

# 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 parente.

**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 despendar 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>.