Claudia Inês Aparecida Da Lozzo

FATORES QUE ENVOLVEM O ALCANCE DA MATERNIDADE POR MEIO DE MATERIAL GENÉTICO DE TERCEIROS

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, para a obtenção do título de Doutora em Ciências.

São Paulo

2017

Claudia Inês Aparecida Da Lozzo

FATORES QUE ENVOLVEM O ALCANCE DA MATERNIDADE POR MEIO DE MATERIAL GENÉTICO DE TERCEIROS

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, para a obtenção do título de Doutora em Ciências.
Orientadora: Profª. Drª. Wilza Vieira Villela.

São Paulo

2017

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Prof. Antonio Rubino de Azevedo,
Campus São Paulo da Universidade Federal de São Paulo, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Da Lozzo, Claudia Inês Aparecida
FATORES QUE ENVOLVEM O ALCANCE DA MATERNIDADE POR MEIO DE MATERIAL GENÉTICO DE TERCEIROS / Claudia Inês Aparecida Da Lozzo. - São Paulo, 2017.
vi, 126f.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Título em inglês: FACTORS INVOLVING THE REACH OF MATERNITY THROUGH THIRD PARTY GENETIC MATERIALS.

1. Reprodução Humana Assistida.. 2. Ovodoação. 3. Comunicação Virtual. 4. Infertilidade. 5. . Maternidade Monoparental..

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Chefe do Departamento: Profª. Dra. Rosemarie Andreazza.

Coordenador do Curso de Pós-Graduação: Profº. Dr. Pedro Paulo Gomes Pereira.

Claudia Inês Aparecida Da Lozzo

FATORES QUE ENVOLVEM O ALCANCE DA MATERNIDADE POR MEIO DE MATERIAL GENÉTICO DE TERCEIROS

Presidente da banca:

Profª. Dra. Wilza Vieira Villela

Banca examinadora:

Profª. Dra. Amália Suzana Kalckmann

Profª. Dra. Cláudia Medeiros de Castro

Profª. Dra. Lúcia Yasuko Izumi Nichiata

Profª. Dra. Sara Mota Borges Bottino

Agradecimentos

À Profª. Drª. Wilza Vieira Villela, meus sinceros agradecimentos por ter acreditado na minha força de vontade e perseverança que deram alicerce ao trabalho, além da orientação de ordem acadêmica possibilitando a conclusão do doutorado.

Ao Prof. Dr. Pedro Paulo que me encorajou no momento certo a superar os diversos desafios da vida acadêmica.

À Profª. Drª. Eleonora Menicucci que viabilizou o início da jornada rumo ao doutorado.

À sempre presente e prestativa Sandra Fagundes da Secretaria de Pós-Graduação da Saúde Coletiva, pelo valioso apoio e assessoramento nas várias etapas desta Pesquisa.

Ao saudoso Prof. Mario Alfredo De Marco, a quem presto sincera homenagem e agradecimento por todo apoio, incentivo e orientação sobretudo na fase embrionária da pesquisa viabilizando meu ingresso na Pós-Graduação.

Às queridas tias Maria Cecília Da Lozzo Garbelini e Célia Da Lozzo Lopes, colegas de profissão e também pertencentes ao universo acadêmico que com muito carinho incentivaram, colaboraram e acompanharam de perto os vários desdobramentos da Pesquisa desde a idealização até a materialização deste sonho.

Aos valiosos amigos e amigas assim como familiares, em especial meus pais Maria Inês e Valter, irmãs, Carmen e Alessandra, filhos, Vitor e Paulo e sobrinhos Carolina, Alexandre e Anna Laura, que contribuíram com amor, atos e palavras, de toda ordem, a todo o momento, participando na essência desta longa e valiosa jornada acadêmica!

Sumário

Agradecimentos ..... **V**
Sumário ..... **VI**
Lista de gráficos ..... **VIII**
Lista de siglas ..... **IX**
Resumo ..... **X**
Abstract ..... **XI**
1 INTRODUÇÃO **1**
1.1 Objetivos **4**
2 CONTEXTUALIZAÇÃO **5**
2.1 Fatores que envolvem o alcance da maternidade por meio de material genético de terceiros. **5**
2.1.1 De ordem pessoal 5
2.1.1.1 A idade biológica 6
2.1.1.2 Uso da RHA quando falta um parceiro 8
2.1.1.3 Uso da RHA em casos de infertilidade 10
2.1.1.4 Valores construídos a respeito da maternidade 11
2.1.1.5 Tomada de decisão: adoção ou uso de técnicas de RHA 12
2.1.1.6 Revelar ou não a utilização de células doadas 14
2.1.1.7 A construção sociocultural relacionada à consanguinidade e laços familiares socioafetivos 17
2.1.2 Ordem técnica científica das técnicas de RHA 19
2.1.2.1 Breve histórico da RHA 19
2.1.2.2 Técnicas de RHA 20
2.1.2.3 A RHA no Brasil 24
2.1.3 De ordem legal e jurídica 26
2.1.3.1 Aspectos legais e jurídicos que permeiam a RHA. 26
2.1.3.2 O atendimento integral assegurado pelo SUS 35
2.1.3.3 Aspectos bioéticos relacionados aos usuários e procedimentos 38
2.1.3.4 Destino dos oócitos e dos pré-embriões excedentes 42
2.1.3.5 Procedimentos bioéticos relacionados às clínicas que realizam a RHA 47
2.1.3.6 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 48
2.2 A utilização de redes sociais: *blogs* e *sites* **53**

2.3 A proposta deste trabalho 55
3. MÉTODO **58**
3.1 Tipo de estudo **58**
3.2 Participantes do estudo **58**
3.3 Contexto de realização do estudo **58**
3.4 Instrumento de coleta das informações **60**
3.5 Análise das informações **60**
3.6 Aspectos éticos **60**
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO **61**
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS **95**
6 REFERÊNCIAS **99**
Anexo 1 TCLE **109**
Anexo 2 Termo de Consentimento do responsável pela Clínica Fertilivitá. **111**
Anexo 3 Termo de Consentimento do Hospital Pérola Byington. **112**
Anexo 4 Parecer do CEP **113**
Apêndice 1 Roteiro da entrevista semiestruturada **117**

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Classificação dos acessos por tema de interesse, no *Blog* Maternidade Independente..... 66

Gráfico 2 Motivos declarados quanto à utilização de células doadas para alcançar a maternidade de acordo com os relatos no *Blog* Maternidade Independente..... 71

Gráfico 3 Indicadores referentes à utilização de técnicas de RHA heteróloga mencionadas no *Blog* Maternidade Independente..... 74

Gráfico 4 Classificação dos acessos por tema de interesse no Blog brasil. babycenter.com..... 81

Gráfico 5 Motivos declarados quanto à utilização de células doadas para alcançar a maternidade de acordo com relatos no *Blog* brasil. babycenter.com..... 87

Gráfico 6 Indicadores referentes à utilização de técnicas de RHA heteróloga mencionadas no *Blog* brasil.babycenter.com..... 90

LISTA DE SIGLAS

Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BCTGs	Bancos de Células e Tecidos Germinativos
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
FSH	Hormônio Folículo Estimulante
FIV	Fertilização *in vitro*
IA	Inseminação artificial
ICS	*Intracytoplasmic Sperm Injection*
IIU	Inseminação intrauterina
OMS	Organização Mundial da Saúde
PDG	Diagnóstico Pré-Implantacional
RA	Reprodução Assistida
SisEmbrio	Sistema Nacional de Produção de Embriões
SUS	Sistema Único de Saúde
TRA	Tecnologias de Reprodução Assistida
UBS	Unidade Básica de Saúde
Unifesp	Universidade Federal de São Paulo

RESUMO

Introdução: Mulheres que apresentam impossibilidade ou dificuldade para engravidar muitas vezes recorrem às técnicas de reprodução humana assistida (RHA). A tomada de decisão quanto à utilização da RHA com ovodoação pressupõe o rompimento de paradigmas e representações sobre a transmissão sanguínea/ genética e a ideia de que a maternidade inclui a experiência da gestação e parto. Considerando a RHA heteróloga como tema contemporâneo e polêmico, mulheres interessadas podem buscar nas mídias sociais, *blogs*, *websites* de clínicas particulares e hospitais públicos informações para subsidiar sua tomada de decisão. **Objetivo**: Esta pesquisa teve como objetivo identificar alguns dos obstáculos enfrentados por mulheres que buscam a maternidade utilizando material genético de terceiros. **Método**: O estudo teve como foco depoimentos disponíveis em dois espaços virtuais voltados para mulheres envolvidas no processo de RHA heteróloga. Os comentários realizados pelas participantes foram analisados e categorizados considerando as barreiras enfrentadas referentes às vivências e dúvidas quanto aos seus projetos de maternidade. **Resultados**: A análise dos relatos possibilitou identificar alguns dos obstáculos, objetivos e subjetivos, enfrentados por mulheres que buscavam a maternidade com a utilização de material genético de terceiros, valorizando o *blog* como espaço de circulação de informação e socialização. Pode-se destacar a importância do espaço virtual em diversas situações: incentivo ao processo de tomada de decisão, ou não, quanto à RHA heteróloga para alcançar a maternidade; necessidade de vínculo genético, ou não, para a construção da família; construção sociocultural relacionada à consanguinidade e laços familiares; solidariedade diante das vivências relatadas; socialização de experiências e compartilhamento do conhecimento construído; apoio a outras mulheres; doação compartilhada de oócitos como solução para diminuição de custos do tratamento de alta tecnologia; enfrentamento do preconceito quanto à utilização de gametas doados; exposição do diagnóstico de infertilidade para realizar a maternidade monoparental; discussão sobre a idade e certas patologias como fatores de restrição à maternidade. **Conclusão**: Os *blogs* têm sido um importante fórum de discussões onde há compartilhamento de dúvidas, conhecimentos e explicitação das ambiguidades em relação ao tema. O anonimato parece favorecer essas trocas. Informações somadas a experiências podem proporcionar reflexões a respeito da RHA, favorecendo a desconstrução de barreiras e a mudança de valores e atitudes relativas a esse tema.

Palavras-chave: Reprodução Humana Assistida. Ovodoação. Comunicação Virtual. Infertilidade. Maternidade Monoparental.

ABSTRACT

Introduction: Women who can't get pregnant or face some difficulties for it, sometimes search for assisted reproduction techniques (AHR). To make the decision to use the Assisted Human Reproduction (AHR) with the donation of oocyte, requires the breaking of paradigms and representations of blood / genetic transmission and the acceptance of the idea that having a child means the experience of pregnancy and birth. Considering AHR a different and controversial contemporary theme, interested women can search for private clinics, hospitals and public information in social medias, blogs and websites that will help them making their decision. **Objective**: The purpose of this research is to identify some obstacles faced by women who desire the motherhood by using other people's genetic material. **Method**: The essay had a focus on available collected testimonies from two selected virtual space aimed at women involved with the AHR process. The participants' comments were examined and classified considering the obstacles they had about their experience and doubts related to their motherhood projects. **Results**: The reports analysis permitted the identification of a series of objective and subjective problems faced by women who wanted the motherhood with the donation of genetic material, and appreciating blogs as a place to exchange and share information. The virtual space is important in many situations: encouragement to the process of decision, or not, related to the AHR to get the pregnancy; genetic relationship needs, or not, to build a family; sociocultural development related to blood and family bonds; sympathy before the related experiences; sharing the experiences and knowledge built; support to other women; oocyte donation as a solution to an expensive high technological treatment; facing the prejudice about the use of given gametes; exposing the diagnostic of infertility to do the single parent motherhood; discussion about age and some disorders as restriction factors to motherhood. **Conclusion**: Blogs have been an important discussion forum where it is possible to share doubts, to know and explain the ambiguity ideas about the theme. Anonymity seems to benefit the experiences exchanged. Information allied to experiences may provide observation about AHR, and help to deconstruct barriers and change values and attitudes about this theme.

Keywords: Assisted Human Reproduction. Oocyte Donation. Virtual Communication. Infertility. Single parent maternity.

1 INTRODUÇÃO

Para a maioria das mulheres, a capacidade de reprodução é um fato natural e a gravidez acontece como consequência de uma vida sexual ativa sem uso de métodos contraceptivos. A maternidade é entendida como continuidade da vida, como forma de constituir um núcleo familiar e, para algumas mulheres, é a realização de um sonho vinculado ao estado gestacional e a maternagem (LUNA, 2002; OLIVEIRA *et al*., 2013; BADALOTTI, 2010).

Mulheres que enfrentam a impossibilidade ou dificuldade para engravidar por meio de relações sexuais vivenciam uma complexidade de sentimentos que geralmente resultam em três comportamentos distintos: (i) recorrem às técnicas de reprodução assistida como meio de solução; (ii) aceitam sua dificuldade e desistem de ter filhos; (iii) buscam a adoção, assumindo que a concepção, a gestação e o parto não possuem valor maior do que a construção de laços socioafetivos entre a mulher e a criança. Assim, um número significativo de mulheres recorre a processos biotecnológicos para tentar a reprodução ante a incapacidade de conceber ou gestar (LUNA, 2002; OLIVEIRA *et al*., 2013).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1992), a infertilidade ocorre em 8% a 15% dos casais, podendo ser definida como a inabilidade de concepção, após um ano de relação sexual sem contraceptivos (DZIK *et al*., 2011). Na população do Brasil, pelo censo realizado em 2000, como citado por Badalotti (2010), havia perto de 170 milhões de pessoas e um entre cada seis casais apresentava infertilidade, aproximadamente 6,5 milhões de pessoas, com o surgimento de 500 mil novos casais inférteis ao ano.

O desejo de procriação impulsionou o desenvolvimento de técnicas de Reprodução Humana Assistida (RHA), com o objetivo de solucionar problemas de infertilidade da mulher, do homem ou mesmo do casal (MAKUCH e FILETTO, 2010). Após a constatação da impossibilidade de uma gestação, sem uso de contracepção, cabe à mulher ou ao casal escolher entre recorrer às técnicas de reprodução assistida ou realizar a adoção para concretizar a maternidade.

As técnicas utilizadas de RHA são classificadas como de baixa ou de alta complexidade, sendo a primeira quando a fecundação ocorre no interior do organismo feminino (como na inseminação artificial - IA) e a segunda quando a

fecundação ocorre fora do corpo da mulher, denominada Fertilização *in vitro* (FIV). Em ambos os casos, podem ser utilizados gametas das pessoas envolvidas, FIV homóloga, ou gametas de doadores anônimos, técnica designada FIV heteróloga. A FIV heteróloga pode ser empregada por: (i) mulheres ou casais com dificuldades em relação aos próprios gametas; (ii) mulheres que desejam engravidar, mas não têm parceiro; (iii) relacionamentos homoafetivos; (iv) pessoas que passaram por tratamento quimioterápico; e, por fim (v), demais situações que possam afetar a integridade dos gametas (DZIK *et al*., 2011).

As mulheres que buscam superar suas dificuldades de concepção e ou gestação por meio da RHA, em qualquer das suas modalidades homólogas ou heteróloga, necessitam entendimento de todas as fases do processo que inclui a investigação macroscópica, microscópica e bioquímica em seu organismo bem como o monitoramento das suas reações a cada um dos procedimentos realizados (MAKUCH e FILETTO, 2010).

Diante do estigma social que ronda a infertilidade feminina e a idealização quanto à gestação e à maternidade, muitas mulheres optam pela RHA, mesmo conscientes do desgaste, visto que as técnicas implicam um longo período de investigação, tentativas e trajetórias distintas. Para tanto, as pessoas envolvidas necessitam ser esclarecidas sobre os benefícios e riscos relacionados à utilização de técnicas reprodutivas e, sobretudo, devem saber sobre os mecanismos legais que asseguram os direitos e deveres relacionados às pessoas envolvidas no processo. Da mesma forma, a adoção também deve acontecer após processos de reflexão e esclarecimento. Obviamente que, em ambos os casos, a decisão deverá refletir na responsabilidade legal, emocional, financeira e social assumida (LUNA 2002; BRAGA e AMAZONAS, 2005; BADALOTTI, 2010; OLIVEIRA *et al*., 2013).

Reconhecendo a saúde de forma integral, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou as Resoluções: CFM nº. 1.957/2010, CFM nº. 2.013/2013, e posteriormente CFM nº. 2.121/2015 que consideram a infertilidade humana um problema de saúde que acarreta implicações médicas e psicológicas.

Quando a RHA é a melhor alternativa, é necessário o rompimento de paradigmas e representações sobre a transmissão sanguínea/genética e concordância com a ideia de que ter filhos inclui a experiência da gestação e parto. Eventualmente, a melhor alternativa pode ser a realização de inseminação artificial

ou FIV heteróloga que exige da mulher ou do casal a desconstrução de conceitos relacionados à transmissão biológica de suas características físicas, morais e comportamentais e a aceitação de gametas ou embriões doados (LUNA, 2005).

Um dos procedimentos utilizados para vivenciar a gestação e a maternidade é a ovodoação, que vem sendo utilizado no Brasil há mais de uma década. Por meio da ovodoação, nasce não só uma criança, mas também uma família com características próprias, já que a mulher tem a vivência da gestação sem possuir ligação genética com o filho, ao passo que o homem é o pai biológico. A tomada de decisão e a aceitação ou não de gametas doados está diretamente relacionada aos obstáculos vivenciados, como também aos mecanismos de enfrentamento desenvolvidos no decorrer da trajetória para o alcance da maternidade (MONTAGNINI, MALERBI, CEDENHO, 2012).

A aceitação da vivência de gerar filhos sem transmissão de material genético próprio, ou seja, a RHA, desencadeia inúmeros sentimentos nos envolvidos como questionamentos internalizados e conflitos externos quanto a: (i) segurança do procedimento técnico; (ii) doador(a); (iii) anonimato (iv) a aceitação de amigos e familiares (SAMRSLA *et al*., 2007; MEIRELLES, *et al*., 2011; PARAMES*, et al*., 2014; BRASIL, CFM, 2015).

Todavia, entre o desejo em constituir uma família, a constatação da necessidade de tratamento especializado para tornar possível esse desejo e a decisão de buscar a RHA, alguns obstáculos devem ser superados: fatores biológicos, contexto sociocultural, recursos financeiros, capacidade emocional de enfrentamento das dificuldades, acesso ao atendimento no Sistema Único de Saúde ou rede privada, entre outros. Assim, os interessados em RHA podem buscar nas mídias sociais, *blogs*, *websites* de clínicas particulares e hospitais públicos informações para subsidiar sua tomada de decisão. Portanto, na intenção de desvendar as questões envolvidas na maternidade através de material genético de terceiros, decidiu-se investigar a seguinte questão norteadora: é possível identificar, por meio de relatos no meio virtual, os obstáculos a serem vencidos, troca de experiências e informações quando são empregadas técnicas de RHA?

1.1 Objetivos

Objetivo Geral

Identificar o conjunto de obstáculos enfrentados por mulheres que buscam alcançar a maternidade através de material genético de terceiros mediante Reprodução Humana Assistida heteróloga.

Objetivos Específicos

Identificar os diferentes mecanismos psicoemocionais desenvolvidos para a busca de solução de problemas relacionados à infertilidade, que resultaram na tomada de decisão e aceitação de gametas doados.

Identificar os motivos que levaram à escolha de células doadas para alcançar a maternidade ao invés da adoção de uma criança.

Identificar o posicionamento da mãe diante da decisão de revelar ou não, ao(à) filho(a), quanto à utilização de células doadas para o seu nascimento.

Analisar a importância do espaço virtual para a circulação de informações, a troca de experiências, a liberdade de expressão, o apoio e a tomada de decisão quanto à maternidade alcançada por meio da RHA heteróloga.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO

A RHA é um tema contemporâneo, polêmico que reflete o contexto sociocultural das sociedades, não somente nos aspectos bioéticos e legais, mas também nos aspectos relacionados às políticas públicas e aos constantes avanços biotecnológicos justificando assim a pesquisa constante (HENRIQUE e LEITE, 2014).

Visando situar o objetivo deste estudo, foi realizado levantamento bibliográfico incluindo artigos publicados em periódicos científicos nacionais e internacionais, livros, teses e dissertações sobre o tema, Relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões e de Conferências Internacionais e Nacionais relativas à questão no período de 2010 a 2015. Foram também analisadas as Resoluções do Conselho Federal de Medicina de 1992, 2010, 2013 e 2015, a Constituição Brasileira e o Código Civil.

Algumas publicações anteriores ao período definido para a busca bibliográfica também foram consideradas. Trata-se de material organizado em tópicos e apresentados de forma narrativa: de ordem pessoal, ordem técnica científica, ordem legal e jurídica. Organização realizada em virtude da sua importância como fonte de informação e ponto de partida para análise e reflexão acerca da RHA com material genético de terceiros, bem como a investigação dos obstáculos enfrentados pelas mulheres para alcançar a maternidade.

2.1 Fatores que envolvem o alcance da maternidade por meio de material genético de terceiros

2.1.1 De ordem pessoal

Dentre os obstáculos de ordem pessoal abordados na literatura pesquisada, devem ser ponderados: (i) a idade biológica como limitador da concepção e gestação; (ii) a falta de um parceiro; (iii) casos de infertilidade feminina e masculina; (iv) os valores construídos a respeito da maternidade; (v) a decisão em buscar a maternidade por meio da adoção ou de técnicas de RHA; e (vi) a decisão em revelar ou não ao filho(a) sobre a utilização de células doadas; (vii) a construção sociocultural relacionada à consanguinidade e laços familiares sócios afetivos

2.1.1.1 A idade biológica

Estudos comprovam que a idade é um dos fatores que limitam e distanciam a realização da maternidade. A idade para conceber é diferente quando observada em relação ao aspecto fisiológico feminino e masculino. A mulher, devido ao mecanismo biológico diferenciado, possui um menor período fértil, comparado à fertilidade masculina. Mulheres que decidem utilizar as tecnologias reprodutivas conceptivas, em virtude da idade biológica avançada, geralmente necessitam passar por acompanhamento médico especializado e investigativo, pois a quantidade e a qualidade de seus oócitos já não são as mesmas, quando comparada ao início dos ciclos reprodutivos (GOMES, *et al*., 2009; DZIK*, et al*., 2011).

A idade é considerada um fator determinante da fertilidade nas fêmeas de mamíferos. O avanço da idade determina a diminuição quantitativa e qualitativa da reserva ovariana. Após os 37 anos, depois de sofrer inúmeras divisões celulares, além da interferência de diversas substâncias químicas, a maioria dos oócitos estão inviáveis para reprodução. A velocidade de perda de oócitos parece aumentar, além de apresentar alterações genéticas aumentando a probabilidade do abortamento do feto, assim influenciando os resultados dos processos de reprodução (GOMES *et al.*, 2009).

Dzik e colaboradores (2011) apontaram, em um estudo, que mulheres com idade igual ou superior a 40 anos, que necessitam de RHA, são candidatas a ser receptoras de oócitos doados. E, nessa direção, Badalotti (2010), em um estudo voltado para as questões bioéticas que permeiam a RHA, sugere como índice médio de sucesso de gravidezes assistidas cerca de 20 a 50% de chance, por ciclo, de acordo com a idade feminina.

Cabe ressaltar que, obter o referido “sucesso”, está relacionado a um resultado positivo e uma gravidez inicial muitas vezes sustentada por sobrecarga hormonal, que possibilita a implantação do embrião e o desenvolvimento embrionário no primeiro trimestre. Porém, deve-se considerar que o fator idade também pode ocasionar, após esse período inicial, o aborto espontâneo, nascimento de crianças prematuras que conseguem sobreviver com o apoio de avanços biomedicina, como também o nascimento de crianças que não conseguem sobreviver após o parto prematuro. Sendo assim, além dos índices de sucesso após

a realização de RHA, outros indicadores devem ser analisados por pessoas que vivenciam essa realidade e a expectativa em alcançar a maternidade de fato.

Gomes e colaboradores (2009) realizaram estudo transversal retrospectivo, analisando os resultados de Técnicas de Reprodução Assistida (TRA) em 302 mulheres, divididas em três grupos de acordo com a faixa etária variando entre 24 e 46 anos. Após análise, foi constatado o seguinte resultado: a) no Grupo G≤35 anos, obteve-se a média de 8,8 oócitos por paciente; b) no Grupo G36-39 anos, a média foi de 7,4 oócitos por paciente; c) no Grupo G≥40 anos 1,6 oócitos por paciente. O número de oócitos obtidos no Grupo G≥40 foi significantemente menor que nos Grupos G≤35 e G36-39 ($p<0,001$). As taxas de fertilização nos três grupos foram semelhantes: 61,4%, 65,8% e 64,6%. O percentual de embriões de boa qualidade também não foi estatisticamente diferente entre os grupos estudados, encontrando-se respectivamente taxas de 57,4%, 63,2% e 56,0%. O número médio de embriões transferidos em cada grupo foi de 3,1 (G≤35), 2,8 (G36-39) e 1,5 (G≥40) havendo redução estatisticamente significante no Grupo G≥40 ($p<0,001$). Nesse estudo, considerando o número de casos com teste de gravidez positiva, relacionado ao fator idade, foram observadas no grupo G≤35 anos 42 gravidezes em 161 casos (26,1%); no grupo G36-39 anos, houve 24 gravidezes em 89 casos (27%), enquanto que, em G≥40 anos, houve cinco testes positivos em 52 casos (9,6%). Os grupos G≤35 anos e G36-39 anos não diferiram entre si, enquanto que o número de testes positivos no G≥40 anos foi significantemente menor do que nos demais grupos.

Estudos realizados por especialistas de diversas áreas corroboram quanto à relação existente entre idade da mãe, a taxa de gravidez e risco de anomalias genéticas na criança que está sendo gerada. A partir dos 40 anos, deve se propor para as mulheres que buscam a maternidade, a utilização de técnicas de RHA (GOMES *et al*., 2009; DZIK *et al*., 2011).

Na sociedade contemporânea, um considerável número de mulheres decide iniciar sua participação no mercado de trabalho adiando a maternidade para um período de maior estabilidade profissional. Considerando o envelhecimento natural do aparelho reprodutivo, após 30 anos, aumenta a necessidade de recorrer às tecnologias reprodutivas objetivando potencializar as chances de alcançar a maternidade (SAMRSLA *et al.,* 2007; DZIK *et al.*, 2011).

Dzik e colaboradores (2011), ao refletir sobre o conceito da infertilidade, constatam que há uma infertilidade social devido ao crescente número de pessoas que recorrem às técnicas de RHA devido à opção em priorizar a carreira antes de pensar em engravidar. Portanto, ao se considerar o fator idade, faz-se necessário intensificar por meio da mídia maior esclarecimento a respeito da ovodoação. Este esclarecimento pode possibilitar a tomada de decisão de mulheres que necessitam utilizar técnicas de RHA com gametas doados, uma vez que ovodoação é entendida como alternativa para alcançar a maternidade. Mesmo com significativo número de clínicas e hospitais da rede pública e privada que divulgam seu atendimento em saúde no espaço virtual, como *sites* e *blogs* ou mesmo em televisão, a população de maneira geral pouco sabe ou comenta sobre a ovodoação que, para muitos, ainda resulta em dúvida e polêmica.

2.1.1.2 Uso da RHA quando falta um parceiro

As constantes mudanças socioculturais provocam construção e desconstrução na forma de pensar e agir da sociedade em geral. Considerando o cenário atual, significativo número de mulheres solteiras recorre à RHA para constituir seu núcleo familiar sem a presença de um parceiro.

Para entender essa tomada de decisão, Almeida e Valesini (2013), ao entrevistar quinze mulheres solteiras entre 28 e 48 anos, com formação universitária e independência financeiramente, constataram que a utilização de RHA surge frente à ausência de concretização do relacionamento afetivo-amoroso, apresentando-se como uma segunda opção para o nascimento de filhos.

Sobre essa tomada de decisão, Quayle *in* Beltrão (2010) comenta que:

> Herdeira ideológica da (antiga) mãe solteira, descendente da produção independente dos anos 90 (...) A maternidade monoparental decorrente da utilização de diferentes técnicas de reprodução assistida está longe de ser um consenso, embora seja um fato consumado. Todavia, longe de ser vista com naturalidade (QUAYLE *in* BELTRÃO, 2010, p. 90).

Nessa mesma direção, Almeida e Valesini (2013), analisando as entrevistas realizadas, concluíram que a RHA é vista pelas mulheres solteiras, pertencentes a esse universo, como um modo mais responsável de realizar o desejo de ter filhos sem parceiro, quando comparado à possibilidade de engravidar intencionalmente

(produção independente). Considerando a necessidade de a mulher solteira recorrer ao banco de sêmen, os autores evidenciaram que existe uma tendência de buscarem no doador, além das qualidades físicas mais próximas das suas, também comportamentos que apreciariam como esportes, línguas etc.

Em virtude do avanço biotecnológico de alta complexidade utilizado na Fertilização *In Vitro* (FIV) com a utilização de gametas ou embriões doados, assim como a demanda da sociedade atual, o Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio da Resolução de 2013, revogada pela Resolução do CFM nº. 2.121/2015, artigo1, estabelece que qualquer pessoa pode submeter-se às técnicas de RHA, independente do estado civil. Da mesma forma, a mulher solteira tem por Lei o direito assegurado de se submeter a técnicas de RHA, por meio do planejamento familiar.

Mesmo com a garantia de utilização das técnicas reprodutivas para alcançar a maternidade, a mulher solteira enfrenta como mais um obstáculo, a dificuldade de acesso na rede pública, uma vez que existe prioridade no atendimento aos casais com comprovado diagnóstico de infertilidade. Fato que pode ser constatado em estudos que citam entrevistas ou atendimento psicológico realizado para o casal inscrito no programa de ovodoação do Hospital de Referência da Saúde da Mulher Pérola Byington, (MEIRELLES *et al.,* 2011; OLIVEIRA *et al.,* 2013; ALMEIDA e VALESINI, 2013).

Almeida e Valesini (2013) comentaram sobre os serviços públicos que, além da escassez de oferta, tendem a se dirigir aos casais e ainda de baixa renda. Diante do fato, mulheres solteiras entrevistadas têm que recorrer às clínicas privadas para realizar algum procedimento de RHA. Os autores, ao entrevistar médicos e mulheres solteiras, que recorreram ao banco de sêmen para realizar RHA, constataram que a procura pelo procedimento, por essas mulheres, situa-se em torno de 5%, ficando abaixo inclusive dos casais homoafetivos.

Diante do exposto, deve-se considerar que a mulher sem um parceiro, que busca alcançar a maternidade, enfrenta como obstáculo a tomada de decisão responsável em recorrer à biotecnologia para constituir uma família em que laços afetivos possuem grande valor. Além disso, necessita de recursos financeiros para submeter-se às técnicas de RHA, já que não possui prioridade no atendimento público, embora previsto na Constituição e garantido pelo CFM.

Outro obstáculo de ordem pessoal é a necessidade de recorrer a gametas doados, entrando em contato com o futuro pai de seu filho por meio de características físicas e comportamentais descritas em um formulário disponível em bancos de sêmen. Em decorrência, mulheres solteiras que buscam a maternidade monoparental necessitam enfrentar o preconceito diante de algumas pessoas da sociedade contemporânea que entendem o conceito de família tradicional como a perpetuação dos laços genéticos.

2.1.1.3 Uso da RHA em casos de infertilidade

O corpo das mulheres tem como marco inicial da fertilidade o desenvolvimento dos ovários durante a vida intrauterina. Ao nascer, a menina contará com aproximadamente dois milhões de células reprodutoras que, a partir do início de sua vida fértil, sofrerão mensalmente estímulos hormonais para se transformar em oócitos maduros que, gradativamente, vão diminuindo e acabam quando a mulher entra no período da menopausa. Além do fator idade, a infertilidade feminina pode ocorrer como consequência de problemas ovarianos, ovulares, tubários, do canal endocervical e problemas relacionados à implantação do embrião (MEIRELLES, 2011; DZIK *et al*., 2011; DONADIO *et al*., 2011; GOMES *et al.*, 2009).

Causas Ovarianas e Ovulares: além da qualidade e do envelhecimento dos oócitos, outros fatores podem interferir na fertilidade feminina, como por exemplo: dificuldade ou falta de ovulação (síndrome dos ovários policísticos); insuficiência ovariana, também conhecida como menopausa precoce, que ocorre quando os ovários deixam de maturar os oócitos, interrompendo o processo de ovulação (DONADIO *et al*., 2011; GOMES *et al.*, 2009).

Causas tubárias e do canal endocervical**:** as tubas uterinas, como meio de captação e transporte de oócitos, é uma das causas da infertilidade pela obstrução causada pela endometriose ou pelas infecções pélvicas que causam inflamação e posterior cicatrização que pode resultar em comprometimento dessas estruturas. Além disso, alterações hormonais podem dificultar a produção de muco cervical, dificultando a passagem o espermatozoide para fertilizar o oócito (MEIRELLES, 2011; DZIK *et al*., 2011).

Causas ligadas à implantação do embrião: sabe-se que a nidação ocorre no endométrio e o seu desenvolvimento exagerado, originando pólipo, ou reduzido,

pode dificultar a gravidez. Também as infecções endometriais, as sinéquias uterinas (cicatrizes uterinas), as malformações uterinas e miomas podem impedir a fixação do embrião na cavidade uterina (MEIRELLES, 2011; DZIK *et al*., 2011; DONADIO *et al*., 2011; GOMES *et al.*, 2009).

De acordo com levantamento do Ministério da Saúde (Brasil-MS-2009), problemas de fertilidade também ocorrem em 40% dos homens. Entre as diversas causas orgânicas masculinas, diagnosticadas com maior frequência podem ser apontadas a qualidade, a quantidade, a vitalidade e a movimentação dos espermatozoides.

A infertilidade também pode ocorrer como decorrência de outros fatores como infecções e inflamações, que podem alterar a composição química do sêmen ou permitir a ação dos microrganismos que causam problemas nas vesículas seminais e na próstata, assim como a contaminação dos órgãos reprodutores que ocasionam a dificuldade na locomoção e mesmo na produção dos espermatozoides. Além da dificuldade do espermatozoide em atravessar o muco cervical e das disfunções imunológicas, outro sério problema é a varicocele que provoca a infertilidade devido à formação de varizes nos testículos, responsável por até 40% dos casos de infertilidade masculina primária (DONADIO *et al*., 2011; GOMES *et al.*, 2009).

A ausência de espermatozoide no momento da ejaculação (azoospermia) atinge pequena parcela de homens, podendo ser causada por alterações genéticas e disfunções hormonais. Além de doenças, a baixa produção de espermatozoides e a sobrevivência desses gametas podem estar relacionadas ao tabagismo, uso de drogas (maconha, cocaína), uso de anabolizantes (testosterona), exercícios físicos em excesso, obesidade, exposição a produtos tóxicos e à poluição, estresse e má nutrição (MEIRELLES, 2011; DZIK *et al*., 2011).

Diante disso, de acordo com a dificuldade reprodutiva diagnosticada, pode ser recomendada a realização de técnicas reprodutivas de baixa ou alta complexidade.

2.1.1.4 Valores construídos a respeito da maternidade

As mudanças socioculturais que ocorreram nos últimos séculos, assim como os avanços biotecnológicos que estimularam transformações na sociedade moderna, provocaram inúmeros questionamentos sobre o conceito de família, filiação e parentalidade. Em decorrência dessa rápida e constante transformação, a

própria definição do conceito de família é diferente do que poucos anos atrás (BRAGA e AMAZONAS, 2005; REIS, 2010).

Atualmente, encontramos famílias formadas por um conjunto de pessoas que possuem vínculos genéticos, assim como famílias compostas por pessoas que desenvolvem vínculos afetivos. Famílias que apresentam estrutura nuclear tradicional, centrada no casamento, como também famílias monoparentais constituídas de pais únicos, resultado de óbito do cônjuge, de divórcio ou por simples opção. Há ainda famílias constituídas após adoção realizada por pessoas solteiras ou não, como também famílias homoafetivas. Logo, pode-se tratar o novo conceito de família como: núcleos constituídos por pessoas que buscam a constituição de família construída com base nos laços afetivos de parentesco (BRAGA e AMAZONAS, 2005; REIS, 2010).

Medeiros e Verdi (2010) afirmaram que “O desejo por filhos é retomado como forte função das formações familiares, desta vez extremamente biologizado e medicalizado” (MEDEIROS e VERDI, 2010).

A experiência corporal da maternidade é destacada para justificar a existência de programas de adoção de embriões ou o desenvolvimento de técnicas que permitam a concepção em idade avançada, numa tentativa de superar e expandir os limites de uma natureza que teria ficado pequena para dar conta do mundo contemporâneo. Dentro dessa perspectiva, recorrem às técnicas de RHA as pessoas que visam à constituição de uma família, seja por meio de laços genéticos ou laços sócios afetivos. Considerando a impossibilidade de utilizar os próprios gametas, a vivência corporal da gestação e parto pode ser alcançada por meio da RHA realizada com material genético de terceiros (GÁLVEZ, 2011).

2.1.1.5 Tomada de decisão: adoção ou uso de técnicas de RHA

A construção de laços socioafetivos pode ser alcançada por meio do processo da adoção ou aceitação de material genético de terceiros. Em ambos os casos, é necessário entender a maternidade, a maternagem, a construção da parentalidade como o maior desejo dos envolvidos no processo. O que diferencia uma decisão da outra é a relação construída com o estado gestacional e o parto onde as técnicas de RHA podem auxiliar para o alcance da maternidade.

Oliveira e colaboradores (2013) realizaram um estudo documental visando compreender o processo e o funcionamento psíquico dos casais em busca de tratamento de infertilidades e que recorreram à FIV com ovodoação. Após análise, comentam sobre o processo de parentalidade construído por um casal que sonha e planeja ter filhos.

Luna (2002) realizou estudo sobre as representações sociais construídas a respeito da maternidade alcançada a partir do uso de biotecnologia. Comparou o discurso jurídico em 94 publicações na imprensa brasileira entre os anos de 1994 e 2001 e etnografias a respeito da doação de oócitos nas quais a figura da doadora é ocultada e, em geral anônima, evidenciando apenas a maternidade da gestante. Para a autora, a dimensão simbólica da maternidade está relacionada com maior intensidade ao estado gestacional do que a transmissão das características genéticas. Como consequência, a doação de oócitos é recebida com mais facilidade do que a gestação de substituição (barriga de aluguel). Inclusive, comenta sobre a tendência nas diversas legislações de outros países em constituir o laço legal de filiação materna pelo parto. Sendo assim, com a utilização de oócitos doados, haveria uma conciliação entre a filiação biológica e a afetiva, ou seja, o vínculo da paternidade, da maternidade e da filiação. Para alguns especialistas em RHA, as tecnologias reprodutivas seriam uma opção e os casais teriam a liberdade e o direito de tentar um filho próprio, antes de adotar o filho de outros (GÁLVEZ, 2011).

Segundo Leite e Henrique (2014), a doação de gametas e embriões ocorre normalmente quando constatada ausência ou problemas qualitativos relacionados aos gametas ou doenças genéticas dos progenitores. Quando se refere à adoção e à ovodoação para a constituição de um núcleo familiar, ainda nos dias atuais, a decisão em revelar ao filho(a) sobre sua origem resulta em mais um obstáculo que permeia as relações. A necessidade do silêncio muitas vezes é imposta por pessoas da família ou das relações em sociedade.

De acordo com Resolução do CFM (2015), uma das condições impostas para a realização da FIV heteróloga é a aceitação do anonimato do doador, evidenciada no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado por participantes do processo de RHA. Quem recebe gametas doados, vê nesse documento a proteção legal do filho gerado. Na direção oposta, o doador de gametas também sente no anonimato a garantia de que sua identidade será preservada, já que a ação

não evidencia a vontade de construção de laços de parentalidade. Dentro dessa possibilidade de anonimato como garantia para os envolvidos, ainda que a utilização das técnicas de RHA seja norteada por Resoluções do CFM, na ausência de legislação específica, a Constituição Brasileira garante aos cidadãos o direito ao conhecimento da sua origem biológica. Sendo assim, esse tema ainda gera debates e conflitos de interesses, já que o direito do doador, assim como do filho gerado a partir da utilização de gametas ou embriões doados, está previsto em documentos que norteiam os direitos e deveres dos cidadãos.

Vasconcelos e colaboradores (2014) expressaram de forma clara opiniões a respeito da similaridade entre a adoção e a RHA:

> Na primeira situação estão presentes: a) os pais biológicos, que por via natural conceberam o indivíduo; b) aqueles que adotaram os pais socioafetivos; c) as pessoas adotadas, que passam a buscar o direito ao conhecimento de suas origens biológicas. No caso da RHA, existem, igualmente: a) os pais biológicos, que são os doadores de material germinativo; b) os pais socioafetivos, que são aqueles que utilizaram as técnicas de RHA e que portaram o efetivo intuito de ter filhos; c) a pessoa nascida, que agora reclama pelo conhecimento de sua historicidade. (VASCONCELOS e colaboradores, 2014).

Posteriormente, superados os obstáculos cabe a mulher ou ao casal decidir quanto a contar ou não ao(à) filho(a) a verdade sobre sua origem biológica.

2.1.1.6 Revelar ou não a utilização de células doadas

Considerando a determinação do CFM (2015) quanto ao sigilo, anonimato do doador e do receptor de gametas ou embriões, uma das questões que gera debate é a tomada de decisão em contar ou não para o(à) filho(a) sobre sua origem genética, visto que a gestação visível da receptora de oócitos ou embriões diversas vezes propicia o anonimato da doadora.

Os avanços da RHA possibilitam o tratamento da esterilidade e atende o querer do casal, ou seja, o diagnóstico da infertilidade não é mais entendido como uma fatalidade (TAMANINI, 2004).

Com os avanços das diferentes técnicas de RHA, hoje uma criança pode vir ao mundo como o resultado de uma doação de sêmen, de oócitos ou embriões. Portanto, a criança pode ter como pai e/ou mãe não aquele(s) de quem ela é o herdeiro genético; pode provir de uma fertilização ocorrida numa proveta, e não mais

na interioridade do corpo materno; pode ser gestada não na barriga de sua mãe, mas em um útero de substituição; pode, enfim, originar-se do descongelamento de um embrião (PERELSN, 2013).

Em um estudo realizado na UNIFESP por Montagnini, Malerbi e Cedenho (2012), dez casais receptores que participaram do programa de ovodoação foram entrevistados individualmente com o objetivo de identificar a intenção do casal em revelar ou não ao filho sua origem. A maioria dos participantes relatou que não tinha intenção de contar para o filho sobre a ovodoção, alegando diversos motivos, como por exemplo, a semelhança física entre doadora e receptora; receio em gerar problema na criança, provocando o sentimento de ser diferente de outras crianças, ou ainda, a preocupação em despertar na criança a curiosidade sobre a doadora. Outra questão analisada, nesse estudo, foi a intenção do casal contar para familiares e amigos sobre a utilização da RHA com gametas doados. A pesquisa revelou que apenas um casal manteve segredo quanto ao tratamento para a infertilidade. Ao que se refere à necessidade de utilizar oócitos doados, a maioria manteve segredo, alegando receio dos comentários maldosos em relação à mãe e ao futuro filho; preocupação quanto ao filho sofrer preconceito ou então decisão em manter o assunto como privado do casal.

Dentro dessa perspectiva, Golombok (2011) realizou estudo sobre publicações realizadas por pesquisadores de diversos países que analisaram o desenvolvimento emocional e comportamental de crianças concebidas naturalmente e crianças geradas por meio de FIV, Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI) e a doação de gametas. A questão do revelar ou não ao(à) filho(a) sua origem esteve presente nesta pesquisa, cujo foco principal era acompanhar o desenvolvimento cognitivo, social e emocional de crianças geradas a partir dos gametas doados. De acordo com o estudo acima mencionado, a maioria das crianças concebidas por doação de gametas cresceu sem saber que não tinham uma relação genética com um ou ambos os pais. Diante do resultado, a decisão em não revelar não gerou problemas psicológicos em crianças concebidas por meio de doação de gametas, mas existe uma preocupação crescente entre profissionais das áreas de adoção e terapia em família com relação ao sigilo que permeia a doação de gametas.

Considerando a importância da aceitação e enfrentamento da verdade para evitar posterior desequilíbrio emocional e social, em relação à criança gerada a partir desse procedimento, uma das perguntas realizadas pela equipe de profissionais do setor de RHA, do Hospital Perola Byington, para as mulheres ingressantes no programa de ovodoação, busca identificar a intenção da mãe em revelar ou não ao filho sua origem. Corroborando com a preocupação dos profissionais da saúde em ajudar a futura mãe quanto ao enfrentamento de obstáculos de ordem emocional, o setor de RHA oferece acompanhamento psicológico no decorrer do processo.

A decisão de revelar ou não para o(a) filho(a) sua origem é um dos desdobramentos inevitáveis com os quais os casais que participam dos programas de reprodução assistida irão se deparar no futuro, e está longe de ser algo simples. (MONTAGNINI, MALERBI, CEDENHO, 2012).

Diante desse cenário, os obstáculos objetivos e subjetivos enfrentados por mulheres e homens que recorrem à inseminação ou fertilização heteróloga e os indicadores elaborados para a ANVISA com registros de crescente procura por técnicas de RHA, faz-se necessário relembrar que o anonimato para os doadores e receptores é garantido por meio de determinação do CFM, da Resolução 2.121/2015, que:

> 2-Os doadores não devem conhecer a identidade dos receptores e vice-versa.
> 4-Será mantido, obrigatoriamente, o sigilo sobre a identidade dos doadores de gametas e embriões, bem como dos receptores. Em situações especiais, informações sobre os doadores, por motivação médica, podem ser fornecidas exclusivamente para médicos, resguardando-se a identidade civil do(a) doador(a) (CFM, Resolução nº. 2.121/2015).

Mesmo que haja publicação de registros científicos que comprovem a crescente utilização das técnicas de RHA de baixa e alta complexidade, que existam diversos *sites e blogs* que informam e favorecem a troca de experiência entre pessoas que buscam alcançar a maternidade, a decisão em contar ou não ao(à) filho(a) sobre sua origem ainda causa os mais diversos sentimentos nas pessoas envolvidas. Esse anonimato pode ocorrer pelo medo, vergonha, falta de capacidade, conflitos pessoais, sociais e religiosos, preconceito por parte de quem doa ou recebe gametas doados. A falta de conhecimento favorece o desenvolvimento do sentimento estigmatizante como também perpetua o silêncio daqueles que ainda

não conseguiram liberdade para falar sobre mecanismos desenvolvidos para enfrentar obstáculos apresentados em sua vida reprodutiva (SAMRSLA *et al.,* 2007).

Considerando a desconstrução e construção que permeiam as relações em sociedade, faz-se necessário ampliar debates sobre temas contemporâneos como esse em questão, ainda desconhecidos por grande parte da população.

2.1.1.7 A construção sociocultural relacionada à consanguinidade e laços familiares socioafetivos

O diagnóstico da infertilidade faz com que alguns casais se disponham a superá-la, retirando a procriação do âmbito privado e colocando-a cada vez mais nas mãos da medicina e suas novas revoluções (BADALOTTI, 2010; OLIVEIRA *et al*., 2013).

Para pessoas que buscam a RHA, um dos fatores complicadores é o recebimento de material genético de terceiros. Embora a intenção seja construir um núcleo familiar, o envolvimento físico e emocional da mulher e do homem ocorre de forma diferente no processo de RHA. Nesse contexto, diferentes fatores interferem na decisão e enfrentamento do obstáculo apontado.

A mulher que gera um filho com o oócito doado, mas geneticamente de seu marido, tem na gestação e, no parto, a prova visível de que o filho é seu (BRAGA e AMAZONAS, 2005).

Barbosa (2000) comentou que, para a mulher que tem como objetivo realizar a maternidade, a aceitação de oócitos doados ocorre com maior facilidade. Contudo, quando se trata de infertilidade masculina, há maior dificuldade para aceitação, pois nesse tipo de procedimento é necessário o sêmen de outro homem para fertilizar os oócitos e o filho gerado pode ser realmente visto como filho de outro homem, não como fruto da relação constituída. A identidade masculina está associada à masculinidade/virilidade. Portanto, aceitar sêmen doado como alternativa para gerar filhos pode representar incapacidade para muitos homens.

Outro fator que interfere na aceitação de gametas doados é a construção cultural, relacionada à representação do sangue entre as famílias que atribuem ao sangue propriamente dito o poder de transmitir as qualidades físicas e morais às crianças que estão sendo gestadas. Essa construção sociocultural pode ser observada no discurso popular, como por exemplo: sangue do meu sangue; tal pai,

tal filho etc. Buscando a raiz histórica dessa construção por meio da definição da palavra família em dicionário da Língua Portuguesa, nota-se que aparece a palavra família como conjunto de ascendentes, descendentes, colaterais e afins de uma linhagem ou provenientes de um mesmo tronco; estirpe.

Essa preocupação quanto à construção de laços consanguíneos, provavelmente teve sua origem na aristocracia do século XVIII que utilizava diferentes mecanismos para conservar a casta, o poder representado na forma de sangue de seus ascendentes e descendentes.

Buscando compreender a construção sociocultural do século XVIII quanto ao pertencimento, representação sanguínea, Foucault (1980) comentou sobre o projeto político de organizar uma gestão estatal dos casamentos, nascimentos e sobrevivências, assim como análise da hereditariedade e responsabilidade biológica.

Na mesma direção, Fonseca (2002) argumentou sobre a importância dos laços sanguíneos construídos historicamente, assim como a valorização do exame de sangue, e atualmente do DNA não só para a constatação da filiação, mas também para a articulação entre o avanço biotecnológico e as decisões judiciais em vários países.

Para Luna (2005), sangue é símbolo de pertencimento entre as pessoas, sendo que a pessoa nasce mais do que um simples corpo natural, já surgindo moralmente constituída, representante de uma família, uma tradição. O desenvolvimento biotecnológico influenciou de forma direta a maneira de agir e pensar da sociedade no que diz respeito ao conceito de família, de filiação, de maternidade e paternidade como também provocou mudanças para tomada de decisão de ordem legal.

Diante do exposto, a decisão em aceitar gametas doados requer da mulher ou do casal envolvido no processo de RHA heteróloga, a desconstrução de valores e preconceitos evidenciados e perpetuados em sociedade e o novo direcionamento de valores voltados para a construção de vínculo estabelecido a partir de laços afetivos.

Sendo assim, a mulher que busca vivenciar a experiência da gravidez e a realização da função materna, por inseminação ou fertilização heteróloga, ao receber material genético de outra pessoa, demonstra que a continuidade genética não tem significado.

2.1.2 Ordem técnica científica das técnicas de RHA

Os avanços biotecnológicos, que ocorrem nas técnicas de RHA, têm sido alavancados pela constante demanda da sociedade moderna, uma vez que propiciam ampliação de certos limites biológicos na busca da maternidade.

Neste capítulo, será abordada a evolução das técnicas de RHA, a evolução da RHA no Brasil, a infertilidade relacionada aos fatores femininos e masculinos, assim como as técnicas de reprodução humana assistida homóloga e heteróloga desenvolvidas com o objetivo de auxiliar na resolução de problemas relacionados à reprodução Humana.

2.1.2.1 Breve histórico da RHA

Diversos fatores impulsionam pesquisas e avanços biotecnológicos na área da RHA. Especialistas da área realizam minuciosa investigação por meio de exames de simples ou alta complexidade com a intenção de reverter problemas de infertilidade masculina e feminina, a constatação de doenças genéticas, busca por preservação de gametas quando mulheres e homens submetem-se à quimioterapia, podendo os oócitos e espermatozoides ser armazenados. Ainda há situações nas quais mulheres decidem ter filhos sem a presença de um companheiro ou de casais do mesmo sexo que desejam formar uma família e mulheres que, no contexto atual, priorizaram o desenvolvimento profissional antes de realizar a maternidade.

Em um breve histórico sobre a RHA, a reprodução começou a ocorrer desvinculada do sexo com a utilização da biotecnologia, por *meio da* inseminação artificial *(semirare:* semente *e artificialis*: feito com arte), ou FIV. O método passou a ser aplicado em 1790, quando o médico John Hunter inseminou artificialmente uma mulher utilizando o sêmen do marido. Até aquele momento, o oócito era fecundado apenas dentro do corpo feminino. Essa fronteira foi ultrapassada em 1978, na Inglaterra, quando nasceu o primeiro bebê de proveta: Louise Brown. Desde essa data, várias outras técnicas de FIV foram desenvolvidas para facilitar a reprodução fora do corpo humano (BADALOTTI, 2010; DONADIO *et al*., 2011; ALMEIDA e VALESINI, 2013; OLIVEIRA *et al*., 2013; LEITE e HENRIQUES, 2014).

A primeira gestação por meios da criopreservação de embriões humanos consta em registros de 1983, técnica realizada por Trounson e Mohr. A partir dessa conquista, teve inicio o congelamento de gametas e embriões excedentes

possibilitando diferentes procedimentos e tentativas a partir de uma aspiração folicular (LEITE e HENRIQUES, 2014).

Com o avanço biotecnológico, a mulher conseguiu mudar a forma de exercer o direito de escolha em relação à maternidade. Para garantir a autonomia reprodutiva, foram formulados programas populacionais com regulação estatal, para que as mulheres pudessem interferir sobre a saúde do próprio corpo.

Segundo uma concepção ontológica, a RHA pode ser realizada de diversas formas de acordo com o diagnóstico de infertilidade, e pode ser resolvida por meio do equilíbrio dinâmico do organismo, uma terapia hormonal, uma simples cirurgia, ou técnicas de inseminação artificial ou FIV.

2.1.2.2 Técnicas de RHA

A reprodução ocorre no corpo da mulher, mas a infertilidade, ao contrário do que se acreditava no passado, pode estar relacionada a fatores femininos, masculinos ou a ambos.

Quando a concepção e a gestação não acontecem de forma espontânea, são indicados tratamentos de baixa ou de alta complexidade, desenvolvidos por meio dos avanços biotecnológicos da biomedicina em diferentes campos, com o objetivo de proporcionar a fecundação dentro ou fora do organismo.

Acerca da infertilidade como causa orgânica, pode-se citar como ponto de partida o diagnóstico médico que busca, através de detalhada investigação macroscópica e microscópica do organismo feminino e masculino, reconhecer e resolver o problema morfológico, fisiológico, assim como o desequilíbrio dinâmico do organismo como um todo.

Por meio da realização de simples exames de sangue para buscar a detecção do desequilíbrio hormonal, ou mesmo exames mais complexos que visam à investigação da incompatibilidade sanguínea e genética, por exemplo, a cada exame e posterior consulta, cresce a expectativa por um resultado positivo, e o envolvimento emocional da mulher, do casal e das pessoas que, de forma indireta, acompanham o processo de intensa busca com objetivo de alcançar a maternidade.

Badalotti (2010), em estudo, afirmou que progressivamente vem aumentando a indicação de técnicas de RHA para o alcance da maternidade e, para

contextualizar, cita que 1% de todos os recém-nascidos nos Estados Unidos e de 3,5-4,0% dos nascimentos da Bélgica, Dinamarca e Finlândia ocorre por RHA. Quanto ao Brasil, comenta que um entre cada seis casais apresenta infertilidade e, para 20% deles, o único caminho para obter gestação e, consequentemente, filhos é a reprodução assistida.

Com o objetivo de contribuir para a construção do conhecimento possibilitando a análise das técnicas recomendadas pelos especialistas, respeitando o contexto da mulher, do homem e do casal que buscam ajuda para tentar resolver diagnóstico de infertilidade nos avanços biotecnológicos, algumas das biotecnologias relacionadas à RHA serão descritas a seguir.

De acordo com grau de complexidade, as técnicas de reprodução assistida (RA) podem ser classificadas como de baixa complexidade quando a fecundação ocorre no aparelho reprodutivo feminino, como por exemplo, a inseminação intrauterina (IIU) ou inseminação intraperitoneal, uma variação da IIU, os espermatozoides são introduzidos diretamente na cavidade peritoneal, por meio de punção, ou de alta complexidade, quando a fecundação ocorre no laboratório, como a FIV com suas técnicas de inseminação, convencional, ou por meio de ICSI sendo que os embriões que continuaram o processo de divisão celular, posteriormente são transferidos para o útero materno A técnica de IIU é definida como a deposição intrauterina de espermatozoides processados em laboratório. Sua indicação ocorre quando o diagnóstico não é conclusivo para resolver casos de endometriose leve e fator masculino leve; a incapacidade de se manter relações sexuais e a utilização de sêmen de doador (inclusive em mulheres homossexuais) (MEIRELLES, 2011; DZIK *et al*., 2011; DONADIO *et al*., 2011).

Para iniciar o processo, a mulher recebe hormônios de modo suave, para que se evite o desenvolvimento de um número excessivo de folículos. Os folículos são monitorados por ultrassom, que permite acompanhar o desenvolvimento folicular e a determinação do número de folículos pré-ovulatórios. Após esse monitoramento, os espermatozoides, em meio de cultura, são introduzidos diretamente na cavidade uterina por meios de um cateter apropriado. Normalmente, as taxas de sucesso situam-se em torno de 12 a 15% por tentativa. Recomenda-se que o número de tentativas de IIU seja de, no máximo, três. Caso não ocorra a gravidez, técnicas mais complexas devem ser consideradas. Na inseminação intraperitoneal, uma

variação da IIU, os espermatozoides são introduzidos diretamente na cavidade peritoneal por meio de punção do fundo de saco de Douglas (MEIRELLES *et al*., 2011; DZIK *et al*., 2011; DONADIO *et al*., 2011).

Quando o diagnóstico está relacionado aos problemas de fertilidade masculina, a inseminação artificial homóloga é recomendada e pode ser realizada com sêmen proveniente do próprio companheiro da respectiva mulher que o receberá.

A técnica FIV conhecida também como bebê de proveta é recomendada para mulheres com diagnóstico de endometriose, tubas uterinas bloqueadas, infertilidade sem explicação ou infertilidade causada por fatores masculinos, problemas relacionados a fator imunológico, falha nos tratamentos de baixa complexidade (BADALOTTI, 2010).

Buscando analisar o desenvolvimento da técnica de alta complexidade, o processo se inicia com uma estimulação hormonal com o objetivo de provocar o amadurecimento de vários folículos ovarianos de uma só vez, porque naturalmente apenas um amadurece e é liberado. Os oócitos são retirados dos ovários por uma punção e fertilizados em laboratório. Após divisões celulares, ocorre a transferência dos embriões para o corpo da mulher quando o organismo estiver preparado para dar continuidade ao processo gestacional (DZIK *et al*., 2011; OLIVEIRA *et al*., 2013).

Entretanto, na maioria das vezes, com o estímulo hormonal ocorre o crescimento de um número maior de oócitos, do que o que pode ser utilizado em cada FIV. De acordo com a Resolução do CFM (2015), o número de embriões transferidos está vinculado à idade da mulher que busca a reprodução assistida. Caso ocorra grande produção de oócitos, o destino desses gametas excedentes deve ser determinado pela mulher que passa pelo processo de RHA: criopreservados ou doados para outra mulher que está também passando pelo processo de RHA. Nessa senda, mulheres que, em determinado momento da vida, optaram por realizar a laqueadura e que posteriormente buscam reverter a cirurgia e vivenciar novamente a maternidade, encontram na RHA, por meio da FIV, essa possibilidade.

Outras técnicas de RHA podem ser utilizadas articuladas à FIV**,** como por exemplo, os programas de doação de oócitos/embriões, cessão temporária de útero, utilização de oócitos ou embriões congelados para futuras transferências e

congelamento de oócitos ou embriões antes de terapia oncológica, (BADALOTTI, 2010; DZIK *et al*., 2011; MEIRELLES *et al*., 2011; OLIVEIRA *et al*., 2013).

Há mais de 20 anos, casais inférteis devido a alterações seminais importantes eram aconselhados a fazer inseminação artificial intrauterina com sêmen de doador ou adotar uma criança. Atualmente, esses mesmos casais encontram na ICSI uma possibilidade real de constituírem família com seu próprio material genético (DZIK *et al*., 2011; MEIRELLES *et al*., 2011; OLIVEIRA *et al*., 2013).

A técnica ICSI é utilizada quando constatado número reduzido de espermatozoides ou produção de espermatozoides com dificuldade para penetrar no oócito. Nesse caso, por meio da micromanipulação, o espermatozoide é introduzido dentro do oócito permitindo a alteração dos mecanismos de seleção natural do momento da fecundação (BADALOTTI, 2010**;** DZIK *et al*., 2011).

Em casos de ausência congênita dos canais deferentes, e de azoospermia, a ICSI pode ser indicada. Nesses casos, são empregadas técnicas que permitem a obtenção de espermatozoides por meio da aspiração do epidídimo ou do testículo. (MEIRELLES *et al*., 2011).

Em relação à infertilidade masculina, a utilização de técnicas de alta complexidade é recomendada quando constatada, após exames, a oligozoospermia (baixa quantidade de espermatozoides); astenozoospermia (baixa motilidade de espermatozoides); teratozoospermia (alteração na forma dos espermatozoides) e anticorpos antiespermatozoides.

Dependendo do problema de reprodução diagnosticado, o especialista pode recomendar a utilização de técnicas homólogas ou heterólogas. Essas técnicas, ainda que utilizadas desde a década de 1980, geram ponto de reflexão, polêmica e necessidade de regulamentação visando à proteção do direito da mãe, do companheiro, do(a) filho(a), assim como dos doadores de gametas.

Dentre as normas éticas para a utilização das técnicas de RHA, está previsto no parágrafo VI da Resolução nº. 2.121/2015 do CFM que tem como finalidade selecionar os melhores embriões com a intenção de aumentar as chances de uma gestação normal antes da transferência de embriões para o útero. Sendo assim, os embriões que apresentarem alterações, deverão ser doados para pesquisa ou descartados (DZIK *et al.*, 2011).

2.1.2.3 A RHA no Brasil

No Brasil, o primeiro bebê de proveta nasceu em outubro de 1984 (SAMRSLA *et al.,* 2007). A partir dessa conquista, o setor de RHA protagonizou um desenvolvimento surpreendente no Brasil e no mundo, abrindo perspectivas para quem não pode ter filhos naturalmente, pois, há 40 anos, mulheres e homens com problemas de fertilidade poderiam decidir adotar uma criança ou passar a vida sem ter filhos. Quanto ao desdobramento dos avanços biotecnológicos e utilização de RHA, Almeida e Valesini (2013) realizaram estudo sobre dinâmicas contemporâneas relativas a projetos reprodutivos e descreveram que:

> No Brasil, ganha evidência em fins dos anos 90 e início do século XXI, quando as tecnologias primordialmente eram usadas para recuperar a capacidade reprodutiva dos casais com problemas de fertilidade. No princípio, as técnicas de congelamento visavam resguardar a possibilidade de futuras gestações daqueles que se submetiam a tratamentos de saúde. Entretanto, seu uso se generalizou entre pessoas que apresentavam dificuldades em engravidar, especialmente casais inférteis (ALMEIDA e VALESINI, 2013).

Visando ao acompanhamento dos avanços da biotecnologia utilizada nas diversas clínicas que realizam a RHA no Brasil, assim como divulgar informações e promover o controle de qualidade dos Bancos de Células e Tecidos Germinativos-(BCTGs), foi criado em 2008 o Sistema Nacional de Produção de Embriões (SisEmbrio), monitorado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), diante da necessidade de proteção dos embriões humanos, a partir da Lei de Biossegurança elaborada em 2005.

Esse sistema propicia o levantamento dos embriões que poderão ser utilizados para pesquisa assim como os encaminhados para fins terapêuticos do próprio doador como também para uso de terceiros.

Em virtude do crescente número de pessoas que recorrem aos tratamentos de alta complexidade para reverter o diagnóstico de infertilidade e a procura por técnicas de RHA, é relevante analisar os últimos dois relatórios, o 8º. e 9º. Relatórios do SisEmbrio.

Quanto ao número de BCTGs**,** que realizam o serviço em todo Brasil, em 2014 eram 130 registrados em 19 estados, passando para 141 em 2015, distribuídos em 21 Estados brasileiros (BRASIL, ANVISA, 2014 e 2015).

Considerando que as clínicas que realizam RHA devem informar os ciclos acompanhados, em 2014 foram registrados 27.871 ciclos, passando para 35.615 em 2015. O aumento de ciclos que corrobora com o avanço da utilização de biotecnologia visando à maternidade (BRASIL, ANVISA, 2014 e 2015).

Outro indicador que deve ser observado é o numero de embriões transferidos. Em 2014, o número de transferência de embriões foi de 60.668, passando para 73.472, em 2015 (BRASIL, ANVISA, 2014 e 2015). Além disso, é importante apontar que, com o estímulo hormonal, pode ocorrer número excedente de oócitos e formação de pré-embriões. Outro dado que confirma a crescente busca por RHA de alta tecnologia é o expressivo número de embriões que foram congelados. Em 2014, há registro de 47.812 congelados e, em 2015, o número passou para 67.359 embriões congelados, sendo que 227 foram encaminhados para a realização de pesquisas com células-tronco embrionárias no Brasil e, em 2015, apenas 48 embriões tiveram esse destino (BRASIL, ANVISA, 2014 e 2015).

A propósito, os estabelecimentos fornecem dados referentes a: embriões congelados, embriões doados para pesquisa com células-tronco embrionárias, número de ciclos realizados, número de oócitos produzidos, número de embriões transferidos, número de embriões descartados, média de oócitos por mulher, média da taxa de fertilização, média da taxa de clivagem embrionária, assim como indicadores de acordo com informações coletadas nas diversas clínicas, distribuídas por região no Brasil, o que possibilita a análise nacional e regional dos resultados procedimentais. O referido relatório fornece informações com a finalidade de reduzir os riscos à saúde para promover a melhoria da qualidade do serviço ofertado à população, graças ao monitoramento dos indicadores dos Bancos, a ação conjunta entre a ANVISA e a fiscalização sanitária das diferentes regiões do Brasil.

Contudo, nota-se que, nos relatórios acima citados, os indicadores quantitativos apresentados não evidenciam o número de embriões transferidos que resultaram em real maternidade gestacional e no nascimento do desejado filho.

Além dos Relatórios e do controle da ANVISA, encontramos as Resoluções estabelecidas pelo CFM (2015) que traçam uma linha do tempo articulada com os avanços biotecnológicos e transformação sociocultural ocorrida no Brasil.

Em um contexto no qual as pessoas envolvidas possuem direitos e deveres de acordo com os princípios éticos e bioéticos, a primeira regulamentação oficial

brasileira sobre o uso das técnicas de RHA foi a Resolução nº. 1.358/1992 do CFM, posteriormente substituída pela Resolução nº. 1.957/2010 em 2010, na sequência pela Resolução nº. 2.013/2013, e, por fim, a Resolução nº. 2.121/2015, que atualmente regula a prática de RHA no Brasil.

2.1.3 De ordem legal e jurídica

Visto que a infertilidade humana é um problema de saúde e há legitimidade no anseio de superá-la, assim como a necessidade de regulamentação das ações que envolvem seres humanos nos diferentes papéis que desenvolvem visando à preservação da saúde, à ética, à bioética, o CFM, por meio de Resoluções, busca regulamentar a utilização de técnicas de RHA de acordo com princípios bioéticos.

Neste capítulo, serão abordados os seguintes temas: o atendimento integral assegurado pelo SUS; os aspectos bioéticos relacionados aos usuários e procedimentos; o destino dos oócitos e dos pré-embriões excedentes; a criopreservação de gametas e pré-embriões; a doação de gametas ou de pré-embriões; os procedimentos bioéticos relacionados às clínicas que realizam a RHA e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

2.1.3.1 Aspectos legais e jurídicos que permeiam a RHA

A partir de 1992, o CFM iniciou a publicação de resoluções visando à harmonização do uso das técnicas e proteção das pessoas envolvidas com as diferentes técnicas de RHA. Após 18 anos de vigência e avanço biotecnológico nos diferentes segmentos relacionados à RHA, essa resolução sofreu modificações regulamentadas por meio da Resolução nº. 2.013/2013 do CFM e, posteriormente, da Resolução do CFM de 2015, de acordo com o 1º. artigo da Resolução:

> As técnicas de reprodução assistida (RA) têm o papel de auxiliar a resolução dos problemas de reprodução humana, facilitando o processo de procriação (CFM, Resolução nº. 2.103/2013).

Entretanto, a política pública que possibilita e assegura a RHA teve como base a Política Nacional de Direitos Sexuais e de Direitos Reprodutivos. O programa, elaborado em 2005, possuía três eixos principais de ação: a ampliação da

oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis, os não cirúrgicos, a melhoria do acesso à esterilização cirúrgica voluntária e a introdução de reprodução humana assistida no Sistema Único de Saúde (SUS) (MS-BRASIL, 2009).

A política de inclusão dos cidadãos que estavam sem acesso à saúde reprodutiva teve como base a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, criada em 2004 a partir dos Princípios e Diretrizes do SUS.

Em 2006, foi criada a Política Nacional de Atenção Integral em RHA que, apoiada no SUS, assegurou legalmente o acesso à assistência integral em atendimento de média e alta complexidade, como a FIV*,* aos brasileiros que necessitavam de atendimento em saúde para o tratamento da infertilidade com igualdade e equidade, respeitando as particularidades de cada pessoa.

No que se refere aos Direitos Sexuais e Direitos reprodutivos garantidos pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2009), podemos entender que:

> São direitos ancorados na liberdade de todo casal decidir livre e responsavelmente sobre o número, espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer. Também prevê o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva, incluindo também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência. Além da garantia da liberdade de orientação sexual e a dupla proteção as DST/AIDS e a gestação não planejada (BRASIL, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, 2009).

A atenção à saúde da mulher é realizada por meio de diferentes programas como, por exemplo: Atenção Clínico-Ginecológica, Planejamento Reprodutivo, Atenção Obstétrica e Neonatal; Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal; Atenção para Mulheres e Adolescentes em situação de violência doméstica e sexual HIV/Aids na população feminina; Atenção à Saúde Mental das Mulheres**;** Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Climatério; Saúde da Mulher na terceira idade; Saúde da Mulher Negra; Saúde das trabalhadoras do campo e da cidade; Saúde das Mulheres que fazem sexo com Mulheres; Saúde da Mulher em situação de prisão; Ações em Saúde da Mulher e o Controle Social; Atenção ao Câncer na Mulher; entre outros (MS, 2009).

A RHA possibilita reverter problemas de ordem anatopatológica, como também atender às pessoas sadias, mulheres solteiras ou casais homossexuais que

recorrem à biotecnologia com o intuito de formar uma família. Como o direito à saúde está assegurado pela Constituição Brasileira, como um direito fundamental, começa aqui uma reflexão sobre legislação e resoluções que norteiam as decisões jurídicas que garantem a realização da RHA como também influenciam a tomada de decisão de homens e mulheres que recorrem à ajuda médica especializada para constituir uma família.

A Constituição Federal assegura aos cidadãos a decisão em constituir uma família por meio do direito fundamental ao planejamento familiar, o direito à saúde, o direito à paternidade responsável, como também protege a dignidade humana.

Beltrão (2010), no estudo dos aspectos jurídicos da RHA, articulado ao Direito Civil Constitucional e os conflitos que podem surgir diante dos direitos fundamentais, refletiu sobre a liberdade que tem a pessoa em formar uma família, de ter um filho por meio da reprodução natural ou por meio da Reprodução Assistida como elemento da autonomia que todo se humano possui para desenvolver livremente a sua personalidade.

Medeiros e Verdi (2010), nas reflexões a respeito das novas concepções familiares e sobre o direito de acesso aos avanços biotecnológicos que envolvem a RHA, realizaram estudo documental de seis projetos de lei em fontes oficiais do governo federal, considerando como eixo para análise três áreas temáticas: Acesso a quê? Acesso para quem? Condições e critérios de acesso. O estudo evidencia que os documentos oficiais refletem a dificuldade de acesso a todos que recorrem ao serviço de RHA, uma vez que apresentam critérios excludentes priorizando o atendimento às formações familiares tradicionais, desconsiderando o direito ao acesso como uma questão bioética.

Reis (2010), ao analisar o conceito de filiação biológica e não biológica e a sua relação com a parentalidade de acordo com o ordenamento jurídico brasileiro, argumentou sobre a formação da família não somente pelos laços genéticos, mas também por laços socioafetivos. Para tanto, analisou também a questão da parentalidade a partir da utilização de técnicas de RHA heterólogas. O estudo corroborou com a RHA heteróloga como possibilidade para a realização do projeto parental, onde o afeto baliza as relações familiares, modificando o antigo modelo de família considerado a partir de laços genéticos.

Na mesma direção, Badalotti (2010), em reflexões sobre aspectos bioéticos, declarou que “do ponto de vista de constituição familiar, sabe-se que a paternidade, a maternidade e a família podem ser estabelecidas legal, afetiva e eticamente sem que haja nenhum vínculo genético, como nos casos de adoção” (BADALOTTI, 2010).

A Resolução nº. 2.013/13 do CFM proporcionou um avanço no que diz respeito às individualidades, já que possibilitava a utilização de técnicas reprodutivas para todas as pessoas capazes, como também determinava 50 anos como sendo a idade máxima das candidatas à gestação de RHA.

Diante das mudanças observadas na sociedade contemporânea e a crescente busca por técnicas de RHA com o objetivo de alcançar a maternidade tardia, assim como o direito ao planejamento familiar independente da idade biológica como limitador assegurado na Constituição Federal, o CFM por meio da Resolução CFM nº. 2.121/2015, ampliou a possibilidade da utilização de técnicas de RHA:

> 3 - As exceções ao limite de 50 anos para participação do procedimento serão determinadas, com fundamentos técnicos e científicos, pelo médico responsável e após esclarecimento quanto aos riscos envolvidos (CFM, Resolução nº. 2.121/2015).

Cabe ressaltar que, no Brasil, com a ausência de legislação específica para a Reprodução Humana Assistida, nota-se a existência de documentos reguladores que nem sempre estão em consonância entre si.

Atualmente, significativo número de mulheres que esperaram um pouco mais para engravidar, ultrapassando o limite biológico relacionado à ovulação e consequentemente, necessita recorrer de ovodoação para alcançar a maternidade gestacional. De acordo com as normas éticas para a utilização das técnicas de RA da Resolução CFM nº. 2.121/2015:

> 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 RHA desde que as participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidas sobre a mesma, de acordo com a legislação vigente (CFM, Resolução nº. 2.121/2015).

Quando se trata do direito da pessoa em formar uma família, faz-se necessário refletir sobre os atores envolvidos no processo, considerando a bioética assim como a legislação brasileira. Com o intuito de proteger mulheres, homens que buscam a RHA, como também o direito da criança que vai nascer fundada na dignidade humana, a legislação brasileira garante o direito ao anonimato a quem doa gametas. Por outro lado, como pode assegurar o direito da personalidade à pessoa gerada que busca investigar a sua identidade genética, quando foram utilizados gametas doados?

O sigilo quanto à identidade do doador está previsto no artigo IV a partir da Resolução do CFM 2.013/13:

> 4 - Obrigatoriamente será mantido o sigilo sobre a identidade dos doadores de gametas e embriões, bem como dos receptores. Em situações especiais, as informações sobre doadores, por motivação médica, podem ser fornecidas exclusivamente para médicos, resguardando-se a identidade civil do doador (CFM, Resolução nº. 2.013/2013).

Nesse cenário, pode-se notar de um lado o direito ao anonimato, da intimidade do doador que, ao doar gametas, concordou com a ação altruísta e que, na doação, não pensou na construção de vínculos genéticos ou afetivos. Por outro, famílias buscam apoio no sigilo para esconder dos familiares e amigos e até mesmo dos próprios filhos a sua origem. Cabe pontuar que a criança gerada a partir da inseminação ou fertilização heteróloga, da mesma forma que as outras crianças, possui assegurado o direito ao conhecimento da ascendência genética.

Cabe ressaltar que o direito ao conhecimento de ascendência genética e o direito a intimidade são direitos fundamentais assegurados na Constituição Federal.

> Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:
> X - são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação;
> Art. 227. § 6º Os filhos, havidos ou não da relação do casamento, ou por adoção, terão os mesmos direitos e qualificações, proibidas quaisquer designações discriminatórias relativas à filiação;
> Art. 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado. §4º Entende-se, também, como entidade familiar a comunidade formada por qualquer dos pais e seus descendentes. (BRASIL, Constituição Federal, 1988).

Com a evolução da sociedade, com os avanços biotecnológicos e a valorização das relações construídas a partir do afeto, os princípios previstos no Código Civil, da legislação brasileira, deixaram de ter o mesmo entendimento.

O Novo Código Civil que entrou em vigor em 2003, aduz nos incisos III, IV e V do artigo 1.597, a presunção de paternidade dos filhos gerados a partir da inseminação artificial homóloga, inseminação heteróloga, especialmente na parte de Direito de Família, que tratando de filiação substitui o termo legitimidade por paternidade com o objetivo de proibir discriminação.

O conceito de filiação e parentalidade biológica e socioafetiva articulado a mudanças na forma de agir e pensar da sociedade e do Direito de Família levam à reflexão e reconstrução do conceito.

Segundo Paulo Luiz Netto Lôbo, *in* Reis (2010):

> Filiação é conceito relacional; é a relação de parentesco que se estabelece entre duas pessoas, uma das quais é considerada filha da outra (pai ou mãe). O estado de filiação é a qualificação jurídica dessa relação de parentesco, atribuída a alguém, compreendendo um complexo de direitos e deveres reciprocamente considerados (LÔBO, *in* REIS, 2010, p. 06).

Por muito tempo, o parto determinava a maternidade, a filiação materna, filiação biológica, portanto o vínculo sanguíneo, enquanto que a configuração da filiação paterna estava vinculada ao casamento e presunção de vínculo jurídico.

Considerando a utilização de gametas de terceiros, o vínculo familiar está frequentemente fundamentado na construção socioafetiva, assim como a transferência do óvulo fertilizado de uma mulher para outra separa a maternidade genética da gestacional (LUNA, 2002).

Em um passado não tão longínquo, a determinação da paternidade ou da maternidade estava diretamente ligada à comprovação da reprodução natural, do tipo sanguíneo, do material genético, conquanto avaliados o fator biológico e socioafetivo.

Cabe destacar que outros controles ajudam na efetivação da legislação relacionada ao direito do anonimato do doador, direito à reprodução assistida de mulher solteira, relações jurídicas da maternidade de substituição, inseminação post-mortem entre outras. Isso porque as famílias que, ante a possibilidade de novas formações familiares, passaram a exigir legitimidade pelo Estado, levando à

necessidade de verificação do aparato legal para atender essas novas famílias, em especial aquelas advindas com utilização das técnicas de RHA.

Beltrão (2010), ao analisar conflitos éticos e legais que permeiam a Reprodução Humana Assistida, comenta sobre a paternidade civil desvinculada da origem genética, considerando que, com a utilização de técnicas heterólogas, o DNA do genitor não determinará a filiação.

Quanto à utilização de gametas do casal ou gametas doados para o alcance da maternidade, encontra-se previsto no Código Civil, Art. 1.597, o amparo legal quanto à determinação da paternidade e da filiação quando os filhos foram concebidos no casamento.

> III - havidos por fecundação artificial homóloga, mesmo que falecido o marido; IV - havidos, a qualquer tempo, quando se tratar de embriões excedentários, decorrentes de concepção artificial homóloga V - havidos por inseminação artificial heteróloga, desde que tenha prévia autorização do marido -, dá-se quando é utilizado sêmen de outro homem, normalmente doador anônimo, e não o do marido, para a fecundação do óvulo da mulher (BRASIL, Código Civil, 2003, art. 1.597).

Nesse contexto, faz-se necessário refletir sobre o Direito Penal Brasileiro, a proteção do embrião a partir da nidação pois, fora do organismo materno, não há como confirmar a gravidez. Entretanto, cabe ressaltar que a determinação do início da vida pode ser interpretada por diferentes aspectos; desde o momento da fecundação, da nidação ou da formação do sistema nervoso. Quando se refere à evolução da família, pais socioafetivos e vínculo de filiação construído, homens e mulheres que recorrem à adoção ou à doação de gametas ou embriões, assumem direitos e deveres, previstos na Constituição.

Portanto, o consentimento, assim como o termo de consentimento assinado pelo homem e mulher, mencionado anteriormente no item 1.1.4, torna-se essencial para o cumprimento dos deveres referentes à criança gerada a partir da utilização da RHA. Logo, o vínculo civil de parentesco/filiação será confirmado pelo aceite do Termo de Consentimento e a criança reconhecida ainda que inexistentes laços genéticos ou consanguíneos.

Nesse contexto, Reis (2010), diante do Código Civil, comentou a respeito da filiação natural ou civil:

> A filiação jurídica pode ser natural, quando decorre de consanguinidade, ou civil, como a adoção, a reprodução assistida heteróloga ou a sócio afetividade, casos em que decorrem de outra origem, conforme expressamente permite o Código Civil14 em seu artigo 1.593 (REIS, 2010).

A regulamentação ocorre por meio de resoluções normativas produzidas pelo CFM e documentos que, articulados, norteiam as constantes reformulações de leis e posicionamento ético e jurídico a respeito do direito de família, do direito sucessório, da determinação da filiação etc. Cabe lembrar que nem sempre esses documentos conversam no que se refere aos direitos da criança ter acesso à origem biológica quando seu nascimento se deu a partir de RHA heteróloga.

Ao estabelecer relação entre a existência de legislação ou leis não específicas relacionadas ao atendimento em saúde voltado para a RHA, articulada à diversidade sociocultural econômica e religiosa, Leite e Henriques (2014) realizaram estudo documental de nove países: Brasil, China, Dinamarca, Egito, Índia, Israel, Itália, África do Sul e Espanha. Dentre os nove países selecionados para o estudo, Brasil, China, Egito, Índia não possuem legislação específica.

Leite e Henriques (2014), ao comparar as legislações ou guias de referências em RHA, em diferentes países, também refletiram sobre a evolução das técnicas de RHA e a necessidade de mecanismos reguladores para sua existência que resultam em proteção para os pacientes assim como para os profissionais que atuam nessa área.

Ao analisar os dados da pesquisa, Leite e Henriques (2014) constataram que no Brasil existe atendimento à saúde para aqueles que buscam ajuda na RHA, não ocorre cobertura de plano de saúde e que mesmo existindo atendimento na rede pública, não atende a necessidade da população com problemas de fertilidade. Igualmente, foi notado que o atendimento é garantido a todos, independente do estado civil e orientação sexual.

Na China, no Egito e na Índia, os planos de saúde não realizam cobertura de tratamentos de RHA e a população não possui atendimento devido à ausência de políticas públicas relacionadas à RHA.

No Brasil e na Índia, o estado civil e orientação sexual não são considerados critérios de exclusão quanto ao acesso a técnicas de RHA, diferente do que ocorre na China e Egito, onde o atendimento acontece apenas para o casal heterossexual

casado. Cabe mencionar que Dinamarca, Israel, Itália, África do Sul e Espanha são países governados por leis específicas em reprodução assistida.

Na Dinamarca, o governo financia até três tentativas de FIV sendo que não é necessário o casal estar casado, como também garante acesso às pessoas solteiras e casais homoafetivos. Em Israel, existe um plano Nacional de Saúde que permite tratamento ao casal ou pessoa solteira, a gerar até dois filhos. Na Itália, o acesso é público para casal com relacionamento estável. Na África do Sul, assim como no Brasil, o tratamento é assegurado por políticas públicas, sendo que planos de saúde não cobrem tratamentos especializados, não se considera o estado civil nem a orientação sexual. Na Espanha, casais independentes da orientação sexual como também pessoas solteiras podem recorrer ao plano nacional de saúde que cobre 30% do tratamento.

Nessa direção, Coxir e colaboradores (2014), ao analisar documentos legais a respeito das regulamentações da RHA, no Brasil, Chile, Uruguai e na Argentina, concluíram que as características socioculturais influenciam a tomada de decisões e a utilização da RHA.

A Argentina, por meio da Lei 26.862/2013, regulamenta o acesso a RHA gratuita para todos os cidadãos, sejam casais heterossexuais ou homossexuais, ou ainda pessoas solteiras, que tenham ou não algum problema de saúde. A legislação regulamenta a fecundação homóloga, heteróloga o anonimato e não há limite de idade estabelecido para buscar técnicas de RHA.

No Chile, não existe legislação. A regulamentação das práticas de Reprodução Humana Assistida ocorre por meio da Rede Latino-Americana de Reprodução Assistida (Rede LARA), enquanto outros usam as normas da Espanha ou dos Estados Unidos. Sendo assim, prevê tratamento para casais heterossexuais e apenas algumas clínicas aceitam fazer inseminação em mulheres solteiras ou casais homossexuais. No caso da constatação da necessidade de fecundação heteróloga, o anonimato fica a critério das Clínicas que realizarem a RHA.

No Uruguai, as técnicas de RHA podem ser utilizadas por qualquer pessoa, independentemente de seu estado civil, desde que se tenha um diagnóstico de infertilidade assim como está previsto o anonimato no caso da fecundação heteróloga.

Diante do exposto, o acesso na rede pública ou privada assegurada ou não por plano de saúde, a liberdade para a busca de ajuda na biotecnologia para o alcance da maternidade independente do estado civil, do diagnóstico, da idade, da religião, da indicação médica para a utilização de técnicas homólogas ou heterólogas, ainda se encontra em construção na sociedade contemporânea.

Seja por meio de Legislação, Resoluções ou redes que controlam a realização das técnicas de RHA, as questões de ordem sociocultural permeiam as políticas públicas nos diferentes países citados. Portanto, faz-se necessário constante monitoramento da prática das técnicas de RHA de acordo com os princípios éticos e bioéticos com vistas à maior segurança para as pessoas que buscam solucionar problemas voltados para a reprodução humana.

2.1.3.2 O atendimento integral assegurado pelo SUS

A partir dos avanços das técnicas de RHA e do atendimento especializado garantido pelas Políticas Públicas de 2005, mulheres que buscavam alcançar a maternidade encontraram no SUS a oportunidade de receber tratamento para casos diagnosticados de infertilidade. Entretanto, mulheres que desejam a RHA assegurada pelo SUS encontram como primeiro fator complicador a necessidade de passar por uma primeira triagem, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) perto de sua residência, como porta de entrada para o atendimento especializado com equidade (FONTENELE e TANAKA, 2013). Os autores realizaram um estudo com 16 mulheres inscritas no protocolo de RHA, em um hospital da rede pública de São Paulo, com objetivo de avaliar os sentimentos em relação à espera pelo tratamento e mecanismos desenvolvidos para minimizar a angústia que o tratamento produz. Percebeu-se nesta pesquisa que as pacientes necessitam de maior conforto emocional, de atenção por parte dos profissionais de saúde que diante da falta de postura e de conhecimento quanto à importância do amparo emocional, acabaram aumentando o estado de fragilidade das mulheres que vivenciaram o longo tempo de espera, a incerteza do procedimento, a expectativa de alcançar a maternidade.

Os estudos de Makuch e Filetto (2010) apontaram na mesma direção e reiteraram que um dos obstáculos enfrentados por mulheres que passam por procedimento de FIV é a falta de compreensão dos profissionais da saúde quanto às

dificuldades vivenciadas de ordem física e psicossociais dos envolvidos no processo.

Para contextualizar o cenário em questão, após realização de diversos exames de toda ordem e constatação de problema reprodutivo, a mulher é encaminhada para o atendimento em hospitais da rede pública. Esses hospitais contam com apoio médico especializado e equipe multidisciplinar voltados para o atendimento integral, assim como equipamentos que possibilitam a realização de técnicas de RHA. Após encaminhamento ao Hospital Referência da Saúde da Mulher, começa uma nova fase de enfrentamentos e resignação pois, entre o agendamento e a primeira consulta, a espera por atendimento pode levar meses. A partir da consulta, outro processo se inicia devido à necessidade de investigação macroscópica e microscópica no organismo feminino e/ou masculino, com a intenção de desvendar a causa da infertilidade.

Devido ao grande número de mulheres, homens e casais que recorrem ao SUS para na busca de resolução de problemas de fertilidade, a fila de espera para o atendimento, assim como para a realização de técnicas de alta complexidade, cresce devido à falta de recursos financeiros e de infraestrutura para a realização de exames e procedimentos técnicos.

Especificamente nos serviços do SUS, tem-se constatado, sobretudo a partir dos anos 2000, uma demanda crescente que está além da capacidade desse setor e do que pode ser oferecido nos diversos procedimentos de tratamento com a ajuda da RHA (FONTENELE, 2010).

Samrsla e colaboradores (2007), em estudo realizado no hospital público de referência da rede de saúde do Distrito Federal (DF) que, em 2004, possuía 1.865 pacientes inscritas na fila de espera para FIV, buscaram investigar a expectativa de mulheres que aguardavam por tratamento e realização da RHA. Para tanto, realizaram entrevistas com 27 mulheres que foram encaminhadas pelos postos de saúde para investigação da causa de infertilidade e 24 mulheres que estavam inscritas na fila de espera para FIV. Constataram que, quanto ao tempo de espera, as ingressantes declararam que aguardaram seis meses para iniciar os exames. Entre as pacientes com diagnóstico já concluído, 30% das entrevistadas disseram que esperavam entre dois e quatro anos e 30% afirmaram que esperavam mais de quatro anos para se submeter aos procedimentos que envolvem a RHA.

Diante do obstáculo citado, fica evidente que as clínicas, centros da rede pública e privada que realizam as técnicas de RHA, necessitam não só de profissionais capacitados para o atendimento humanizado, mas também de infraestrutura para atender a crescente necessidade da população. Nota-se que, mesmo com a existência legal dos direitos reprodutivos, de políticas públicas que buscam atender homens e mulheres que necessitam da RHA, não são todas as pessoas que possuem acesso aos tratamentos e procedimentos com eficácia plena e imediata. Nota-se que o acesso aos serviços de RHA permanece limitado devido ao alto custo dos exames específicos, dos procedimentos de alta complexidade e dos medicamentos necessários além do restrito número de hospitais públicos direcionados para esse tipo de assistência que, consequentemente, possuem uma imensa fila de mulheres, que espera anos para iniciar o tratamento em comento.

Outro aspecto evidenciado no estudo realizado por Fontenele e Tanaka (2013) foi a expectativa e a angústia das mulheres que aguardam na fila por longo período para conseguir assistência e tratamento em um hospital público. Após processo de triagem, havia a angústia em aguardar o telefone tocar informando que chegou sua vez de iniciar o tratamento.

Constantes questionamentos éticos, religiosos, científicos e jurídicos a respeito dos procedimentos realizados com vidas humanas ocorrem diante da utilização da biotecnologia da RHA, das incertezas e das dificuldades que esse grupo de mulheres vivencia em torno da maternidade. Há ainda repercussões socioculturais, tais como consequências relacionadas à saúde das pessoas envolvidas no processo de reprodução, a importância da vida gerada, o direito ao anonimato garantido aos doadores e receptores de material genético.

Meirelles e colaboradores (2011) comentaram sobre a crescente procura da RHA, devido a mudanças observadas na sociedade:

> A RA possui implicações para a sociedade como um todo, porque a definição clínica da infertilidade não leva em conta a “infertilidade social” encontrada em um número crescente de pessoas que, devido seu estilo de vida ou carreira, irão procurar a RA para engravidar quando sua fertilidade natural diminuir (MEIRELLES e colaboradores, 2011).

Para Menegon (2004):

> Tratando-se de tecnologias geradoras de impactos variados, é importante compreender a rede de responsabilidades implicadas. Isto é, que a responsabilidade é das pessoas que desenvolvem novas técnicas, das que aplicam essas técnicas e das pessoas que buscam esses serviços. Mas, também, é responsabilidade de órgãos que formulam leis para regulamentar o campo, de comitês de ética e de bioética e de pesquisadoras e pesquisadores que produzem conhecimento sobre essa temática (MENEGON, 2004).

Portanto, o apoio emocional, a disposição ao esclarecimento em cada etapa do procedimento ajudaria homens e mulheres envolvidos com os procedimentos.

A utilização de técnicas de RHA reiterou também o direito à saúde integral, garantido na Constituição e nos princípios do SUS, a todos que necessitam de atendimento. Além disso, destacou a importância da construção da família para os que buscam esse recurso, bem como discussões acerca das novas configurações familiares.

2.1.3.3 Aspectos bioéticos relacionados aos usuários e procedimentos

Considerando não só os atores envolvidos, mas também a necessidade de regulamentação das ações relacionadas aos seres humanos nos diferentes papéis que desenvolvem, visando à preservação da saúde, a ética, a bioética e, por fim, os documentos norteadores serão abordados aspectos bioéticos que permeiam a utilização da RHA, possibilitando a análise do contexto de serviços oferecidos a nível regional e nacional envolvendo a biotecnologia.

Quando se refere ao conceito contemporâneo de família, na determinação de parentalidade e filiação, a legislação brasileira e resoluções do CFM, buscam proteger as pessoas envolvidas no processo de RHA, garantir o direito ao acesso ao serviço de RHA, assim como nortear a realização das técnicas reprodutivas no Brasil. Sendo assim, de acordo com os princípios éticos e bioéticos regulamentados pelo CFM que, entre toda normatização relacionada aos avanços da RHA heteróloga, a doação de gametas não pode ter caráter lucrativo, como também o doador deve possui responsabilidade emocional, social e civil relacionada à vida gerada por meio da RHA.

Em relação aos sentimentos evidenciados entre mulheres que buscam ajuda para superar os mais diversos obstáculos para alcançar a maternidade, no decorrer do processo/tratamento, pode-se observar a fragilidade emocional em pacientes que aguardam o momento de utilizar técnicas de RHA.

Meirelles e colaboradores (2011), ao entrevistar pacientes que vivenciavam a espera por tratamento, concluíram que:

> Sentir-se incapaz, frustrada, inferior às outras mulheres e culpada por não engravidar, são sentimentos comuns à maioria das mulheres diagnosticadas como inférteis, após alguns ou muitos anos de tentativas sem sucesso para engravidar (MEIRELLES e colaboradores, 2011).

A impossibilidade de ter filhos abala a autoestima do casal e dá lugar a sentimentos de desvalorização pessoal, social e familiar (MALUF, 2008).

Em virtude das tentativas para engravidar naturalmente que podem levar anos, assim como a realização de consultas com os mais variados especialistas, e exames específicos que são recomendados para localizar o problema relacionado à fertilidade, a mulher, o homem ou o casal vivenciam uma sequência de sentimentos que podem desencadear problemas de saúde de ordem física, psicológica e emocional.

Segundo Badalotti (2010),

> Pessoas que não conseguem enfrentar o obstáculo vivenciado através do diagnostico da infertilidade, podem sofrer com a “crise vital prolongada e o estresse resultante, frequentemente leva à morbidade emocional e a problemas interpessoais” (BADALOTTI, 2010, p. 478).

Com a intenção de compreender os sentimentos vivenciados por mulheres que esperam por tratamento, os mecanismos de apoio oferecido pela instituição e participantes do atendimento em saúde para atenuar a angústia que permeia este universo, Fontenele (2010) realizou uma pesquisa num hospital da rede pública de Saúde do Estado de São Paulo, utilizando para análise as entrevistas somadas às observações do atendimento e do contexto evidenciado em reuniões. O estudo constatou que existe, entre os agentes sociais, “a dissimulação de poder nas relações simbólicas no cotidiano que prejudicam o conforto emocional e bem-estar das mulheres em questão”.

Nessa direção, nova análise realizada por Fontenele e Tanaka (2013) constatou que:

> Seria interessante que dentro do próprio ambulatório existisse um serviço, um setor, comprometido com o cuidado, conforto e sentimento de segurança dessas mulheres que se submeterão aos tratamentos de FIV. Ter uma equipe de apoio presente, conversando com elas, ouvindo-as em seus relatos de angústia emocional, medos e anseios, ainda que pareçam ações simples, de fato representaria efetivamente uma ação mais voltada ao conforto emocional (FONTENELE e TANAKA, 2013).

Outro enfrentamento que pode ser evidenciado, nesse contexto, é a relação entre médico e paciente. A representação de poder e o conhecimento médico para indicar a técnica de RHA mais adequada possibilitando ao alcance da maternidade podem desencadear novo momento de fragilidade emocional, evidenciada na pesquisa de investigação qualitativa realizada por Fontenele e Tanaka (2013).

Os autores assim se expressam (2013):

> (...) a relação que a mulher possui frente ao saber médico é de submissão no momento que expressa sua insatisfação com a organização familiar e demanda ajuda para fazer um tratamento que resultará num bebê. Há a percepção, por parte dessas mulheres, de que o médico tem um poder: ele pode efetivar um tratamento que resultará na gravidez que, em última instância, legitimará seu casamento (FONTENELE e TANAKA, 2013, p. 99).

Os vários estudos confirmam que as sensações de perda e frustrações causadas por fatores como *stress*, ansiedade, depressão, impotência, luto e preconceito; e ainda sentimentos como medo, culpa e tristeza são emoções vivenciadas por homens e mulheres que desejam ter um filho, mas que descobrem que possuem problemas relacionados à fertilidade (MAKUCH e FILETTO, 2010, MEIRELLES *et al*., 2011)

Badalotti (2010) também refletiu sobre o sofrimento gerado pela infertilidade, geralmente com vivências de frustrações e longo período de espera. A vulnerabilidade diante do diagnóstico de infertilidade “faz com que os casais se disponham a tudo para superá-la, retirando a procriação do âmbito privado e colocando-a cada vez mais nas mãos da medicina e suas novas revoluções” (BADALOTTI, 2010).

Sobre a constatação da infertilidade como fator estigmatizante, Braga e Amazonas (2005), por meio de estudos realizados, concluíram que apesar das mudanças de concepção em relação à infertilidade, da relativa aceitação do uso de tecnologia possibilitando com o objetivo de reverte a condição de infértil, as mulheres ainda sentem o peso emocional da infertilidade.

Makuch e Filetto (2010**)** analisaram entrevistas realizadas com sete mulheres e seus parceiros que estavam iniciando os procedimentos de FIV e cinco entrevistas de mulheres e seus parceiros quatro a seis anos após o fracasso do último procedimento de FIV e constataram que para algumas mulheres que estavam iniciando os procedimentos, a decisão de realizar a FIV também estava relacionada à necessidade de serem iguais às mulheres férteis.

Na mesma direção, apontou Maluf (2008), quando escreveu que a impossibilidade de ter filhos abala a autoestima do casal e dá lugar a sentimentos de desvalorização pessoal, social e familiar. De fato, pessoas que não conseguem enfrentar o obstáculo vivenciado através do diagnóstico da infertilidade podem sofrer com a crise vital prolongada e o estresse resultante, frequentemente leva à morbidade emocional e a problemas interpessoais (BADALOTTI, 2010).

Assim, numa situação em que a manutenção da saúde emocional, o cuidado visando à saúde integral e à valorização das pessoas que buscam assistência são evidenciados, é relevante a análise do comportamento de casais que recorrem à RHA.

Diante desse contexto, que apresenta o sentimento de ansiedade em virtude do tratamento médico para o alcance da maternidade, a fragilidade emocional poderia ser minimizada por meio de um atendimento humanizado, com orientações e informações sobre os procedimentos e os futuros encaminhamentos na vida da paciente.

Com o objetivo de fortalecer o casal que aguarda por técnicas de RA, a equipe de especialistas do hospital público Pérola Byington orienta as pacientes sobre o projeto de vida que deve incluir a realização pessoal e profissional da mulher independentemente da condição de ter ou não um filho. Por isso, conceitos tão valorizados acerca da concepção tais como: filhos devem ser concebidos porque faz parte da vida ter filhos, pela garantia da continuidade da família ou porque a sociedade ou a família de origem cobram e ainda para provar masculinidade ou

feminilidade são desconstruídos pela equipe do hospital em benefício da qualidade de vida dos assistidos.

Dentro dessa perspectiva, surge uma preocupação importante em relação aos aspectos bioéticos que envolvem a concepção e que devem ser considerados, trata-se do destino dos oócitos e dos pré-embriões excedentes do processo de RHA: criopreservação ou doação.

2.1.3.4 Destino dos oócitos e dos pré-embriões excedentes

Conforme ora exposto, um dos procedimentos realizados dentre as técnicas de RHA é a estimulação ovariana, que pode resultar em liberação de oócitos. Há chance inclusive de desenvolvimento de um maior número de gametas além dos quais efetivamente serão fecundados e transferidos para o útero. Diante desse fato, é dever dos médicos especialistas, que acompanham a FIV, informar a paciente sobre a quantidade e qualidade dos oócitos produzidos assim como orientar sobre a necessidade de posicionamento quanto ao destino dos oócitos e embriões excedentes.

Com a intenção de regulamentar a realização da FIV, e o destino dos gametas e dos pré-embriões excedentes, assim como preservar a saúde da mulher, o CFM (2015) segundo o art. 7º. da Resolução nº. 2.121/2015, determina que o número máximo de gametas ou embriões que devem ser transferidos deve estar vinculado ao fator idade já que este é um dos obstáculos para o alcance da maternidade. Portanto:

> O número máximo de oócitos e embriões a serem transferidos para a receptora não pode ser superior a quatro. Quanto ao número de embriões a serem transferidos faz-se as seguintes recomendações: a) mulheres com até 35 anos: até 2 embriões; b) mulheres entre 36 e 39 anos: até 3 embriões; c) mulheres entre 40 e 50 anos: até 4 embriões; d) nas situações de doação de óvulos e embriões, considera-se a idade da doadora no momento da coleta dos óvulos (CFM, Resolução nº. 2.121/2015, artigo 7º.).

A decisão, quanto ao destino dos gametas que não poderão ser transferidos em determinado procedimento, caberá à paciente: criopreservar para uma nova tentativa de FIV, doar para mulheres que não podem usar seus próprios óvulos para realização da FIV ou doar para futuras pesquisas.

Diante dessa questão, o CFM, na Resolução nº. 2.121/2015, regulamenta, no artigo IV, a doação de gametas ou embriões sem caráter lucrativo ou comercial; a idade limite para ser doador, no caso da mulher ter até 35 anos e homem 50 anos; a responsabilidade da unidade em garantir semelhanças fenotípica e imunológica entre doadora e receptora; permitir a doação voluntária de oócitos, assim como a doação compartilhada quando duas mulheres necessitam realizar técnicas de alta complexidade.

A criopreservação de oócitos é uma técnica utilizada para armazenar gametas ou pré-embriões, como alternativa para uma futura FIV.

O congelamento de embriões é utilizado quando há embriões excedentes nos ciclos de FIV, nos casos de cancelamento da transferência por risco da síndrome da hiperestimulação ovariana e antes de tratamento quimioterápico ou radioterápico em pacientes jovens com desejo de preservação da fertilidade. Retomando a questão da fertilidade social, o congelamento de oócitos está sendo recomendado para mulheres com idade abaixo de 35 anos e que desejam preservar a fertilidade (DZIK *et al*., 2011).

A utilização da técnica é normatizada por meio da resolução CFM 1.358/92 que posteriormente foi alterado pela resolução CFM nº. 2.013/2013 e, recentemente, pela resolução CFM nº. 2.121/2015, no artigo V:

> 1**-** As clínicas, centros ou serviços podem criopreservar espermatozoides, óvulos, embriões e tecidos gonádicos.
> 2- O número total de embriões gerados em laboratório será comunicado aos pacientes para que decidam quantos embriões serão transferidos *a fresco*. Os excedentes, viáveis, devem ser criopreservados (CFM, Resolução nº. 2.121/2015, artigo V).

Os pacientes envolvidos com a RHA devem ser informados quanto à possibilidade de armazenamento de gametas ou embriões excedentes como também da importância em expressar sua vontade, por escrito, em relação ao destino dos embriões criopreservados, em caso de divórcio, doenças graves ou falecimento, de um deles ou de ambos, ou então sinalizar a decisão em doá-los

Nesse contexto, por meio de dados obtidos do SisEmbrio/Anvisa 2015, foram produzidos e congelados 47.812 embriões em 2014. Desses, 68% estão armazenados em Bancos da região Sudeste, 12% do Sul, 12% no Nordeste e 8% na

região Centro-Oeste. Vale ressaltar que o maior número de BCTGs está localizado no Estado de São Paulo.

De acordo com dados fornecidos, em 2014, pelos 106 BCTGs, no Brasil, 27.871 ciclos de fertilização foram realizados e 257.006 oócitos foram produzidos como resultado do processo de estímulo ovariano e monitoramento. Diante do exposto, faz-se necessário retornar a reflexão sobre a importância da informação e conscientização das pessoas envolvidas no processo de RHA e da sociedade quanto ao destino dos gametas não utilizados no procedimento.

Em relação ao congelamento embrionário, Badalotti (2010) comentou sobre a problemática relacionada às questões bioéticas da criopreservação já que o congelamento impede o desenvolvimento natural dos embriões. Para justificar, o autor utiliza índices de sobrevivência dos embriões entre 70 a 80% após o descongelamento o que fere a dignidade dos mesmos.

Outra questão polêmica que envolve a RHA é o destino dos embriões armazenados. Diante dessa realidade, o CFM por meio da Resolução 2.121/2015, normatiza o destino do embrião, conforme o tempo de armazenamento nos BCTGs:

> 4**-** Os embriões criopreservados com mais de cinco anos poderão ser descartados se esta for a vontade dos pacientes. A utilização dos embriões em pesquisas de células-tronco não é obrigatória, conforme previsto na Lei de Biossegurança (CFM, Resolução nº. 2.121/2015).

A dificuldade para engravidar ocorre não só em mulheres com problemas anátomo-fisiológicos, mas também nas que optaram por esperar um pouco mais para realizar a maternidade, seja por viver um momento especial profissional, por não se sentir em condições para cuidar de uma nova vida, ou até mesmo por não encontrar um companheiro ideal para compartilhar a maternidade (DZIK *et al*., 2011).

Nesse sentido, Maluf (2008) afirmou que:

> A grande mudança na família clássica é a dissolução da figura mulher como apenas esposa-mãe, que agora vai ao mercado de trabalho, passando a ser parceira dos homens na construção da nova sociedade (MALUF, 2008, p. 21).

Num ciclo normal, a mulher produz um oócito, e com o estimulo hormonal proposto em técnicas de RHA, as mais jovens costumam produzir vários oócitos, suficientes para serem usados no seu próprio tratamento como também para serem doados às mulheres que buscam a maternidade, mas que devido à idade ou por apresentar outro tipo de problema relacionado à fertilidade, não podem usar o próprio oócito.

A doação de oócitos está indicada na falência ovariana prematura, mas respondedoras à estimulação ovariana, com níveis de FSH superiores a 15 UI/ml e idade avançada da mulher. Toda mulher com idade igual ou superior a 40 anos, que necessite de TRA, é uma candidata a ser receptora de óvulos doados. (MEIRELLES *et al*., 2011; DZIK *et al*., 2011).

Em um estudo voltado para as questões bioéticas, Badalotti (2010) comentou sobre a decisão em doar oócitos excedentes para outros casais inférteis como um ato altruísta, e para os embriões que não serão utilizados a única chance de chegar à vida. Considerando a doação de oócitos ou embriões como possível alternativa para a maternidade, o tema contemporâneo e polêmico requer ampla divulgação com a finalidade de informação/ construção do conhecimento para a sociedade.

Visto que a idade biológica interfere no aspecto quantitativo e qualitativo dos gametas, a idade limite para a doação de gametas é de 35 anos para a mulher e de 50 anos para o homem de acordo com a Resolução do CFM nº. 2.121/2015, artigo IV, parágrafo 3.

Quanto ao atendimento especializado, em São Paulo, o hospital público Pérola Byington não só oferece às mulheres diversos exames e tratamento, mas também realiza a RHA gratuita com o objetivo de tentar resolver os casos de infertilidade. Segundo dados obtidos nessa instituição, o Setor de Reprodução Humana realiza cerca de 300 ciclos de fertilização assistida de alta complexidade por ano, além de 100 ciclos de técnicas não invasivas, como a inseminação intrauterina. As técnicas de alta complexidade são representadas pela FIV convencional e ICSI. A demanda pelos tratamentos é superior à capacidade de atendimento dos hospitais o que resulta num expressivo número de mulheres que permanecem na fila, aguardando alcançar o sonho da maternidade utilizando oócitos doados.

Para o procedimento de RHA, é necessária a existência dos especialistas com conhecimento e habilidade para execução, monitoramento e manipulação do material genético durante o processo de RHA, assim como para a realização e interpretação de sofisticados exames biogenéticos realizados em laboratórios de última geração. Além disso, é indispensável a precisa escolha de material genético e embriões com as melhores condições para implantação no útero associadas às avançadas técnicas de manipulação de embriões e uma enorme variedade de medicamentos que estimulam o processo de crescimento de oócitos, preparação do endométrio para o recebimento e manutenção da nova vida. Embora haja muito conhecimento acerca das técnicas disponíveis, os especialistas em fertilização não conseguem garantir o sucesso em cada procedimento realizado.

A impossibilidade de garantir resultados bem-sucedidos levou pesquisadores a reconhecerem que a implantação e as sucessivas divisões celulares, que ocorrem no útero materno até o nascimento do bebê, dependem da interação de diferentes processos microscópicos que ocorrem entre o corpo da mãe e do embrião em formação. Existem também, outros fatores que escapam ao controle do conhecimento construído sobre RHA, mas que evidenciam a necessidade de entender a saúde de forma ampliada, e ainda, ressaltam a importância da relação médico-paciente para quem busca atendimento em saúde.

Logo, não se pode afirmar que o sucesso nas técnicas de RHA dependa exclusivamente dos fenômenos moleculares ou apenas dos aspectos anatomo-fisiológicos de alguns órgãos, mas também de fatores intrínsecos como o equilíbrio psicoemocional feminino. Diante disso, seria necessário observar o dinamismo do organismo materno e considerar como fator essencial a importância do equilíbrio psicoemocional feminino para desenvolvimento do feto.

Outro destino de oócitos e pré-embriões é o compartilhamento dos oócitos previamente combinado entre mulheres que participam do processo de RHA, previsto na resolução nº. 2.121/2015 do CFM:

> 9 É permitida a doação voluntária de gametas, bem como a situação identificada como doação compartilhada de oócitos em RA, onde 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. A doadora tem preferência sobre o material biológico que será produzido (CFM, Resolução nº. 2.121/2015).

Por outro lado, é importante ressaltar que a decisão quanto ao destino dos embriões destinados à doação para pesquisa, à doação para outra mulher que participa do programa de ovodoação ou então à criopreservação, está vinculada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pelas participantes que se submetem ao processo de RHA.

2.1.3.5 Procedimentos bioéticos relacionados às clínicas que realizam a RHA

Com a intenção de ampliar contexto em relação ao universo das pessoas envolvidas no processo de RHA, um dos pilares considerado para a análise foi o número de clínicas particulares que realizam a RHA na cidade de São Paulo. Fato que pode ser comprovado diante do 9º. Relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões, em que o Estado de São Paulo possui 43 serviços registrados como BCTGs, ou seja, o maior do Brasil. Em segundo lugar, está o Estado de Minas Gerais com 20 serviços e o Paraná com 14.

O sonho da maternidade, para as mulheres que buscam tratamento para a reversão do diagnóstico de infertilidade, está evidenciado nas variadas páginas do ambiente virtual no qual os internautas buscam informações sobre as diferentes técnicas de RHA.

Devido ao crescente número de clínicas da rede privada e pública que oferecem atendimento relacionado à saúde reprodutiva, assim como a necessidade de proteger as pessoas envolvidas no processo e harmonizar a utilização de técnicas de RHA de acordo com os princípios éticos, o CFM (2015) estabeleceu que:

> As clínicas, centros ou serviços que aplicam técnicas de RA são responsáveis pelo controle de doenças infectocontagiosas, pela coleta, pelo manuseio, pela conservação, pela distribuição, pela transferência e pelo descarte de material biológico humano para o(a) paciente de técnicas de RA. Devem apresentar como requisitos mínimos:
> 1- Um diretor técnico – obrigatoriamente, um médico registrado no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição – com registro de especialista em áreas de interface com a RA, que será responsável por todos os procedimentos médicos e laboratoriais executados;
> 2- Um registro permanente (obtido por meio de informações observadas ou relatadas por fonte competente) das gestações, dos nascimentos e das malformações de fetos ou recém-nascidos, provenientes das diferentes técnicas de RA aplicadas na unidade em apreço, bem como dos procedimentos laboratoriais na manipulação de gametas e embriões;
> 3- Um registro permanente das provas diagnósticas a que é submetido o(a) paciente, com a finalidade precípua de evitar a transmissão de doenças;
> 4- Os registros deverão estar disponíveis para fiscalização dos Conselhos Regionais de Medicina (CFM, Resolução nº. 2.121/2015).

O sonho da maternidade para as mulheres que buscam tratamento para tentar reverter diagnóstico de infertilidade está evidenciado nas variadas páginas do ambiente virtual onde os internautas buscam informações sobre as diferentes técnicas de RHA.

2.1.3.6 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é um documento imprescindível para quem necessita de atendimento em saúde de maior complexidade. Portanto, de acordo com o CFM e ANVISA, os participantes do processo de RHA devem ser orientados sobre as técnicas de RHA às quais vão se submeter, bem como possíveis riscos e chances de sucesso. Após a tomada de decisão, o TCLE deve ser assinado pelos participantes do processo. A partir desse momento, fica estabelecida a aceitação do atendimento pelos profissionais envolvidos, dos exames complementares, da estrutura física da clínica ou hospital da rede pública e privada e, além disso, se estabelece responsabilidade civil quanto à nova vida que pode ser gerada a partir da RHA.

Outro aspecto relevante é a necessidade do consentimento assinado pelo marido /companheiro que participa do procedimento, fato que assegura a proteção legal da determinação da paternidade e filiação de acordo com o código Civil.

Menegon (2004) comentou sobre a importância do TCLE como meio de proteção para as pessoas envolvidas no processo de RHA.

> A literatura consultada sobre o consentimento informado aponta que existem diferentes compreensões sobre essa prática. Por um lado, é significada como um processo que humaniza as relações, tanto por significar respeito pela autonomia de pacientes como por se constituir em proteção aos profissionais, emergindo, assim, como uma estratégia de gestão das relações e das técnicas empregadas. Por outro lado, é compreendida também como uma prática ambígua e problemática, cujas dificuldades parecem aumentar com a complexidade do aparato biomédico empregado, principalmente ante a assinatura de um documento (MENEGON, 2004).

A partir dos avanços da RHA e a necessidade de adequação da utilização da biotecnologia de acordo a demanda da sociedade e os princípios da ética e bioética, o termo de consentimento sofreu alterações referentes ao público-alvo que requer proteção, que podem ser evidenciadas por meio da análise textual das Resoluções do CFM de 1992, 2010, 2013 e 2015.

De acordo com os princípios gerais da Resolução nº. 1.358/1992 do CFM:

> 3- O consentimento informado será obrigatório e extensivo aos pacientes inférteis e doadores. Os aspectos médicos envolvendo todas as circunstâncias da aplicação de uma técnica de RA serão detalhadamente expostos, assim como os resultados já obtidos naquela unidade de tratamento com a técnica proposta. As informações devem também atingir dados de caráter biológico, jurídico, ético e econômico. O documento de **consentimento informado** será em formulário especial, e estará completo com a concordância, por escrito, **da paciente ou do casal infértil** (CFM, Resolução nº. 1.358/1992).

Após 18 anos, considerando as possibilidades de a RHA ser utilizada não apenas por mulheres ou casais com diagnóstico de infertilidade, nova resolução foi elaborada para atender as demandas da sociedade contemporânea. Doravante, na Resolução nº. 1.957/2010 do CFM e, posteriormente na Resolução nº. 2.013/2013 do CFM, o documento de consentimento informado sinaliza a ampliação do uso da biotecnologia por meio da seguinte alteração textual: da paciente ou do casal infértil para pessoas submetidas às técnicas de reprodução assistida evidenciada na citação a seguir:

> 3- O consentimento informado será obrigatório a todos os pacientes submetidos às técnicas de reprodução assistida, inclusive aos doadores. Os aspectos médicos envolvendo as circunstâncias da aplicação de uma técnica de RA serão detalhadamente expostos, assim como os resultados obtidos naquela unidade de tratamento com a técnica proposta. As informações devem também atingir dados de caráter biológico, jurídico, ético e econômico. O documento de **consentimento informado** será expresso em formulário especial e estará completo com a concordância, por escrito, **das pessoas submetidas às técnicas de reprodução assistida** (CFM, Resolução nº. 1.957/2010).

A partir da Resolução nº. 2.121/2015, o documento passou a ser identificado como Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, devendo ser assinado por pessoas envolvidas nas técnicas de RHA visando informar sobre as peculiaridades da técnica, os riscos, condições de segurança, e principalmente o sigilo entre doadores e receptores.

Informa a Resolução nº. 2.121 (2015):

> 4-O **consentimento livre e esclarecido informado** será obrigatório para todos os pacientes submetidos às técnicas de reprodução assistida. Os aspectos médicos envolvendo a totalidade das circunstâncias da aplicação de uma técnica de RA serão detalhadamente expostos, bem como os resultados obtidos naquela unidade de tratamento com a técnica proposta.

> As informações devem também atingir dados de caráter biológico, jurídico e ético. O documento de consentimento livre e esclarecido informado será elaborado em formulário especial e estará completo com a concordância, por escrito, **obtida a partir de discussão bilateral entre as pessoas envolvidas** nas técnicas de reprodução assistida (CFM, Resolução nº. 2.121/2015).

Em relação à amplitude da utilização e significado do TCLE, Menegon (2004), declarou que:

> Entrelaçando noções de cidadania e direitos do consumidor, as práticas discursivas sobre o consentimento informado, na literatura, falam da tensão entre riscos e benefícios, direitos e deveres, autonomia e beneficência, liberdade e responsabilidade, controle e confiança, alimentando diferentes posições (MENEGON, 2004).

Nesse contexto, a ANVISA por meio da Resolução nº. 23, de 27 de maio de 2011, dispõe sobre a necessidade de o documento corresponsabilizar os envolvidos no processo de RHA, como também proteger os gametas e futuro destino dos gametas e embriões, seja esse a criopreservação, a doação de gametas ou embriões.

Conforme já mencionado, os BCTGs são monitorados por meio da ANVISA que, por meio de indicadores quantitativos e qualitativos, busca proteger a saúde das pessoas que recorrem à RHA para resolver problemas reprodutivos. Sendo assim, no artigo 8º. da Resolução acima citada, o responsável legal do BCTGs, deverá “responsabilizar-se pelo destino das células, tecidos germinativos e embriões criopreservados, bem como garantir que a documentação do casal/doador seja mantida por um período mínimo de 20 (vinte) anos” (ANVISA, Resolução nº. 23, de 27/05/2011), caso o serviço encerre suas atividades.

Em sintonia com as normas estabelecidas pelo CFM, a Resolução nº. 23/2011 da ANVISA prevê, no artigo 15, que a doação de células, tecidos germinativos e embriões deve respeitar as normas éticas e legais quanto à gratuidade, à necessidade da assinatura do TCLE e do sigilo quanto ao doador e receptor. Ainda nessa direção, está previsto, no artigo 18, a elaboração textual do TCLE de forma clara, possibilitando o entendimento dos participantes quanto à: autorização para a transferência dos embriões; destino dos excedentes; realização de exames de sangue com o objetivo de evitar doenças contagiosas após criopreservação ou

então proteger a saúde de pacientes que aceitam gametas ou embriões doados buscando alcançar a maternidade.

Conforme a Resolução 23, de 27 de maio de 2011:

> Art. 18. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deve ser redigido em linguagem clara e compreensível e deve conter, quando couber:
> I-autorização para realização dos procedimentos de reprodução humana assistida;
> II-autorização para transferência de embriões;
> III-autorização para criopreservação das amostras e embriões;
> IV-autorização para doação de oócitos, para doação de sêmen e para doação de embriões com fins.
> V-autorização para descartar as amostras que não atenderem aos critérios para armazenamento ou uso posterior pelo BCTG;
> VI-autorização para a coleta de sangue para a realização dos testes obrigatórios pela legislação e outros descritos pelo BCTG;
> VII-autorização da paciente receptora, no caso de recebimento de oócitos doados a fresco, contendo informações claras sobre o risco de contrair doenças infecciosas;
> VIII-manifestação da vontade de doar ou não o material para projetos de pesquisa que tenham sido previamente aprovados por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).
> Parágrafo único. Na hipótese do inciso III deste artigo, os pacientes devem ser informados da redução da viabilidade das amostras e embriões descongelados, bem como da possibilidade de contaminação cruzada entre as unidades congeladas, com risco de contrair doenças infecciosas. (ANVISA, Resolução nº. 23, de 27/05/2011).

A respeito da doação de células, tecidos germinativos e embriões, os envolvidos no processo de RHA encontram no artigo 19, as informações e as orientações direcionadas ao doador:

> Art. 19 É candidato à doação de células e tecidos germinativos e embriões indivíduo que satisfaça pelo menos as seguintes condições:
> I-maioridade civil;
> II-concordar em realizar uma avaliação médico-laboratorial;
> III-concordar em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
> IV-se doador de sêmen, concordar em realizar os testes para marcadores de doenças infectocontagiosas, conforme artigos 21 e 22;
> V-se doadora de oócito, concordar em realizar os testes para marcadores de doenças infectocontagiosas, conforme artigos 21 e 22;
> VI-se doador de embriões, concordar em realizar os testes para marcadores de doenças infectocontagiosas, conforme artigos 21 e 22. §1º. Os testes a que se refere o inciso IV deste artigo devem ser repetidos num prazo nunca inferior a 6 (seis) meses, no caso de serem realizados por sorologia. §2º. Doadoras de oócito a fresco não são submetidas à quarentena nem à repetição dos testes em prazo de 6 (seis) meses, devendo os resultados dos testes laboratoriais ter prazo máximo de 30 (trinta) dias antes do procedimento da coleta oocitária. §3º. Caso haja doação de oócitos criopreservados, os testes para marcadores de doenças infectocontagiosas, conforme art. 21, devem ser repetidos num prazo nunca inferior a 6 (seis) meses, no caso de serem realizados por sorologia.

> §4º. Caso haja doação de embriões criopreservados para uso terapêutico, estes testes devem ser repetidos num prazo nunca inferior a seis meses, no caso de serem realizados por sorologia.
> §5º Caso sejam realizados testes de ácido nucléico (NAT), os prazos de que tratam os §§ 1º., 3º. e 4º. devem respeitar as instruções do fabricante quanto ao período mínimo necessário à detecção do agente (ANVISA, Resolução nº. 23, de 27/05/2011).

Em um contexto no qual a RHA é recomendada para quem busca alcançar a maternidade, não só a qualidade do material genético, mas também a saúde integral do doador são requisitos fundamentais. Para tanto, os possíveis doadores realizam determinados testes laboratoriais e exames clínicos e, além disso, são entrevistados por profissionais da área de saúde a fim de avaliados no tocante à saúde física e mental.

Os procedimentos acerca da avaliação da saúde do doador estão previstos na Resolução nº. 2.121/2015 do CFM, no artigo IV que regulamenta a doação de gametas ou embriões e na Resolução da ANVISA Resolução nº. 23/2011, artigo 20 e 21, conforme o texto a seguir:

> Art. 20. Os doadores de sêmen, oócitos e embriões devem ser selecionados com base em sua idade e condição clínica.
> §1º A aplicação do questionário de triagem dos doadores deve ser realizada por profissional de nível superior, treinado e qualificado.
> §2º A entrevista do potencial doador deverá considerar condições físicas e mentais debilitantes, doenças graves, doenças genéticas e outras condições clínicas que contraindiquem a doação, conforme protocolos definidos pelo serviço.
> §3º É critério de exclusão de doadores as seguintes condições a triagem laboratorial reagente para as seguintes infecções transmissíveis: I-sífilis; II-HIV 1; III- HIV 2; IV- Hepatite B; V- Hepatite C; VI- HTLV I e II; VII-*Chlamydiatrachomatis*; VIII- *Ureaplasmaurealyticum*; IX-*Mycoplasmahominis*; X- *Neisseriagonorrhoeae* e XI- bactérias aeróbias.
> Art.21. Para a seleção de doadores e pacientes devem ser realizados testes laboratoriais para: I-Sífilis; II- Hepatite B (HBsAg e anti-HBc); III-Hepatite C (anti-HCV); IV- HIV 1 e HIV 2; V- HTLV I e II (ANVISA, Resolução nº. 23, de 27/05/2011).

Quando se analisa a infertilidade como um problema de saúde e as técnicas de RHA como meio de superá-la, os avanços biotecnológicos possuem grande poder de transformação da vida. A propósito disso, Menegon (2004), escreveu:

> Considerando o potencial de transformação da vida, a biotecnologia moderna foi classificada como a terceira tecnologia estratégica do pós-guerra em primeiro vem a energia nuclear e em segundo a tecnologia de

> informação. Inter-relacionadas à biotecnologia moderna, as técnicas para reprodução assistida redefiniram as formas e os limites da concepção humana e relações de parentesco, conforme mostram estudos realizados na Antropologia e na Filosofia (MENEGON, 2004).

Diante do exposto, seja para nortear práticas inovadoras que deslocaram a reprodução humana para fora do organismo feminino, ou para a proteção dos gametas, dos embriões, da criança gerada a partir da RHA, dos doadores e receptores de gametas e embriões, dos profissionais da saúde que atuam na RHA, o TCLE elaborado de acordo com as regras do CFM e da ANVISA normatiza a realização de técnicas de RHA. Além disso, o órgão corresponsabiliza as pessoas envolvidas em biotecnologias de alta complexidade a partir da assinatura de documento que evidencia a informação e consentimento dos participantes.

2.2 A utilização de redes sociais: *blogs* e *sites*

O processo de globalização favoreceu a integração social, política e cultural entre os povos e, além disso, proporcionou a movimentação econômica entre os continentes. A *internet* atuou como um agente dinamizador desta integração, pois, em virtude do avanço tecnológico e do surgimento das redes sociais, contribuiu para a facilidade no acesso e na rápida circulação de informações, superou as limitações provocadas pelo tempo e pelo espaço geográfico e propiciou a liberdade de comunicação.

Em 1990, surgiu o primeiro *website*, sistema organizado de conteúdos digitais, que poderia ser acessado através da *internet*. Inicialmente, os espaços virtuais "*sites*" foram criados por programadores com finalidade comercial, entretanto quaisquer alterações exigiam a interferência desses especialistas, demandando lentidão nas atualizações ainda que simples. *In casu*, a interação com os internautas dava-se exclusivamente por "*chats*".

Em 1997, o crescente acesso de usuários promoveu a criação de nova ferramenta de comunicação na *internet*, os *weblogs*, ambientes virtuais, que não necessitavam de programadores para sua manutenção, mas tão somente de usuários que, informalmente, divulgavam suas próprias ideias e conversavam em grupos.

Frisa-se que os *weblogs* ou diários virtuais, são ferramentas mais simples quando comparadas aos primeiros *websites, por isso* são mantidos por um usuário comum ou por um grupo de pessoas que desejam conversar sobre o mesmo tema.

A participação nos *blogs* geralmente requer a aprovação de um administrador, que avalia a inserção dos interessados por meio do perfil, nome ou codinome, condição que, de certa forma, cumpre o protocolo de segurança nas comunicações virtuais e no cumprimento das legislações que regem o sistema. Os codinomes permitem a interatividade entre os participantes, que registram em seu perfil, nome ou codinome possibilitando por meio de postagem (*post*), a rápida comunicação virtual.

Em um contexto no qual o meio virtual possui importante papel na troca de informações, de experiências e na construção do conhecimento, faz-se necessário reconhecer os espaços públicos, *websites* e *weblogs*, como locais onde diferentes conteúdos armazenados na forma de texto, vídeos, sons e figuras podem ser encontrados.

Buscando caracterizar *blog* como diário virtual, Spadaro (2014), citado por Silva Júnior (2015), utilizou a seguinte explicação:

> O termo *blog* é fruto da contração das palavras inglesas web e log: web, que significa "teia de aranha", e representa a própria Rede, e log, que significa "diário" ou também "jornal de bordo". A tradução de *blog*, portanto, poderia ser "diário na Rede". Trata-se de um espaço virtual, autonomamente gerenciado, que permite a publicação de uma espécie de diário pessoal ou, de um modo mais geral, de conteúdos de qualquer tipo apresentados em ordem cronológica, do mais recente ao mais antigo, conservados num arquivo que pode ser consultado a qualquer momento (SPADARO, 2014, citado por SILVA JÚNIOR, 2015, p. 48).

Alguns sites possuem, dentro de seus arquivos, espaço que permite ao internauta a busca de informações, compartilhamento de dúvidas, sentimentos e informações. Visto que o meio virtual possibilita a construção do conhecimento e que o tema abordado na pesquisa ainda causa polêmica na sociedade contemporânea, o enfrentamento de diferentes ordens e a intensa busca por informações podem ser evidenciados pelo do grande número de acesso em *sites* e *blogs* que foram analisados, após delimitação de critérios.

A respeito desse meio de comunicação, Amorim (2013) relatou que os espaços virtuais se mostraram reveladores ao que tange à necessidade de debater

sobre os procedimentos possíveis para a consecução da maternidade. Possibilitam a aceitação e a discussão aberta sobre reconfigurações familiares, sobre a necessidade de adequações jurídicas para essas realidades. Além disso, permitem uma nova visão de como os modelos de parentesco, parentalidade e família estão sendo constantemente construídos, remodelados, classificados e pensados. Nesse cenário virtual, percebe-se que os *blogs* referenciam práticas familiares e parentalidade que contribuem para um estremecimento de fronteiras excessivamente rígidas e fixas. A *internet* surge como elemento capaz de operar uma verdadeira revolução ao possibilitar o aparecimento de redes de conexão cooperando, portanto, para o fim do silêncio e das clandestinidades.

2.3 A proposta deste trabalho

Diante da evidência da capacidade de reprodução como consequência de uma vida sexual ativa, a constatação da impossibilidade ou dificuldade para engravidar para as mulheres que buscam a maternidade, pode resultar em problema de saúde visto de forma integral.

A infertilidade pode gerar problemas psicológicos, biológicos e sociais considerando o enfrentamento de diversas ordens que permeiam o universo daqueles que buscam apoio na biotecnologia, no conhecimento científico para solucionar problemas de reprodução humana através da utilização de técnicas de reprodução assistida.

Na sociedade contemporânea, no que se refere à busca tardia da maternidade, ano a ano a demanda por atendimento em saúde de alta tecnologia em casos dessa natureza resulta em registros/indicadores ainda maiores. Isso ocorre por conta da necessidade de conseguir maior estabilidade profissional/financeira, novo contexto e construção de núcleo familiar, assim como questões de ordem anátomo-fisiológica ou consequência da desarmonia do organismo.

A forma pela qual o enfrentamento da infertilidade ocorre, depende, não apenas da diferença do gênero, da estrutura sociocultural construída, das causas orgânicas diagnosticadas e tratamentos pelos quais mulheres e homens foram submetidos no decorrer do tempo; mas também do mecanismo psicoemocional que

esses indivíduos desenvolveram para enfrentar os obstáculos de diversas dimensões.

Diante do significativo número de mulheres e homens que recorrem à RHA com a intenção de constituir uma família e de construir laços sócioafetivos por meio de gametas ou embriões doados, esta pesquisa tem como objetivo geral identificar o conjunto de obstáculos enfrentados por mulheres que buscam a maternidade através de material genético de terceiros mediante RA Heteróloga.

Considerando a saúde como um direito do cidadão, assegurado na Constituição Brasileira de 1988, assim como a Declaração dos Direitos Humanos, faz-se necessário informar, conscientizar a sociedade quanto às mudanças pelas quais as políticas públicas passam, na busca de um atendimento com igualdade, equidade e respeito às individualidades de cada pessoa.

No Brasil, a utilização das técnicas voltadas para RHA está assegurada por meio de política pública desde 2006, mas devido à crescente necessidade da população, o SUS não consegue atender todos que recorrem aos centros especializados em saúde reprodutiva. Sendo assim, elevado número de mulheres enfrenta grande dificuldade em realizar o processo da RHA por meio de técnicas homóloga e heteróloga.

Faz parte deste estudo apresentar as mulheres que precisam de gametas ou embriões doados para alcançar a maternidade a fim de contribuir para desconstrução do conceito sociocultural que prioriza a necessidade do vínculo genético para a formação de um núcelo familiar. De fato, essa tomada de decisão demonstra que alcançar a maternidade e construir laços afetivos possuem maiores significados do que a continuidade genética em si.

Para tanto, faz-se necessário conhecer o universo de quem busca o avanço biotecnológico, escutar e valorizar os relatos das mulheres que já passaram por essa experiência, para que outras mulheres que se encontram em similar situação não sintam as mesmas dificuldades. E ainda assim, em caso de dúvidas sobre a questão, consigam enfrentar os obstáculos das mais diversas ordens quando optarem pela utilização de material biológico de outra pessoa para a concretização da maternidade.

Por se tratar de questões construídas em sociedade, muitas vezes a utilização de material genético de uma terceira pessoa pode causar preconceito e

até mesmo obstáculo à aceitação da ovodoação. Em consequência, os envolvidos na RHA heteróloga procuram o sigilo, o segredo em relação à sua tomada de decisão, fato que pode resultar em medo de sentimento e apreensão.

As próprias instituições perpetuam o preconceito, ao tratar as mulheres, que buscam na rede pública ou privada, apoio para tentar resolver problemas de infertilidade. A dificuldade em entrevistar mulheres que participavam do programa de ovodoação evidenciou esse fato.

A construção do conhecimento a respeito da RHA com gametas doados leva a um novo olhar para a fertilização heteróloga, pois as informações somadas às experiências podem proporcionar reflexões a respeito do assunto e, consequentemente, uma desconstrução e mudança de valores; uma visão holística da realidade que possibilita o entendimento, a transformação e consequente mutação na maneira de pensar e agir das pessoas envolvidas.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

O presente trabalho teve caráter exploratório-descritivo com abordagem qualitativa e transversal, sendo o *Blog e o Site* que tratavam de assuntos alinhados com o tema em questão, o local utilizado para coleta de dados.

A pesquisa qualitativa, na perspectiva descritiva estabelecida por Minayo (2008), assinala que, na área da saúde, a pesquisa social se manifesta em todas as investigações que tratam do fenômeno saúde/doença, de sua representação pelos vários atores que atuam no campo como as instituições políticas e de serviços e os profissionais e usuários. Esse tipo de método, além de permitir desvendar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação.

3.2 Participantes do estudo

Participaram da pesquisa mulheres que relataram em *Blog e Site* o conhecimento construído a respeito da RHA, os problemas, as dúvidas, as vivências e as dificuldades quanto aos seus projetos de maternidade.

A seleção dos participantes seguiu os seguintes critérios de inclusão: mulheres que usaram o meio virtual para buscar informações, como também compartilhar dúvidas, sentimentos e experiências próprias quanto a RHA.

Como critérios de exclusão: não participaram da pesquisa mulheres com menos de dezoito anos.

3.3 Contexto de realização do estudo

A pesquisa foi realizada no período de 2013 a 2016. Em 2013 e 2014, foi efetivada uma pesquisa de pré-campo, após a aprovação do responsável pelo Setor de Reprodução Humana do Hospital Perola Byington (São Paulo) que realiza atendimento pelo SUS e pela Clínica Fertilivitá (São Paulo), clínica da rede privada, especializada em RHA heteróloga.

Considerando a estratégia da entrevista, no pré-campo, foram realizadas entrevistas com a participação voluntária e condicionada à assinatura do TCLE

(Anexo 1). As entrevistas foram realizadas em horário e ambiente propícios, previamente combinado, de forma individual, buscando colaboração e confiança. As pessoas entrevistadas tiveram a liberdade de interromper sua participação em qualquer momento da pesquisa.

Houve cuidado e respeito com as informações obtidas, além da preservação da identidade das pessoas entrevistadas. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas para posterior análise, podendo ser vistas pelas entrevistadas.

Diante da dificuldade constatada em entrevistar mulheres em instituições da rede pública e privada, novo direcionamento aconteceu ao utilizar o ambiente virtual como local para coleta de dados. Sendo assim, em 2015 e 2016, na nova etapa, ocorreu coleta de depoimentos e situações informais em *Blog* e *Site* que tratavam de temas voltados para o alcance da maternidade por meio da RHA heteróloga.

Como ponto de partida para a pesquisa por meio do espaço virtual, a palavra chave maternidade independente foi digitada no campo referente à busca no *Google*, por ser um espaço que possui ampla circulação de informações e imagens organizadas de forma acessível à população. Diferentes *sites*, *blogs*, publicações informais e científicas relacionadas ao tema apareceram em poucos segundos possibilitando a análise em questão.

Após a análise das publicações, pela rápida circulação de informações, troca de experiências entre as participantes, número de participantes que interagiram no período analisado e pela diversidade dos relatos a respeito dos obstáculos enfrentados, o *Blog* Maternidade Independente e o *Site* brasil.babycenter.com foram selecionados.

No *Blog* Maternidade independente, foram coletados os depoimentos de 50 participantes e, no segundo espaço virtual brasil.babycenter.com, ocorreu a coleta dos depoimentos de outras 31 participantes.

Com o objetivo de alinhar a análise dos fatores de ordem pessoal enfrentados por mulheres que buscam a maternidade, alguns critérios foram utilizados no *Blog* como também no *Site*: A inseminação heteróloga, a inseminação heteróloga em relações homoafetivas; a fertilização heteróloga por casais; a fertilização heteróloga por mulheres solteiras; a fertilização heteróloga em relacionamentos homoafetivos; a utilização da RHA relacionada ao fator idade; a utilização da ovodoação ou do

próprio material genético; os mecanismos de apoio psicoemocional desenvolvidos para enfrentar obstáculos que permeiam a RHA; a causa da infertilidade; a busca por tratamento na rede pública ou privada; evidências quanto à necessidade de vinculo genético ou não para o alcance da maternidade; o sentimento desenvolvido quanto à aceitação ou rejeição da ovodoação; a dificuldade em encontrar doadora; a dificuldade em encontrar receptora de oócitos; o tempo de espera para a tomada de decisão e realização da RHA Heteróloga e os critérios utilizados para a escolha da clínica privada para a realização dos procedimentos de alta complexidade.

3.4 Instrumento de coleta das informações

Com o critério de responder aos objetivos de pesquisa foi idealizada uma entrevista semiestruturada (Apêndice 1), para a pesquisa realizada no pré-campo, com a finalidade de refletir sobre a experiência de vida, a maneira de pensar, os valores, as crenças, as opiniões, as emoções despertadas nas mulheres que decidiram passar pelo processo de reprodução humana assistida, utilizando material genético de terceiros para alcançar a maternidade. Com o mesmo critério, foi feita a análise no *Blog* Maternidade Independente e no *site* brasil.babycenter.com que possui conteúdo voltado para o alcance da maternidade junto à comunidade, tratamento de fertilidade e tópico FIV e ovodoação.

3.5 Análise das informações

Para a análise qualitativa das informações coletadas no *Blog* e no *Site,* foi utilizada a Análise de Conteúdo Temática proposta por Gomes (2010). Após a leitura das informações, os relatos foram categorizados de acordo com a intenção de possibilitar a análise e a compreensão dos obstáculos inerentes a RHA.

3.6 Aspectos éticos

A pesquisa foi realizada respeitando os preceitos das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde do Brasil. O presente estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética Institucional (CEP) para análise. Somente após a aprovação do projeto pelo CEP e em posse do parecer consubstanciado teve início a coleta de dados. No primeiro contato, foi apresentado

o TCLE às participantes do pré-teste, para a assinatura (Anexo A). As mesmas foram orientadas sobre o objetivo da pesquisa sendo esclarecido que a finalidade era meramente científica e que a qualquer momento poderiam desistir de participar do estudo.

Não foram omitidas informações às participantes sobre o estudo realizado e, em momento algum, elas foram submetidas ao esgotamento físico ou emocional com total respeito à sua privacidade.

Não houve benefício direto para as participantes nesse estudo; entretanto, ao final desta pesquisa, foi possível mensurar o conhecimento e as angústias a respeito da possibilidade ou não do alcance da maternidade. Por outro lado, a pesquisa apresentou alguns riscos como a exposição a qualquer tipo de constrangimento e a quebra do sigilo e/ou anonimato no momento da entrevista. Esses riscos foram minimizados, pois as entrevistas foram realizadas em um local reservado da instituição, a fim de que fosse preservada a confidencialidade das informações e foi adotado também um codinome para cada participante, além de ter sido dada a liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa. Nas pesquisas realizadas no *Blog e no Site* selecionados para análise, não foi possível realizar a identificação de quem postou a sua opinião a respeito do assunto pesquisado e, portanto, houve total anonimato na coleta das informações.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com a finalidade de conhecer o universo de quem busca apoio na RHA, para tentar resolver problemas de ordem reprodutiva, buscou-se identificar os obstáculos enfrentados por mulheres que tinham como objetivo o alcance da maternidade gestacional por meio de material genético de terceiros.

Em um dos dois locais que faziam parte do programa da FIV, com gametas ou embriões doados: 1) o Setor de Reprodução Humana do Hospital Pérola Byington (Anexo 3) e 2) a Clínica Fertilivitá (Anexo 2), foi realizada entrevista-piloto, como pré-campo, com a finalidade de verificar a importância do questionamento em relação ao objetivo deste trabalho tanto para a adequação do instrumento de coleta

de dados como também no tocante à clareza dos critérios utilizados para posterior análise.

Mesmo com toda explicação a respeito do procedimento ético em pesquisa e garantia do sigilo quanto à identidade da entrevistada, apenas uma participante concordou em falar sobre sua experiência e enfrentamentos no decorrer de sua trajetória em busca da maternidade gestacional. Posteriormente, mais duas mulheres que participavam do processo da FIV com ovodoação na rede particular, aceitaram participar da entrevista, após explicação realizada pelo médico quanto aos objetivos e garantia do sigilo ético. Entretanto, logo após, desistiram de participar devido ao receio de falar sobre a utilização de material genético de terceiro.

Essa dificuldade vivenciada evidencia o preconceito, o medo da exposição e da revelação da identidade. Mesmo seguindo os preceitos da ética de pesquisa, diversas mulheres recusaram participar da entrevista com a intenção de preservar o anonimato, demonstrando a necessidade de manter como segredo a realização da RHA heteróloga. Atitude essa que reforça o sentimento estigmatizante já mencionado.

Apesar dos inúmeros contatos com outras participantes que preenchiam os critérios de inclusão desta pesquisa, não houve a adesão necessária para a efetivação da mesma. Muitos foram os entraves que dificultaram a realização das entrevistas tais como: justificativa quanto à necessidade de cuidado com quem falar devido às vivências negativas referentes à busca da maternidade; a necessidade de proteção da instituição devido à fragilidade psicológica de quem participava do programa de ovodoação; a constante mudança do atendimento devido à indisponibilidade da equipe multiprofissional; a impossibilidade de participar da entrevista rotineira com as mulheres que pertencem ao programa da ovodoação; a recomendação em ter que esperar por melhor período do ciclo para entrevistar mulheres que participavam do programa; ausência de pacientes devido ao período do ano; redução de atendimento devido ao custo elevado do procedimento de alta complexidade, entre outras negativas argumentadas pela equipe responsável.

Diante de tais dificuldades, houve então a necessidade de redirecionar a coleta de dados por meio de registros eletrônicos em que as informações estavam disponíveis *online*. Então, com a finalidade de ampliar a análise da história desse público alvo, a coleta de dados teve início por meio da análise de bate-papos entre

mulheres que postavam, em *blogs* e *sites,* suas vivências relatando os diferentes empecilhos enfrentados para alcançar a maternidade por meio da FIV heteróloga.

No meio virtual, os relatos acontecem de forma clara, rápida e a não identificação da participante garantiu o anonimato, subtraindo, portanto, a dificuldade de tratar do tema nas entrevistas presenciais. Nesse espaço de comunicação, pode ser observada a circulação de informações, a troca de experiências de toda ordem, como também o apoio emocional oferecido por mulheres que enfrentaram as mesmas dúvidas, entraves e os mesmos impedimentos. Os diversos temas abordados no *Blog* e no *Site* possibilitaram às participantes a construção do conhecimento e favoreceram a tomada de decisão quanto à aceitação de gametas doados para alcance da maternidade.

Os dados coletados, quanto ao sonho da maternidade, foram organizados em categorias com a intenção de possibilitar a análise, a compreensão e a confirmação dos objetivos propostos para a análise.

Alguns critérios foram utilizados para a seleção do *corpus* referente aos fatores de ordem pessoal: fator idade; mecanismo de apoio psicoemocional desenvolvido; tempo de espera; tipo de infertilidade; tratamento realizado na rede pública ou privada; conhecimento sobre RHA; necessidade de vinculo genético ou não para a realização da maternidade; evidência de aceitação ou preconceito quanto à ovodoação; justificativa quanto à não utilização do próprio material genético para a FIV; dificuldade em encontrar doadoras e receptoras; justificativa quanto à opção de ser doadora de óvulos; critérios de escolha da clínica. Alguns desses critérios ficaram evidenciados, tanto no *Blog* Maternidade Independente, quanto no *site* brasil.babycenter.com, enquanto que alguns critérios foram específicos de um desses espaços virtuais.

Análise do *Blog* Maternidade Independente

O diário virtual analisado foi criado em 2010 por uma mulher que tinha como objetivo principal alcançar a maternidade e que, diante da idade biológica e da ausência de um companheiro, recorreu à RHA Heteróloga. Buscando contextualizar a trajetória da criadora do *blog* assim como a história de tantas outras mulheres que pertenciam a esse universo, a análise da apresentação desse veículo permitiu

concluir que a decisão em procurar ajuda médica só aconteceu após consulta na internet a respeito dos procedimentos e clínicas que realizavam RHA.

Após decisão em buscar técnicas de RA para alcançar a maternidade, a fundadora do *blog* decidiu compartilhar, com outras mulheres que possuíam o mesmo objetivo, as informações adquiridas no ambiente virtual e real: a própria história reprodutiva, a expectativa, os obstáculos de toda ordem enfrentados, assim como o conhecimento construído no decorrer de sua trajetória.

Considerando o público em questão ao longo do período das postagens analisadas, participaram do bate-papo virtual 50 mulheres com o intuito de buscar informações para a tomada de decisão; compartilhar experiências visando ajudar outras mulheres que ainda se encontram no enfrentamento dos obstáculos; incentivar mulheres que estavam no processo de RHA buscando sonho comum possibilitando, assim, a tomada de decisão, quanto à realização de técnicas de RHA. Foram evidenciados também relatos de mulheres que participavam das conversas somente com a intenção de acompanhar a trajetória das participantes.

Como a atualização de texto e interação entre as participantes em *blogs* ocorreram com intensa frequência, os principais temas abordados nesse meio de compartilhamento de informações foram organizados em categorias que se subdividiram por publicação.

Nos relatos, pode ser claramente evidenciado o sonho da maternidade, a preparação emocional e a tomada de decisão para a realização das diferentes biotecnologias de envolvem a Inseminação Artificial e a Fertilização *In Vitro.* Nesse percurso, foram apresentados obstáculos das mais diferentes ordens como, por exemplo: das dificuldades orgânicas; da construção sociocultural; da expectativa de maternidade construída desde a primeira consulta e exames; de medicamentos utilizados; da emoção vivenciada com a maternidade temporária, assim como da desilusão após resultado negativo e dolorosa vivência nos casos de aborto espontâneo; do desgaste físico e emocional; do alto investimento financeiro diante do custo dos procedimentos e medicamentos utilizados para estimular a ovulação e manutenção da gravidez; das vivências voltadas para o enfrentamento das etapas do tratamento com a utilização dos próprios óvulos e posteriormente a tomada e decisão em aceitar oócitos doados como alternativa para alcançar a maternidade entre outros.

Um dos obstáculos citados, no momento da apresentação do *Blog*, foi o preconceito vivenciado em buscar a maternidade monoparental, a dificuldade em explicar para família e amigos o que impulsionou a tomada de decisão em utilizar a RHA.

Por se tratar de um diário virtual, diversos temas foram abordados de acordo com o momento e etapa do tratamento em que a criadora do *Blog* se encontrava. Considerando o contexto, surgiram dúvidas quanto à escolha do doador anônimo e a dificuldade em selecionar em planilhas e arquivos disponíveis em banco de sêmen opções para doador de acordo com uma ficha de identificação com registros das características físicas, de prática esportiva e religião. A propósito, a criadora do *blog* descreve a sensação de pagar pelo sêmen, e ter que levar para a clínica, onde está marcada a fertilização, o futuro "pai" de seu filho. Sobre essa ação, demonstra tristeza desencadeada após comentário de amigos que julgam ser injusto com a criança o fato de nunca ter a oportunidade de conhecer o pai. Obstáculo vivenciado a partir da tomada de decisão em buscar a maternidade monoparental.

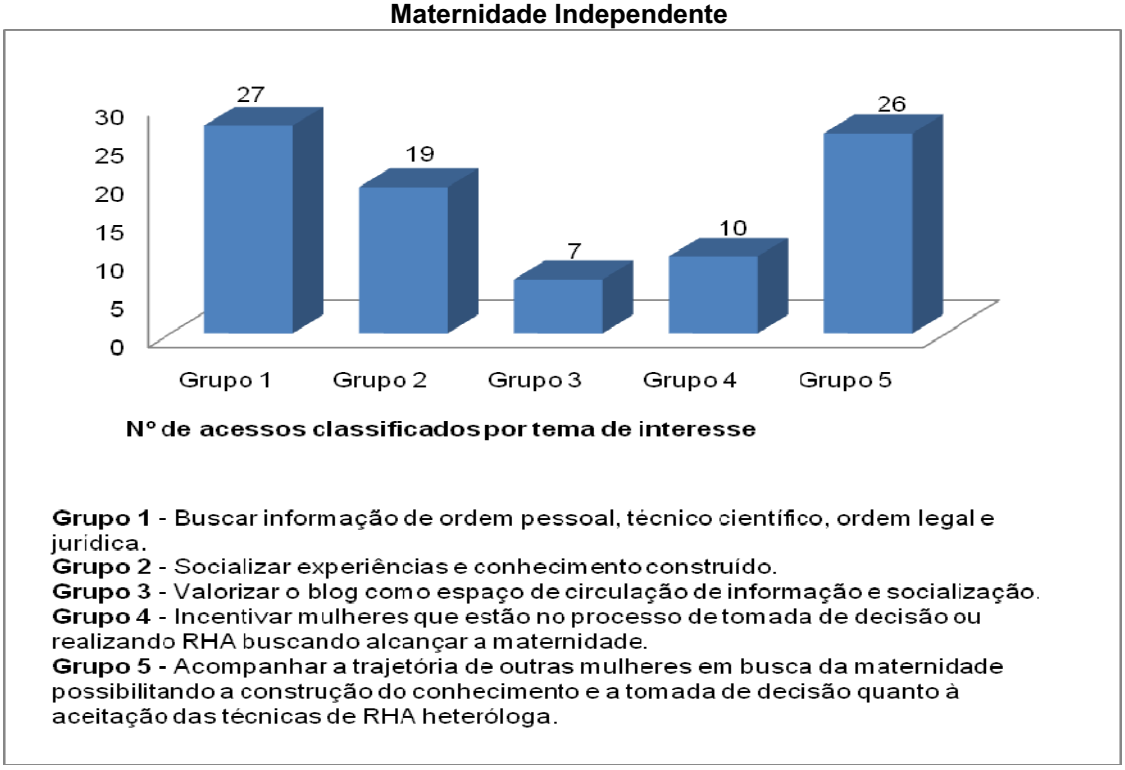
Além dos temas acima mencionados, a criadora do *blog*, no decorrer de sua trajetória, compartilhou, com as participantes, enfrentamentos de ordem pessoal, sociocultural e de ordem médica. Como, por exemplo, o preconceito que sentiu, o medo de gravidez múltipla, a expectativa em realizar um ultrassom para conferir a formação de folículos e o período de espera por um resultado positivo, após a inseminação e fertilização; a dificuldade em não poder contar com a presença de ninguém para acompanhar o parto, mimar durante a gravidez e também acompanhar o "milagre de ver um pedacinho de você tomando forma e chegando ao mundo".

Mesmo após ter enfrentado anos de tentativa, de frustração, de espera, de desgaste emocional e alto investimento financeiro, a criadora do diário virtual decidiu parar com o tratamento, acreditando ter atingido seu limite físico e emocional, aceitando a negativa como determinação de Deus. Mesmo após a tomada de decisão, a criadora resolveu dar continuidade aos registros no *blog* com o intuito de ajudar outras mulheres que vivenciaram a mesma trajetória.

Retomando a importância dos *blogs* como um fórum de discussões abertas e espaço de construção do conhecimento e interação entre pessoas que buscam liberdade de expressão, o ambiente virtual foi analisado, considerando os

depoimentos e interações entre as participantes, assim como os obstáculos enfrentados por mulheres que buscam alcançar a maternidade por meio da RHA com células doadas. Com a intencionalidade de conhecer e reproduzir o universo em questão, os comentários e as informações foram categorizadas em cinco grupos como pode ser observado no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Classificação dos acessos por interesse no *Blog* Maternidade Independente



Fonte: a autora (2017).

Ao analisar os conteúdos publicados e os indicadores de interação, pode-se concluir que 27 participantes buscaram no *blog* informações de diferentes ordens. Dentre os principais temas consultados, nota-se: dúvidas sobre a escolha de doador com determinadas características; possibilidade de ter gêmeos; a busca por FIV com oócitos e espermatozoides doados de outra etnia; IA heteróloga em relacionamento homoafetivas; registro em certidão de nascimento considerando a realização da maternidade monoparental; informações sobre clínicas da rede privada especializadas em RHA; custo das diferentes técnicas de RHA; controle do banco de sêmen; doação anônima etc. Cabe ressaltar que o conteúdo de muitas perguntas deveria ser direcionado para especialistas da área médica em uma das primeiras

consultas e que, de acordo com o CFM e a ANVISA, os especialistas devem esclarecer as pacientes sobre temas que permeiam a RHA.

Comentários:

Tenho 34 anos, quero fazer inseminação com doador anônimo. Na questão acima, você falou sobre os valores para a inseminação, chegando a mais ou menos 4 mil. Minha dúvida, a princípio, é se terei que reembolsar 4 mil em cada tentativa... (P27).

Tenho uma dúvida e venho procurando na net há algum tempo, você disse que fez inseminação com sêmen de doador anônimo*, na hora de registrar seus filhos, o que é escrito no lugar do pai já que esse homem existe mais não tem obrigação nenhuma com seus filhos* (P26)*.*

Olá, tenho uma dúvida… queria saber se é possível escolher um doador ruivo ou loiro de olhos claros, sendo que tenho cabelos e olhos castanhos. Andei pesquisando pela net e só o que tenho lido é que a clínica quem escolhe as características físicas, e no caso seria um doador "parecido" comigo, com os mesmos olhos, cor de cabelo etc. É possível ou não eu escolher um doador com essas características? Obrigada (P2).

Nota-se que, no decorrer das postagens, 19 mulheres compartilharam com o grupo as experiências e o conhecimento construído a respeito da RHA. Os comentários evidenciaram a intenção de esclarecimento quanto às dúvidas de toda ordem, temas pertinentes a esse universo como, por exemplo: registro na certidão de nascimento em caso de maternidade monoparental, realização de FIV com ovodoação; valor do procedimento de alta complexidade assim como do sêmen; anonimato do doador; a vivência da maternidade monoparental devido à ausência de um parceiro; indicação de tratamentos de infertilidade na rede pública e rede privada; procedimentos de RHA heteróloga; informações objetivas e subjetivas que contribuíram para a tomada de decisão quanto à ovodoação, entre outras.

Como pode ser observado, em muitos dos comentários, as mulheres envolvidas com a RHA, demonstram amplo conhecimento a respeito dos mais diversos temas pertinentes a esse universo.

Comentários com intuito de socializar experiências e conhecimento construído a respeito da RHA:

Começo amanhã a tomar a medicação para fazer minha inseminação, estou super ansiosa e com muito medo, muitas dúvidas. Estava pesquisando a respeito do assunto e encontrei seu blog, achei super legal. Obrigada por compartilhar conosco sua experiência (P42).

Quanto à certidão de nascimento de filhos gerados de uma produção independente, como foi o meu caso, consta somente o nome da mãe. No lugar do nome do pai, fica em branco, sem qualquer menção à forma de concepção (P1).

Quanto ao doador, o que sei é que eles realmente não vendem o mesmo sêmen para mulheres diferentes dentro do raio de um milhão de habitantes. Agora, se a prática é obedecida pela Pro-Seed, que é quem fornece o material em São Paulo, não temos como saber! Espero que sim, é que isto seja controlado de alguma forma, mas temos que confiar que é uma empresa séria e obedece às normas (P6)

A análise das postagens permitiu evidenciar que, para sete participantes, a interação ocorreu com a finalidade de valorizar o *blog* como espaço de circulação de informação e socialização**.**

Comentários:

Seu blog tem sido muito importante nas minhas reflexões e ações. Admiro sua persistência, sua força, sua sensibilidade para dividir com outras os momentos bons e ruins dessa caminhada. Suas experiências são fundamentais para dar luz no percurso de mulheres que partilham o sonho da maternidade (P31).

*Encontrei o seu blog em pesquisa, tenho lido bastante, pesquisado e fiquei muito feliz, mesmo distante você está me ajudando a dar o passo mais importante da minha vida**.** Estou me preparando emocionalmente, psicologicamente e espiritualmente, pois ano que vem quero viver esta experiência. Estou na torcida por você, pois o teu sonho, também é o meu* (P45).

A análise dos relatos também evidenciou a intenção de incentivar mulheres que estão no processo de tomada de decisão ou realizando RHA buscando alcançar a maternidade. Pode-se notar que algumas mulheres declararam que o espaço favoreceu a continuidade do tratamento e a esperança em novas tentativas. Nas interações, nota-se que algumas mulheres buscaram na fé em Deus, a confiança e apoio para superar os diversos obstáculos vivenciados tanto para enfrentar a expectativa da maternidade desejada, a tomada de decisão quanto ao recorrer à

utilização da RHA. Ainda como buscaram também mecanismos para superar o resultado negativo de uma gravidez após inúmeros exames e procedimentos.

É de extrema importância relembrar que a trajetória percorrida pela mulher, que busca alcançar a maternidade, tem início com intensa investigação anatofisiológica do organismo feminino para, posteriormente, ocorrer a indicação da utilização das técnicas de RHA. Considerando o estado emocional como fator de ordem pessoal, a fé em Deus e a confiança em superar os mais variados obstáculos podem ser constatadas nas entrevistas, nas salas de consultórios e nos relatos analisados no espaço virtual.

Comentários:

Eu acredito que eu fiz a minha parte, mas se não era para acontecer, Deus deve ter os seus motivos (P6).

Quando o sonho se desfaz, Deus reconstrói, quando as forças acabam, Deus a renova, quando você diz: não vou conseguir, Deus diz: filha, não temas, pois estou contigo. Fique com Deus. Abraços (P15).

Que Deus te abençoe e prepare o teu ventre para um anjo abençoado, amado e esperado (P45).

Deus sabe o que faz com as nossas vidas! (P7).

Mas com muita fé e coragem, cada uma de nós vai encontrar o seu caminho. Boa sorte a todas nós (P6).

Outro mecanismo psicoemocional desenvolvido para enfrentar e buscar solucionar os problemas de infertilidade foi o incentivo de outras participantes, e a solidariedade diante da vivência relatadas no decorrer das interações.

Comentários:

Olá, adorei o seu blog. E estou torcendo por você. Achei seu blog numa pesquisa na internet porque estou querendo engravidar com inseminação artificial com doador anônimo. Você saberia me dizer o custo em média desse procedimento? (P46).

Muito obrigada por compartilhar essas informações no seu blog! Nos ajuda bastante!! (P40).

Nunca comentei, porém, seu blog tem sido muito importante nas minhas reflexões e ações. Admiro sua persistência, sua força, sua sensibilidade para dividir

com outras os momentos bons e ruins desta caminhada. Suas experiências são fundamentais para dar luz no percurso de mulheres que partilham o sonho da maternidade (P31).

Sinto muito por toda a dor e frustrações que teve de passar este ano. Vou começar tratamento na mesma clínica que vc. Acompanhar sua estória me ajudou a tomar a decisão. Estarei torcendo para que tudo dê certa na próxima tentativa. Vou acompanhar seu blog e aguardo a boa noticia (P35).

Outra categoria observada nas postagens foram as interações que ocorreram com a intenção de acompanhar a trajetória de outras mulheres em busca da maternidade possibilitando a construção do conhecimento e posterior tomada de decisão quanto à aceitação das técnicas de RHA heteróloga ou então a decisão em não recorrer à utilização de material genético de terceiros. Vinte e seis participantes acessaram o *Blog* com essa finalidade.

Comentários:

Poderia me mandar informações da clínica que te acompanha e poderia me indicar… quero fazer reprodução independente, jah estou decidida, pois tenho 35 anos e não vou esperar mais (P43).

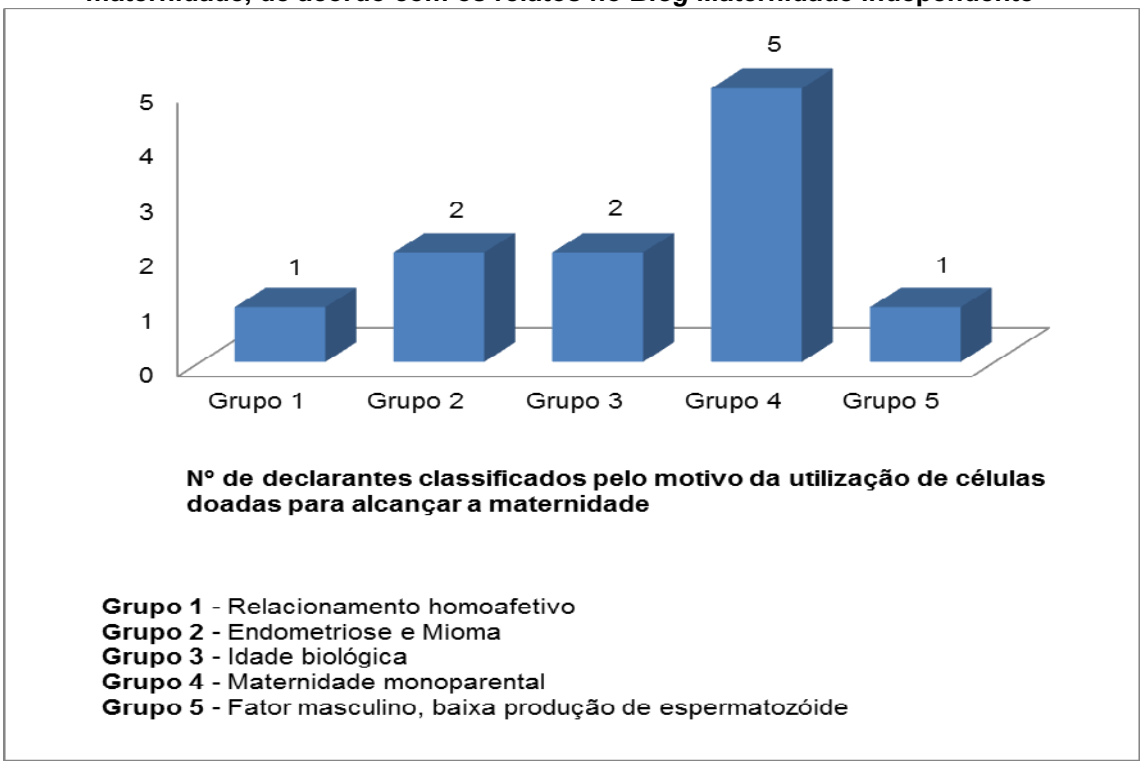
Alguém que já tenha passado por essa experiência de realizar um sonho sozinha. Quero muito saber como isso funciona, tenho muitos medos e duvidas, mas acima de tudo o sonho de ser mãe me move por esse caminho todos os dias. Se alguém quiser compartilhar essa experiência que é tão solitária, agradeço (P4).

Em decorrência da análise do conteúdo das interações realizadas no período, pode-se concluir que as participantes, na maioria das vezes interagiram associando diferentes eixos utilizados para organizar e categorizar os diversos acessos. Essa evidência confirma a importância do espaço virtual como meio de informação, construção do conhecimento e posterior tomada de decisão.

Com a intenção de identificar os motivos que levaram as mulheres realizar a RHA heteróloga foi realizado o levantamento dos obstáculos de ordem pessoal comentados nas postagens. Das 50 participantes do bate-papo virtual, 11 mulheres declararam de forma clara o motivo que impulsionou a busca por biotecnologia (Gráfico 2). São eles: relacionamento homoafetivo; endometriose e miomas; a idade

biológica, maternidade monoparental; fator masculino - baixa produção de espermatozoide.

Gráfico 2 Motivos declarados quanto à utilização de células doadas para alcançar a maternidade, de acordo com os relatos no *Blog* Maternidade independente



Fonte: a autora (2017).

Relacionamento homoafetivo: a busca pela maternidade por um casal de mulheres foi socializada em diversos momentos. O casal decidiu compartilhar com o grupo o momento que realizaram a FIV heteróloga, o resultado positivo da gravidez e o período de gestação e ainda a semana que antecedia o nascimento do filho.

Comentário:

Fiz inseminação ( ) segunda tentativa e estamos grávidas (P11).

Endometriose e miomas: a endometriose como a causa da infertilidade foi mencionado por duas mulheres casadas, uma com 35 anos e outra com 40 anos. Segundo a literatura analisada, esse problema anato fisiológico feminino, afeta um significativo número de mulheres independentemente da idade.

Comentário:

Há dois meses, finalmente fiz minha videolaparoscopia para tirar mioma e endometriose. Graças a Deus, ocorreu tudo bem, mas foram 8 horas de cirurgia.

Estou ótima fisicamente e me recuperando para iniciar o tratamento para fazer minha FIV. Depois de tudo o que passei, das dores físicas e emocionais, eu posso dizer que venci e que derrotei o que estava me prejudicando e que irei sim conseguir ser mãe… (P15).

Idade biológica: das cinquenta mulheres que participaram do *blog*, apenas treze declararam a idade que ficou entre 34 e 43 anos. Dessas, seis mulheres relacionaram a idade biológica com a infertilidade e a necessidade de recorrer às técnicas de RHA com a intenção de alcançar a maternidade. Oito mulheres não citaram a idade, mas socializaram a experiência da IA e FIV com o próprio material genético como também com material genético de terceiros.

Comentário:

Como já passo dos 40 anos, qualquer ano a mais é muito importante (P6).

Maternidade monoparental: analisando o perfil das participantes quanto ao estado civil, três mulheres declararam ser casadas e oito solteiras. As demais não informaram.

Dentre as casadas, pode-se notar a socialização das experiências com o intuito de apoiar e incentivar outras mulheres, como também a busca por informações. Considerando as solteiras, o acesso ao *blog* ocorreu com o interesse de buscar informações sobre a maternidade monoparental e temas pertinentes, socializar as experiências e o conhecimento construído no decorrer das tentativas para engravidar, incentivar mulheres que estão no processo relatando a própria experiência e o alcance da maternidade e acompanhar a trajetória das mulheres que compartilhavam o mesmo objetivo, ou seja, alcançar a maternidade.

A busca pela maternidade impulsionou diversas interações e reflexões a respeito dos obstáculos de ordem pessoal, técnico científico, jurídico e legal, enfrentadas por mulheres que pertenciam a esse universo.

Comentários:

Como vou fazer 40 anos em janeiro e sou solteira (solteira mesmo, nem namorando estou!!!), tomei uma decisão muito importante: resolvi fazer uma produção independente (P6).

Tb desejo engravidar, tb sou solteira, e tb estou pensando em inseminação com sêmen de doador (P35).

Tenho 38 anos e sou solteira. E tenho pensado no assunto. Mas tenho uma preocupação: Pelo que já pesquisei, no Brasil, só é permitido um ou dois filhos por doador para uma população de um milhão de habitantes. Como os doadores são poucos, será que as clínicas estão obedecendo a esse limite? A minha preocupação é com casamentos consanguíneos no futuro… Doadores com uma legião de "filhos". Alguém poderia me informar algo sobre isso? (P50).

Tb tento a maternidade independente! Posso ter seu contato? (P21).

Fiz 02 procedimentos de fiv com meus óvulos; apesar da idade (na época 43 anos), tive excelentes óvulos e embriões tipo A, B e C, infelizmente não consegui. Depois parti para ovodoação, 04 tentativas, sendo que: na1ª. não. Engravide na 2ª. engravidei, mas perdi na 8ª. semana. Na 3ª., não engravidei; na 4ª., engravidei !!!! E minha bebezinha nasceu em julho de 2012, saudável e linda! (P32).

Eu passei por todas as dúvidas q vc está passando e hj ainda passo por muitas e outras dúvidas… tb fiz uma inseminação produção independente. (Não sou lésbica não, viu?!!!rsrsrs) minha filha hj tem 2 anos e 4 meses e foi a melhor coisa que eu já fiz na vida… boa sorte!!! (P25).

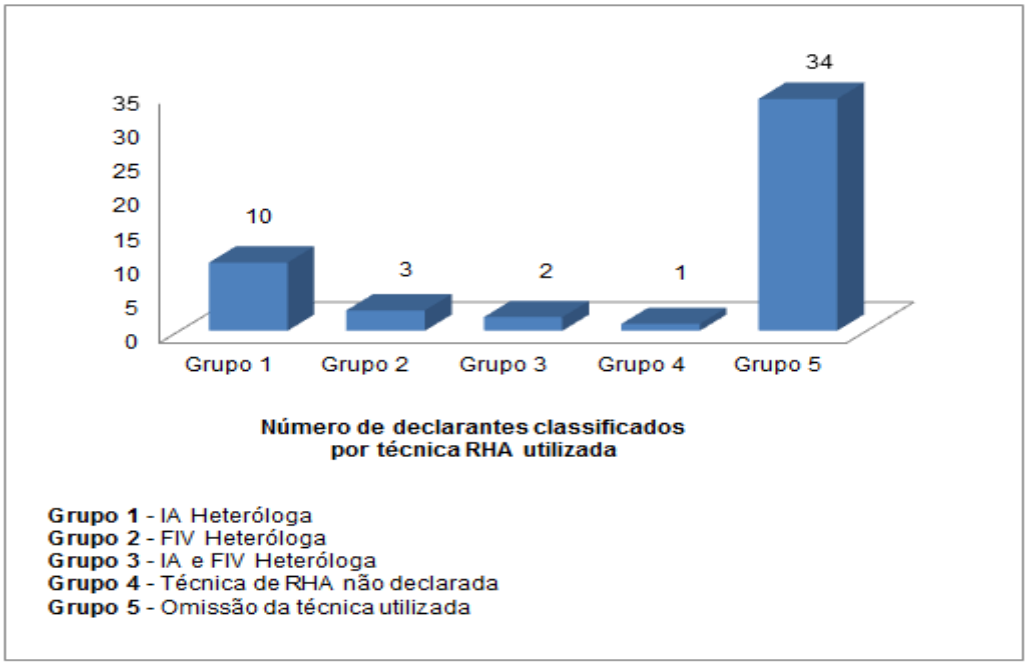
O seu depoimento contribuiu muito para as alegrias que tenho hoje em minha vida. Independente profissionalmente e solteira, o desejo de ser mãe se tornou latente aos 37 anos e assim com todos os relatos que havia acompanhado decidir realizar esse sonho e fazer a inseminação com sêmen de doador anônimo. No início do tratamento, sofri toda a ansiedade de realizar o tratamento sozinha, já que as únicas pessoas que compartilhavam daquele momento era o médico e o pessoal da clínica. Para a minha família, deixei os momentos de alegria, quando saiu o resultado do Beta e para os amigos somente após o terceiro mês de gestação (P1).

Os resultados desta pesquisa estão em sintonia com o estudo realizado por Almeida e Valesini (2013). Os autores entrevistaram quinze universitárias com independência financeira, solteiras, com idade entre 28 e 48 anos que utilizaram a RHA frente à ausência de concretização do relacionamento afetivo-amoroso como opção para o nascimento de filhos.

Fator masculino - baixa produção de espermatozoide: a baixa produção de espermatozoide foi citada por apenas uma participante casada que buscava informação a respeito da doação de sêmen e do custo do procedimento.

Em virtude de a RHA ser o foco principal das postagens, novo levantamento de dados foi realizado a respeito da utilização das técnicas de RHA heteróloga e os motivos que levaram a escolha de células doadas para alcançar a maternidade (Gráfico 3). Desse universo, dez mulheres socializaram com o grupo a experiência e conhecimento construído a esse respeito da IA heteróloga; três participantes comentaram sobre a realização da FIV heteróloga; duas descreveram a trajetória percorrida entre a necessidade de realizar a FIV heteróloga depois de tentativas de IA heteróloga sem sucesso.

Gráfico 3 – Indicadores referentes à utilização de técnicas de RHA heteróloga mencionados no *Blog* Maternidade Independente



Fonte: a autora (2017).

Comentários a respeito da utilização da FIV devido à idade biológica:

Tenho quase 43 anos, o que é fator determinante. Fiz 2 fivs este ano, uma atrás da outra. Tive 3 óvulos fecundados e 2 embriões implantados nas 2 tentativas. Duas vezes negativo. Da primeira vez foi difícil, mas tudo bem… vamos seguir. Já era esperado (P44).

Mas o Go me explicou que a causa do negativo pode ser como o negativo de uma mulher jovem sim, mas que pode ser pq os óvulos já estão "envelhicidos" ou poderiam tb pela idade ter alguma anomalia cromossômica e ter sido rejeitado naturalmente (P43).

Considerando o alcance da maternidade como foco da análise, das 16 mulheres que se submeteram as técnicas de RHA, sete conseguiram engravidar, 6 relataram a experiência de alcançar a maternidade e 3 comentaram sobre o resultado negativo. Cabe ressaltar que diante do conteúdo das postagens analisadas apenas uma mulher comentou sobre a tomada de decisão em iniciar o processo da adoção diante do resultado negativo da FIV heteróloga.

Acreditando na importância do espaço virtual para a circulação de informações, a troca de experiências, a liberdade de expressão e a tomada de decisão quanto à maternidade alcançada por meio da RHA heteróloga, percebe-se que o *blog* possibilitou a análise de diferentes obstáculos enfrentados em busca da maternidade, como por exemplo, a busca por atendimento especializado na rede pública e privado; o tempo de espera para conseguir realizar a RHA; a construção sociocultural relacionada à consanguinidade e laços familiares sócios afetivos.

De acordo com o levantamento de dados, voltada para a questão do atendimento especializado evidenciou que das cinquenta participantes, apenas uma mulher comentou sobre a experiência em recorrer ao atendimento gratuito ou de baixo custo para tentar resolver problema de fertilidade, citando a Fundação ABC, localizada em Santo Andre, São Paulo, como possibilidade para tratamento especializado.

A propósito, faz-se necessário comentar que o atendimento integral em saúde está assegurado na Constituição Federal e nas diretrizes do SUS sendo que o atendimento em saúde está garantido com igualdade e equidade.

As demais participantes consideraram o atendimento na rede privada como caminho para a RHA. Citaram nomes de clínicas particulares em diversas cidades e estados, valores dos procedimentos de baixa e alta complexidade assim como valores para criopreservar gametas e também descongelar.

Cabe ressaltar que um dos obstáculos apresentados nesse contexto foi à necessidade de ter condição financeira, para financiar o alto valor cobrado para a utilização de técnicas de RHA na rede privada. Diante dos obstáculos financeiros

apontados anteriormente, muitas mulheres precisam desistir do sonho da maternidade, pois não possuem condição financeira para arcar com as diversas tentativas de RHA assim como não conseguem atendimento em saúde especializado pelo SUS.

Comentários:

Estive pesquisando sobre a Fundação ABC em Santo Andre que tem preços mais acessíveis. Li muitos relatos legais sobre os profissionais, atendimento e todo processo. Confesso que fiquei muito empolgada e por isso, marquei uma palestra que é seguida de consulta (P27).

Ao contrário da inseminação, a fertilização in Vitro tem um custo bem mais alto, cerca de R$ 13 mil reais cada ciclo completo. Além disso, as quantidades de hormônios são bem maiores, é preciso tomar anestesia no dia da aspiração dos óvulos, o que leva a um desgaste bem maior, tanto físico como emocionalmente. Só posso dizer que ainda não desisti, mas confesso que não sei se terei energia e grana para muitas outras tentativas (P6).

"Gente, falando de valores, aqui em Recife a IA tá R$2.000,00 o que aumentou desde a minha primeira foram os remédios e o sêmen… mas também não aumentou mto não eu ia fazer outra agora em setembro, mas achei melhor esperar pra o próximo ano" (P14).

Se você for fazer uma inseminação artificial, vai gastar por volta de 4 mil reais, sendo que 2 mil é somente do preço do sêmen do doador. Já no caso de uma fertilização in vitro, o custo aumenta bastante, sendo cerca de 15 mil reais, mas as chances de engravidar também aumentam (P6*).*

Oi... tenho acompanhado seu procedimento e postagens… Poderia me mandar informações da clínica que te acompanha e poderia me indicar… Quero fazer reprodução independente, jah estou decidida pois tenho 35 anos e não vou esperar mais. Quero saber valores e tirar dúvidas… por favor me mande informações e principalmente da clínica que te acompanha (P43).

O tempo de espera para a realização do tratamento ou tempo de tentativas realizadas é um dos obstáculos de ordem legal e jurídica identificados nas postagens. Uma das participantes relata a trajetória percorrida no período de seis anos, entre a tomada de decisão, início dos procedimentos, realização de exames

antes, durante e depois da inseminação artificial assim como a decisão em realizar a FIV heteróloga.

Conforme já exposto, deve-se considerar como obstáculo a forma pela qual a os envolvidos conseguem enfrentar o tempo para aceitar a condição infértil, ou conseguir atendimento na rede pública ou privada ou então o tempo destinado para a realização das técnicas de baixa ou alta complexidade ou até tempo para aguardar a possibilidade de ser doadora de oócitos ou tempo para aguardar em uma lista a possibilidade de ser receptora de oócitos ou embriões doados para alcançar a maternidade.

Um dos obstáculos de ordem pessoal analisados na literatura consultada, para a construção da pesquisa, foi a necessidade de vínculo genético ou não para a realização da maternidade. Nota-se que existe uma necessidade de superar preconceitos construídos a respeito dos laços consanguíneos no decorrer dos séculos. Culturalmente, por meio do nascimento de filhos, as características genéticas assim como as características morais, seriam transmitidas de geração em geração.

A tomada de decisão quanto à realização da inseminação ou FIV heteróloga, para alcançar a maternidade, necessita de esclarecimento, conscientização, aceitação dos envolvidos no processo de RHA. Como decorrência, o enfrentamento do preconceito quanto à utilização de gametas doados pode resultar em medo, em silêncio/ segredo daqueles que decidem ser doadoras ou receptoras de gametas como também na perpetuação do preconceito. Estudos já realizados demonstram a diversidade de pensamentos e ações quanto à aceitação ou preconceito.

Comentário:

Eu, aos 44 anos fiz duas tentativas de fiv com meus óvulos, negativas; queria tentar uma terceira, mas daí tive contato e informações sobre ovodoação. Aff! Nem pensar! Afinal eu queria me ver na criança, semear minha carga genética (P32).

Conforme já exposto, pode ser constatado nos relatos que o sonho da maternidade para algumas mulheres está presente com tamanha intensidade que possibilita a aceitação da ovodoação, ou seja, a não utilização do próprio material genético para a FIV.

Comentário:

Li muito sobre o assunto, conversei com mulheres que foram mamães através da ovodoação, e minha mente e meu coração se abriram, decidi ser mãe pela ovodoação. Esta decisão também não foi fácil, foi muito dolorida, afinal é vc renunciar a muitas coisas, mas suas chances de se tornar MÂE aumentam consideravelmente (P32).

Quanto a decisão em realizar a maternidade por meio da adoção, apenas uma participante comentou sobre a decisão após tentativas de FIV sem sucesso.

Comentário:

...fiz uma FIV... e não deu certo... me senti devastada, e decidi que faria de novo, mas os dias foram passando e ideia foi passando, e comecei a pensar melhor e decidi que não faria mais, decisão muito difícil, mas hoje estou em paz com ela e vou fazer uma adoção... me sinto "livre" pq o peso de ser mãe de uma forma natural deixou de existir, agora estou curtindo a ideia da adoção, ideia esta que sempre foi muito forte, agora é só entrar com a papelada e aguardar o meu tão sonhado filho, pq afinal das contas o que todas nós queremos é sermos mães (P4)..

Diante do exposto, a análise do conteúdo das postagens possibilitou evidenciar os obstáculos vivenciados por mulheres que recorrem à biotecnologia com a finalidade de solucionar diagnóstico de infertilidade realizar a maternidade monoparental, ou então alcançar a maternidade em caso de relacionamento homoafetivo.

A propósito, cabe ressaltar que neste espaço virtual não ficaram evidenciados nos comentários o posicionamento diante da decisão quanto revelar ou não ao filho(a) sobre a utilização de células doadas para seu nascimento.

Outro fato analisado nos relatos foi o posicionamento das mulheres quanto à decisão em revelar ou não ao(à) filho(a) sobre a utilização de células doadas para seu nascimento. Mesmo sendo um obstáculo de ordem pessoal observado na literatura científica, a decisão em revelar ao filho sobre a utilização de material genético de terceiros, não foi evidenciada no decorrer das interações, o que confirma a necessidade do sigilo como mecanismo de proteção e perpetuação do preconceito.

A intenção de manter o sigilo a respeito da recepção de oócitos como também a intenção de não revelar a utilização de células doadas para o filho, familiares e

amigos alegando temer a reação que a informação despertaria nos outros, também foi analisada por Montagnini *et al*. (2012), em estudo realizado com casais no setor de RHA da UNIFESP.

Na mesma direção, Oliveira e Terzis (2011) concluíram que alguns pais criam um pacto ou segredo em não falar como foi concebido o filho para a família, amigos e até mesmo para a própria criança. É como se fosse um mecanismo de defesa ou recurso de enfrentamento que possibilite a ambos a proteção de seus egos e, consequentemente, o narcisismo que se encontra até então fragilizado.

Análise do Diário virtual inserido no *Site* brasil.babycenter.com

A plataforma brasil.babycenter.com possui em sua página inicial um índice que permite ao internauta navegar em busca de informações referentes aos seguintes eixos temáticos: tentantes, gravidez, bebê criança, sua vida, enxoval, quarto e festa, nomes e comunidades.

Trata-se de um espaço virtual inserido em um *Site* em que os temas principais estão organizados em categorias e subgrupos devido à diversidade de temas e interesses. Cada grupo possui uma breve descrição que permite ao internauta decidir ser integrante e participar do bate papo ou apenas acompanhar os comentários realizados entre os participantes. Caso exista interesse em discutir novo tema ainda não abordado, a pessoa interessada possui a liberdade em criar novo perfil e iniciar novo subgrupo para interação.

Considerando a importância dos relatos para a construção desta pesquisa, a busca neste *Site* teve como ponto de partida o acesso ao índice das comunidades, onde nova página se abriu oferecendo como opção a possibilidade de conhecer todos os grupos pertencentes ao *Site*. Esse acesso permitiu a visualização de outro espaço virtual com subdivisões dos grandes grupos. Cada grupo possui breve apresentação e descrição quantitativa dos tópicos, número de integrantes como também a data em que foi o grupo criado.

Com a intenção de identificar o conjunto dos fatores que envolvem o alcance da maternidade através de material genético de terceiros, a categoria “tentantes” foi selecionada para a análise dos relatos. No momento da pesquisa, dentro dessa categoria, foram evidenciados 1084 subgrupos, que desenvolviam eixos temáticos

pertinentes a este universo. Diante do número de integrantes que participavam da sala de bate papo, pode-se avaliar a importância do espaço virtual como meio de circulação de informações e construção do conhecimento. Dentre os subgrupos, 23 subgrupos foram analisados: 1 - Tentando engravidar - subgrupo principal com 53.929 integrantes; 2 -Tentando há mais de um ano; 3 - Tratamentos de fertilidade (7.032 integrantes); 4 - Tentantes com mais de 30 anos (11.410 integrantes); 5 - Tentantes de um sonho - ser mãe; 6 - Gravidez por FIV; 7 - Mulheres com dificuldade para engravidar; 8 - Desejo de ser Mãe; 9 - Tentando engravidar a partir dos 40 anos; 10 - Ajudando quem quer engravidar; 11 - Tentantes de FIV; 12 - Tentantes FIV ; 13 - Tudo sobre a famosa FIV; 14 - Tentando engravidar (mas não é fácil); 15 - Tentantes e mamães espíritas; 16 - Ovodoação; 17 - Tentantes Inseminação Artificial; 18 - Tentando acima dos 45 anos; 19 - Gravidez acima dos 40 anos; 20 - Tentando engravidar acima de 45 anos; 21 - Engravidar com 43 anos; 22 -Tentantes com FIV mais de 40 anos; 23 - Tratamento de fertilidade. Conta sua história!

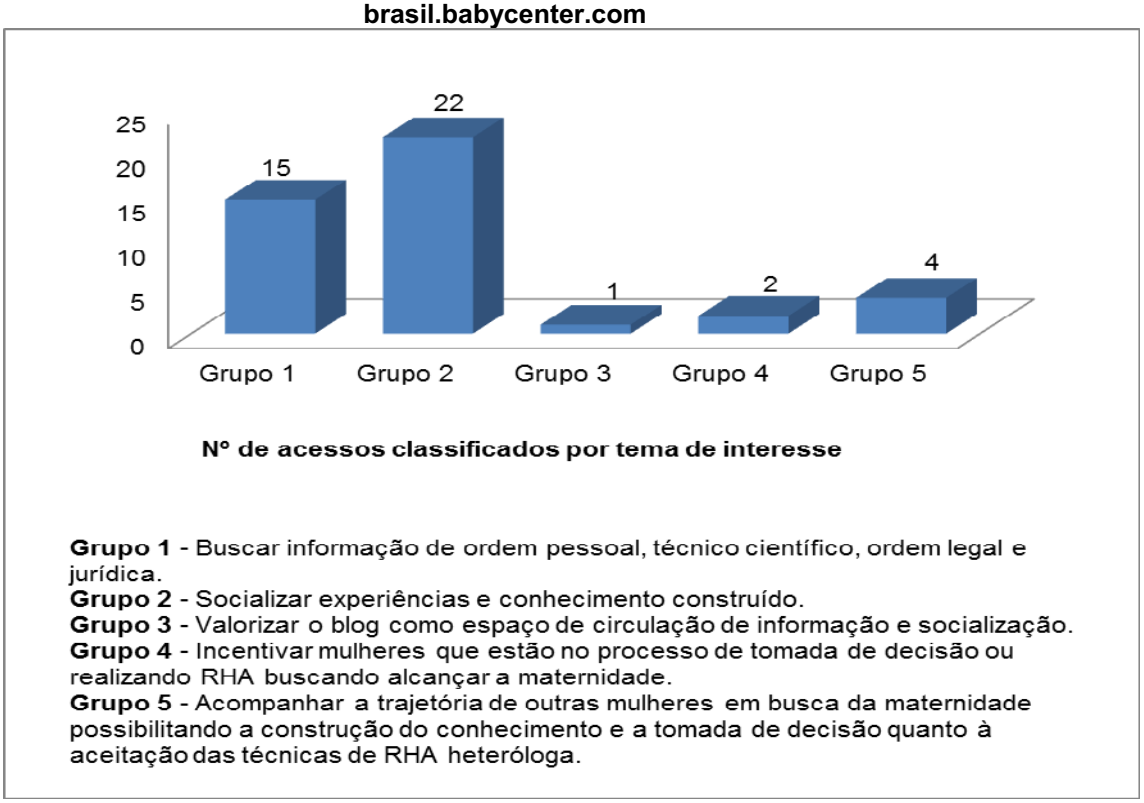
Em virtude do tema pesquisado, a análise teve como ponto de partida o grupo **Tratamento de fertilidade** e posteriormente dentro desse grupo foi escolhido para análise do tópico **FIV e Ovodoação**. Esse tópico que foi criado em 06/07/14 conta com a participação de 31 mulheres que utilizam codinome em seu perfil, com intuito de preservar a identidade e assim conseguir expressar opiniões e dúvidas, compartilhar suas vivências e obstáculos enfrentados, com maior liberdade de expressão. Mesmo assim, para efeito da análise, ficou estabelecida a identificação por meio de letras seguido da sequência numérica. **R** (receptora de óvulos), **D** (doadora) e **NC** (não consta identificação como doadora ou receptora).

Como ponto de partida para a criação de um novo tópico voltado para a utilização de FIV e ovodoação, a criadora relata que buscou alcançar a maternidade em um segundo casamento, mas que o fator idade impulsionou a tomada de decisão quanto a FIV heteróloga.

Visto que a plataforma possui significativo número de participantes, com constantes postagens, como objeto de análise foram considerados os 70 comentários postados entre 06/07/14 e 16/07/16 no tópico FIV e ovodoação inserido na plataforma brasil.babycenter.com.

As postagens (Gráfico 4) foram analisadas e classificadas em cinco grupos de acordo com o foco do acesso:

Gráfico 4 – Classificação dos acessos por tema de interesse no *Blog* brasil.babycenter.com



Fonte: a autora (2017)

Ao analisar os comentários das participantes, pode-se concluir que 15 mulheres tiveram como objetivo principal do acesso buscar no meio virtual informação de ordem pessoal, técnico científica, ordem legal e jurídica visando decidir pela FIV heteróloga ou então esclarecer dúvidas que surgiram no decorrer do processo de RHA. Alguns temas foram utilizados com maior freqüência nas interações, como por exemplo: informações sobre exames realizados antes, durante e após tratamento; Informações sobre valores da FIV para doadora e receptora; informações sobre clínicas que estão realizando tratamento; clínicas que possuem atendimento humanizado; clínicas que realizam tratamento gratuito; clínicas que realizam doação compartilhada; socialização de valores cobrados para a realização de técnicas de RHA em diferentes cidades do Brasil entre outros temas. Como faz desse grupo mulheres doadoras e receptoras de oócitos, as interações ocorreram sobre o processo da RHA heteróloga, medicamentos utilizados na FIV, indicação de clínica com valor acessível ou gratuito, indicação

de clínica com maior facilidade de localizar doadora de oócitos, desconto na realização da FIV quando a mulher é doadora, exames e teste pré-implantacional, dúvidas sobre medicamentos; procedimentos para sincronizar ciclos da doadora e da receptora Idade da doadora; compostos de ervas para melhorar a qualidade dos oócitos; características do endométrio e número de folículos desenvolvido após sobrecarga hormonal, oferta de tratamento compartilhado em troca de possibilidade de alcançar a maternidade; Busca por ovodoadora com oferta de tratamento gratuito dentre outros temas pertinentes a este universo.

Comentários:

Olá, sou nova aqui, ainda nem sei usar direito mas é bom conversar com pessoas com o mesmo sonho de ser mãe ... amiga, qual o nome dessa clínica, poderia me passar. (D7)

A histerescopia durante o processo da fiv, ou melhor, se realizada antes da transferência, segundo os médicos, ajuda na implantação... Vcs já ouviram dizer que mulheres que sofrem abortos e passam por curetagem abraçam, numa nova tentativa, engravidando com mais facilidade? É o mesmo princípio...(R3).

Meninas, em que circunstâncias é necessário a ovodoaçao?? Sou nova nessa luta, que exame detecta q os óvulos não funciona?? (NC3)

Boa noite sou nova aqui, fui receptora e fiz a transferência ontem de 2 embriões, amanheci hj com cistite, alguma de vcs teve e tomaram algum remédio? Estou com medo de tomar e atrapalhar na implantação (R7).

...meninas tenho uma dúvida quem é receptora faz quantos dias de medicamentos já estou com o estrogel e oultragestan por 2 meses pois já tenho 45 anos e o canal caginal estava atrofiado e o endométrio muito fico quem foi receptora me ajude (R6).

Por meio da análise dos comentários, pode-se notar que 22 mulheres participaram do blog com o objetivo de socializar experiências e conhecimento construído no decorrer do processo de RHA.

Os temas abordados levaram à reflexão quanto aos vários obstáculos enfrentados por mulheres que se submetem a FIV e que como doadora ou receptora de oócitos, necessitam de outra mulher que vivenciam as mesmas dificuldades e expectativas para alcançar a maternidade. Por exemplo: decidir pela ovodoação para aumentar chances de engravidar; preconceito vivenciado e

superado quanto à ovodoação; dúvidas quanto os valores dos procedimentos em diversas clínicas e Estados; a expectativa em ser doadora e aguardar, em um cadastro, outra mulher que necessite da ovodoação para realizar os procedimentos da FIV com desconto ou então de forma gratuita, já que em algumas clínicas isto é possível. Ainda pode-se mencionar a dificuldade enfrentada por mulheres que devido à idade biológica aguardam anos para encontrar doadora compatível; a indicação de clínicas com maior disponibilidade de doadoras; oferta de pagamento de tratamento para quem aceitar ser doadora; o sentimento que envolve ver a barriga crescer para quem busca a maternidade a partir da gestação; o receio em realizar a FIV heteróloga devido ao medo da diferença genética; a oferta dos próprios óvulos declarada por uma mulher que busca no espaço virtual estratégias para realizar seu tratamento; o medo quanto à utilização de medicamento além dos que são recomendados para o momento da implantação do embrião; a expectativa do resultado positivo de gravidez; a experiência do aborto espontâneo; a socialização de filme sobre milagre e texto sobre epigenética como fonte de informação para quem demonstra receio em aceitar a ovodoação, como também compostos vitamínicos que melhoram a qualidade dos óvulos.

Comentários:

...aguardo conseguir uma doadora para conseguir diminuir o valor da Fiv... a minha tbem será com ovodoação... (R4).

Meninas que estão sendo receptoras e que ainda tem algum receio do tratamento... olhem no Google sobre Epigenética! Isso muda tudo quando colocam um óvulo doado fecundado com espermatozoide do marido no nosso útero!! Passamos nossas informações para esse BB. Bjo (R3).

Meninas, sou nova na casinha mas descobri uma clínica em Campinas onde se vc aceitar doar parte de seus óvulos vc passa a poder usufruir de todo o tratamento de fertilização in vitro totalmente gratuito...vou tentar mas não pode ter mais q 32 nos (D3).

...geralmente as receptoras pagam o tratamento da doadora. Eu sou receptora e paguei todo o tratamento da doadora, inclusive a anestesia da punção" (R1).

O tratamento lá é o seguinte. R$ 11.000,00 a FIV - já com os gastos da doadora R$ 500,00 - Congelamento de Sêmen - se for necessário R$ 1.200,00 -

Congelamento de Embrião - se for necessário R$1.850,00 - Descongelar Embrião para uma nova tentativa - se for necessário (R3).

... Agora estou nos preparativos para sincronizar meu ciclo com o a da doadora... Antes vou fazer uma histerescopia, pq os médicos acreditam que ajuda na implantação. (...) Minha médica disse que todo o procedimento deve durar mais um mês (R1).

A histerescopia durante o processo da fiv, ou melhor, se realizada antes da transferência, segundo os médicos, ajuda na implantação Vcs já ouviram dizer que mulheres que sofrem abortos e passam por curetagem abraçam, numa nova tentativa, engravidando com mais facilidade? É o mesmo princípio (R3.)

No início da luta, mas na correria para ser ovodoadora. Exames feitos e consulta marcada (D9).

No decorrer da análise dos relatos, ficou evidenciado o posicionamento de algumas mulheres quanto a doar parte de seus oócitos com a intenção de conseguir tratamento gratuito ou então com valores reduzidos. Diferente do que foi apontado em outros estudos, a doação de óocitos está relacionada ao desejo em alcançar a maternidade, sem a preocupação em compartilhar com outras mulheres sua “carga genética”. Nota-se a interação entre doadoras e receptoras com o mesmo ideal. Alcançar a maternidade.

Procurando entender o sentimento relacionado à utilização da biotecnologia e a decisão em doar oócitos excedentes, Parames *et al.* (2014), em uma pesquisa realizada com 313 mulheres que iniciaram tratamento em uma clínica privada, evidenciaram que a decisão de participar em um esquema de partilha de oócitos constatou que a aceitação em doar estava diretamente relacionada à vivência de tratamentos malsucedidos.

Em outro estudo realizado com o intuito de avaliar o posicionamento das mulheres envolvidas com a FIV Heteróloga, Fonseca *et al.* (2009), em uma entrevista realizada com 50 mulheres que passavam por FIV heteróloga, constataram que 78% das pacientes eram contra a remuneração da doadora e 66% eram favoráveis à receptora pagar o medicamento utilizado pela doadora.

Em diversas falas, pode-se evidenciar a importância do meio virtual como meio para a construção do conhecimento seja para a busca por informações primárias como, por exemplo: *que exame detecta q os óvulos não funcionam??*

(NC3) como também perguntas que são realizadas ao grupo de participantes sendo que a resposta deveria partir de um especialista, como por exemplo: *Gostaria de saber se quem foi receptora, fez teste de análise genética pré implantacional?* (R13). Na mesma direção, outra participante responde algum comentário com o conhecimento construído no decorrer do processo da RHA, como por exemplo:

O exame q detecta é o FSH feito até no 3º. dia do ciclo e o ultrassom com contagem de folículos (NC4).

Quanto ao levantamento de dados a respeito de postagens com intuito de valorizar o espaço virtual nota-se que duas pessoas realizam comentários de forma objetiva enquanto as demais participaram das postagens com outro foco.

Comentário:

Olá sou nova aqui, ainda nem sei usar direito, mas é bom conversar com pessoas com o mesmo sonho de ser mãe ...amiga, qual o nome dessa clínica, poderia me passar (D4).

A análise do conteúdo das postagens também evidenciou a intenção de incentivar outras mulheres que estão no processo de tomada de decisão ou realizando RHA buscando alcançar a maternidade. Pode-se considerar o incentivo, a preocupação com o outro, palavras que fortaleçam a fé. Das trinta e uma participantes, cinco interagiram com o grupo demonstrando que utilizaram como mecanismo psicoemocional a socialização de suas experiências, somado à resiliência, à paciência e à necessidade de fortalecer a fé como para enfrentar os obstáculos de ordem pessoal e técnico-científico que permeiam este universo.

Comentários:

Esperei os eternos longos dias e infelizmente não deu certo, os embriões não desenvolveram e vou ter que fazer tudo novamente. Mas se Deus quiser será da 2ª. tentativa... Tudo é na hora do nosso Deus (R3).

Mais infelizmente não era a hora de Deus. Estou tranquila e orando para aparecer uma doadora logo. Tenho fé que tudo dará certo (R3).

Nossa, como essa nossa espera é demorada!!!! Também estou esperando uma nova doadora. Mais estou paciente, pois tudo é no tempo de Deus!!!!" (R3).

"Na verdade, as nossas chances com a ovodoação aumentam, mas não há a garantia da gravidez. Temos que ter fé e paciência mesmo (R1).

Nota-se que algumas doadoras ou receptoras demonstraram em suas postagens o apoio, a preocupação com outras pessoas que vivenciam a mesma expectativa e que compartilham do mesmo objetivo.

Comentários:

Que maravilha que já achou a doadora!! Agora é mesmo questão de um mês pra dar tudo certo!! Que lindo!!! (R11).

Oi linda, o que deu o beta? (D1).

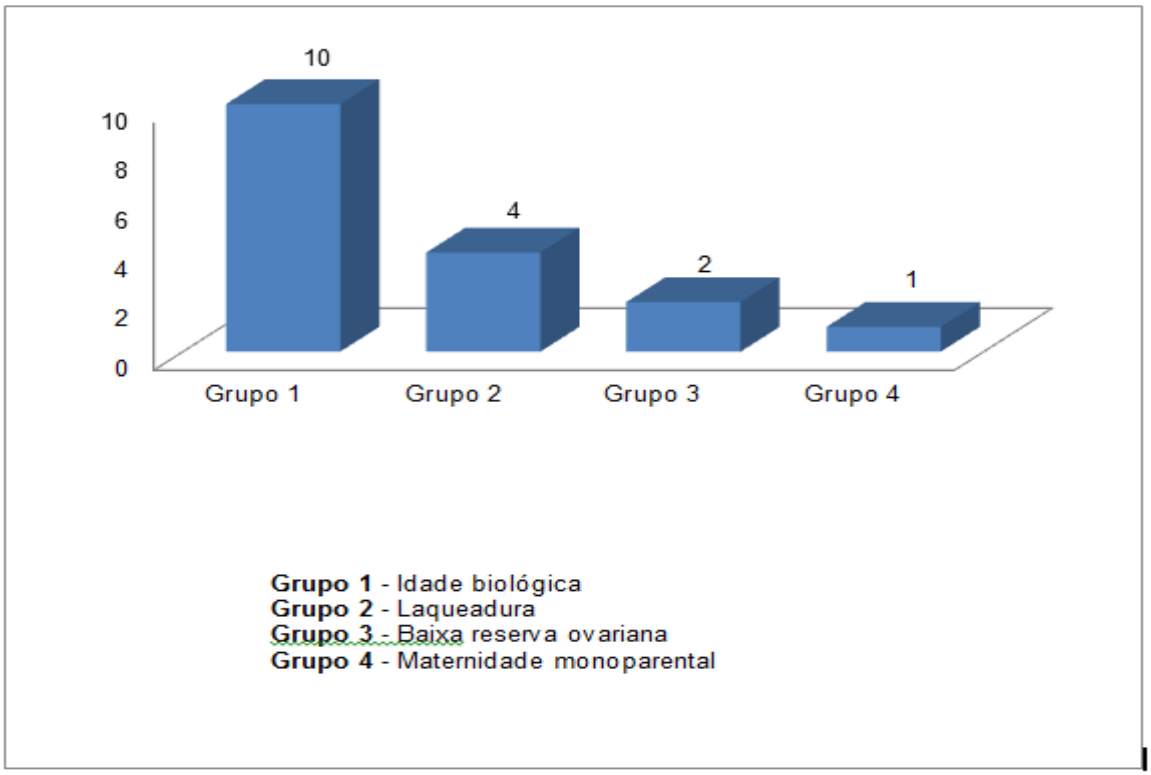
Como estão vcs? E seus tratamentos? O meu está caminhando, tudo indica que minha transferência ocorrerá na última semana e agosto. (R1).

...que possamos segurar nossa ansiedade e angustia... muitas mulheres não sabem nem como funciona a ovodoaçao... deveria haver maior conscientização e informação sobre esse assunto... quem sabe assim conseguiríamos com maior facilidade uma doadora (R4).

O levantamento de dados também permitiu a reflexão a respeito de mulheres que realizaram comentários pontuais com a intenção de acompanhar a trajetória de outras mulheres e paralelamente obter informações a respeito dos obstáculos enfrentados. Nota-se que das seis mulheres que realizaram comentários pertencentes a essa categoria analisada, quatro pertencem ao grupo de mulheres com identificação de NC, pois não deixou transparecer em seus comentários sua condição de doadora, receptora, ou mesmo a técnica utilizada, a idade, o estado civil.

A propósito, considerando o tema gerador do espaço para o bate-papo virtual, um dos eixos temáticos analisados nas postagens, foi o motivo que levou a mulher a procurar ajuda em técnicas de RHA, já que o tópico FIV e Ovodoação foi criado com o intuito de socializar trajetórias, informações e conhecimentos sobre temas relacionados à RHA heteróloga (Gráfico 5). Foram descritos como causa da infertilidade o fator idade, laqueadura, baixa reserva ovariana e a menopausa precoce.

Gráfico 5- Motivos declarados quanto à utilização de células doadas para alcançar a maternidade, de acordo com relatos no *Blog* brasil. babycenter.com



Fonte: a autora (2017).

Idade biológica: em decorrência da idade, mulheres que buscam alcançar a maternidade por meio da RHA, recebem dos especialistas a indicação de se submeter à ovodoação devido à baixa qualidade e quantidade de seus oócitos. Dentre as 31 participantes, dezessete citaram a causa da infertilidade de forma objetiva. Analisando o conteúdo dos relatos, seis mulheres, no decorrer da interação, escreveram sobre medicamentos utilizados, exames realizados, solicitaram informações sobre clínicas que conseguiriam localizar doadoras com maior facilidade para se submeter a ovodoação ou até mesmo oferta de tratamento objetivando para doadoras de oócitos devido à idade biológica. A propósito, participam desse espaço virtual mulheres que possuem idade biológica entre 30 e 47 anos.

Comentários:

Olá, meninas. Tenho 43 anos e um filho de sete, que tive naturalmente. Demorei para tentar o segundo e quando estava com quarenta resolvi que queria outro. Já fiz 5 fivs e meus óvulos estão inadequados (R10).

...já fiz 02 fiv com ovorecepção e infelizmente foram negativas. Precisamos pesquisar o porquê disso? (R3).

Laqueadura tubária: A necessidade de recorrer à RHA heteróloga foi citada por uma mulher que socializou com as demais participantes do blog, sua vivência quanto a realizar a FIV heteróloga por três vezes em busca da maternidade. Outras três participantes com o mesmo diagnóstico, acessaram o blog com o intuito de acompanhar a trajetória de outras mulheres que "enfrentam a mesma dificuldade" e buscar informações sobre o valor do tratamento.

Comentário:

Estarei começando o meu tratamento, estou na esperança. Sou ligada mais fora isso não tenho problema nenhum (R8).

A questão do desejo por uma nova gestação, necessidade de recorrer a técnicas de RHA após submissão a laqueadura tubária foi analisada por CUNHA e colaboradores (2007), que realizou estudo com 98 pacientes que procuraram o serviço de reprodução humana no Hospital Universitário de Brasília. Ficou evidenciado que 55,1% das mulheres tinham menos que 25 anos; que o desejo de contracepção correspondia a 48%; e que a decisão em realizar nova tentativa de gravidez estava relacionada à nova união em 80,8% das mulheres que responderam o questionário. Outro fato constatado foi a indicação para FIV para oito mulheres sendo que quatro ficaram grávidas e duas conseguiram ter filhos.

Baixa reserva ovariana: Duas participantes citaram a baixa reserva ovariana como o motivo que impulsionou a busca por RHA. Uma delas socializa experiência e conhecimento sobre exames e valores dos procedimentos de FIV Homóloga e Heteróloga que se submeteu assim como comenta sobre a ovodoação e a importância da informação para reverter a situação do preconceito observado na sociedade contemporânea.

Comentários:

...Ano passado tentei uma fiv com meus óvulos a resposta não foi boa, em dois ciclos de indução produzi somente 3 óvulos e apenas um embrião... Mas não tive sucesso... Por conta da baixa reserva ovariana e da má resposta, decidi este ano partir para ovodoação (R1).

Mas penso que muita gente ainda tem preconceito com a ovodoação e isto as impede de se informarem mais (R1*).*

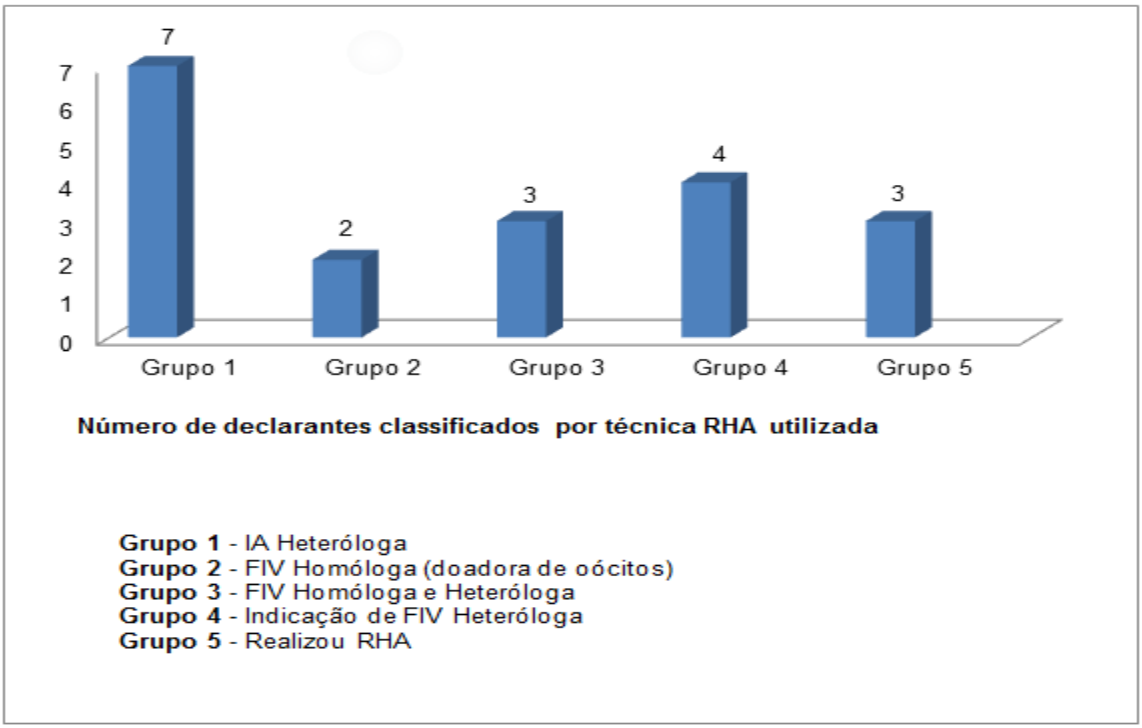
Menopausa precoce: a menopausa precoce como causa da infertilidade foi citada por uma mulher de 30 anos que socializou com as participantes sua experiência em se submeter à FIV Heteróloga por duas vezes, já que a ovodoação é a única opção para quem possui menopausa precoce. O acesso na plataforma também evidenciou a intenção de compartilhar conhecimento construído sobre exames e a expectativa em aguardar uma doadora para a realização do procedimento.

Comentário:

...tenho 30 anos e desde os 23 tenho menopausa precoce e não sabemos a causa , e para eu poder ser mãe e gerar um filho somente com ovodoação (R12).

Conforme já exposto, o interesse de acesso na comunidade estava relacionado ao tratamento de infertilidade, a realização da FIV e ovodoação todos os relatos giram ao redor desse eixo temático. Das 31 mulheres que participaram nesse diário virtual, 19 (Gráfico 6) citaram de forma direta ou indireta a técnica utilizada ou recomendada pelo especialista em RHA. As demais participantes demonstraram pertencer a esse universo, mas não deixaram clara a técnica utilizada. Comentam sobre ter realizado laqueadura e aguardar doadora, exames que evidenciam a necessidade de ovodoação, valor da FIV heteróloga em diferentes clínicas, a indicação de ovodoação e a decisão em tentar melhorar a qualidade dos óvulos por meio de compostos vitamínicos, entre outros temas.

Gráfico 6-Indicadores referentes à utilização de técnicas de RHA heteróloga mencionadas no *Blog* brasil. babycenter.com



Fonte: a autora (2017).

Cabe ressaltar que o levantamento de dados gerou indicadores quanto à biotecnologia relacionada à RHA utilizada para alcançar a maternidade por meio de material genético de terceiros. A intenção de alcançar a maternidade por meio da adoção de uma criança, ao invés de enfrentar aos obstáculos que permeiam a RHA, não foi evidenciada nos relatos analisados.

Outra questão analisada foi quanto à necessidade de vínculo genético ou não para a realização da maternidade. Considerando o perfil das integrantes, apenas uma comentou sobre o “receio” em realizar a FIV heteróloga, devido ao fator idade, e ter um filho com características fenotípicas diferente do filho que já tem. O desejo em alcançar a maternidade sendo maior do que o vínculo genético pode ser evidenciado pela maneira natural que receptoras e doadoras compartilham suas experiências e conhecimento construído, sendo esse o ponto de destaque desse espaço virtual.

Comentários:

Eu serei a receptora... Eu espero que tudo corra bem para nós duas, afinal estamos em busca do mesmo sonho (R1).

Sou de Goiânia, tenho 47 anos e aguardando uma doadora para que possa realizar meu grande sonho de ser mãe. Se alguém daqui quiser me ajudar a realizar este sonho podemos dividir os custos do tratamento. Lembrando que a doadora nao doara diretamente para mim mas para o banco de óvulos da clínica que em contrapartida ira procurar (R2).

(...) Já fiz 5 fivs e meus óvulos estão inadequados. A médica me sugeriu a ovodoacao, mas estou com vários dilemas. Tenho medo de diferenciar um filho de outro e rejeitar de alguma forma por não ser geneticamente meu como o primeiro. Já li sobre a epigenética e a troca de informações da mãe que gera, mas não poderei procurar características minhas nele... sei que isso e muito pequeno perto da realização de ser mãe, mas os medos me atormentam (R10).

O sentimento de aceitação articulado a realização da maternidade a partir do estado gestacional, pode ser analisado no relato abaixo:

Comentário:

Esse medinho passa quando a gente se decide alguns receios permanecem, mas nada será mais gratificante que minha barriga crescendo...com a graça de Deus! (R6).

Dentro dessa perspectiva, a tomada de decisão em não utilizar o próprio material genético para a FIV reflete a trajetória já enfrentada, os obstáculos superados para aceitar a ovodoação como possibilidade de aumentar as chances da maternidade.

Na verdade, as nossas chances com a ovodoação aumentam, mas não há a garantia da gravidez. Temos que ter fé e paciência mesmo (R1)**.**

A propósito, das 31 mulheres que participaram no bate-papo, 13 declaram ser receptoras de oócitos e 11 assumem que são doadoras, e 7 não deixam transparecer em seus comentários a condição de doadora ou receptora, apenas comentam sobre temas pertinentes a RHA.

A RHA também é utilizada por mulheres que buscam alcançar a maternidade e que, para diminuir o valor do tratamento ou então conseguir tratamento gratuito, aceitam compartilhar oócitos excedentes por meio de um cadastro em clínicas da rede privada como também em programas de hospitais que realizam atendimento de forma gratuita ou então custo reduzido ao medicamento utilizado quando a mulher for doadora de oócitos. Em concordância com o estudo realizado por Fonseca e

colaboradores (2009), a análise dos relatos no blog evidenciou a tomada de decisão de algumas mulheres em realizar a doação compartilhada de óvulos como solução para diminuir o custo do tratamento de alta tecnologia.

Em direção oposta, Parames e colaboradores (2014) relacionaram a decisão em doar oócitos com a experiência de mulheres que enfrentaram tratamentos de RHA sem sucesso.

Conforme já exposto, o espaço virtual reflete a liberdade de expressão das participantes ao possibilitar a troca de informações entre as mulheres assim como a construção do conhecimento possibilitando a tomada de decisão quanto a ser doadora, ser receptora ou mesmo buscar solucionar problemas vivenciados quanto à dificuldade em conseguir doadora compatível com as características fenotípicas. Pode-se notar que o ambiente virtual possibilita o contato com mulheres que pertencem a esse universo.

Comentários:

...fiz o exame e a médica me disse q eu estava com 9 folículos acredito que seja um bom número disse q meu útero está ok e que tem tranquilidade pra me cadastrar como doadora agora é esperar e torcer para que eu consigo uma receptora rapidinho, neh (D4).

Sou potencial doadora de óvulos, pois minha idade e meus exames estão ok. A clínica me ofereceu um desconto de R$ 3.000,00 para doar parte dos óvulos, mas ainda assim estou com receio, pois se não conseguir na primeira tentativa, não terei condições financeiras de tentar novamente tão cedo (D5).

Já fiz Fiv e doei parte dos óvulos pra pagar o tratamento (D2).

Vou ser doadora de óvulos (...) A clínica já tem uma possível receptora pra mim e hoje terminei de entregar os exames. Agora tenho que aguardar o ok da receptora para começarmos o tratamento. Ansiosa demaaaais. São quase 9 anos esperando (D1).

Boa noite, meninas!!!! Estou no mesmo barco que vcs....porém aguardo conseguir uma doadora para conseguir diminuir o valor da Fiv... a minha tbem sera com ovodoação (R4).

Olá, amiga; eu já fiz fiv la por ovodoacao, e agora estou à espera do beta q vai ser dia 29/06 estou confiante (D7).

Eu sou doadora Santa Joana, nós pagamos o tratamento e a receptora paga a medicação (D6).

Iniciei na Fundação ABC - ideia fértil há um ano mais ou menos, mas a lista de espera deles é mais de 02 anos, visto que preciso de uma doadora... consegui uma doadora, porém não foi aprovada... agora estou tentando no Hospital Santa Joana - SP... (R4).

Oi também estou sonhando em ser mãe; sou do ES infertilidade sem causa aparente, tudo ok mas não tenho condições de fazer o tratamento qual o seu perfil pra saber se eu serviria ser a doadora? (D11).

Dentro dessa perspectiva, o posicionamento da mãe diante da decisão em revelar ou não ao filho quanto à utilização de células doadas para o seu nascimento não ficou evidenciada de forma objetiva. Mas a naturalidade com que a questão do ser doadora ou receptora foi tratada pelas participantes evidencia que o obstáculo do preconceito quanto a realizar a FIV heteróloga assim como a aceitação em compartilhar gametas com terceiros foi superado pelas participantes.

Quanto ao tempo de espera para a realização da FIV, três mulheres socializaram dificuldade enfrentada. Uma delas relatou que fazia parte de um programa da rede pública, onde o tempo de espera para a realização da técnica da FIV heteróloga era de aproximadamente dois anos. Outra participante comenta que aguarda a realização da maternidade por nove anos. Em outro comentário, uma integrante relata disposição em pagar o tratamento da receptora e solicita às participantes a indicação de clínicas que possibilitem achar uma doadora com maior facilidade.

Olá, meninas. Tenho 43 anos e estou disposta a ser receptora. Pagar o tratamento da doadora, mas não sei que clínica procurar. Estou na espera em Goiânia já faz 1 ano e nada. Alguém sabe uma clínica que seja mais fácil achar uma doadora? (R5).

Referente à realização da RHA na rede pública, das 31 participantes, apenas uma relatou que estava utilizando atendimento gratuito para tentar reverter o problema de infertilidade e que buscou ajuda na Fundação ABC, em Santo André, mas que, diante do tempo de espera (dois anos) e da dificuldade em conseguir doadora, recorreu ao atendimento do Hospital Santa Joana em São Paulo.

Quanto à realização de tratamento na rede privada, no decorrer dos relatos, diversas clínicas foram citadas em várias regiões do Brasil: Goiânia, São Paulo, Salvador, Rio de Janeiro, Brasília, Belo Horizonte, Campinas, Espírito Santo, assim como o nome de médicos que realizavam o tratamento “humanizado” e o valor dos procedimentos de RHA em diversas clínicas.

Em um contexto no qual o fator idade limita a entrada da mulher no sistema de saúde gratuito e que, devido ao significativo número de pessoas que necessitam de técnicas de RHA, o atendimento especializado pode levar anos. Das 31 mulheres que participaram desse diário virtual, 30 declararam recorrer ao atendimento na rede privada. Conscientes do alto investimento, buscam atendimento diferenciado visando alcançar a maternidade. Outro obstáculo enfrentado é a dificuldade em conseguir doadora de oócitos para realizar a FIV heteróloga.

Nesse espaço virtual, podem-se constatar duas realidades: mulheres que necessitam de gametas de terceiros e mulheres que decidem participar do programa de ovodoação visando diminuir o valor dos procedimentos que envolvem a biotecnologia de alta complexidade aos quais precisam se submeter para alcançar a maternidade.

Diante do exposto, seja por meio da construção de vínculos genéticos ou afetivos, a possível vivência do estado gestacional faz com que algumas mulheres possam doar gametas excedentes, ao passo que outras aceitem receber gametas de terceiros sempre com um objetivo comum: a maternidade. Na adoção de embriões, o casal participaria desde o início do processo, e a experiência corporal da gravidez permitiria resolver a ausência involuntária de filhos. Em concordância com Ramirez e Galvez (2011), percebe-se pelos comentários das participantes que ao optar pela FIV heteróloga, processo que permite fazer um tipo de adoção numa fase prévia ao nascimento, há a possibilidade de vivenciar o processo de gestação e parto, e de certa forma com mais alternativas de escolha das características desejadas em filho.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mudanças socioculturais que ocorreram ao longo do tempo, somadas ao desenvolvimento de técnicas de RHA e impulsionadas pelo sonho da procriação, da experiência corporal da gestação e alcance da maternidade, provocaram inúmeros questionamentos sobre o conceito de família, filiação e construção da parentalidade por meio de laços socioafetivos alcançados pelo processo da adoção ou pela aceitação de material genético de terceiros. Sendo o oócito fertilizado fora do corpo da mulher e depois transferido para o útero, abre-se a possibilidade genética, dada pela conjunção de gametas, da maternidade gestacional. Este estudo permitiu identificar o conjunto de obstáculos enfrentados por mulheres que buscam alcançar a maternidade mediante a RHA Heteróloga. Para tanto, os meios eletrônicos como espaços de troca de rápidas informações e experiências subsidiaram esta pesquisa, focada na maternidade gestacional.

Devido ao estigma relacionado à infertilidade, muitas mulheres decidem utilizar a intervenção médico-tecnológico como condição para a ocorrência de uma gestação com gametas doados. A aceitação da vivência de gerar filhos sem transmissão de material genético próprio desencadeia conflitos internos e externos bem como o posterior enfrentamento e tomada de decisão em situações futuras.

A falta de conhecimento da população, em geral, e o preconceito construído nas relações em sociedade, favorecem o desenvolvimento do sentimento estigmatizante que envolve as pessoas que sofrem de algum problema de infertilidade. Sendo assim, a maioria das mulheres que vivencia a FIV heteróloga, acaba decidindo pelo silêncio, não conseguindo socializar os obstáculos enfrentados no decorrer de sua trajetória em busca da maternidade perpetuando dessa forma o preconceito.

Observou-se, no estudo, que o registro eletrônico possibilitou a troca de experiências e informações, entre as mulheres, a respeito das barreiras e técnicas relativas à reprodução da vida humana em laboratório.

Para tanto, o ambiente virtual vem sendo utilizado como uma ferramenta importante como espaço onde há maior liberdade de expressão. Os *blogs* têm preenchido muitas lacunas a respeito de questionamentos, tais como: dados de clínicas da rede privada com informações quanto ao custo dos procedimentos,

atendimento humanizado, especialistas que conseguem melhor resultado, clínica com maior probabilidade de indicação de doadora de oócito entre outras informações que permeiam esse cenário.

Diante dos indicadores de acesso e análise do conteúdo das interações, significativo número de mulheres que buscava a experiência corporal da maternidade através da FIV heteróloga acessou o meio virtual com a finalidade de obter informações gerais, assim como específicas, antes mesmo de procurar ajuda médica da área de reprodução humana. A análise das postagens evidencia conhecimento construído a respeito de fatores de ordem pessoal, técnica, científica, legal e jurídica.

Pode-se observar que no espaço virtual ocorreram interações entre mulheres solteiras, casadas, com relacionamento homoafetivo e com diagnóstico de infertilidade. Entretanto, compartilham do mesmo sonho e enfrentam algumas limitações similares ou não para alcançar a maternidade gestacional, com gametas ou embriões doados. A busca pela maternidade monoparental impulsionou as interações no diário virtual de participantes que socializaram a experiência de recorrer a RHA para a realização de FIV heteróloga. Outras participantes interagiram comentando sobre sua história reprodutiva, técnicas utilizadas na RHA homóloga bem como heteróloga. Ainda compartilhavam a tomada de decisão após enfrentamento de impedimentos que evidenciaram a importância do espaço virtual como canal de comunicação, acompanhamento das mudanças socioculturais referentes à busca pela maternidade, como também evidências quanto ao atendimento em saúde disponível na rede pública e privada.

Muitas participantes recorreram à fé em Deus como mecanismo desenvolvido para enfrentar os obstáculos vivenciados desde o momento da tomada de decisão em iniciar o tratamento como também em aceitar gametas doados e vivenciar a trajetória em busca da maternidade. Outra estratégia de apoio identificada entre as participantes foi a decisão em socializar vivências e conhecimento construído no decorrer das diferentes tentativas de RHA pelas quais foram submetidas buscando solucionar o problema de infertilidade.

Das oitenta e uma mulheres que interagiram nos *Blog e Site* pesquisados, apenas uma comentou sobre decisão em decidir iniciar o processo de adoção diante das tentativas de RHA heteróloga sem sucesso. Outra questão observada nas

postagens foi o posicionamento da mãe diante de revelar ou não ao(à) filho(a) quanto à utilização de células doadas para o seu nascimento. Ressalta-se que essa intenção não foi declarada de forma objetiva por nenhuma das participantes.

Nas postagens, a preocupação quanto às características genéticas após a FIV com ovodoação foi pouco evidenciada: uma participante socializou a preocupação em ter um segundo filho com características físicas diferente do primeiro e, outra comentou que buscou informação a respeito de controle de gametas doados e possível casamento consanguíneo. Por outro lado, a questão da construção de vínculos afetivos esteve presente nos comentários das receptoras que aguardam longo período para vivenciar a experiência da maternidade gestacional.

Ainda que a Constituição assegure o atendimento em saúde com igualdade e equidade, apenas uma participante socializou a experiência em conseguir atendimento em instituição que possui tratamento gratuito para infertilidade. Em algumas postagens pode-se evidenciar a indicação de clínicas, em Campinas, e de hospitais, em São Paulo, que realizam cadastro de ovodoadora com o intuito de reduzir o custo da RHA. Cabe ressaltar que algumas mulheres se declararam serem doadoras, outras comentaram sobre a decisão de participar do programa ou realizar exames e cadastro como ovodoadora com a intenção de receber atendimento gratuito, ou então como possibilidade de pagar apenas os medicamentos de alto custo que são essenciais para o processo da FIV heteróloga. Ou seja, compartilhar oócitos visando alcançar a maternidade sem a preocupação em ajudar outra mulher que necessita da RHA com gametas doados.

Quanto aos motivos que levaram à escolha de gametas doados, predominou o fator referente à idade biológica, seguida da expectativa da maternidade monoparental, laqueadura, endometriose, baixa reserva ovariana, menopausa precoce, relacionamento homoafetivo e, por fim, infertilidade masculina.

O estudo evidenciou que as mulheres que participaram das conversas, em salas virtuais, demonstraram maior liberdade em falar sobre sua história reprodutiva. Em contatos presenciais, o medo de ter a identidade revelada, somado ao sigilo imposto pelas instituições ou mesmo nas relações em sociedade, resultam na perpetuação do preconceito que impede que muitas mulheres possam falar sobre a trajetória percorrida para alcançar a maternidade.

Vale ressaltar a importância do espaço virtual para a tomada de decisão após informação, formação e conscientização a respeito da RHA. Todo esse universo de conhecimentos, concepções e debates circulam justamente nesse meio de comunicação: a *internet*. Portanto, essas comunidades formadas em redes sociais desenvolvem a função de esclarecimento possibilitando circular ideias, sentimentos, amizades e discussões *online*. Esses diários virtuais, recheados de discussões, são escritos com a finalidade de notificar e fazer circular a história de vida dessas mulheres, a construção de relações e o desejo pela construção de famílias.

Em outros tempos, pessoas com problema de infertilidade ficavam restritas ao conhecimento construído de forma individual, por meio de vivências ou esclarecimentos realizados por profissionais da área médica ou então em salas de espera de clínicas, laboratórios ou hospitais. Sendo assim compartilhavam sua trajetória por meio de conversas informais sobre seus problemas com seus familiares ou amigos próximos. Atualmente a conversa virtual, em um fórum público, aproxima as pessoas que buscam o mesmo objetivo, que enfrentam obstáculos similares, que procuram informações para construir e ampliar o conhecimento possibilitando uma posterior tomada de decisão. Além disso, a tecnologia da mídia possibilita a intenção do apoio, do incentivo fortalecendo o sentimento de superação e sucesso.

Mais do que oferecer respostas, este trabalho se pautou na análise de comentários, postados no ambiente digital, que permitisse compreender o modo de pensar sobre a descendência e constituição de família no contexto da reprodução assistida heteróloga. Após essas reflexões, sabe-se que há muito para se pesquisar neste campo. Há a necessidade de estudos envolvendo muitas áreas, posto que a complexidade do tema se encontra além dos limites da medicina, pois envolve aspectos sociais, legais e bioéticos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Carla C. Lima de; VALESINI, Carla. **Uso de tecnologias de reprodução assistida por mulheres solteiras: reflexões sobre família e gênero.** Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2013. Disponível em: <http://www.fg2013.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/20/1373335341_ARQUIVO_PaperFazendoGenero.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2014.

ANDRADE, Denise Almeida de, CHAGAS, Márcia Correia. **Limitações ao anonimato dos doadores de material genético nas fecundações artificiais humanas frente ao direito à informação do receptor: uma nova mirada à luz do princípio da dignidade da pessoa humana.** Anais do XIX Encontro Nacional do CONPEDI, realizado em Fortaleza - CE nos dias 09, 10, 11 e 12 de junho de 2010. Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/anais/fortaleza/3474.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2014.

BADALOTTI, Mariangela. Aspectos bioéticos da reprodução assistida no tratamento da infertilidade conjugal. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, 54 (4): 478-485 out/dez, 2010. Disponível em: <http://www.amrigs.org.br/revista/54-04/022-732_bioetica_aspectos.pdf>. Acesso em: 05 maio 2015.

BARBOSA, Rosana Machin. Relações de Gênero, infertilidade e novas tecnologias reprodutivas. **Estudos Feministas**, 1º. semestre 2000 p.212-228. Disponível em: <file:///C:/Users/Claudia%20Dalozzo/Downloads/9879-29447-1-PB.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2012.

BELTRÃO, Silvio Romero**. Reprodução humana assistida - conflitos éticos e legais. Legislar é necessário.** 244f. (Tese). Universidade Federal de Pernambuco; 2010. Disponível em: <http://repositorio.ufpe.br/bitstream/handle/123456789/3775/arquivo402_1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 09 fev. 2015.

BRAGA, Maria da Graça Reis; AMAZONAS, Maria Cristina Lopes de Almeida. Família: Maternidade e procriação assistida. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.10, n.1, p.11-18, jan/abr.2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n1/v10n1a02.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Média Complexidade Reprodução Humana Assistida**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_426_ac.htm>. Acesso em: 03 abr. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cartilha direitos sexuais e reprodutivos. Uma prioridade do governo**. 1. edição, Brasília. 24p. 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2013.

BRASIL Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº. 29-2008**. Disponível em: <file:///C:/Users/Claudia%20Dalozzo/Downloads/resoluo%20federal%20n%2029%202008%20-%>. Acesso em: 06 nov. 2016.

BRASIL Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **8º. Relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões 3 – SisEmbrio** (2015). Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33840/2817584/8%C2%B0+Relat%C3%B3rio+do+Sistema+Nacional+de+Produ%C3%A7%C3%A3o+de+Embri%C3%B5es+%E2%80%93+SisEmbrio/d562e471-1e9a-4684-b510-e93de29a5bd5>. Acesso em: 04 jan. 2016.

BRASIL Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **9º. Relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões 3 – SisEmbrio.** Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33840/2817584/9%C2%BA+Relat%C3%B3rio+do+Sistema+Nacional+de+Produ%C3%A7%C3%A3o+de+Embri%C3%B5es+-+SisEmbrio/94d6467b-0a32-4277-8933-36c701900314>. Acesso em: 06 nov. 2016.

BRASIL. **Constituição Federal Brasileira,** 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 03 abr. 2013.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina **Resolução CFM nº. 1.358/1992** (Publicada no D.O.U., 19 de novembro de 1992). Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1992/1358_1992.htm>. Acesso em: 03 abr. 2013.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina **Resolução CFM nº. 2.013/2013**. Disponível em: **<**http://portal.cfm.org.br/images/PDF/apresentacao_reproducao.pdf>. Acesso em: 05 maio 2015.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina **Resolução CFM nº 2.121/2015**. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2015/2121_2015.pdf**>.** Acesso em: 17 jan. 2016.

CABRAL, Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat; CAMARDA, Dayane Ferreira **Intimidade *versus* origem genética**: a ponderação de interesses aplicada à reprodução assistida heteróloga. Disponível em: <file:///C:/Users/Claudia%20Dalozzo/Downloads/Ponderacao%20(2).pdf>. Acesso em: 18 jun. 2012.

CAPRA, Fritjof. **O Ponto de Mutação**. São Paulo: Cultrix, 2006.

CAVAGNA, Mario. A idade como fator prognóstico nos ciclos de fertilização *in vitro*. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**. 2009; 31(5):230-4. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n5/v31n5a05.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2012.

CHIZZOTTI Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** 8. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2006. 164p.

CORREA, Marilena V. Novas tecnologias reprodutivas: doação de óvulos. O que pode ser novo nesse campo? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 16(3):863-870, jul-set, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000300036>. Acesso em: 31 mar. 2012.

COXIR, Sarah Abreu; LOPES, Ana Cristina dos Santos; SILVA Alessandra Maria Dias; PENNA, Maria Lectícia Firpe. Estudo das regulamentações de reprodução humana assistida no Brasil, Chile, Uruguai e na Argentina. Artigo de revisão. **Reprodução & Climatério,** Volume 29, Issue 1, January–April 2014, Pages 27–31 Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1413208714000211>. Acesso em: 11 nov. 2014.

CUNHA, Antônio Carlos Rodrigues da; WANDERLEY, Miriam da Silva; GARRAFA, Volnei. Fatores associados ao futuro reprodutivo de mulheres desejosas de gestação após ligadura tubária. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2007; 29(5):230-4. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v29n5/a02v29n5.pdf>. Acesso em: 05 maio 2015.

DONADIO, Nilka Fernandes; DZIK, Artur; CAVAGNA, Mario. ***Fertilização In Vitro***. Disponível em:<http://arturdzik.med.br/_pdf/atlascapitulosartur.pdf>. Acesso em: 23 maio 2015.

DZIK, Artur; PEREIRA, Dirceu H.M.; FREITAS, Gilberto Costa; CAVAGNA, Mario; AMARAL, Waldemar Naves do. **Reprodução Assistida/Indicações e Tratamentos.** 2011. Disponível em: <http://arturdzik.med.br/_pdf/atlascapitulosartur.pdf>. Acesso em: 23 maio 2015.

FONSECA, Claudia. **A vingança de Capitu: DNA, escolha e destino na família brasileira contemporânea.** - In Gênero, Democracia e Sociedade Brasileira (Cristina Bruschini e Sandra Unbehaum, orgs.). São Paulo: Editora 34. Esse texto foi traduzido do inglês por Ethon A. S. da Fonseca. Publicado em 2002. Disponível em: <file:///C:/Users/Claudia%20Dalozzo/Downloads/A%20vingan%C3%A7a%20de%20Capitu%20%20DNA,%20escolha%20e%20destino%20na%20fam%C3%ADlia%20brasileira%20contempor%C3%A2nea,%202002%20(3).pdf>. Acesso em: 17 maio 2014.

_____. **As novas tecnologias legais na produção da vida familiar. Antropologia, direito e subjetividades.** Porto Alegre: Civitas, v. 11, n. 1, p. 8-23, jan.-abr. 2011. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/famecos/ojs/index.php/civitas/article/view/9188/6323>. Acesso em: 22 abr. 2012.

FONSECA, Larissa Lupião**;** HOSSNE, William Saad; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul De. Doação compartilhada de óvulos: opinião de pacientes em tratamento para infertilidade. **Revista** - Centro Universitário São Camilo -; 3 (2):235-240. 2009. Disponível em: <http://docplayer.com.br/6611533-Doacao-compartilhada-de-ovulos-opiniao-de-pacientes-em-tratamento-para-infertilidade.html>. Acesso em: 02 jun. 2015.

FONSECA, R.C.V. **Como elaborar projetos de pesquisa e monografias**: guia prático. Curitiba, 2007.

FONTENELE, Claudia Valença; TANAKA, Ana Cristina D'Andretta. Expectativas e sentimentos de mulheres que esperam por tratamento de reprodução humana **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 23 [1]: 93-108, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312013000100006&script=sci_abstract&tlng=pt**>.** Acesso em: 01 maio 2015.

FOUCAULT, Michel**. História da Sexualidade I A vontade de saber** (1979). 3. ed. Rio de Janeiro**:** Edições Graal, 1980.

_____. **Microfísica do poder** (1979). 2. ed. Rio de Janeiro**:** Edições Graal, 1981.

GÁLVEZ, Martha Ramírez. **Corpos fragmentados e domesticados na reprodução assistida*** cadernos pagu (33), julho-dezembro de 2009:83-115. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332009000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 31 mar. 2012.

_____. Razões técnicas e efeitos simbólicos da incorporação do “progresso tecnocientífico”: reprodução assistida e adoção de crianças*. **Revista Sociedade e Estado**. Volume 26, Número 3, Setembro/Dezembro, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/se/v26n3/08.pdf>. Acesso em: 05 maio 2015.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010. Disponível em: <http://docente.ifrn.edu.br/mauriciofacanha/ensino-superior/redacao-cientifica/livros/gil-a.-c.-como-elaborar-projetos-de-pesquisa.-sao-paulo-atlas-2002./view>. Acesso em: 12 jun. 2015.

GOLOMBOK, Susan E. **Tecnologia de reprodução e seu impacto sobre o desenvolvimento psicossocial e emocional da criança.** *In*: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância [on-line]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2011:1-7. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS - Brasil. Disponível em: <http://www.enciclopedia-crianca.com/tecnologias-de-reproducao-assistida/segundo-especialistas>. Acesso em: 19 maio 2015.

GOMES, Luiz Mauro Oliveira; CANHA, Aparecida dos Santos; Dzik, Artur; NOVO Neil Ferreira; JULIANO, Yara; SANTOS, Sandra Irene Sprogis dos. A idade como fator prognóstico *in vitro*. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**. vol. 31, no. 5. Rio de Janeiro, May 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032009000500005>. Acesso em: 31 mar. 2013.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitative. In: MINAYO, M.C.S. (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

HOCHSCHIL, Fernando Zegers; SCHWARZE, Juan Enrique; CROSBY, Javier A. MUSRI, Carolina, SOUZA, Maria do Carmo Borges de. Assisted reproductive technologies in Latin America: the Latin American Registry, 2012. **JBRA Assist. Reprod**. 2014; 18 (4): 127-135. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1472648314005471>. Acesso em: 07 abr. 2015.

IDALO, Marcella Franco Maluf**.** A reprodução assistida em face ao biodireito e sua hermenêutica constitucional. **Revista Jurídica UNIARAXÁ**, Araxá, v. 15, n. 14, p. 137-162, 2011. Disponível em:

<http://www.uniaraxa.edu.br/ojs/index.php/juridica/article/view/31/23>. Acesso em: 20 jan. 2017.

JORGE, A. M.; LUCAS, C. G. M.; LOPES, F. M. T. Preocupações parentais de pais adotivos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology.* **INFAD Revista de Psicologia**, Nº. 1-Vol. 1, ISSN: 0214-9877. p: 259-266. 2014 Disponível em: <http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/1710/0214-9877_2014_1_1_259.pdf?sequence=1>. Acesso em: 30 abr. 2015.

LANIUS, Manuela. SOUZA, Edson Luis André de. Reprodução assistida: os impasses do desejo. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 53-70, março 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142010000100004>. Acesso em: 30 abr. 2015.

LEITE, Tatiana Henriques; HENRIQUES, Rodrigo Arruda de Holanda. Bioética em reprodução humana assistida: Influência dos fatores sócio-econômicoculturais sobre a formulação das legislações e guias de referência no Brasil e em outras nações. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 24 [1]: 31-47, 2014 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312014000100031&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 23 jan. 2016.

LOURENÇO, Gislene Verlang; KNAUTH, Daniela Riva; GOLDIM, Jose Roberto; ALBUQUERQUE, Luiz Eduardo; MONACO, Ana Rosa Detilio; NUNES, Maria Lucia Tiellet; PASSOS, Eduardo Pandolfi**.** Reprodução Humana Assistida: Revelar ou não revelar aos filhos? Capitulo 4. **Psicologia, Educação e Saúde**: Temas contemporâneos. Canoas: Editora Unilasalle, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/Claudia%20Dalozzo/Downloads/1858-5775-7-PB%20(3).pdf>. Acesso em: 26 maio 2015.

LUNA, Nara. As novas tecnologias reprodutivas e o Estatuto do Embrião: um discurso do magistério da Igreja Católica sobre natureza. **ANT*H*ROPOLÓGICAS**, ano 6, volume 13(1): 57-74 (2002). Disponível em: <http://www.revistagenero.uff.br/index.php/revistagenero/article/view/259/179>. Acesso em: 21 out. 2014.

_____. Maternidade desnaturada: uma análise da barriga de aluguel e da doação de óvulos. **Cadernos Pagu** (19) 2002: p.233-278. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332002000200010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 31 mar. 2013.

_____. Natureza humana criada em laboratório: biologização e genetização do parentesco nas novas tecnologias reprodutivas. **Hist. Cienc. Saúde** – Manguinhos. vol.12. n.2. Rio de Janeiro. May/Aug. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702005000200009>. Acesso em: 31 mar. 2013.

MALUF, Vera. **Fertilidade & maternidade: o desejo de um filho.** São Paulo; Ed. Atheneu, 2008. 116p.

MAKUCH, María Yolanda; FILETTO, Juliana Nicolau**.** Procedimentos de Fertilização *in vitro*: Experiência de Mulheres e Homens. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 4, p. 771-779, out./dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722010000400013>. Acesso em: 31 mar. 2013.

MEDEIROS, Luciana Soares; VERDI, Marta Inez Machado. Direito de acesso ao serviço de reprodução humana assistida: discussões bioéticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15 (Supl. 2): 3129-3138, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000800017>. Acesso em: 11 nov. 2014.

MEIRELLES, Alcina; Dzik; FREITAS, Gilberto Costa; CAVAGNA, Mario. **Reprodução Assistida: Conceitos Gerais e Aspectos Psicológicos Envolvidos.** Capítulo 21. Tratado de saúde mental. 2011. Disponível em: <http://arturdzik.med.br/_pdf/tratado_saude_mental_2011.pdf>. Acesso em: 18 maio 2015.

MENDES. Christine Keler de Lima. **Mães Substitutas e a Determinação da maternidade.** Implicações da Reprodução Mediamente Assistida na Fertilização in vitro - Heteróloga. Disponível em: <http://www.viajus.com.br/viajus.php?pagina=artigos&id=445>. Acesso em: 03 maio 2009.

MENEGON, Vera. Consentindo ambiguidades: uma análise documental dos termos de consentimento informado, utilizados em clínicas de reprodução humana assistida. **Cad. Saúde Pública**; vol.20 no. 3 p.845-854 Rio de Janeiro, May/June 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n3/22.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2012.

MENEGON, Vera; MINCOFF, Sonia. Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: Questões e Desafios. Miriam Grossi, Roseli Porto & Marlene Tamanini (org.).

Brasília: Letras Livres, 2003. 196p**. Cad. Saúde Pública** vol.20 no. 5. Rio de Janeiro. Sept./Oct. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500042>. Acesso em: 13 jul. 2012.

MELAMED, Rose Marie M.; QUAYLE, Julieta. **Psicologia em Reprodução Humana Assistida: Experiências Brasileiras**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento** - pesquisa qualitativa em saúde, 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MISKOLCI, Richard. Dar a vida e Cuidar da Vida: Feminismo e Ciências Sociais. Scavone L. São Paulo: Editora Unesp; 2004. 205p. **Cad. Saúde Pública**. vol.22. nº. 8. Rio de Janeiro. Aug. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800027>. Acesso em: 13 jul. 2012.

MONTAGNINI, Helena Maria Loureiro; MALERBI Fani Malerbi; CEDENHO, Agnaldo Pereira. Ovodoação: a questão do sigilo. **Estudos Psicológicos** (Campinas). vol.29. nº. 2. Campinas. Apr./June 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2012000200009>. Acesso em: 27 fev. 2016.

NASCIMENTO, Pedro. Heterossexual e com gametas do casal: os limites das iniciativas de popularização da reprodução assistida no Brasil. **Revista de Ciências Sociais**, n. 39, outubro de 2013, p. 347-368. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/index.php/politicaetrabalho/article/viewFile/15980/9964>. Acesso em: 02 jun. 2015.

_____. **Juntando informação, calculando resultados: percepções e trajetórias diversas na produção do desejo de filhos.** Tempus - Actas de Saúde Coletiva - Antropologia e Sociologia da Saúde: novas tendências. 2011 Disponível em: <http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/972/914>. Acesso em: 18 maio 2015.

NAVES, Bruno Torquato de Oliveira; A.S, Maria de Fatima Freire de. Panorama bioético e jurídico da reprodução humana assistida no Brasil. **Revista de Bioética y Derecho.** 2015; 34: 64-80 Disponível em: <http://revistes.ub.edu/index.php/RBD/article/view/12067>. Acesso em: 27 fev. 2016.

OLIVEIRA, Gustavo Presídio de; PASSOS, Marjory dos Santos; LEAL, Eliana dos Santos; NASCIMENTO, Dioene Carneiro. (2013) A peregrinação messiânica de casais inférteis pelas clínicas de reprodução humana assistida. **Pensando Famílias**, 17(1), 17-27. Jul. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2013000100003>. Acesso em: 01 maio 2015.

OLIVEIRA, Gustavo Presídio de; TERZIS, Antonios. O narcisismo dos casais que se submeteram à fertilização *in vitro* com receptação de óvulos doados: uma pesquisa bibliográfica. **Revista da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo**. Jan.- Jun, Vol. 12, No. 1, pp. 5-13. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702011000100002>. Acesso em: 20 mar. 2015.

PARAMES, Suelen Fernanda; SEMIÃO Francisco; Juliana Almada-Colucci□, SATO, Hélio; UENO, Joji. **What influences oocyte donation when there is no financial compensation?** reprodclim. 2 0 1 4;2 9(1):8–12
Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=743333&indexSearch=ID>. Acesso em: 11 nov. 2014.

PERELSN, Simone. Psicanálise e medicina reprodutiva: possíveis colaborações e indesejáveis armadilhas. **Psicol**. USP vol.24 no.2 São Paulo May/Aug. 2013 Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/63406/66149>. Acesso em: 19 mar. 2015.

PIVA, J.P.; CARVALHO, P.R.A. Considerações éticas no cuidado médico ao paciente terminal. **Revista Bioética**, Brasília, v.1, n.2, nov. 2009. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/491/308>. Acesso em: 06 fev. 2014.

REIS, Carolina E. Stumpf. **Filiação e a Reprodução Medicamente Assistida** Universidad de La Empresa de Montevideo, Uruguay - Porto Alegre/RS 2010. Disponível em: <http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/filiacao_e_a_reproducao_medicamente_assistida.pdf>. Acesso em: 06 maio 2015.

SAMRSLA, M. ET AL. Expectativa de Mulheres à espera de Reprodução Assistida em Hospital Público do D.F. – Estudo Bioético - **Rev Assoc Med Bras** 2007; 53(1): 47-52. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v53n1/19.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2012.

SILVA Susana; MACHADO, Helena. A governação dos pacientes *adequados* no acesso à procriação medicamente assistida em Portugal. **SOCIOLOGIA, PROBLEMAS E PRÁTICAS**, nº. 62, p. 81-96. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/spp/n62/n62a05.pdf>. Acesso em: 06 maio 2015.

SILVA, Junior, Sisney Darcy da**. O desenvolvimento das múltiplas linguagens em ambientes virtuais: o blog como um sistema complexo.** 2015 110f. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Pelotas, 2015. Disponível em: <http://repositorio.ufpel.edu.br/bitstream/ri/2735/5/O%20desenvolvimento%20das%20m%C3%BAltiplas%20linguagens%20em%20ambientes%20virtuais.pdf>. Acesso em: 10 set. 2016.

TAMANINI, Marlene. Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: bioética e controvérsias. **Rev. Estud. Fem.** vol.12 no. 1. ‘ Florianópolis Jan./Apr. 2004 Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/ref/v12n1/21693.pdf>.
Acesso em: 21 out. 2015.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, Jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2016.

VASCONCELOS, Ana Flávia Oliveira Aguiar. **A reprodução humana assistida heteróloga e suas implicações no âmbito jurídico: o direito ao anonimato do doador *versus* o direito à identidade biológica** –
DOI 10.5752/P.2318-7999.2013V16N32P88. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/Direito/article/view/P.2318-7999.2013v16n32p88>. Acesso em: 06 maio 2015.

VASCONCELOS, Camila; LUSTOSA, Cátia; MEIRELLES, Ana Thereza; 3, ARANHA, Anderson Vieira; GARRAFA, Volnei. Direito ao conhecimento da origem biológica na reprodução humana assistida: reflexões bioéticas e jurídicas. **Rev. Bioét**. vol. 22 nº. 3. Brasília. Sept./Dec. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198380422014000300015&script=sci_arttext. Acesso em: 01 maio 2015.

Anexo 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Instituição: Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)
Título do Projeto: **Fatores que envolvem o alcance da maternidade através de material genético de terceiros**.
Pesquisadora Responsável: Claudia Inês Aparecida Da Lozzo
Telefone da pesquisadora: 11-97486-7551
Endereço do Comitê de Ética em Pesquisas em Humanos da Unifesp: Rua Botucatu, 672 - 1º. andar conj. 14, Vila Clementino, São Paulo-SP.
Telefone: 55 (11) 5571-1062 / 55 (11) 5539-7162.
Horário de atendimento: das 9h00min às 15h00min. E-mail: cepunifesp@unifesp.br

Nome da voluntária: _____Idade:___ RG_____

A senhora está sendo convidada a participar deste estudo, cujo objetivo é: **Fatores que envolvem o alcance da maternidade por meio de material genético de terceiros.**

Em conformidade com a resolução 466/12, serão respeitados os princípios da bioética na pesquisa com seres humanos, comprometendo-se assegurar o sigilo e privacidade dos resultados obtidos, não acarretando nenhum tipo de dano aos participantes.

O estudo é de natureza qualitativa. Durante a entrevista serão feitas perguntas ao informante para se alcançar os objetivos da pesquisa. As entrevistas serão gravadas podendo durar aproximadamente uma hora.

Os registros feitos durante a entrevista não serão divulgados aos profissionais que trabalham nesta instituição, mas o relatório final, contendo citações anônimas, estará disponível para todos quando estiver concluído o estudo, inclusive para apresentação em encontros científicos e publicação em revistas especializadas.

Não há benefício direto para a participante. As voluntárias serão escutadas sobre sua opinião acerca do alcance da maternidade utilizando a biotecnologia da fertilização in vitro, como conseguiram enfrentar o problema da infertilidade, como foi o processo de constatação da infertilidade e da aceitação da fertilização in vitro utilizando oócitos, ou embriões doados.

O estudo poderá subsidiar as atividades pertinentes a essa biotecnologia, a fim de aprimorá-la. Além disso, seria importante não só divulgar os avanços biotecnológicos para manutenção da saúde à população, mas ainda, entender a significância da maternidade na vida das mulheres, que decidem realizar a Reprodução Humana Assistida com a utilização de gametas ou embriões doados.

Este TERMO, em duas vias, é para certificar que eu, _____ _____concordo em participar na qualidade de voluntário do projeto científico acima mencionado. Por meio deste, dou permissão para ser entrevistada e para estas entrevistas serem gravadas em áudio digital, podendo ser considerado sem risco, pois suas informações serão preservadas em sigilo e minha identidade será mantida desconhecida. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outras voluntárias, não sendo divulgada a identificação de nenhuma paciente.

Estou ciente que ficarei com uma via deste termo e a outra via ficará com a pesquisadora. Estou ciente que a qualquer etapa da pesquisa, poderei ter acesso a pesquisadora responsável, Claudia Inês Aparecida Da Lozzo para esclarecimento de

eventuais dúvidas, no departamento de Saúde Coletiva da UNIFESP, Rua Botucatu, 740 – 4º. Andar – Telefone: (11) 5576-4848 *voip* 1879.

Estou ciente que se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisas em Humanos da Unifesp**: Rua Botucatu, 572 - 1º. andar conj. 14, Vila Clementino, São Paulo-SP. Telefone: 55 (11) 5571-1062, FAX: 55 (11) 5539-7162. E-mail: cepunifesp@unifesp.br **Horário de atendimento**: das 9:00hs as 15:00 h.

Estou ciente de que sou livre para recusar a dar resposta a determinadas questões durante as entrevistas, bem como para retirar meu consentimento e terminar minha participação a qualquer tempo sem penalidades e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade do meu tratamento na Instituição.

Estou ciente que não haverá riscos para minha saúde resultantes da participação na pesquisa, nem tampouco terei qualquer despesa ou benefício financeiro em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Estou ciente que a pesquisadora somente utilizará os dados coletados para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informada a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo **"Fatores que envolvem o alcance da maternidade por meio de material genético de terceiros".**

Eu conversei com a pesquisadora Claudia Inês Aparecida Da Lozzo sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e de esclarecimentos permanentes. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízos ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.

_____ Data___/___/__
Assinatura do participante

_____ Data___/___/__
Assinatura da testemunha

Para casos de voluntários semianalfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente e/ou representante legal para a participação neste estudo.

_____ Data___/___/__
Claudia Inês Aparecida Da Lozzo

Anexo 2 - Termo de Consentimento do responsável pela Clínica Fertilivitá

Prof. Dr. Marcelo Giacobbe MS
CRM 62588- Reprodução Humana, Obstetrícia e Ginecologia

Título de Especialista pela Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia
Mestrado e Doutorado em Ginecologia e Obstetrícia pela UNICAMP

Declaro meu interesse em participar da pesquisa desenvolvida pela Dra. CLAUDIA INES APARECIDA DA LOZZO , "Ponto de Mutação: a utilização de gametas ou embriões doados para o alcance da maternidade".

Atenciosamente,

São Paulo, sexta-feira, 17 de janeiro de 2014

Dr. Marcelo Giacobbe
Reprodução Humana
CRM-SP 62588

Prof Dr Marcelo Giacobbe
Reprodução Humana
CRM 62588

RUA FRANCISCO MARENGO, 955
9º ANDAR CJ 97 Zic
03313-000 TATUAPÉ SP|SP
T 11 2293.3909 | 11 2293.6084

fertilivita
REPRODUÇÃO HUMANA

Anexo 3 - Termo de consentimento do responsável do Hospital Pérola Byington

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Centro de Referência da Saúde da Mulher

CARTA DE CONSENTIMENTO DO CHEFE DE SERVIÇO ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA

São Paulo,29 de janeiro de2014.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do CRSM

Prezados Senhores,

Informo para os devidos fins, que conheço e concordo com a realização da pesquisa" Ponto de mutação: a utilização de gametas ou embriões doados para o alcance da maternidade" da pesquisadora Cláudia Inês A. Da Lozzo sob orientação de Prof. Dr. Mário Alfredo De Marco, da UNIFESP aonde será defendida a tese de DOUTORADO **dentro de Setor de Saúde Coletiva.**

Dr.(a).....
Diretor.....

Prof° Dr. Mário Cavagna Neto
Diretor Técnico II - CRM 44792
Gerência de Reprodução Humana
C.R.S.M

Anexo 4 - Parecer do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP/ HOSPITAL SÃO PAULO

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Ponto de mutação: a utilização de gametas ou embriões doados para o alcance da maternidade

Pesquisador: Claudia Inês Aparecida Da Lozzo

Área Temática: Reprodução Humana (pesquisas que se ocupam com o funcionamento do aparelho reprodutor, procriação e fatores que afetam a saúde reprodutiva de humanos, sendo que nessas pesquisas serão considerados "participantes da pesquisa" todos os que forem afetados pelos procedimentos delas):
(Reprodução Humana que não necessita de análise ética por parte da CONEP;);

Versão: 2

CAAE: 19057613.7.0000.5505

Instituição Proponente: Escola Paulista de Medicina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 554.082

Data da Relatoria: 19/02/2014

Apresentação do Projeto:

Conforme parecer CEP. 464.792 de 22/11/2013

Objetivo da Pesquisa:

Conforme parecer CEP. 464.792 de 22/11/2013

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme parecer CEP. 464.792 de 22/11/2013

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conforme parecer CEP. 464.792 de 22/11/2013

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Trata-se de respostas de pendencias apontadas no parecer inicial.

Recomendações:

não se aplica

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5539-7162 **Fax:** (11)5571-1062 **E-mail:** cepunifesp@unifesp.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP/ HOSPITAL SÃO PAULO

Plataforma Brasil

Continuação do Parecer: 554.082

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

RESPOSTAS DE PENDENCIAS APONTADAS NO PARECER 464.792 APRESENTADAS ADEQUADAMENTE QUANTO:

Apresentado novo TCLE de acordo com os ítens da Resol 466/12.

Apresentadas as autorizações das instituições

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP ¿ UNIFESP SOLICITA QUE, A PARTIR DESTA DATA DE APROVAÇÃO, SEJAM ENVIADOS OS RELATÓRIOS PARCIAIS (ANUALMENTE) E RELATÓRIO FINAL, QUANDO DO TÉRMINO DO ESTUDO.

SAO PAULO, 12 de Março de 2014

Assinador por:
José Osmar Medina Pestana
(Coordenador)

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5539-7162 **Fax:** (11)5571-1062 **E-mail:** cepunifesp@unifesp.br

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda aprovada

Apresentado novo TCLE de acordo com os ítens da Resol 466/12.

Apresentadas as autorizações das instituições;

Considerações Finais a critério do CEP:

parecer acatado pelo coordenador

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_873766_E1.pdf	09/03/2017 12:44:06		Aceito
Outros	cartaresposta.doc	09/03/2017 12:38:23	Claudia Inês Aparecida Da Lozzo	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Ementa.doc	27/02/2017 20:59:27	Claudia Inês Aparecida Da Lozzo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	04-02-2014-Claudia projeto mutação. final.doc	05/02/2014 08:49:39		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Ao Comitê de Ética em Pesquisa.docx	05/02/2014 08:47:07		Aceito
Outros	Dr Mario.pdf	05/02/2014 08:43:25		Aceito
Outros	Dr Marcelo.pdf	05/02/2014 08:42:57		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	04-02-2014-Claudia TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.doc	05/02/2014 08:40:55		Aceito
Declaração de Pesquisadores	CEPUNIFESP465103.pdf	30/10/2013 07:48:34		Aceito
Folha de Rosto	PLATAFORMA BR-FOLHA DE ROSTO.pdf	21/07/2013 17:34:17		Aceito

Situação do

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 13 de Março de 2017

Assinado por:
Miguel Roberto Jorge
(Coordenador)

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** secretaria.cepunifesp@gmail.com

Apêndice 1 - Roteiro da entrevista semiestruturada

1 - Qual o significado da maternidade para você?
2 - Para você, em que momento ocorre a construção de laços entre mãe e filho(a)?
3 - Quando você começou a sentir a maternidade?
4 - Quais foram os obstáculos que você enfrentou buscando vivenciar a maternidade
5 - Você poderia comentar como foi o processo de tomada de decisão em procurar por ajuda médica para tentar reverter diagnostico de infertilidade?
6 - Você sentiu, em algum momento, preconceito por buscar a maternidade utilizando a biotecnologia da reprodução humana assistida?
7 - Em que momento do tratamento você foi informada sobre a possibilidade de receber oócitos ou embrião doados como possibilidade para alcançar a maternidade?
8 - Como ocorreu o processo de aceitação quanto à utilização da Reprodução Humana Assistida com gametas ou embriões doados?
9 - Por que você não fez questão do próprio material genético para a realização da Fertilização *In Vitro*?
10 - Para você, quais são os aspectos positivos da Fertilização *In Vitro* utilizando óvulos doados, ou embrião?
11 - Em sua opinião, o que dificulta a tomada de decisão quanto à utilização quando a mulher recebe a recomendação médica que necessita utilizar material genético de outra pessoa alcance da maternidade?
12 - Por que você resolveu realizar a Fertilização *In Vitro* heteróloga ao invés de adotar uma criança?