – literalmente de diferentes partes do mundo – foram acionadas e suas capacidades reprodutivas utilizadas para a constituição e legitimação de uma parentalidade biológica para aqueles homens, porém sem que elas fossem integradas nestes circuitos parentais e/ou familiares. Eram mais “óvulos” e/ou *escort girls*, como nomeou Alexandre, num mercado reprodutivo, do que pessoas, ainda que alguma relação pudesse ser estabelecida entre as partes (principalmente nos contatos geralmente situados e temporários entre genitores e gestantes de substituição).

Neste mercado produzido e produtor de fluxos transnacionais, Alexandre e Márcio podiam optar: ou os óvulos viriam congelados para o país asiático onde se encontrava a mulher que seria a gestante, ou eles pagavam a viagem da doadora que passaria uns dois ou três dias para a extração, como fizeram. Mais um cruzamento de fronteiras acontece: “e a gente paga passagem, estadia, três dias, a pessoa mais o acompanhante no local da coleta... E ainda fez um passeio” (transcrição de entrevista). O argumento para a escolha da viagem da doadora e não do material genético era a qualidade e a quantidade dos óvulos, o que colocava o foco mais no processo de constituição de sua parentalidade biológica do que na doadora como sujeito – apesar das observações sobre o que poderiam proporcionar a ela. Eles pretendiam engravidar duas mulheres, por isso precisavam de muitos óvulos e tinham medo de haver algum problema na hora do descongelamento.

Bernardo e Lucas, por sua vez, recolheram seu material genético nos Estados Unidos, o da doadora foi recolhido na África do Sul e tudo foi enviado para a Índia; e a fertilização, acreditam que foi realizada no Nepal.

Como destaca Laura Mamo (2018): A demanda por óvulos de mulheres, e por seu trabalho como gestante substituta, existirá com ou sem a participação LGBT no contexto da fertilidade, mas a participação LGBT em tornar as famílias cada vez mais inclui tanto a demonização das pessoas LGBT quanto a perpetuação das desigualdades raciais, de classe e estruturais nacionais. Tais desigualdades estão embutidas não apenas na dinâmica de poder entre



os receptores e vendedores, mas também na colcha de retalhos do ‘direito de família’ que estrutura quem e o que faz uma família (p. 29).<sup>8</sup>

Assim, percebemos que não é uma busca por filhos, úteros ou óvulos, mas sim por uma família bio(idealizada) que concretize da melhor forma possível um projeto de parentalidade através da gestação de substituição comercial, técnica cada vez mais procurada por casais de homens, sobretudo com a diminuição da oferta de bebês para adoção no Brasil. Cabe ressaltar que, ao mesmo tempo que esta idealização é situada pelos limites implicados neste tipo de procedimento e processos transnacionais que o possibilitam, também visa ser maximizada justamente pelo (bio)mercado de consumo no qual estes processos transnacionais se inserem.

Neste sentido, como destaca Mamo (2018) sobre suas pesquisas acerca da formação de famílias de gays e lésbicas nos anos 1990-2000, a ‘escolha’ reprodutiva de lésbicas era cada vez mais moldada e restringida pelo que havia emergido como um cardápio biomedicalizado de ofertas tecnológicas. Em outras palavras, seu acesso e uso de RA era cada vez mais estruturado por organizações biomédicas e suas ofertas tecnológicas. [...] Em vez de escolhas moldadas dentro da política LGBT e feminista, elas foram moldadas por organizações biomédicas, apólices de seguro de saúde e uma cultura de reprodutividade e de criação de família orientada para o futuro (p. 26).<sup>9</sup>

Ainda que estejamos analisando casos de produção de parentalidades gays, cabe ressaltar que tais ideais de mimetismo biológico, parença ou (bio)parentalidade [(bio)parenthood] (Mamo, 2018) e as especificidades que possam estar presentes em cada um destes processos se fazem presentes nos projetos parentais de sujeitos hetero e homossexuais. Deste modo, a (bio)parentalidade não se faz como algo exclusivo de sujeitos homossexuais e/ou LGBTQIA+, ao contrário, especialmente pelo fato da majoritária clientela da RA ser de pessoas e/ou casais heterossexuais e tais tecnologias terem sido inicialmente criadas para estes e seus ditos “problemas de infertilidade” (Corrêa & Loyola, 2015). Assim, podemos afirmar que o ideal de parentalidade biológica marca as parentalidades, sejam elas hetero ou homossexuais, em aspectos semelhantes, e outros específicos. O uso da ROPA mostra uma especificidade,

8 Tradução livre, no original: “The demand for women’s eggs, and for their labour as surrogates, will exist with or without LGBT participation in the fertility landscape, yet LGBT participation in making families increasingly includes both the demonization of LGBT people and the perpetuation of racial, class and national structural inequalities. Such inequalities are embedded not only in the power dynamics among recipients and sellers, but also within the patchwork of ‘family law’ that structures who and what makes a family” (Mamo, 2018, p. 29).

9 Tradução livre, no original: “... lesbian reproductive ‘choice’ was increasingly shaped by and constrained within what had emerged as a biomedicalized menu of technological offerings. In other words, their access and use of ART was increasingly structured by biomedical organizations and their technological offerings. Instead of choices shaped within LGBT and feminist politics, they were shaped by biomedical organizations, healthcare insurance policies, and a culture of future-oriented reproductivity and family-making” (Mamo, 2018, p. 26).

destacando a importância da biologia, seja ela genética, com o uso de óvulo da mãe não gestante, seja ela fisiológica, através do útero da outra mãe.

No entanto, tanto heterossexuais quanto homossexuais utilizam-se de tecnologias reprodutivas que, como ainda destaca Mamo (2018), são parte e muitas vezes reforçam relações de poder do capitalismo, da racialização, do imperialismo e de hierarquias de gênero e sexuais (p. 25).<sup>10</sup> O argumento de Mamo (2018) é que ao mesmo tempo em que a RA possibilitou maiores possibilidades reprodutivas para sujeitos que, sem o acesso a tal tecnologia não conseguiriam ter seus desejados filhos/as, ela também acabou por estabelecer a parentalidade biológica como um ideal que eclipsou outras possibilidades de construção do parentesco não baseadas na biologia, como alianças e compartilhamentos mais comunitários anteriormente presentes na comunidade LGBT, ou mesmo por via da adoção. Desta forma, aquelas relações de poder acima mencionadas encontrar-se-iam presentes desde a própria constituição das técnicas da RA até seus ideais de mimetismo biológico, aparência e/ou constituição de uma parentalidade “natural”, especialmente porque seu acesso é na maioria das vezes restrito a sujeitos cujas localizações de classe, raça e gênero os fazem socialmente privilegiados frente a grande maioria da população.

No que tange os casais de homens ou de mulheres, o vínculo biológico muitas vezes legitima esta parentalidade que, ainda hoje, é desconhecida, provoca desconfiança, precisa ser afirmada por diferentes caminhos. Como observado por Silva (2013) dentre casais de mulheres lésbicas, em diversos casos a constituição da parentalidade biológica reinseriu mulheres em seus núcleos familiares de origem nos quais até então eram discriminadas e/ou excluídas. Ou seja, a parentalidade biológica parecia “suavizar” ou mesmo “apagar” o estigma da homossexualidade ao legitimar uma maternidade socialmente naturalizada nas mulheres e biomedicamente produzida como “natural” no uso da RA.<sup>11</sup>

Alexandre relata que um avô das crianças se nega a conhecê-las, por não saber se são de fato seus netos, o que, para ele, é sinônimo de terem o gene de seu filho. Isso só acontece em um casal gay, pela possibilidade de ambos fornecerem o mesmo gameta. E não se tratava de um

10 Tradução livre, no original: “are part of and often reinforce power relations of capitalism, racialization, imperialism, and gender and sexual hierarchies” (Mamo, 2018, p. 25).

11 Processo similar também foi observado por Rosana Machin (2016) na adoção por casais de gays e lésbicas. Ainda que fosse observado alguns embates entre os casais e suas famílias de origem acerca do sucesso deste projeto parental construído a partir da adoção, a autora afirma que “Ter um filho é visto como um importante passo no reconhecimento e afirmação da família construída, inclusive possibilitando uma (re) aproximação com suas famílias de origem, quando a descoberta da sexualidade teria provocado afastamentos” (Machin, 2016, p. 353). Nestes casos referentes à adoção, pode-se observar tanto a tentativa de mimetismo biológico através da adoção como também o abandono do modelo biológico da reprodução visando a constituição de uma família independente de vínculos biológicos e/ou de aparência.

desconhecimento intencional, visto que eles sabiam de quem era o espermatozóide, mas eclipsam a informação de pessoas da família extensa que circunscrevem parentesco à biologia. No que diz respeito aos processos de racialização baseados em hierarquias de gênero situados em uma biopolítica capitalista transnacional, Bernardo e Lucas mencionaram o desejo da gestante de substituição de ver o bebê que ela tinha gestado, visto terem percebido seu espanto ao notar que saiu de dentro dela um bebê branco. Observam o quanto que gerar e gerar se misturam na experiência daquela mulher, que recebeu um embrião advindo de um óvulo de outra mulher e o sêmen de um dos contratantes, não havendo, portanto, material genético dela na criança.

... Mas assim, a gente...quando foi no final, que ela foi embora e tal, a gente mostrou pra ela. A gente autorizou ela ver, mas o menino... a gente deu as fotos pra ela, pra ela ver, porque ela não acreditava que ela tinha tido um filho branco.

Bernardo: Que ela tinha gerado uma criança branca. [...] Porque a primeira coisa que se garante é que ela não tenha ligação genética com a criança pra não gerar essa coisa, porque senão é filho dela

Lucas: Mas assim, na cabeça dela ela achava que ela não podia gerar uma criança branca. Eu acho que ela não tem discernimento de que aquilo ali não tem nada a ver com ela. Eu, assim, pelo nível de conversa e contato ali eu acho que, tipo assim, é uma coisa... utilizam da ignorância alheia ali. E os homens naquela cultura ali eles utilizam-se das mulheres pra ganhar dinheiro. Eu ainda vejo isso ainda (transcrição da entrevista).

As diferenças culturais, sociais e de escolaridade entre pais e gestantes se destacam de formas várias nas histórias. Por exemplo, Lucas e Bernardo enfatizaram o espanto e o orgulho da gestante ao saber ter saído de dentro dela uma criança branca. Ainda que categorias e hierarquias raciais ocidentais de valorização da branquitude não possam ser diretamente aplicadas em contextos não ocidentais, estudos apontam para diferentes formas de penetração de tais discursos no sudeste asiático (Aizura, 2009; Silva Junior, 2016), de onde tal gestante provinha e onde vivia. Desta forma, a surpresa revestida de orgulho por ter parido uma criança branca pode indicar certa aproximação com tal ideal ocidental da branquitude, mesmo que provisoriamente. Ademais, este espanto parece apontar ainda para a atualização, naquele momento, do poder biomédico/biopoder materializado pelas tecnologias reprodutivas que produziam no e através do corpo daquela mulher uma criança que fenotípica e geneticamente não se relacionava a ela.

## Gestação, gene e afeto: pertencimento, história e parentesco

O tempo e a intensidade de participação da mulher<sup>12</sup> que doa o gameta e da mulher que empresta o útero são distintos. Há que se ressaltar que, nos casos dos pais *gays*, o gene doado através de um gameta que não possuem é perene, mas não constitui parentesco nem família. Ao passo que o útero e sua aparição através da barriga, embora seja uma experiência intensa, pública, arriscada, que possibilita que a mulher faça parte da vida da criança durante um tempo, é, por um lado, pontual, transitória, e por outro, sua materialidade física e evidente integra a história da criança, na medida que o casal decidir. O vínculo afetivo entre a gestante de substituição e os casais contratantes parece existir em diferentes níveis. Bernardo e Lucas, pela história de risco<sup>13</sup> que viveram com uma das mulheres gestantes, ampliaram a participação dela em suas vidas.

Em análise a respeito da gestação de substituição na Índia,<sup>14</sup> Virginie Rozée Gomez e Sayeed Unisa (2014) destacam a construção de sentidos que muitas gestantes realizam acerca de seu trabalho gestacional, tanto para se esquivarem do possível peso da exploração deste tipo de trabalho, como para construírem-no positivamente como algo fundamental na vida de outrem: “Roupas? Você veste sua camisa por alguns meses e a joga fora. Mas eu faço para você um bebê. Você possui isso para toda a vida. Eu fiz algo muito maior do que qualquer coisa que eu poderia fazer na fábrica”<sup>15</sup> (gestante entrevistada por Rudrappa como citado em Gomez e Unisa, 2014, p. 192).

Este sentimento de gratidão pode favorecer certa relação afetiva, ainda que esta seja sempre situada por ter sido constituída e mediada por agências e contratos de prestação de serviços, como discorreu Bernardo:

Depois que você passa uma situação dessa tão grande não tem como não criar um vínculo, né? Então ela veio aqui no Brasil, veio ela com o filho dela, ficaram aqui em casa no aniversário dos meninos, a gente mandou presente de natal pro filho dela... Assim... de um jeito ou de outro você acaba criando um vínculo. [...] Acaba que você gera uma ligação, não tem como. Mas ela é uma parte da vida deles, ela gerou eles, ela foi a gestante deles. É uma pessoa que com certeza foi parte da vida deles. E dado a tudo que aconteceu lá, acabou sendo parte da nossa, né. Eu vejo que assim, pelo menos na minha

12 Embora seja possível que um homem trans doe óvulo ou ceda o útero, sua presença não foi constatada na literatura ou nas entrevistas realizadas.

13 A gestante teve complicações graves de saúde, detalhada a seguir.

14 Durante um período de tempo, a Índia foi um dos principais destinos para a gestação de substituição comercial, porém tal processo foi proibido pelo Parlamento Indiano em 2016.

15 Tradução livre, no original: “Garments? You wear your shirt a few months and you throw it away. But I make you a baby. You keep that for life. I have made something so much bigger than anything that I could ever make in the factory” (Rudrappa como citado em Gomez e Unisa, 2014, p.192).

visão, a ligação que a gente acabou tendo com ela... porque poxa, a gente acabou conhecendo ela, a irmã dela, a mãe dela. A gente conhece todo mundo da família (transcrição da entrevista).

Interessante observar, neste relato, que ele distingue a vida do casal da vida dos filhos, no que tange a importância da gestante.

Cabe ressaltar que a situação a que Bernardo se refere diz tanto da realização da desejada paternidade, como das angústias e medos que sofreram por terem sido abandonados pela agência terceirizada que tinha contrato com a gestante de substituição e com a agência por eles contratada, mas não com eles. O sentimento de abandono em um país distinto do seu, ainda que na América Latina, mas com outra língua e o doloroso processo que a gestante de substituição passou:

Ela tinha tido sofrimento no meio da primeira gravidez porque ela tem uma má formação no útero. Ela nunca deveria ter engravidado de novo. Esse era o primeiro ponto da história que depois a gente foi descobrir. Aí na hora lá o cara falou que ela tinha tido uma atonia uterina, que é quando o útero não volta ao tamanho normal e aí ele começa a sangrar, e quando isso acontece você tem que fazer uma cirurgia de histerectomia, que é a retirada do útero. No que foram fazer a histerectomia descobriram que ela tinha uma má formação congênita que causou uma hemorragia que não tava conseguindo ser contida, então tiveram que botar tipo um tampão nela pra segurar a hemorragia, suturar ela e esperar ela se recuperar (transcrição da entrevista).

Nem a empresa contratada, nem a terceirizada se responsabilizaram pelos gastos hospitalares com a gestante de substituição, que foram totalmente arcados por Lucas e Bernardo. Tal acontecimento aponta para a precariedade da vida nos percalços de um casal *gay* para a realização de seu projeto de filhos e família e na tragicidade do parto das gestantes que cedem seus úteros em troca de uma possível melhora de vida financeira.

O que nos remete ao apelo ético de Judith Butler acerca de narrativas e imagens que nos vinculariam pela precariedade na construção do “sentido de nos fazer retornar ao humano onde não esperamos encontrá-lo, em sua fragilidade e nos limites de sua capacidade de fazer sentido” (Butler, 2011, p. 32). Talvez seja justamente tal precariedade – que, no sentido afirmado por Judith Butler, nos possibilitaria ultrapassar os termos de relações desiguais e/ou de violência visando o vínculo ético com o outro – que trouxe à vida certo vínculo afetivo entre Lucas e Bernardo e sua gestante de substituição e sua família. De algum modo, tal processo ético-afetivo também foi relatado por Elly Teman (2010) ao narrar o vínculo afetivo e de solidariedade entre gestantes de substituição israelenses e mulheres heterossexuais que faziam uso de seus serviços comerciais em seus projetos de filiação com seus maridos.

Márcio e Alexandre não desenvolveram vínculo afetivo com sua gestante de substituição: “você não tem contato com a gestacional, você só pode ter contato com a gestacional depois de confirmada a gravidez. Ou se ela autorizar” (transcrição da entrevista), mas só a viram mesmo no dia em que ela assinou os documentos liberando os bebês. Apesar da inexistência deste afeto entre as partes, ao menos em um nível jurídico-burocrático tal afeto necessitou ser nomeado, como relatado por Alexandre:

Então nós tínhamos o problema de que não tínhamos [naquele país] uma representação consular. Mas ao mesmo tempo nós tínhamos que providenciar a saída [para outro país] pra poder registrar, porque como... eles seriam brasileiros natos porque eles nasceram de pai brasileiro. Entende? Eles são brasileiros natos. Mas... existia problema de fronteira, de transporte aéreo e tudo. Então nós decidimos fazer na legalidade, fazer todo o trâmite de uma decisão judicial dela se... liberando o direito materno, o direito de custódia da criança, né, liberando a custódia da criança, permitindo não só a viagem, mas se dispensando de todos os direitos de criação e tudo da criança. [...] Só que tem um problema, lá é proibido, não é visto com bons olhos a homossexualidade, né, [...] O juiz, na hora de decretar a sentença, colocou lá né, que apesar de nós termos tido um caso, e que as crianças serem frutos do amor, a mãe cedia. o juiz, ele não admitia que a criança não era [nacionalidade daquele país]. Que apesar disso, a mãe cedia o direito para que as crianças tivessem melhor condição de vida no país de origem do pai, e etc., etc., etc. (transcrição da entrevista).

Mais do que uma relação afetiva que poderia de alguma forma fazer parte da constituição da rede de parentesco de pais, filhos/as e gestantes, temos aqui atravessamentos outros na própria produção do afeto e parentesco, como, neste caso, atravessamentos de regulações e relações geopolíticas na produção legal do parentesco.

Assim, a gestante de substituição teve que assumir um outro lugar que não apenas o daquela que portava os filhos de Márcio e Alexandre, ou seja, foi materializada oficialmente como “mãe”, justamente para que eles legalmente pudessem se tornar pais. E tal produção legal não poderia prescindir de uma relação afetiva como justificativa para o trânsito dos bebês para sua família. E, na compreensão do juiz, esse amor seria grande o suficiente para que ela abrisse mão dos filhos, em prol de uma vida melhor para eles.

Acerca das relações afetivas entre homens gays e a gestante de substituição, Smietana (2017) pontua que:

Os aspectos contratuais e financeiros da gestação de substituição comercial poderiam, portanto, ser considerados para invalidar as possíveis reivindicações ou obrigações da gestante de substituição, contribuindo assim para desambiguar o parentesco (Thompson, 2005) – mas isto não exclui as

relações afetivas em que as gestantes substitutas poderiam assumir outros papéis além do de pais. (Smietana, 2017, p. 5).<sup>16</sup>

Assim, podemos afirmar que a relação afetiva entre os casais gays e a gestante de substituição poderá sim ser possível, porém sempre situada e moldada de acordo com o desejo dos contratantes daquela transação econômica, especialmente porque, como ainda destaca Smietana (2017), tais relações obedecem a lógicas de estratificação social desiguais. E, no geral, os casais gays contratantes se situam em uma situação de maior privilégio econômico do que as mulheres que ofertam a gestação de substituição, o que garantir-lhes-ia maior autonomia frente a elas em tal processo gestacional.

Se as gestantes são mais diretamente relacionadas ao âmbito afetivo e à trajetória de pais e crianças, a doadora de óvulos quase não é lembrada nas narrativas. Os pais, doadores de gametas, a cada passo, parecem tornar-se mais “donos” da criança cujo nascimento proveram desde o desejo da parentalidade, passando pelo “sustento” do processo, e principalmente pelas responsabilidades legais e futuras de tal escolha.

Outro ponto a destacar é a composição de laços e a importância de manter os sanguíneos para o reconhecimento de pertença ao mesmo núcleo familiar. Lucas nos contou que seus três filhos com Bernardo tiveram a mesma doadora de óvulos: “São irmãos, isso, da mesma doadora. Eles são irmãos por parte de mãe. Assim, geneticamente” (transcrição da entrevista).

O peso da biologização do parentesco tem diferentes faces, se atualiza e parece se fazer novamente presente, visto tentativas de vínculos genéticos/biológicos serem levadas a cabo, dentro do possível, nesta modalidade de reprodução assistida. A doadora, então, teria um lugar fundamental tanto na produção desta herança e vínculos genéticos entre os irmãos como de suas características fenotípicas, ao passo que entre os pais, apenas um deles terá vínculo biológico. Porém não poderia de forma alguma ser algo mais do que isto, ser portadora e (re)produtora de vida, especialmente por implicações legais - por sua vez muito baseadas na biologia - de um possível lugar de genitora ou mesmo mãe, como nos relataram Lucas e Bernardo:

Entrevistadora: E como que é pra vocês isso? Ela é o que pra vocês? Vocês fazem alguma referência a isso? À doadora?

Bernardo: Eu acho que ela é uma doadora, assim... Lucas: Uma doadora

Bernardo: Eu acho que a gente tem mais ligação com a gestante do que com ela. Porque assim, sendo sincero, até pra uma questão legal eu prefiro que

16 Tradução livre, no original: “The contractual and financial aspects of commercial surrogacy could therefore be said to invalidate the surrogates’ potential parenthood claims or liabilities, thus contributing to disambiguating kinship (Thompson, 2005) - yet this did not exclude affective relationships where surrogates could take up roles other than parents” (Smietana, 2017, p. 5)

ela permaneça o mais longe possível da gente. Porque legalmente falando isso é uma coisa que não tem uma solução legal definida. Isso pode ser um problema. Essa questão de como é que lida (transcrição da entrevista).

E sobre a gestante:

E como vocês nomeiam ela? Pra vocês, ela é o que?

Bernardo: Pra gente, ela é gestante dos nossos filhos. Ela foi quem gerou nossos filhos, né. Porque eu acho esse termo ‘barriga’ meio esquisito. Eu acho esse termo ‘barriga’ que eles usam, assim, um termo meio... parece um pedaço, né. Então ela foi uma gestante, ela gerou os nossos filhos. Então não vejo ela... ela não é mãe deles, até porque biologicamente ela não tá ligada a eles. E ela não tá na criação deles.

Os excertos acima nos mostram, como destaca Naara Luna (2005), o quanto a “genetização do parentesco diz respeito à representação dos laços de parentesco como relações genéticas, sendo considerada a base verdadeira para a constituição tanto do parentesco, como da identidade pessoal e de suas origens” (p. 411). Desta forma, observamos tanto certo receio da reivindicação de parentesco por parte da doadora de óvulos, visto ela partilhar material genético com os filhos de Bernardo e Lucas, como também será esta mesma genetização que garantirá a “verdade” do parentesco do casal, seja pelo uso de seu próprio material genético neste projeto parental, seja pelo afastamento da gestante de substituição que não possui nenhum laço genético com os bebês. Porém, mesmo que se busque a garantia desta parentalidade biológica – como também jurídica/legal –, a biologização das relações permanece na vida pós nascimento. Apesar de todos estes esforços e mudanças sociais que possibilitam a constituição de tais parentalidades, diversos contextos e situações cotidianas ainda podem ser informadas por um imaginário social que pressupõe a heterossexualidade do parentesco como “leis consideradas naturais e culturais que supostamente amparam a inteligibilidade humana” (Butler, 2003, p. 224). Desta forma, a sociedade circundante pode se mostrar muitas vezes arraigada à ideia do casamento heterossexual (e neste caso, de um parentesco heterossexual diretamente presumido daquele suposto casamento heterossexual) e do nascimento natural, o que parece instaurar uma espécie de não reconhecimento e/ou questionamento latente da legitimidade desta parentalidade, como nos contou Lucas:

Lucas: Tipo, a gente tava cada um com um menino no colo. Eu com um menino no colo, Bernardo com um menino no colo e ela [a babá] com um menino no colo. Aí o Bernardo chega, dá os documentos de todo mundo pra fazer a ficha no hotel e eles falavam assim ‘ah, você que é a mãe dos meninos?’. Sabe? Não... [fazendo movimento de não com a cabeça]

Bernardo: Aí no shopping. Todo lugar ‘nossa, que meninos lindos, cadê a mãe deles?’

E eles? Eles respondem alguma coisa quando alguém pergunta?



Bernardo: Em geral é: ‘não tem a mamãe e tem dois papais’ (transcrição da entrevista).

Martine Gross (2013) destaca que as lésbicas que recebem doação anônima de sêmen não têm dúvida de que o doador não é pai de seus filhos, o que é similar ao encontrado por Mamo (2005) dentre lésbicas no contexto norte-americano. No entanto, entre os homens gays, alguns consideram a mulher que gestou como mãe de seus filhos, de modo que a autora se pergunta se isso não poderia gerar uma espécie de cobrança, como se os gays entendessem esta compreensão das lésbicas como uma negação. Por outro lado, Bernardo e Lucas nos mostram como, no caso dos casais de homens gays, a doadora anônima de óvulos e a gestante de substituição constituem-se em pessoas e processos radicalmente diferentes e que não se cruzam entre elas nesta rede reprodutiva e de construção de parentalidade.

A dissociação entre o óvulo e a gestação contribui com a redução da importância das mulheres que passam pela concepção das crianças de um casal de homens. Não podemos negar que a barriga – inclusive diferentemente do útero – tem uma materialidade visível e que perdura por alguns meses, solicitando cuidados e gerando apreensões, ao contrário dos óvulos que parecem efêmeros no processo, embora não o sejam, talvez semelhante como acontece com os doadores de gametas para as mães lésbicas. Também não se pode excluir a dimensão do tempo quando se pensa nestes elementos e na gestação.

Em ambas as famílias, as mulheres que participaram da fabricação dos bebês, seja através do útero, seja da doação de óvulo, integram as histórias de vida, mas não compõem relações de parentesco.

## Palavras finais (ou não)

Difícil fechar ideias para experiências tão diversas e que insistimos em entender como novas. O que podemos certamente indicar é que o desejo por formar uma família, ter filhos/as e viver de forma amorosa continua atual. Elizabeth Roudinesco (2003) afirma justamente que, apesar de todas as mudanças ocorridas nos últimos anos, a família continua a ser reivindicada como o único valor seguro ao qual ninguém quer renunciar.

Mas não se pode negar as diferenças que estão sendo vivenciadas dia a dia no que se pode denominar por família, balançando alguns alicerces mais conservadores, ampliando a ideia do que pode ser incluído: conjugalidades em diferentes formatos, recasamentos, casais sem filhos, homoparentalidade, monoparentalidade, pluriparentalidade. A homoparentalidade, em especial,

... ajuda a ressaltar certos elementos, temas que exigem debate, e cujas repercussões se estendem bem além da família gay ou lésbica. Afinal, ajuda a revelar as atuais formas familiares como ‘co-produções’ que envolvem – além de valores culturais – lei, tecnologia e dinheiro (Fonseca, 2008, p. 781).

Apesar de tantas mudanças nas possibilidades de se aceder ao projeto parental, dos laços sociais estarem em franco fortalecimento, vimos em muitas passagens o quanto é difícil se desapegar da força e da “importância” dada ao biológico. E o quanto a tecnologia permite arranjos singulares, através de mistura de substâncias e alocação em um corpo, ainda impossível de se produzir artificialmente.

Convém destacar o papel ativo da mídia na propagação de informações e no fomento de ideias para que muitas pessoas se decidam pela busca desses procedimentos reprodutivos. E se crie uma teia entre os interessados na troca de informações.

Soma-se o desfazimento e o refazimento de fronteiras que além de todos os desdobramentos econômicos, de nacionalidade, de trânsito global por diversos motivos, marca a produção de bebês, filhos, filhas e, no caso deste texto, pais.

Apenas dois casais e variadas relações entre os pais, as doadoras de óvulos e as gestantes. E como nomear esta mulher que participa da história temporariamente e se esvai, mas que fica em alguma foto armazenada no computador? Que lugar ela ocupa, já que não é inserida na família?

Assim, há nestas histórias muitos apontamentos para o mundo que hoje vivenciamos: diferenças socioeconômicas, poderio biomédico, empoderamento dos casais homossexuais, destaque de novas conjugalidades, questões legais e de direitos, mas também pessoas construindo no cotidiano uma forma amorosa de viver, que nos indaga sobre como definir núcleos familiares; redes de afeto; cadeia de cuidados e responsabilidades; criação de parentesco. Sejam quais forem as palavras escolhidas, são novas e abertas possibilidades de se lançar no mundo dos afetos, de se consolidar experiências de parentalidade.

## Referências

- Aizura, A. Z. (2010). Feminine transformations: Gender reassignment surgical tourism in Thailand. *Medical Anthropology*, 29(4), 424-443.
- Butler, J. (2003). O parentesco é sempre tido como heterossexual? *Cadernos Pagu*, 21, 219-260. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0104-8332003000200010>.
- Butler, J. (2011). Vida precária. *Contemporânea - Revista de Sociologia da UFSCar*, 1(1), 13-33. Recuperado de <https://www.contemporanea.ufscar.br/index.php/contemporanea/article/view/18>.
- Corrêa, M. C. D. V., e Loyola, M. A. (2015). Tecnologias de reprodução assistida no Brasil: opções para ampliar o acesso. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 25(3), 753-777. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000300005>

- Costa, M. C. S. (1990). A cor que não se vê e a cor que se tem: a criança preferencial na adoção em camadas médias. *Anais do Encontro Anual da ANPOCS*. Caxambu, Minas Gerais. Recuperado de <https://www.anpocs.com/index.php/encontros/papers/14-encontro-anual-da-anpocs/st-1/st15-1/6929-mariacosta-cor/file>.
- Globo (2014, novembro 23). Casal gay volta da Tailândia com filhas gêmeas geradas em barriga de aluguel. *G1*. Recuperado de <http://g1.globo.com/fantastico/noticia/2014/11/casal-gay-volta-da-tailandia-com-filhas-gemeas-geradas-em-barriga-de-aluguel.html>.
- Fonseca, C. (2008). Homoparentalidade: novas luzes sobre o parentesco. *Revista Estudos Feministas*, 16(3), 769-783. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2008000300003>
- Gomez, V. R., e Unisa, S. (2014). Surrogacy from a reproductive rights perspective: the case of India. *Autrepart*, 70(2), 185-203. Recuperado de <https://www.cairn.info/revue-autrepart-2014-2-page-185.htm>.
- Gross, M. (2013). De la demande d'agrément à l'adoption homoparentale: état des lieux et bonnes pratiques. Em: *Premières rencontres nationales Adoption et homoparentalité. Les nouvelles frontières de la famille* (pp.79-105). Paris: Conseil général de l'Essonne. Recuperado de [https://www.essonne.fr/uploads/tx\\_egestiondoc/Cahiers\\_Essonne\\_2.pdf](https://www.essonne.fr/uploads/tx_egestiondoc/Cahiers_Essonne_2.pdf)
- Guattari, F. (1987). *Revolução Molecular. Pulsações políticas do desejo*. São Paulo: Brasiliense.
- Kastrup, V., e Passos, E. (2014). Cartografar é traçar um plano comum. Em: E. Passos, V. Kastrup e S. Tedesco (Eds.), *Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum* (pp. 15-41). Porto Alegre: Editora Sulina.
- Kresch, D. (2014, outubro 23). Casal gay de MG cruza três continentes para ter filhos. *O Globo*. Recuperado de <https://oglobo.globo.com/brasil/casal-gay-de-mg-cruza-tres-continentes-para-ter-filhos-14329638>.
- Luna, N. (2005). Natureza humana criada em laboratório: biologização e genética do parentesco nas novas tecnologias reprodutivas. *História, Ciências, Saúde*, 12(2), 395-417. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702005000200009>
- Machin, R. (2016). Homoparentalidade e adoção:(Re) afirmando seu lugar como família. *Psicologia & Sociedade*, 28, 350-359. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1807-03102016v28n2p350>.
- Machin, R., e Couto, M. T. (2014). “Fazendo a escolha certa”: tecnologias reprodutivas, práticas lésbicas e uso de bancos de sêmen. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24(4), 1255-1274. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000400012>
- Manica, D., e Nucci, M. (2017). Sob a pele: implantes subcutâneos, hormônios e gênero. *Horizontes Antropológicos*, 23, 93-129. <https://doi.org/10.1590/S0104-71832017000100004>
- Mamo, L. (2005). Biomedicalizing kinship: Sperm banks and the creation of affinity-ties. *Science as Culture*, 14(3), 237-264. doi: 10.1080/09505430500216833
- Mamo, L. (2018). Queering reproduction in transnational bio-economies. *Reproductive Biomedicine & Society Online*, 7, 24-32. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405661818300297>.
- Programa Boas-vindas (2016, agosto 26). Dois homens que se tornam pais. *GNT, Programa de TV*. Recuperado de <https://globoplay.globo.com/v/8248671/programa/>
- Ramírez-Gálvez, M. (2011a). Inscrito nos genes ou escrito nas estrelas? Adoção de crianças e uso de Reprodução Assistida. *Revista de Antropologia*, 54(1), 47-87.
- Ramírez-Gálvez, M. (2011b). Razões técnicas e efeitos simbólicos da incorporação do “progresso tecnocientífico”: reprodução assistida e adoção de crianças. *Revista Sociedade e Estado*, 26(3), 565-586. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/se/a/4zdNWQSHkxQFSLVnVSqzL4y/?format=pdf&lang=pt>.
- Resolução CFM n.º 2.294, de 27 de maio de 2021. Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida. Recuperado de <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-cfm-n-2.294-de-27-de-maio-de-2021-325671317>

- Rohden, F., e Silva, J. B. D. (2020). “Se não for pra causar nem quero”: a visibilidade das transformações corporais e a produção de feminilidades por meio das cirurgias plásticas. *Cadernos Pagu*, 59, 1-27. <https://doi.org/10.1590/18094449202000590014>
- Rolnik, S. (2014). *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. Porto Alegre: Editora Sulina.
- Roudinesco, E. (2003). *A família em desordem*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora.
- Rozée, V. (2017). La gestation pour autrui en Inde: Des difficultés de terrain révélatrices d’une réalité controversée. *Journal des anthropologues*, (148-149), 253-270. <https://doi.org/10.4000/jda.6693>
- Silva, D. (2013). *Enfim mães! Da experiência da reprodução assistida à experiência da maternidade lésbica* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Silva Junior, A. L. D. (2016). “Linda, doce, fera”: *A construção de corporalidades políticas no concurso de beleza Miss T Brasil* (Tese de Doutorado). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Silva Junior, A. L. D. (2018). Feminização, estigma e o gênero facializado: a construção moral do gênero feminino por meio de cirurgias de feminização facial para travestis e mulheres transexuais. *Saúde e Sociedade*, 27, 464-480.
- Smietana, M. (2017). Affective de-commodifying, economic de-kinning: surrogates’ and gay fathers’ narratives in US surrogacy. *Sociological Research Online*, 22(2), 163-175. Recuperado de [https://journals.sagepub.com/doi/full/10.5153/sro.4312?casa\\_token=XHL6Q\\_9pJUMAAAAA%3AaR2ZnJbrMZLDToR\\_IokTSbXrG9JQp-CsFchdfVVKqjV7MHjUH3uJhQFhFT\\_HU3kO4KjXk4eYhNTg](https://journals.sagepub.com/doi/full/10.5153/sro.4312?casa_token=XHL6Q_9pJUMAAAAA%3AaR2ZnJbrMZLDToR_IokTSbXrG9JQp-CsFchdfVVKqjV7MHjUH3uJhQFhFT_HU3kO4KjXk4eYhNTg).
- Strathern, M. (1995). Necessidades de pais, necessidades de mães. *Estudos Feministas*, 3(2), 303-329.
- Tedesco, S. H., Sade, C., e Caliman, L. V. (2014). A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. Em: E. Passos, V. Kastrup e S. Tedesco (Eds.), *Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum* (pp. 92-127). Porto Alegre: Editora Sulina.
- Teman, E. (2010). *Birthing a Mother: The Surrogate Body and the Pregnant Self*. California: University of California Press.
- Vitule, C., Couto, M. T., y Machin, R. (2015). Casais de mesmo sexo e parentalidade: um olhar sobre o uso das tecnologias reprodutivas. *Interface, comunicação, saúde, educação*, 19(55), 1169-1180. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0401>

# NARRATIVAS ALREDEDOR DE LA CUERPA Y LA SEXUALIDAD DE LAS MUJERES EN LA TIERRA DEL SOL/COLOMBIA

NARRATIVES AROUND THE BODY AND SEXUALITY  
OF WOMEN IN THE LAND OF THE SUN/COLOMBIA

NARRATIVAS EM TORNO DO CORPO E SEXUALIDADE  
DE MULHERES NA TERRA DO SOL/COLOMBIA

*Angie Lizeth González Marulanda<sup>1</sup>*

*angie.gonzalezmarulanda@gmail.com*

*Colectiva Mujeres Suacha*

*Camila Andrea Carrillo Jiménez<sup>2</sup>*

*camilacarrillo9404@gmail.com*

*Colectiva Mujeres Suacha*

*Leidy Laura Israel Palacio<sup>3</sup>*

*lalisarual90@gmail.com*

*Colectiva Mujeres Suacha*

- 
- 1 Feminista popular, activista e investigadora. Licenciada en Educación Comunitaria con énfasis en Derechos Humanos de la Universidad Pedagógica Nacional de Colombia. Docente del Centro de Educación para el Desarrollo - Uniminuto. Integrante de la Colectiva Mujeres Suacha.
  - 2 Trabajadora social, directora de la Corporación Semillas de la Tierra del Sol (SETIS), organización socioambiental. Cofundadora de 'Manzanita de Tierra', proyecto de educación menstrual, alternativas ecológicas y ginecología natural. Integrante de la Colectiva Mujeres Suacha.
  - 3 Licenciada en Humanidades y Lengua castellana de la Universidad La Gran Colombia. Docente del municipio de Suacha desde hace 12 años, integrante del colectivo cultural y literario Seminaré, feminista popular e Integrante de la Colectiva Mujeres Suacha.

## Importancia y contextualización del territorio suachuno

El municipio de Suacha,<sup>4</sup> Cundinamarca, se encuentra sobre la cordillera Oriental, al suroriente de Bogotá —Capital de Colombia—. Limita al sur con Sibate y Pasca, al norte con los municipios de Bojacá y Mosquera, al este con Bogotá y al oeste con Granada y San Antonio del Tequendama. Cuenta con una extensión total de 184,45 km<sup>2</sup>, de los cuales 165,45 km<sup>2</sup> corresponden al área rural y 19 km<sup>2</sup> al área urbana. El clima presenta una temperatura promedio de 11,5° C (temperatura máxima 23° C y mínima de 8° C). Se resalta su amplio potencial a nivel ambiental, cultural y arqueológico. Los objetos, lugares y vestigios que se conservan en Suacha nos permiten tener un imaginario de lo que pudieron ser las formas de vida de los pueblos originarios Mhuysqas, su lengua, sistemas culturales, espiritualidades no antropocéntricas y costumbres cotidianas. Ahora bien, Suacha se debate entre el intento por conservar su patrimonio cultural y natural.

A finales del siglo XX Suacha se convierte en un municipio albergue dado que su ubicación es estratégica en sentido de la cercanía que mantiene con la capital del país, el conflicto armado y el abandono estatal que ha mantenido Colombia a lo largo y ancho del tiempo, llevó a que muchas personas fuesen despojadas de sus tierras y llegaran así a habitar en el municipio, uno de los que más desplazados forzados ha recibido en el territorio nacional. Todo ello, configura un panorama difícil, sumado a los fenómenos de crecimiento demográfico y en paralelo el crecimiento de la ciudad, la ampliación de la frontera agrícola, la sobreposición de enclaves mineros e industriales en el municipio, que no se han acompañado de un proceso de justicia social y ecológica ni de un ordenamiento territorial que pueda coexistir con la naturaleza y otras formas de vida, a la vez que dignifique la condición humana.

En este sentido, Suacha es un municipio atravesado por múltiples elementos que marcan realidades complejas en términos de luchas populares, procesos de defensa y conservación ambiental, generación de memoria colectiva y posibilidades de gozar de calidad de vida y bienestar. Esta contextualización primera, en definitiva, resulta importante para situar por lo menos desde el lenguaje el territorio donde habitamos, una apuesta colectiva que busca hacer memoria.

Con todo esto, Suacha termina siendo un territorio de resiliencia desde todas las dimensiones de desarrollo humano. Es un escenario de pluralidad paisajística que evidencia todo lo narrado, Suacha es la montaña habitada por casas improvisadas de latas y cartón, pero también es la montaña explotada por la minería, es la montaña llena de arte rupestre, es

4 Los pueblos originarios mhuysqas habitan el altiplano Cundiboyacense. *Suacha* en idioma muysccubun significa 'varón del sol': Sua, 'sol' y Cha, 'varón'. La tierra del Dios del Sol. Aunque se le llama *soacha* a partir de una imposición colonial, emplearemos la palabra con *u*, a fin de resignificar la memoria e identidad del municipio.

la Suacha construida sobre humedales, es la Suacha rural y urbana que gesta y convoca a las diferentes clases sociales a pensarse procesos populares que subsanen la ausencia y el abandono del Estado, pero también es el escenario que nos convoca como mujeres a pensar nuestro rol y necesidades. De ahí que la Colectiva Mujeres Suacha se teje como una propuesta que reivindica los saberes ancestrales y el acompañamiento de mujeres en condición de vulnerabilidad desde una mirada ecofeminista, pero que también defiende los derechos sexuales, los derechos reproductivos, y no reproductivos, así como el embarazo no deseado, buscando aportar en la investigación, comunicación y producción de conocimiento.

## ¿Cómo empezamos a problematizar-nos la cuerpo?

Foto 1.

Conmemoración 25N, Juntanza Sur, 2019



En resonancia con lo andino y la fuerza espiritual del territorio suachuno, específicamente en el humedal Neuta; se creó el *Círculo de Mujeres / Tejedoras de Vida*. Proceso que se hila, calienta y nutre a partir de una mirada decolonial, y que se desarrolla desde 2014, como experiencia de organización donde participan mujeres de todas las edades, que hacen parte de la comunidad que colinda de manera directa e indirecta con el ecosistema de humedal. El *Círculo de Mujeres / Tejedoras de Vida* perseguía el despertar y compartir de la fuerza de las mujeres del sur, en profundo arraigo con la tierra. Entre algunas de las estrategias desarrolladas se encuentra el crear, construir e incidir políticamente desde el trabajo de las chagras y la soberanía alimentaria, el uso de copas menstruales y la siembra de la luna, el

estudio e implementación de formas naturales de anticoncepción, la preparación de chicha de maíz como medio de encuentro, diálogo y sororidad. El compartir de la palabra del existir femenino desde el círculo, hila relaciones más armónicas y justas con la naturaleza, es decir, con la cuerpa como primer territorio y el cuerpo del territorio como símbolo de resiliencia y transición, el humedal como espacio que se habita y apropia.

Desde 2016 como integrantes del Círculo de Mujeres participamos activamente en la organización, encuentros y actividades en torno a la conmemoración de fechas importantes para los movimientos y luchas feministas, como el 8 de marzo, Día de la Mujer Trabajadora, y el 25 de noviembre, Día Internacional de la No Violencia Contra de las Mujeres. Para 2018 propusimos construir en el municipio de Suacha un movimiento de mujeres y disidencias de género que articulara liderazgos y procesos en lo amplio. Sin embargo, ese primer intento fue fallido por diversas razones aunadas al reto organizativo. En tanto, como nos reconocían en el municipio como parte del Movimiento de Mujeres Suacha, decidimos para 2018 cambiarnos el nombre a Colectiva Mujeres Suacha.

Foto 2.

Marcha de antorchas en Suacha, 8M. 2019



Cabe mencionar que la *Colectiva* venía promoviendo desde finales de 2016 actividades y convocatorias en fechas conmemorativas a través de redes sociales, vimos que los medios digitales como WhatsApp tenían capacidad de convocatoria. A modo de ejemplo, para marzo de 2019 se impulsó el *hashtag* #YoSoyGuaricha<sup>5</sup> en Facebook, invitando a las mujeres del

5 Guaricha significa 'mujer guerrera' en idioma muyscubun.



municipio a subir una frase y fotografía junto al hashtag que reivindicara nuestro lugar de enunciación desde el territorio.

Foto 3 Flyer conmemoración 8M Suacha, 2019



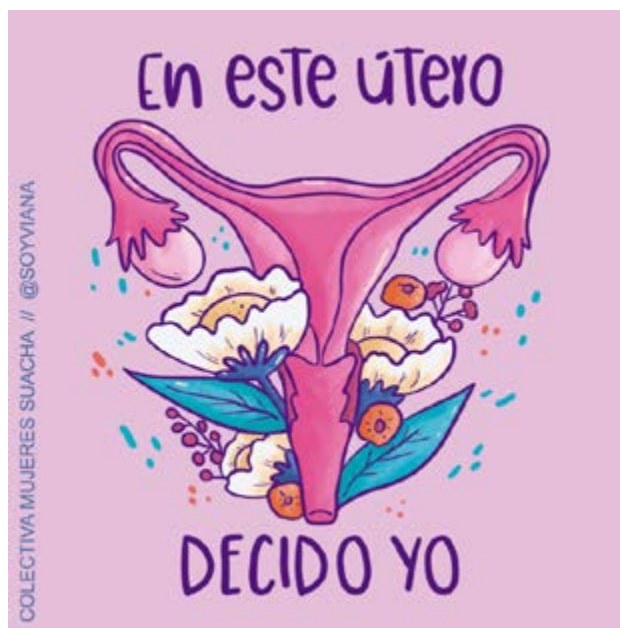
La marcha de antorchas se transmitió por un medio de comunicación local IC Radio Soacha Iniciativa Ciudadana,<sup>6</sup> fue la primera vez que se tuvo cubrimiento por un medio informativo que fue repostado y compartido por las redes sociales personales de habitantes del municipio de Suacha. Este hecho permitió que la asistencia y el acompañamiento a las movilizaciones de ahí en adelante fuera ese hilar de las jaurías femeninas, que las mujeres pudieran reconocerse en un mismo territorio y que se empezara a compartir la militancia y el trabajo en torno al feminismo. En este ejercicio y junto con los diálogos que se comienzan a gestar en con el trabajo que ya se venía desarrollando en el municipio, la Colectiva Mujeres Suacha se encuentra con que la sexualidad de las mujeres sigue siendo un tema de suma importancia, pero se hace necesario empezar a comunicarlo y lograr incidir desde una apuesta que aporte a la transformación de la vida de las mujeres desde una perspectiva holística.

En este punto observamos que las redes sociales y los medios de comunicación local desempeñaron un rol fundamental, porque van ser esas apuestas de comunicación popular y alternativa, por donde se comienzan a exponer las piezas informativas, pedagógicas y de difusión en torno al reconocimiento de la cuerpo como el primer territorio que habitamos y la invitación a participar en las actividades y eventos que se gestaban.

6 Nota en periódico local y red social Facebook: Soacha Iniciativa Ciudadana con las Mujeres Suachunas en el Carnaval de Antorchas <https://web.facebook.com/SoachaICRadio/videos/309812896343905>

Foto 4.

Ilustración Colectiva Mujeres Suacha, 2020



Continuando, en 2020 la Colectiva Mujeres Suacha resultó elegida como ganadora en la convocatoria «Mujeres jóvenes defendiendo los derechos sexuales y reproductivos» que desarrolló Fondo Lunaria Mujer. El proyecto de investigación *Cuerpas, derechos y SeXuaLidad en la Tierra del Sol* buscó identificar las representaciones sociales acerca del cuerpo, la salud y la sexualidad, incluyendo el tema del embarazo no deseado en mujeres jóvenes entre los 14 y los 35 años de edad en contextos rurales y urbanos del municipio de Soacha, Cundinamarca, a fin de promover la primera campaña de comunicación alternativa y popular por el derecho a la salud, el autocuidado, el ejercicio pleno de la sexualidad y la autonomía.

En rigor, al ser la educación sexual incipiente en Suacha, los procesos liderados por mujeres, colectivas y organizaciones feministas del territorio tienen especial relevancia en la construcción de conocimientos y prácticas sobre múltiples dimensiones de la sexualidad, así como en el ejercicio de los derechos. Espacios como estos han logrado crear sentidos, horizontes y prácticas desde la complementariedad que movilizan la educación sexual, los vínculos afectivos, emociones, sanación de memorias, espiritualidades no androcéntricas y reflexiones que permiten florecer en lo individual/colectivo.

## Resignificando la cuerpo en tiempos de pandemia

El mismo mes que la Colectiva resulta ganadora del proyecto *Cuerpas, derechos y Se-Xua-Lidad en la Tierra del Sol* se presenta la emergencia sanitaria mundial a causa de la pandemia, lo que

nos lleva a replantear la metodología del proyecto teniendo en cuenta los medios tecnológicos y cómo pedagogizar las categorías centrales del proyecto: *cuerpa, salud y sexualidad*. Si bien la educación ya era precaria en el municipio de Soacha, durante la cuarentena y el contexto de pandemia que se vivió en el año 2020, observamos con gran preocupación la falta de accesibilidad, asequibilidad, aceptabilidad y adaptabilidad del derecho a la educación en zonas urbanas y rurales. Hubo deserción y dificultades en la educación. El acercamiento en los escenarios educativos nos permitió comprender la transgresión estructural del derecho a la educación, y en esta misma línea, la poca educación sexual.

Por lo tanto, este proyecto se planteó como un ejercicio que permitiera conocer, compartir y seguir tejiendo lazos de comunicación y apañe con las mujeres Suachunas, y que en la misma medida ampliará los panoramas en términos de investigación alrededor de la cuerpa de las mujeres. La investigación tuvo cinco momentos clave:

Formulación de la ruta de investigación	Consulta de antecedentes, construcción de contenidos sobre las categorías de análisis y las herramientas de investigación, que orientaron la recolección de información, datos y narrativas en torno a la sexualidad, el embarazo no deseado, los derechos reproductivos, la salud, la cuerpa y la autonomía de las mujeres del municipio de Suacha.
Ejecución de la ruta de investigación	<p>Aplicación y puesta en marcha de las estrategias de investigación para la recolección de la información con instituciones educativas, y comunidad del área rural y urbana del municipio de Suacha:</p> <p>Cuatro (4) Actividades pedagógicas sobre cuerpo, salud y sexualidad; y aplicación de encuesta con estudiantes de instituciones educativas.</p> <p>Actividades Pedagógicas con Instituciones Educativas. Vía Zoom y Meet durante los meses de setiembre y octubre de 2020.</p> <p>Una actividad pedagógica y aplicación de encuesta con mujeres rurales de la Vereda el Charquito y la Vereda Alto de la Cruz en el Salón Comunal del Corregimiento II.</p> <p>Un diálogo de saberes con mujeres jóvenes en el Humedal Neuta (Comuna 2, zona urbana).</p> <p>Participación de 102 mujeres en encuesta digital del municipio de Suacha, en su mayoría jóvenes participantes de la actividad pedagógica del proceso de ejecución de la ruta de investigación.</p>
Sistematización, graficación y análisis de datos	Realización de sistematización de la investigación, la cual comprende la lectura, análisis, tabulación, graficación e interpretación de la información, datos, narrativas y categorías de análisis.

Creación de la campaña de comunicación alternativa y popular

Difusión de la campaña en espacios comunitarios de áreas rurales, urbanas y redes sociales

Con el objetivo de contribuir en la en la deconstrucción de las representaciones sociales alrededor de la sexualidad, el cuerpo y el embarazo no deseado se construyeron cinco ilustraciones tipo poster, tres ilustraciones para calcas y botones, el diseño del logo de la Colectiva Mujeres Suacha, un *fanzine* y el diseño/diagramación del cuadernillo digital.

Se consiguió difundir los resultados e interpretaciones sobre los derechos, la sexualidad, autonomía, autoestima, el cuerpo y el territorio durante una semana de agitación a través de redes sociales, espacios urbanos y un escenario rural.

En la realización del proyecto el primer obstáculo que se halló fueron los canales de comunicación con las instituciones educativas, dado que no era sencillo acceder a los números telefónicos, correos o redes. Así, la ruta que se inició fue en primera medida establecer un plan de comunicación virtual con amigos, allegados, conocidos que pudieran acercarnos a las áreas de coordinación, rectoría o docencia. Una vez fueron mapeados los colegios, se pudo explicar el objetivo del proceso, encontrándonos con gestiones burocráticas que dificultaron el desarrollo. Además, nada se podía plantear extra-clase, sino dentro de los tiempos escolares, garantizando la conectividad a internet y los dispositivos de conexión de las participantes. Igualmente, la virtualidad afectaba la posibilidad de generar un espacio de confianza, calor y confidencialidad.

En la ruralidad fue imposible llevar a cabo el ejercicio de aplicación de las herramientas pedagógicas de investigación, por la falta de recursos tecnológicos, dando cuenta de que en Suacha no se brindan ni garantizan los derechos mínimos de acceso a una educación de calidad para todes. Una amplia parte de la ruralidad y sus veredas, no cuentan con el servicio de conectividad a internet y, por consiguiente, no era posible acceder a las plataformas como Zoom o Meet, que fueron los canales por los cuales se estableció el contacto y el diálogo con las niñas, jóvenes y mujeres participantes. Este hecho llevó entonces a replantear nuevamente los mecanismos de aplicación de las metodologías, extendiendo el tiempo de ejecución del proyecto.

En el mes de octubre, las restricciones se redujeron un poco y había mayor posibilidad de contacto y movilidad, así que por medio de las redes sociales, el voz a voz y la pega de carteles en las veredas el Charquito y Alto de la Cruz, se pudo llevar un encuentro presencial con un grupo de niñas y mujeres en el salón comunal del corregimiento II del municipio, teniendo en cuenta todas las medidas de bioseguridad. A este espacio se llevaron los equipos de trabajo personal de las integrantes de la colectiva, como computadores, celulares y datos móviles

(internet) con los cuales las mujeres pudieran responder la encuesta de manera virtual y desde su subjetividad.

Foto 5.

*Socialización de hallazgos y resultados del proyecto de investigación en el Centro Cultural XuCasa, 2020*



Es así que el proyecto develó nuestra propia vulnerabilidad. La necesidad de las tecnologías de la información y comunicación para acceder a la educación sexual, así como para gestionar nuestros derechos sexuales, derechos reproductivos, y no reproductivos y la construcción del significado y signifiante de la cuerpo; pero también todas las barreras que impiden el ejercicio pleno del vivir dignamente, lo que se va constituyendo en grandes vacíos y reduccionismos.

Aun cuando en el municipio de Soacha existe la Política Pública de Mujer y Género aprobada a través del acuerdo 25 de 2015, ya se devela el reto a la hora de definir estrategias específicas para las áreas rurales, urbanas y suburbanas de Suacha.

Lo dicho puede contrastarse con los hallazgos de la investigación, ya que según la encuesta dentro de los principales referentes a quienes acuden las mujeres para hablar de la cuerpo, la sexualidad y la salud es la consulta en las redes sociales o internet, y en este proceso de indagación e introspección de nuestras cuerpos en la virtualidad chocamos a menudo con las narrativas construidas sobre la belleza occidental blanca, la superioridad masculina, la mercantilización de los cuerpos y las corporalidades producidas a través del mercado.

Sumado a todo esto, en el análisis de la cuerpo, no puede desconocerse que la colonialidad, el capitalismo y el patriarcado históricamente han transmitido modelos simbólicos que comprenden ideologías, estereotipos y roles centrados en una corporalidad basada en narrativas hegemónicas, de desamor propio y estereotipos sociales que señalan y estigmatizan modos otros de ser y estar en mundo. De allí que, en la ejecución de la ruta de investigación nos encontramos con que las mujeres perciben, representan y sienten en muchos casos su cuerpo como un territorio que no se conoce ni se habita, el cual termina por ser interpretado con los marcos de referencia occidental, carentes de contenido político, que generan cuerpos estandarizadas, instrumentalizadas, hipersexualizadas, mercantilizadas e inconformes. Teniendo en cuenta que la educación sexual es escasa y las brechas se amplían según los contextos, estas dinámicas vienen acompañadas de cambios, tecnologías y experiencias en las que la cuerpo se puede tornar a sí misma como una extraña, lo que hace que los procesos de aceptación, autoconocimiento y amor propio sean cada vez más ineludibles.

Por ello, es importante que la cuerpo y la sexualidad sean resignificadas a partir de lo experiencial, pedagógico y comunicativo, esto fortalece en simultáneo la conciencia crítica y política. La pandemia antes de ser otra causal de desigualdad, en un Estado Social de Derecho como el colombiano debería construir otros modos de sentir, pensar, actuar nuestra corporalidad, teniendo en cuenta las resistencias contemporáneas y los nuevos retos que plantea esta crisis global. Pues encontrarnos, hablar y compartir narrativas sobre la cuerpo, la vulva y la sexualidad desde la virtualidad o presencialidad, permitió en el proyecto afirmar la importancia que tiene el amor propio, libertad y autonomía para las mujeres jóvenes. Reflejarnos en las experiencias compartidas sensibiliza y reafirma que no estamos solas, y es urgente, seguir tejiendo otros modos de relacionarnos con nuestras cuerpos, con otras y la naturaleza.

En definitiva, garantizar y autogestionar el bienestar no se define en una única dimensión que pueda generalizarse e imponerse como mandato social. Si la lógica es que el silenciamiento y el ocultamiento de nuestras cuerpos se incrementa bajo las condiciones actuales, con este proceso investigativo las mujeres revelan que hay que empezar por reapropiar sus cuerpos-territorios, permitiéndonos tejer una ética del cuidado y el autocuidado.

## Algunas reflexiones finales del proyecto

Existe una ausencia en términos de los mecanismos para el reconocimiento y garantía de los derechos sexuales y reproductivos de parte del Estado, así como una falta de coordinación interinstitucional e intersectorial que impide la atención y abordaje integral de

la sexualidad, siendo este un fenómeno que se ha intensificado con la pandemia. Entre tanto, la desarticulación de las instituciones estatales de salud, educación y otras, han generado un proceso de formación sexual limitado, pues la sexualidad se ha simplificado al proceso de reproducción. Por tal motivo, la única formación que reciben las mujeres en la mayoría de los casos es el uso de anticonceptivos.

Foto 6.

*seXUAbici Rodada para el lanzamiento de la campaña comunicativa de la Colectiva Mujeres Suacha, 2021*



Aún hay más, los medios de comunicación masiva y las tecnologías de la información y la comunicación son los principales referentes en la educación sexual de quienes participamos en el proceso de investigación.

En consecuencia, y en el entendido de que la sociedad y la cultura son base para la conformación de la sexualidad, es imperativo construir, repensar y resignificar la educación; los mecanismos y tecnologías que esta emplea para la satisfacción del derecho a la sexualidad, integral, libre, autónoma, política y diversa. Dicho esto, los procesos de formación frente a los derechos sexuales, reproductivos, y no reproductivos, así como el embarazo no deseado, son temas con amplio desconocimiento entre las jóvenes, y por ende hablar de aborto, descolonización de las cuerpos, erotismo, autonomía, salud, sexualidad, entre otros; siguen siendo temas tabú dentro y fuera de las pantallas.

De este modo, existe una clara necesidad de potenciar el reconocimiento de nuestras cuerpos a partir de una educación sexual feminista y con enfoque territorial, para incidir en el

fortalecimiento de la identidad, autonomía y libertad de las mujeres en el municipio de Suacha. La covid-19 evidentemente influye en la construcción, representación y percepción sobre nuestras cuerpos, pues asistimos a una sociedad cada vez más tecnologizada, a condiciones múltiples que impiden el contacto humano, pero, al mismo tiempo, a realidades marcadas por barreras que imposibilitan el acceso a las tecnologías, dejando por fuera a muchas.



# GESTAÇÃO PARA OUTROS: TRABALHO REPRODUTIVO EM CADEIAS GLOBAIS DE FERTILIDADE

Rosana Machin

Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP)

*La gestación para otros en México. Parentesco, tecnología y poder.*  
De María Eugenia Olavarría, Ciudad de México: Gedisa-Universidad Autónoma Metropolitana, 2018, 360 pp.

Diferentemente de algumas técnicas de reprodução humana assistida, como fertilização *in vitro* ou doação de gametas, que recebem uma aceitação mais ampla, a gestação para outros (gestação substituta, gestación subrogada, surrogacy) tem estado no centro das principais polêmicas envolvendo desaprovação. Pode-se considerar que as representações negativas associadas com a prática estão vinculadas principalmente ao sentido de transgressão de um tabu e do princípio de estruturação fundamental do direito de família e do sistema cultural de parentesco euroamericano, que *es mater semper cert est*.

A ideia de que a maternidade pode ser múltipla é um fato histórico, pelo reconhecimento da maternidade por nascimento e também por adoção e com as tecnologias reprodutivas assistidas ganha novos contornos com a separação da maternidade biológica da genética, processos pautados na distinção entre parentesco social e biológico (Strathern, 1992). Esta multiplicidade de formas questiona a sacralidade da maternidade. No entanto, a possibilidade de que uma mulher possa ser paga para levar adiante uma gestação para outra mulher, tornando a reprodução uma prática monetizável tem encontrado resistências.

O crescimento da prática de gestar para outras pelo mundo está associado ao desejo de ter filhos geneticamente aparentados (Parry, 2018) e foi incrementada pelo reconhecimento do direito à construção de um projeto filial por homossexuais em muitos países. Não se pode desconsiderar que essas práticas envolvem também um campo profissional em expansão, com a presença de agências de intermediação com profissionais de diferentes áreas (Rivas e Álvarez, 2020), observando-se o deslocamento da administração das atividades das clínicas reprodutivas para a *web*, com a realização de acordos entre agenciadores de material genético e de pessoas solicitantes e ofertantes da prática.

Alguns dos argumentos contrários utilizados nos debates consideram a gestação para outros como uma prática excepcional, exploradora de mulheres vulneráveis e em situações

de desigualdade, que fortalece a coisificação de seus corpos e rompe com a sacralização da maternidade. Muitas dessas críticas são realizadas por setores religiosos católicos ou mesmo grupos feministas, para os quais muitas das mulheres envolvidas nestas práticas seriam pessoas pobres carecendo de agência. As críticas mais contundentes têm sido construídas sobre as mulheres em países em desenvolvimento, repercutindo na imprensa e alcançando também o judiciário (Parry, 2018). Os processos de proibição da prática de gestação para outros, aos estrangeiros e limitada a pessoas consideradas inférteis ocorridos na Índia e México, é um bom exemplo disso.

É interessante considerar que os regimes bioeconômicos emergentes ligados a crescente comercialização de tecidos e células reprodutivas não sofrem a mesma crítica (Cooper e Waldby, 2014). É a gestação para outros uma prática exploradora? A maternidade deve permanecer como uma atividade completamente afastada de um processo de monetização?

O estudo de María Eugenia Olavarría baseado em uma etnografia realizada no período de 2015-2017, enfrenta a discussão ao analisar a inserção do México na cadeia mundial de trabalho reprodutivo por meio da gestação para outros. Em detalhes explora o conjunto das relações, discursos e o desempenho de diferentes atores do circuito médico e legal, os pais e mães de intenção, trabalhadoras gestantes e intermediários nos processos de gestação em três cidades do México: Villahermosa, Tijuana e Cidade do México.

É importante destacar, que o estudo aborda o período de livre exercício da gestação para outros no país, quando não havia restrição de idade, nacionalidade, estado civil e orientação sexual para sua prática. De 1997 a 2016, a gestação para outros no México operou de forma informal sob o princípio de que o que não está proibido está permitido. A partir de abril de 2016, a regulação da reprodução assistida no México adota uma legislação restritiva para a prática, que passa a ser destinada a heterossexuais mexicanos com diagnóstico de infertilidade. Em 8 de junho de 2021, a Suprema Corte de Justiça da Nação estabeleceu como inconstitucional por discriminação essa legislação restritiva retornando as práticas às condições existentes anteriormente e se anuncia uma possível regulação em caráter nacional. Nesse sentido, o estudo de Olavarría permite acompanhar o “antes e o depois” envolvido na restrição da prática, iluminando os fatos que desencadearam as mudanças.

O livro está dividido em dez capítulos percorrendo o marco conceitual de análise da reprodução assistida no México e da literatura socioantropológica relativa à gestação para outros; as condições legais e políticas que permitiram a realização da prática durante 18 anos no país; as experiências e motivações das pessoas e casais que buscam a gestação por substituição; a atuação dos intermediários no processo; os testemunhos das mulheres dispostas

a doar seus óvulos ou gestar para outros e porque e como o fazem; as relações entre trabalho reprodutivo, autonomia reprodutiva e as retóricas do altruísmo nos argumentos de médicos e advogados; as retóricas e imaginários construídas relativas ao óvulo fertilizado e ao embrião, que figuram no centro dos debates religiosos e éticos em torno da gestação para outros.

Viviana Zelizer (2005) realizou estudos pioneiros sobre a dimensão monetizável da intimidade e dos afetos relativos, por exemplo, ao cuidado de bebês ou idosos, a prostituição ou o casamento. Eles mostraram que relações de afeto/intimidade e compensação monetária não configuram mundos hostis (“hostile worlds”), mas conectam vidas (“connected lives”) de formas complexas e são práticas realizadas há muito tempo. Nesse sentido, dinheiro afeta intimidade, assim como intimidade afeta a vida econômica.

Nesse contexto há dois pontos importantes. O primeiro deles é relativo a perspectiva da ausência de agência imputada a estas mulheres. Sabe-se que muitas das mulheres consultadas para realizar a gestação para outros declinam da atividade (Parry, 2018) e para as que a realizam a vivência adquire sentidos diversos rompendo com esteriótipos em torno da maternidade e do corpo feminino. O segundo ponto diz respeito a uma questão: porque a doação de óvulos, como uma prática que envolve vários riscos, pela necessidade da doadora ser medicada, ter seus ovócitos extraídos por meio de um procedimento cirúrgico, não é tratada com a mesma condenação social que a gestação para outros? Nas gestações para outros as gestantes acabam por receber mais cuidado durante o pré-natal, na forma de mais ultrassons, exames e acompanhamento especializado, do que a média das demais gestantes.

O crescimento das cadeias globais de fertilidade (Vertommen, Pavone e Nahman, 2021) fortalece assimetrias e desigualdades de ordem global, ao incorporar processos preexistentes de exploração profundamente dependentes do trabalho reprodutivo remunerado e não remunerado das mulheres sob uma perspectiva de gênero e raça.

Nesse sentido, o estudo de Olavarría partindo de um rico trabalho etnográfico revela a importância da perspectiva das protagonistas dos processos de gestação para outros na compreensão da dimensão social, política e cultural específica da inserção do México nas cadeias globais de fertilidade. Ele convida a pensar como a gestação para outros suscita efeitos disruptivos nas noções de maternidade e família, abalando tradições estabelecidas no imaginário social. Nesse sentido, revela as rupturas provocadas pelas tecnologias reprodutivas nas concepções sobre maternidade, corpos femininos e conformação de famílias.

## Referências

- Cooper, M., e Waldby, C. (2014). *Clinical labor: Tissue donors and research subjects in the global bioeconomy*. Durham: Duke University Press.
- Parry, B. (2018). Surrogate Labour: Exceptional for Whom? *Economy and Society*, 47(2), 214-233. Disponível em <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/03085147.2018.1487180?scroll=top&needAccess=true>.
- Rivas, A. M., e Álvarez Plaza, C. (2020). *Etnografía de los mercados reproductivos: actores, instituciones y legislaciones*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Strathern, M. (1992). *Reproducing the future: Essays on anthropology, kinship and the new reproductive technologies*. Manchester: Manchester University Press.
- Zelizer, V. (2005). *The purchase of intimacy*. Princeton: Princeton University Press.
- Vertommen, S., Pavone, V., e Nahman, M. (2021). Global fertility chains: an integrative political economy approach to understanding the reproductive bioeconomy. *Science, Technology, & Human Values*, 1-34. doi:10.1177/0162243921996460

# DE LA REPRODUCCIÓN QUE TENEMOS A LA REPRODUCCIÓN QUE QUEREMOS

Mariana Viera Cherro

Universidad de la República

*Mercados reproductivos: crisis, deseo y desigualdad.* De Sara Lafuente Funes. Navarra: Editorial Katakarak Liburuak, 2021, 296 pp.

«¿Qué reproducción queremos?» Esta es la pregunta que inspira el libro que Sara Lafuente Funes nos presenta; un libro que aborda la reproducción desde la teoría y la praxis feminista. Desde la teoría feminista, porque recupera ideas y conceptos que para el feminismo son imprescindibles para analizar la reproducción —procreación y cuidados—; porque hay una preocupación central en evidenciar las relaciones de poder sexo-generizadas implicadas en estos procesos, y porque estas relaciones se piensan en intersección ineludible con otras, principalmente la clase y la raza. Es una teoría para la praxis, porque abre preguntas para pensar y pensarnos en relación con esta dimensión social, poniendo en un primer plano la vida y cuestionando las desigualdades implicadas en su producción y reproducción. Por ello, a pesar que la autora advierte de que no se trata de «... un manifiesto por otra reproducción posible...» (Lafuente Funes, 2021, p. 39), en alguna medida lo es: un manifiesto teóricamente fundamentado y con algunas perlas literarias que abonan esta utopía.

La obra parte de identificar una tensión central entre el capital y la vida que resulta del modo en que actualmente nos reproducimos, marcado por una creciente mercantilización de todos los procesos sociales, entre ellos la reproducción. El capitalismo individualiza, jerarquiza y mercantiliza la vida, y en ese proceso genera desigualdades e injusticias; esta es la verdadera crisis reproductiva, advierte la autora, y no, como suele concebirse desde el sentido común, los bajos índices de natalidad. La crisis reproductiva entendida como ausencia de crecimiento poblacional silencia fenómenos como la «estratificación reproductiva» (Ginsburg y Rapp, 1991) y la «infertilidad estructural» (Marre, 2009). También silencia la falta de atención oportuna y de calidad a la salud sexual y reproductiva (Luna, 2005) y las contradicciones que se presentan entre el deseo de hijos, la penalización de la maternidad en la carrera laboral y la continua idealización de la maternidad como un destino natural y esperable para todas las mujeres (Lafuente Funes, 2021). Atender estos fenómenos poniendo el foco en la «justicia reproductiva» obliga a salirse de argumentaciones centradas en la atención al deseo (reproductivo) o a los derechos (reproductivos). El deseo es, en este contexto capitalista y neoliberal, que lo concibe en clave individual y lo resuelve de manera mercantilizada —como

advierte la reconocida economista feminista que prologa la obra, Amaia Pérez Orozco—, «... más un privilegio a desmontar que un derecho a garantizar» (Pérez Orozco en Lafuente Funes, 2021, p. 26). La crisis, el deseo y la desigualdad, la tríada que compone el subtítulo del libro, deben abordarse de forma indisociada.

El libro articula dos dimensiones en el análisis de los procesos reproductivos que la autora había analizado en trabajos previos: la dimensión simbólica, relativa a las concepciones de género implicadas en la reproducción, y la dimensión económica, que hoy interviene en los procesos reproductivos configurando lo que se ha comenzado a definir como bioeconomías reproductivas (Pavone, 2012; Waldby y Cooper, 2010).

El interés por las concepciones de género que median en las maneras de pensar y también de intervenir en los procesos reproductivos fue el foco principal de su investigación doctoral. En esa investigación Lafuente Funes demuestra, a través de un trabajo de campo con especialistas en biotecnologías y en las aulas en las cuales estas técnicas se enseñan y se aprenden (Lafuente Funes, 2017), el binarismo heterosexual que modela las maneras en que se concibe al cuerpo, la reproducción y el parentesco, lo cual tendrá directas consecuencias a la hora de las intervenciones biomédicas para la reproducción. En articulación con este énfasis, Lafuente Funes aborda, en el presente trabajo, la dimensión económica de estas biotecnologías, de la que ya hablaba Sara Franklin en su libro pionero *Embodied progress...* (1997), pero que hoy cobra dimensiones globales constituyéndose en una bioeconomía (Pavone, 2012; Waldby y Cooper, 2010) en la que los *mercados reproductivos* resultan nichos clave.

En los últimos años han sido varios los trabajos que han puesto el foco en el carácter bioeconómico de las biotecnologías reproductivas (Pavone, 2012; Waldby y Cooper, 2010), en la constitución de mercados reproductivos (Waldby y Cooper, 2008; Álvarez y Pichardo, 2018), analizando las condiciones capitalistas y neoliberales que sostienen la reproducción biotecnológicamente mediada, aunque también los procesos no mediados por las biotecnologías, como los cuidados.

Lafuente Funes nos propone pensar, a manera de un *continuum*, el trabajo reproductivo en el contexto de las biotecnologías reproductivas, con el trabajo de cuidados que también, en el capitalismo neoliberal, se encuentra hoy individualizado y mercantilizado. Más allá de las particularidades de cada uno de estas actividades, y de la pertinencia o no de hablar de trabajo afectivo con relación a prácticas como la ovodonación o la *gestación por sustitución* —este es el concepto que elige Lafuente Funes—, la autora señala que ambos tipos de trabajo se sostienen en mandatos de género y desigualdades socioeconómicas resultado del capitalismo global, que

no solo las posibilitan, sino que las abaratan. El capitalismo capitaliza altruismo, precariedad e informalidad, condiciones comunes a las tareas feminizadas.

Las desigualdades a escala global que dan forma al trabajo biotecnológico para la reproducción han sido definidas por Laurence Tain (2013) a partir del concepto de *cadena mundial del trabajo reproductivo*. Considerar el trabajo reproductivo como parte de esta cadena implica sopesar las relaciones entre las políticas nacionales, los tránsitos internacionales (de personas y también de materiales biológicos como óvulos o esperma), y su impacto en las vidas de las personas. Solo para poner un ejemplo actual, en mayo de 2020 nos llegaba la noticia de 35 bebés, nacidos por gestación por sustitución, que habían quedado varados en Ucrania por las restricciones de tránsito internacional a consecuencia de la pandemia de covid-19 (BBC News, 2020). La autora de este libro nos propone también pensar el impacto de esta cadena en lo que hace a los cuerpos reproductivos advirtiendo que «... el impacto del colonialismo biológico sobre los cuerpos de las mujeres más pobres y racializadas podría ser muy alto» (Lafuente Funes, 2021, pp. 132-133).

En el marco del denominado *trabajo reproductivo*, Lafuente Funes prioriza para el análisis lo que denomina «transferencia de capacidades reproductivas» —fundamentalmente provisión de ovocitos de donación y gestación por sustitución—, porque es en estos procedimientos donde, entiende, se hacen más evidentes las desigualdades socioeconómicas. Son estas desigualdades, según la autora, las que hacen posibles estas prácticas, por lo menos en España, que es el país que ella toma como referencia, para poner en diálogo lo que sucede allí con lo que ocurre en otras geografías. ¿Transferimos una capacidad o un material biológico? El aumento del éxito de las intervenciones biotecnológicas con ovocitos de mujeres jóvenes abona, entre otros argumentos, la idea de la transferencia de una capacidad: en este caso, la de engendrar. Pero más allá de estar en acuerdo o desacuerdo con el concepto que se propone, el libro abre preguntas, muestra evidencias y atiza el debate.

Al final del texto, y en el entendido de que los impactos sociales y personales de la actuación biotecnológica para la reproducción deben considerarse en virtud de los contextos sociales y de las maneras gestionar la transferencia de capacidades reproductivas, Lafuente Funes presenta tres modelos de relacionamiento entre el mercado y los procesos reproductivos biotecnológicamente mediados. Un modelo «altruista tradicional» (Lafuente Funes, 2021, p. 237), en el cual estas transferencias quedan fuera del mercado y se desarrollan en el marco de relaciones afectivas. El «modelo altruista con compensación económica» (Lafuente Funes, 2021, p. 239), quizás el más extendido. En este modelo la transferencia de capacidades reproductivas se «compensa» económicamente, pero el concepto de compensación suele ser amplio y ambiguo, oficiando como un paraguas que alberga prácticas diversas, en el

que la retribución una «compensación» y no un pago, el modelo explica la disposición a la transferencia de capacidades reproductivas como resultado del «altruismo», lo cual no permite complejizar las desigualdades socioeconómicas que sostienen en muchos casos esta disposición. Por último, «el modelo comercial o laboral» (Lafuente Funes, 2021, p. 243), que explícitamente reconoce estas tareas como un trabajo y las compensa en tanto tal. Cualquiera de estos tres modelos supone problemas a plantearse, problemas que la autora deja esbozados a modo de preguntas, y auguran un presente y futuro reproductivo posible. Como tantas veces hemos recalado quienes investigamos en estos temas desde las ciencias sociales, lejos de ser un asunto a resolver por parte de expertos se trata de un debate que debería implicar a la sociedad toda ya que se trata de algo, tan sensible como definir en qué condiciones producimos vida, quiénes nos implicamos en su reproducción, de qué maneras y estableciendo qué tipo de relaciones.

## Referencias

- Álvarez Plaza, C., y Pichardo Galán, J. I. (2018). La construcción del «buen donante» de semen: selección, elección, anonimato y trazabilidad. *Papeles del CEIC International Journal on Collective Identity Research*, (2018-2). Recuperado de <https://ojs.ehu.es/index.php/papelesCEIC/article/view/18846>.
- BBC News (2020). Coronavirus | Los bebés nacidos por gestación subrogada varados en un hotel en Ucrania. BBC News Mundo. Recuperado de <https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-52679424>.
- Franklin, S. (1997). *Embodied progress. A cultural account of assisted conception*. Nueva York: Routledge.
- Ginsburg, F., y Rapp, R. (1991). The Politics of Reproduction. *Annual Review of Anthropology*, 20, 311-343. Recuperado de <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.an.20.100191.001523?journalCode=anthro>.
- Lafuente Funes, S. (2017). *Bioeconomías reproductivas: los óvulos en la biología posfecundación in vitro* (Memoria para optar al grado de doctor). Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de <https://eprints.ucm.es/45518/1/T39400.pdf>.
- Luna, N. (2005). Natureza humana criada em laboratório: biologização e genetização do parentesco nas novas tecnologias reprodutivas. *História, Ciências, Saúde*, 12(2), 395-417. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/JtMsvcTZKMdWNcZwzbxXKcN/abstract/?lang=pt&format=html>.
- Marre, D. (2009). Los silencios de la adopción en España. *Revista de Antropología Social*, 18, 97-126. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/RASO/article/download/RASO0909110097A/8841&hl=en&sa=T&oi=gsb-ggp&ct=res&cd=0&d=13661896500919088901&ei=IQTJYZLTK4r2mgHE8KO4Dg&scisig=AAG-Bfm1MwChMqUNPKTIFYDIhwbV8wAiRA>.
- Pavone, V. (2012). Ciencia, neoliberalismo y bioeconomía. *Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología y Sociedad*, 7(20), 145-161. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4185443>.
- Rivas, A. M., y Álvarez, C. (2018). Biotecnologías, mercados reproductivos y co-producción de parentesco. *Revista de Antropología Social*, 27(2), 215-219.
- Tain, L. (2013). *Le corps reproducteur*. París: Presses de l'EHESP.
- Waldby, C., y Cooper, M. (2008). Oocyte markets: women's reproductive work in embryonic stem cell research. *New Genetics and Society*, 27(1), pp. 19-31.
- Waldby, C., y Cooper, M. (2010). From reproductive work to regenerative labour. The female body and the stem cell industries. *Feminist Theory*, 11(1), 3-22. <https://doi.org/10.1177%2F1464700109355210>