

João Diogenes Ferreira dos Santos
Tânia Rocha Andrade Cunha
Acácia Batista Dias
Organizadores

ENTRECRUZANDO SABERES: GÊNERO, SEXUALIDADE,
MEMÓRIA E VIOLÊNCIA

1ª Edição Eletrônica

Uberlândia / Minas Gerais
Navegando Publicações
2020



NAVEGANDO

O LUGAR DA PARCEIRA QUE NÃO GESTA: ELEMENTOS PARA DISCUSSÃO SOBRE HOMOPARENTALIDADE FEMININA*

*Paula Galdino Cardin de Carvalho¹
Cristiane da Silva Cabral²
Carmen Simone Grilo Diniz³*

Introdução

De maneira geral, entre casais heterossexuais o protagonismo do processo reprodutivo fica mais focado na mulher e na díade mãe-bebê do que na figura paterna (FRANZON, 2013). Em um casal homoafetivo, por sua vez, a presença de duas mulheres requer que sejam consideradas algumas especificidades, tais como as variadas técnicas de reprodução que permitem a participação biológica de uma ou das duas parceiras, a negociação sobre qual das duas mulheres vai gestar, a possibilidade da dupla amamentação e/ou da divisão mais equilibrada do cuidado com a criança, entre outros aspectos (CORREA, 2012; SILVA, 2013; MCKELVEY, 2013). O exame da experiência de ambas as parceiras de um casal homoafetivo possibilita diferentes perspectivas sobre as experiências que viveram com relação ao período de gravidez, parto e pós-parto.

O foco deste artigo são as percepções e situações vivenciadas pelas parceiras que não engravidaram. A partir da análise destas narrativas, discute-se aspectos do atendimento à saúde no período da gravidez, parto e pós-parto prestado a mulheres em uma relação homoafetiva⁴. As parceiras que não engravidaram⁵ podem se sentir invisíveis e isoladas durante a transição para a paren-

*DOI- 10.29388/978-65-81417-25-3-0-f.105-116

¹ Departamento de Saúde, Ciclos de vida e Sociedade. Faculdade de Saúde Pública Universidade de São Paulo – USP - Email: paulagaldino@gmail.com

² Departamento de Saúde, Ciclos de vida e Sociedade. Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo – USP – Email: cabralcs@gmail.com

³ Departamento de Saúde, Ciclos de vida e Sociedade. Faculdade de Saúde Pública Universidade de São Paulo – USP - sidiniz@usp.br - Agência Financiadora: CNPq e CAPES

⁴ Diante da polissemia no que se refere às categorias identitárias (lésbica, gay, homossexual, etc) das mulheres entrevistadas para esse estudo, utilizamos o termo “mulheres em uma relação homoafetiva” e/ou “casais homoafetivos”, que tem sido adotado no âmbito do direito e também da medicina para fazer referência aos casais de mesmo sexo. Para os demais estudos, optamos por conservar a forma de referência usada pelos/as autores/as citados/as.

⁵ Diferentes termos aparecem nos estudos para se referir às parceiras que não estão grávidas: “non biological mother” ou mãe não-biológica (CORREA, 2012; O'NEILL, HAMER & DIXON, 2013; WOJNAR & KATZENMEYER, 2014), “co-parent” ou co-genitor (WILTON & KAUFMANN, 2001), “co-mother”/ co-mãe, ou numa tradução mais tradicional brasileira, co-madre (DAHL et al, 2013; CHERGUIT et al., 2013), “social mother” ou mãe social (CORREA,

talidade, que se refere ao exercício da função parental de cuidados, educação, saúde, etc. (ZAMBRANO, 2006). A experiência do processo de decisão da concepção, gravidez e maternidade para estas parceiras pode ser sinuosa pela falta de comprovação biológica e legal com a criança (SOUZA, 2005; HERRERA, 2007). Os profissionais de saúde em geral precisam reconhecer as possíveis diferenças entre as experiências de concepção, gravidez e parentalidade destas mulheres (WOJNAR & KATZENMEYER, 2014). É interessante analisar o processo reprodutivo a partir do ponto de vista da mulher que não engravida e explorar os diversos sentidos que estas mulheres conferem ao reconhecimento social de sua experiência de parentalidade.

Metodologia

Foram realizadas 19 entrevistas em profundidade com mulheres de dez casais diferentes, que tiveram filhos em um relacionamento homoafetivo, residentes na região metropolitana de São Paulo. As participantes foram recrutadas por meio de uma rede de contatos (internet, redes sociais, referências pessoais, entre outras fontes), e os critérios de elegibilidade foram: mulheres que vivenciaram o processo de gravidez, nascimento e pós-parto durante um relacionamento com outra mulher. Os critérios de exclusão consistiram em mulheres solteiras e/ou que tiveram filhos pela adoção. O número total de participantes foi definido com base na saturação dos discursos (POUPART, 2012).

O trabalho de campo foi realizado entre dezembro de 2015 a janeiro de 2017. O roteiro de entrevista continha os seguintes tópicos: informações pessoais; relacionamento afetivo/sexual; processo de decisão reprodutiva; concepção, gravidez e pré-natal; parto; pós-parto e amamentação; balanço sobre o processo. As participantes receberam explicações sobre os objetivos da pesquisa, a natureza voluntária da participação e forneceram o consentimento por escrito. Priorizou-se a entrevista com casais para aceder a diferentes dimensões da experiência vivida das informantes sobre como os profissionais de saúde reagem ao atenderem as mulheres que estão em diferentes posições em relação ao evento reprodutivo, ou seja, a que gesta e a que é a parceira. As entrevistas foram feitas de forma individual e apenas uma das participantes não estava com a companheira na época e, portanto, apenas ela foi entrevistada.

As entrevistas foram transcritas, e procedeu-se a análise temática do material com pré-análise através da leitura flutuante das entrevistas; exploração do material em que as principais categorias foram identificadas e a análise final com a articulação do corpus estruturado a uma base teórica (BARDIN, 1993).

O projeto de pesquisa obedeceu a Resolução nº466/2012 de Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisa com seres humanos, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública/USP (CAAE 44581015.1.0000.5421).

2012; CROUCH et al., 2013) e “segunda mãe” (SILVA, 2013). Neste trabalho, optamos por utilizar os termos ‘parceira que engravidou’ e ‘parceira que não engravidou’.

Resultados e discussão

O conjunto das participantes deste estudo compõe um universo de mulheres com idade entre 27 e 43 anos, com uma média de 34 anos. Sete participantes se identificaram como lésbicas, e as demais utilizaram termos como homossexual, gay ou casal homoafetivo para referirem a si mesmas. Treze participantes se declararam brancas, quatro pardas, uma negra e uma participante preferiu responder “multicolorida”. Dezoito tinham ensino superior completo e uma tinha ensino médio completo. Todas as participantes tinham filhos com idade igual ou inferior a quatro anos no momento das entrevistas. Duas participantes tinham filhos mais velhos de uma relação heterossexual anterior. Os nomes dados às entrevistadas são fictícios para proteger suas identidades.

Seis casais engravidaram com a utilização de técnicas de reprodução assistida. Quatro deles recorreram a fertilização *in vitro* (FIV), em que os óvulos de uma das mulheres são fecundados em laboratório com semê de doador e os embriões são posteriormente transferidos para o seu útero. Dois casais utilizaram a recepção de óvulos da parceira (ROPA), técnica em que ambas as mulheres participam, uma doando os óvulos para a fertilização e a outra na gestação do embrião. Dois casais fizeram inseminação caseira com sêmem de doador conhecido, e duas gestações foram oriundas de relações sexuais durante em um breve período em que o relacionamento homoafetivo havia sido rompido. Nesses dois casos, ao reatarem o compromisso, todo o processo de gravidez, parto e pós-parto foi acompanhado pela parceira.

Dos dez casais entrevistados, sete possuíam registro de união estável ou casamento civil na época que os filhos nasceram. Dois casais conseguiram registrar o nome das duas mulheres na certidão de nascimento sem ação judicial; quatro registraram somente após ação judicial; e quatro possuíam apenas o nome da mulher que engravidou. Um desses casais estava movendo processo há mais de um ano com pedido de reconhecimento de maternidade sócioafetiva.

“Gerar sem gerar, gerar no coração”: o período da gravidez e atendimento ao pré-natal

O processo de construção da parentalidade extrapola o período da gestação: engloba o planejamento da reprodução e as decisões que são tomadas para obtenção deste intento, tal como a de quem gestará biologicamente a criança. Neste estudo, na história de cinco casais, apenas uma das mulheres manifestou o desejo de engravidar e parir, sem contestação pela parceira que não tinha tal vontade. Em dois casais, esse tipo de questão não se fez presente tendo em vista que as mulheres engravidaram de forma inesperada ao manterem relações sexuais por um breve período em que o relacionamento homoafetivo havia sido rompido. Em apenas um casal o desejo de gravidez estava presente para ambas as mulheres e a situação etária de uma delas pesou na decisão de

que a mais velha gestaria primeiro (a outra parceira estava tentando engravidar no período em que as entrevistas foram realizadas). Em outros dois casos, uma das mulheres já havia engravidado anteriormente de uma relação heterossexual, e a decisão sobre quem então engravidaria foi tomada com base na ideia de que a experiência da gravidez era algo que deveria ser vivenciado pela outra mulher.

No que se refere ao acompanhamento médico durante o pré-natal, todas as parceiras deram ênfase ao fato de estarem presentes na maioria das consultas e exames. Bárbara relata que apesar de participar de todas as consultas, o médico era indiferente a sua presença e costumava fazer as orientações olhando apenas para sua companheira que estava gestante. Ainda que em geral as participantes avaliem a experiência do pré-natal como positivas, o que houve com Bárbara mostra que nem sempre as parceiras são incluídas nas consultas de forma adequada. Ana conta que sua companheira ficou completamente sensível durante a gravidez e por isso elas tinham a preocupação de fazerem tudo juntas para não correrem o risco de sofrer algum tipo de discriminação e que, em geral, os profissionais sabiam que elas eram um casal.

Em uma relação homoparental existem especificidades no processo de construção da parentalidade homoafetiva (HERRERA, 2007). A gravidez de um casal homoafetivo se diferencia da experiência de um casal heterossexual já que ambas as mulheres têm o potencial de engravidar, por exemplo. A decisão por quem engravidará pode ser facilitada quando apenas uma das mulheres manifesta tal vontade. Se ambas quiserem ter essa experiência, a decisão pode representar um momento complexo de negociação para o casal, já que uma delas gestará a criança e a outra mulher não, o que pode acarretar diferentes consequências sociais e legais para a parceira que não gera.

A parceira que não gestou pode ser companheira de uma mulher que teve um filho em contexto heterossexual ou que engravidou em um projeto de parentalidade compartilhada. A literatura mostra que na presença de duas mulheres, as parceiras que não engravidaram constantemente sofrem com a distinção que é feita entre elas e as parceiras que gestaram (WILTON; KAUFMANN, 2001; MCKELVEY, 2001; SOUZA, 2005; HERRERA, 2007; CORREA, 2012; WOJNAR; KATZENMEYER, 2014).

“Pari com ela”: o momento do parto e pós-parto imediato

O momento do nascimento da criança possui diversos sentidos para as parceiras que não engravidaram. A forma como são inseridas no contexto do parto e a possibilidade de participar ativamente desse momento, cortando o cordão umbilical e até mesmo amamentando na cena do parto, pode proporcionar uma experiência significativa na construção de parentalidade dessa mulher, e demonstra como as atitudes dos profissionais de saúde possuem impacto na experiência das parceiras que não gestaram. Ao mesmo tempo, a exclusão da parceira nesse processo e o desrespeito à legislação sobre acompanhamento ao parto podem afetar os vínculos conjugais e parentais.

Dentre as dez parceiras entrevistadas, uma foi impedida de participar do momento do parto pelo plantonista do hospital. Jéssica conta que sua companheira entrou em trabalho de parto precoce e este imprevisto não possibilitou que o obstetra que as acompanhou durante o pré-natal fizesse o parto. A privação do direito de acompanhar a parceira nesse momento tão importante para ambas foi motivo de grande frustração para ela, que sempre participou das consultas e jamais havia imaginado que isso pudesse acontecer. Jéssica diz que se pudesse fazer algo diferente teria insistido completamente para estar presente no nascimento dos filhos gêmeos. O plantonista não permitiu sua entrada no centro cirúrgico alegando que ela só poderia entrar se apresentasse o registro de união estável ou se fosse o pai das crianças.

A exigência de registro de união civil, no caso do relacionamento entre duas mulheres, e a sugestão de que o pai biológico não precisaria apresentar esse documento para assistir o parto revela um processo menos burocrático de reconhecimento da parentalidade em casais heterossexuais. A ausência de um equivalente para a presunção de paternidade para as parceiras aponta importantes reflexões e acentua uma desigualdade no reconhecimento de diferentes parentalidades (SILVA, 2013).

Além dessa violação de direitos, diversos contratemplos relativos ao momento do parto foram narrados, tais como: problemas na admissão hospitalar com relação ao preenchimento da ficha do hospital que não possuía espaço para identificação da parceira; entrega de “pulseirinhas do papai” para as mulheres poderem acompanhar o parto; dificuldade de acesso a UTI e outros espaços nas unidades hospitalares e na interação com profissionais que não reconhecem ambas as mulheres enquanto um casal. Tais situações indicam a naturalização na assistência à saúde materna de que o nascimento de uma criança pressupõe a existência de um “pai” e uma “mãe”.

Como referências positivas dessa experiência, as demais participantes que estiveram presentes na cena do parto relataram diversas formas com que puderam participar desse momento: tirar a primeira foto do bebê, cortar o cordão umbilical, estar ao lado da companheira durante todos os procedimentos, ver o pé do bebê “carimbado” no braço da parceira, poder segurar o bebê. O depoimento de Ellen é bastante ilustrativo de cenas que podem acontecer ainda no centro cirúrgico:

Ele estava chorando muito, tadinho. Aí a moça limpou, tirou peso e disse pode por a mão nele, e eu disse: “oh filho calma, não chora, tá tudo bem”. E ele foi parando de chorar. A moça falou assim: você falava com ele na barriga? Eu falei é, eu e a mãe dele, ela: “nossa é a primeira vez que eu vejo isso acontecer”. Não sei se era o primeiro parto de duas mulheres pra eles verem, mas ela falou “nossa, que curioso”. Mas eu fui segurando a mãozinha dele minúscula que era e fui falando: “calma filho”, e ele foi ficando calmo, aquilo foi fantástico, aquilo foi muito legal. Uma experiência muito louca e marcante! (Ellen, 39 anos).

Já Bárbara participou e se sentiu acolhida pelos médicos durante o nascimento dos filhos. Ressalta que foi fundamental o obstetra fornecer uma espécie de comprovante da participação da parceira durante gravidez e parto para auxiliá-la na documentação para pedido de licença maternidade: “Legalmente pra você dar entrada com um pedido de licença maternidade você tem que ter o pedido médico. Ele falou: Tranquilo. Você é mãe também. Pra ele nunca foi uma cogitação pensar que eu não era mãe também. Eu senti uma questão de acolhimento nesse sentido” (Bárbara, 32 anos). Entretanto, ela conta que enfrentou dificuldades para acessar a UTI após o nascimento dos filhos gêmeos.

Dois casais tiveram parto domiciliar e por isso não esbarraram em burocracias de instituições de saúde nesse momento. Em ambos os casos, a parceira que não estava grávida relata ter “parido” junto com a companheira: “Eu pari junto com a Priscila, eu sanei todas aquelas minhas feridas no parto dela, eu me senti realizada, foi tudo pra mim, era no ambiente como eu sonhava, na minha casa, perfeito” (Bruna, 27 anos).

Os relatos sobre o momento do parto revelam o quanto a participação neste evento permite com que as parceiras se apropriem da própria experiência reprodutiva e de aspectos subjetivos que envolvem o exercício de parentalidade. O pós-parto imediato proporciona um instante de satisfação pessoal de ter o primeiro contato físico com a criança, por exemplo. Ser privada desse momento gera uma lacuna significativa na história dessas mães com a criança.

“Comecei a produzir leite junto com ela”: amamentação como alimentação e vínculo afetivo

Diferentemente de um casal heterossexual, a possibilidade de dupla amamentação é uma situação que surge para mulheres em uma relação homoafetiva e, portanto, se constitui enquanto especificidade destes casais. A indução da lactação, espontânea ou artificial, pela parceira que não gestou representa, além de uma possibilidade biológica, sobretudo a possibilidade da intensificação dos vínculos afetivos entre essa mulher e o bebê. Essa particularidade depende também da legitimação e reconhecimento da dupla amamentação por parte dos profissionais de saúde, que possuem importância no que se refere ao acesso às informações sobre a prática, e no oferecimento de escolha informada sobre as possibilidades de indução de lactação.

Em cinco dos dez casais entrevistados, ambas as mulheres amamentaram. As duas mulheres que já tinham filhos de relações anteriores começaram a produzir leite de forma espontânea durante a gravidez da parceira. Nos outros três casos em que ambas as mulheres amamentaram, estas fizeram tratamento durante a gestação da parceira para iniciar a produção de leite com orientação médica. A amamentação conjunta foi facilitada de diversas maneiras, que incluíram: consulta com especialista em aleitamento, o uso de medicação para aumento da prolactina antes e durante amamentação, translactação com o uso de leite artificial, e estímulo com bomba de leite três vezes ao dia, por três meses antes do bebê nascer.

Já Talita e sua companheira estavam sendo acompanhadas por dois médicos durante o pré-natal, e um deles riu quando ela disse que gostaria de amamentar também, mostrando o desconhecimento profissional e desvalorização de tal prática. A atitude de um outro profissional de saúde foi totalmente diversa no caso de Rose e Lívia. Rose chegou a amamentar o bebê antes da parceira que pariu, pois o pediatra levou o bebê até ela:

Enquanto o obstetra estava fazendo os pontos na Lívia, o pediatra pegou ele, trouxe até mim, aí ele mamou. Eu dúvida que outro pediatra teria feito isso, sabe? Ele tava super feliz, durante o parto, a gente nem conhecia ele. Ele falava: nossa, esse menino é muito sortudo, ele vai ter duas mães. Ficava falando para as enfermeiras que entravam, foi muito legal. Aí, ele pôs, me ensinou como era a pega. Foi muito louco (Rose, 29 anos).

Talita conta que ajudou muito ter recebido orientação de uma consultora de amamentação e procurar saber de outras histórias de duas mães que amamentaram. Ela recomenda à mulher que não é gestante que busque histórias similares e ajuda profissional para amamentar. Seu depoimento explicita a dimensão que a amamentação pode conferir no processo de construção de identidade da parceira que não gestou enquanto mãe também:

Ainda era tudo confuso, assim, de que lugar eu tinha no papel de mãe? Pra mim foi bem delicado, assim, esse período depois que ele nasceu. De não saber mesmo o seu lugar. Porque, claro, a relação com a mãe biológica é tão evidente, tão forte, que eu não sabia... E com os outros também, parecia que eu precisava de um reconhecimento dos outros pra ter o direito de ser mãe. Acho que isso da amamentação me ajudou muito, a me entender “mãe dele”. Ajudou mesmo (Talita, 32 anos).

Participantes apontaram a dupla amamentação como uma especificidade de casais de mulheres, principalmente no que se refere ao período do pós-parto. Para Patrícia, a experiência da maternidade em uma relação heterossexual foi uma “coisa solitária”. Ela considera que o companheirismo que tem com a parceira nos cuidados com a bebê e a dupla amamentação auxiliam muito na divisão do trabalho que têm com a criança.

Além disso, o aspecto simbólico suscitado e a importância da possibilidade de dupla amamentação em casais homoafetivos auxiliam sobremaneira na construção de afeto/vínculo com a criança, bem como em relação às novas identidades que se dão neste processo de construção da parentalidade homoafetiva. Em outras palavras, a possibilidade de amamentação por parte da parceira que não engravidou não é apenas um ato de “carinho” e “mimo” para o bebê. É também um elemento que detém importante papel na construção dos vínculos e das identidades em questão.

O período em que as participantes deste estudo engravidaram se concentra entre 2012 e 2015, época em que avanços no campo dos direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transsexuais (LGBT) eram ainda recentes ou esta-

vam sendo implementados no Brasil. A criação de políticas públicas voltadas a saúde LGBT (BRASIL, 2010), a legalização do casamento entre casais do mesmo sexo, resoluções que permitem seu acesso a tecnologias reprodutivas (CFM, 2013; CFM, 2015) e o registro da criança no nome das duas mulheres ou dois homens possuem impacto importante no reconhecimento e construção dos significados destas relações, e também na qualidade da assistência recebida desde a concepção até o pós-parto. A legalização dos direitos parentais da parceira que não gesta representa um aspecto fundamental na legitimação pública dessa família e facilita o seu reconhecimento social. Já a ausência de vínculo legal com o bebê afeta o reconhecimento da sua legitimidade enquanto mãe, podendo desencadear situações como o impedimento em acompanhar o parto e dificuldades no acesso às unidades hospitalares após o nascimento da criança, como demonstrado neste estudo.

Além disso, a falta de reconhecimento legal do vínculo da parceira que não gestou e o filho possui diversas consequências que são profundas não apenas para ela mas também para a criança, a outra parceira e a família em seu conjunto. Em situações como o adoecimento da criança, ou separação do casal, a posição dessa mulher fica muito vulnerável. A combinação de uma identidade marginal – lésbica – com uma tradicional – mãe – e a falta de reconhecimento legal faz com que a legitimidade social das outras mães seja frágil. Portanto, estas criam estratégias para fortalecer sua participação na criação e vínculo com a criança e seu papel dentro da família (HERRERA, 2007). Tais estratégias podem envolver aspectos dos cuidados com a criança; a possibilidade de vínculo biológico com o uso de técnicas reprodutivas como a ROPA; a utilização de sêmem de doador com características semelhantes as suas; inclusão de seu nome e/ou sobrenome no registro das crianças, entre outras (SOUZA, 2005; HERRERA, 2007; CORREA, 2012).

As narrativas aqui apresentadas se referem as distintas formas com que os casais negociaram e experimentaram a gravidez, parto e amamentação, tendo em vista que em relacionamentos homoafetivos ambas as mulheres podem ser protagonistas nesta etapa construção da parentalidade. Neste sentido, o reconhecimento pelos profissionais de saúde da importância desse momento para ambas as mulheres, com ênfase na inclusão dessa parceira que não estava grávida nas consultas e decisões sobre o parto foram aspectos destacados como determinantes na qualidade dessa experiência e possuem influência na satisfação das parceiras com esse processo tão desejado, sonhado e arquitetado, sendo parte da construção do vínculo dela com o bebê e com a parceira que gestou.

A transição para a parentalidade envolve questões de saúde física e emocional e os profissionais de saúde possuem papel fundamental, como fonte de suporte e de informação qualificada (CHERGUIT et al., 2013). Diversos fatores são elencados na literatura enquanto aspectos importantes nos cuidados à saúde de casais homoafetivos, dentre os quais destacam-se: respeito, transparência e franqueza nas escolhas de cuidado à saúde; envolvimento da parceira(o); e acesso a informações sobre concepção, gravidez, parto e pós-parto (MCMANUS; HUNTER; RENN, 2006; CROUCH et al., 2013). É necessá-

rio desenvolver a capacidade de acolher e responder à diversidade. O primeiro passo é assumir que nem todas as mulheres são heterossexuais (WILTON; KAUFMANN, 2001) e que cada casal apresenta características únicas (MCMANUS; HUNTER; RENN, 2006). No caso de casais homoafetivos femininos é especialmente importante reconhecer a parentalidade da mulher que não está grávida, o que legitima a existência dessa família e pode proporcionar mais segurança ao casal (WERNER; WESTERSTA, 2008; LARSSON; DYKES, 2009; SPIDSBERG; SORLIE, 2012; O'NEILL; HAMER; DIXON, 2013; DAHL et al., 2013; ROSS et al., 2014).

Com relação à gravidez, parto e pós-parto, é importante que os profissionais de saúde estejam abertos aos desejos do casal em relação às suas opções de via de parto, levando em consideração onde e como querem que ocorra o nascimento da criança, e quem querem ter presente nesse momento. Oportunidades como cortar o cordão umbilical, anunciar o sexo do bebê e "pegar" o bebê que normalmente seriam estendidas aos parceiros do sexo masculino de pacientes heterossexuais também devem ser oferecidas às mulheres parceiras que não estão grávidas (MCMANUS; HUNTER; RENN, 2006). A amamentação possui incontáveis benefícios para o bebê (redução do risco de morrer ou adoecer na infância, prevenção de doenças crônicas, aumento no desempenho escolar e da empregabilidade quando adultos) e para a mãe (redução do risco de câncer de mama e ovário, e de doenças crônicas), sem mencionar o custo e o impacto ambiental muito menores (VICTORA, 2016). A indução da lactação é uma possibilidade a ser cotejada por mulheres e profissionais de saúde caso ambas as mulheres de um casal homoafetivo queiram amamentar (VAUGHN, 2009).

Temas como sexualidade e orientação sexual precisam estar presentes na formação e na prática profissional cotidiana (MCMANUS; HUNTER; RENN, 2006), bem como a incorporação de informações específicas sobre saúde da população LGBT. Tais questões raramente são incluídas nos currículos de escolas de medicina e enfermagem e os profissionais de saúde muitas vezes não possuem informações básicas necessárias para fornecer cuidados a essa população. A inclusão do tema, tanto no currículo básico de graduação e pós-graduação, como na educação permanente, em todas as especialidades da área da saúde, é essencial para garantir que os profissionais possam atender às necessidades da população LGBT (O'NEILL; HAMER; DIXON, 2013; ROSS et al., 2014). Com isso assume-se que as mães lésbicas não tenham sozinhas a responsabilidade de educar todos a seu redor (WILTON; KAUFMANN, 2001). A reivindicação é por uma mudança cultural que exige a participação ativa dos profissionais de saúde, gestores e responsáveis por sua formação.

Considerações finais

Neste artigo foram apresentados alguns aspectos da experiência de casais homoafetivos femininos durante a gravidez, parto e pós-parto sob a perspectiva da mulher que não gestou. Mais do que apenas eventos biológicos, a

gestação, o parto e a amamentação possuem dimensões sociais e relacionais importantes de vínculo da parceira que não gesta com o bebê, e também com a companheira que está gestando.

No entanto, a reprodução como fenômeno social ainda requer a legitimação e o reconhecimento das especificidades de casais homoafetivos por diversos atores envolvidos nesse processo, entre eles os profissionais da saúde. O reconhecimento desse momento para ambas as mulheres, com ênfase na inclusão da parceira que não está biologicamente grávida, foram aspectos destacados pelas participantes deste estudo como determinantes na qualidade dessa experiência de parentalidade. O não investimento no seu reconhecimento legal e social pode ser prejudicial à qualidade dos vínculos familiares de aliança e de filiação, dos quais se espera suporte emocional e material aos sujeitos ao longo do curso da vida.

Apesar da ênfase em uma população específica, as recomendações aqui compiladas não se restringem apenas a ela, e podem ser úteis na atenção à saúde das pessoas LGBT. Além disso, tampouco se restringem apenas ao período de gravidez, parto e pós-parto, estendendo-se às outras dimensões do cuidado à saúde em diversos momentos do curso da vida.

Agradecimentos

Ao CNPq e à CAPES pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa.

Referências

BARDIN, L. **L'analyse de contenu**. Paris: Presses Universitaires de France Le Psychologue; 1993.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral de LGBT**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2010.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução 2.013/2013**. Brasília, DF: CFM, 2013. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2013/2013_2013.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2019.

_____. **Resolução no 2.121/2015**. Brasília, DF: CFM, 2015. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2015/2121_2015.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2019.

CHERGUIT, J. et al. Lesbian co-mothers' experiences of maternity healthcare services. **Journal of Advanced Nursing**, London, v. 69, n. 6, p. 1269-1278, 2013.

CORREA, M. E. C. **Duas mães? Mulheres lésbicas e maternidade**. 2012. 213 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

CROUCH, S. et al. What makes a same-sex parented family? **The Medical journal of Australia**, Sydney, v. 199, n. 2, p. 94-96, 2013.

- DAHL, B. et al. Lesbian women's experiences with healthcare providers in the birthing context: A meta-ethnography. **Midwifery**, v. 29, n. 6, p. 674-681, 2013.
- FRANZON, A. C. A. **Pai e acompanhante de parto: perspectivas dos homens sobre o processo reprodutivo e a assistência obstétrica**. 2013. 122 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno Infantil) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2013.
- HERRERA, F. La otra mamá: madres no biológicas en la pareja lésbica, In: GROSSI, M.; UZIEL, A. P.; MELLO, L. (Org.). **Conjugalidades, parentais e identidades lésbicas, gays e travestis**, Rio de Janeiro, Garamond, p. 213-232, 2007.
- LARSSON, A. K.; DYKES, A. K. Care during pregnancy and childbirth in Sweden: Perspectives of lesbian women. **Midwifery**, v. 25, n. 6, p. 682-690, 2009.
- MCKELVEY, M. M. **The Other Mother: A Narrative Analysis of the Postpartum Experiences of Nonbirth Lesbian Mothers**. 2013. 155 f. Doctoral Dissertations (Doctor of Philosophy) - University of Connecticut, Connecticut, 2013.
- MCMANUS, A. J.; HUNTER, L. P.; RENN, H. Lesbian Experiences and Needs During Childbirth: Guidance for Health Care Providers. **Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing**, v. 35, n.1, p. 13-23; 2006.
- O'NEILL, K. R.; HAMER, H. P.; DIXON, R. Perspectives from lesbian women: their experiences with healthcare professionals when transitioning to planned parenthood. **Diversity and Equality in Health and Care**, v. 10, p. 213-22, 2013.
- POUPART, J. A entrevista de tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas. In: POUPART, J. et al., (Org.). **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**, Petrópolis: Vozes, 2012.
- ROSS, L. E. et al. Sexual and Gender Minority Peoples' Recommendations for Assisted Human Reproduction Services. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada**, v. 36, n. 2, p. 146-153, 2014.
- SILVA, D. A. **Enfim mães! Da experiência da reprodução assistida à experiência da maternidade lésbica**. 2013. 134 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.
- SOUZA, E. R. **Necessidade de filhos: maternidade, família e (homo)sexualidade**. 2005. 242 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Biologia, Campinas, 2005.
- SPIDSBURG, E. R. G. B. D.; SØ SØRLIE V. An expression of love –midwives' experiences in the encounter with lesbian women and their partners. **Journal of Advanced Nursing**, v. 68, n. 4, p. 796-805, 2012.

VAUGHN, H. K. **A Review of Clinically Pertinent Research for Clinicians Working with Lesbian Mothers and Their Families.** 2009. 97 f. Master's thesis - Pacific University, Oregon, 2009.

VICTORA, C. G. et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **The Lancet**, v. 387, n. 10017, p. 475-490, 2016.

WERNER, C.; WESTERSTAHL, A. Donor insemination and parenting: concerns and strategies of lesbian couples. A review of international studies. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, v. 87, n.7, p. 697-701, 2008.

WILTON, T.; KAUFMANN, T. Lesbian mothers' experiences of maternity care in the UK. **Midwifery**, v. 17, n. 3, p. 203-211, 2001.

WOJNAR, D. M.; KATZENMEYER, A. Experiences of preconception, pregnancy, and new motherhood for lesbian nonbiological mothers. **Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing**, v. 43, n. 1, p. 50-60, 2014.

ZAMBRANO, E. Parentalidades "impensáveis": pais/mães homossexuais, travestis e transexuais. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 12, n. 26, p. 123-147, 2006.