

A CONSTRUÇÃO DO DIREITO A CONHECER AS ORIGENS BIOGENÉTICAS E UTILIZAÇÃO DE
GAMETAS DOADOS E NA ADOÇÃO¹

Débora Allebrandt

Mestre em Antropologia

Pesquisadora Associada ao Núcleo de Antropologia e Cidadania (NACi / UFRGS)

RESUMO

É possível acompanhar movimentos recentes que visam garantir aos filhos gerados a partir de gametas doados através de técnicas de reprodução assistida o direito de conhecer sua origem biogenética. Tal movimento que culminou com a dissolução do anonimato de doadores na Inglaterra não parece encontrar semelhante paradoxo no Brasil. Meu objetivo é discutir de que modo os debates sobre o anonimato de doadores e o direito de conhecer as origens vem compor os discursos e preocupações dos profissionais ligados a reprodução assistida e como, nesses mesmos discursos o exemplo da adoção é taticamente utilizado para formular proposições favoráveis e contrárias a esse "direito".

PALAVRAS-CHAVE: anonimato de doadores de gametas; adoção; direitos humanos.

RESUME

Il est possible d'affirmer que récents mouvements qui ont le but d'assurer aux enfants nés de gamètes donnés dans le contexte de procréation médicale assisté le droit de connaître des origines biologiques et génétiques. Ce changement a été mis en relief grâce à le déclin de l'anonyme des donneurs en Angleterre – et, il est possible de dire qu'il ne trouve pas ressemblance au Brésil. Mon objectif est discuter la façon selon laquelle les discours et inquiétudes des professionnels de la procréation médicale assistée et la

¹ “Trabalho apresentado na 26ª. Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 01 e 04 de junho, Porto Seguro, Bahia, Brasil.”;

manière comme dans les discours l'exemple de l'adoption est tactiquement utilisé pour élaborer des propositions pour et contre cette « droit ».

MOTS-CLES: anonyme de donneurs, adoption, droits humains.

PROCEDIMENTOS ROTINEIROS E O DESENVOLVIMENTO DA TECNOLOGIA

Família e reprodução são noções que protagonizaram inúmeros embates na vida em sociedade (Ariella, 1998; Fonseca, 2004; Carsten, 2001 entre outros). Eles já foram sinônimos da preservação da espécie, depois passaram a ter importância por carregar um nome ou uma tradição. Constituíram-se como sinônimo de honra e prestígio. Hoje a reprodução parece tomar um novo rumo. Vivemos cercados por tecnologias contraceptivas e programas de controle de natalidade. Foram desenvolvidas e utilizadas técnicas de esterilização em larga escala. Enquanto, alguns países multam casais que tenham mais de um filho, outros bonificam o terceiro. Em meio a contextos tão opostos, surgem tecnologias que se aglomeram numa especialidade da medicina chamada reprodução assistida (RA). A RA é uma especialidade que recebia, até pouco tempo atrás, pouco prestígio e credibilidade dentro da medicina. Hoje, essa prática está cercada por alta tecnologia, procedimentos lucrativos e inúmeros interesses. Aglomeram-se por trás de especialistas, indústrias farmacêuticas e laboratoriais que fornecem aos profissionais os meios e materiais para que “sonhos” se realizem. A imagem que a RA tem hoje é fruto da convergência entre a credibilidade do conhecimento científico e o apelo para a possibilidade de alcançar o desejo de filhos.

A reprodução assistida transforma a infertilidade, pelo menos discursivamente, em uma realidade ultrapassada. Desenvolvida desde os anos 60, concomitantemente com técnicas que visavam evitar gestações indesejadas como o contraceptivo hormonal, a RA instaurou-se a partir de procedimentos muito simples que estavam embasados em “cronometrar” as relações sexuais para aumentar a precisão e as chances de obter uma gestação (Tamanini, 2003). O procedimento que se desenvolve em seguida é a “inseminação artificial”. Essa técnica, chamada hoje de “inseminação intra-uterina” é considerada pelos profissionais como bastante simples, pois, consiste em injetar o sêmen através de um cateter na vagina da mulher. Sua principal transformação no ponto de vista social é a dissociação do duo sexo/reprodução (Corrêa, 2001; Scavone, 1998; entre

outros). Essa técnica foi ultrapassada através do desenvolvimento dos meios de cultura de gametas e embriões, associados ao desenvolvimento de hormônios sintéticos para a estimulação ovariana. Dessa forma, foi possível retirar os folículos ovarianos e realizar a fecundação fora do corpo da mulher. Essa técnica é chamada de Fertilização *in vitro* (FIV).

Da passagem de dentro do corpo para fora dele, decorrem inúmeras implicações que ultrapassam o avanço técnico e científico que proporcionam. Segundo Ramírez-Gálvez (2003), essa passagem rompe o contínuo que ligava a procriação à gestação, abrindo precedente para procedimentos complementares como a gestação de substituição. Do ponto de vista técnico, é a passagem da fecundação para fora do corpo que possibilita o desenvolvimento de técnicas que visam “tratar” a infertilidade através de uma intervenção mais precisa, como a Injeção Intra-citoplasmática de Espermatozóide (ICSI). A ICSI consiste na injeção de apenas um espermatozóide dentro do óvulo, superando, assim, problemas de mobilidade e qualidade das células germinativas masculinas. O capítulo que se segue no avanço de tais técnicas vem das possibilidades de escanear geneticamente o embrião a partir da retirada de uma de suas células – Diagnóstico Pré-Implantacional (DPI) –, as micro intervenções na parede embrionária do embrião antes de sua implantação no útero – assisted hatching –, visando uma melhor nidação e buscando elevar as taxas de sucesso do uso dessas novas tecnologias reprodutivas (NTR).

Além dessas técnicas, existe a possibilidade de utilização de gametas doados. Se a utilização de material homólogo associada ao uso de alta tecnologia aumentava levemente as chances do casal de ter um filho “realmente seu”, com a abertura para a utilização de material doado, as dificuldades parecem ser, na ótica de muitos médicos, quase superadas. Desde os anos 60, o congelamento de sêmen já era uma realidade possível. Hoje, prática corrente e modo de preservação da fertilidade masculina, as doações de espermatozóides são gerenciadas mundo a fora a partir de bancos². Apesar das técnicas não terem se desenvolvido a ponto de obter sucesso no congelamento de óvulos, com base em

² Os bancos de sêmen são locais que visam criopreservar os gametas masculinos. Para tanto, os gametas são armazenados em tanques com nitrogênio líquido que coloca-os em uma temperatura muito baixa. Várias clínicas possuem bancos para fins terapêuticos no Brasil. No entanto, apenas dois bancos estão aptos a organizar e proceder doações desses gametas.

programas de “doação compartilhada”³, óvulos doados têm se tornado bastante comum e desempenham um papel importante dentro das escolhas reprodutivas⁴. Contudo, o uso de material doado não é um terreno tranquilo no campo das NTR. Os bancos de gametas masculinos são alvo principal de dúvidas e questões. Esses bancos têm funcionado de modos bastante distintos em todo mundo. Doações podem ser voluntárias ou pagas, os doadores podem ser identificados ou anônimos. No Brasil o Conselho Federal de Medicina (CFM) recomenda que as doações sejam voluntárias, gratuitas e anônimas.

Contudo, longe de ser uma simples história de desenvolvimento tecnológico, esse campo tem sido saturado, desde o início, de valores sobre natureza, gênero, e progresso (Martin, 2006). Vide a narrativa de Karina, embriologista que atua em uma clínica privada em Porto Alegre sobre o desenvolvimento do ramo:

“No início a infertilidade era tomada como tendo só a causa feminina. Hoje se sabe que são os dois [tanto o homem como a mulher]. Então com o desenvolvimento da ciência, quando foi se descobrindo as causas reais da infertilidade foi se buscando as soluções. Por exemplo, quando se descobriu que os espermatozóides eram as únicas células móveis e que a sua mobilidade era muito importante para o processo de fecundação se criou a inseminação artificial que consiste em que? Em dar todinho pros espermatozóides [risos]. É isso mesmo, a gente conduz esses espermatozóides no útero, coloca eles mais perto do óvulo. Nesse caso pode ser um problema de mobilidade ou anatomia. O que a gente faz é só dar um empurrãozinho. Já a FIV [Fertilização *in vitro*] foi desenvolvida para solucionar casos de uma infertilidade leve a moderada. Mas o que é importante da FIV é que ela ainda trabalha com a seleção natural. Ela consiste no mesmo princípio do todinho para os espermatozóides. A gente capacita eles e coloca em um meio um óvulo e 150.000 espermatozóides. E o que vai fertilizar é realmente o melhor. Acontece *in vitro*, exatamente o mesmo processo. Como o que aconteceria na mulher.

Bom, a gente ainda tem a ICSI [Injeção Intracitoplasmática de Espermatozóide], que é para casos de infertilidade mais severa. Na ICSI o óvulo e o espermatozóide podem ser ruins. Agora o que acontece é que a gente perde a seleção natural. O espermatozóide, a célulazinha é escolhida... por anatomia e mobilidade e a gente injeta dentro do óvulo.”(Karina, embriologista, clínica Gemenon).

³ Nas clínicas em que tive contato a doação compartilhada era praticada por intermédio do médico que gerenciava uma transação na qual um casal paga os procedimentos de RA para outro em troca da divisão dos óvulos produzidos no processo de estimulação. É responsabilidade do médico encontrar uma doadora que tenha semelhança fenotípica com o casal receptor. Para isso, algumas clínicas organizam pequenos cadastros de pacientes que se interessariam em realizar esse procedimento.

⁴ Em alguns países também são doados embriões. Ver Collard e Parseval (2007). No Brasil, ocorre junto com a discussão da lei de biossegurança, um debate sobre o destino dos embriões que estão “abandonados” nos bancos das clínicas. Ver Fonseca, (2007).

Entre outras coisas, o discurso de Karina nos lembra que a história da infertilidade vem acompanhada por um forte estigma que recai com maior força sobre a mulher⁵, que historicamente foi responsável pela geração e cuidado de filhos e, por conseguinte, da família. Assim, quando se reconhece a importância do espermatozóide para a fecundação, o homem se transforma também em um “paciente” que compõe o par que é tratado na RA. Vale ressaltar que os especialistas da área da saúde, quando se referindo a causas da infertilidade, preferem falar em responsabilidade igual de homens e de mulheres⁶. Assim, legitimam a proposição de que quem é tratado é o casal que passa pela “ausência involuntária de filhos”⁷ (Inhorn e Balen, 2002).

O princípio do anonimato dos doadores de gametas não apresenta a mesma forma em todos os países. Se, num primeiro momento, houve uma tendência global a insistir no anonimato, avançou, lenta mas seguramente, a idéia de que conhecer a identidade dos pais biológicos é um direito de qualquer adulto. Esse princípio foi aplicado primeiro na questão de adoção -- na Inglaterra, por exemplo, onde em 1975 pessoas adotadas acima de 18 anos passaram a ter acesso aos seus registros de nascimento.

A questão do anonimato, no entanto, continua a ser recebida de forma desigual nos diferentes lugares. Como veremos, enquanto a maioria dos países continua a decretar a obrigatoriedade do anonimato, nos últimos cinco anos, o governo britânico decidiu rever suas leis reguladoras de reprodução assistida (RA) com claras intenções de dissolver o anonimato de doadores. Assim, 20 anos depois da dissolução desse anonimato na Suécia e 30 anos depois que a própria Inglaterra rompeu o anonimato dos pais biológicos de filhos adotivos, chegou a vez dos filhos de doadores. No Brasil, não houve até hoje nenhum debate sobre essa questão e, na ausência de uma legislação específica, a recomendação do Conselho Federal de Medicina (CFM) que aconselha o anonimato dos doadores é aceita consensualmente, como se fosse lei.

⁵ Segundo Tamanini (2004) as práticas médicas de RA acabam por acentuar ainda mais concepções culturais que afirmam que o homem é sempre fértil, enquanto que a mulher precisa da “ajuda tecnológica” (p.90).

⁶ Enquanto os profissionais do campo fazem uso de estatísticas internacionais para afirmar que 40% das causas são femininas, outros 40% são masculinas e 20% são divididos entre causas desconhecidas e de ambos os membros do casal, um estudo realizado a partir de anotações de consultas de 279 casais atendidos no serviço público de reprodução assistida de Porto Alegre mostrou que 63,7% das causas foram classificadas como femininas, 21,9% como masculinas, 7,9% de ambos os membros do casal e, 6,5% de causa desconhecida (Macedo, Allebrandt, Zachia e et al, 2007).

⁷ Inhorn e Balen (2002) elaboraram esse termo - originalmente “childlessness” para evitar os sentidos outros e várias dimensões de significado que o termo infertilidade evoca.

Vemos, então, como as NTR são aclamadas, no centro da RA, por possibilitarem novas escolhas reprodutivas e superarem através da sua intervenção os limites da natureza. Contudo, essas escolhas só podem ser realizadas a partir de possibilidades que são ou estão sendo limitadas através de regulamentações elaboradas de modos bastante distintos em cada sociedade a partir de “sensibilidades jurídicas” que reafirmam o que é certo e o que é justo (Geertz, 1999).

A perspectiva dos profissionais (médicos e embriologistas) que atuam nos serviços de RA parece central para compreender o modo como as escolhas reprodutivas são moldadas na utilização de gametas doados e como o anonimato de doadores tem sido significado nessas negociações. Esses especialistas da área, desenvolvem um papel essencial na RA e, especificamente, na doação de gametas. São esses profissionais que, ao aplicarem tais técnicas, apontam a necessidade de um doador. No caso da doação de óvulos são eles que intermedeiam a doação ao escolher uma doadora. Minha opção foi centrar-me no estudo das clínicas privadas⁸. Em Porto Alegre, existem atualmente seis⁹ clínicas particulares. As equipes das clínicas têm em média cinco membros, podendo ser formados pelos seguintes profissionais: médicos (ginecologistas, urologistas e ultra-sonografistas), embriologistas (biólogos ou veterinários), nutricionistas, psicólogos e enfermeiros¹⁰. As equipes das clínicas privadas de Porto Alegre são formadas do seguinte modo:

QUADRO DE PROFISSIONAIS ATUANTES EM CLÍNICAS PRIVADAS EM PORTO ALEGRE

CLÍNICA/ ESPECIALISTA	<i>Aquaria</i> ¹¹	<i>Gemenon</i>	<i>Leonis</i>	<i>Picon</i>	<i>Sargittaron</i>	<i>Tauron</i>	MÉDIA DE PROFISSIONAIS POR CLÍNICA
Ginecologista	3	3	4	2	3	3	
Urologista	1		1				
Ultra-sonografista	x ¹²				X		

⁸ Tal escolha deve-se ao fato de que o serviço público de RA do RS não faz uso de gametas doados, dificultando uma melhor abordagem do anonimato de doadores.

⁹ São elas: Centro de Reprodução Humana Nilo Frantz; Clínica Fertilitat; Clínica Gerar; Clínica Insemine; Clínica Progest e Clínica Segir.

¹⁰ Geralmente os profissionais da nutrição e psicologia são considerados como parte da equipe mas atuam de forma independente. Por exemplo, em casos nos quais os médicos diagnosticam a necessidade de acompanhamento psicológico ou nutritivo, recomendam esses profissionais. Em minha experiência de campo não conheci nenhum profissional dessas áreas que atuasse na clínica de RA. Vale ressaltar também que apenas uma das seis clínicas possui enfermeiros em seu time.

¹¹ Os nomes das clínicas foram ocultados e substituídos por pseudônimos. A ordem na qual aparecem é aleatória.

Embriologista	2	1	2	1	2	1	
Psicólogo			1				
Enfermeiro	x						
TOTAL DE PROFISSIONAIS	6	4	8	3	5	4	5

As análises que serão empreendidas a seguir utilizam como base as entrevistas realizadas com esses profissionais. São essas equipes que disputam o restrito mercado da reprodução assistida dessa cidade. Estimativas de várias sociedades e organizações do campo da saúde apontam que 10 a 15% das pessoas em idade reprodutiva têm ou podem ter algum problema para gerar filhos (Pasqualotto, 2007; Capp e Corleta, 2008; entre outros). Apesar do índice de incidência estimado, a restrição de mercado ocorre por causa do alto custo dessas técnicas.

PAIS E DOADORES: A NECESSIDADE E O MANEJO DE DIFERENÇAS

Muito se fala nas notícias veiculadas, principalmente na Inglaterra e Estados Unidos (Allebrandt, 2008), sobre a importância de dissolver o anonimato como um direito para a criança, que é, em última instância, um direito à identidade. Há lugar para argüir que os doadores têm direito à privacidade.

Na verdade, trata-se do problema que é manejar a diferença entre pais e doadores e significa oferecer um lugar para o doador dentro das “novas formas de conexão” que vêm constituindo a família (Yngvesson, 2007). Dentro dessas novas formas de conexão que extrapolam o “natural” ou “biogenético” estão alocados os inúmeros recursos para constituir a família (Thompson, 2005). O uso de doadores é um deles.

Strathern (1999) afirma que existem diferentes modos de regular as doações e existem três tipos de identificação: 1 - identificação das circunstâncias do nascimento, nomeando a tecnologia; 2 - identificação das características do doador sem nomes; 3 - identificação do doador.

Atualmente os bancos estadunidenses, atendendo as demandas de uma maior “abertura” quanto às informações, estão pagando mais para os doadores que aceitarem ser

¹² Marcamos com X as categorias profissionais nas quais são atribuídos membros da equipe, que no entanto, atuam em consultórios separados.

identificados e, automaticamente, cobrando mais dos receptores que desejam ter essa possibilidade. Segundo uma reportagem, (*The New York Times*, “Once-Invisible Sperm Donors Get to Meet the family” - 21/05/2002), os bancos estão pagando \$500,00 ao invés de \$100,00 para os doadores não anônimos e cobrando \$2.100,00 e \$375,00, respectivamente, por unidade de amostra identificada e anônima.

Outros bancos fornecem fotos dos doadores quando crianças, além do resumo de características inaugurado pelo banco da Califórnia. Na Inglaterra, onde os doadores não podem ser pagos, os tipos de dados fornecidos aos casais são semelhantes àqueles que os bancos brasileiros costumam oferecer. Altura, peso, cor da pele, hobbies, tipo sanguíneo e religião (Costa, 2004).

Desses modos distintos de manejar o anonimato de doadores decorrem medos. Quero ressaltar que dois direitos - o direito à identidade, fornecido, nesse caso através do conhecimento biogenético; e o direito à privacidade estão se entrecruzando. É preciso notar que a sobreposição desses dois direitos, no contexto da dissolução do anonimato de doadores, acaba criando um lócus no qual “ter” direito não é o centro do debate, mas o julgamento de qual direito é mais ou menos primordial¹³.

Assim, para solucionar esse problema, optou-se pela passagem da prática à proibição do anonimato de doadores. Trata-se de uma tentativa de colocar os pingos nos “is” quanto ao uso das NTR e clarificar a diferença subliminar entre pais e doadores. Os direitos da criança protagonizam o campo retórico dessa normalização. Contudo, tanto nas novas tecnologias reprodutivas quanto na adoção a criança vem para satisfazer o desejo da família (Ramírez-Gálvez, 2006).

É justamente nesse ponto que as experiências com adoção e questões relativas ao conhecimento da origem biogenética de filhos adotivos que encontramos uma experiência paradoxal. Há, desde 1954, associações norte-americanas de filhos adotivos que exigem informação sobre suas origens e a possibilidade de contato com a sua família biológica (Modell, 1994). Essa experiência de filhos adotivos pode ser posta lado a lado com o site¹⁴, que engloba inúmeros países, criado para unir filhos dos mesmos doadores de gametas, com base nas poucas informações que recebem dos bancos de sêmen. Destacamos, mais uma vez, que os bancos de sêmen estadunidenses já possuem a

¹³ E por que não dizer, qual direito está produzindo mais e menos humanos? (Fonseca e Cardarello, 1999)

¹⁴ <http://www.donorsiblingregistry.com>

possibilidade de optar pela identificação do doador. No Brasil, a primeira associação com o intuito de localizar pais biológicos de filhos adotivos acaba de ser fundada (em junho de 2007)¹⁵. Enquanto esse debate não chega ao público brasileiro geral, entre os profissionais da saúde, a possibilidade de dissolução do anonimato de doadores de gametas produz angústias.

É importante ressaltar que a doação de gametas é um procedimento “complementar”¹⁶ que, no contexto de desenvolvimento da RA, foi muito questionado nos diferentes países. Esses questionamentos estão centrados naquilo que Salém (1995) chama de “terceira parte da procriação”. Ou seja, a entrada de um “elemento a mais” – o doador –, por mais que fosse necessário, não foi bem recebida, até mesmo dentro da comunidade científica e profissional. Muitos profissionais consideraram que se tratava de uma intervenção que ia de encontro à “natureza”. A solução encontrada para explorar essa possibilidade e manter a “naturalidade” do processo procriativo foi tomar o doador como essencialmente anônimo.

No entanto, como já foi apontado, ocorreu uma mudança nos discursos. Essas mudanças passaram a valorizar o “direito a identidade” que está se traduzido na RA como o direito a conhecer a origem biogenética. Embasada nos direitos da criança, a Inglaterra foi um dos países precursores na reavaliação de suas práticas de doação e passou por um longo período de debates que levou à dissolução do anonimato de doadores – em vigor a partir de abril de 2005. Pode-se configurar a situação atual como um retorno às tensões que emergiram juntamente com as possibilidades de doações. Sugere-se que, se num primeiro momento, havia certa resistência quanto ao uso de gametas doados, as dúvidas foram rapidamente superadas até época recente, quando por motivos diferentes – i.e., o medo e incerteza ligados à questão do anonimato do doador *versus* o direito da criança a conhecer suas origens – o uso de material heterólogo passou a ser novamente um problema. Aqui é meu objetivo discutir como o uso de doadores e movimentos recentes para a quebra do anonimato dos mesmos são significados e dialogam com concepções diferentes de família no Brasil e se constituem enquanto uma retórica não apenas de direitos, mas também de direitos humanos.

¹⁵ Ver : <http://www.filhosadotivosdobrasil.com.br>

¹⁶ Colocamos a palavra entre aspas, pois, trata-se de um termo utilizado pelos profissionais da saúde para se referirem aos procedimentos que foram incorporados posteriormente às NTR e mais especificamente à Fertilização *in vitro*. Desse modo, são entendidos como complementares ainda que ocupem lugar central na RA.

Vale ressaltar que as trocas ou doações de óvulos são uma prática relativamente recente na história da reprodução medicalmente assistida. Foi em 1983 que nasceu o primeiro bebê fruto dessa prática, porém, ainda não foram aperfeiçoadas as técnicas de congelamento de óvulos (Corrêa, 2000). Assim, as doações de óvulos são realizadas “a fresco” e, dessa forma, têm implicado em maior proximidade física entre doadores e receptores no momento de transferência. Konrad (2005), refletindo sobre o caso britânico, acredita que a própria distinção entre doação de óvulos e doação de sêmen está no fato dos óvulos terem uma trajetória biográfica compartilhada com as mulheres que os carregam. Cabe lembrar que o requisito do anonimato para doação de óvulos só tem sido dispensado nos Estados Unidos.

O MOMENTO DE DECIDIR PELO USO DE UM DOADOR: UMA OPÇÃO DIFÍCIL

O fracasso das técnicas é retratado pelos profissionais entrevistados como um dos momentos mais difíceis na sua relação com os usuários das NTR. A maioria dos profissionais afirma que há uma espécie de negociação entre as tentativas de uso dessas técnicas. Quando os medicamentos para estimulação de ovulação não produzem o efeito desejado, ou os óvulos produzidos não possuem “boa qualidade”; ou ainda, quando o número de espermatozóides móveis é baixo e não se obtém sucesso utilizando esses gametas através da ICSI ou FIV – é chegado o momento de se negociar doadores. Todavia, não existe uma regra que determine precisamente qual é esse momento. Essa imprecisão transforma o uso de doadores em uma “recomendação” ou um conselho que pode ser protelado.

Para Dr. Fabiano, o momento de usar doadores é muitas vezes adiado, pois,

“existem vários casos em que a melhor opção seria um doador, mas geralmente *os casais preferem utilizar todas as possibilidades* antes de passar para a doação. Isso todos os casais... não interessa se é intelectualizado ou mais humilde (Fabiano, médico, clínica Gemenon)”

Portanto, segundo esse profissional, a negociação do uso do doador é um passo importante dentro do tratamento e raramente é aceito com tranquilidade. Dr. Maurício me explica o porquê dessa intranquilidade afirmando que “*A genética é importante. E o ideal que as famílias buscam é ter um filho seu. Geneticamente [seu]. Se não for possível se tenta com doador.*” (Maurício, médico, clínica Aquária).

Para boa parte dos profissionais entrevistados, há ainda um outro fator que tem peso favorável na insistência do uso de NTR nessa complexa equação: a experiência da gestação. Assim, depois da passagem por esse período angustiante de decisão, as doações de gametas são colocadas em prática. Nesses procedimentos emerge uma outra e importante questão: o anonimato do doador.

ENTRE PRÓS E CONTRAS: POSICIONAMENTOS QUANTO AO ANONIMATO DE DOADORES

Quando se opta por fazer uso de doador, pairam no campo da reprodução assistida algumas incertezas. Essas incertezas decorrem, em grande parte, da repercussão da dissolução do anonimato de doadores na Inglaterra, país que exerce grande influência no campo da RA, não apenas por sua importância histórica como o berço do primeiro bebê de proveta, mas também, pelo tipo de discussão e preocupação com a ética, que teve seu auge na discussão do Relatório Warnock¹⁷. Para Karina, depois que a Inglaterra “quebrou” o anonimato, as clínicas de RA precisam manter-se muito bem documentadas, pois,

“esse temor da quebra é como andar com uma faca na cabeça... e isso é muito ruim. Por isso, eu acho que o Brasil está muito atrás em termo de lei. É preciso uma lei clara e, acima de tudo, essa lei precisa respeitar os contratos anteriores.” (Karina, embriologista, clínica Gemenon)

Nesse contexto, como enfatizado por Karina, a necessidade de uma legislação específica pode ser essencial para acalmar os ânimos pela determinação de um posicionamento mais claro. Existem divergências entre os profissionais entrevistados quanto à dissolução do anonimato. Para os favoráveis a essa questão, há uma preocupação com o funcionamento do banco de sêmen e com a falta de fiscalização em relação ao seu uso. Para o médico Lázaro, o banco de sêmen que é usado pelas clínicas é muito pequeno:

“No Brasil tu não tens nenhum banco *real* funcionando, *público*, de doação de gametas. Tem um banco que é o do [...] em São Paulo, só que tem que pagar para pegar, para eles te disponibilizarem os gametas. Não tem uma

¹⁷ Comitê interdisciplinar, coordenado por Mary Warnock que buscou estabelecer, a pedido do governo da Inglaterra, os limites éticos nas práticas de RA e embasou os parâmetros da lei britânica de 1990 (The Human Fertilisation and Embriology Act) e a criação da The Human Fertilisation and Embriology Authority (HFEA).

coisa organizada [...] Tem uma coisa que teoricamente até existe no papel, mas o que existe de fato... [é] meia-boca.” (Lázaro, médico, clínica Picon)

De forma semelhante à de Lázaro, Karina (embriologista da clínica Gemenon), apesar de contrária à dissolução do anonimato, tem dúvidas quanto ao funcionamento desse banco de sêmen. No entanto, seu maior temor é que o número de nascidos por doador não seja respeitado. O banco de sêmen citado pelo profissional acima é o banco responsável pelo fornecimento de gametas masculinos para 80 das 117 clínicas de reprodução assistida no Brasil, segundo dados já apresentados¹⁸. Para o CFM, na resolução anteriormente referida, os bancos de sêmen devem ter registro de gestações e nascimentos, com o intuito de tomar o cuidado de que cada doador produza no máximo duas gestações de sexos diferentes numa área de um milhão de habitantes.

Enquanto a técnica de congelamento de óvulos ainda não for aperfeiçoada – e, portanto, não existir “banco de oócitos” –, a doação de gametas femininos ocorre a partir da “doação compartilhada”. As implicações e especificidades da doação de óvulos já foram abordadas por nós. Contudo, é importante ressaltar que mesmo frente às dificuldades inerentes à doação masculina e feminina, a utilização de gametas heterólogos aparece como uma alternativa aberta. Nesse caso, o anonimato é entendido por muitos profissionais como condição necessária para que os casais aceitem esse procedimento. Os profissionais que se pronunciam contra a quebra de anonimato de doadores acreditam nisso. Segundo George, que atua como embriologista na clínica Sagittaron,

“Algo que se discute muito [entre os profissionais] são essas doações, tanto de sêmen quanto de óvulos. Há um movimento querendo que não tenha anonimato. *Não tendo anonimato ninguém vai doar e ninguém vai receber.* Haverá uma restrição muito grande da aplicação [das técnicas]. O doador de sêmen não vai doar sabendo que depois o filho vai poder identificá-lo. Mesma coisa é a doação de óvulos, mesmo quem vai receber não vai querer receber um óvulo identificado. Isso limita em muito a aplicação da técnica. Isso não é uma solução para as pessoas que não têm outro meio de obter um filho.” (George, embriologista, clínica Sagittaron)

Esse posicionamento pode causar a impressão de que, na prática, a doação de gametas só pode existir se tiver como par o anonimato, seja para os doadores, seja para os receptores. Além disso, ela nos dá a impressão de que a doação de gametas jamais foi praticada com identificação. No entanto, é preciso lembrar as práticas estadunidenses,

¹⁸ Os profissionais entrevistados demonstraram ter conhecimento da existência de outro banco de sêmen, também privado, para fins de doação no Brasil. No entanto, nenhuma das clínicas com as quais tivemos contato fez uso desse banco. Cabe salientar ainda, que o serviço público de RA do estado não realiza procedimentos com gametas heterólogos.

nas quais, não só o anonimato é uma escolha como a própria doação pode partir de parentes ou amigos (Thompson, 2001; 2005). Agrega-se à opinião de George a de Karina. Essa profissional acredita que:

“se é sigiloso, é sigiloso e ponto... tu não pode quebrar o anonimato assim! Para mim, isso é uma questão emocional... tu é capaz de imaginar os danos que isso poderia causar? O material é o que menos importa... o problema é o emocional... o dano emocional é eterno.”(Karina, embriologista, clínica Gemenon)

Assim, ao mesmo tempo em que acentua o compromisso com os doadores, Karina se preocupa com as consequências emocionais do conhecimento da existência de uma “terceira parte” – como Salém (1995) chama os doadores. Já Dr. Fabiano (também da clínica Gemenon) afirma que não é contra a quebra do anonimato, mas acredita que o Brasil não tenha “uma estrutura social” para isso, no sentido de que esse país não seria capaz de arcar com as consequências jurídicas dessa ação. Por outro lado, ele mesmo pondera a respeito da importância do anonimato para os usuários. Segundo ele:

“Eu acho que o anonimato é importante para os pacientes porque ele não cria vínculo afetivo. Acaba se tornando uma questão puramente técnica: ‘ah, vamos conseguir os gametas’. A família não entra em cheque. É um plano secundário.” (Fabiano, médico, clínica Gemenon)

É justamente o medo de pôr em cheque a “família” que instrumentaliza o posicionamento de Dr Gilberto. Segundo ele, o anonimato é importante por evitar alguns problemas que existem como, por exemplo, na adoção. Esses problemas são muito específicos e dizem respeito à busca pelos “pais verdadeiros” ou biológicos. Karina também acredita que esse temor frente à busca pelas origens atormente os casais no momento de decidir frente à utilização da doação de gametas. No entanto, segundo ela, eles resolvem esse problema porque “adotam o óvulo e o espermatozóide como se fossem deles”. Tal paralelo entre adoção e doação ocorre de forma bastante intensa nas falas dos entrevistados. Cabe então perguntar, em que medida essa comparação nos informa sobre as práticas de doação de gametas e o anonimato desses doadores.

ADOÇÃO E DOAÇÃO: O QUE HÁ EM COMUM?

A comparação feita entre doar e adotar por alguns profissionais diz respeito à própria decisão de utilizar um desses procedimentos, que significa em última instância, um caminho sem volta, frente à irrevogabilidade da adoção e a irreversibilidade da doação. É importante ressaltar que, no que diz respeito à adoção, está em vigor apenas a

adoção plena no Brasil. Esse tipo de adoção, que passou a ser hegemônico a partir do Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) no Brasil, elimina todos os traços da família biológica da certidão de nascimento e é reiterado pela seguinte proposição:

“Artigo 41: A adoção atribui a condição de filho ao adotado, com os mesmos direitos e deveres, inclusive sucessórios, desligando-o de qualquer vínculo com pais e parentes, salvo os impedimentos matrimoniais. (...) Artigo 47 (...) § 1.º O mandato judicial, que será arquivado, cancelará o registro original do adotado. § 2.º Nenhuma observação sobre a origem do ato poderá constar nas certidões do registro.” (Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei Federal 8069/1990).

Falando das mudanças na configuração da adoção e suas práticas no Brasil, Fonseca (2002), aponta que há, no dispositivo legal atual, o desejo de “imitar a natureza” ou copiar uma família “normal” – essa, conforme o modelo hegemônico e tradicional, sendo constituída do “núcleo”: pai, mãe e filhos. Desse modo, não há lugar para outras mães e pais. Se existirem – como no caso de adoção ou de doação heteróloga – devem ser mantidos afastados do cenário, para manter a ilusão de uma família “natural”.

Desse modo, se na adoção parece não ser possível existir vínculos entre os pais biológicos e adotivos, na doação de gametas tampouco pode haver relação entre os doadores e receptores pelas recomendações do CFM. Até mesmo a utilização de gametas de parentes é mal vista por alguns dos médicos e pesquisadores. Seus argumentos residem nos motivos arrolados pela fala abaixo:

“Isso seria muito complicado. Mais complicado do que conhecer o doador. É uma concepção minha. Familiares nós não escolhemos, eles estão ali sempre. Mistura muito. A possibilidade de vir a ter problemas é muito grande. [a pesquisadora pergunta: Existe eventualmente esse desejo de ser um familiar o doador?] Existe. Muitas vezes, mas nunca cedemos. Mas de vez em quando vem alguém pedindo. Seria atender uma solicitação deles, mas poderia criar problemas até para nós. Os doadores e as doadoras ninguém sabe quem são. O doador é anônimo”. (George, embriologista, clínica Sagittaron)

Passando por cima do fato de que a utilização de gametas de parentes é uma demanda dos usuários, essa fala sugere que para que essas práticas de doação obtenham sucesso é necessário o anonimato. Cabe lembrarmos aqui do caso relatado por Allebrandt (2008), no qual uma brasileira prefere importar sêmen de um banco estadunidense porque queria “ver” a foto do doador. Essa situação nos mostra o quão distantes podem estar as recomendações dos profissionais do desejo dos usuários. Acrescenta-se aí que a experiência na doação de gametas, em outros lugares, vem nos mostrar que essa preferência pelo anonimato não é inevitável. Nos Estados Unidos, não apenas a doação de gametas não é necessariamente anônima, mas pode envolver alguém da rede familiar ou de amizade (Thompson, 2005).

Nos Estados Unidos, diferente da prática vigente no Brasil, existe entre as opções legais a adoção *aberta*, tendo como característica distintiva a recusa ao anonimato total. Variam suas formas, mas todas abrem a possibilidade para o contato entre pais biológicos e adotantes através de cartas ou encontros intermediados pela agência de adoção. Na sua forma mais aberta, os próprios pais biológicos fazem a escolha dos pais adotivos. Segundo Modell (1994), os pais que decidem doar seu filho em adoção por meio da adoção aberta se sentem mais seguros por terem a possibilidade de conhecer em parte e até mesmo escolher o destino de seus filhos. Parece que deixar essa escolha exclusivamente a cargo do Estado (ou serviço de adoção)¹⁹ gera intensa insegurança e incerteza. No caso da adoção aberta, trata-se praticamente de uma inversão da adoção “tradicional”, pois são frequentemente os adotantes que são escolhidos. E existe a possibilidade (em certos casos, a exigência) de que os parentes biológicos e adotivos mantenham contato mesmo depois da adoção.

É interessante notar que, no Estatuto da Criança e do Adolescente, além do parágrafo citado anteriormente (em que se argúi a necessidade de exclusão da origem biológica no registro), existe o parágrafo único do Art. 166, que aponta para a possibilidade dos pais serem ouvidos no processo de adoção – podendo opinar a respeito do destino dos filhos. Dito de outro modo, abre-se a possibilidade para a realização de uma adoção “pronta”. Contudo, até agora, não se fala de adoção “aberta”, e na maioria dos debates legais qualquer contato entre pais biológicos e adotantes é visto como problemático. Por outro lado, há uma tendência no campo da adoção atual, não somente de reconhecer o direito da criança a conhecer suas origens, mas também de associar esse conhecimento ao próprio bem-estar da criança.

Chama atenção o fato de que apesar de comparáveis os procedimentos de doação e adoção, a adoção aparece, segundo a maioria dos médicos entrevistados, como última possibilidade para aqueles que desejam ter filhos. Alguns desses profissionais afirmam que a adoção é pouco aceita pelos usuários de NTR. Parece pertinente refletir sobre as distinções que fazem com que a adoção figure como “última” alternativa para os médicos que entrevistamos.

¹⁹ É importante ressaltar que nos Estados Unidos esta escolha pode se dar por meio das agências nacionais ou privadas de adoção, que (tal como os bancos de esperma) são mediadores de contatos e informação entre doador e receptor.

É interessante notar que, para os profissionais entrevistados, a adoção é um processo mais lento e trabalhoso do que o tratamento, tanto pelo tempo como pela burocracia entendida como “tipicamente brasileira”. Frente a essa observação é necessário contrapor os dados obtidos pelos antropólogos que têm estudado os serviços públicos de RA nos quais é possível averiguar que o tempo de espera apenas pelo atendimento pode levar até cinco anos (Allebrandt e Macedo, 2007; Grossi, 2003; Luna, 2007; Nascimento, 2007; Ramírez-Gálvez, 2003; entre outros). Além disso, é preciso acrescentar que mesmo em serviços privados nada garante que se obterá uma gravidez na primeira tentativa. Pelo contrário, os próprios profissionais que entrevistamos apontam que é necessário “adesão” ao tratamento – o que significa: tentar repetidas vezes por um longo período de tempo. Dito de outro modo, a adoção é entendida como um processo lento e trabalhoso, em oposição ao tratamento²⁰ (visto como rápido e eficiente), ignorando-se o fato de que as chances de sucesso por ciclo ainda são inferiores às de fracasso²¹.

Se a diferença de tempo é um importante motivo para explorar os tratamentos de RA em detrimento à adoção, segundo Dr. Lazaro, há ainda outro motivo para os casais preferirem reprodução assistida à adoção. Para ele:

“A pessoa tem que ir... ela tem um ponto final ‘por esse caminho não dá mais’. E daí parte para seguir esse caminho, é um caminho difícil a adoção, não é? Quer dizer, precisa ter uma maturidade muito grande, muito grande do casal em acertar tudo. E depois demora bastante. E é aquela coisa: todos nós queremos o ‘bebê Johnson’, não é? Então é aquela coisa...” (Lázaro, médico, clínica Picon)

Conforme esse entrevistado, antes de recorrer à adoção, o casal precisa ir até “o ponto final” – o que significa percorrer um caminho de busca por novas alternativas e tratamentos. Em referência ao “bebê Johnson” evocado acima, é possível que o médico esteja se referindo ao fato de que, na atual política brasileira, muitas das crianças

²⁰ Luna (2004) tem uma descrição magistral das etapas do tratamento acompanhando as mulheres desde os exames, que são um capítulo a parte por sua complexidade e invasividade, até o tratamento que inclui incontáveis injeções hormonais; para produzir óvulos, para parar a produção, maturar e liberar os oócitos. Essa perspectiva mostra o quão complexos são os manejos das NTR.

²¹ Segundo Córrea (2000) que analisa os dados da Fédération Française de Cecos, a taxa global de sucesso em 1999 por uso de FIV era de 14,5%. Redelara aponta com os dados dos anos de 2003 e 2004 fornecidos espontaneamente por clínicas de RA, abrangendo a América Latina que a taxa global de sucesso de FIV e ICSI é de 25,1%. Dados disponíveis em <http://www.redlara.com/registro.asp>

disponíveis para adoção já são crescidas, não correspondendo mais ao ideal do bebê desejado. Além disso, é interessante notar, na fala de outra profissional, a médica Elen, o quanto recaem sobre as crianças adotáveis as possíveis desvantagens de sua carga genética:

“O que é complicado na adoção é a história da genética. Tu não tem como selecionar a carga genética da criança adotada. E nós sabemos que tem muitas coisas, até sobre comportamento, sobre postura que a criança vai ter ao longo de sua vida que é da genética.” (Elen, médica, clínica Tauron)

Se, por um lado, os genes são transmitidos ou herdados pelos filhos adotados, por outro, a carga genética do doador de gametas parece estar envolta em assepsia. Dele não são transmitidos genes ou, pelo menos, não genes problemáticos. Podemos supor que essa distinção se deve à identificação potencial entre os pais – receptores de gametas – e o doador. Identificação que é encorajada pela informação fornecida, não apenas sobre características fenotípicas, mas também sobre hobbies e profissão. Nesse sentido, Claudia nos informa que:

“Existe o banco de sêmen, lá em São Paulo... Eles têm um catálogo com as características do doador. Então tu põe lá: eu quero um doador... tem lá a altura, cor dos olhos, a cor da pele, a profissão, os principais interesses, os hobbies, se o cara gosta de matemática, ou biologia, ou de história. Tem todo esse perfil aí. E, normalmente, esse perfil psicológico em segundo plano. A ascendência... se tem ascendência italiana ou alemã... têm pessoas que acham que tem diferença. Não basta ser branco... Ou ascendência oriental, indiana, mediterrâneo... Tem toda aquela coisa...” (Claudia, médica, clínica Leonis)

Desse modo, através das características que permitem conhecer o doador, ocorre uma identificação e expectativa de semelhança entre os pais de intenção e doador, assegurada, por sua vez, pelo anonimato. Por outro lado, essa identificação é evitada quando se pensa nos pais biológicos das crianças adotadas, pois, o que se imagina desses pais é uma história de violência e abandono²².

Assim, na ótica dos profissionais que entrevistamos, a adoção se constitui como última opção para aqueles que desejam ter um filho. O uso de espermatozoides heterólogos seria preferível, a condição que os doadores de gametas sejam anônimos. Essa prioridade nos

²² Ver Fonseca e Cardarelli (1999) para uma crítica a essa visão. Segundo a pesquisa realizada por essas autoras na transição do Código do Menor para o ECA, as situações que levavam crianças aos abrigos de proteção eram geralmente sócio-econômicas antes do ECA e depois passaram discursivamente para a categoria “negligência” – numa espécie de eufemização da categoria anterior. Cabe ressaltar que em nenhum dos contextos a categoria “abandono” foi hegemônica.

permite notar que, por mais que o desejo de ter filhos faça com que obstáculos sejam superados, a formação da família deve atender a alguns pressupostos.

Nesse contexto, o anonimato dos doadores é apontado pelos profissionais entrevistados como mais do que necessário: primordial. Tal perspectiva, ao ignorar as demandas inerentes à dissolução do anonimato de doadores para o reconhecimento da importância do conhecimento das origens biogenéticas, parece dissonar dos intensos debates a cerca dos direitos da criança para a construção e implantação do ECA no Brasil.

A ausência de espaço para os direitos da criança nas falas dos profissionais da RA frente ao anonimato de doadores reflete os fins das NTR: “dar” filhos à outrem. Dito de outro modo, na RA o maior objetivo é transformar um casal infértil em um casal com filhos. Reforça-se aí o direito a constituir família como um direito primordial e, oferece-se espaço para o direito a privacidade do doador. Nesse ínterim não há espaço para o direito dos filhos para conhecer as origens. Debate esse, que começa a ganhar espaço no Brasil com a recente investida dos filhos adotivos, já adultos, que se organizam para ter esse direito, há muito reconhecido em outros países, ser reconhecido também aqui. Assim, muito além do reconhecimento da importância do conhecimento biogenético está o reconhecimento de outras possibilidades e muitos outros direitos que se sobrepõe e complementam nessa complexa teia que conjuga reprodução, família, filiação, doadores e, sobretudo, saberes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALLEBRANDT, Débora. **Encobrendo origens, descobrindo relações: Uma análise comparativa acerca do anonimato de doadores de gametas na reprodução assistida.** Dissertação de Mestrado em Antropologia Social. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2008.

_____. “Família, anonimato de doadores e adoção”. In: **Fabricando a vida: implicações éticas, culturais e sociais sobre o uso de novas tecnologias reprodutivas.** Débora Allebrandt e Juliana Lopes de Macedo (orgs) Porto Alegre: Metrópole, 2007.

ALLEBRANDT, Débora; MACEDO, Juliana. “Caminhos percorridos: o acesso as NTRc e suas implicações”. In: **Fabricando a vida: implicações éticas, culturais e sociais sobre o uso de novas tecnologias reprodutivas.** Débora Allebrandt e Juliana Lopes de Macedo (orgs) Porto Alegre: Metrópole, 2007.

ARILHA, Margareth. “Homens: entre a “zoeira” e a “responsabilidade”” In: Arilha, Margareth; Ridenti, Sandra G. Unbehaum; Medrado, Benedito (Orgs.). **Homens e masculinidades: outras palavras**. São Paulo: ECOS/Editora 34, 1998 p. 51-77.

CARSTEN, Janet. “Substantivism, antisubstantivism, and anti-anti-substantivism” . In: **Relative values**. Franklin; McKinnon (orgs). Duke Univ.Press. 2001

CAPP, Edison; CORLETA, Helena Von Eye. GINECOLOGIA {no consultório} Porto Alegre: ARTMED 2008

CFM (Conselho Federal de Medicina). Resolução CFM, nº1.358. São Paulo: CFM. 1992.

COLLARD, Chantal, PARSEVAL, Geneviève de Deiaísi. “La gestation pour autrui: un bricolage des représentations de la paternité et de la maternité euro-américaine” In : L’homme 183, 2007.

CORRÊA, Marilena Villela. “Novas tecnologias reprodutivas: doação de óvulos. O que pode ser novo nesse campo? In: **Cadernos de Saúde pública**, Rio de Janeiro, 16(3) jul-set 2000. p.863-870

_____. **Novas Tecnologias Reprodutivas. Limites da biologia ou bilogia sem limites?** Rio de Janeiro. EdUERJ2001.

COSTA, Rosely Gomes. **Concepção de filhos, concepções de pai**: Algumas reflexões sobre reprodução e gênero. Doutorado. Tese. Campinas: Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Estadual de Campinas. 2001.

_____. “ O que a seleção de doadores de gametas pode nos dizer sobre noções de raça”. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** 14(2): 2004 p. 235-255.

ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente). Lei Federal 8.069/1990.

FONSECA, Claudia; CARDARELLO, Andréa. “Direitos dos mais e menos humanos. In: **Horizontes antropológicos**. Porto Alegre Vol. 5, n. 10 (maio 1999), p. 83-121

FONSECA, Claudia. “Ampliando o círculo de Interlocutores (ou o que um “leigo” tem a ver com discussões de bioética no campo da reprodução assistida)” In: **Fabricando a vida**: implicações éticas, culturais e sociais sobre o uso de novas tecnologias reprodutivas. Débora Allebrandt e Juliana Lopes de Macedo (orgs) Porto Alegre: Metrópole, 2007.

_____. “A verdade que pariu a dúvida: paternidade e DNA”.In:Estudos Feministas/UFSC – v.12, n. 2(maio – agosto). Florianópolis: UFSC, 2004 p.13-34

GEERTZ, Clifford. **O Saber Local: Novos ensaios em antropologia Interpretativa**. Petrópolis: Vozes. 1999.

GROSSI, Miriam Pillar. “Gênero e Parentesco: Famílias Gays e Lésbicas no Brasil. In: **Cadernos Pagu**, nº 23. Campinas: IFICH/Unicamp, 2003.

INHORN, Marcia and BALEN, Frank van (eds.). **Infertility around the globe**. New thinking on childlessness, gender, and reproductive technologies, Berkeley, University of California Press, 2002.

JASANOFF, Sheila. **Designs on Nature**: Science and democracy in Europe and the United States.. Princeton: Princeton University Press, 2005.

KONRAD, Mônica. **Nameless relations**: anonymity, Melanésia and reproductive gift exchange between British ova donors and recipients. New York: Berghahn Books, 2005.

LUNA, Naara lúcia de Albuquerque. **Provetas e clones**: teorias da concepção, pessoa e parentesco nas novas tecnologias reprodutivas. Tese(doutorado em Antropologia Social) Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

MACEDO, Juliana; ALLEBRANDT, Débora; ZÁCHIA, Suzana, et al. “Perfil dos usuários de um serviço público de reprodução assistida” In: **Fabricando a vida**: implicações éticas, culturais e sociais sobre o uso de novas tecnologias reprodutivas. Débora Allebrandt e Juliana Lopes de Macedo (orgs) Porto Alegre: Metrópole, 2007.

MARTIN, Emily. **A mulher no corpo**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

MELHUUS, Marit. “Exchange matters: issue of law and the flow of human substances”. In Erilsen, TH. **Globalization studies in anthropology**. London: Pluto Press. 2001

_____. “‘Better safe than sorry’: Legislating assisted conception in Norway”. In Krohn-Hansen, Christian e Nustad G. Knut (ed.) **State formation: anthropological perspectives**. London: Pluto Press, 2005.

MODELL, Judith. Kinship with strangers: adoption and interpretations of kinship in American culture. Los Angeles: University of California Press, 1994.

NASCIMENTO, Pedro. “Pagando o preço: uma etnografia do acesso ao service público de reprodução assistida em Porto Alegre/ RS” In: **Fabricando a vida**: implicações éticas, culturais e sociais sobre o uso de novas tecnologias reprodutivas. Débora Allebrandt e Juliana Lopes de Macedo (orgs) Porto Alegre: Metrópole, 2007.

PASQUALOTTO, Fábio Firmbach. “Investigação e reprodução assistida no tratamento da infertilidade masculina” **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v.29 n.2, 2007.

RAMÍREZ-GÁLVEZ, Martha Célia. **Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas**: Fabricando a vida, fabricando o futuro. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2003

_____. **Exclusões e deslocamentos**: reprodução assistida e adoção de crianças. Relatório de pesquisa de Pós Doutorado, São Paulo: Cebrap, 2006.

SALÉM, Tânia. “O princípio do anonimato na inseminação artificial com doador (IAD): das tensões entre natureza e cultura” In: **Physis** – Revista de Saúde coletiva, vol5 n.1, 1995

SCAVONE , Lucila. “Tecnologias Reprodutivas: novas escolhas, antigos conflitos”. In: **Cadernos PAGU**, no. 10, 1998, p. 83-112.

STRATHERN, Marlyn. **Reproducing the Future**: Essays on Anthropology, kinship and the new reproductive technologies. Manchester: Manchester University Press, 1992.

_____. “Displacing knowledge”. In: GINSBURG, Faye D. and Rayna RAPP (orgs.) **Conceiving the New World Order**: the global politics of reproduction. Berkeley: University of California Press.1995a

_____. "Necessidade de pais, necessidade de mães". **Revista de Estudos Feministas** vol. 3, n.2, 1995b p. 303-329

_____. Property, substance and effect: anthropological essays on persons and things. The Athlone Press, 1999.

TAMANINI, Marlene. “Do sexo cronometrado ao casal infértil” In: In: M. Grossi, R. Porto e M. Tamanini(orgs.). **Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: questões e desafios**. Brasília: Letras Livres. 2003

_____. “Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: Bioética e Controvérsias”. In: Estudos Feministas, 12 (1). Janeiro/abril de 2004, p. 73-107.

TAYLOR, Janelle. “Image of contradiction: obstetrical ultrasound in American culture”.. In **Reproducing reproduction**: Kinship, power, and technological innovation (S. Franklin e H. Ragoné, orgs.). Philadelphia: Univ. de Penn. Press. 1998.

THOMPSON, Charis. “Strategic naturalizing: kinship in an infertility clinic.” In: **Relative values** (Franklin e McKinnon, orgs.) Duke Univ. Press. 2001.

_____.**Making parents**: the ontological choreography of reproductive technologies. London: MIT Press. 2005.

YNGVESSON, Barbara. “Parentesco reconfigurado no espaço da adoção” In: **Cadernos Pagu**, n.29, jul-dez de 2007.