

Rosana Machin,* Fernanda Lye Watari,* Marcia Thereza Couto*

La monoparentalidad femenina elegida en Brasil: estrategias reproductivas

Chosen female single parenthood in Brazil: reproductive strategies

Abstract | A growing phenomenon in several countries, maternal single parenting by choice is gaining momentum due to assisted reproductive technologies (ART), which enable women to become mothers using genetic material from third parties. We will investigate the reasons behind the choice to become a single mother through access to assisted reproductive technologies. This qualitative empirical study is supported by ten semi-structured interviews with women of childbearing age, residents of São Paulo state (SP), Brazil, who were seeking, undergoing or had undergone ART, with or without success. Participants were recruited using the snowball method and the **number** of interviews was limited via theoretical saturation. Reproductive strategies were influenced by social, political and economic aspects that determine individual reproductive decisions, such as treatment costs, legal regulations, choosing third party genetic material and the existing support network. Female autonomy and financial independence are factors that contribute to the choice to be a single mother. These women must navigate the prevailing social norms and values (which are culturally standardised) to overcome normative elements and modify social norms.

Keywords | single parenting by choice, assisted reproductive technologies, gamete donation, Brazil.

Resumen | La monoparentalidad femenina por elección es un fenómeno creciente en varios países y está cobrando impulso gracias a las tecnologías de reproducción asistida (TRA) al permitir a las mujeres ser madres utilizando material genético de terceros. Investigaremos los motivos que llevan a la elección voluntaria de la maternidad monoparental mediante acceso a las tecnologías reproductivas asistidas. De naturaleza cualitativa, el estudio empírico tiene soporte en diez entrevistas semiestructuradas a mujeres en edad fértil, residentes en São Paulo-SP, que estaban en tratamiento reproductivo o lo habían realizado, con o

Recibido: 9 de noviembre, 2021.

Aceptado: 24 de febrero, 2022.

* Universidad de São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina. São Paulo, Brasil.

Correos electrónicos: rmachin@usp.br | fernanda.watari@gmail.com | marthet@usp.br

Machin, Rosana, Fernanda Lye Watari, Marcia Thereza Couto. «La monoparentalidad femenina elegida en Brasil: estrategias reproductivas.» *Interdisciplina* 10, n° 28 (septiembre–diciembre 2022): 181-202.

doi: <https://doi.org/10.22201/ceiich.24485705e.2022.28.83295>.

sin éxito. Las participantes fueron reclutadas mediante el método de bola de nieve. El número de entrevistas se limitó usando la saturación teórica. En cuanto a las estrategias reproductivas, se observó la influencia de aspectos sociales, políticos y económicos que determinan las decisiones reproductivas individuales, así como el costo del tratamiento, las normas legales, la elección del material genético de terceros y la red de apoyo existente. La autonomía femenina y la independencia financiera son factores que contribuyen a la elección de este tipo de maternidad. Se considera que estas mujeres negocian con las normas y valores sociales hegemónicos (procesos que son culturalmente estandarizados), transgrediendo elementos normativos y modificando normas sociales.

Palabras clave | monoparentalidad por elección, reproducción asistida, donación de gametos, Brasil.

Introducción

EL CONCEPTO DE MONOPARENTALIDAD se refiere a mujeres y hombres que son padres o madres sin la presencia de una pareja, diferenciándose del esquema biparental. La monoparentalidad femenina elegida, también conocida popularmente como “madres solteras por elección”, se refiere a las mujeres que deciden ser madres sin la presencia de un compañero/esposo o de una figura paterna o femenina para el hijo, y construyen trayectorias encaminadas a la realización de este proyecto. Se sabe que las madres solteras siempre han existido, configurando situaciones en las que la mujer terminaba criando sola a los hijos, ya sea por divorcio o separación, viudez, abandono u otras situaciones que la llevaban a un contexto de monoparentalidad forzada.

Es importante mencionar el fenómeno llamado “producción independiente” en Brasil en los años 60-70, como una experiencia de la maternidad femenina por elección que se dio entre las mujeres de clase media urbana que deseaban tener un hijo como proyecto, independientemente de la opinión de su pareja al respecto. Esta “producción independiente” surgió como parte del cuestionamiento de la época sobre la desigualdad entre hombres y mujeres, y su impacto en los conceptos de familia y sistema de filiación (Szapiro, Féres-Carneiro 2002). En este contexto la maternidad se concibe como un proyecto de exclusiva elección femenina, en una decisión planificada, buscando negarla como un destino inevitable. Sin embargo, la exigencia del nombre del padre en el registro del niño nacido denota el peso de las dimensiones culturales y simbólicas inherentes a la procreación.

Nos ocupamos en este artículo de la monoparentalidad femenina por elección, término que se refiere a un tipo de maternidad sin pareja (Golombok 2015). Este es un fenómeno emergente y ha sido objeto de estudios en España (Jociles, Rivas 2010; Rivas, Jociles y Moncó 2011; Frasquet Aira 2013; Leyra, Alamillo y Kovalinka 2013), Inglaterra (Golombok 2015; Graham 2018), Estados Unidos (Herz 2008), Ar-

gentina (Giallorenzi 2018) y Brasil (Szapiro, Féres-Carneiro 2002; Abrahão 2003; Teixeira, Parente y Bori 2009).

En el caso brasileño, las fuentes estadísticas no permiten establecer con certeza la dimensión del fenómeno, una vez que los datos censitarios disponibles no especifican el número de familias monoparentales que sean por elección. En este sentido, y según las estadísticas del 2020, el 12.2% de la población femenina es soltera con hijos (IBGE 2020). La edad de las madres también está en aumento. En 1999, el número de bebés registrados cuyas madres tenían 30 años o más era del 23.7% y, en 2019, este número correspondía al 37.4% y en la región sureste la proporción alcanzaba el 41.8%, seguida de la región sur, con el 40.9%. (IBGE 2020).

Este tipo de configuración familiar, como proyecto personal de la mujer soltera, construye una identidad familiar diferente a la de la monoparentalidad forzada, en la que no hubo voluntad de desarrollar el proyecto familiar en solitario (Rivas, Jociles 2013). Estas mujeres dialogan y negocian con las normas y valores sociales hegemónicos, procesos culturalmente estandarizados, transgrediendo elementos normativos y modificando las normas sociales (Rivas, Jociles Moncó 2011; Frasquet 2018).

En general, el fenómeno en cuestión se refiere a un proyecto de vida de mujeres que tienen ciertas características socioeconómicas similares, como tener estudios superiores, ser independientes económicamente, pertenecer a grupos sociales de mediano o alto poder adquisitivo y ser madres en una etapa de la vida identificada como edad madura (Rivas, Jociles 2013,17). Según los estudios realizados en Inglaterra por Golombok (2015) y Murray y Golombok (2018), se trata de mujeres que se convirtieron en madres a finales de la treintena o principios de la cuarentena.

Desde el punto de vista jurídico, la familia monoparental está legalmente reconocida y definida en la Constitución Federal de Brasil de 1988 (artículo 226, §4), como la “comunidad formada por cualquiera de los padres y sus descendientes”, independientemente de la causa de esta presencia única (Brasil 1988). Los nuevos reordenamientos sociales exigen la actualización del derecho de familia y el reconocimiento de nuevos valores y nuevas formas de convivencia de las diversas configuraciones familiares. Este cambio, tanto en las familias como en la condición de la mujer, forma parte del proceso de modernización de la sociedad. No significa, sin embargo, que sea un proceso homogéneo (Itaboraí 2015), pues está modulado por condicionantes generacionales, de clase, de orientación sexual y de raza/color.

En relación con las mujeres que se deciden por la maternidad en solitario, existen diversas posibilidades para realizar su proyecto. Existe la posibilidad de adoptar, la de quedarse embarazada mediante relaciones sexuales con un hombre

que no será la figura paterna del niño, la de realizar la llamada inseminación casera,¹ conociendo o no la identidad del proveedor del material genético y la de realizar un tratamiento de concepción con técnicas de reproducción asistida (TRA)² mediante el uso de material genético de terceros y bajo supervisión médica. Se trata de opciones que resultan del compromiso entre varios elementos como: la situación financiera, las restricciones legales existentes, la dimensión singular y subjetiva de cada proyecto.

Aunque la adopción es una vía posible para la realización del proyecto, está perdiendo cuota a medida que las TRA se expanden y se hacen más populares con la ampliación del acceso a las mismas a algunos grupos sociales, y se constituye cada vez más como un recurso de última opción para aquellas que han intentado las técnicas de TRA sin éxito (Ramírez-Gálvez 2011). Además, el uso de las TRA se percibe como una ventaja frente a la adopción porque permite a las mujeres experimentar el embarazo y otros procesos corporales, además de tener un hijo que en principio va a tener la composición genética de alguno de los progenitores (Golombok 2015).

En el curso histórico de los cambios en el campo de la familia, la crianza y la reproducción, las posibilidades de concepción que han traído las TRA han permitido a las mujeres solteras buscar la maternidad a través de un embarazo sin sexo, cambiando la ecuación de las relaciones sociales durante la crianza. En Brasil, el desarrollo de las TRA ha continuado en un contexto de baja regulación (Machin 2018; Machin, Mendosa y Augusto 2020) y aún no existe una ley específica que regule estas prácticas. Este vacío se llena mediante las normas éticas del organismo regulador de la medicina, el Consejo Federal de Medicina (CFM). Actualmente, la resolución vigente es la número 2.294/2021, que en sus principios generales abre la posibilidad de utilizar técnicas de reproducción asistida por parte de parejas heterosexuales, personas solteras, lesbianas o

1 La inseminación artificial casera o simplemente inseminación casera (Carvalho 2018) se define como la situación de “someterse a una autoinseminación con un donante que puede ser conocido por ella o ser anónimo” (Golombok 2015, 139). En ella, el procedimiento (de introducir el semen en la cavidad uterina) se produce a partir de la negociación entre las partes, sin interferencia médica. La situación de la inseminación casera fue relatada por Kath Weston (1991), en su estudio sobre la reproducción entre lesbianas en los Estados Unidos, cuando intentaron quedarse embarazadas y contaron con la ayuda de amigas. La inseminación casera supone un coste menor por la obtención de semen de manera informal, sin la institucionalización del material genético de terceros. No se garantiza el anonimato del donante y, en este sentido, la protección jurídica se debilita, no garantizando a la madre soltera que el donante del material genético no pueda solicitar el reconocimiento de la paternidad del niño si algún día lo desea (Carvalho 2018).

2 Las tecnologías de reproducción asistida designan las técnicas de intervención biomédica en los procesos reproductivos, que implican la manipulación, maduración y criopreservación de gametos sexuales y embriones humanos.

gays.³ La donación de material genético está permitida siempre que no tenga carácter lucrativo o comercial y siempre que sea preservada la confidencialidad de las identidades de los donantes y receptores de gametos y embriones (CFM 2021). Está permitida la importación de material biológico para procedimientos reproductivos en el país, con consentimiento de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (Anvisa), organismo del Ministerio de Salud.

En los últimos años ha aumentado el número de brasileñas solteras que han recurrido al uso de material genético de terceros vía TRA para construir un proyecto de maternidad en solitario (Anvisa 2017, O Globo 2019; G1 2019). Los datos de 2018, relativos a la importación de muestras seminales para su uso en la reproducción humana en Brasil elaborados por Anvisa indican una práctica en expansión. Para el periodo de 2011 a 2016, el aumento de la importación de muestras seminales fue expresivo, del orden de más del 2,500% (Anvisa 2018). Esta tendencia continuó en los años siguientes. En 2017, hubo 860 anuencias de importación, en 2018, 1,088 (Anvisa 2019). Entre los perfiles receptores del material genético importado, tenemos: en 2014, 96 muestras para parejas heterosexuales, 24 para parejas lesbianas y 78 para mujeres solteras; en 2015, 165 para parejas heterosexuales, 77 para parejas lesbianas y 135 para mujeres solteras; en 2016, 178 para parejas heterosexuales, 91 para parejas lesbianas y 167 para mujeres solteras; en 2017, 359 para parejas heterosexuales, 173 para parejas lesbianas y 328 para mujeres solteras, todo ello en números absolutos (Anvisa 2017 y 2018).

La disponibilidad limitada de donantes en el país,⁴ junto con el aumento de la demanda, especialmente en los procesos dirigidos a mujeres solteras y parejas de lesbianas, es una de las razones del crecimiento de la importación (Anvisa 2017, 2018; O Globo 2019; G1 2019). Es importante destacar que la situación también se deriva de la entrada de los mayores bancos de semen americanos en el mercado brasileño, estimulando los procesos de importación y los ideales en cuanto a la posibilidad de optar por ciertas identidades biológicas y características fenotípicas y por la capacidad de gestión de los riesgos potenciales de una vida biológica no deseada (Daniels 2006; Machin, Couto 2014; Mazzilli 2017).

3 Hay dos factores relacionados con el acceso de las parejas homosexuales a la TRA. La decisión del Tribunal Superior de Justicia en 2011 (Brasil 2011), que igualó los derechos de las parejas homosexuales a los de las heterosexuales, permitiendo el reconocimiento legal de las familias construidas y la decisión del Consejo Nacional de Justicia en 2017 (Brasil 2017), determinando la emisión del certificado de nacimiento para los nacidos por TRA, incluyendo el nombre de ambos progenitores como tales.

4 Esta situación se explica por el hecho de que no se admite ningún tipo de compensación, por el desconocimiento, el estigma y la falta de difusión relacionados con la práctica. Según Anvisa (2017 y 2018) también existen pocos bancos de semen en el país, lo que dificulta encontrar muestras con las características deseadas por las interesadas.

Cabe destacar que el acceso a las TRA en el país es limitado debido a su alto costo,⁵ lo cual restringe la participación de una gran parte de la población interesada (Ramírez-Gálvez 2009), además de que estas tecnologías no están disponibles en el sistema público de salud. Según Anvisa, en el país hay 154 clínicas de reproducción que usan tecnologías de alta complejidad, de las cuales el 90% son privadas y están ubicadas en el sudeste, la región más rica del país (Anvisa 2020).

El perfil de las mujeres sin pareja que acuden a las TRA muestra condiciones sociales muy particulares. Su considerable independencia económica debida a su mayor inserción en el mercado laboral, aunado a los avances de la tecnología en el área de la reproducción humana (métodos anticonceptivos y conceptivos) ha contribuido a la expansión de la autonomía femenina en los ámbitos de la vida personal y profesional, especialmente para las clases medias de la población.

Este trabajo analiza los proyectos de construcción de la monoparentalidad femenina por elección mediante el acceso a las tecnologías reproductivas entre las mujeres de la ciudad de São Paulo, Brasil, así como las implicaciones de los resultados en el ámbito de la parentalidad, las representaciones sobre la familia, el género y la maternidad.

Metodología

El estudio adoptó la metodología cualitativa, ya que esta permite la comprensión del fenómeno a partir de la experiencia de los sujetos y de las normas sociales y culturales que permean un tiempo histórico determinado. La técnica elegida para la producción de datos empíricos fue la entrevista semiestructurada.

El guión de la entrevista semiestructurada se elaboró en torno a los ejes considerados relevantes en el tema: la decisión de ser madre; el proceso de decisión de la maternidad en solitario; el camino para realizar este proyecto materno a través de las TRA; el uso de material genético de terceros; la concepción sobre la paternidad y la relación afectiva y los desafíos derivados de este tipo de parentalidad para la participante y el hijo resultante de este proyecto.

Los criterios de inclusión fueron los de mujeres sin hijos previos, residentes en la ciudad de São Paulo-SP, con intención o en proceso de realizar un proyecto de maternidad en solitario mediante TRA. Consideramos a las mujeres en diferentes escenarios: elaborando el proyecto, con el tratamiento en curso o finalizado, con o sin éxito, en los últimos cinco años.

⁵ En Brasil, cada ciclo de fertilización TRA puede costar, en promedio, 4,800 dólares (Queiroz 2018).

El municipio de São Paulo-SP fue elegido para el trabajo de campo por su representatividad entre las ciudades con mayor número de clínicas de reproducción asistida del país.⁶

Teniendo en cuenta que la monoparentalidad femenina por elección en Brasil mediante el acceso a las tecnologías reproductivas es un fenómeno hasta ahora poco investigado, se buscaron algunas estrategias para llegar a las posibles entrevistadas. Inicialmente, se realizó una búsqueda en la *web* a través de contenidos sobre la monoparentalidad femenina elegida. En esta búsqueda se accedió a sitios, grupos abiertos en redes sociales que albergan a madres solas por elección. Sin embargo, las interacciones en el medio virtual no proporcionaron el acceso esperado a las potenciales entrevistadas. Se ha comprobado que muchas mujeres aún se resienten de los posibles juicios sociales y los estigmas asociados con estas elecciones fuera de los patrones culturales hegemónicos de la parentalidad y la conyugalidad en la sociedad brasileña. A partir de las dificultades encontradas para conseguir entrevistadas a través de los contactos en la *web*, se utilizaron dos estrategias en la construcción del trabajo de campo: la búsqueda de posibles entrevistadas mediante la consulta en las clínicas de reproducción asistida y el acceso a las redes sociales informales de los investigadores mediante el método de bola de nieve. En este método se reciben sugerencias de posibles participantes posteriores indicadas por las primeras entrevistas realizadas (Kendall *et al.* 2008). El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la institución ejecutora.

Se realizaron diez entrevistas semiestructuradas entre 2019 y 2020. Hubo dos mujeres solas en proceso de desarrollo del proyecto monoparental, una participante que estaba en tratamiento de TRA, dos mujeres embarazadas a través de TRA y cinco participantes con hijos menores de cinco años resultantes de trayectorias de maternidad en solitario a través de TRA.

La mayoría de las entrevistas se realizaron de forma virtual, a pesar de que la invitación inicial proponía una entrevista cara a cara. Muchas de las entrevistadas alegaron dificultades en el horario de trabajo o incluso en la rutina diaria de la monoparentalidad, en la que concilian el trabajo y la crianza de los hijos. Así, se realizaron siete entrevistas mediante videollamadas y tres en persona. Las entrevistas se grabaron con el consentimiento de las participantes y cada entrevista duró una media de 60 minutos.

El perfil de las entrevistadas oscilaba entre los 24 y los 45 años de edad. El nivel educativo era el de la enseñanza superior en casi todos los casos, con la excep-

6 Según el 12º Informe Nacional de Producción de Embriones – SisEmbrio, elaborado por la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (Anvisa) en 2020, el país contaba con 154 clínicas de reproducción asistida. De estas clínicas, 50 se encuentran en São Paulo.

ción de una entrevistada que ha completado el bachillerato. Los ingresos mensuales oscilaban entre 280.00 y 6,550.00 dólares americanos. De las diez participantes, ocho se declararon blancas y dos mulatas. El cuadro 1 presenta la caracterización de las entrevistadas.

Todas las entrevistas fueron transcritas y leídas detenidamente con el fin de realizar su análisis. Posteriormente, se crearon y ordenaron las categorías analíticas considerando el objeto de la investigación, los objetivos del estudio y su articulación con la bibliografía del campo investigado (Minayo 2012). Presentaremos los resultados y el análisis a partir de las siguientes categorías: la construcción del proyecto monoparental y las estrategias reproductivas.

Limitaciones del estudio. Los datos sobre el uso de células germinales, la expansión de las clínicas y el uso de TRA por parte de mujeres solteras demuestran que este fenómeno está creciendo en Brasil. A pesar de ello, se encontraron dificultades para captar entrevistadas para el estudio. El celo de las mujeres por preservar la intimidad sobre su opción a ser madres mediante TRA, incluso si el contacto se realizaba virtualmente, puede ser indicativo de que todavía existe una resistencia social a ciertas decisiones reproductivas de las mujeres. La propia petición de que la entrevista se realice sin imagen es un dato que se ha tenido en cuenta en el análisis del estudio.

Del sueño de la maternidad y de la mujer profesionalmente realizada a la monoparentalidad

El proyecto personal de monoparentalidad femenina se basa en las posibles opciones reproductivas, presentando diversidad en cuanto a acceso, costes y condiciones para su realización. Esta maternidad deseada está permeada por la legislación vigente en materia del derecho a la concepción y los derechos de la infancia, las normas y recomendaciones de los colegios profesionales y de las instituciones sanitarias que regulan el acceso a la misma, además de cuestiones subjetivas que se entrelazan con las elecciones realizadas en la construcción del proyecto, que serán abordadas a continuación.

No hay tantas rupturas con el ideal de la maternidad, porque la narrativa construida se basa en la premisa del sueño de la maternidad, alimentado por el sentimiento de haber “nacido para ser madre”. Esto fue prácticamente unánime como discurso introductorio de las interlocutoras cuando aceptaron compartir parte de sus historias. Emma, que optó por realizar la ovodonación⁷ como medio

⁷ Técnica de reproducción asistida, que consiste en la donación de óvulos a un banco de material genético o a una clínica de reproducción en la que una mujer dona parte de sus óvulos para colaborar en el tratamiento de otra mujer. Por lo general, la donante de los óvu-

Cuadro 1: Caracterización de las entrevistadas.

Nombre*	Edad (años)	Situación del proyecto monoparental	Escolarización	Profesión	Ingresos mensuales en US\$ (considerando que 1.00 dólar = 5.26 reales)	Con quién vives	Raza/Color	Orientación sexual
Amelie	38	Embarazada	Graduada	Mujer de negocios	2,851.71	Sola	Blanca	Hetero cis
Brigite	24	Tiene un hijo	Escuela secundaria	Niñera	285.17	Esposa e hija	Blanca	Lesbiana
Caterine	40	En el tratamiento	Graduada	Secretaria ejecutiva	1,330.79	Sola	Blanca	Hetero cis
Dafne	35	Tiene un hijo	Máster	Doctora	2,851.71	Madre e hijo	Blanca	Hetero cis
Emma	32	Embarazada	Graduada	Correctora de pruebas	1,596.95	Madre y padre	Blanca	Hetero cis
Fiorella	23	Proyecto	Estudiante de máster	Cirujana dental	285.17	Sola	Mulata	Hetero cis
Giulia	30	Proyecto	Graduada	Doctora	1,996.19	Sola	Mulata	Hetero cis
Irina	43	Tiene hijos	Graduada	Anunciante	6,653.99	Con niños	Blanca	Hetero cis
María	45	Tiene un hijo	Graduada	Presentadora de televisión	ND**	Con su hija	Blanca	Hetero cis
Judith	43	Tiene un hijo	Graduada	Periodista	1,140.68	Padre, madre e hijo	Blanca	Hetero cis

*Los nombres son ficticios para preservar el anonimato.

**ND: Ingresos mensuales no declarados.

Fuente: Elaboración propia.

de obtener descuentos en el valor del tratamiento de TRA, expresó su sentimiento hacia la maternidad: “Creo que (ser madre) es el único objetivo de mi vida. He nacido para ello.”

Se puede considerar la declaración de “siempre quise ser madre” como un recurso para expresar que su proyecto de maternidad es tan válido como el de las mujeres que lo llevan a cabo en pareja (Rivas, Jociles y Moncó 2011).

Teniendo en cuenta la importancia de la maternidad en la sociedad brasileña, es significativa la influencia religiosa del cristianismo y sus raíces en las simbologías maternas. En este sentido religioso, la maternidad está vinculada con el valor de la mujer, que cumple su destino natural al ser madre. La construcción social histórica de las formas de familia, sociabilidad y noción de individuo en la cultura iberoamericana tiene intensas raíces católicas (Machado 2001).

Irina estaba esperando el resultado de uno de los ciclos de fecundación *in vitro* (FIV) realizados y comenta que, en un momento en el que creyó que había habido un fracaso en el intento de concepción, habló con Dios y asoció su valor como mujer a la consecución de la maternidad:

Siempre fui criada como católica, pero siempre tuve una relación con Dios casi de igual a igual, ya sabes, en la conversación, dije [...] “Sabes que lo quiero tanto” [...] y luego dices “joder, no soy una persona tan agradable, ya que nadie ha querido venir (conmigo)”. (Irina).

También está presente el sueño de conciliar la carrera profesional y la maternidad, o la ideación contemporánea de la supermujer– supermamá. En el caso de las mujeres que han alcanzado una posición de autonomía socioeconómica, y que han podido optar por un proyecto monoparental, el sentimiento de realización es la suma de la maternidad, que es un símbolo de gran valor, y del triunfo en la esfera profesional.

Creo que ser madre en solitario por producción independiente es demostrar que eres una mujer jodidamente poderosa, ¿sabes? Que te hagas cargo y tomes las riendas de tu vida. Y te sientes muy poderosa por no tener que esperar a nadie ni depender de nadie para hacer realidad un sueño. Ya sabes, ocuparte de todo por ti misma, criar un hijo por ti misma, ocuparte de todo y educarlo. Así que creo que ser madre soltera me da una sensación de fuerza, de poder. (Judith).

los puede ver reducido el valor de su tratamiento con esta práctica. La donación compartida está permitida cuando ambas mujeres están en tratamiento reproductivo; cuando hay congelación de óvulos con el fin de preservar la capacidad reproductiva o cuando la mujer necesita someterse a un tratamiento oncológico, según la definición del Consejo Federal de Medicina (2017).

Caterine, en tratamiento de TRA, en busca de su primer embarazo, vive en un contexto de “adicción al trabajo”, tal y como nos relata en la entrevista, y en un momento de la misma llega a confundir los términos “profesional” y “personal” en ocasión de abordar el tema de la maternidad. Se corrigió inmediatamente pero plantea la idea de que la “maternidad” y la “profesión” ocupan el mismo espacio en su sentido de la realización:

Para mí el significado de tener un bebé, de ser madre, es esa realización profesional, pero, personal. De cuidar mi pedacito, una continuación de mí, en realidad. (Caterine).

La decisión de la monoparentalidad germina en un momento de la trayectoria vital de las mujeres marcado por la independencia económica, que les dota del poder de elección a la maternidad perseguida. Estas mujeres tienen la idea de que la maternidad que han elegido en solitario es fruto de un profundo deseo que exige una planificación.

En ese momento, había escuchado tantas historias, va a una fiesta, tiene sexo, el tipo borracho, luego sale con él, el tipo desaparece y pienso, “colega, no tengo nada en contra de los que lo hacen, pero no es lo que quiero para mí”. (María).

Entre las posibles opciones para ser madres, se mencionaron las relaciones amorosas, con la dimensión del matrimonio como camino esperado en algún momento de la vida para la construcción de una familia. Para algunas, una vez superadas las posibilidades de concretar la maternidad en una relación amoroso-matrimonial, las TRA surgen como una “solución” para el proyecto de maternidad.

Hasta hoy no he encontrado un compañero que piense igual que yo, que merezca la pena para compartir este proyecto. Pienso en tenerlo sola incluso porque creo que para educar a un niño hay que estar muy alineado con otra persona. (Giulia).

Para Emma, su anterior relación amorosa, que caracteriza como “abusiva”, tuvo una gran influencia en su decisión de ser madre soltera:

Viví una relación muy tóxica, una relación abusiva. Fue muy difícil salir de ella, volver a ponerme en pie después. [...] Creo que precisamente por todo lo que viví, empecé a tener mucho miedo de volver a tener una relación. [...] Y entre estar en una mala relación que me hace sentir mal y ser madre en solitario, prefiero ser madre en solitario. (Emma).

Son personas con buena situación, de clase media y con alta educación e ingresos en su mayoría, y eligen un proyecto monoparental que ha sido reforzado

por una “retórica de la igualdad”, presente en la política, los medios de comunicación, la vida pública y el sistema educativo, entre otros, que cuestiona la polaridad de género y aboga por la igualdad de derechos y oportunidades, posibilitando la diversidad y pluralidad de estilos de vida, personales y familiares (Jociles, Rivas 2013). Estamos en el centro de los cambios provocados por las TRA, con amplias modificaciones dentro de la sociedad en lo generacional, relacional y reproductivo.

Estrategias reproductivas

Las trayectorias construidas se configuraron dentro de las posibilidades de lo que era factible para cada una de ellas en sus contextos vitales.

Emma aceptó la propuesta de donar parte de sus óvulos para que la clínica le financiara el tratamiento y así poder realizar su proyecto de ser madre monoparental, como ella misma comenta: “Descubrí una clínica y daban tratamiento gratuito a las donantes. Tenía la edad suficiente, hasta los 35 años se puede ser donante; dije, ‘voy a ir allí’”.

Tenía muchos óvulos maduros y también en mi inducción. [...] Tenía 32 años. En la primera inducción (de la ovulación) había 26 óvulos maduros, en la segunda 20 y en la tercera 22. Entonces el médico me dijo, “mira, no necesitaremos todo esto. Así que, si quieres, puedes donar. Nos quedamos con la mitad y te hacemos la biopsia de algunos embriones. El banco se quedó con 11 óvulos, me hicieron la biopsia de 3 embriones y de estos 3 embriones, 1 fue descartado con trisomía 16.⁸ Y quedó una pareja. Me implanté ambos y solo uno prosperó. (Emma).

María demuestra que conocer la posibilidad de este tipo de maternidad le abrió una opción.

Yo sabía que la posibilidad de ser madre en solitario existía, porque ya lo había visto en *Sex and The City*, ya había visto una película con Jennifer López, así que sabía que existía, incluso Sarah Jessica Parker, hace de madre de alquiler. Así que sabía que todo esto era posible. No me metí en foros y demás, no estaba tan extendido en Brasil, ¿sabes?, pero luego me pareció que era una opción muy chula, una opción honesta, posible. (María).

Para ella, era importante que una figura pública con repercusión nacional hablara públicamente de la construcción de su proyecto de maternidad en solitario

⁸ La trisomía 16 se refiere a una alteración cromosómica en la que hay tres copias del cromosoma 16, causando alrededor del 2% de los abortos del primer trimestre.

por elección, dando visibilidad en la sociedad a este tipo de configuración familiar.

En cuanto a la elección de la técnica de reproducción asistida que se utilizó, Dafne, que es ginecóloga obstetra, comentó por qué eligió la FIV (fecundación *in vitro*) para realizar su proyecto de monoparentalidad:

Yo opté por la FIV directa porque en teoría tienes más posibilidades. Si solo tienes una muestra, fecundas tantos óvulos como tengas. Y tuve unos cuantos. Así que tienes la oportunidad de hacer más “embriones”. Si no funciona la primera vez, puedes intentarlo varias veces, con tantos embriones como puedas formar. Así que, en teoría, se gasta menos por más. Con este razonamiento decidí pasar directamente a la FIV. (Dafne).

Dafne consideró que la FIV, en relación con la inseminación artificial, le daría más posibilidades de obtener un mayor número de embriones, aumentando así la posibilidad de quedarse embarazada. También considera que, en general, el gasto del procedimiento sería menor debido al número de intentos que podría realizar. Es decir, dependiendo del número de embriones que se desarrollen a partir de la FIV, podría realizar el procedimiento de transferencia de embriones al medio uterino más de una vez.

Caterine comenta el diálogo que mantuvo con el médico especialista en reproducción humana al que acudió para iniciar su tratamiento de la TRA para ser madre soltera: “Le dije ‘Dr. no quiero hacer una FIV’. Porque eran 5,500 dólares americanos y yo no tengo esa cantidad de dinero, *en efectivo*”, comentó. La elección de la técnica de la TRA que utilizó Caterine se basó en razones económicas, más que en las características de la técnica en sí. Por lo tanto, señaló esta cuestión al médico para que se valorase la mejor estrategia reproductiva en función de las condiciones de Caterine.

En el caso de Brigitte, la madre soltera más joven de las entrevistadas (24 años en el momento de la entrevista), su singular trayectoria reproductiva estuvo condicionada por la cuestión económica:

También tenía la opción de conseguirlo en (el banco de semen de) Brasil, pero el coste era de unos US\$920.00 dólares americanos, mucho más caro de lo que mis condiciones financieras “permitían”. Ya había hablado con mis dos amigos, ambos habían aceptado (donar semen). Así que solo faltaba pensar cuál de los dos sería el elegido. (Brigite).

Brigite no utilizó material genético masculino de un banco de semen, sino de un amigo y la inseminación se produjo en una clínica de TRA. La utilización

de material genético de terceros con fines reproductivos se realiza bajo condición de anonimato en Brasil. La situación relatada es contraria a la normativa vigente en el país,⁹ que determina el principio de anonimato entre proveedor y receptor de material genético.

El recurso del donante conocido burlando el anonimato del proveedor del material genético suele ser visto como una amenaza por parte de las madres solas por elección porque da paso a la posibilidad de la presencia del proveedor de semen dentro de la familia monoparental, debilitando la autonomía del proyecto familiar y forzando su presencia en la familia, aunque su inserción en el proyecto se haya basado mediante un pacto con criterio diferente (Jociles, Villaamil Pérez 2012; Frasquet 2018).

La independencia de las mujeres, que implica su autonomía, puede configurarse en diferentes grados en una sociedad. Factores como la vulnerabilidad social, racial y económica pueden generar un contexto de dificultades que interfieren en las posibilidades de elección individual. Amelie comenta lo que fue relevante en la formulación de su proyecto de maternidad sin conyugalidad:

Tengo estabilidad económica, una familia que me apoya, tengo todo esto, no todo el mundo (lo tiene). Soy una mujer muy independiente. Nunca fui emocionalmente dependiente de un hombre. Creo que este es un tema que puede obstaculizar mucho a las mujeres. (Amelie).

La estabilidad financiera y el apoyo familiar se mencionaron como elementos importantes. Para Emma, la independencia en una relación amorosa se articula con su decisión: “Empecé a pensar en el tema de la producción independiente porque dije ‘es mi deseo y mi voluntad’. No necesito necesariamente estar en una relación para eso” (Emma).

Elección del material genético internacional: anonimato o identidad conocida

Las normas brasileñas no permiten que los proveedores de semen sean remunerados o compensados para no establecer una relación comercial. Sin embargo, permite su importación, en un proceso llevado a cabo por la clínica reproductiva o el banco de semen provocando una situación de ambigüedad. Judith comenta la distinción entre utilizar un proveedor brasileño o importarlo,

⁹ Según la Resolución CFM 2.168/2017: “la identidad de los donantes de gametos y embriones, así como de los receptores, debe ser confidencial”.

Si hoy en día se hace un balance de la información que tenemos en los bancos aquí, hay muy poca. Es realmente un tiro a ciegas; no hay información en los bancos brasileños. En los bancos extranjeros, aunque no hagas esa pregunta, aunque no optes por la pregunta de conocer al donante de 18 años... tienes mucha más información genética, hereditaria y todo lo demás. Se puede ver la foto del donante cuando era niño; se obtiene algo menos que un tiro a ciegas. Eso marca una gran diferencia. (Judith).

Se critica que el contexto de anonimato vigente sobre la identidad del proveedor en el país limita el proceso de definición del material genético. Amelie habla de la ascendencia del donante del material genético masculino y del banco de semen; en su caso, optó por un banco internacional:

Es horrible decir esto, pero, bueno, al principio elegí un donante no brasileño, del banco europeo. La doctora que hizo la inseminación artificial dijo que trabajaba con el banco americano. Sé que el banco americano fue más serio, hizo aún más pruebas, así que, hay muchas cosas sobre la persona, sobre el donante. (Amelie).

Al ser un mercado competitivo, los catálogos de los proveedores de semen se elaboran cada vez más para explorar el imaginario asociado con la excelencia del material biológico o genético del que disponen. En el caso de los bancos de semen norteamericanos, la disponibilidad de las fotos de la infancia del proveedor, su historial de salud y el de sus padres, así como su árbol genealógico, se considera muy atractiva, incluso cuando no se pretende adquirir material genético con identidad abierta (Mazzilli 2017). Además, la lectura de las entrevistas a los proveedores que exponen sus intereses personales, aficiones y motivaciones para donar su material genético, permite conocer mejor a los proveedores en su subjetividad, más allá de sus características físicas. Es importante reconocer que esta información implica la construcción de identidades y tiene un atractivo comercial, para captar efectivamente a la consumidora.

La elección de las características de los donantes se extiende más allá de las características físicas a los atributos “sociales”, que permiten a los receptores acercarse a los donantes (Luna 2005). Así, comenta Amelie:

Elegí a una persona que me pareció más seria, más parecida a mí, que tenía un título, que pensé que se parecía un poco a mí físicamente, como mi familia. Porque hay fotos, claro. Puso fotos de todas sus edades, desde un niño pequeño hasta un adulto. (Amelie).

Caterine recuerda en la entrevista la sugerencia del médico al revisar el catálogo de donantes disponibles de componer un proceso de elección de muestra de semen basado en la información sobre el donante:

El banco de semen con el que más trabajan allí es el internacional, que es... Y él (el médico) dijo, “ya que no vas a tener padre, puedes reunir a tus amigas en casa el fin de semana y pasar horas buscando, eligiendo, viendo fotos de él de bebé y todo lo demás”. (Caterine).

La afirmación del médico “ya que no habrá padre” dirige a la mujer soltera a un tipo de proceso de elección diferente al que se produce en el grupo compuesto por parejas, en el que hay una segunda persona que participa directamente en la elección de la muestra. Las que optaron por el banco brasileño mencionan otras cuestiones en su decisión de adquirir semen. Judith comentó su elección de muestra de semen de un banco brasileño:

Necesitaba más rapidez; opté por el banco brasileño por el coste y también por el tiempo, porque ya estábamos en pleno proceso [de tratamiento de TRA]. (Judith).

La mayoría de las mujeres entrevistadas muestra preferencia por muestras seminales de donantes anónimos en lugar de utilizar el semen de un donante conocido, con el objetivo de evitar las posibles complicaciones de la participación del donante en la familia a medida que el niño crece (Golombok 2015).

Prefiero un anonimato total, precisamente para no tener ese peligro del vínculo... algo que ya está decidido y que es casi como retroceder en la decisión, ¿sabes?... Para mí sería más fácil no saber absolutamente nada (sobre el donante) y decirle (al niño) que tampoco lo sé, que crear esta idea de intentar crear un vínculo y no ser nada de eso y crear una frustración después. (Fiorella).

Para Fiorella, el uso de material genético anónimo es un camino hacia una mayor seguridad, ya que reconoce un peligro en la posibilidad del vínculo entre la descendencia y el proveedor. Para estas mujeres, las TRA se ven como una posibilidad de evitar los posibles vínculos sociales entre el proveedor y el niño generado. Este proceso en el que se elige el material genético se corresponde con los estudios realizados en el país sobre la reproducción asistida entre parejas de lesbianas (Souza 2004; Corrêa 2012; Machin y Couto 2014).

Consideraciones finales

El análisis de las entrevistas revela un sentimiento de realización ligado al valor de la maternidad y también, que la realización personal está relacionada con la esfera profesional de estas mujeres. La decisión de la maternidad en solitario no es siempre algo deseado desde el principio, sino que se optó por ella ante algu-

nas cuestiones, como el paso del tiempo biológico, que implica la caída de la fertilidad femenina, el desajuste en las relaciones afectivas, los cambios sociales con la pérdida del valor de la estructura matrimonial tradicional y la legislación que reconoce la maternidad elegida en solitario.

Las motivaciones que impulsan la elección de la monoparentalidad femenina y las decisiones reproductivas que se toman se producen bajo condiciones y restricciones que condicionan las acciones individuales. El concepto de familia, especialmente en los casos de familias monoparentales por elección, no surge como simple producto de la experiencia vital personal, sino como resultado de diferentes condicionantes creados socialmente, como los modelos alternativos de familia (Rubio, Poveda y Rivas 2013).

La reproducción asistida está en el centro de las relaciones de género, impregnadas por las preocupaciones contemporáneas sobre la familia y las nuevas formas de parentalidad (Tamanini 2004). Las exigencias que conducen a la maternidad monoparental obedecen a motivaciones variadas y constituyen un importante campo de análisis para comprender las nuevas formas de transmisión generacional que pueden surgir de ellas (Szapiro, Féres-Carneiro 2002).

Con un mayor poder de decisión sobre la dirección de sus vidas, las mujeres están más capacitadas para elegir trayectorias alternativas a las que antes se consideraban obligatorias, como el matrimonio único y la maternidad. También vemos que las restricciones siguen presentes en la vida de las mujeres, derivadas de las asimetrías de género que afectan las estructuras sociales, las dificultades de movilidad social ascendente de las mujeres madres en su trabajo, las jornadas extras de trabajo invisible en el hogar y en la crianza de los hijos. La materialización de la monoparentalidad como proyecto maternal personal conlleva el reto de conciliar las exigencias individuales y profesionales con la experiencia de la maternidad, y también lleva a la necesidad de elaborar una narrativa sobre la construcción del proyecto monoparental para los/as futuros/as hijos/as. **D**

Referencias

- Abrahão, Ingrith Gomes. 2003. *A família monoparental formada por mães sozinhas por opção através da utilização de técnicas de inseminação artificial no ordenamento jurídico brasileiro*, tesis de doctorado. Belo Horizonte: Faculdade Mineira de Direito da Pontifícia Universidade Católica.
- Assumpção, Carmen Regina Leal. 2014. Falência ovariana precoce. *Arq Bras Endocrinol Metab*, 58(2): 132-143.
- Brasil. 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Diário Oficial da União, 5 de octubre.
- Brasil. 2011. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Resolução da di-

- retoria colegiada- RDC N° 23, de 27 de mayo. *Dispõe sobre o regulamento técnico para o funcionamento dos Bancos de Células e Tecidos Germinativos e dá outras providências*. www.aNVISA.gov.br/legis (Consultado, octubre 12, 2021).
- Brasil. 2011. Superior Tribunal Federal. *Supremo reconhece união homoafetiva*. (Citado, octubre 12, 2011). <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=178931>.
- Brasil. 2017. Conselho Nacional Justiça. Resolução No. 63 de 14/11/2017. (Citado octubre 20, 2017). https://atos.cnj.jus.br/files/provimento/provimento_63_14112017_19032018150944.pdf. (Consultado, octubre 12, 2021).
- Brasil. 2017. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. 1o. Relatório Dados de Importação de Células e Tecidos Germinativos para Uso em Reprodução Humana Assistida. Brasília-DF. <https://www.gov.br/aNVISA/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/sangue-tecidos-celulas-e-orgaos/relatorios-de-importacao-reproducao-humana-assistida/1o-relatorio-de-importacao-reproducao-humana-assistida-2017.pdf>.
- Brasil. 2018. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. 2º Relatório Dados de Importação de Células e Tecidos Germinativos para Uso em Reprodução Humana Assistida. Brasília-DF. <https://www.gov.br/aNVISA/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/sangue-tecidos-celulas-e-orgaos/relatorios-de-importacao-reproducao-humana-assistida/2o-relatorio-de-importacao-reproducao-humana-assistida-2018.pdf>. (Consultado, octubre 12, 2021).
- Brasil. 2020. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. 12o. Relatório Nacional do Sistema de Produção de Embriões, SisEmbrio. <https://www.gov.br/aNVISA/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/sangue-tecidos-celulas-e-orgaos/relatorios-de-producao-de-embrioes-sisembrio/12o-relatorio-do-sistema-nacional-de-producao-de-embrioes-sisembrio/view>.
- Carvalho, Paula Galdino Cardin. 2018. *Homoparentalidade feminina: nuances da assistência à saúde durante concepção, gravidez, parto e pós-parto*, tesis de doctorado en salud, ciclos de vida y sociedad. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Conselho Federal de Medicina. 2017. Resolução CFM N° 2.168/2017. *Normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida*.
- Conselho Federal de Medicina. 2020. Resolução CFM N° 2.283/2020. *Normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida*.
- Corrêa, Maria Eduarda Cavadinha. 2012. *Dois mães? Mulheres lésbicas e maternidade*. 2012, tesis de doctorado en salud pública. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Frasquet Aira, Rosa María. 2013. La construcción de la maternidad como un proyecto autónomo: el caso de las madres solteras por elección a través de

- técnicas de reproducción asistida en Barcelona. En C. López, Diana Marre, Joan Bestard (eds.), *Maternidades, procreación y crianza en transformación*. Barcelona: Bellaterra, 163-184.
- Frasquet Aira, Rosa María. 2018. Elecciones reproductivas, anonimato y parentesco: discursos, estrategias e implicaciones para las 'madres solteras por elección'. *Papeles del Ceic*, 2(196):1-43.
- G1. 2019. *Importação de esperma: por que a busca por semen no exterior cresceu vertiginosamente no Brasil*. <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/02/09/importacao-de-esperma-por-que-a-busca-por-semen-no-externo-cresceu-vertiginosamente-no-brasil.ghtml>.
- Giallorenzi, M. L. 2018. La maternidad como proyecto individual y autónomo. El caso de las madres solas por elección. *Journal de Ciencias Sociales*, 11, año 6. <https://doi.org/10.18682/jcs.v0i11.885>.
- Golombok, Susan. 2015. *Modern families: Parents and children in new family forms*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Golombok, Susan. 2018. Research on assisted reproduction families: a historical perspective. En Gabor Kovacs, Peter Brinsden, Alan DeCherney (eds.), *In-vitro fertilization: the pioneers' history*. Cambridge: Cambridge University Press, 232-239.
- Graham, Susanna. 2018. Being a 'good' parent: single women reflecting upon 'selfishness' and 'risk' when pursuing motherhood through sperm donation. *Anthropology and Medicine*, 25(3): 249-264.
- Hertz Rosanna. 2008. *Single by chance, mothers by choice: How women are choosing parenthood without marriage and creating the new American family*. Oxford: Oxford University Press.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). 2020. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua de 2012 a 2019. Família e Domicílio. Rio de Janeiro.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2010. Censo demográfico 2010: famílias e domicílios resultados e amostras. Río de Janeiro: Censo demográfico, 2010. https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/97/cd_2010_familias_domicilios_amostra.pdf.
- Itaboraí, Nathalie Reis. 2016. *Mudanças nas famílias brasileiras (1976-2012): uma perspectiva de classe e gênero*. Río de Janeiro: Garamond.
- Jociles, María Isabel y Rivas, Ana María. 2010. Motivaciones genéticas y motivaciones experienciales: el discurso de las MSPes sobre la fecundación asistida como vía de acceso a la maternidad en solitario. *Alteridades*, 20(39): 125-142.
- Kendall, Carl, Kerr, Ligia, Gondim, Rogerio, Werneck, Guilherme, Macena, Raimunda, Pontes, Marta Kerr, Johnston, Lisa, Sabin, Keith, McFarland, Willi. 2008. An empirical comparison of respondent-driven sampling, time loca-

- tion sampling and snowball sampling for behavioral surveillance in men who have sex with men, Fortaleza, Brazil. *AIDS Behav*, 12(4): S97-104.
- Leyra, Begoña, Alamillo, Laura y Konvalinka, Nancy. 2013. Discursos y estrategias de conciliación de la vida laboral, familiar y personal entre las madres solteras por elección (MSPE). En María Isabel Jociles, Raquel Plana Medina (eds.), *La monoparentalidad por elección. El proceso de construcción de un modelo de familia*. Valência: Tirant lo Blanch, 93-142.
- Luna, Naara. 2005. Natureza humana criada em laboratório: biologização e genitização do parentesco nas novas tecnologias reprodutivas. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 12(2): 395-417.
- Machado, Lia Zanotta. 2001. Famílias e individualismo: tendências contemporâneas no Brasil. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 4(8):11-26.
- Machin, Rosana y Couto, Marcia Thereza. 2014. "Fazendo a escolha certa": tecnologias reprodutivas, práticas lésbicas e uso de bancos de sêmen. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, 24(4): 1255-1274.
- Machin, Rosana, Mendosa, Douglas, Augusto, María Helena Oliva y Monteleone, Pedro Augusto. 2020. Assisted reproductive technologies in Brazil: characterization of centers and profiles from patients treated. *JBRA Assisted Reproduction*, 24(3): 235-240.
- Machin, Rosana. 2018. Reproductive technologies and lesbian kinship practices in Brazil. En Róisín Ryan-Flood y Jenny Gunnarsson Payne (eds.), *Transnationalising reproduction: third party conception in a globalised world*. Londres y Nueva York: Routledge.
- Machin, Rosana. 2016. Anonimato e segredo na reprodução humana com participação de doador: mudanças em perspectivas. *Saúde e Sociedade*, 25(1): 83-95.
- Marre, Diana, San Roman, Beatriz y Guerra, Diana. 2017. On reproductive work in Spain: transnational adoption, egg donation and surrogacy. *Medical Anthropology*, 37(2): 158-173.
- Mazzilli, Paola. 2017. *Vida esterilizada. Reflexões biopolíticas sobre as estratégias de comercialização de sêmen no Banco California Cryobank*, tesis de doctorado en comunicación y semiótica. Pontificia Universidad Católica de São Paulo, São Paulo.
- Minayo, Maria Cecília de Souza. 2012. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3): 621-626.
- Morgan, Lynn M y Roberts, Elizabeth. 2012. Reproductive governance in Latin America. *Anthropology & Medicine*, 19(2): 241-254.
- Morgan, Lynn M. 2019. Reproductive governance. *Redux, Medical Anthropology*, 38(2): 113-117.
- Murray, Clare y Golombok, Susan. 2005. Going it alone: solo mothers and their

- infants conceived by donor insemination. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(2): 242-253.
- O Globo. 2019. Importação de semen para fertilização cresce no Brasil. <https://oglobo.globo.com/brasil/importacao-de-semen-para-fertilizacao-cresce-no-brasil-23901093>.
- Queiroz, Christina. 2018. Gestações transnacionais. Demanda por reprodução assistida amplia entrada de material genético estrangeiro no Brasil. *Revista Pesquisa FAPESP*, 19(269): 70-75.
- Ramírez-Gálvez, Marta. 2009. Corpos fragmentados e domesticados na reprodução assistida. *Cadernos Pagu*, 33: 83-115.
- Ramírez-Gálvez, Marta. 2011. Inscrito nos genes ou escrito nas estrelas? Adoção de crianças e uso de reprodução assistida. *Revista de Antropologia*, 54(1): 47-87.
- Rivas, Ana María, Jociles, María Isabel y Moncó, Beatriz. 2011. Las madres solteras por elección: ¿ciudadanas de primera y madres de segunda? *Revista Internacional de Sociología*, 69(1): 121-142.
- Rivas, Ana María, Jociles, María Isabel. 2013. Las madres solteras por elección: quiénes son y cómo hemos investigado sus proyectos familiares. En María Isabel Jociles y Raquel Plana Medina (eds.), *La monoparentalidad por elección. El proceso de construcción de un modelo de familia*. Valência: Tirant lo Blanch.
- Rubio, María Isabel Jociles, Poveda, David y Rivas, Ana María. 2013. Experiencias e imágenes acerca de su familia de los hijos de madres solteras por elección (MSPE) y de familias biparentales. En María Isabel Jociles y Raquel Plana Medina (eds.), *La monoparentalidad por elección. El proceso de construcción de un modelo de familia*. Valência: Tirant lo Blanch.
- Souza, Erica Renata. 2004. *Necessidade de filhos: maternidade, familia e (homo) sexualidade*, tesis de doctorado. Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Biologia, Campinas, SP, 242 p. <http://libdigi.unicamp.br/document/?code=000327818>
- Szapiro, A. M. y T. Féres-Carneiro. 2002. Construções do feminino pós anos sessenta: o caso da maternidade como produção independente. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 5(1): 179-188.
- Szapiro, Ana María, Féres-Carneiro, Terezinha. 2002. Construções do feminino pós anos sessenta: o caso da maternidade como produção independente. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1): 179-188.
- Tamanini, Marlene. 2004. Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: bioética e controvérsias. *Revista Estudos Feministas*, 12(1): 73-107.
- Teixeira, Leônia, Parente, Flávia Soares, Boris, Georges Daniel. 2009. Novas configurações familiares e suas implicações subjetivas: reprodução assistida e

família monoparental feminina. *Psico*, 40(1): 24-31.

Vieira, Fernanda Bittencourt. 2008. *As tecnologias da reprodução: discursos sobre maternidade e paternidade no campo da reprodução assistida no Brasil*, tesis de doctorado en sociología. Universidade de Brasília, Brasília.

Weston, Kath. 1991. *Families we choose: lesbians, gays, kinship*. Columbia: Columbia University Press.