



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
CAMPUS REGIONAL DO VALE DO IVAÍ
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**



LÍVIA BIANCA OLIVEIRA DARIVA

**SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS NA REGIÃO
PARANAENSE VALE DO IVAÍ: ENTRE A UNIVERSALIDADE E O
PRIVILÉGIO HETERONORMATIVO**

Ivaiporã/PR

2024

LÍVIA BIANCA OLIVEIRA DARIVA

**SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS NA REGIÃO
PARANAENSE VALE DO IVAÍ: ENTRE A UNIVERSALIDADE E O
PRIVILÉGIO HETERONORMATIVO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Serviço Social da
Universidade Estadual de Maringá (UEM),
como requisito parcial para obtenção do
título de Bacharela em Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Edinaura Luza.

Ivaiporã/PR

2024

LÍVIA BIANCA OLIVEIRA DARIVA

**SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS NA REGIÃO
PARANAENSE VALE DO IVAÍ: ENTRE A UNIVERSALIDADE E O
PRIVILÉGIO HETERONORMATIVO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Estadual de Maringá (UEM), como requisito parcial para obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Edinaura Luza
Presidenta da Banca
Universidade Estadual de Maringá

Profa. Dra. Eliane Rose Maio
Universidade Estadual de Maringá

Prof. Dr. Eduardo Luis Couto
Universidade Estadual de Maringá

Ivaiporã/PR, 11 de março de 2024.

*Eu vos declaro marido e marido
Eu vos declaro mulher e mulher
Hoje a união tem um novo sentido
Tudo é permitido casa quem quiser
O filho da mãe não é filho do pai
Tem dois pais, duas mães
Quem é quem ninguém diz
Olha o que aprendi com a vida
Família bonita é família feliz.
Fernando Procópio.*

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a todos/as/es aqueles/as que precisam lutar incansavelmente para adquirir direitos básicos.

AGRADECIMENTOS

Durante meu percurso acadêmico, e de vida, tive o imenso privilégio de ter diversas pessoas que sonharam comigo e me prestaram apoio para a realização de muitos dos meus sonhos, entre eles a tão sonhada posse em concurso público e a confecção do Trabalho de Conclusão de Curso, ponto esse primordial para que eu possa realizar o próximo: a fim da tão sonhada graduação.

Agradeço primeiramente à minha família sanguínea por todo o apoio durante toda a minha trajetória de vida, principalmente à minha mãe Viviane, meu pai Rogério, minha irmã Yara e minha avó Sueli por toda acolhida nos momentos de crises, de choro, de alegria, de tristeza e dos inúmeros diálogos sobre os sonhos que vieram a se tornar realidade. Agradeço também a todos/as os/as demais tios, tias, primos, entre outros/as que mesmo de longe me davam suporte, afeto e solidariedade para que eu continuasse tendo forças para correr atrás dos meus sonhos.

À família que estou construindo, junto a minha namorada Karine, com os nossos gatos que nos fizeram felizes, mesmo que por um pequeno período de tempo, e as nossas plantas. Karine, agradeço pela paciência que teve comigo, o suporte e afeto que me proporcionou durante o processo. Agradeço também à família da Karine, que agora também é minha, pela acolhida e por me fazer sentir parte.

Agradeço também à família que pude escolher ao longo da minha jornada, à equipe do Programa Criança Feliz e todas aquelas que frequentaram a famosa mesa verde do artesanato, que me acolheram afetosamente desde os meus primeiros anos de graduação e possibilitaram que eu me desenvolvesse enquanto profissional e, principalmente, enquanto ser humano. Agradeço principalmente à Hellenn que com sua beleza, doçura, gentileza e empatia sempre me mostrou não apenas como olhar de maneira crítica o meio em que estávamos, mas também me mostra, cotidianamente, como ter um olhar humano acerca da realidade, mas isso confesso que ainda estou aprendendo.

À Amélia por ter me acolhido no meu primeiro ano de estágio supervisionado por todo o aprendizado, cálculos e por me mostrar mais uma das possibilidades que a profissão possibilita, mas também pelo bom humor e carinho durante esse processo, gostaria de ressaltar que te admiro muito. Agradeço também a toda a

equipe da Secretaria Municipal de Assistência Social do município de Ivaiporã que também me auxiliou nesse processo.

Agradeço também as amigadas que construí no caminho: lasmin, Jenifer, Suelen, Juliana, Bianca e Tatiane e todos/as os/as demais que conheci durante esse período. Obrigada por todo o acolhimento durante esses longos quatro anos de curso e pelo apoio durante o processo, mesmo que fosse para ficarmos desesperadas em grupo. Sorte que a gente tem a gente.

Não poderia esquecer também da minha amiga de longa data, Heloísa, que tive o privilégio de conhecer e construir uma amizade belíssima, agradeço por todas as conversas, carinho, afeto, por todos os cafés e os períodos de estudo que me possibilitaram chegar até aqui. Heloísa, você se tornou uma parte minha que não quero perder nunca.

Agradeço também à minha orientadora, Edinaura, pelo suporte durante a construção do Trabalho de Conclusão de Curso e também a todos/as os/as professores/as que, em todo o trajeto do curso, me possibilitaram embasamento teórico para isso.

Gostaria de agradecer também a todos/as que de forma direta ou indireta contribuíram para a realização de mais esse sonho. Mesmo que não apontados diretamente nas linhas desse agradecimento, saibam que todos/as têm um lugar especial no meu coração.

Por fim, gostaria de concluir com uma frase do ilustre Emicida que afirma em uma de suas músicas “Tudo, tudo, absolutamente tudo [...] Tudo que nós têm é isso, uns aos outros.”

DARIVA, Livia Bianca Oliveira. **SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS NA REGIÃO PARANAENSE VALE DO IVAÍ**: Entre a universalidade e o privilégio heteronormativo. 2024. 90p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual de Maringá, Ivaiporã/PR, 2024.

RESUMO

A pesquisa em tela possui como objetivo geral analisar o acesso aos direitos reprodutivos por famílias compostas por casais sáfcicos, via Sistema Único de Saúde, na Região Paranaense do Vale do Ivaí, no ano de 2023. Quanto aos objetivos, têm-se os seguintes: Contextualizar os diversos formatos de família, numa perspectiva crítica, buscando elencar dados sobre perfil das famílias brasileiras; Levantar e refletir sobre as legislações e normativas que dizem respeito aos direitos reprodutivos no Brasil e no estado do Paraná; Aprofundar o debate sobre a implementação de políticas públicas voltadas à garantia de direitos reprodutivos de famílias LGBTQIAPN+ no Sistema Único de Saúde, em articulação ao debate de gênero, raça e classe; Analisar, a partir da Constituição Federal de 1988 e do Sistema Único de Saúde, se os direitos reprodutivos são efetivados para famílias LGBTQIAPN+ da Região Paranaense do Vale do Ivaí, especificamente, na 22ª Regional de Saúde do Paraná. Nesta esteira, compõe o trabalho a contextualização acerca dos diversos formatos que a instituição família pode assumir, bem como sobre a história dos direitos reprodutivos. Foi realizado levantamento de dados acerca dos direitos reprodutivos da população LGBTQIAPN+ na Região Paranaense do Vale do Ivaí, especificamente de mulheres que se encontram em relacionamentos sáfcicos. Para tal, foi realizada pesquisa bibliográfica, bem como entrevista com um secretário de saúde de um município de pequeno porte I e uma representante da gestão de um município de pequeno porte II, pertencentes à área de abrangência da 22ª Regional de Saúde do Paraná; também foi entrevistado/a um/a profissional técnico do Ambulatório Médico Especializado; e um casal composto por duas mulheres cisgênero que realizaram inseminação caseira. O serviço de reprodução humana assistida é ofertado pelo Sistema Único de Saúde brasileiro, entretanto, poucos estados brasileiros têm hospitais referenciados para a realização desses procedimentos, o que não garante a universalidade e a integralidade previstas nos princípios do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Saúde. Direitos Reprodutivos. Famílias Homoafetivas. Região Paranaense do Vale do Ivaí.

DARIVA, Livia Bianca Oliveira. **Health and reproductive rights inside Paraná's Vale do Ivaí Region: between universality and heteronormative privilege.** 2024. 91 p. Final Paper (Bachelor of Social Work) – State University of Maringá, Ivaiporã/PR, 2024.

ABSTRACT

This research aims to analyze the sapphic coupled families' access to reproductive rights inside the Unified Health System, in the Vale do Ivaí Region of Paraná, during the year 2023. Thus, having the following objectives: Providing context to the different family structures, through a critical perspective, seeking to gather data on the profile of Brazilian families; Reflecting on Brazilian and Paraná's reproductive rights legislation and norms; Deepen the debate on the implementation of public policies that guarantee the LGBTQIAPN+ families' reproductive rights, inside the Unified Health System, together with the debates on gender, race and class; Analyze, through the 1988 Federal Constitution and the Unified Health System, if the LGBTQIAPN+ families' reproductive rights are effective in Paraná's Vale do Ivaí Region, in particular, in Paraná's 22^a Health Regional. Therefore, the background on the various structures of the family institution, as well as the history of reproductive rights are delved into through this research. A data survey on behalf of the LGBTQIAPN+ population's reproductive rights was conducted in Paraná's Vale do Ivaí Region, in particular of women in sapphic relationships. Accordingly, this study was composed of bibliographic research, in addition to interviews with management representatives of municipalities small size I and II, included in Paraná's 22^a Health Regional's coverage; additionally, were interviewed a Specialized Medical Clinic technician and a cisgender female couple that conducted home insemination. The assisted human reproduction service is offered through the Brazilian Unified Health System, however, very few Brazilian states have referenced hospitals to carry out such procedures, which does not guarantee the universality and integrality envisaged by the Unified Health System's principles.

Keywords: Healthcare. Reproductive Rights. Homoaffective Families. Paraná's Vale do Ivaí Region.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AME** – Ambulatório Multiprofissional Especializado
- APA** – Associação Americana de Psiquiatria
- CIS** – Consórcio Intermunicipal de Saúde
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- CP** – Coito Programado
- CIS** – Consórcio Intermunicipal de Saúde
- IC** – Inseminação caseira
- DSM** – Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
- FAEPA** – Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
- FIV** – Fertilização *In Vitro*
- HC da FMUSP** – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
- HCPA** – Hospital das Clínicas de Porto Alegre
- HIV** – Vírus da Imunodeficiência Humana
- HMIB** – Hospital Materno Infantil de Brasília
- IIU** – Inseminação Intrauterina
- IMIP** – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
- IST** – Infecções Sexualmente Transmissíveis
- LGBTQIAPN+** – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, *Queer*, Intersexos, Assexuais, Pansexuais, Não-binárias, mais
- LOS** – Lei Orgânica da Saúde
- ONU** – Organização das Nações Unidas
- PAISM** – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
- PESA** – Aspiração Percutânea de Espermatozoides do Epidídimo
- PL/PE** – Partido Liberal/ Pernambuco
- PNAS** – Política Nacional de Assistência Social
- PNS** – Plano Nacional de Saúde

PR – Paraná

SESA – Secretaria Estadual de Saúde

SES- DF – Secretaria de Estado do Distrito Federal

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TEC – Transferência de Embriões Congelados

TFD – Tratamento Fora de Domicílio

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

USP – Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1. CONFIGURAÇÕES SÓCIO-HISTÓRICAS DAS FAMÍLIAS BRASILEIRAS E O DEBATE DE GÊNERO, RAÇA E CLASSE	18
1.1. Classe, raça, gênero e suas interseccionalidades	28
1.2. Sexo, gênero, sexualidade e construções sociais inerentes	30
2. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, DIREITOS REPRODUTIVOS E SUAS REPRESENTAÇÕES NAS LEGISLAÇÕES BRASILEIRAS	37
2.1. Direitos reprodutivos no Brasil	38
2.2. Reprodução Assistida no SUS	43
2.2.1. Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB)	45
2.2.2. Hospital das Clínicas da UFMG	48
2.2.3. Hospital Nossa Senhora da Conceição SA - Fêmeina	48
2.2.4. Hospital das Clínicas de Porto Alegre	49
2.2.5. Hospital das Clínicas São Paulo (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, ou HC da FMUSP)	50
2.2.6. Centro de Referência da Saúde da Mulher São Paulo - Pérola Byington	50
2.2.7. Hospital das Clínicas (FAEPA) de Ribeirão Preto	51
2.2.8. Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP)	52
2.2.9. Sínteses acerca dos dados de Reprodução Humana Assistida	52
2.3. Inseminação caseira enquanto expressão da ausência de acesso a políticas públicas	56
3. OS DIREITOS REPRODUTIVOS DE MULHERES SÁFICAS NA REGIÃO PARANAENSE DO VALE DO IVAÍ	59
3.1. Percurso metodológico da pesquisa	60
3.2. Direitos reprodutivos na ótica da gestão de dois municípios da 22ª Regional de Saúde do Paraná	61
3.3. Direitos reprodutivos a partir da ótica de profissional do Ambulatório Médico Especializado (AME)	66
3.4. A realização de um sonho? Direitos reprodutivos na Região Paranaense do Vale do Ivaí a partir da ótica de um casal sáfico	68
CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
REFERÊNCIAS	78
APÊNDICES	84

INTRODUÇÃO

A consolidação dos direitos e da participação decorrem de lutas da classe trabalhadora. Como exemplo, tem-se a política de saúde, que, historicamente, tem sido impregnada pela lógica de interesses privados, principalmente no período que perpassa o Regime Ditatorial Brasileiro. Um importante avanço na superação desse projeto ocorreu a partir da união de diversos segmentos da sociedade na luta pela Reforma Sanitária Brasileira, que culminou na implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988). O SUS, por sua vez, possui caráter universal e democrático, buscando compreender a saúde para além da assistência à saúde, mas imbuída de ações referentes à prevenção e promoção (Luza, 2019, p. 1-2). Remete, desta forma, a um conceito ampliado de saúde, enquanto condições de vida e de trabalho é resultante de inúmeras determinações. Neste sentido,

talvez seja interessante a gente pensar um pouquinho sobre o que significa isso, o que significa esse conceito de saúde, colocado quase como algo a ser atingido. Não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem-estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; por direito a ter água, à vestimenta, à educação, e, até, a informações sobre como se pode dominar este mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas, que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente; a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. E não estar todo o tempo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante da miséria, que por roubo, o ataque, como da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não sejam os do povo [...] (Arouca, 1986, p. 36).

Ou seja, a partir de um conceito ampliado de saúde, defendido pelo Movimento da Reforma Sanitária brasileiro, a saúde não deve ser compreendida apenas como a ausência de doença, mas como o bem-estar do indivíduo em todas as esferas, seja ela política, social, mental e física (Arouca, 1986, p. 37).

Neste sentido, também vale enfatizar que, concomitantemente à luta pela redemocratização do Brasil e do Movimento da Reforma Sanitária Brasileiro, o movimento feminista, por sua vez, amplia suas reivindicações para a melhoria da saúde, especialmente no acesso a informações sobre direitos reprodutivos, baseadas no princípio de acesso à saúde numa perspectiva integral e na autonomia para a definição da quantidade de filhos e do intervalo entre eles. O movimento feminista se integrou ao Movimento da Reforma Sanitária Brasileiro e

contribuiu para que se mudassem os modelos de intervenção no âmbito da saúde reprodutiva (Ventura, 2009, p. 29).

Os direitos reprodutivos, enquanto política pública no Brasil, são marcados por uma série de lutas, as quais garantiram diversos avanços após a Constituição Federal de 1988. Entretanto, é preciso analisar como estes são garantidos no dia-a-dia das instituições, principalmente com o desmonte do SUS (Carvalho *et al.*, 2022).

Por direito reprodutivo se compreende, a partir de uma perspectiva feminista, “o respeito à igualdade e à liberdade no exercício da sexualidade e reprodução como dimensões da cidadania e, conseqüentemente, da vida democrática” (Ávila, 2003, p. 466). Para Ávila (2023, p. 466), é preciso analisar a sexualidade e a reprodução como duas dimensões distintas, de forma a assegurar a autonomia de ambas na vida, o que também possibilita que elas sejam relacionadas entre si ou com demais fatores da vida social. Nesta esteira, a defesa do conceito de direitos reprodutivos pelo movimento feminista, historicamente, coloca-se como de fundamental importância e vincula-se a outras lutas, no contexto da sociedade capitalista/patriarcal:

A luta no campo ideológico para romper com a moral conservadora, que prescrevia para as mulheres a submissão da sexualidade à reprodução, teve um significado muito forte na história da prática política e do pensamento feminista (Ávila, 2003, p. 466).

A heterossexualidade é definida por essa moral como forma “natural” de relação sexual e única maneira que deve ser aceita socialmente; padrão esse que vem sendo perpetuado por um grande período da história da humanidade.

[...] a heterossexualidade como forma “natural” de relação foi garantida por meio da repressão sexual às outras formas de expressão sexual. É justamente contra essa visão moral que os movimentos *gay* e *lésbico* formam suas lutas e aportam sua contribuição estratégica para a emergência dos direitos sexuais em uma relação política com o movimento feminista (Ávila, 2003, p. 466).

Ademais, legalmente, a totalidade das pessoas deveria ter acesso à saúde reprodutiva, independentemente de classe, raça, origem, orientação sexual, localização, idade, com autonomia para definir sobre o desejo de ter filhos/as, quando terá e em qual quantidade. Da mesma forma, sobre o direito de ter acesso a informações acerca do planejamento familiar sem qualquer tipo de pressão social ou tabu, cabendo ao Estado promover, efetivar e implementar esses direitos

(Ventura, 2009 *apud* Telo, 2019, p. 201).

Ao se tratar de saúde reprodutiva, conseqüentemente, se fala de autonomia reprodutiva, a qual se refere à capacidade de decidir, que muitas vezes é analisada apenas sob a ótica patriarcal e heteronormativa, deixando de lado a sua análise a partir da concepção de que existem diversos tipos de famílias que devem ser respeitados, como famílias unipessoais¹, monoparentais², informais³, homoafetivas⁴, entre outras.

Tal contexto ganha ainda mais intensidade em regiões cujo pensamento conservador e vinculado à defesa de manutenção de uma sociedade patriarcal coloca-se de forma enfática. Diante do exposto, a pesquisa em tela buscará compreender para que população são voltados os direitos reprodutivos previstos na Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988) e no Sistema Único de Saúde e como esses direitos são efetivados na realidade brasileira, especialmente no contexto da Região Paranaense do Vale do Ivaí. Neste sentido, a pesquisa em tela possui como objetivo geral analisar o acesso aos direitos reprodutivos por famílias compostas por casais sáfcicos, via Sistema Único de Saúde, na Região Paranaense do Vale do Ivaí, no ano de 2023.

O termo “sáfica” surgiu na poesia e na cultura grega antiga, ele se remete à poetiza Safo, que viveu na ilha de Lesbos por volta de 1600 a.C. Safos abordava temáticas como o amor entre mulheres, a sociedade e gênero.

Como a palavra “sáfica” é um termo guarda-chuva, pode-se dizer que lésbicas são sáficas do mesmo jeito que bissexuais e outras orientações sexuais que sentem atração por outras mulheres, mesmo que não exclusivamente” (Liu, 2023, s/p).

Desta forma, no presente trabalho é utilizado o termo “sáfico” como forma de não invisibilizar as demais sexualidades, uma vez que uma mulher pode ser bissexual ou pansexual e estar e em um relacionamento com outra mulher e não ser considerada menos bissexual por esse motivo.

Quanto aos objetivos específicos, têm-se os seguintes: a) Contextualizar os diversos formatos de família, numa perspectiva crítica, buscando elencar dados sobre perfil das famílias brasileiras; b) Levantar e refletir sobre as legislações e

¹ **Família unipessoal:** Formada por uma única pessoa, solteira, divorciada ou viúva (Menezes, s/d).

² **Monoparental:** composta pela criança e/ou adolescente e apenas um de seus genitores, como por exemplo, mãe solo e seu filho (Menezes, s/d).

³ **Informais:** Constituída a partir de união estável (Menezes, s/d).

⁴ **Homoafetivas:** Composta por casais de dois homens ou duas mulheres (Menezes, s/d).

normativas que dizem respeito aos direitos reprodutivos no Brasil e no estado do Paraná; c) Aprofundar o debate sobre a implementação de políticas públicas voltadas à garantia de direitos reprodutivos de famílias LGBTQIAPN+ no Sistema Único de Saúde, em articulação ao debate de gênero, raça e classe; d) Analisar, a partir da Constituição Federal de 1988 e do Sistema Único de Saúde, se os direitos reprodutivos são efetivados para famílias LGBTQIAPN+ da Região Paranaense do Vale do Ivaí, especificamente, na 22ª Regional de Saúde do Paraná.

Nessa perspectiva, algumas questões contribuem com o direcionamento do trabalho: Quais são as políticas públicas que garantem os direitos reprodutivos das famílias brasileiras? Esses direitos são efetivados? Famílias “não tradicionais” possuem acesso a esses direitos? Sendo assim, tem-se como grande questão de pesquisa: Em que medida foram implementadas políticas públicas para a garantia de direitos reprodutivos de famílias compostas por casais sáfcicos, tendo como base o Sistema Único de Saúde brasileiro, na Região Paranaense do Vale do Ivaí, especificamente na 22ª Regional de Saúde do Paraná, no ano de 2023?

Vale ressaltar que o tema é de extrema relevância, uma vez que se trata de pesquisa inédita. Além disso, a importância de discussão sobre a temática vincula-se à ascensão de onda neoconservadora que ganhou força e visibilidade durante o mandato do ex-presidente Jair Bolsonaro (2019-2022).

Outrossim, o aprofundamento da concepção de família coloca-se como ponto fundamental para o Serviço Social. A Política Nacional de Assistência Social (PNAS), que é campo de atuação do Serviço Social, prevê, por exemplo, a centralidade da família nas ações da política de assistência social. Nisto, os/as profissionais do Serviço Social possuem importante papel na orientação de famílias e na busca por efetivação de direitos, o que lhes demanda conhecer sobre direitos reprodutivos para orientar a população atendida e para buscar sua efetivação, em articulação aos princípios contido no Código de Ética do/a Assistente Social de 1993 (CFESS, 1993) e demais normativas profissionais.

O Código de Ética do/a Assistente Social, por sua vez, elenca dentre seus princípios fundamentais: Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso ao bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática; Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à

participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças; Exercício do Serviço Social sem ser discriminado/a, nem discriminar por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física (CFESS, 1993, p. 23-24).

Nesta perspectiva, com o intuito de alcançar os objetivos propostos, foi realizada pesquisa bibliográfica, documental e de campo. Esta última tramitou e foi devidamente aprovada no âmbito do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UEM⁵.

Por meio de pesquisa bibliográfica, foram elencados dados e elementos sobre as configurações das famílias brasileiras na atualidade, e a forma como as mesmas foram se constituindo historicamente, levando em consideração os conceitos de gênero, classe e raça.

Outrossim, com o intuito de levantar as políticas públicas voltadas aos direitos reprodutivos no Brasil e no estado do Paraná, foram analisadas as legislações acerca de direitos reprodutivos, abarcando a Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988), assim como as informações sobre reprodução humana assistida nos municípios pertencentes à 22ª Regional de Saúde do Paraná, da região do Vale do Ivaí.

Ademais, visando obter informações referentes à 22ª Regional de Saúde do Paraná, foram realizadas entrevistas com um/a profissional técnico/a do Ambulatório Multiprofissional Especializado (AME) do Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS), que abrange os municípios de Arapuã, Ariranha do Ivaí, Cândido de Abreu, Cruzmaltina, Godoy Moreira, Ivaiporã, Jardim Alegre, Lidianópolis, Lunardelli, Manoel Ribas, Mato Rico, Nova Tebas, Rio Branco do Ivaí, Rosário do Ivaí, Santa Maria do Oeste e São João do Ivaí. Também foram utilizados dados repassados pelo aplicativo de mensagens *WhatsApp* do setor de Tratamento Fora de Domicílio (TFD) da 22ª Regional de Saúde do Paraná, devido a impossibilidade da realização de entrevista pelos/as profissionais responsáveis. Também foram utilizados dados de outras fontes documentais para fomentar o debate sobre a implementação de políticas públicas voltadas à garantia de direitos reprodutivos de famílias compostas por indivíduos Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, *Queer*, Intersexos,

⁵ Conforme Parecer Consubstanciado do CEP nº. 6.623.052 (CAAE Nº. 75403323.0.0000.0104).

Assexuais, Pansexuais, Não-binárias, mais (LGBTQIAPN+) no Sistema Único de Saúde, em articulação ao debate de gênero, raça e classe.

Com vistas a aprofundar dados sobre como as legislações acerca dos direitos reprodutivos são efetivadas para a população LGBTQIAPN+ foi realizada uma entrevista com um casal composto por duas mulheres cisgênero residentes em um município pertencente à abrangência da 22ª Regional de Saúde do Paraná, que realizaram uma ou mais tentativas de Inseminação Caseira (IC). Para a seleção do casal, inicialmente, foram enviadas mensagens em grupos no aplicativo de mensagens *WhatsApp* que possui pessoas de todas as regiões brasileiras que buscam a troca de experiências com pessoas que estão tentando inseminação caseira, mediante inserção da pesquisadora neste ambiente, como parte do processo de pesquisa. Posteriormente, foi explicitada a um casal de outro estado do país sobre a possibilidade de entrevista no *chat* privado do *app* de mensagens. O casal aceitou prontamente. Posteriormente, foi localizado um casal dentro do território da 22ª Regional de Saúde do Paraná, o qual, ao receber o convite, aceitou participar. Pelo fato deste último casal estar dentro da delimitação geográfica do estudo, o mesmo colocou-se como a primeira opção para a consolidação da entrevista. Também foram utilizadas informações que envolvem o relato de experiências, “desabafos” e demais problemáticas levantadas nos grupos relacionados à Inseminação Caseira na rede social *Facebook* e em grupos do aplicativo de mensagem *WhatsApp*, que tratam dessa temática.

Como forma de adquirir mais informações sobre a região abarcada pela 22ª Regional de Saúde do Paraná e quais os direitos reprodutivos são ofertados à população, foram entrevistados um secretário de saúde de um município de pequeno porte I pertencente à área de abrangência da 22ª Regional de Saúde do Paraná e uma representante da gestão de um município de pequeno porte II representantes da gestão da política de saúde de dois municípios, sendo estes classificados pela Política Nacional de Assistência Social (PNAS) como município de pequeno porte I, que contém até 20.000 habitantes, e pequeno porte II, que contém entre 20.001 e 50.000 habitantes (Brasil, 2004).

Na primeira seção, foi abordado o surgimento da família, numa perspectiva histórica; as configurações que a família assumiu com o decorrer do tempo até a atualidade e uma breve introdução sobre o debate de classe, gênero e raça.

Também foi abordada a diferença entre sexo, orientação sexual e sexualidade de maneira crítica, alinhada ao debate de classe, gênero e raça.

Na segunda seção, foi apresentada a concepção histórica de direitos reprodutivos, assim como o acesso à reprodução humana assistida, realizado gratuitamente pelo SUS; foram abordadas também as especificidades de cada uma das clínicas que realizam esses procedimentos credenciados ao Sistema Único de Saúde brasileiro.

Na terceira seção, foram abordados os direitos reprodutivos da população LGBTQIAPN+ na Região Paranaense do Vale do Ivaí, mediante dados levantados durante as entrevistas com representantes da gestão de dois municípios, sendo eles de pequeno porte I e pequeno porte II, bem como em entrevista com um casal de mulheres cisgênero que realizaram o procedimento de inseminação caseira. Da mesma forma, foram utilizados dados da entrevista com uma profissional técnica do AME, pertencente ao Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Vale enfatizar que a pesquisa em tela é de extrema importância, uma vez que se trata de pesquisa com caráter exploratório, e visto que há poucas informações e conhecimento acerca da temática, tanto por parte dos/as profissionais que atuam frente a essas demandas, quanto por parte da população usuária que busca acesso a esse direito. Ademais, informações e ações referentes a esta temática são tão escassas que até mesmo alguns hospitais que realizam procedimentos de reprodução humana assistida, no âmbito do SUS, não tem publicado informações sobre as formas de acesso a esses serviços.

1. CONFIGURAÇÕES SÓCIO-HISTÓRICAS DAS FAMÍLIAS BRASILEIRAS E O DEBATE DE GÊNERO, RAÇA E CLASSE

Os seres humanos sobreviveram à seleção natural pelo desenvolvimento do gregarismo, ou seja, da aglomeração de indivíduos da mesma espécie, o que possibilitou sua adaptação com maior facilidade às novas situações. Conseqüentemente, os *homo sapiens* desenvolveram a habilidade de projetar na consciência o que deveria ser feito. Com isso, passaram a intervir na natureza por meio do trabalho. O trabalho marcou o surgimento do ser social, pois ao lado do surgimento do universo, há a história da sociedade, ou seja, a história da forma que os seres humanos se organizaram para retirar os itens necessários para sua sobrevivência da natureza (Lessa, 2012, p.16).

As primeiras sociedades tinham elementos em comum com a forma de vida gregária de seus antepassados: poucos indivíduos vivendo em grupo e sobrevivendo da caça e da pesca. Esses grupos passaram a conhecer melhor a natureza e a saber os locais com maior quantidade de peixes, a época do ano com maior incidência de fruta, entre outras questões que foram facilitando sua sobrevivência. Esse conhecimento foi aumentando com o passar das gerações desses grupos. Da mesma forma que foram surgindo novas relações sociais, com os mais velhos contando histórias para os mais novos, foi despontando também o ensino de esculturas e pinturas, o desenvolvimento da linguagem, entre outros. Os homens passaram a se distanciar de seus pontos de origem. Com isso, a produção de alimentos aumentou, o que possibilitou que esses grupos, que eram pequenos, fossem aumentando (Lessa, 2012, p.16).

Os humanos desse período eram forçados ao nomadismo, uma vez que dependiam da capacidade produtiva da terra para se alimentar. Como precisavam se mudar constantemente, seus itens de trabalho precisavam ser fáceis de ser fabricados; as ferramentas eram confeccionadas com pedras lascadas. “A vida ou era comunitária ou não seria possível” (Lessa, 2012, p.17), uma vez que os humanos precisavam brigar com outros animais para garantir sua sobrevivência, alimentos, água e moradia (Lessa, 2012, p.17).

Informações semelhantes foram publicizadas/enfatizadas no ano de 1884, quando o teórico alemão Friedrich Engels (1820-1895) publica o livro “A origem da

família, da propriedade privada e do Estado”. Em seu primeiro capítulo, o autor traz a análise do antropólogo norte-americano Lewis Morgan (1818-1881), acerca das formas de “família” na humanidade. Morgan passou grande parte de sua vida com os/as iroqueses/as (povos indígenas) e foi adotado pela tribo dos *senekas*. Nesse grupo, encontrou um sistema de consanguinidade vigente entre eles, que contradizia a concepção de seus vínculos familiares. Ali havia uma espécie de Matrimônio facilmente dissolúvel, por ambas as partes, e Morgan chamava de “família de um par” (Engels, 1884, p.28). Nessa família,

a descendência desse casal era manifesta e reconhecida por todo o mundo; não havia dúvida nenhuma quanto a quem se devia chamar de pai, mãe, filho, filha, irmão, irmã. Mas o uso efetivo dessas expressões contradizia isso. O iroquês chama de filhos e filhas não só os seus mas também os de seus irmãos; e eles o chamam de pai. Em contraposição, ele chama os filhos e filhas de sua irmã de sobrinhos e sobrinhas, e estes o chamam de tio. Inversamente, a mulher iroquesa chama de filhos e filhas, além dos seus próprios, também os de suas irmãs, e estes a chamam de mãe. Os filhos e filhas de seus irmãos, em contraposição, ela chama de sobrinhos e sobrinhas, e ela é chamada de tia deles. Do mesmo modo, os filhos e filhas dos irmãos chamam-se entre si irmãos e irmãs, o mesmo ocorrendo com os filhos e filhas das irmãs. Em contraposição, os filhos e filhas de uma mulher e os de seu irmão chamam-se entre si primos e primas. E não se trata de meras designações vazias, mas de expressões de noções realmente válidas de proximidade e distância, igualdade e desigualdade de consanguinidade (Engels, 1984, p.45-46).

Essas visões servem de base para o sistema de parentesco, utilizado pelos povos selvagens e bárbaros. Esse sistema em vigor, em povos das mais diversas raças, encontradas em suas diversas formas, precisa ser explicado historicamente. Isso, uma vez que os títulos “irmão”, “pai”, não são apenas títulos, mas expressam obrigações, que devem ser recíprocas, e são parte fundamental da sociedade desses povos (Morgan, 1877 *apud* Engels, 1884, p.46).

No período paleolítico, há cerca de 2,5 milhões de anos, a sociedade era matriarcal, ou seja, as mulheres tinham papel central na sociedade, tendo poder político e social. As principais características desse modelo de sociedade eram: “a) ginecocracia, que é a predominância das mulheres no poder; b) matrilinearidade, onde a descendência é pautada pela linhagem materna e, c) culto a divindades femininas” (Ferreira, 2016 *apud* Costa, 2020, p.14).

Engels (1884) traz a passagem do modelo matrilinear para o patriarcado e indica os modelos de família que perpassam esse processo. Ao se tratar do matriarcalismo, Engels afirma que nas tribos que estavam em fases inferiores, médias e até mesmo superior da barbárie, as mulheres eram livres e também muito consideradas (Engels, 1891 *apud* Costa, 2020, p.15).

A sexualidade ocorria de forma livre e sem entraves; práticas como a poligamia, poliandria, matrimônios grupais, homoafetividade eram comuns (Engels, 1884 *apud* Costa, 2020, p.15). Acerca dos atos sexuais (Bozon, 2004 *apud* Costa, 2020, p.15), estes “aconteciam na fonte – local público feminino – e a mulher, esperta e ativa, ensinava o homem o que fazer, tomava iniciativa e se colocava sobre ele durante o amor”. Ainda sobre a liberdade sexual, Costa (Engels, 1884 *apud* Costa 2020, p.15) aponta que a prática da poligamia pelos homens e da poliandria, que consiste no casamento simultâneo de uma mulher com vários homens, fazia com que os filhos fossem considerados comuns. Como não havia consanguinidade paterna, a guarda poderia ser confiada aos/às mais velhos/as e considerados/as impotentes daquele grupo.

De acordo com Sérgio Lessa (2012), nas sociedades que viviam da coleta, a quantidade de crianças dependia exclusivamente da quantidade de mulheres aptas a procriar. Se fosse preciso aumentar a quantidade de homens no grupo, as bebês meninas eram abandonadas, assim como o contrário. A vida das mulheres do bando era mais preservada, uma vez que se um homem adulto viesse a morrer, isso não alteraria a quantidade de bebês que o bando poderia ter. A criação das crianças ocorria de forma coletiva, assim como as demais atividades.

Os pais eram todos os homens da tribo, os primos e primas eram todas as crianças que não eram irmãos e irmãs, e apenas as mães eram individualizadas pelo nascimento. Mesmo neste caso, a morte de uma mulher não deixava uma criança órfã; ela, não raramente, passava a ser filho ou filha de uma irmã da falecida ou algo semelhante. Nenhuma criança era abandonada pelo fato de ter falecido sua mãe (Lessa, 2012, p.18).

As atividades de cada indivíduo estavam relacionadas à sobrevivência de todos/as e, até mesmo na criação das crianças, não havia distinção entre homens e mulheres. Todos, independentemente da idade, participavam das atividades coletivas. As relações sexuais que ocorriam entre os membros desses grupos eram consensuais e livres e não havia nenhum órgão, direito ou Estado para impor limites (Lessa, 2012, p.18-19).

Com o desenvolvimento agrícola ocorrido no século XVIII, se passa a desenvolver a dominação dos sexos, com a origem da família patriarcal e, a partir daí, o homem passa a controlar a sexualidade feminina, exigindo fidelidade.

Neste estágio, um homem vive com uma mulher, mas de maneira tal que a poligamia e a infidelidade ocasional continuam a ser um direito dos homens, embora a poligamia seja raramente observada, por causas econômicas; ao mesmo tempo, exige-se a mais rigorosa fidelidade das mulheres, enquanto dure a vida em comum, sendo o adultério destas cruelmente castigado. O vínculo conjugal, todavia, dissolve-se com facilidade por uma ou por outra parte, e depois, como antes, os filhos pertencem exclusivamente à mãe (ENGELS, 1891, p.63).

O patriarcado se instaurou quando os homens decidiram proteger sua propriedade e garantir sua herança. Assim sendo, o matriarcado foi derrubado por questões econômicas; essa passagem também deu início à monogamia (Pedersen, 2019).

A monogamia nasceu da concentração de grandes riquezas nas mesmas mãos – as de um homem – e do desejo de transmitir essas riquezas, por herança, aos filhos deste homem, excluídos os filhos de qualquer outro. Para isso era necessária a monogamia da mulher, mas não a do homem; tanto assim que a monogamia daquela não constituiu o menor empecilho à poligamia, oculta ou descarada, deste. Mas a revolução social iminente, transformando pelo menos a imensa maioria das riquezas duradouras hereditárias – os meios de produção – em propriedade social, reduzirá ao mínimo todas essas preocupações de transmissão por herança (ENGELS, 2002 Pedersen, 2019, p.107).

Nas últimas três décadas do século XX, o casamento e as famílias começaram a ser debatidas como questão de gênero, com a “redefinição” de papéis para as figuras feminina e masculina (Gueiros, 2002 *apud* Pedersen, 2019, p. 109). Tais papéis, no contexto da sociedade patriarcal, tem a mulher designada ao trabalho doméstico, ao cuidado com os filhos e à fidelidade dentro de seu relacionamento monogâmico, enquanto ao homem cabe apenas o sustento financeiro do lar.

Conforme exposto anteriormente, a família existe desde as primeiras sociedades, sendo ela um elemento ativo, que não permanece estagnado, ou seja, é definida a partir de um tempo e um espaço, uma vez que as configurações familiares vão se alterando de acordo com o espaço geográfico, cultura e tempo histórico.

A família se define em um conjunto de normas, práticas e valores que têm seu lugar, seu tempo e uma história. É uma construção social, que vivenciamos. As normas e ações que se definem no âmbito do Estado, as relações de produção e as formas de remuneração e controle do trabalho, o âmbito da sexualidade e afetos, as representações dos papéis sociais de mulheres e homens, da infância e das relações entre adultos e crianças, assim como a delimitação do que é pessoal e privado por práticas cotidianas, discursos e normas jurídicas, incidem sobre as relações na vida doméstica e dão forma ao que reconhecemos como família (Biroli, 2014, p.7).

Com as mudanças socioeconômicas que ocorreram na Idade Moderna com a introdução do sistema capitalista e com o processo de globalização, houve também mudança na dinâmica familiar, refletindo em novos valores, mudança de costumes e hábitos e outros que contribuem para a concepção de novos “modelos” de família que estão se formando e se modificando (Pedersen, 2009).

Nas sociedades capitalistas, a produção das pessoas é vista como uma forma de se gerar lucro e o capital evita pagar por esse trabalho. Com isso, as pessoas que realizam as funções de reprodução social são colocadas em uma posição de subordinação. Essas ações não são executadas apenas pelos grandes detentores do capital, mas também pelos trabalhadores e trabalhadoras que recebem mais, que passam suas responsabilidades em relação ao trabalho ocasionado pela reprodução social para outras pessoas. Estas pessoas são, em sua maioria, mulheres, uma vez que no capitalismo, a reprodução social depende dos papéis de gênero e se ampara na opressão de gênero. Ademais, ela também é permeada por outras questões, ocasionadas pela diferença de gênero, raça, sexualidade e nacionalidade (Arruza, Bhattacharya, Fraser, 2019).

Sociedades capitalistas estabeleceram uma divisão racial do trabalho reprodutivo, tanto pela escravidão, colonialismo, *apartheid* ou pelo neoimperialismo, o que forçou mulheres racializadas a realizar esse trabalho de forma gratuita, ou com um valor muito baixo, para suas “irmãs” de etnicidade majoritária ou brancas. Essas mulheres eram forçadas a cuidar de filhos/as e da casa de suas empregadoras, além de cuidar de suas próprias vidas. Além disso, as sociedades capitalistas tentaram relacionar o trabalho de reprodução social ao binarismo de gênero e da heteronormatividade, encorajando mulheres a criarem seus/suas filhos e filhas como conformados/as meninos-cis e meninas-cis e heterossexuais (Arruza, Bhattacharya, Fraser, 2019).

A família constitui-se de um espaço altamente complexo, em suas diversas configurações. Por meio das relações entre seus membros e/ou relação entre seus membros e outras esferas sociais, ou entre a família e outras esferas da sociedade como Estado, mercado e trabalho, a família se modifica cotidianamente e historicamente. Além da capacidade de produção de subjetividades, a família também é uma unidade de cuidado e de distribuição interna de recursos (Mioto, 2010).

Deste modo, a família não é construída apenas em uma perspectiva privada, mas também pública e possui um papel fundamental na constituição da sociedade, tanto com relação aos aspectos sociais, mas também políticos e econômicos (Mioto, 2010). Portanto, nesse contexto, é a família quem “cobre as insuficiências das políticas públicas”, ou seja, longe de ser um “refúgio num mundo sem coração” é atravessada pela questão social” (Mioto, Campos, Lima, 2004 *apud* Mioto, 2010, p. 168).

Nesta esteira, vale referenciar que as famílias podem assumir diversos formatos:

as famílias monoparentais se referem à criação da criança por um único adulto, mãe ou pai, que pode ser biológico ou adotivo. As multiparentais ou pluriparentais são configurações nas quais a criança é criada por mais de dois adultos, seja em famílias recompostas após um divórcio, seja por arranjos diversos possibilitados pela procriação artificial (duas mães e um pai, duas mães e dois pais, dois pais e uma mãe). Já as homoparentais são aquelas em que a criança é criada por pelo menos um adulto que se autodesigna homossexual. Elas podem se originar depois do rompimento de uma ligação heterossexual anterior ou a partir da adoção, do acesso à reprodução assistida ou à “barriga de aluguel” (no caso de homens gays) (Pombo, 2019, p.1).

Nas últimas décadas, os arranjos familiares têm se alterado de maneira significativa. Quando comparado com o Brasil do século XX, observa-se que, na atualidade, os/as brasileiros/as se casam mais tarde, possuem menos filhos/as, que são criados/as em ambientes diversos, que fogem do padrão de família nuclear (Biroli, 2014), ou da “família tradicional brasileira”, como é chamada por grupos conservadores, que vêm retomando espaço e visibilidade nos últimos anos no país. Biroli (2014, p.24) afirma que o papel de gênero nas famílias também mudou nesses espaços de configuração, pois mais mulheres criam seus/suas filhos/as sozinhas, tomando para si a responsabilidade de prover todo o sustento da casa.

Ao ser comparado com o Censo do IBGE da década de 1990, o Censo de

2010 aponta que há menos famílias que possuem filhos/as em sua composição. Ao mesmo tempo, a quantidade de famílias formadas por casais sem filhos/as e por famílias constituídas de uma pessoa aumentou. Também cresceu a quantidade de casamentos e formações familiares que fogem do modelo heteronormativo. No ano de 2010, havia cerca de 60 mil indivíduos que dividiam as responsabilidades domésticas com cônjuge do mesmo sexo, independentemente de ter filhos/as ou não (Biroli, 2014).

O Censo de 2022 do IBGE não abordou identidade de gênero e orientação sexual, portanto, não há dados precisos acerca da quantidade de pessoas lésbicas, *gays*, travestis, transexuais, *queers*, intersexuais, entre outras da sigla LGBTQIAPN+, existentes no Brasil. Entretanto, no ano de 2019 o IBGE coletou informações sobre a orientação sexual por meio da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). Os dados foram considerados subnotificados, devido à quantidade de pessoas que não quiseram responder sobre a sua orientação sexual (PNS, 2019 *apud* CGIE/MDHC).

No ano de 2019, pelos dados da PNS, entre as pessoas de 18 anos, ou mais, 94,8% se declararam heterossexuais, 1,2% homossexuais, 0,7% bissexuais, 1,1% não sabiam sua orientação sexual, 2,3% optaram por não responder e 0,1% declararam outra orientação sexual. Entre as pessoas bissexuais, as mulheres representam a maioria, 65,6%. Já entre as pessoas homossexuais, a maior incidência está entre homens, chegando a 56,9%. Considerando o casamento civil, 44,9% das pessoas heterossexuais eram casadas e mais de 80% das pessoas bissexuais, homossexuais eram solteiras, o que pode ser pelo fato de a faixa etária com maior quantidade de pessoas homossexuais e bissexuais ser entre 18 e 29 anos, enquanto a maior parte da população que se entende como heterossexual ter idade entre 30 e 39 anos (PNS, 2019 *apud* MDHC,2023).

O número de casamentos entre pessoas do mesmo sexo vem aumentando de maneira significativa nos últimos anos, uma vez que quase 60 mil casamentos entre estas pessoas foram registrados no Brasil entre o ano de 2013 e 2021, indicando um aumento de 149% em oito anos (MDHC, 2023). No ano de 2013, foram registrados 3700 casamentos entre pessoas do mesmo sexo e em 9 anos esse número chegou a 9202 casamentos, indicando um aumento de 148,7%. A maior proporção de casamentos homoafetivos ocorre entre mulheres,

correspondendo a 60,9% do quantitativo de casamentos homoafetivos. A maior incidência de casamentos lesbohomoafetivos está na região sudeste e corresponde a 58,8% do total do país (MDHC, 2023).

Com o aumento do quantitativo de mulheres no mercado de trabalho, tem aumentado também a idade com que elas se casam no Brasil. Em 1984, a quantidade de mulheres que se casavam entre 15 e 19 anos era de 32,5%; já as que se casavam entre 20 e 24 anos era de 35,8%. Portanto, quase 70% das mulheres brasileiras se casavam antes dos 24 anos de idade. Nas décadas de 1980 e 1990, as mulheres passaram a se casar mais tarde. Já no ano de 2011, cerca de 40% das mulheres se casavam entre 15 a 24 anos; o casamento de mulheres com idade entre 25 e 29 anos aumentou cerca de 10% e o número de mulheres que se casavam entre os 30 e 34 anos quase dobrou no mesmo período de tempo, chegando a 15,5% no ano de 2011 (Biroli, 2014).

O número de casamentos cresceu 37% entre 2003 e 2009, enquanto o número de divórcios dobrou, indo de 138.520 para 267.390. Nos mesmos anos, mais da metade dos casais que optaram pelo divórcio tinham filhos/as menores de idade, e na maioria dos casos, a guarda ficava com a mãe (Biroli, 2014).

O aumento da idade nos casamentos, o aumento da taxa de divórcios, a popularização do uso de anticoncepcionais, a presença de mulheres nos espaços de trabalho, as mudanças na economia têm contribuído para que as mulheres tenham cada vez menos filhos/as. No ano de 1960, a média de filhos/as nascidos/as vivos/as por mulher era de 6. No ano de 1980, essa média caiu para 4,6, seguindo nesta perspectiva nos anos 2000, até chegar na média de 1,8 filhos/as no ano de 2010 (Biroli, 2014, p.27).

Conforme exposto anteriormente, as novas feições de famílias estão diretamente relacionadas com as transformações da sociedade, sejam elas econômicas, sociais, de costume, entre outras. A definição clássica de família que era levada em consideração evidencia três dimensões de sua definição: sexualidade, procriação e convivência. Entretanto, essa definição não é adequada à construção de relações que considerem a diversidade de expressão de gênero e sexualidade. Assim, é possível afirmar que “estamos diante de uma família quando encontramos um conjunto de pessoas que se acham unidas por laços consanguíneos, afetivos e, ou, de solidariedade” (Brasil, 2004, p.41).

Eliete Maria Lima (2006) afirma que somente a partir da década de 1970 que os/as estudiosos/as passaram a dar mais visibilidade para formas de organização familiar que não se enquadram no modelo burguês (pai, mãe e filhos/as). A afirmação de que a família não se materializou apenas com base no modelo de sociedade pregado pelo funcionalismo gerou polêmica e “desespero” por parte de políticos/as, profissionais e estudiosos/as. Desta forma, evidenciaram-se linhas de pensamento que defendiam a extinção da família, e outras que afirmavam que o papel da família não seria apenas o de reprodução social, mas também de produção de bens e consumo (Goulart, 1996 *apud* Lima, 2006, p.22). Atualmente, apesar de alguns avanços acerca da discussão dos diversos modelos que a família pode assumir, ainda há um olhar muito conservador que é afirmado por alguns grupos sociais, que após quase meio século do aumento de discussões sobre a diversidade de composições familiares, ainda defendem o modelo burguês conservador.

Em uma postagem datada de 07 de novembro de 2023, em uma página da rede social *Facebook*, sobre a cantora Ludmilla e sua esposa Bruna estarem tentando conceber um/a filho/a, observa-se uma série de comentários que deixam evidentes a perspectiva de família que os/as usuários/as da rede social possuem, mais diretamente vinculada à perspectiva conservadora e patriarcal. Como forma de exemplificar, estão dispostas na sequência imagens da publicação e de alguns comentários.

Figura I: *Post* relatando início do processo de gravidez de *influencers*.



Fonte: Rede social Facebook, 2024.

Nas reações à notícia, é possível observar por parte de público tanto manifestações favoráveis e de apoio, manifestações agressivas e indicando repulsa, a partir do indicativo de configurações familiares diversas àquela definida como adequada pela sociedade machista e patriarcal seguem causando estranhamento e conduzindo a posturas preconceituosas. Na publicação, é possível perceber discursos homofóbicos, e sem uma visão ampliada das formas que podem ser utilizadas, atualmente, para se conceber uma criança. Comentários como “Vai precisar de uma ajuda masculina para ter o filho. Porque a bem verdade dois homens ou duas mulheres não fazem filhos” e também “Mulher de Ludimila (*emoji* de dúvida) mais Ludimila não é uma mulher?”, como se apenas existissem relacionamentos entre casais heterossexuais.

Como é possível analisar nas imagens, algumas pessoas pregam que a atitude de uma mulher ser casada com outra e desejar ter filho/a é contra a “vontade de Deus”, numa perspectiva religiosa, como expresso em comentário do *post* supracitado: “Com certeza diabo tá na vida delas”. Uma tendência dos discursos religiosos moralizantes e conservadores é “demonizar” a homossexualidade. Igrejas pentecostais, por exemplo, apontam relações homoafetivas como resultados de possessão ou influência “demoníaca”, como se fosse restrito a um problema espiritual (Natividade; Oliveira, 2004 *apud* Mesquita; Perucchi, 2016).

Apesar de alguns comentários serem baseados no senso comum e pautados em uma crença religiosa, infelizmente, esse discurso não ocorre apenas em grupos específicos ou por pessoas isoladas, estendendo-se a governantes e autoridades. Em outubro de 2023, a Comissão de Previdência, Assistência Social, Infância, Adolescência e Família da Câmara dos Deputados aprovou o projeto de lei 580/07, que proíbe o casamento entre pessoas do mesmo sexo, escrito pelo deputado Pastor Eurico (PL/PE). O parecer recebeu doze votos favoráveis e cinco contrários. Ao incluir novos pontos no seu parecer, o relator deixou evidente sua compreensão de que as formas de união devem ser restritas à conjugação de homens e mulheres. Em seu discurso, também deu a entender que compreende a homossexualidade como doença, na medida em que afirmou a retirada da homossexualidade da Lista de Transtornos Mentais (DSM) da Associação

Americana de Psiquiatria (APA), em 1973, como o ato de militância político-ideológica se sobrepondo à ciência (Câmara, 2023).

A concepção de família como sendo àquela composta por um casal heterossexual e monogâmico não é restrita a grupos conservadores da atualidade. Pelo contrário, é uma construção social que perpassa séculos.

Visando uma abordagem ampliada da concepção de família, nesse trabalho é utilizada a concepção definida por Regina Célia Miotto (2010), que contrapõe concepções que: a considerem de maneira estruturada àquela que parte de uma estrutura de pais/mães ou responsáveis com filhos/as e com papéis bem definidos, tomando essa como ideal; a concebem apenas restrita às suas relações no âmbito familiar, sem incorporar sua relação com o Estado, a forma como a legislação e políticas econômica e social interferem em suas histórias e na construção dos processos familiares que são expressos por dinâmicas familiares; a compreendam como fator principal para o bem-estar de seus membros, sem considerar as mudanças que ocorrem constantemente na sociedade, sejam na dimensão econômica, quanto àquelas relacionadas ao trabalho, às mudanças tecnológicas e, principalmente, àquelas vinculadas ao campo da reprodução humana e da informação.

1.1. Classe, raça, gênero e suas interseccionalidades

Ao longo da história do movimento feminista, foram construídas diversas discussões e lutas alinhadas aos interesses e demandas das mulheres, mas que, ao mesmo tempo, confrontaram diretamente a lógica do capital. Isso, principalmente, no que se refere às discussões acerca da exploração da força de trabalho feminina, tanto na perspectiva de produção, quanto de reprodução, mas também com a contestação da propriedade privada, da monogamia, da dominação do homem sobre a mulher e da família nuclear burguesa (Cisne, 2015, p.16), ou como são chamadas por grupos conservadores brasileiros, “a família tradicional brasileira” que, em tese, é composta por pai, mãe e filhos/as – configuração esta de grande pertinência para a manutenção do sistema capitalista.

A dominação do sexo masculino sobre o feminino atravessa as relações de classe, conforme esclarecido por Engels:

[...] o primeiro antagonismo de classe que apareceu na história coincide com o desenvolvimento do antagonismo entre o homem e a mulher na monogamia e a primeira opressão de classe coincide com a opressão do sexo feminino pelo sexo masculino” (Engels, 1979, p.22 *apud* Mirla, 2015, p.25).

Ou seja, historicamente, a primeira forma de opressão foi a do homem sobre a mulher na monogamia. Desta forma, fica evidente que não é possível analisar classe e gênero enquanto categorias isoladas, de modo que, é necessário compreender a maneira que uma incide sobre a outra. Vale ressaltar que esses antagonismos não surgiram de forma natural, mas sim para a manutenção dos interesses do sistema vigente e para a reprodução da propriedade privada e da força de trabalho (Cisne, 2015, p. 25).

A distinção de sexo não esteve presente apenas na concepção do antagonismo de classe, mas incide fortemente na nossa realidade. É evidente que “a classe operária tem dois sexos” (Souza-Lobo, 2011 *apud* Cisne, 2015). Caso isso fosse uma inverdade, como seria possível explicar a incidência de mulheres em empregos mal remunerados e precarizados? Como explicar a divisão sexual do trabalho que cria distinção entre homens e mulheres que executam as mesmas atividades? Como explicar a jornada de trabalho invisível que acomete mulheres, no trabalho doméstico e reprodutivo, sendo extremamente desvalorizadas? Negar a distinção entre os sexos no trabalho é negar a realidade de vida da classe trabalhadora, principalmente das mulheres, e da sua relação com o capital (Cisne, 2015, p.25).

Mirla Cisne (2015) afirma que não é possível distinguir as relações de produção das relações sociais, sendo que as relações de sexo são parte constitutiva. O racismo também é um mecanismo fundamental de dominação e exploração de classe. Desta maneira, classe não é uma massa homogênea, mas possui também um sexo, uma “raça”/etnia, que combinadas, ou não, incidem de maneira distinta em cada uma das partes que compõe a classe trabalhadora.

Cada indivíduo é um ser único, mesmo que apresente características semelhantes ao restante da humanidade. Características como sexo, região de nascimento, raça, sexualidade, religião, ou ausência dela, idade, entre outras características marcam a diversidade humana (Jesus, 2012). Essas características,

consequentemente, refletem sobre a forma como o indivíduo irá vivenciar as expressões da questão social.

De modo a dar sequência aos aprofundamentos necessários acerca da temática do presente trabalho, no item a seguir, optou-se por explicitar, exclusivamente, acerca de conceitos de sexo, gênero e sexualidade, e sua vinculação à perspectiva de raça e classe.

1.2. Sexo, gênero, sexualidade e construções sociais inerentes

Para a biologia, o que define o sexo é a célula reprodutiva, ou seja, se o indivíduo possui espermatozoide é homem e se possui óvulo é mulher. Mas quem distingue os comportamentos feminino do masculino é a cultura e esta varia de um local para outro (Jesus, 2012, p.8). Nos países nórdicos, por exemplo, as mulheres possuem comportamentos que para a nossa cultura são tidos como comportamentos “masculinos”. E o ser “masculino” varia de acordo com o espaço geográfico em que estamos falando, uma vez que “ser masculino no Brasil é diferente do que é ser masculino no Japão ou mesmo na Argentina” (Jesus, 2012, p.8). Há culturas que o que define o sexo não é o órgão genital. Ser mulher ou homem é uma questão de gênero. Desta forma, o conceito básico para compreender o homem, a mulher, o feminino e o masculino é o gênero (Jesus, 2012, p.8).

[...] entendendo sexo como a denominação do nosso aparato biológico, anatômico, que se diferencia entre homens e mulheres, assim como um conjunto de práticas, atitudes e comportamentos vinculados à relação sexual resultantes das concepções existentes a respeito (Weeks, 2001 *apud* Braga; Ribeiro, 2008).

Portanto, o sexo é definido tanto pelo biológico, quanto pelas práticas e atitudes vinculadas à relação sexual, enquanto o gênero será construído socialmente, sofrendo interferências do tempo e do espaço em que o indivíduo está inserido. Desde o momento do descobrimento do sexo na ultrassonografia, ou no nascimento, o/a infante já é “ensinado/a” sobre o seu modo de agir, se vestir e a forma de se comportar de acordo com o sexo (Jesus, 2012, p.7).

Cassia Maria Carloto (2001, p. 202) expõe que “a existência de gêneros é a manifestação de uma desigual distribuição de responsabilidade na produção social

da existência”. Essa distribuição de responsabilidades é definida, segundo Carloto (2001, p. 202), de maneira a não considerar a vontade do indivíduo, e os critérios de seleção e distribuição dessas responsabilidades são classistas, sexistas e racistas.

A construção do gênero se dá pelas relações sociais, conforme supracitado. O modo masculino é distinto do feminino, assim como os espaços que estes ocupam, que são destacados em duas esferas: a pública, própria do gênero masculino, voltada para a manutenção da sobrevivência; e a privada, própria do gênero feminino (Izquierdo, 1990 *apud* Carloto, 2001, p. 203).

Os processos de socialização reforçam os estereótipos de gênero e, conseqüentemente, o preconceito, apoiando-se em uma definição biológica para definir como próprio de uma natureza feminina ou masculina (Saffioti, 1992 *apud* Carloto, 2001, p. 203).

[...] numa sociedade que centraliza as relações sociais no entorno do sexo biológico/genético, a hierarquia dos corpos é pensada a partir das normas de convivência. Portanto, se um determinado sujeito nasce macho, deve constituir uma identidade masculina por toda a vida e, no caso de nascer fêmea, deverá desenvolver uma identidade feminina. Assim, os papéis que ora ocupamos nos espaços sociais são determinados desde muito antes do nosso nascimento, quando da descoberta do sexo do/a bebê e por meio de toda expectativa que é colocada com a chegada do novo ser (Peixoto; Maio, 2021, p. 6).

Nos últimos anos, tem se tornado comum a realização do “chá revelação”, em que é organizada uma celebração pela gestante e/ou pela família e amigos/as dos/as pais/mães ou responsáveis da criança. Em determinado momento dessa comemoração, é realizada a revelação do sexo da criança por confetes coloridos, balões estourando, fumaça colorida e outras formas que variam de acordo com a criatividade de quem organiza a “revelação”. É recorrente que ao surgir a cor rosa, a família comemore a chegada da menina, e no caso de azul ou verde, se comemore a chegada do menino.

É menino ou menina? Estes são os únicos gêneros possíveis, enunciados nesses chás diante do sexo biológico que a criança apresenta. É comum que se utilizem apenas de duas cores para a decoração desses eventos, sendo a cor rosa mais empregada para se referir ao sexo feminino, e a cor azul, ao sexo masculino - acompanhado de diversos estereótipos sobre o “ser menino” ou o “ser menina” (Pironi; Rossi; Maio, 2022, p.33).

Portanto, esse anúncio da chegada da criança já define e impõe um papel de gênero para o infante que nem chegou a nascer, mas já foi estabelecido que, se for do sexo feminino, usará rosa, terá grandes laços, bonecas, vestidos e será

reforçada constantemente a sua responsabilidade diante das tarefas domésticas e do papel de mãe. Entretanto, se o recém-nascido for do sexo masculino, usará azul, terá carrinhos de brinquedo e bolas.

Ao dar à luz, a mãe, assim como o pai e os/as demais entes, aguarda a chegada da criança com um mundo colorido, transformado artificialmente, por meio de cores que estampam limites e separam os meninos em seus mundos azuis ou verdes e as meninas em lindos cenários cor-de-rosa. A relação que se faz de sexo, gênero, brinquedos e cores está presente nas casas, nos quartos, nas lojas de departamento, nas festas infantis, nos programas de televisão e tantos outros espaços que interagem com a infância (Peixoto; Maio, 2021, p. 8).

Logo, os papéis de gênero que ensinados, ou impostos, desde o nascimento, a partir do sexo, já definido biologicamente, parte de uma concepção binarista de gênero, em que só é aceito o feminino e o masculino, sem considerar as diversas dimensões que definem o ser, como travesti⁶, transexual, *drag queen*⁷, *crossdressers*⁸, não binário, transformista⁹, entre outros. Por consequência, é nas relações sociais que os indivíduos vivem de maneira concreta as relações de sexo (Santos, 2022, p.137).

Quando nos referimos a termos de gênero, há possibilidades em que o indivíduo pode se enquadrar, considerando as limitações que ocorrem em qualquer classificação: pode ser considerado “cisgênero”. Também identificadas como “cis”, são pessoas que se identificam com o gênero que foi atribuído ao nascimento; as pessoas não-cisgênero, ou seja, as que não se identificam com o gênero que lhes foi atribuído ao nascimento, são denominadas como transgênero, ou trans. Há também as pessoas que não se consideram com nenhum gênero, mas não há um consenso acerca da utilização de um termo específico. Alguns grupos utilizam a palavra transgênero, mas há também os que utilizam o termo *queer* (Jesus, 2012, p.10), ou não-binária. O termo *queer*, ou o “Q” da sigla LGBTQIAPN+, é um termo difícil de ser delineado, conforme explicitado por Ferreira (2016):

⁶**Travesti:** São indivíduos que nasceram e foram definidos enquanto pertencentes do gênero masculino, devido ao sexo biológico, e apesar de se identificarem enquanto gênero feminino, não se enquadram no ser mulher, de acordo com o que foi construído socialmente em nossa sociedade (Martins, Silva, 2020, s/p).

⁷**Drag queen:** São homens, que se vestem de mulher de maneira exagerada, atreladas a apresentações artísticas e ativismo. Não necessariamente eles se reconhecem enquanto mulheres (Jesus, 2012 *apud* Santos, 2022, p.10).

⁸ **Crossdressers:** Indivíduo que “sente prazer em usar roupas femininas, identifica-se como homem e geralmente tem uma vivência heterossexual com uma parceira” (Santos, 2022 *apud* Jesus, 2012).

⁹**Transformista:** São indivíduos que se vestem com roupas próprias do gênero oposto, com fins artísticos, mas de forma menos extravagante que *Drag queen* (BAIOFF, 2018 *apud* Santos, 2022, p.137).

Quando tentamos definir o que seja queer nos defrontamos com impasses, no difícil exercício para **delinear os significados de uma categoria que recusa ou escapa às definições prontas, bem-acabadas e restritas**. Como categoria acusatória corrente em contextos anglôfonos, se dirigia àqueles/as que de algum modo resvalavam entre as dissidências em relação às normas binárias de gênero, designando todos/as aqueles/as percebidos/as como “estranhos/as” e “exóticos/as” em suas sexualidades. **Desafiando um sistema binário coercitivo, as existências de pessoas não-binárias, trans, ou queer colocam em jogo a predominância pressuposta das normativas sociais que ditam apropriadamente o que deve ser “masculino” ou “feminino”**. Nessa lógica normativa e binária, tudo o que é ambíguo ou que momentaneamente foge desse dualismo poderia ser assim incluído nesse espectro queer (Ferreira, 2016, p. 208, grifos do autor).

Nesse sentido, *queer* foge de toda a dualidade de gênero que é “ensinada” socialmente. Desta forma, abrange também a população transgênero, que conforme explicitado anteriormente, não se identifica com o sexo que lhe foi atribuído ao nascimento, mas o termo *queer* também engloba a comunidade não-binária, Ferreira (2016, p. 214) afirma que

[...] os autores recorrem aos exemplos de pessoas que não se identificando com o gênero que lhes foi atribuído ao nascer e que acabam por não necessariamente se sentirem como pertencentes ou identificados com as representações do gênero oposto, isto é, resistem a se enquadrarem necessariamente nas representações sociais definidas e fixadas para o que seja específico de “masculinidades” e de “feminilidades” em dado contexto social. Buscam assim transitar entre estes aparentes opostos masculinos e femininos, sem definir especificamente serem “homens” ou “mulheres” em termos estritos e são assim, em alguns casos, consideradas como pessoas trans não-binárias.

Diante do exposto, tanto os indivíduos transgêneros, quanto os/as não binários não se identificam com o sexo que lhes foi atribuído no nascimento, entretanto, enquanto o indivíduo transgênero se identifica com o gênero oposto e a forma como esse se expressa, o não-binário não se identifica com seu sexo atribuído ao nascimento, nem com o gênero oposto, nem com as representações sociais de feminino e masculino, podendo transitar entre as aparências femininas ou masculinas, sem se definir enquanto homem ou mulher.

A população transgênero é historicamente perseguida e marginalizada devido à crença de que o “natural” é que as pessoas se identifiquem e tenham os comportamentos condizentes com o gênero que lhes foi atribuído no nascimento a partir do sexo. No Brasil, a população transgênero é tão excluída que sequer tem sua identidade reconhecida. Essa população precisa lutar muito para ter acesso a

direitos básicos, inclusive o próprio direito à vida, que é ameaçado constantemente (Jesus, 2012, p.11).

Alinhando essa discussão com a pauta de classe, raça e etnia que o presente trabalho propõe, cabe ressaltar que conforme citado anteriormente, pessoas transgênero e travestis têm suas vidas ameaçadas constantemente pelo simples fato de não se identificarem com o gênero socialmente imposto no nascimento. Se esse indivíduo é racializado, pobre e periférico, são mais três alvos que lhes são colados nas costas, uma vez que

enquanto as travestis não são consideradas mulheres e geralmente têm sua imagem associada ao trabalho sexual, as mulheres trans, geralmente brancas, têm mais chances de acesso à retificação do nome social e à resignação sexual, além do tratamento hormonal. Ambas sofrem transfobia, contudo, as travestis estão mais presentes do que as mulheres trans nas periferias e nas camadas mais baixas da sociedade, geralmente são negras e em sua maioria, tendem a sofrer mais violências e mortes (Martins, Silva, 2020, s/p).

Cabe enfatizar novamente que gênero/orientação sexual, classe, e etnia/raça incidem de maneira diferente sobre cada indivíduo e que interferem na forma como cada pessoa irá vivenciar as expressões da questão social. Conforme supracitado, uma mulher trans e branca, apesar de sofrer transfobia, terá maior possibilidade de acessar a um direito básico, como a retificação do nome social, do que uma travesti, negra e periférica, que precisa lutar para acessar um direito fundamental para todos os seres humanos, a vida.

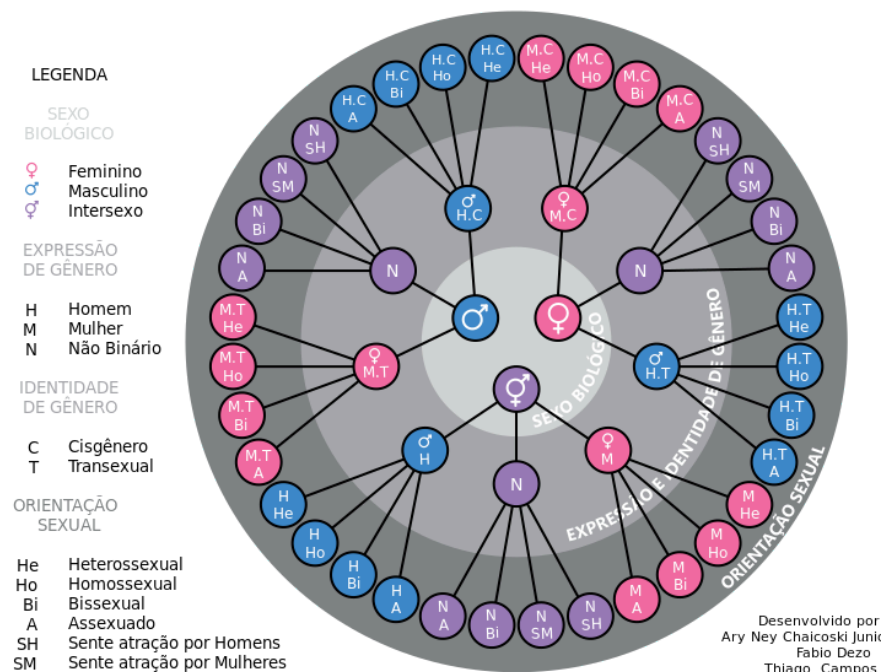
Um dos muitos fatores que também incide sobre a vida do indivíduo é a orientação sexual, que é diferente da concepção de gênero. Enquanto gênero diz respeito à forma como o indivíduo se compreende e se apresenta para o mundo, orientação sexual se refere à atração afetiva e sexual por alguém de algum/ns do/s gênero/s. Não há uma regra de orientação sexual a partir do gênero das pessoas, portanto, nem todo homem e mulher são necessariamente heterossexuais (Jesus, 2012, p.12), principalmente porque nem todo indivíduo precisa se identificar como homem ou mulher, conforme exposto anteriormente. Jesus (2012, p.12) afirma que “uma pessoa trans pode ser bissexual, heterossexual ou homossexual, dependendo do gênero que adota e do gênero com relação ao qual se atrai afetivossexualmente”.

Com relação à orientação sexual, há algumas possibilidades: **Lésbicas**, quando pessoas do gênero feminino, independentemente de ser cisgênero ou transgênero, se relacionam com outra pessoa que se compreende enquanto pessoa

do gênero feminino; **Gays**, em que pessoas que se consideram do gênero masculino se relacionam com outro indivíduo que se considera do gênero masculino; **Bissexuais**, quando uma pessoa do gênero masculino ou feminino se relaciona com um indivíduo que se compreende enquanto gênero feminino ou masculino; **Assexuais**, indivíduos que não sentem atração sexual, contudo, não há relação com falta de libido, questões psicológicas ou questões biológicas; **Pansexuais**, pessoas que se relacionam com indivíduos de todos os gêneros, inclusive pessoas do gênero feminino, masculino ou não-binário (Dornelas, 2023).

Portanto, podemos concluir que a sigla LGBTQIAPN+ é composta por Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais ou Travestis, *Queers*, Intersexo¹⁰, Assexuais, Pansexuais, Não Binários e o “+” que significa as demais possibilidades de identidade de gênero e orientação sexual.

Figura II: Mandala da diversidade sexual¹¹



Fonte: Chaicoski Junior; *et al.*, 2019.

¹⁰ Intersexo: “pessoas que possuem características biológicas dos sexos feminino e masculino ao mesmo tempo (o termo substitui o “hermafrodita”, que agora é usado na biologia e na medicina apenas para espécies não-humanas)” (Dornelas, 2023).

¹¹ (Chaicoski Junior; *et al.*, 2019).

A imagem acima, intitulada como “Mandala da diversidade sexual”, traz algumas possibilidades de orientação sexual. Para compreender a orientação sexual do indivíduo, de acordo com a mandala, é preciso olhar primeiramente para o seu centro, identificando o sexo biológico. A mandala apresenta três possibilidades: Feminino, Masculino e Intersexo.

Posteriormente à definição do sexo biológico, é preciso identificar a identidade de gênero, ou seja, a forma como o indivíduo se identifica. A partir desse ponto, pode-se identificar como homem cisgênero, homem trans, mulher cisgênero, mulher trans e não-binário.

Após ser definida a identidade de gênero, a mandala traz a possibilidade de definir a orientação sexual, com base no gênero da/s pessoa/s que o indivíduo se relaciona. Agora um exemplo, uma pessoa do sexo biológico feminino, que se identifica enquanto mulher, ou seja, é uma mulher cisgênero, e se relaciona e/ou sente atração por indivíduos do gênero feminino, e então, ela é uma mulher cisgênero homossexual, uma vez que sente atração por pessoas do mesmo gênero.

Ao observar na mandala, especificamente acerca das pessoas que se identificam enquanto não-binárias, há possibilidades de orientação sexual: sente atração por homens, sente atração por mulheres, bissexual ou assexuado/a, enquanto para indivíduos que se identificam enquanto homens e mulheres, independentemente de serem cisgênero ou transgênero, há possibilidades como: Heterossexual, Homossexual, Bissexual, Assexuado. Isso ocorre porque a pessoa não-binária não se identifica com nenhum dos dois gêneros, ou seja, não se atrai por alguém de mesmo gênero ou gênero distinto para ser caracterizado enquanto heterossexual ou homossexual.

A discussão acerca da interseccionalidade de gênero/orientação sexual, raça/etnia e classe é de extrema importância na construção desse trabalho, na área do Serviço Social, uma vez que o Código de Ética do/a Assistente Social tem como princípios fundamentais “VI - Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças” (Barroco; Terra, 2012, p.128), e “XI - Exercício do Serviço Social sem ser discriminado/a, nem discriminar por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade,

orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física” (Barroco; Terra, 2012, p.131).

Mesmo que os grupos socialmente discriminados já tenham avançado muito no que concerne aos direitos, ainda se faz necessária muita luta para que esses direitos sejam efetivados na realidade concreta das relações sociais.

2. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, DIREITOS REPRODUTIVOS E SUAS REPRESENTAÇÕES NAS LEGISLAÇÕES BRASILEIRAS

Um dos maiores avanços da Constituição Federal (Brasil, 1988), conquistado a partir de lutas da classe trabalhadora, é a concepção de seguridade social, a partir do tripé Saúde, Assistência Social e Previdência Social (CFESS, 2010, p.17), sendo a Previdência Social de caráter contributivo, a Assistência Social para quem dela necessitar e a Saúde de caráter universal.

A saúde nem sempre foi dotada desse caráter universal, sendo, anteriormente, marcada por “uma racionalidade fragmentada; em geral, curativa, hospitalocêntrica e medicocêntrica, centrada no indivíduo” (Soares, 2010 *apud* Luza, 2019, p. 1), subsidiando a lógica dos interesses privados, principalmente após o início do regime ditatorial brasileiro no ano de 1964. A superação desse projeto ocorreu a partir do encaminhamento da reforma sanitária, que possibilitou a inserção do SUS na Constituição Federal de 1988 (Luza, 2019, p.1). Nesse período, o governo liderado por militares, buscava a expansão do setor privado, ampliando a compra de serviços pela previdência e contratando empresas privadas para prestar serviços de saúde às pessoas com vínculo de trabalho (Paiva; Teixeira, 2014, p.17-18).

O SUS foi regulamentado no ano de 1990 pelas Leis 8.080 e 8.142, consideradas Leis Orgânicas da Saúde (LOS), enquanto resultado do movimento da reforma sanitária brasileira, o qual tinha como fundamentos:

[...] a democratização do acesso; a universalização das ações; a melhoria da qualidade dos serviços, com a adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações; a democratização das informações e transparência no uso de recursos e ações do governo; a descentralização com controle social democrático; a interdisciplinaridade nas ações. Tem como premissa básica a defesa da “saúde como direito de todos e dever do Estado” (CFESS, 2010, p.19).

Portanto, a partir do movimento da reforma sanitária buscou-se uma concepção de saúde que, para além da ausência de doença, considerasse a saúde, como condições de vida e de trabalho, com foco nos determinantes sociais.

Talvez seja interessante a gente pensar um pouquinho sobre o que significa isso, o que significa esse conceito de saúde, colocado quase como algo a ser atingido. Não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem-estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; por direito a ter água, à vestimenta, à educação, e, até, a informações sobre como se pode dominar

este mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas, que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente; a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. É não estar todo o tempo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, como da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não sejam os do povo [...] (Arouca, 1986, p. 36).

Diante da perspectiva que o presente trabalho traz, seria incompreensível tratar saúde enquanto uma perspectiva que não o defendido pelo Movimento da Reforma Sanitária. Aliada com a temática e abordagem do trabalho, é possível agregar ao discurso supracitado de Sérgio Arouca (1986) um novo trecho construído a partir da relações de gênero, raça e classe abordados anteriormente: Saúde é poder se identificar com o gênero que você pertence, independentemente do sexo biológico. Saúde é poder assumir livremente sua orientação sexual sem medo. Saúde é poder definir o aumento, ou não de sua prole. Saúde é ser chamado/a/e pelo pronome que se identifica. Saúde é não ter medo de ser quem é!

2.1. Direitos reprodutivos no Brasil

A concepção de direitos reprodutivos é recente, entretanto a noção desses direitos surge em meados do século XX, quando movimentos feministas passam a reivindicar igualdade, buscando direito ao voto e acesso à educação (Carvalho *et al.*, 2022, p. 5).

Conferências e pactos internacionais serviram para assegurar o direito da mulher à saúde, como a Conferência da População das Nações Unidas, realizada no Cairo, em 1994, em que aparece o conceito de direitos reprodutivos. O documento da IV Conferência Mundial da Mulher, realizada em Pequim, enfatiza a importância de garantir direitos de autonomia, igualdade e segurança sexual e reprodutiva das mulheres (Carvalho *et al.*, 2022, p.5).

No ano de 1984, no Brasil, surgiu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), elaborado pelo Ministério da Saúde, em conjunto com grupos feministas, pesquisadores/as e gestores/as municipais. O PAISM foi de extrema importância, pois estabelecia os direitos reprodutivos como uma política

pública, sendo “centrado na integralidade e na equidade das ações, propondo abordagem global da saúde da mulher em todas as fases do seu ciclo vital, e não apenas no ciclo gravídico-puerperal” (Brasil, 2005, p.10). Com a implementação do PAISM, também passa a ocorrer o repasse de métodos contraceptivos, que a princípio eram doações da ONU aos Estados e Municípios, de forma descontínua.

Os anticoncepcionais hormonais passaram a ser adquiridos pela Central de Medicamentos apenas no ano de 1990. No ano de 1997, a aquisição de anticoncepcionais pelo Ministério da Saúde foi interrompida, por conta da decisão do governo federal de descentralizar os recursos federais para Estados e Municípios, para o financiamento de assistência farmacêutica básica. Entretanto, poucos municípios e estados incluíram métodos anticoncepcionais em sua lista básica de insumos e medicações para aquisição (Brasil, 2005).

Apenas no ano de 1996, com a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, começou-se a regulamentar o planejamento familiar, conforme os artigos 2º, 3º e 9º, que estabelecem:

[...] Art. 2º Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal; [...] Art. 3º O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde; [...] Art. 9º Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção (Brasil, 1996, s/p).

No ano de 2005, o Ministério da Saúde definiu as prioridades para o período de 2005 a 2007. Para os fins desta pesquisa, as mais relevantes são: Capacitação dos/as profissionais de saúde da atenção básica para a assistência em planejamento familiar; Atenção em reprodução humana assistida pelo SUS; Ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária no SUS; Atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. O documento é concluído com a afirmação de que o presidente da república, Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2011), priorizou o planejamento familiar em diversos pronunciamentos (BRASIL, 2005). A cartilha também afirma:

A assistência em planejamento familiar deve incluir acesso à informação e a todos os métodos e **técnicas para concepção e anticoncepção**, cientificamente aceitos, e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, de acordo com a Lei do Planejamento Familiar, Lei n.º 9.263/1996 (Brasil, 2005, grifos da autora do texto, p.23).

Ou seja, todos/as deveriam ter acesso à informação e a métodos para gerar seus/suas filhos/as, ou prevenir a reprodução. Considerando o caráter universal e que possui como premissa básica “saúde como direito de todos e dever do Estado” (Bravo; Matos, 2001 *apud* CFESS, 2010, p.19), esses direitos deveriam ser garantidos a todos/as, independente de sexo, gênero, orientação sexual, religião, raça, classe, local de residência, entre outros fatores que incidem sobre o indivíduo.

Os direitos reprodutivos são definidos como “o respeito à igualdade e à liberdade no exercício da sexualidade e reprodução como dimensões da cidadania e conseqüentemente da vida democrática” (Ávila, 2003, p. 466), em que o Estado é o responsável pela promoção, efetivação e implementação desses direitos (Telo, 2019). No título VII da ordem social, presente na Constituição Federal (Brasil, 1988), mais precisamente no capítulo VII, art. 226, § 7º, sobre a responsabilidade do Estado com o planejamento familiar, consta:

Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, **o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos para o exercício desse direito**, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas” (Brasil, 1988, com grifos da autora, s/p).

Portanto, cabe ao Estado propiciar recursos para que o casal tenha efetivado o direito de aumento ou não da prole. A Lei 9.263 de 12 de janeiro de 1996, responsável por regulamentar o planejamento familiar no Brasil, estabelece que “[...] entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal” (Brasil, 1996, s/p).

Ou seja, todos/as têm direito, diante da Constituição Federal (Brasil, 1988) e da Lei 9.263 (Brasil, 1996), em optar por ter filhos/as ou não. A legislação reforça o binarismo de gênero ao estabelecer “limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal”(Brasil, 1996, s/p). A política de planejamento familiar é construída com o intuito de

no âmbito da atenção integral à saúde da mulher, do homem e dos(as) adolescentes, enfatizando-se a importância de juntamente com as ações de planejamento familiar promover-se a prevenção do HIV/Aids e das outras doenças sexualmente transmissíveis (DST) (Brasil, 2005, p.9).

Vale ressaltar que as políticas que existiam no Brasil nas primeiras décadas do século XX eram voltadas exclusivamente para mulheres cisgênero, uma vez que estas eram voltadas apenas a questões referentes à gestação e ao parto (Brasil, 2005). Com isso, já é possível observar o quanto o direito reprodutivo evoluiu no Brasil do século XX até o ano de 2005, na medida em que se passa a observar, para além da gestação, a prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e a decisão de limitação ou aumento da prole, mesmo que voltado a uma perspectiva heteronormativa.

Na década de 1960, surgiu um movimento, por parte de entidades privadas, que visava o controle da natalidade no Brasil. Estas eram financiadas por agências internacionais que buscavam diminuir a população no país. Concomitantemente, quase não se fala de iniciativas estatais voltadas ao planejamento familiar, já que a lei prevista buscava apenas o apoio durante a gestação e o puerpério (Brasil, 2005).

Como exemplo de legislação referente aos direitos reprodutivos, é possível observar o art. 10 da Lei nº. 9263, que trata da esterilização voluntária de homens e mulheres, que foi alterada no ano de 2022, afirmando que:

I - Em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 21 (vinte e um) anos de idade ou, pelo menos, com 2 (dois) filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, inclusive aconselhamento por equipe multidisciplinar, com vistas a desencorajar a esterilização precoce (Brasil, 2022, s/p).

Essa alteração garante que famílias monoparentais acessem esse direito, pois o § 5º, que foi revogado, afirmava a necessidade do consentimento do parceiro.

Como disposto anteriormente, em 2010, aproximadamente, 60 mil indivíduos dividiam as responsabilidades domésticas com cônjuge do mesmo sexo. Há políticas que garantem direitos de concepção para casais homoafetivos?

Desde o ano de 2015, o Supremo Tribunal Federal permite a adoção por casais do mesmo sexo e, mesmo com isso previsto em lei, casais homoafetivos sofrem em meio a burocracias e pela demora do processo (Nicoceli e Câmara, 2022).

A autora Ana Carolina Lessa Dantas (2021) aponta que a Resolução nº

2.168/2017 afirma que há possibilidade de cessão temporária de útero, conhecida popularmente como “barriga solidária”, à pessoa ou casal que esteja com problemas para gerar um/a filho/a, devendo procurar uma clínica especializada. Após definição por parte da família e dos/as médicos/as responsáveis que a gestação por substituição é a melhor opção, se passa a procurar mulheres de suas famílias – tias, irmãs, mães, entre outras – que tenham possibilidade de gestar o/a futuro/a filho/a. Assim que a gestante é escolhida, todos/as os/as envolvidos/as passam por avaliação psicológica e assinatura dos termos de consentimento para que a inseminação ocorra (Dantas, 2021).

Legalmente, é prevista a possibilidade de uma pessoa com útero cedê-lo temporariamente à pessoa ou casal com problema de gerar um/a filho/a, desde que o procedimento seja realizado por uma clínica especializada, conforme supracitado. Entretanto, a realização da inseminação conforme previsto em lei acaba possuindo um custo elevado:

Orçamento publicado por Homem 3, no dia 31 de maio de 2020, no grupo de Facebook “Barriga de aluguel e coparentalidade”. A mancha em vermelho está presente na imagem original. A marcação em preto foi adicionada por mim (Dantas, 2021, p.39)

Figura III - Orçamento de inseminação

Abaixo os valores para as etapas do tratamento pelo [REDACTED]

1 Etapa:	
R\$1.430,00	Descongelamento dos óvulos
R\$8.200,00	Honorários Laboratório para Fertilização in vitro
R\$2.950,00	Preparo de endométrio da cessão temporária (Acomp. Médico)
R\$1.300,00	Transferência de embrião (Acomp. Médico)
R\$ 13.880,00	
2 Etapa:	
R\$1.990,00	Congelamento de embrião até 3 palhetas ou
R\$2.560,00	Congelamento de embrião até 6 palhetas
R\$900,00	Semestralidade de embrião (A cada 6 meses)
R\$ 5.460,00	
Outras Tentativas (se tiver congelado)	
R\$1.430,00	Descongelamento de embrião até 6 meses
R\$2.990,00	Descongelamento de embrião após 6 meses
R\$2.950,00	Preparo de endométrio (Acomp. Médico)
R\$1.300,00	Transferência de embrião (Acomp. Médico)
R\$ 8.670,00	
Forma de pagamento:	
Médicos: A vista dinheiro ou depósito	
Laboratório: Cartão de crédito até 4x sem juros, a vista dinheiro ou depósito.	
Total:	R\$ 28.010,00
Ovulo:	21.000,00
ADVOGADO:	R\$ 1.500,00
Plano de saúde 12 meses:	R\$ 6.000,00
Assistencia à barriga:	R\$ 15 a 20.000,00
Valor de todo o processo:	+ - 75.000.00

Fonte: Dantas (2021, p.39).

Os valores citados na imagem são referentes ao ano de 2020. O *post* traz o custo de cada etapa do processo de fertilização *in vitro*. O orçamento contempla desde o descongelamento de óvulos, plano de saúde, advogado, óvulo, assistência à barriga, entre outros. Todo o procedimento teria o custo total aproximado de R\$28.010,00 (entre o processo de descongelamento dos óvulos, o custo com advogado/a, o descongelamento do óvulo, consultas e demais procedimentos e custos relacionados à geração da criança). Também adicionado um valor de assistência à barriga, que é ilegal, uma vez que a legislação brasileira não permite a chamada “barriga de aluguel”, em que uma pessoa paga para uma mulher cisgênero gerar uma criança. O autor do *post* do *Facebook* estima que o valor seja de aproximadamente 75 mil reais.

Nos comentários de uma das publicações trazidas por Dantas (2021, p.42), há um *post* de um dos membros do grupo perguntando sobre os valores médios de uma inseminação. Então, outro integrante do grupo traz a seguinte resposta:

Para contratar uma clínica boa você vai gastar entre 20 e 50 mil reais, dependendo da clínica. Na maioria dos Estados é difícil conseguir a autorização do CRM, por isso eu indico fazer em [nome do estado], que é mais aberto. Procedimento feito pela clínica sempre usa óvulos de doadora anônima. Você e seu marido terão um documento do CRM autorizando a registrar o bebê no nome de vocês dois, sem nenhuma referência à barriga solidária. Obs: No Brasil é proibido barriga de aluguel, então não pode dizer na clínica que você está pagando a mulher. Tem que se passar por amigos (Homem 4, na semana de 31 de outubro de 2020).

O comentário também traz formas de a pessoa burlar a legislação que não permite a chamada “barriga de aluguel”, e até indica estados brasileiros onde é mais “aberto” à autorização do Conselho Regional de Medicina para a realização desse processo, além de incentivar pessoas a pagar mulheres para gestar a criança, dizendo na clínica que são amigos/as. Os valores previstos para a realização da fertilização *in vitro* são pouco acessíveis em um país com média de rendimento de 2947 reais, levando em consideração o rendimento médio real de junho a agosto de 2023, considerando a renda de pessoas de 14 anos ou mais (IBGE, 2023). O custo elevado do procedimento não garante a universalidade de

acesso.

2.2. Reprodução Assistida no SUS

A Portaria nº 3149 de 2012 estabelece a destinação de recursos financeiros a estabelecimentos de saúde que realizem procedimentos de atenção à Reprodução Humana Assistida no âmbito do SUS, estabelecendo que o valor de 10 milhões de reais, repassados ao Fundo de Saúde dos entes, que deverão repassar em parcela única as clínicas que realizam esses procedimentos. Os estabelecimentos beneficiados são: Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB); Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais; Hospital Nossa Senhora da Conceição SA - Fêmeina; Hospital das Clínicas de Porto Alegre; Hospital das Clínicas São Paulo (HC da FMUSP); Centro de Referência da Saúde da Mulher São Paulo - Pérola Byington; Hospital das Clínicas (FAEPA) de Ribeirão Preto; Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) (Brasil, 2012).

É possível analisar que os investimentos ficam restritos a apenas 4 estados e Distrito Federal, o que dificulta ainda mais o acesso por parte dos/as usuários/as, não considerando princípios do SUS, como a descentralização e universalidade de acesso.

Caso o estado de residência do/a usuário/a não seja conveniado a uma clínica que realize o procedimento, há possibilidade de ser realizado nos estados que possuem financiamento por parte do Estado, nos hospitais acima citados, via Tratamento Fora de Domicílio (TFD). Para isso, é preciso preencher os seguintes requisitos: a) esgotamento de tratamentos possíveis no município; b) paciente atendido exclusivamente pela via pública ou rede conveniada ao SUS; c) garantia de atendimento na unidade de referência, com dia e horário previamente agendado. O TFD, segundo seu Manual de Regulamentação, é custeado pela Secretaria Estadual de Saúde (SESA) (Guimarães, 2017).

Para a realização do procedimento, via TFD, os/as pacientes devem aguardar numa lista de espera e atender a critérios, como ausência de doenças crônicas; não serem portadores/as do vírus HIV/AIDS, Hepatite; e não ultrapassar

o limite de idade, de 35 a 40 anos durante a primeira consulta. A idade máxima para a primeira consulta varia de hospital para hospital (Hespanhol, 2022).

Baseado no processo REsp 1617970, Guimarães (2017) afirma que é praticamente impossível preencher os pré-requisitos para conseguir o custeio do SUS antes da idade limite para a realização do procedimento.

No processo de mobilização dos/as participantes da pesquisa, por meio de diálogos espontâneos realizados com o setor de TFD da 22ª Regional de Saúde do Paraná¹² pelo aplicativo de *WhatsApp*, em contato institucional, foi apontado pelo setor que no momento não há prestadores de serviços relacionados à infertilidade pactuados e o Setor de TFD não recebe esses processos. Foi explicitado ainda desconhecimento sobre previsão de construção desse fluxo, uma vez que não há procedimentos na tabela SUS que tratam desses casos e informado também que se o/a paciente conseguir o atendimento por conta própria, em outro estado, o setor de TFD interestadual fornece passagem aérea ou rodoviária e uma diária para alimentação. O setor de TFD forneceu as informações, mas infelizmente não aceitou participar de entrevista.

Um ponto a ser levantado é que não necessariamente a causa que leva um casal a tentar a inseminação artificial é a infertilidade, uma vez que um casal pode ser composto por duas mulheres cisgênero férteis que não podem, biologicamente, conceber a criança.

Vale ressaltar que cada um dos hospitais que recebe recursos para realização de procedimentos de atenção à Reprodução Humana Assistida no âmbito do SUS têm suas próprias especificidades. Nos próximos tópicos, foram levantadas as especificidades de cada um dos hospitais, com base nos dados divulgados em seus sites oficiais. Posteriormente foi apresentada uma tabela com a sistematização dos dados mais relevantes para os fins da presente pesquisa.

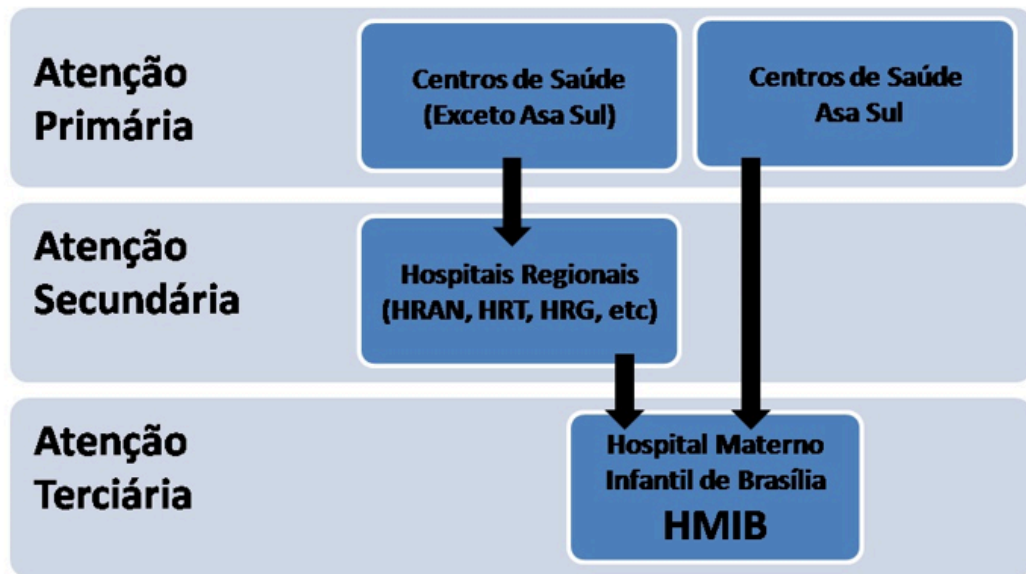
¹² **22ª Regional de Saúde do Paraná:** O Estado do Paraná é dividido em quatro macrorregionais, que, por sua vez, são subdivididas em regionais. A 22ª Regional de Saúde do Paraná abrange os municípios de Arapuã, Ariranha do Ivaí, Cândido de Abreu, Cruzmaltina, Godoy Moreira, **Ivaiporã**, Jardim Alegre, Lidianópolis, Lunardelli, Manoel Ribas, Mato Rico, Nova Tebas, Rio Branco do Ivaí, Rosário do Ivaí, Santa Maria do Oeste e São João do Ivaí.

2.2.1. Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB)

O serviço de reprodução humana do Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) possui serviços nas áreas da reprodução assistida, coito programado (CP), inseminação intrauterina (IIU), fertilização *in vitro* (FIV), congelamento de embrião, transferência de embriões congelados (TEC), punção de epidídimo (PESA), congelamento de sêmen prévio ao tratamento (SES-DF, 2024).

Para agendar uma consulta no Serviço de Reprodução Humana do HMIB, primeiramente, é preciso passar pelo/a ginecologista em um centro de saúde do Distrito Federal. Posteriormente, o Centro de Saúde encaminhará a demanda para o Hospital Regional, que, por sua vez, a direciona para o Ambulatório de Reprodução Humana do HMIB (SES-DF, 2024), conforme explicitado no fluxo a seguir.

Figura IV: Fluxo para marcar consulta no Serviço de Reprodução Humana do HMIB.



Fonte: SRH/HMIB/SAS/SES-DF

Conforme estabelecido no fluxo, o encaminhamento deve ser feito apenas de hospitais públicos ou postos de saúde do Distrito Federal.

O Serviço de Reprodução Humana do HMIB aponta que pessoas que não residem em Brasília e desejam engravidar por meio de inseminação artificial devem procurar o setor de TFD do Estado ou do município, que irá verificar com o setor de TFD do Distrito Federal para apurar a possibilidade de realizar o tratamento (SES-DF, 2024).

O único critério utilizado para o atendimento é o tempo na fila, portanto, a pessoa que estiver há mais tempo na fila de espera, será atendida antes de quem

chegou recentemente. O tempo de espera para a realização da FIV é de aproximadamente 3 anos e para IIU é de 1 ano. Isso ocorre após a paciente ou o casal passarem por uma primeira consulta, em que será diagnosticado o motivo pelo qual o casal não consegue engravidar e serão solicitados exames complementares. A inscrição na fila de espera para os procedimentos pode ocorrer na primeira consulta ou no retorno para a apresentação dos exames solicitados (SES-DF, 2024).

Com relação aos critérios de inscrição na fila de espera e para a realização do tratamento de infertilidade (IIU ou FIV), após a convocação na fila de espera, são estabelecidos alguns critérios:

Baseados em dados e riscos associados a um processo de estimulação ovariana e captação de óvulos, o Serviço de Reprodução Humana Assistida do Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), utiliza critérios os quais as pacientes precisam preencher para que possam realizar FIV e IIU.

Assim, os ciclos de FIV só serão realizados em mulheres de até 39 anos, 11 meses e 29 dias, com no mínimo 5 folículos antrais. Serão excluídas do programa mulheres:

- Com 40 anos completos ou mais;
- De qualquer idade com menos de 5 folículos antrais.
- Estes mesmos critérios valem para a inscrição na fila de FIV.

Os ciclos de IIU só serão realizados em mulheres de até 37 anos, 11 meses e 29 dias, com no mínimo 5 folículos antrais. Serão excluídas do programa:

- Mulheres com 38 anos completos ou mais;
- De qualquer idade com menos de 5 folículos antrais,
- Com endometriose estágios III ou IV
- Com obstrução tubária bilateral
- Cujos parceiros apresentem fator masculino com menos de 6 milhões/ml de recuperado após capacitação espermática.

Estes mesmos critérios valem para a inscrição na fila de IIU.

Com relação ao peso, aquelas que estiverem com IMC ≥ 30 kg/m² só realizarão a FIV ou a IIU após perderem de peso e atingirem IMC < 30 kg/m².

No que diz respeito aos aspectos sanitários e éticos dos tratamentos em reprodução assistida, serão consideradas as normativas vigentes emitidas pelos órgãos competentes, como CFM e ANVISA (SES-DF, 2024, grifos da autora).

Por esse trabalho de conclusão de curso ser relacionado à área de Serviço Social, não convém apontar questões técnicas acerca dos métodos de inseminação. Mas, vale ressaltar que o limite de idade pode dificultar o acesso a esse direito, visto que o processo para a realização dos procedimentos pode ser demorado, já que precisa passar pela atenção básica, ou atenção primária e secundária, para posteriormente entrar na fila de espera para realizar o agendamento da primeira consulta no Serviço de reprodução humana do HMIB.

O número presente na fila de espera para a realização do procedimento pertence ao casal, portanto, em caso de divórcio, o casal pode entrar em um consenso e cada um ficar com uma tentativa. Caso não tenha sido realizada nenhuma tentativa pelo casal até o momento, ou “um dos dois pode ceder a tentativa para o outro, com documento devidamente registrado em cartório” (SES-DF, 2024, s/p). Vale ressaltar que o serviço oferece até duas tentativas, tanto para a IIU, quanto para a FIV. Se a paciente engravidar na primeira tentativa, poderá, da mesma forma, realizar a segunda (SES-DF, 2024).

O casal pode ter um custo para a realização do procedimento, uma vez que

o DF custeia a medicação de estimulação ovariana, as ecografias de acompanhamento do ciclo, procedimentos laboratoriais para processamento de gametas e embriões. Alguns exames de imagem e laboratoriais necessários ao tratamento podem não estar disponíveis na rede pública de saúde na época do atendimento.

Custos relativos à utilização de banco de sêmen e seu transporte ao HMIB não estão cobertos pelo HMIB (SES-DF, 2024, s/p).

O serviço de reprodução assistida do HMIB possibilita que casais homossexuais femininos e mulheres cis que desejem produção independente realizem a fertilização *in vitro* com o uso de sêmen de doador anônimo. Mas até a data de construção do presente trabalho, o recebimento de amostras de sêmen estava suspenso. Os casais homossexuais masculinos não são inscritos na fila, uma vez que não há, no HMIB, um programa de ovodoação compartilhada (SES-DF, 2024).

2.2.2. Hospital das Clínicas da UFMG

Não foi localizado no *site* oficial do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) informações referentes ao programa de reprodução humana assistida, o que pode dificultar o acesso do público a esse serviço.

Ao entrar em contato pelo telefone do hospital, foi informado que o estabelecimento não possui esses dados publicizados. Posteriormente, os dados pertinentes foram solicitados por e-mail, conforme orientação da profissional

contatada por meio da ligação telefônica. Todavia, sem êxito na recepção de resposta.

Hespanhol (2022) aponta que o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais está localizado na capital do estado, em Belo Horizonte. Para ser selecionada para o atendimento, a mulher precisa ter até 40 anos e 11 meses, entretanto, a mulher pode realizar o procedimento até 50 anos de idade com óvulos doados. Para ser atendida, a paciente precisa passar por consulta em um dos centros de saúde de Belo Horizonte ou interior para ser encaminhado. A paciente terá apenas os custos referente à medicação. O tempo de espera é de aproximadamente 6 anos para realização do procedimento com óvulos próprios e 7 anos com óvulos doados.

2.2.3. Hospital Nossa Senhora da Conceição SA - Fêmeina

O Hospital Nossa Senhora da Conceição SA realiza atendimento para pacientes do estado do Rio Grande do Sul que desejam realizar a Fertilização *in vitro*. O procedimento não é completamente gratuito, uma vez que os/as pacientes precisam arcar com a medicação para a indução da multi-ovulação. Para solicitar o encaminhamento para o Hospital Nossa Senhora da Conceição Sa é preciso passar pela rede básica de saúde com os exames já realizados e solicitar o encaminhamento (GHC, 2024, s/p).

Há alguns critérios que ocasionam na exclusão de pessoas do Programa de Fertilização *in vitro*, sendo eles:

- » Sorologia positiva para doenças infecto-contagiosas (HIV, HCV, HBSAG, HTLV);
- » Ausência de gametas femininos (óvulos) ou masculinos (espermatozódes);
- » Casais homo afetivos (não temos banco de sêmen);
- » Três ou mais cesarianas prévias;
- » Ligadura de trompas ou vasectomia (serão encaminhados para reversão de ligadura ou de vasectomia)(GHC, 2024, s/p);

O site oficial do Hospital Nossa Senhora da Conceição SA - Fêmeina possui poucas informações acerca dos procedimentos realizados, mas aponta uma questão que é muito pertinente para a realização do presente trabalho, uma vez que deixa evidente que não realiza o procedimento para casais homossexuais devido à falta de banco de sêmen.

2.2.4. Hospital das Clínicas de Porto Alegre

O Hospital das Clínicas de Porto Alegre possui um programa, próprio do hospital, de reprodução humana assistida, em que realiza fertilização *in vitro* e atendem através do Sistema Único de Saúde, por isso somente atende pacientes encaminhados/as dos equipamentos da secretaria municipal de saúde de Porto Alegre ou do estado do Rio Grande do Sul. Portanto, não é possível agendar a primeira consulta diretamente no hospital (HCPA).

O HCPA estabelece critério para a participação no programa de reprodução assistida, sendo eles:

- Só são atendidas pelo programa mulheres com idade até 35 anos na primeira consulta.
- As pacientes não podem ser portadoras dos vírus HIV, hepatites e HTLV I/II.
- O casal deve fornecer o óvulo da paciente e o sêmen de seu companheiro (o HCPA não tem banco de gametas, fazendo somente fertilização homóloga).
- As medicações não são fornecidas nem vendidas pelo hospital. O casal receberá a receita das medicações necessárias (com o nome genérico dos fármacos) e deverá adquiri-las. O HCPA não indica farmácias nem marcas de medicamentos.
- As medicações não são fornecidas pelo SUS e, por isso, não estão disponíveis nos postos de saúde.
- O tipo de procedimento a que o casal deverá se submeter é definido após a avaliação médica inicial. Isto pode demorar alguns dias.
- Os casais devem participar de um curso, no qual são explicados os procedimentos a serem realizados, os riscos, e as probabilidades de sucesso e de insucesso.
- Como a procura ao programa é grande, pode haver fila, com tempo variável de espera (HCPA, 2024, s/p).

O hospital não possui banco de gametas, portanto não há possibilidade de realização da FIV por casais homossexuais composto por mulheres cisgênero e nem produção independente.

2.2.5. Hospital das Clínicas São Paulo (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, ou HC da FMUSP)

Não foi localizada nenhuma informação acerca de reprodução humana assistida no *site* oficial do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), entretanto Hespanhol (2022) afirma que o hospital é localizado em São Paulo, há um limite de idade de 37 anos para a mulher realizar o procedimento e o mesmo não possui custo.

2.2.6. Centro de Referência da Saúde da Mulher São Paulo - Pérola Byington

Não foram localizadas informações referentes à reprodução humana assistida no *site* do hospital. Foram feitas tentativas de ligação telefônica, entretanto os telefones encontrados constavam como inexistentes. Hespanhol (2022) coloca que o Hospital Pérola Byington está localizado em São Paulo. Para a seleção, mulheres precisam ter menos de 40 anos e não ter realizado três ou mais cesáreas anteriormente e não ser portadora de doenças infecciosas ou doenças crônicas graves. Não há estimativa de tempo de espera para a primeira consulta.

2.2.7. Hospital das Clínicas (FAEPA) de Ribeirão Preto

A Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FAEPA) abrange o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (USP) e atende pacientes do SUS encaminhados pelos Postos de Saúde de Ribeirão Preto ou pela Divisão Regional de Saúde (DIR-XVIII)(HCFMRP).

Após a triagem, para as situações que necessitam de reprodução assistida, é marcado atendimento junto ao laboratório de reprodução humana. Há possibilidade de marcar consultas de pacientes particulares, através da FAEPA (HCFMRP).

Acerca do procedimento de fertilização *in vitro*, o *site* do setor de reprodução humana da HCFMRP estabelece que:

De acordo com a Lei Federal nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, e do Decreto Estadual nº 58.052, de 16 de maio de 2012, que regula o acesso a informações e dá providências correlatas, informamos o seguinte sobre o encaminhamento de pacientes ao Ambulatório de Infertilidade Conjugal do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – HCFMRP: O procedimento de fertilização *in vitro* é disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS);

1. Esta Instituição possui este atendimento pelo SUS e a maneira de encaminhá-la é através das Unidades Básicas de Saúde (UBS), ou seja, o Posto de Saúde mais próximo da residência da(o) paciente; as quais serão encaminhadas aos Diretórios Regionais de Saúde (DRS). Nos DRS este agendamento é realizado segundo a disponibilidade de vagas de cada diretório; o HC atende a DRS XIII de Ribeirão Preto, que compreende 26 municípios e as DRS de Franca, Araraquara e Barretos.
2. As filas de espera estão na dependência do número de vagas disponíveis em cada DRS e pela procura pelas(os) pacientes localizadas na respectiva DRS deste tipo de atendimento especializado
3. Esclarecemos que no momento, o tempo médio para atendimento de pacientes, entre o encaminhamento pela UBS até a consulta no HCFMRP, está em torno de dois anos para os casos de Infertilidade Conjugal

4. O Ambulatório de Infertilidade Conjugal atende os casos de infertilidade feminina e masculina
5. Esclarecemos que não fornecemos as medicações necessárias para a realização do tratamento para reprodução assistida, sendo o custo do mesmo sob responsabilidade das(os) pacientes. Esta informação inclusive é claramente esclarecida aos pacientes no momento do início do tratamento neste serviço (HCFMRP).

Portanto, o procedimento não é realizado de maneira completamente gratuita, uma vez que os/as pacientes precisam arcar com a medicação. Outro ponto a ser explicitado é o território que o hospital atende, que compreende apenas Divisões de Regionais de Saúde (DRS) de São Paulo.

Com relação aos critérios de exclusão, o Hospital coloca que:

Os casos abaixo mencionados não deverão ser encaminhados ao Ambulatório de Esterilidade do HCRP pelo fato de não atenderem uma escala de priorização frente aos recursos disponíveis:

1. Idade feminina menor de 18 anos ou igual ou acima de 38 anos. Esse critério se aplica apenas ao item 1 de inclusão.
2. Mulheres com três (3) ou mais cesáreas progressivas.
3. Patologias crônicas da mulher que se associem a um alto risco gestacional e/ou perinatal conforme parecer especializado: Diabetes Mellitus descompensado, Hipertensão Grave, Cardiopatia Moderada ou Severa, Discrasias sanguíneas graves, Insuficiência Hepática ou Renal, Neoplasias Avançadas, SIDA estádios 3 ou 4, Lupus Eritematoso descompensado, Epilepsia descontrolada.
4. Distúrbios Psiquiátricos que comprometam adequada assistência materna ao filho.
5. Ausência de acordo comum dos cônjuges quanto ao desejo de gravidez
6. Condições sócio econômicas que possam comprometer o bem estar da possível criança a nascer.
7. Casais com sorologias positivas ou discordantes (HBsAg, Anti-HBc IgM, Anti-HCV, Anti-HIV 1 e/ou 2, Anti-HTLV1 e/ou 2)
8. Falência ovariana precoce.
9. Casos de preservação de fertilidade por razões oncológicas devido a fila de espera, sendo atendidos apenas os casos atendidos no HC (HCFMRP)

Em casos de necessidade de fertilização *in vitro*, inseminação intrauterina e injeção intracitoplasmática de espermatozoides, o Hospital não fornece as medicações para a estimulação ovariana, portanto o casal deve arcar com os custos. O valor pode variar de acordo com o procedimento, custando entre 1.000 e 10.000 reais (HCFMRP).

2.2.8. Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP)

Não foi localizado no site do IMIP¹³ questões referentes à reprodução Humana Assistida. Hespanhol (2022) aponta que o serviço foi suspenso.

¹³ <https://imip.org.br/>

2.2.9. Sínteses acerca dos dados de Reprodução Humana Assistida

Com base nos dados levantados isoladamente acerca de cada um dos hospitais que realizam procedimentos de reprodução humana assistida, no âmbito do SUS, a partir do recebimento de recursos financeiros públicos, segundo a PORTARIA N° 3.149, de 28 de DEZEMBRO DE 2012, foi realizada a construção do gráfico a seguir, com questões pertinentes ao aprofundamento das reflexões necessárias.

Quadro 1: Reprodução Humana Assistida em Hospitais brasileiros

Nome do hospital	Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB)	Hospital das Clínicas da UFMG	Hospital Nossa Senhora da Conceição SA - Fêmina	Hospital das Clínicas de Porto Alegre	Hospital das Clínicas São Paulo (HC da FMUSP)	Centro de Referência da Saúde da Mulher São Paulo - Pérola Byington	Hospital das Clínicas (FAEPA Ribeirão Preto)	Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP)
Site de referência	https://www.saude.df.gov.br/reproducao-humana	https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufmg	https://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=cartacidades&idSubMenu=7	https://www.hcpa.edu.br/assistencia-servicos-medicos-ginecologia-e-obstetricia	https://fcm.usp.br/fmusp/sistema-academico-de-saude/hcfm.usp	https://www.saude.sp.gov.br/ouvidoria-sessao/instituicoes/ouvidorias-estaduais/centro-de-referencia-centro-referencia-da-saude-da-mulher-perola-byington	https://reproducao.fmrp.usp.br/como-agendar/	https://imip.org.br/
Delimitação de território para atendimento no hospital	Pessoas residentes no Distrito Federal	x ¹⁴	Pacientes que residem no estado do Rio	Pessoas residentes no Rio Grande do Sul	x	x	Atende DRS XIII de Ribeirão Preto,	x

¹⁴ Indica que não foi localizada essa informação durante as buscas.

			Grande do Sul				que compreende 26 municípios e as DRS de Franca, Araraquara e Barretos	
Qual o tempo médio de espera para a realização da primeira consulta?	Não possui uma média.	6 anos com óvulo próprio e 7 anos com óvulo doado (Hespanhol, 2022)	O site não traz essa informação	Não possui uma média	x	x	x	x
A pessoa ou casal consegue marcar a primeira consulta diretamente no hospital, sem passar pela TFD ou posto de saúde referenciado ao hospital?	Não	Não	Não	Não	x	x	Apenas consulta privada através da FAEPA	x
Realiza o procedimento de FIV?	Sim	x	Sim	Sim	x	x	Sim	x
Realiza o procedimento de IIU?	Sim	x	Não	x	x	x	Sim	x
O hospital oferece o serviço de reprodução assistida para casais homossexuais femininos?	sim	x	não	Não	x	x	x	x
O hospital oferece o serviço de reprodução assistida para casais homossexuais masculinos?	Não	x	Não	Não	x	x	x	x
O hospital oferece	Sim, para	x	Não, uma	Não	x	x	x	x

o serviço de reprodução independente?	mulheres cisgênero.		vez que não possui banco de sêmen					
Possui custo para a realização do procedimento?	Apenas com exames que não são disponibilizados na rede pública de saúde e com a utilização de banco de sêmen	Apenas custos referentes à medicação (Hespanhol, 2022).	Apenas com medicação para a indução da multi-ovulação	x	x	x	Custo com a medicação, que podem variar entre 1.000 e 10.000 reais	x

Fonte: Construção da autora, 2024.

Cabe ressaltar que pode haver outros hospitais públicos que realizem procedimentos relacionados à reprodução humana assistida pelo SUS, entretanto, para fins dessa pesquisa foram considerados apenas os hospitais citados na Portaria Nº 3.149 (Brasil, 2012).

Um dos principais pontos a serem levantados é a falta de informações acerca da reprodução humana assistida no âmbito do SUS, uma vez que três dos oito hospitais pesquisados não possuem informações publicizadas acerca do serviço de reprodução humana assistida, sendo que dois deles, ao serem questionados acerca da oferta do serviço pelo telefone, apontaram que realizam atendimentos voltados para essa área.

Aproximando a análise do problema de pesquisa do presente trabalho, cabe ressaltar a ausência de clínicas que ofertem essa modalidade de serviços no Paraná, ou a demanda de que o Estado do Paraná seja referenciado a alguma dessas clínicas.

Apenas o Hospital Materno Infantil de Brasília oferta o serviço de reprodução assistida para casais homossexuais femininos e para mulheres cisgênero que desejam uma produção independente.

Mesmo sendo atendidas pelo SUS, pacientes precisam, em 50% dos hospitais pesquisados no trabalho, arcar com as despesas da medicação para a realização dos procedimentos de reprodução humana assistida.

Diante do exposto, é possível refletir que não são apenas divisões geográficas que afastam as pessoas de seu sonho de exercerem a

maternidade/paternidade pelos métodos utilizados para a reprodução humana assistida, mas também a ausência de renda suficiente para arcar com a medicação de procedimento realizado em hospital público. Da mesma forma, também ficam evidentes as restrições para a realização do procedimento a partir da sexualidade e gênero, uma vez que apenas um dos hospitais realiza procedimentos de reprodução humana assistida em casais homoafetivos compostos por mulheres cisgênero ou pessoas do sexo feminino não binárias ou ainda a estas isoladamente (sem fazerem parte de um casal propriamente).

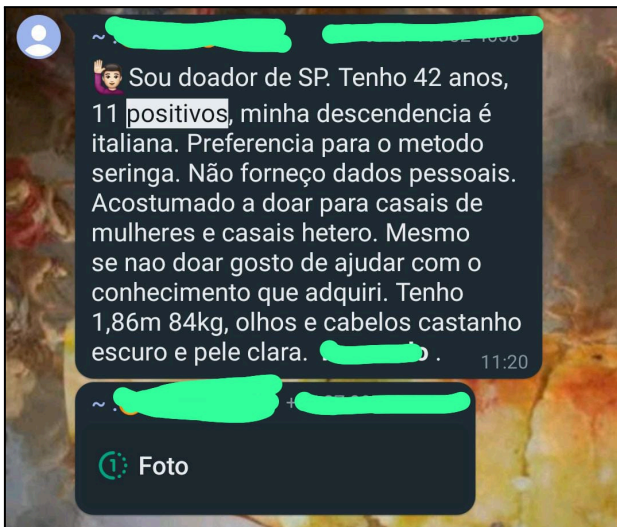
2.3. Inseminação caseira enquanto expressão da ausência de acesso a políticas públicas

Mediante a dificuldade de acesso a Hospitais que realizam métodos de reprodução humana assistida pelo SUS e da falta de recursos financeiros para a realização em clínicas particulares, a inseminação caseira vem sendo vista como um método viável para mulheres cisgênero, casais homossexuais femininos, homens inférteis, mulheres que desejam ter produção independente e outras pessoas que desejam engravidar, mas não possuem condições financeiras para arcar com métodos voltados à reprodução humana assistida.

Geralmente, o processo de inseminação caseira começa na internet, em que um doador¹⁵ posta nos grupos de *Facebook* e/ou *WhatsApp* questões acerca do seu biotipo, a quantidade de positivos que obteve com suas doações, o método que utiliza para as doações. Alguns homens divulgam fotos de si mesmos na fase adulta e infantil, de seus/suas filhos/as, entre outros, conforme demonstrado a seguir:

Figura V: Mensagem de um doador em um grupo do WhatsApp voltado à inseminação caseira, com grifos da autora para não identificar a pessoa.

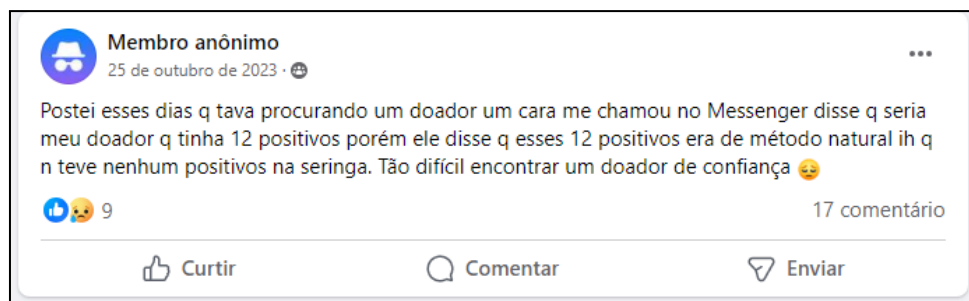
¹⁵ Doador, como são chamados homens cisgênero que realizam doação de semên para que mulheres e/ou casais realizem a inseminação caseira.



Fonte: Grupo no Aplicativo *WhatsApp*, 2024.

Após a escolha do doador, observou-se que as tentantes¹⁶ verificam com os doadores seus exames e, caso este esteja saudável, ou aparente estar saudável, combinam como será realizada a doação. É comum que as tentantes arquem com os custos de transporte e alimentação para que o doador se dirija até a cidade em que residem, mas há casos em que as tentantes se dirigem até a cidade dele. Nas conversas, também é comum que ambos/as estabeleçam o método para a realização do procedimento, seja pelo método da seringa¹⁷ ou pelo método “natural”.

Figura VI: Postagem realizada na rede social *Facebook*, em um grupo voltado à inseminação caseira



Fonte: Rede Social *Facebook*, 2024.

¹⁶ Como são chamadas, nos grupos do *WhatsApp* e *Facebook* voltados à inseminação caseira, as mulheres que estão tentando engravidar a partir da inseminação caseira.

¹⁷ Quando o doador coleta o sêmen em um potinho específico para coleta de exames, que é facilmente encontrado em farmácias, o casal utiliza uma seringa para aplicar o sêmen o mais próximo possível do colo do útero.

Relatos como esse acima exposto, a partir do que foi possível observar, são comuns nos grupos do *WhatsApp* e do *Facebook*, em que tentantes mostram sua indignação com os doadores que tentam forçar a utilização do método natural.

No dia marcado para a doação, geralmente o doador e a tentante ficam em quartos separados. O doador coloca o sêmen no frasco utilizado para exames. Posteriormente, o sêmen é colocado em uma seringa e inserido o mais próximo possível do colo do útero. Esse procedimento é muito criticado no ambiente médico.

Quando a gente pensa em inseminação, sabe que ela deve ser feita em laboratório e o sêmen deve passar por um processamento, que elimina fatores que podem trazer consequências graves à saúde da mulher. Na inseminação caseira, ela pode sofrer infecção no colo do útero ao injetar o sêmen por meio de uma seringa. Além disso, quem garante que os exames feitos pelo doador estão corretos? É difícil cancelar uma indicação para esse procedimento (Donadio, 2017 *apud* Tibúrcio, 2019, p.3).

Portanto, esse procedimento não é considerado seguro, uma vez que o material é manuseado em um local inadequado, podendo colocar a mãe e a criança em risco.

3. OS DIREITOS REPRODUTIVOS DE MULHERES SÁFICAS¹⁸ NA REGIÃO PARANAENSE DO VALE DO IVAÍ

O “Vale do Ivaí” é um termo popular utilizado com o intuito de delimitar um espaço geográfico que possui práticas econômicas similares envolvendo vários municípios da Região Norte do Paraná. O IBGE define esse local como região imediata de Ivaiporã/PR, que é a cidade em que se concentra o centro de atividades políticas e comerciais que são desenvolvidas pelos municípios vizinhos (Inácio, 2020).

O município de Ivaiporã/PR está localizado, portanto, na Região Norte do estado, em termos de saúde. Essa macrorregião conta com cinco regionais de saúde. Dentre elas, está a 22ª Regional de Saúde de Ivaiporã, que engloba 144.200 habitantes de 16 municípios (Paraná, 2000, s/p). As regionais de saúde possuem funções explicitadas em normativas próprias do estado do Paraná:

Principalmente através delas o Estado exerce o seu papel. Este papel é menos o de executar ações e serviços de saúde e mais de apoio, cooperação técnica e investimentos nos municípios e nos consórcios. Os municípios, isoladamente ou aglutinados em módulos intermunicipais, devem assumir todas as ações e serviços que possam por eles ser absorvidos. À Regional de Saúde cabe desenvolver a inteligência necessária para apoiar o município em todas as áreas e para influenciar na gestão das questões regionais, fomentando a busca contínua e crescente da eficiência com qualidade (Paraná, 2000, s/p).

De acordo com o explicitado anteriormente, a Regional de Saúde deve incentivar os municípios a buscar maior eficiência e qualidade dentro dos serviços prestados. Na mesma regional, há o Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS), que é uma

associação Civil sem fins lucrativos, com caráter permanente, deliberativo, consultivo, normativo, executivo e fiscalizador das ações de Saúde a nível secundário e terciário no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS, os 16 dezesseis) Municípios Sócios-Fundadores que o compõem (Ivaiporã, 2018, p.3).

O Consórcio Intermunicipal de Saúde, segundo seu regulamento interno, tem como atribuições:

[...] além daquelas previstas no seu Estatuto Social, a cooperação técnica na área de saúde entre os consorciados, visando à promoção, prevenção, recuperação e produção de ações de saúde pública assistenciais, prestação de serviços especializados de **média e alta complexidade**, exames laboratoriais, de imagem conforme previsto em estatuto (Ivaiporã, 2018, p.3).

¹⁸ “O adjetivo “sáfico”, um termo guarda-chuva que se difunde pelas redes sociais— ele engloba todas as mulheres que tenham atração, exclusiva ou não, por outras mulheres” (Liu, 2023, s/p).

O Consórcio Intermunicipal de Saúde de Ivaiporã conta com o Ambulatório Multiprofissional Especializado (AME), que atende as seis linhas de cuidado prioritárias no Estado do Paraná: “gestante, criança, idoso, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e saúde mental” (Ivaiporã, 2023, s/p). O AME atua para além das consultas, prestando também o “atendimento às equipes de saúde, através da interconsulta ampliada, onde são discutidos casos, condutas e critérios, para o aperfeiçoamento do cuidado compartilhado” (Ivaiporã, 2023, s/p).

Diante do exposto, é possível observar que a região de Ivaiporã, pertencente à 22ª Regional de Saúde do Paraná, conta com essas duas instituições de apoio para a efetivação do acesso universal à saúde, seja por meio desse suporte ofertado a partir da cooperação técnica, ou da prestação de serviços especializados no âmbito do Consórcio Intermunicipal. Entretanto, o quanto essas instituições contribuem para que os direitos reprodutivos sejam garantidos de maneira universal no território abrangido? As Leis Federais e Estaduais possibilitam que esses serviços sejam ofertados a toda a população, independente de raça, gênero, etnia e orientação sexual?

3.1. Percorso metodológico da pesquisa

Conforme explicitado, o presente trabalho contou, na primeira seção, com uma exposição acerca da composição sócio-histórica de família, partindo de uma concepção de interseccionalidade entre relações de gênero, raça e classe, definem as condições de enfrentamento, pelos indivíduos face às expressões da questão social. Também foram abordadas as relações sociais de sexo, papéis de gênero e sexualidade enquanto parte inerente do indivíduo.

Na segunda seção, foi composto por uma breve contextualização acerca do SUS, numa perspectiva ampliada de saúde, e também dos direitos reprodutivos definidos a partir da Constituição Federal (Brasil, 1988), bem como a reprodução humana assistida dentro do SUS.

A presente seção discorrerá sobre os direitos reprodutivos de mulheres sáficas na Região Paranaense do Vale do Ivaí, com base em elementos e informações levantadas por meio de entrevistas semiestruturadas com 1 gestor de

um município de pequeno porte I de um municípios da Região Paranaense do Vale do Ivaí, e uma representante da gestão de um município de pequeno porte II; uma enfermeira, profissional de Ambulatório Médico Especializado; um casal sáfico, composto por duas mulheres cisgênero residentes na abrangência da 22ª Regional de Saúde do Paraná. Também constam como base das reflexões e análise informações levantadas no processo de mobilização dos/as participantes das entrevistas.

As entrevistas foram abordadas na íntegra, de modo a apresentar confusões na utilização de termos pelos entrevistados, bem como possíveis reações, como risos, pausas, entre outros que ocorreram ao longo do processo.

3.2. Direitos reprodutivos na ótica da gestão de dois municípios da 22ª Regional de Saúde do Paraná

Com vistas ao atendimento dos objetivos da pesquisa, na primeira pergunta, para ambos/as os/as entrevistados/as, representantes das gestões municipais, foi solicitado para que se apresentassem, falando nome, identidade de gênero, pronome que preferem ser chamado, entre outras questões que ele/a julgasse pertinente, entretanto a pergunta gerou dúvida na representante da gestão do município de pequeno porte II, que na presente pesquisa será nomeada como “Maria” do município de “Rio Bonito”, como forma de preservar sua identidade e do município, que afirmou em sua resposta:

Eu me chamo [...], eu sou enfermeira, coordenadora aqui da atenção básica, né, do município de [...]. É... mulher, não sei, pronome normal (risos), ela, não que os outros não sejam, né? mas assim, não me caracterizo diferente, né? É isso. Não sei se tem mais alguma coisa (Maria, 2024).

A partir da resposta de Maria, que é enfermeira, é possível observar uma certa confusão acerca da identidade de gênero por parte da mesma. Cabe ressaltar que, neste caso, especificamente, o roteiro de entrevista, que contava com essa pergunta, foi disponibilizado anteriormente, conforme solicitado. No roteiro da entrevista, constava a pergunta “Identificação do/a participante: Nome, Identidade de Gênero, pronome que prefere ser chamado, equipamento a que pertence [...]”, ou seja, mesmo tendo acesso prévio às perguntas, não se atentou a buscar saber como

identificar seu gênero. Ademais, indica como isso pode ser recorrente, inclusive, por parte de profissionais e gestores/as que atuam na política de saúde.

Em sua apresentação, o secretário de saúde do município de pequeno porte I, que, para fins dessa pesquisa, será intitulado como “Alessandro” do município de “Goiabeira” afirmou que:

Meu nome é [Alessandro]. Eu sou Secretário de Saúde, de [Goiabeira] e sou formado em ciências contábeis, pedagogia, tenho pós-graduação nas duas áreas, na área de administração pública municipal também, e tenho mestrado em Gestão do Conhecimento nas organizações e atuo como professor universitário (Alessandro, 2024).

Posteriormente, em ambas as entrevistas foi solicitado aos/às entrevistados/as para que descrevessem suas principais atribuições. tem como principais atividades no seu trabalho:

[...] gestão financeira, gestão de pessoas e gerenciamento do sistema SUS completo, que é distribuição de cotas, é financiamento próprio do município para investimento em saúde pública, em prevenção, atenção básica, basicamente é isso (Alessandro, 2024).

Maria, por sua vez, descreveu da seguinte forma suas principais atribuições em seu ambiente de trabalho:

Aqui a gente faz parte de coordenação. Então tem as Unidades Básicas de Saúde, que daí tem uma enfermeira dentro da... das unidades, né? Que fica na parte assistencial e a gente faz a parte de gerência, né? De coordenação, ali. Então, a parte mais de organizar o processo de trabalho, ai faz tudo aqui, né? Questão de... prover o que precisa dentro da Unidade, em questão de equipamento, manutenção, tudo que eles precisam, desde processo de trabalho, até a parte estrutural (Maria, 2024).

Portanto, enquanto Alessandro gerencia a saúde do município como um todo, por ser secretário/a de saúde, Maria do município de Rio Bonito coordena a atenção básica.

Ao serem questionados/as, acerca do que compreendiam por direito reprodutivo, os/as entrevistados/as elencados/as protagonizaram os seguintes diálogos:

Pequeno porte I: Direito reprodutivo, na minha mente, seria o direito, não sei se seria o caso, mas garantir o direito do cidadão ter um filho(?).

Pesquisadora: ter ou não ter....

Pequeno porte I: Ter ou não ter, né? Ai é escolha dele (Alessandro, 2024)

Então, eu até pensei... Nossa, Meu Deus, é... a princípio assim, a gente pensa assim... direito reprodutivo é... é o direito de se reproduzir, ou seja, dois seres humanos formar outro, né? Mas tava até lendo ontem, mas... mas tem mais relação com o ato sexual em si, né? De duas pessoas sem fim de reprodução. Sinceramente a gente não para muito pra pensar nisso. Né? A gente espera que... que esteja tudo bem, que todos consigam atingir seu

objetivo de vida, independente de... da escolha que teve. Tanto que o SUS ele é porta aberta, né? Pra qualquer pessoa. SUS é a porta de entrada pra saúde... das pessoas, né? (Maria, 2024)

Diante dos diálogos, é possível observar que ao falar acerca do direito reprodutivo, a primeira relação que os/as entrevistados/as fizeram foi o de o indivíduo conseguir se reproduzir, ou seja, de gerar outra pessoa. Entretanto, por direito reprodutivo compreende-se também a prevenção, caso não seja de sua vontade o aumento da prole.

Com relação às políticas públicas voltadas ao direito reprodutivo nos municípios, a representante da gestão do município de pequeno porte II coloca que:

Não tem. Assim, especificamente não, porque normalmente isso é coisa que vem do Estado, né? Então o Estado faz... normatiza tudo isso, né? Então tem coisas que são a nível nacional, coisas que são a níveis estaduais. Então chega pra gente do Estado e a gente vai regendo algumas coisas parte do município sim, mas são coisas bem assim... é, a nível municipal mesmo, campanhas, né? Ações, assim, que a gente pode tá... tá fazendo independente do Estado, mas muita coisa vem de cima pra baixo (Maria, 2024).

Ao ser perguntado sobre o que vem do Estado, ela continua:

Especificamente relacionado a isso, por enquanto nada em específico, né? Porque... é igual eu te expliquei, se o paciente vai marcar uma consulta, ele vai marcar consulta. Se ele vai... se ele quer procurar pra fazer um teste rápido, ele vai onde tem teste rápido, se tem uma ação de hipertensão e ele é um hipertenso, ele vai participar do hipertensão. Se ele quer pegar um preventivo, uma camisinha, alguma coisa, tá lá na Unidade, é só ir lá e pegar, que fica lá exposto pra qualquer pessoa, né? Pra todo mundo pegar. Até adolescente, se quiser pegar. É... vai ter uma ação de, por exemplo, tem atividade física, é pra todo mundo, né? né, vai, as vezes assim, ah, eu quero chegar na UBS e eu quero... quero que me chame dessa maneira, ninguém vai se opor. Sabe, então assim, é... é... o SUS ele trabalha pelos princípios da universalidade, da equidade e da igualdade, então assim, não há nada em específico, mas também não há nada que exclua. Então, a minha visão é essa (Maria, 2024).

Em outro momento da entrevista, foi perguntado sobre a forma como ocorre a relação com o estado, quando é necessário algum encaminhamento. Maria, do município de Rio Bonito seguiu apontando a responsabilidade do Estado: “Tem que ter referência, se você tem hospital de referência contratualizado você consegue, se não você não consegue, né? Aí não é o município, mesmo. É o Estado” (Maria, 2024). Posteriormente, ela ainda foi questionada acerca do que o município tem de ações voltadas ao planejamento familiar, independentemente de vir do estado ou não. A representante da gestão colocou que:

Normalmente, é... é feito uma ação de planejamento familiar, uma no ano pelo menos, nas escolas, né? E ali fala um pouco sobre... sobre isso, né? Sobre esse assunto, é deixado... caixinhas para as pessoas fazerem perguntas, seja do que for, né? A gente dá essa abertura e também nas unidades a gente sempre divulga o que a gente tem de métodos contraceptivos, de... de prevenção de doenças, né? Então a gente tem essa ação dentro da Unidade, que também não se restringe a um público em específico. Todo mundo consegue ter acesso a essas informações. E na escola também, cê entra dentro de uma sala de aula, você tem várias... e ali a pessoa tem a oportunidade já.. de perguntar o que ela quiser, né? O adolescente tem a oportunidade de perguntar o que ele quiser. O profissional tá ali pra responder (Marial, 2024).

Segundo o/a entrevistado/a, não há políticas públicas específicas voltadas ao direito reprodutivo no município de pequeno porte II. Há apenas ações, que ocorrem pelo menos uma vez no ano nas escolas, porque deveria partir do Estado, pois o Estado normatiza. No título VII da ordem social, presente na Constituição Federal (Brasil, 1988), no capítulo VII, art 226, § 7º, sobre a responsabilidade do Estado com o planejamento familiar, consta “[...] conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal” (Brasil, 1996, s/p):

Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, **o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos para o exercício desse direito**, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas” (Brasil, 1988, s/p com grifos da autora).

Ou seja, o Estado não propicia recursos para o exercício desse direito e isso reflete no município, tanto que o representante da gestão do município de pequeno porte I coloca que:

Direito reprodutivo especificamente nenhuma. [...] a não ser, a que eu devo entrar, então pensei aqui agora, em relação à gestante, entra? Será que entra nesse aspecto, vocês? [...] Então, a gestante, cuidado com a gestante, é... é... Como que a gente fala, é pré-natal, é... humanizado, o parto, visitas guiadas, é garantia de todos os exames que são garantidos pela minha guia, que tem lá todas as fases da gestação, e depois a questão da vacinação, então.. que aí completa esse ciclo. Acredito que seria isso (Alessandro, 2024).

Ao ser questionado acerca da laqueadura ser realizada pelo SUS, o representante da gestão coloca que

Sim, completamente pelo SUS. Essa é uma garantia que a gente estabelece no município e que a gente cumpre rigorosamente.[...] hoje eu tenho uma... hoje eu não tenho nenhuma mulher em [Goiabeira] que está aguardando para fazer laqueadura. Todas que tinham a gente fez todas. Não tem ninguém para te dar prazo (Alessandro, 2024).

Em diálogos realizados no processo de mobilização dos/as participantes para a entrevista, Alessandro havia relatado que em alguns casos o município de Goiabeira oferecia transporte para casais que estavam realizando consultas para a realização do procedimento de inseminação artificial, ao ser questionado sobre isso na entrevista, ele coloca que:

Já foi ofertado o transporte, bem lembrado. Já foi ofertado o transporte. ai caso. Não é uma política, mas são situações que quando a gente, nós somos procurados, que a gente oferta aquilo que a gente tem condições de ofertar, de fato. Então transporte, quando às vezes casal está fazendo tratamento em Maringá, Londrina, a gente oferta transporte. Se esse paciente vem com algum tipo de pedido de exame de sangue, ultrassonografia, a gente também garante esse direito deles (Alessandro, 2024).

Desta forma, mesmo que o município de Goiabeira não possua uma política pública voltada especificamente para a questão dos direitos reprodutivos, ainda busca formas de auxiliar o paciente nesse processo.

Ao serem questionados/as acerca de políticas públicas voltados aos direitos reprodutivos da população LGBTQIAPN+, ambos/as informaram que não há nada específico para essa população nos municípios de Goiabeira e Rio Bonito. Em ambas as entrevistas, foi perguntado se os/as entrevistados/as já haviam ouvido falar do procedimento denominado inseminação caseira, ambos/as relataram que não. Após explicar, de maneira breve, do que se trata, foi questionado a eles se eles/as acreditam que a equipe de saúde estaria apta a realizar orientações aos/às pacientes que têm interesse em realizar esse procedimento, os/as entrevistados/as deram as seguintes respostas:

Então a equipe... Hoje (ênfático) a equipe não tem condição nenhuma de dar esse tipo de orientação. Até desconheço que exista isso. Acredito que isso pode trazer diversos tipos de doenças até, porque... Se você coleta em um potinho e faz uma, uma... Inseminação caseira é isso garante que você não tem conhecimento da pessoa que tá recebendo, né? então assim, não faz parte de política de saúde pública, pelo menos no município onde eu estou (Alessandro, 2024).

É, eu não sei se... se os médicos estariam aptos para falar sobre isso sem conhecer, né? Acho que teria que, né, ter alguma coisa nesse sentido, acho que principalmente por ser caseiro, né? Ai eu não sei, as vezes os médicos nem tem conhecimento, né? Sobre... Ai teria que ver toda a parte legal pra falar sobre isso, né? [...] Sobre o assunto... Se tem alguma coisa que os respalda, que dificilmente o médico vai falar de alguma coisa que ele não entende, né? E assim, isso em tudo, né? Acho que não só nesse assunto, mas tem muitos assuntos que o médico não... por exemplo, tem médico que não quer falar sobre covid. Sabe, ele entende que não tem propriedade pra falar, né? Então eu acho que é bem peculiar assim, isso, deveria ser, talvez, um médico nessa área, talvez, né? Daí não acho que haveria recusa assim, não (Maria, 2024).

Tanto no município de Goiabeira, quanto no município de Rio Bonito os/as representantes da gestão apontam que as equipes podem não estar aptas a realizar esse tipo de orientação, principalmente por ser um método caseiro. Alessandro ainda complementou:

Não é algo que eu, enquanto gestor, ou qualquer um na minha equipe possa dizer assim ó "Na cidade é proibido fazer isso", não, não é orientado, né? Que não existe política pra isso, não é seguro, né? Da mesma forma que a gente orienta "Utilize preservativo", né? mas a pessoa vai utilizar se ela quiser. Então, se chegar uma gestante, ela vai ser acolhida e atendida com os mesmos direitos, com as mesmas garantias que qualquer outra (Alessandro, 2024).

Alessandro também afirmou que apesar de não haver políticas públicas voltadas especificamente à reprodução, caso a gestação chegue a acontecer, ela terá o mesmo direito ao pré-natal.

Vale ressaltar que apesar de não se ter nada concreto acerca dos direitos reprodutivos da população LGBTQIAPN+ no âmbito do SUS, que os municípios e os indivíduos seguem se desdobrando, e em muitos casos até colocam em risco a própria saúde, para cobrir as lacunas deixadas pelo Estado.

3.3. Direitos reprodutivos a partir da ótica de profissional do Ambulatório Médico Especializado (AME)

Primeiramente na entrevista foi apresentada a temática da pesquisa e realizado o agradecimento à participante por ter aceitado participar da entrevista. Posteriormente foi solicitado que se apresentasse, bem como seu local de atuação. De modo a não expor o nome da profissional técnica, será utilizado o nome "Karla".

Meu nome é [Karla], eu sou enfermeira e coordenadora do AME, que é um serviço que presta atendimento às linhas de cuidado nos casos de alto risco para 16 municípios aqui da região. Esse serviço, o AME é um ambulatório que está vinculado ao Consórcio Intermunicipal de Saúde de Ivaiporã e ele funciona também com recursos estaduais, através de um convênio que nós temos com o Estado, que é o QualiCIS. Então atendemos aqui as linhas de cuidado de gestante, criança, hipertensão, diabetes, idoso, saúde mental e autismo. São essas sete linhas de cuidado. Então, os 16 municípios, as equipes são 70 e poucas equipes. Elas estratificam os pacientes, então, tem critérios já padronizados. E quando esses pacientes são considerados de alto risco, aí eles vêm para cá. E em cada uma dessas linhas nós temos uma equipe multiprofissional formada por médico especialista, enfermeira, assistente social, psicóloga e nutricionista e no caso do idoso, também farmacêutico. E no caso do autismo a gente tem T.O. Então esse paciente

vem e passa por todos esses profissionais no mesmo dia. E aí depois ao final do dia, eles discutem o caso (Karla, 2024).

Portanto, o AME não é um serviço vinculado à 22ª Regional de Saúde, mas sim vinculado aos 16 municípios que aderiram ao Consórcio Intermunicipal de Saúde, apesar de serem os mesmos municípios de abrangência. O CIS, assim como o AME, não são vinculados ao Estado, apesar de receber recurso a partir de um convênio.

Ao ser questionada acerca de sua concepção de direitos reprodutivos, Karla (2024) apontou que:

Olha, é... Para gente, eu sou formada já há 20 e poucos anos. Eu acho que, na verdade, o tema é sempre o mesmo, mas às vezes ele é melhor trabalhado. Então, independente de gênero, eu acho que o fato da pessoa tanto ser bem assistida durante a gestação, no parto, com respeito e ter acesso a educação em saúde, nesse caso a métodos contraceptivos, quando ela precisa é muito importante. A gente vê essa, essa falha realmente, às vezes, nesse nesse acesso a essa informação, ainda em todas as pessoas, né? (Karla, 2024).

Karla traz sua concepção de direito reprodutivo abrangendo tanto a questão da concepção, quanto da prevenção. Quando a entrevistada aponta que independente do gênero, que ela precisa ser bem assistida durante a gestação com respeito e ter acesso a educação em saúde, é possível perceber, mesmo que de maneira sutil, a relação com o conceito ampliado de saúde, que vai além do tratamento da doença, que no caso do AME que abrange a temática desta pesquisa, seria a gravidez de alto risco, mas é preciso trabalhar também o acesso à educação em saúde. Com relação a políticas públicas voltadas ao direito reprodutivo da população LGBTQIAPN+, a entrevistada afirma que:

Própria, que a gente saiba, não. Mas aqui, é... Nós temos vários casos onde a gente tem casos, é.. Bem sucedidos. Inclusive nós tivemos um caso de uma gestante recentemente, lembrando de um aqui, ela é lésbica, e usuária de droga, e aí, por conta do excesso, um dia de drogadição, ela acabou engravidando e ela não aceitava. Então, a gestação. Aí ela veio para cá e a equipe aqui, ela trabalha com metas terapêuticas. Então no caso dessa pessoa, por exemplo, primeiro a gente precisava trabalhar o abuso de drogas, mas, em todos os... os comportamentos que a gente aborda, nós nunca impomos nada. Então a gente conversa com a pessoa para aquilo que ela esteja disposta a mudar. E no caso dela, então ela fez um pacto, né? De ir reduzindo o uso até que ela cessou o uso da droga durante a gestação. E foi muito interessante vê-la vivendo a maternidade mesmo, sabe? Foi uma história bem bonita. A gente sempre escolhe aqui alguns casos para gestão de caso, em que a gente discute esses casos e quando a equipe apresentou, eles apresentaram fotos, porque aí, como aquilo fez bem para ela essa gestação, né?

E aí no final tinha uma foto do Instagram que ela tinha permitido mostrar que mostrava a bebezinha. E aí eu não esqueço da frase que ela colocou: Você

nasceu de mim e eu renasci de você. E aí ela se interessou por amamentar a menina. Então, apesar de não ter nada específico, a equipe tem muito jeito para lidar com isso, sabe? Eu acho que a equipe, principalmente essa equipe da gestante, né? Ela é muito bem preparada. Agora, esses outros casos, os de inseminação, eles geralmente não vêm para cá, pro o SUS, talvez porque já sejam casos que procuram uma especialista na rede particular, então a gente não tem tanto acesso (Karla, 2024).

Como os/as profissionais do Ambulatório Médico Especializado não atendem diretamente a população, primeiro é preciso passar por uma dentre as mais de 70 equipes, e por nesse caso especificamente, atender apenas gestantes estratificadas como alto risco, é compreensível não se ter uma política específica voltadas aos direitos reprodutivos da população LGBTQIAPN+, mas apesar da ausência das políticas públicas, a equipe está preparada para atender esse tipo de situação.

Ao ser indagada sobre conhecer o procedimento de inseminação caseira, ela afirmou que desconhecia o assunto, após uma breve explicação acerca da temática, ela apontou:

É muito novo isso realmente, olha... A gente... eu não sei se as meninas, né, específicas da linha da gestante é... já ouviram falar disso... mas eu, é a primeira vez. Inclusive, quando eu li no termo aqui eu ia te perguntar o que que era. Que incrível (Karla, 2024)

Posteriormente ela foi questionada sobre a método utilizado para conceber a criança, se interferia no tratamento, ou se era questionada de alguma forma durante os atendimentos, foi obtida a seguinte resposta: “não interfere em nada, né. A única questão seria mesmo a... essa... história né, totalmente desconhecida depois, né, de um lado do... da paternidade, né? No caso né, que não sabe a história pregressa de doenças, né? Isso é um risco” (Karla, 2024).

A profissional entrevistada reforçou a necessidade de a equipe conhecer mais acerca da inseminação caseira, pois é bem provável que comecem a surgir casos no ambulatório que as pessoas contem essa história, a profissional ainda reforçou que é preciso que “a gente conheça mais, se prepare melhor, para que essas pessoas sejam melhores assistidas e não precisem se arriscar para ter um filho” (Karla, 2024).

3.4. A realização de um sonho? Direitos reprodutivos na Região Paranaense do Vale do Ivaí a partir da ótica de um casal sáfico

A entrevista foi realizada com duas mulheres cisgênero, residentes na região paranaense do Vale do Ivaí, em um dos 16 municípios abrangidos pela 22ª Regional de Saúde do Paraná, que realizaram inseminação caseira e a partir do procedimento uma delas deu à luz ao primogênito. Para facilitar a nomenclatura sem expor nenhuma das duas, serão utilizados o nome “Margarida” para a mãe que gestou a criança e o termo “Girassol” para a que não gestou a criança.

Após apresentação da temática do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi solicitado que elas se apresentassem e que contassem um pouco da sua história, em determinado momento da história elas colocaram sobre a vontade de exercer a maternidade

é.. acho que mais ou menos três anos a gente sonhou em ter um filho mas.. para isso tivemos que buscar bastante informação, correr atrás. Porque querendo ou não era algo pouco conhecido, né? Até pra gente mesmo. Porque a tal da... da adoção é bem mais complicado. é... então fomos procurando uma alternativa, vamos dizer assim. Ai até encontramos uma clínica que fazia inseminação, só que o valor era... puxado, na verdade né? Acho que era quatorze mil para uma tentativa. E se não desse certo, seria mais quatorze mil. Aí, quando ficamos sabendo desse pequeno detalhe, vamos dizer assim, foi tipo um... um choque, né?. Ai tipo assim, parecia que nosso sonho tinha morrido ali. Porque não tinha, não tinha condição de pagar esse valor alto (Margarida, 2024).

A dificuldade de acesso a processos de reprodução humana assistida devido ao alto valor cobrado em clínicas particulares e a burocracia do processo de adoção fez com que o sonho de ter um/a filho/a parecesse algo distante. Mesmo que o processo de adoção fosse facilitado, é direito da pessoa optar por gestar seu/sua próprio/a filho/a. Apesar dos “pequenos detalhes” apontados pela entrevistada, elas não se deixaram abalar e seguiram com as pesquisas

[...] só que daí na persistência, a gente foi investigando né? procurando saber e foi aonde eu encontrei um grupo no *facebook* sobre inseminação caseira e comecei, é.. as mulheres comentando que tinham feito, que tinha dado certo, que tinham doadores que eram de confiança e tinham uns que não eram, que chegava na hora e queriam fazer da forma natural. E fui analisando isso daí entrei em contato com uma das administradoras que me indicou dois da região mais próximo, né? daí entrei em contato com os dois na verdade, conversei com os dois, conheci um pouco da história dos dois, conversei com algumas meninas que eles já tinham feito essa inseminação caseira, já tinha feito essa doação de semen e acabei é... tendo mais afinidade com um deles. Aí a gente foi conversando, conversando, aí marcamos um dia para

ele vim aqui pra cidade é.., daí a gente só tinha que arcar com o custo da viagem, da alimentação, e da hospedagem dele aqui. É.. até que ele não teve contato com a [gestante], eu mesmo que ia lá e buscava só o o material mesmo, sêmen no potinho higienizado que eu mesmo levava e vinha em casa e eu mesmo inseria na seringa, nela. Fizemos isso... três vezes durante uma semana. Aí ele foi embora (inaudível). Esperamos mais uns 15 dias, aí cheguei em casa e ela tava em casa, trouxe um teste de farmácia, dei pra ela e fui acender a churrasqueira para fazer o churrasco hahaha mas a gente não tava imaginando que ia dar de primeira, sabe? porque, é... a gente não fez exame dela, nem exame nada, sabe? de saber a possibilidade, se estava tudo certo com ela ou não, ela não tinha tomado remédio nenhum... pra... pra ajudar a estimular. Então, tipo assim, quando (inaudível) farmácia nem a gente acreditou. A gente ficou em choque, tipo, ah, não é possível que deu, que deu certo de primeira. Então eu falei, então amanhã você vai e faz o de sangue. Ai.. ficou né, naquela ansiedade até sair o... o resultado. Acho que saiu por volta do meio dia né amor? (Margarida, 2024)

Meio dia (Girassol, 2024)

G: E era verdade... Tinha dado assim de primeira. Um sonho se realizando aí, né? (Margarida, 2024).

As entrevistadas trouxeram todas as etapas sobre a inseminação caseira, desde a procura no grupo do *Facebook*, até o tão sonhado positivo. Sobre o procedimento, é possível pensar sobre a falta de assistência médica durante o processo, uma vez que no caso das próprias entrevistadas, Girassol não realizou nenhum tipo de exame ou acompanhamento até realizar o procedimento, o que poderia ocasionar algum dano para a gestante ou para o/a bebê que estava por vir.

Após o anúncio do sonhado positivo, as entrevistadas foram questionadas acerca do pré-natal, se houve em algum momento perguntas invasivas por parte da equipe de saúde e como foi o acolhimento, à gestante apontou que

Então, na verdade foi boa, assim, sabe? Não.. não tiveram muitas perguntas, na verdade eu que perguntei porque saiu muito boato sobre, em relação ao pai da criança, que eles.. que teriam que fazer exame, essas coisas. É o pai e a mãe no caso, daí eu que cheguei a perguntar, só que daí falaram que não tem essa questão não. É caso a mãe queira que o pai participe, só que no nosso caso não teve nem pergunta de pai, nada assim, na verdade eles falou assim que isso não interessava, só se a gente quisesse falar, mas se não, que eles não iam perguntar nada não (Girassol, 2024).

Cabe ressaltar a ética e o acolhimento por parte dos/as profissionais de saúde de não perguntar sobre o pai da criança e orientar sobre a realização dos exames, caso a gestante quisesse. Em conversas realizadas durante a mobilização de participantes para a entrevista, as mães comentaram que tinham entrado com um processo solicitando a dupla maternidade, na entrevista quando questionadas sobre

como havia sido o processo elas trouxeram que o processo ainda se encontra em análise e explicaram o processo:

Na verdade foi assim... como pegou final de ano.. na verdade o fórum do Paraná inteiro, do Estado, ele não tem acho que muito costume com isso, entendeu? É, então, tipo assim, ficou bem enrolado, ficou uns par de tempo parado o processo, aí quando chegou na mão do juiz daqui, é... que é o juiz da área cível, ele não quis julgar o processo, ele falou que não cabia a ele, que seria a vara da família. É, em certo ponto foi até bom porque minha advogada entrou com uma reclamação sobre o juiz pela demora no processo, porque o processo iniciou em maio e até final do ano, começo do ano não tinha movimentado ainda, sabe? e ela já tinha pegado vários outros processos, questão de dois meses, três meses no máximo, já tinha saído o... o resultado do processo, né? Geralmente os juizes eles aceitam, né? Só que esse, ele não quis dar, foi até bom, porque, como a advogada fez lá reclamação sobre ele, foi até bom ele não julgar. Aí ele jogou para a vara da família agora. Parece que tem um prazo de 10 dia para analisar e julgar o caso (Margarida, 2024).

A demora no julgamento do processo fez com que o recém-nascido tivesse apenas o nome de uma das mães no registro de nascimento. Durante a entrevista, elas até relataram que a maior dificuldade em todo o processo, desde a realização da inseminação caseira, foi a preocupação com o registro da criança.

Sim, é porque eu não queria registrar ele sozinha na verdade, sabe? Eu queria que desse certo pra fazer... pra esse processo dar tudo certo, porque eu não... como eu e ela tá junto desde o início já, tudo os plano, tudo as coisa, tudo junto, eu não achava justo registrar eu sozinha, ele. Eu queria que ela tivesse junto até nesse momento da assinatura, porque ela também é mãe. Ela também participou de tudo o processo do bebê, então nada mais que justo que ela tá presente na hora da assinatura do registro também. E eu tive que registrar sozinha por conta do processo que não deu certo ainda (Girassol, 2024)

Ambas são mães, elas planejaram o procedimento juntas, escolheram o doador juntas, passaram pelo processo de gestação juntas, mas mesmo assim não conseguiram registrar o filho com o nome de ambas as mães, mesmo que considerando o período que elas entraram com o processo para a dupla maternidade até a data de realização da entrevista tenham se passado quase dez meses. Sobre a demora, a gestante aponta

[...] teve bastante tempo, né? Porque que não...não passaram logo pra outro? Porque é um bebê também, é um bebê que precisava sair com o registro né? Então podia ter mandado isso... já que não queria julgar, que tinha muita coisa, que mandasse logo o papel, não precisava é... mandar uma reclamação, um papel de reclamação pra eles pode enviar o papel da gente pra outro lugar pra julgar (Girassol, 2024).

Aproveitando que estávamos abordando acerca da parte jurídica do processo, foi perguntado a elas se havia algum documento que garantisse que o doador não viria querer exercer a paternidade posteriormente, solicitar a guarda compartilhada, ou algo nesse sentido.

Na verdade até dizem que tem um documento mas perante a justiça esse documento ele não vale de nada, o que vale é o sangue. Então é até por isso que a gente teve que analisar bem o doador, conversar com outras mãe já que tiveram ele como doador pra ver se ele num tentou interferir, né? Na criação da criança, ou alguma coisa assim do tipo. Então a gente já pegou um doador que ele é bem, vamos dizer assim, ele é bem profissional no que faz, ele doa, se quiser, tipo assim, mandar uma foto da criança pra ele pra ver a criança, essas coisas, eu mando, se não, ele não procura, ele não... Apenas doa. Até porque, quando conversou com ele, que a [Margarida] conversava com ele bastante, ele era casado, ele tinha mais filho com a mulher dele, ele e a mulher dele aceitava numa boa, assim, sabe? A opinião dele assim, ela não se envolvia, mas ele é até casado, ele tem os filhos dele com a mulher dele e tudo. Ele faz pra ajudar mesmo (Gestante, 2024).

Portanto, não há nenhum respaldo jurídico, segundo as entrevistadas, que vá garantir que o doador não tenha direito a exercer a paternidade dessa criança posteriormente, nem mesmo que essas mães não virão a solicitar pensão alimentícia do doador, por exemplo. Todo o processo é baseado na confiança depositada nas pessoas conhecidas nesses grupos, tanto com doadores, quanto com outras tentantes que realizaram inseminação caseira com o doador e que o “indica”.

Posteriormente, foi questionado acerca da reação da família com a realização desse procedimento que é pouco conhecido, ela relatou que:

Na verdade, acho que a família dela não especulou tanto, já a minha mãe tinha muito medo do doador querer alguma coisa assim, entendeu? Minha mãe ficou bem preocupada com isso. Até que quando a gente fez a inseminação, a gente não contou pra ninguém que ia fazer já. A gente contava que tinha os planos, tudo, mas nunca falava a data né? Então quando a gente fez a gente não contou pra ninguém, a gente esperou tudo, fazer o exame de farmácia, depois a gente fez o de sangue pra depois a gente contar. Fizemos uma surpresa pra minha mãe e pra mãe dela, cá vó dela também. Então foi... pra eles foi um... minha mãe só olhou pra mim assim, mais já? (risos) falou nada... Só que tipo assim, ficou feliz. Minha mãe, era o sonho dela, né? Que eu sou a mais velha, a mais nova ta fazendo faculdade, então ela tem as prioridades dela agora e acho que ela também não tem muito sonho de ter filho tão cedo e minha mãe já tem uma certa idade, entendeu? Vamos dizer assim, então minha mãe, era o sonho dela... Hoje o nenê é o xodó de todos eles [...] Eu acho que também, tipo assim, eu acho que o que deixou mais a família mas... como vamos dizer, mais contente assim, é porque pra gente era um sonho, só que era um sonho meio difícil de conquistar, né? De se realizar, de alcançar ali, então, tipo assim, é ... a gente queria, e eles sonhavam junto com a gente, mas na verdade eles achavam muito difícil, né? de conseguir realizar esse sonho. Então, tipo

assim, foi um choque pra eles todos assim, de começo, mas um choque bom, né? (Margarida, 2024).

O sonho de toda uma família parecia inalcançável, tanto pelo valor cobrado para a realização quanto pela ausência de políticas públicas que efetivem o que a legislação prevê acerca do planejamento familiar.

Uma das questões levantadas na entrevista diz respeito a como foi o processo de escolha de quem iria gestar a criança, uma vez que o relacionamento é composto por duas mulheres cisgênero, o critério para a seleção foi a demanda de trabalho

Na verdade, não, na verdade, tipo assim... eu também tenho o sonho, né? Falei isso pra ela, e o mesmo sonho que ela tem, só que no momento, por causa do meu serviço, que querendo ou não tá me uma fase meio, é... não complicada, mas... eu sou presidente de uma cooperativa, então, tipo assim, no momento pra mim ficaria mais difícil, sabe? Muita coisa pra resolver, muita documentação, muitas coisarada. Então, pra mim se afastar no momento ficaria difícil, ia prejudicar mais pessoas no serviço. Então a gente decidiu por ela... agora e, se Deus quiser, daqui uns quatro anos, eu vou tentar daí (risos) (Margarida, 2024).

Apesar de ambas terem o desejo de exercer a maternidade, as duas também sonham em gestar a criança, portanto a alternativa que escolheram foi de uma das mães gestar a primeira criança e outra a segunda. Após essa resposta, foi questionado se elas pretendiam realizar o procedimento de inseminação caseira novamente para a concepção do/a próximo/a filho/a e responderam, em coro, um sim.

Mesmo que atravessada pela questão social, é a família quem “cobre as insuficiências das políticas públicas” (Mito, 2010, p.168), nessa perspectiva, compreendendo a família composta pelo casal, que ignoraram todos os “pequenos detalhes”, conforme trazido pelas entrevistadas, como o valor inacessível para a realização da fertilização *in vitro* e a ausência de políticas públicas que garantissem o procedimento pelo Sistema Único de Saúde, para gestar seu sonho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho buscou refletir acerca dos direitos reprodutivos previstos na legislação brasileira, e se esses direitos são garantidos a indivíduos que se enquadram na sigla LGBTQIAPN+, especificamente a mulheres que se encontram em relacionamento sáfico residentes na área de abrangência da 22ª Regional de Saúde do Paraná.

Na primeira seção foi abordado o conceito de família, considerando-a enquanto resultado de um processo histórico, que em um primeiro momento surge em um sistema matriarcal, com o livre exercício da sexualidade em que todos os indivíduos, independente de sexo, eram responsáveis pelos cuidados das crianças até que com o surgimento do capitalismo, com a noção da propriedade, os relacionamentos passam a ser monogâmicos, o patriarcado se instaura entre os homens que têm interesse em proteger suas propriedades. Desta forma, a família deve ser considerada um elemento ativo, em constante transformação e que recebe influência do espaço geográfico a que pertence, bem como da classe social, raça, entre outras questões que incidirão sobre a forma que a família vivenciará as expressões da questão social.

Conforme explicitado na primeira seção, a monogamia e a dominação do homem sobre a mulher são frutos do sistema capitalista, questões essas que são fundamentais para a manutenção desse sistema, pois, enquanto há o trabalho não remunerado de mulheres que detêm duas, três ou mais jornadas, trabalhando fora cuidando dos/as filhos/as e da casa e, se possível, reservem um tempo para o autocuidado e capacitação, o capitalismo se apropria da sobrecarga delas para gerar lucro. A forma com que cada mulher e/ou família vivenciará as expressões da questão social dependerão de sua raça, gênero e classe.

Ainda na primeira seção, foi realizada uma contextualização do/a leitor/a acerca da diferença entre sexo, gênero e orientação sexual, alinhada também com a intersecção de gênero, raça e classe, conforme estabelecido nos objetivos do presente trabalho de conclusão de curso.

Na segunda seção foi abordado o Sistema Único de Saúde, como resultado no movimento da reforma sanitária, que compreende o conceito ampliado de saúde,

considerando não apenas como ausência de doença, mas como o bem-estar físico, mental e social do indivíduo.

Na sequência da segunda seção, foi abordada a definição de direitos reprodutivos, junto a uma breve retomada histórica do processo de implementação dos direitos voltados à reprodução e anticoncepção na legislação e, conseqüentemente, no SUS. Como sub item, para abranger os objetivos propostos pelo presente trabalho, foi abordada a reprodução humana assistida no âmbito do SUS, as especificidades de cada hospital e os critérios que os/as pacientes devem cumprir para serem atendidos/as. De modo a facilitar a distinção entre os critérios estabelecidos por cada um dos hospitais foi construída uma tabela, de modo a sistematizar os dados encontrados.

Referente aos dados localizados nos sites que receberam recursos do Governo Federal, conforme levantados na seção 2, fica evidente que o acesso a esses serviços não ocorre de maneira universal dentro do Sistema Único de Saúde brasileiro, visto que os serviços são restritos a cinco estados brasileiros.

Outro ponto a ser destacado é que, mesmo nos estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos de reprodução humana assistida no âmbito do SUS que receberam recurso financeiro a partir de um único, com base na Portaria nº 3149 de 2012, há dificuldade no acesso aos dados, mesmo nos sites oficiais das instituições, que em sua maioria, divulgam poucas informações acerca dos critérios que o/a paciente deve atender para entrar na fila para o atendimento, o território de abrangência para a realização dos procedimentos, entre outras questões. Especificamente o Hospital das Clínicas da UFMG e o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP sequer abordam em seus sites que realizam esses procedimentos, entretanto, ao entrar em contato telefônico, a pesquisadora foi orientada que deveria ser caminhado e *e-mail*, entretanto, não foi respondido até a data de entrega do presente trabalho.

Desta maneira, fica evidente a dificuldade dos/as pacientes acessarem o serviço, seja em decorrência do local de residência, ou pela falta de informações, tanto nos sites oficiais dessas instituições, quanto pela ausência de uma quantidade maior instituições que realizem os procedimentos referentes à Reprodução Humana Assistida, no âmbito do SUS, e que tenham estrutura física, de recursos financeiros e recursos humanos para atender todos os estados brasileiros.

Na última seção, foram abordadas as entrevistas realizadas no decorrer da pesquisa, de modo a indicar as políticas públicas voltadas a mulheres que se encontram em relacionamento sáfico e que residem em um município de abrangência da 22ª Regional de Saúde do Paraná. Para isso, foram realizadas entrevistas com um secretário de saúde de um município de pequeno porte I e uma representante da gestão de um município de pequeno porte II, foi realizada entrevista com uma profissional técnica do Ambulatório Médico Especializado, pertencente ao Consórcio Intermunicipal de Saúde, e também com um casal composto por duas mulheres cisgênero que se encontram em um relacionamento.

Ao se tratar dos direitos reprodutivos no âmbito do SUS, fica evidente o desconhecimento dos/as representantes da gestão dos municípios de pequeno porte I e pequeno porte II acerca da temática, principalmente se relacionando especificamente aos direitos reprodutivos da população LGBTQIAPN+, bem como a ausência de políticas públicas que atendam às demandas de casais sáficos acerca dos direitos reprodutivos, especificamente voltados reprodução, conforme estabelecido pela Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que estabelece: “Art. 9º Para o exercício do direito ao planejamento familiar, **serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos** e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção” (Brasil, 1996, grifos da autora do presente trabalho).

A ausência de políticas públicas voltados aos direitos reprodutivos de casais sáficos residentes na área de abrangência da 22ª Regional de Saúde do Paraná é reflexo da ausência de políticas públicas em nível de Estado, uma vez que os municípios podem recepcionar essa demanda, entretanto não possuem hospitais referenciados para o encaminhamento desses pacientes.

Diante da ausência de políticas públicas voltadas à reprodução humana assistida no âmbito do SUS na 22ª Regional de Saúde do Paraná as famílias compostas por casais sáficos que têm o sonho de gestar uma criança precisam se organizar para isso, seja com recursos financeiros para a realização de procedimento de reprodução humana assistida em unidades privadas ou por outras formas como, por exemplo, a inseminação caseira.

O procedimento conhecido como inseminação caseira não é aprovado pelo Conselho Federal de Medicina, uma vez que pode trazer danos à saúde das

peças que realizam o procedimento, uma vez que não há garantia dos históricos de doenças do doador. O processo até a realização da inseminação caseira também causar danos físicos e psicológicos para as “tentantes”, uma vez que é recorrente nos grupos do *WhatsApp* e *Facebook*, conforme abrangido durante o trabalho, que alguns doadores incentivem o método “natural” para a realização e isso pode gerar um desconforto no casal.

Para a conclusão deste trabalho houve diversas adversidades, como desistência da participação do homem cisgênero que realiza doação de sêmen para casais que estão realizando tentativas de inseminação caseira. Tal desistência marcou muito, uma vez que o doador, que segundo seu próprio discurso, se empenha tanto para a realização do sonho dessas mulheres, mas propôs que a pesquisadora se passasse por tentante para prestar falso testemunho a outra mulher para que ele conseguisse realizar a doação. Coincidentemente, ou não, após a negativa da pesquisadora, ele relatou que não teria tempo para a realização da entrevista.

Cabe ressaltar aqui que a adoção é uma das possibilidades de casais heterossexuais, homossexuais ou até mesmo de uma única pessoa exercer a maternidade/paternidade, entretanto, partindo da concepção de que cada indivíduo é único, tem suas próprias vontades, angústias e sonhos, não é possível impor a adoção enquanto um único caminho para a realização desse sonho. Deve ser considerado o sonho do indivíduo em gerar seu/sua próprio/a filho/a, como foi levantado na entrevista com o casal sáfico, que apontou que a primeira gestação foi no ventre de uma das mulheres do casal, e que planejam que a segunda gestação seja no ventre da outra integrante do casal, pois ambas têm o sonho de gestar.

Diante do exposto no decorrer do presente trabalho, é visível a ausência de políticas públicas que efetivem o que a legislação brasileira propõe acerca do planejamento familiar, principalmente no que diz respeito à reprodução humana assistida e o que há de serviços prestados nesse sentido não abrangem todo o território nacional, ou seja, não cumpre o princípio de universalidade proposto pelo SUS, em alguns casos essas informações mal são publicizadas, dificultando ainda mais o acesso a essas políticas.

É nítido o esforço por parte das famílias que realizam o procedimento de inseminação caseira, que se organizam como podem, que se colocam em risco ao

utilizar de um procedimento sem comprovação médica para ter acesso a um direito que deveria ser provido pelo Estado. Ademais, fica nítido também que o acesso aos direitos reprodutivos perpassa ainda mais empecilhos quando se coloca como demanda de pessoas integrantes da classe trabalhadora, com menor poder aquisitivo, reafirmando a interlocução entre questões de gênero e classe, as quais também são adensadas pelas questões étnico-raciais, especialmente no contexto da formação sócio-histórica brasileira. Outrossim, dada a limitação de tempo e condições objetivas, tem-se ciência da necessidade de ampliação das reflexões e análises que circundam o objeto da presente pesquisa, todavia, tal tarefa poderá ter continuidade em novos projetos futuros, no âmbito de curso de pós-graduação *lato sensu* ou *stricto sensu*.

Para a pesquisadora, a pesquisa chegou a resultados distintos do que se imaginava a princípio, assim como diversos outros fatores surgiram no decorrer do processo, que podem ser utilizados em projetos futuros, tanto em uma perspectiva acadêmica, em seu próprio projeto de vida, e enquanto bandeira de luta, pois enquanto mulher cisgênero, sáfica e futura assistente social, é fundamental defender que todos/as tenham acesso ao planejamento familiar, independente de classe, gênero, raça e sexualidade.

REFERÊNCIAS

- Ambulatório Multiprofissional Especializado (AME). **CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde 22ª R.S. de Ivaiporã**, 2023 . Disponível em: <https://www.cisivaipora.com.br/qualicis-ame.php>. Acesso em: 30. Set. 2023.
- AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. Democracia é Saúde. **Anais 8ª Conferência Nacional de Saúde**, 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 35-42. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0219VIIIcns.pdf>. Acesso em: 26. ago. 2023.
- ARRUZZA, Cinzia; BHATTACHARYA, Tithi; FRASER, Nancy. **Feminismo para 99%: Um manifesto**. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2019.
- ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para a política de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, sup. 2. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/q9MctdsGhp3QSKspjfPt5Rx/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 30. Set. 2023.
- BARROCO, Maria Lucia Silva; TERRA, Sylvia Helena. **Código de ética do (a) assistente social comentado**. São Paulo: Cortez, 2014.
- BIROLI, Flávia. **Família: Novos conceitos**. Coleção o que saber. Fundação Perseu Abramo. São Paulo, 2014. Disponível em: <https://redept.org/uploads/biblioteca/colecaoquesaber-05-com-capa.pdf>. Acesso em: 30. Set. 2023.
- BRAGA, Eliane Rose Maio; RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. Palavras, “Palavrões”: Um estudo sobre a repressão sexual a partir da linguagem empregada para designar a genitália e práticas sexuais, na cultura brasileira. **31ª Reunião Anual da Anped**, [s. l.], 2008. Disponível em: <https://www.anped.org.br/biblioteca/item/palavras-palavroes-um-estudo-sobre-repressao-sexual-partir-da-linguagem-empregada>. Acesso em: 12 fev. 2024.
- BRASIL, Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. **TÍTULO VIII: Da ordem social. Capítulo VII da família, da criança, do adolescente e do idoso**. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=3C6D8113241FD6DFA5F02D412DA1BF1E.node1?codteor=199506&filename=LegislacaoCitada+-PL+3005/2004#:~:text=226.,civil%2C%20nos%20termos%20da%20lei.>. Acesso em: 30. Set. 2023.
- BRASIL, Constituição (1988). Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei 9.263 de 12 de janeiro de 1996. **Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências**. Brasília, 12 de janeiro de 1996; 175º da Independência e 108º da República.
- BRASIL, 2004. Ministério de desenvolvimento social e combate à fome. **Política Nacional de Assistência Social (PNAS)** - Brasília, Secretaria Nacional de Assistência Social. Disponível em:

https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PN_AS2004.pdf. Acesso em: 30. Set. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos**: uma prioridade do governo/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf. Acesso em: 30. Set. 2023.

BRASIL, Presidência da República, Secretaria-Geral, Subchefia para Assuntos Jurídicos. **LEI Nº 14.443, DE 2 DE SETEMBRO DE 2022**. Altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2. Set. 2022. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Lei/L14443.htm#art2. Acesso em 17. Mar. 2024.

BRASIL, Ministério de Estado da Saúde. **PORTARIA Nº 3.149, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2012**. Fica destinado recursos financeiros aos estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos de atenção à Reprodução Humana Assistida, no âmbito do SUS, incluindo fertilização in vitro e/ou injeção intracitoplasmática de espermatozoides. Diário Oficial da União< Brasília, DF, 28. Dez. 2012. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3149_28_12_2012.html#:~:text=Fica%20destinados%20recursos%20financeiros%20aos,ou%20inje%C3%A7%C3%A3o%20intracitoplasm%C3%A1tica%20de%20espermatozoides. Acesso em: 30. Set. 2023.

CARLOTO, Cássia Maria. O conceito de gênero e sua importância para a análise das relações sociais. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 3, ed. 2, p. 201-213, 2001. Disponível em: <https://www.uel.br/revistas/ssrevista/n2v3.pdf#page=83>. Acesso em: 12 fev. 2024.

CARVALHO, Nathalia Souza; SOUZA, Steffany Daisy Texeira; OLIVEIRA, Thais Maria Costa de; SOUZA, Rosiane Costa de. SAÚDE PÚBLICA, DIREITO REPRODUTIVO E SERVIÇO SOCIAL: o exercício profissional na Clínica Obstétrica Cardiológica da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna- FHCGV. **IV Seminário Nacional: Serviço Social, Trabalho e Política Social – SENASS**,

Universidade Federal de Santa Catarina, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/242229/1289%20ok.docx.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 25 fev. 2024.

CISNE, Mirla. **Feminismo e consciência de classe no Brasil**. São Paulo, Cortez Editora, 2015. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/books/9788524923692>. Acesso em: 11. fev. 2024.

CHAICOSKI JUNIOR, Ary Ney; DEZO, Fabio; CAMPOS, Thiago. Ficheiro: Mandala da diversidade sexual. **Wikipédia**, 2019. Disponível em: https://pt.m.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:Mandala_da_Diversidade_Sexual.svg. Acesso em: 14 fev. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). Código de Ética Profissional do/a Assistente Social **Lei n. 8.662/93**. 10. ed. rev. e atual. Brasília: CFESS. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf. Acesso em: 27. Ago. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Grupo de Trabalho “Serviço Social na Saúde”. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília: CFESS - Conselho Federal de Serviço Social, 2010. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: 25 fev. 2024.

COSTA, Itamara Silva. **Meu corpo, ‘e suas regras’**: análise sobre o direito reprodutivo feminino. Orientador: Luziana Ramalho Ribeiro. 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/17680/1/ISCC21042020.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2024.

DANTAS, Ana Carolina Lessa. **Barriga de aluguel e direito à autonomia reprodutiva no Brasil**: três experiências virtuais. 2021. 136 p. Dissertação (Mestrado - Mestrado em Direito) - Universidade de Brasília, 2021.

DORNELAS, Helena. Correio Brasiliense: LGBTQIAPN+. In: **LGBTQIAPN+: entenda a relevância e o significado do aumento da sigla**: A comunidade, que em uma época já foi chamada apenas de "GLS", hoje tem quase 10 letras, e deve crescer ainda mais enquanto o debate sobre gênero e sexualidade avança, 2023. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/brasil/2023/06/5105309-entenda-o-significado-de-qiapn-novas-letras-da-sigla-lgbt.html>. Acesso em: 13 fev. 2024.

ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**: Em conexão com as pesquisas de Lewis H. Morgan. 4. ed. [S. l.]: Boitempo, 1884. Disponível em: <https://averdade.org.br/wp-content/uploads/2020/09/Livro-62-FRIEDRICH-ENGELS-A-ORIGEM-DA-FAM%C3%8DIA-DA-PROPRIIDADE-PRIVADA-E-DO-ESTADO.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2024.

FERREIRA, Glauco Batista. Arte Queer’ no Brasil? Relações raciais e não-binarismos de gênero e sexualidades em expressões artísticas em contextos sociais brasileiros. Urdimento: **Revista de Estudos em Artes Cênicas**, Florianópolis, v. 2, n. 27, p. 206–227, 2016. DOI: 10.5965/1414573102272016206. Disponível em: <https://www.revistas.udesc.br/index.php/urdimento/article/view/8740>. Acesso em: 13 fev. 2024.

GUIMARÃES, Luís Gustavo. A reprodução assistida e o SUS – Sistema Único de Saúde. **Centro de Fertilidade SAAB**. 2017. Disponível em <https://centrodefertilidade.com.br/questoes-juridicas/a-reproducao-assistida-e-o-sus-sistema-unico-de-saude/>. Acesso em: 30. Set. 2023.

GINECOLOGIA e Obstetrícia. **Hospital das Clínicas de Porto Alegre - RS**, 2024. Disponível em:

<https://www.hcpa.edu.br/assistencia-servicos-medicos-ginecologia-e-obstetricia>. Acesso em: 25 fev. 2024.

HESPANHOL, Thais Morandi. FIV no SUS – Lista atualizada de 2022. **Dra. Thais Hespagnol**, 2022. Disponível em:

<https://drathaishespanhol.com.br/fiv-no-sus-lista-atualizada-de-2022/>. Acesso em: 02. set. 2023.

HCFMUSP. **Faculdade de Medicina da USP**, 2024. Disponível em:

<https://fm.usp.br/fmusp/sistema-academico-de-saude/hcfmusp>. Acesso em: 25 fev. 2024.

IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios** Contínua. Disponível em:

<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html>. Acesso em: 30. Set. 2023.

INÁCIO, Vânia Costa Gomes. **Parteiras e benzedeadas: saberes e fazeres de mulheres na região do Vale do Ivaí, Paraná (1960-1990)**. 156 f. 2020. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá, 2020. Disponível em:

http://repositorio.uem.br:8080/jspui/bitstream/1/6057/1/Vania%20Inacio%20Costa%20Gomes_2020.pdf. Acesso em: 30. Set. 2023.

Ivaiporã, Consórcio Intermunicipal de Saúde 22ª R.S. de. **RESOLUÇÃO 34/2018**. SÚMULA: Altera a Resolução 40/2017, que trata do Regimento Interno do Consórcio, e dá outras providências. Disponível em:

<https://www.cisivaipora.com.br/documentos/regimentoInterno.pdf>. Acesso em: 02. set. 2023.

JESUS, Jaqueline Gomes de. **Orientações sobre identidade de gênero: Conceitos e termos: Guia técnico sobre pessoas transexuais, travestis e demais transgêneros, para formadores de opinião**. Brasília, 2012. 42 p. Disponível em:

<https://www.diversidadessexual.com.br/wp-content/uploads/2013/04/G%C3%8ANER-O-CONCEITOS-E-TERMOS.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2024.

LESSA, Sérgio. **Abaixo a família monogâmica!** São Paulo: Instituto Lukács, 2012.

Disponível em: <https://eupassarin.files.wordpress.com/2012/12/abaixofamilia.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2024.

LIU, Bruna. O QUE é ser sáfica?: Conheça termo que tem raízes na cultura da Grécia antiga. São Paulo: **Redação Marie Claire**, 2023. Disponível em:

<https://revistamarieclaire.globo.com/comportamento/noticia/2023/06/o-que-e-ser-safica-conheca-termo-que-tem-raizes-na-cultura-da-grecia-antiga.ghtml>. Acesso em: 25 fev. 2024.

LIMA, Eliete Maria de. **A Proteção Social no Âmbito da Família: um estudo sobre as famílias do Bairro Monte Cristo em Florianópolis..** 2006. 158 f. Dissertação de Mestrado (Programa de Pós-Graduação em Serviço Social) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006. Disponível em:

<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/88435/225831.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 26 fev. 2024.

LUZA, Edinaura. A política de saúde no Brasil: do movimento da Reforma Sanitária às contrarreformas no SUS. **Boletim Eletrônico do CRESS 12ª Região**, 2019. Disponível em: <https://cress-sc.org.br/2019/12/06/be62/>. Acesso em 02. set. 2023.

MARTINS, Maria Helena; SILVA, Maria de Almeida. SERVIÇO SOCIAL E POPULAÇÃO TRANS. **CRESS- ES**. Disponível em: <http://www.cress-es.org.br/servico-social-e-populacao-trans/>. Acesso em: 13 fev. 2024.

MDHC. OBSERVADH – Observatório Nacional dos Direitos Humanos. Pessoas LGBTQIA+. In: Pessoas LGBTQIA+. **OBSERVATÓRIO NACIONAL DOS DIREITOS HUMANOS**, 2024. Disponível em: <https://experience.arcgis.com/experience/6a0303b2817f482ab550dd024019f6f5/page/Pessoas-LGBTQIA%2B/>. Acesso em: 25 fev. 2024.

MENEZES, Pedro. Família: conceito, evolução e tipos. **Toda Matéria**, [s.d.]. Disponível em: <https://www.todamateria.com.br/familia-conceito-tipos/>. Acesso em: 17 mar. 2024

MESQUITA, Daniele Trindade; PERUCCHI, Juliana. Não apenas em nome de Deus: Discursos religiosos sobre homossexualidade. **Psicologia & Sociedade**, p. 105-114, 2016. DOI <https://doi.org/10.1590/1807-03102015v28n1p105>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/kkcQJggKT3GTTWpLggHDXSb/?lang=pt#>. Acesso em: 25 fev. 2024.

Ministério Público do Paraná, Informações. **Saúde MPPR**. Disponível em: https://saude.mppr.mp.br/arquivos/File/rs/5_informacoes.htm. Acesso em 27. Ago. 2023.

MIOTO, Regina Célia. Família, trabalho com famílias e Serviço Social. **Serviço Social em Revista**, v. 12, n. 2, p. 163-176, 2010. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/271071219_Familia_trabalho_com_familias_e_Servico_Social. Acesso em: 25. fev. 2024.

NICOCELLI, Arthur; CÂMARA, Rafael. Adoção por casais LGBTQIA+ ainda é desafio no Brasil. **CNN BRASIL**, 2022. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/adocao-por-casais-lgbtqia-ainda-e-desafio-no-brasil/>. Acesso em: 02.set. 2023.

PARANÁ, Ministério Público do,2000. Informações. **Saúde MPPR**. Disponível em: https://saude.mppr.mp.br/arquivos/File/rs/5_informacoes.htm. Acesso em 27. Ago. 2023.

PEDERSEN, Jaina Raqueli, "Vitimação e vitimização de crianças e adolescentes: expressões da questão social e objeto de trabalho do Serviço Social." **Textos & Contextos** (Porto Alegre), 2009, p. 104-122. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=321527164007>. Acesso em 25. fev. 2024.

PEIXOTO, Reginaldo; MAIO, Eliane Rose. Gênero e infâncias: das construções identitárias às imposições sociais. **Revista Amazônida**, 2020. DOI <https://doi.org/10.29280/rappge.v6i01.8618>. Disponível em: <https://periodicos.ufam.edu.br/index.php/amazonida/article/view/8618/6756>. Acesso em: 13 fev. 2024.

PIRONI, Isabela Daiane; ROSSI, Jean Pablo Guimarães; MAIO, Eliane Rose. Não importa o sexo, eu só quero que seja menino?: Cisheteronormatização dos corpos em chá de revelação. In: BALISCEI, João Paulo (Org.). **É de menina ou menino?** Imagens de gêneros, sexualidades e educação. 1ed. Curitiba: Bagai, 2022, v. 1, p. 32-46. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1bjr6fhjfmP8OkGr05V3ET1xJYpAmnQgE/view?pli=1>. Acesso em: 13. fev. 2024.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/rcknG9DN4JKxkbGKD9JDSqy/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 14/02/2024.

POMBO, Mariana Ferreira. Família, filiação, parentalidade: novos arranjos, novas questões. **Psicologia USP**, 2019, volume 30, e180204. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. SciELO Br, 2019. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0103-6564e180204>. Acesso em: 02. set. 2023.

SANTOS, Thais Felipe Silva dos. Relações sociais de sexo: uma apreensão estrutural. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, p. 132-151, 29 ago. 2022. DOI <https://doi.org/10.1590/0101-6628.296>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/ST7JZDCJwwcws5jhhSZzHrH/>. Acesso em: 13 fev. 2024.

SES-DF. Reprodução Humana - HMIB: **Centro de Ensino e Pesquisa em Reprodução Assistida do Hospital Materno Infantil de Brasília**, 2024. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/reproducao-humana>. Acesso em: 25 fev. 2024.

TELO, Florita Cuhanga Antonio. Direitos reprodutivos e (des)colonização, 2019. **Número Especial: Reprodução, Partos, Maternidades e Paternidades: Perspectivas Contemporâneas em Antropologia e Saúde**. Instituto Superior Politécnico Jean Piaget de Banguela/Angola. Vol 05, N. 04, 2019. Disponível em <https://portalseer.ufba.br/index.php/cadgendiv>. Acesso em: 05. fev. 2023.

TIBÚRCIO, Lara Pinto. O direito das famílias e a inseminação artificial caseira. **Anais do XIV Encontro de Iniciação Científica da UNI7**, 2018, v. 8, ed. 1, 3 jan. 2019. Disponível em: <https://periodicos.uni7.edu.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/754>. Acesso em: 25 fev. 2024.

GHC. UNIDADE de Reprodução Humana: **Grupo Hospitalar Conceição**. [S. l.]. Disponível em: <https://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=cartacidadeao&idSubMenu=7>. Acesso em: 25 fev. 2024.

VENTURA, Miriam. **Direitos Reprodutivos no Brasil**. 3ª Edição. UNFPA. Brasília, 2009. Disponível em: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos_reprodutivos3.pdf. Acesso em: 30. Set. 2023.

APÊNDICES

Apêndice 1, roteiros para a realização das entrevistas semi estruturadas:

Roteiro 1 - Para utilização em entrevista com representantes da Gestão da Política de Saúde de municípios de pequeno porte I e pequeno porte II.

1. Identificação da pesquisadora que irá realizar a entrevista, bem como apresentação da temática do TCC e do TCLE;
2. Identificação do/a participante: Nome, Identidade de Gênero, pronome que prefere ser chamado, equipamento a que pertence, área de formação, entre outras questões que o/a entrevistado julgue pertinente;
3. Solicitar para que o/a entrevistado/a descreva o que compreende por direito reprodutivo;
4. Solicitar a descrição, por parte da pessoa indicada pela gestão, das políticas públicas voltadas aos direitos reprodutivos dentro do município de atuação do/a profissional, caso existam; Caso contrário, indagar sobre a sua não existência;
5. Indagar acerca dos direitos reprodutivos para a população LGBTQIAPN+.
6. Agradecimento pela contribuição do/a entrevistado/a na pesquisa.

Roteiro 2 - Para utilização em entrevista com Profissional do AME

1. Identificação da pesquisadora que irá realizar a entrevista, bem como apresentação da temática do TCC e do TCLE;
2. Identificação do/a participante: Nome, Identidade de Gênero, pronome que prefere ser chamado, equipamento a que pertence, área de formação, entre outras questões que o/a entrevistado julgue pertinente;
3. Solicitar a descrição do AME e dos serviços ofertados, tanto num contexto geral, quanto voltados aos direitos reprodutivos;
4. Solicitar para que o/a entrevistado/a descreva o que compreende por direito reprodutivo;
5. Indagar acerca dos direitos reprodutivos para a população LGBTQIAPN+.
6. Agradecimento pela contribuição do entrevistado na pesquisa.

Roteiro 3 - Para utilização em entrevista com casal homoafetivo que está tentando a realização da inseminação caseira

1. Identificação da pesquisadora que irá realizar a entrevista, bem como apresentação da temática do TCC e do TCLE;
2. Identificação dos/as participantes: Nome, Identidade de Gênero, pronomes que preferes ser chamado/as, área de formação, entre outras questões que os/as entrevistado/as julgarem pertinente;

3. Perguntar aos/às entrevistados/as acerca do motivo que os/as levou a tentar a realização da inseminação caseira, como é o processo e quais as principais dificuldades encontradas durante o processo;
4. Perguntar sobre o pré-natal;
5. Perguntar às entrevistadas se cogitaram a adoção;
6. Agradecimento pela contribuição do entrevistado na pesquisa.

Roteiro 4 – Para utilização em entrevista com homem que realiza doação de sêmen para casais que estão tentando realizar a inseminação caseira

1. Identificação da pesquisadora que irá realizar a entrevista, bem como apresentação da temática do TCC e do TCLE;
2. Identificação do participante: Nome, Identidade de Gênero, pronome que prefere ser chamado, entre outras questões que o entrevistado julgue pertinente;
3. Perguntar ao entrevistado qual motivo o levou a realizar doação de sêmen para casais que estão realizando inseminação caseira, quais as principais dificuldades que ele encontra no processo, entre outras questões que surgirem durante a realização da entrevista;
4. Agradecimento pela contribuição do entrevistado na pesquisa.

Apêndice 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado/a Senhor/a,

Você está sendo convidado/a a participar da pesquisa intitulada “SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS NA REGIÃO PARANAENSE DO VALE DO IVAÍ: Entre a universalidade e o privilégio heteronormativo”, referente ao Trabalho de Conclusão do Curso da acadêmica Lívia Bianca Oliveira Dariva, sob orientação da Prof. Dra. Edinaura Luza, vinculada ao Curso de Serviço Social da Universidade Estadual de Maringá - Campus Regional do Vale do Ivaí (UEM/CRV).

Tal pesquisa possui como objetivo “Analisar o acesso aos direitos reprodutivos por famílias LGBTQIAPN+ via Sistema Único de Saúde, na Região Paranaense do Vale do Ivaí, no ano de 2023.”.

A pesquisa consistirá na realização de entrevistas com: um, ou mais, profissionais técnicos/as do Ambulatório Multiprofissional Especializado (AME) do Consórcio Intermunicipal de Saúde da 22ª Regional de Saúde do Paraná; representantes da gestão da política de saúde de dois municípios, sendo estes um município de pequeno porte I, que contém até 20.000 habitantes, e pequeno porte II, que contém entre 20.001 e 50.000 habitantes; Um casal composto por uma mulher cisgênero e um homem transexual residentes da Região Sul do país; um homem cisgênero, localizado no mesmo grupo de *Whatsapp*, que realizou a doação de sêmen para que alguns casais pudessem realizar a inseminação caseira.

Tais entrevistas serão a partir do *Google Meet* em vídeo e áudio em áudio e, posteriormente, transcritas, com vistas a facilitar a análise dos dados coletados.

Você possui a inteira liberdade para responder ao que desejar e da forma que julgar mais conveniente. A entrevista não tem como propósito avaliar e/ou julgar seus conhecimentos, mas conhecer a sua opinião acerca do objeto da pesquisa. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo, a não ser que seja expressamente autorizado por você. Os resultados serão apresentados em conjunto, não sendo possível identificar os/as participantes do estudo, a não ser, ainda, que você explicitamente assim o deseje. Outros/as participantes, por acaso, referidos/as durante a entrevista também terão suas identidades mantidas em sigilo.

Sendo assim, são remotos os riscos relacionados à quebra de sigilo, podendo ocorrer apenas devido a incidentes não previstos, de ordem externa. Ademais, pela natureza da metodologia adotada, a participação na pesquisa poderá ocasionar algum cansaço ou aborrecimento durante a resposta ao questionário e entrevista, ou ainda algum desconforto ou constrangimento devido à gravação em áudio. Destarte, de forma geral, não denota riscos de ordem física, moral e/ou psicológica. Caso algum dos riscos apontados se consolide no curso da pesquisa, a pesquisadora buscará realizar os encaminhamentos devidos, podendo estes ocorrer em forma de acolhimento, remarcação da participação na pesquisa, revisão de cuidados com sigilo e confidencialidade, reorganização da intervenção, etc.

Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e a devolutiva da mesma será realizada por meio da socialização dos resultados junto à UEM/CRV, bem como, pelo fortalecimento de tal discussão no meio acadêmico e na sociedade em geral, mediante viabilização de debates e a consolidação de publicações de produção bibliográfica resultante da pesquisa em anais de eventos e/ou periódicos e/ou livros, dentre outros que forem avaliados como pertinentes.

Você não terá despesas pessoais em qualquer fase deste estudo e também não há compensação financeira relacionada a sua participação. Por outro lado, embora esta pesquisa não lhe ofereça benefícios diretos imediatos, você estará contribuindo na ampliação do conhecimento sobre os direitos reprodutivos por famílias LGBTQIAPN+ via Sistema Único de Saúde, na Região Paranaense do Vale do Ivaí.

A sua participação é voluntária, isto é, em qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento da pesquisa. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição de ensino. Você receberá uma via deste Termo, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação no momento da sua assinatura ou em qualquer outro momento.

Contatos da pesquisadora principal:

Acadêmica Lívia Bianca Oliveira Dariva: (43) 984333315; liviadarivass@gmail.com

Contatos da pesquisadora responsável:

Profa. Dra. Edinaura Luza: (48) 988657748; eluza@uem.br

Comitê Permanente de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da UEM (COPEP):

Av. Colombo, 5790, PPG, Sala 4, CEP 87020-900, Maringá/PR; (44) 3011-4597; copep@uem.br (Atendimento: 2ª a 6ª feira, das 13h30 às 17h30).

Ivaiporã/PR, _____ de _____ de 202_.

Nome da pesquisadora entrevistadora: Lívia Bianca Oliveira Dariva

Assinatura: _____

Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

_____/_____, _____ de _____ de 202_.

Nome completo: _____

Nº. Documento de Identidade: _____

Assinatura: _____