UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

PAULA GALDINO CARDIN DE CARVALHO

Homoparentalidade feminina: nuances da assistência à saúde durante concepção, gravidez, parto e pós-parto

São Paulo
2018

PAULA GALDINO CARDIN DE CARVALHO

Homoparentalidade feminina: nuances da assistência à saúde durante concepção, gravidez, parto e pós-parto

Versão Original

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Saúde, Ciclos de vida e Sociedade.

Orientadora: Profª. Drª. Carmen Simone Grilo Diniz

Co-orientadora: Profª. Drª. Cristiane da Silva Cabral

São Paulo

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

CARVALHO, Paula Galdino Cardin. **Homoparentalidade feminina: nuances da assistência à saúde durante concepção, gravidez, parto e pós-parto**. 2018. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2018.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof[a]. Dr[a]. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof[a]. Dr[a]. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof[a]. Dr[a]. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof[a]. Dr[a]. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof[a]. Dr[a]. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Às mulheres que me inspiram todos os dias.

Em especial à minha mãe Dalva, por seu amor e apoio incondicional,

e à Dani, pela caminhada juntas e todo o incentivo.

AGRADECIMENTOS

Nos caminhos da vida tive a sorte de encontrar pessoas maravilhosas e poderia escrever páginas e mais páginas para poder realmente agradecer a todas elas. Registro aqui apenas uma versão resumida e todo meu carinho e admiração.

À minha orientadora **Simone Diniz**, que desde o primeiro e-mail até o fim dessa etapa me inspirou, apoiou e incentivou. Sua alegria, o modo como trata as pessoas e sua dedicação à pesquisa e aos direitos das mulheres é contagiante. Sempre me lembrarei do seu sorriso dizendo: “Vai dar tudo certo e vai ser lindo”.

À minha co-orientadora **Cristiane Cabral**, que tive a sorte de conhecer no meu primeiro ano de doutorado e em seu primeiro ano trabalhando na faculdade. Sua competência acadêmica e seu apoio e amizade foram parte fundamental dessa jornada. Suas palavras, correções e opiniões fazem com que eu sinta que estou no caminho certo.

À minha supervisora no exterior **Sofia Gruskin**. Nunca vou esquecer como me recebeu em Los Angeles e fez com que me sentisse acolhida e extremamente inspirada nas reuniões que tivemos juntas.

Aos membros da banca, **Anna Uziel, Eliane Vargas, Laura Ferguson**, e **Regina Facchini,** por aceitarem de forma tão generosa contribuir com este trabalho.

Às mulheres que entrevistei nesta pesquisa. Sou capaz de lembrar seus olhares enquanto me contavam partes tão importantes de suas vidas. Espero que essa pesquisa consiga retribuir a sua valiosa participação e contribuir para a experiência de outras mulheres.

À **Érica Peçanha**, por toda generosidade, atenção, amizade e incentivo nessa reta final do doutorado.

Aos funcionários da Faculdade de Saúde Pública, que sempre foram tão gentis e solícitos e me ajudaram em muitas etapas desse processo: **Carmen, Lígia** (Departamento de Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade), **Edina, Ulysses, Carolina e Vânia** (Secretaria de Pós-Graduação).

Aos meus amigos do Grupo de Pesquisa Gênero e Evidências em Maternidade e Saúde (Gemas): **Bia, Bruna, Cláudia, Denise, Deborah, Halana, Heloisa, Jéssica, Marcel, Marina, Priscila** por todos os sorrisos, reuniões, participação em congressos e companheirismo. Vocês fizeram meu doutorado

infinitamente mais feliz. Admiro todos como pessoa e profissionais maravilhosos que são, e levarei nossa amizade pela vida afora.

Um dos pontos positivos de ter duas orientadoras é ter mais amigos no departamento! Aos queridos amigos **Jefferson**, **Paulinha**, **Ananda**, **Raquel S.**, **Raquel Z.**, **Lúcia**. Vocês são incríveis! Que tenhamos mais encontros e comemorações juntos sempre.

À minha família. Em especial, meu pai **Homero** e minha mãe **Dalva**, que com seu suporte, risadas, e orações me ajudaram na vida e nesse momento do doutorado. Meu avô **José**, que no auge de seus 92 anos de vida, sempre me lembrou da importância do estudo. À **Daniele Carolina**, pelo companheirismo e por estar ao meu lado nos altos e baixos da vida.

Às minhas queridas amigas e amigos que em todos os momentos que precisei estavam prontos a me amparar e mostrar que na vida criamos vínculos inestimáveis. Em especial agradeço a **Amanda Delarge**, **Gabriela Ravello**, **Augusto Matias**, **Márcia Cunha**, **Laura Salerno**, **Kim Schultz**, **Fernanda Ribeiro** e **Fernanda Ruiz** por suas valiosas contribuições durante essa etapa.

Ao CNPq e à CAPES pela concessão da bolsa de doutorado e pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa.

“Se não você, então quem? Se não agora, então quando?”

Gary Herbert

RESUMO

CARVALHO, Paula Galdino Cardin. **Homoparentalidade feminina: nuances da assistência à saúde durante concepção, gravidez, parto e pós-parto**. 2018. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2018.

Com a possibilidade de acesso a tecnologias reprodutivas cresce o número de mulheres em relação homoafetiva que engravidam e buscam o sistema de saúde. Estudos mostram que a qualidade do atendimento pode ser afetada por questionamentos inadequados, homofobia e comunicação heteronormativa. O objetivo deste trabalho é compreender a percepção de mulheres em relação homoafetiva sobre a assistência à saúde recebida durante concepção, gravidez, parto e pós-parto em serviços públicos e privados na região metropolitana de São Paulo. Neste estudo qualitativo foram entrevistadas de forma individual 19 mulheres que tiveram filhos biológicos durante uma relação homoafetiva, totalizando a história de dez casais. Os resultados apontam que o acesso aos serviços públicos de concepção permanece exclusivo aos casais inférteis heterossexuais. Os casais homoafetivos precisam escolher entre tratamentos médicos caros e invasivos no sistema privado ou uso de inseminação caseira com esperma de doador conhecido, técnica não regulamentada no Brasil e que pode acarretar problemas legais futuros caso o doador decida requerer direitos de paternidade. Mais do que apenas eventos biológicos, a concepção, 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 grávida. No entanto, a reprodução ainda requer a legitimação e o reconhecimento das especificidades de casais homoafetivos por diversos atores envolvidos nesse processo, entre eles os profissionais da saúde. Após a gravidez, a maioria das participantes foi atendida no sistema suplementar de saúde e, apesar da avaliação positiva em geral, foram relatadas situações de desconforto com a postura dos profissionais em diversos momentos, incluindo suposição de heterossexualidade; formulários e orientações voltadas para pai/mãe, questionamento da legitimidade do casal e algumas situações de discriminação e privação de direitos. Os avanços e limites do 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. Mesmo com a conquista de direitos legais, como a aprovação do casamento entre pessoas do mesmo sexo, entre outras, muitas instituições e profissionais de saúde continuam despreparados para oferecer assistência adequada para casais homoafetivos. Diferentes intervenções podem melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos casais homossexuais, incluindo a implementação de leis e políticas públicas; mudanças estruturais dentro do sistema de saúde; e melhor treinamento para profissionais de saúde. A reivindicação é por uma mudança cultural que exige a participação ativa dos profissionais de saúde, gestores e responsáveis por sua formação.

Palavras-chave: Homossexualidade feminina; Técnicas reprodutivas; Saúde materna; Equidade em saúde; Direitos sexuais e reprodutivos.

ABSTRACT

CARVALHO, Paula Galdino Cardin. **Female homoparentality: health care during conception, pregnancy, childbirth and postpartum.** 2018. Thesis–Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2018.

With improved access to reproductive technologies, more women in same-sex relationships are choosing to plan pregnancies and are accessing the health system for care during conception, pregnancy, delivery and postpartum. Studies show the affect that homophobia, heteronormative communication, and inappropriate questioning by healthcare practitioners can have on the quality of care that is given. The objective of this study is to understand the perceptions of women in a same-sex relationship on the quality of healthcare received throughout conception, pregnancy, delivery and postpartum while using public and private health services in the metropolitan region of São Paulo. In this qualitative study, 19 women who had biological children while in a same-sex relationship were interviewed, amounting to the shared histories and experiences of ten couples. Access to conception services provided by the public health system in Brazil remains exclusive to infertile heterosexual couples, leaving many homosexual women to choose between two primary options. They can purchase costly medical treatments and services from the private health system or they can perform self-insemination using donated sperm. The latter technique is not regulated in Brazil and could expose women to potential legal problems associated with the possible decision of sperm donors to pursue paternity rights. More than just its biological impact, conception, gestation, childbirth, and breastfeeding have important social and relational effects on attachment for both the partner who is carrying the pregnancy as well as for the partner who is not pregnant with the baby. The legitimation and recognition of the specificities of same-sex couples is required by several actors involved in this process, chief among them being health professionals. After pregnancy, the majority of the participants were attended to in the public health system. Despite predominantly positive evaluations overall, participants also reported some discomforting situations involving the behavior of health professionals including assumptions of heterosexuality; forms and orientations addressing parents as only father / mother, doubts or questions cast on the legitimacy of the couples' relationships, and a few instances of discrimination and violated rights. Participants of this study highlighted how the acknowledgement of this moment for both women, with particular emphasis on the inclusion of the partner who is not biologically pregnant, is a large determinant of their perceptions on the quality of that parenting experience. Even with the advancement of legal rights such as the federal approval of same-sex marriage, among other civil rights achievements, many institutions and health professionals remain unprepared to provide adequate assistance and care that addresses the specific needs of homosexual couples. Different types of interventions can improve the quality of care provided to homosexual couples, include incorporating changes in laws/policies; structural changes within the health system; and better training for health workers. The aim is for a cultural change that requires the active participation of health professionals, managers, and those responsible for their training.

Keywords: Female homosexuality; Reproductive techniques; Maternal health; Health equity; Reproductive rights.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Convite para participação na pesquisa..... 39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Contato, data, duração e local das entrevistas realizadas..... 41

Tabela 2 - Caracterização das mulheres participantes no estudo..... 43

Tabela 3 - Informações relativas à concepção, pré-natal, parto e pós-parto.... 44

LISTA DE SIGLAS EM PORTUGUÊS

AIDS - Síndrome da imunodeficiência adquirida

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CFM - Conselho Federal de Medicina

CNJ - Conselho Nacional de Justiça

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

FIV - Fertilização *in vitro*

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

IA - Inseminação Artificial

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

OMS - Organização Mundial da Saúde

ROPA - Recepção de Óvulos da Parceira

STF - Supremo Tribunal Federal

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE SIGLAS EM INGLÊS

SUS – Brazil's Unified Health System

RTs – Reproductive Technologies

IUI – Intra-uterine Insemination

IVF – *In vitro* Fertilization

ROPA – Reception of oocytes from a partner

SI – Self-insemination

CFM – Federal Council of Medicine

FSP – Faculty of Public Health

USP – University of São Paulo

LGBT – Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender

AIDS – Acquired Immunedeficiency Syndrome

PAISM – Program for Integral Assistance to Women's Health

PNAISM – National Policy for Integral Attention to Women's Health

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO..... 20
1.1 HOMOPARENTALIDADE FEMININA..... 20
1.1.1. Avanços e limites em direitos LGBT no Brasil .....…..... 24
1.2 ASSISTÊNCIA AO PARTO COMO PROBLEMA SOCIAL NO BRASIL..... 27
1.3.1 Contextualização da assistência ao parto no Brasil..... 29
1.3 ASSISTÊNCIA AO PERÍODO GRAVÍDICO-PUERPERAL PRESTADO A MULHERES EM UMA RELAÇÃO HOMOAFETIVA..... 31
2 OBJETIVOS……..……..... 36
2.1 Objetivo geral……..……..... 36
2.2 Objetivos específicos……..... 36
3 ASPECTOS METODOLÓGICO E UNIVERSO EMPÍRICO..... 37
3.1 Estratégias de investigação e etapas metodológicas……..... 37
3.2 O percurso realizado……..……..... 39
3.3 Universo Empírico..... 41
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO……..... 52
4.1 Manuscrito 1……..... 52
4.2 Manuscrito 2……..... 71
4.3 Manuscrito 3……..... 95
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS……..... 122
REFERÊNCIAS……..... 127
ANEXOS……..... 133

APRESENTAÇÃO

No início do doutorado escutei a seguinte pergunta diversas vezes: Mas como você veio parar aqui? Cena que geralmente acontecia quando descobriam que eu era bióloga e microbiogista. Portanto, nesta breve apresentação, procuro relatar alguns aspectos sobre meu trajeto enquanto pesquisadora que mudou de um ambiente laboratorial para a realização de uma pesquisa qualitativa em saúde.

Quando criança, eu fazia “experimentos” e dizia querer ser cientista. Anos depois, durante a graduação em Ciências Biológicas na Universidade Estadual de Maringá, iniciei um estágio na área de microbiologia e trabalhei durante quatro anos em um projeto relativo à identificação e análise de leveduras do gênero *Candida* isoladas de pacientes com Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Após a graduação, fiz o mestrado em Microbiologia na Universidade Estadual de Londrina e, desta vez, as leveduras isoladas de pacientes com HIV seriam inoculadas em camundongos para análise de reações do sistema imunológico. Durante todos esses anos aprendi diversas técnicas laboratoriais, participei de congressos nacionais e internacionais e publiquei artigos com a equipe, mas minha rotina se restringia ao laboratório. Eu trabalhava com microrganismos, e não com pessoas.

Depois do mestrado, meu primeiro emprego formal foi ser professora de jovens e adultos. Durante dois anos dei aulas de Ciências, Formação Cidadã e Informática Básica para alunos em indústrias, escolas profissionalizantes e penitenciárias masculinas. Com essa experiência descobri que gostava de trabalhar e interagir com pessoas, conversar, ensinar, aprender e, aos poucos, comecei a cogitar a possibilidade de um doutorado, mas dessa vez em outra área e sob outra perspectiva. Sempre me interessei por aspectos de gravidez e saúde materna e, inspirada também por uma amiga que enfrentou diversos desafios para ter um parto vaginal após uma cesariana indesejada, comecei a pesquisar mais sobre o assunto e procurar por possibilidades de pesquisa. Assim, me inscrevi no doutorado na Faculdade de Saúde Pública na Universidade de São Paulo, fui aprovada, e me mudei de cidade, dando início a uma nova e intensa fase.

Durante o primeiro ano do doutorado, descobri um novo mundo que como bióloga jamais havia conhecido. Disciplinas sobre sexualidade, relações de gênero, e pesquisas qualitativas em saúde transformaram minha perspectiva acadêmica e pessoal. O contexto obstétrico no Brasil, marcado por altos índices de cesariana,

partos vaginais medicalizados, relatos de violência obstétrica e o movimento pelo parto humanizado foram se conformando como minha área de interesse. O segundo ano de doutorado foi decisivo neste percurso: defini meu objeto de estudo e dediquei boa parte do tempo para a construção de um projeto de pesquisa qualitativa, voltado para a investigação da assistência ao parto prestada a mulheres lésbicas. O trabalho de campo foi instigante. Enquanto pesquisadora, a possibilidade de entrar em suas casas, conhecer seus filhos, escutar suas experiências, desafios e, por muitas vezes, duros relatos de discriminação, me marcaram profundamente. Além disso, diversos aspectos importantes surgiram nas narrativas destas mulheres que começavam muito antes da gravidez e iam além da assistência à saúde, incluindo a relação com amigos e familiares, desafios encontrados na concepção, questões legais, a experiência de parentalidade, entre outros.

No terceiro ano do doutorado terminei o trabalho de campo e, encorajada pela crise no cenário político brasileiro e pela necessidade em debater temas como saúde sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas, organizei e conduzi o primeiro Debate sobre Visibilidade Lésbica, Saúde e Direitos na Faculdade de Saúde Pública.[1] Por fim, no último ano, realizei um doutorado sanduíche de quatro meses, com financiamento da CAPES, na University of Southern California em Los Angeles, Estados Unidos (EUA), sendo recebida no Instituto de Saúde Global sob supervisão da Profa. Sofia Gruskin. Essa experiência significou uma imensa contribuição para minha formação acadêmica, onde tive a oportunidade de encontrar grandes pesquisadores da área e visitar o Los Angeles LGBT Center, o maior centro LGBT do mundo. Ao retornar, participei de um Congresso Internacional sobre Gênero, onde apresentei os resultados e experiências acumulados na pesquisa e no estágio no exterior. Deste então, tenho participado em eventos sobre saúde materna e população LGBT, muitos dos quais a convite, aspecto que, para mim, é revelador do crescente interesse pela temática, não apenas na academia mas, sobretudo, nos movimentos sociais.

Ao optar pela tese em formato de artigo, e diante da riqueza e multiplicidade de situações e vivências relatadas pelas mulheres entrevistadas, procuramos dar ênfase na interação desses casais com instituições e profissionais de saúde, de

[1] http://www.fsp.usp.br/site/eventos/mostrar/5888

modo a dar visibilidade a estar questões e contribuir para a melhoria na qualidade do atendimento.

Na **Introdução** deste trabalho são apresentados alguns aspectos sobre a homoparentalidade feminina, o uso de técnicas reprodutivas, avanços em direitos e políticas públicas, aspectos da assistência ao período gravídico-puerperal prestado a mulheres em uma relação homoafetiva, e uma breve contextualização da assistência ao parto no Brasil. Em seguida, o manuscrito apresenta os **Objetivos** (geral e específicos) da tese e os **Aspectos metodológicos e Universo empírico** que incluem as estratégias de investigação e etapas metodológicas; o percurso realizado no trabalho de campo; aspectos da realização das entrevistas; a caracterização da mulheres participante do estudo e suas informações relativas à concepção, parto e pós-parto.

A seção **Resultados e Discussão** é composta por três manuscritos originais. O primeiro intitula-se “The experiences of women in a same-sex relationship seeking conception services in São Paulo, Brazil” e foi submetido na revista Culture, Health & Society. O objetivo deste trabalho foi examinar os desafios e limitações enfrentados por mulheres em uma relação homoafetiva ao procurarem por serviços de fertilidade.

O segundo manuscrito – “A pulseirinha do papai”: heteronormatividade na assistência à saúde materna de mulheres em relação homoafetiva em São Paulo, Brasil – foi submetido na revista Ciência e Saúde Coletiva. Seu objetivo foi descrever e analisar as interações sociais de mulheres em uma relação homoafetiva com as instituições e profissionais de saúde durante assistência da gravidez até após o parto, com ênfase nos aspectos heteronormativos que estiveram presentes durante o atendimento.

O terceiro manuscrito, ainda não sumetido, tem como título: “O lugar da parceira que não gera: elementos para o atendimento a saúde de mulheres em relação homoafetiva durante a gravidez, parto e pós-parto”. Neste artigo, discute-se aspectos do atendimento à saúde no período da gravidez, parto e pós-parto prestado a mulheres em uma relação homoafetiva com foco nas percepções e situações vivenciadas pelas parceiras que não engravidaram.

Na sequência, apresentam-se as **Considerações finais,** em que foram identificados, ressaltados e discutidos os principais pontos e limitações do trabalho, e as possibilidades para pesquisas futuras. Por fim, estão os elementos pós-textuais nos **Anexos:** (Anexo I) Termo de Consentimento; (Anexo II) Roteiro de entrevista.

A revisão desta tese seguiu as "Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP", e os artigos já submetidos foram formatados (texto, apresentação do conteúdo das tabelas e referências bibliográficas) de acordo com os padrões editoriais das respectivas revistas científicas.

1 INTRODUÇÃO

1.1 HOMOPARENTALIDADE FEMININA

O neologismo “homoparentalidade” foi cunhado em 1997 na França, e refere-se à situação na qual pelo menos um adulto que se autodesigna homossexual é, ou pretende ser, pai ou mãe. O vínculo familiar pode ser desdobrado em quatro elementos: o vínculo biológico (dado pela concepção e origem genética), o parentesco (vínculo que une indivíduos em uma genealogia), a filiação (dado pelo reconhecimento jurídico de acordo com as leis sociais em questão) e a parentalidade (exercício da função parental de cuidados, educação, saúde, etc.). Estes elementos podem estar combinados de diversas maneiras, evidenciando a relatividade de escolhas feitas por uma determinada cultura em uma determinada época (ZAMBRANO, 2006).

A experiência social da homoparentalidade desafia a heteronormatividade implícita no domínio da família e do parentesco, e traz implicações em questões jurídicas, sociais, tecnológicas e econômicas (GROSSI, 2013) e também de saúde (SOUZA, 2014). O termo heteronormatividade (WARNER, 1991) remete ao poder de ratificar, na cultura, a compreensão de que a “norma” e o “normal” são as relações afetivo-sexuais existentes entre um homem e uma mulher (PETRY & MEYER, 2011). A questão do poder ligado à heterossexualidade está cotidianamente presente nas relações sociais (SOUZA, 2014) e a heteronormatividade pode ensejar práticas discriminatórias, como a homofobia (LIONÇO, 2008). Em um artigo de revisão de quarenta e quatro estudos empíricos sobre famílias lésbicas[2], publicados entre 1978 e 2003, BOS, VAN BALEN & VAN DEN BOOM (2005) enfatizam que as famílias lésbicas e heterossexuais são muito parecidas com relação ao desenvolvimento das crianças e funcionamento dos pais; no entanto, o estigma da homossexualidade pode afetar a situação da família de lésbicas.

Em uma relação homoparental existem processos distintos do que acontece com casais heterossexuais e, portanto, especificidades nesse processo de construção da parentalidade homoafetiva. Questões enfrentadas por mulheres em uma relação homoafetiva envolvem: como gostariam de ter um filho; se desejam

[2] Diante da polissemia de categorias identitárias que podem ser acionadas para referenciar a orientação sexual (lésbica, gay, homossexual etc.), optou-se por conservar a referência que os/as autores/as utilizam em seus respectivos estudos. Vale apontar, no entanto, a predominância do termo “lésbica” nos trabalhos do campo da saúde.

manter sua herança genética ou preferem a adoção; se teriam esse filho sozinha ou com uma parceira; se gostariam que esse filho se parecesse com a parceira; e se ambas as mulheres da relação seriam mães dessa criança (HERRERA, 2007).

A conjugalidade homossexual e a homoparentalidade também complexificam o debate no que tange técnicas reprodutivas e o corrente entendimento do que seja natural na reprodução humana (CAROLINA & AMORIM, 2013). Desenvolvidas inicialmente para auxiliar casais heterossexuais inférteis, tais técnicas passaram posteriormente a ser utilizadas por casais homoafetivos (VITULE, COUTO & MACHIN, 2015) e possibilitam o acesso à parentalidade sem a participação direta de uma figura masculina (FRANCO, 2013; SOUZA 2014; STRATHERN, 1995).

Em um casal de mulheres, ambas têm o potencial de engravidar utilizando doador de sêmen anônimo ou conhecido (ROSS, STEELE & EPSTEIN, 2006). A concepção pode ser realizada por tecnologias como a inseminação artificial (IA), fertilização *in vitro* (FIV) e técnicas como a inseminação caseira, uma auto-inseminação de baixo custo que é realizada com sêmem de doador conhecido e fora de instituições médicas. Na IA, o sêmen de um doador é introduzido através do colo do útero da mulher durante o período fértil, com ou sem estimulação ovariana prévia com o uso de medicamentos. Na FIV, os óvulos de uma das mulheres são fecundados em laboratório com semêm de doador e os embriões são posteriormente transferidos para o seu útero. Na fertilização *in vitro* é possível também realizar a técnica de Recepção de Óvulos da Parceira (ROPA), em que ambas as mulheres participam, uma doando os óvulos para a fertilização e a outra na gestação do embrião (CORREA, 2012). Casais homoafetivos femininos podem preferir utilizar o método ROPA já que essa tecnologia possibilita que as duas estabeleçam laços biológicos com a criança, ampliando as possibilidades de legalização do vínculo filial com ambas as mulheres (VITULE, COUTO & MACHIN, 2015). Também é possível que a concepção seja realizada por meio de relação sexual ocasional.

Ainda que profissionais de saúde recebam casais homoafetivos que recorrem a tecnologias reprodutivas para engravidar, muitas vezes estes profissionais possuem desconfianças sobre a legitimidade desta composição familiar (SILVA, 2013). Desvincular sexo de maternidade ainda parece ser um problema, pois na ideia de parentesco euro-americana, existe uma relação direta entre o intercurso sexual e a concepção, levando ao parto. Portanto, o que parece estar em questão

são os valores ligados ao modelo de conjugalidade, que, nesse caso, prescinde da relação sexual heterossexual para fins de reprodução (STRATHERN, 1995).

Segundo VARGAS & MOAS:

> A partir de uma nova configuração de valores, a expectativa de paternidade e de maternidade tornou-se, em parte, um valor da relação homossexual. No entanto, a despeito das transformações no âmbito das relações familiares e das identidades sociais, a centralidade do casal heterossexual prevalece no discurso médico e jurídico acerca do desejo de filhos (VARGAS & MOAS, 2010, p.758).

A literatura mostra que é crescente o número de mulheres em relação homoafetiva que têm acesso às tecnologias reprodutivas e que engravidam e buscam o sistema de saúde para cuidados durante a gravidez, parto e pós-parto (AMATO & JACOB, 2004; MCMANUS et al., 2006; CORREA, 2012; CROUCH et al., 2013; SILVA, 2013; SOUZA, 2014). Na presença de duas mulheres, diversas questões podem atravessar a vivência desse processo, sobretudo no que se refere à parceira que não está grávida, e estas constantemente sofrem com a distinção que é feita entre elas e as parceiras que gestam (WILTON & KAUFMANN, 2001; MCKELVEY, 2001; SOUZA, 2005; HERRERA, 2007; CORREA, 2012; WOJNAR & KATZENMEYER, 2014).

Diferentes termos aparecem nos estudos para se referir as 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, comadre (DAHL et al, 2013; CHERGUIT et al., 2013), “social mother” ou mãe social (CORREA, 2012; CROUCH et al., 2013) e “segunda mãe” (SILVA, 2013). Esses termos podem ter significações diversas para diferentes casais (MCMANUS, HUNTER & RENN, 2006). Por exemplo, se um casal utilizar a técnica ROPA para conceber, uma parceira fornecerá os óvulos, que serão inseminados com o esperma de um doador anônimo, e a outra receberá os embriões (CORREA, 2012). Neste caso, seria questionável nomear qualquer uma delas como "mãe não-biológica”. A opção deste trabalho foi se referir a estas mulheres como parceira que engravidou e parceira que não engravidou.

A maternidade lésbica combina elementos tradicionais com elementos transgressores. Por um lado, existe o peso do biológico na construção dos vínculos e, por outro lado, se constrói um discurso sobre a importância dos cuidados e afeto para legitimar os vínculos não assegurados pelo laço de sangue. Em casais de mulheres que decidem ter filhos biológicos juntas, uma delas pode não ter o vínculo biológico com seu filho, e deverá legitimar-se através da dimensão social da parentalidade. A falta de respaldo legal para esse vínculo e o peso simbólico da biologia faz com que a figura da “outra mãe” seja muito vulnerável (SOUZA, 2005; HERRERA, 2007) e sua experiência pode ser complicada pela falta de comprovação biológica e legal em relação à criança e apoio social limitado (WOJNAR & KATZENMEYER, 2013).

Segundo MELLO:

> Por meio da constituição de casais conjugais, cujos membros geralmente se autodefinem como uma família, os homossexuais passam a desvincular-se dessas representações sociais e reivindicam não mais apenas o direito à cidadania, em nível individual, mas, também, o direito à constituição de grupos familiares, integrando-se ao rol de sujeitos sociais portadores de demandas que, no mundo ocidental, convencionalmente realizam-se por meio da constituição do casal conjugal e da socialização de crianças – filhos biológicos ou adotivos (MELLO, 2005, p. 2).

O desejo dessa população de ter filhos também se traduz em demandas no âmbito das políticas públicas, inclusive de saúde (VARGAS & MOAS, 2010). O desafio é enfrentar as novas demandas e desconstruir antigas certezas da antropologia, da psicologia e psicanálise, assim como do direito, favorecendo a legitimação dessas famílias dentro da sociedade (ZAMBRANO, 2006).

1.1.1 Avanços e limites em direitos LGBT no Brasil

O movimento homossexual tem seu surgimento registrado no Brasil na segunda metade dos anos 1970, a partir da organização de entidades e coletivos voltados à garantia da livre orientação sexual. Nos anos 1980, a atuação política ocorre no contexto da epidemia de HIV/AIDS e da retomada do regime democrático. Já em 1990, a discussão sobre homossexualidade mostra-se presente também na

mídia, e os movimentos de luta pelos direitos passam a atuar em redes nacionais e internacionais, assim como começam a emergir projetos de leis para a garantia de direitos de gays e lésbicas (FACCHINI, 2003). Para além dessas formas de atuação e agendas políticas, na virada do século XXI incorporam-se ao campo da sexualidade temáticas como: heterossexualidade não procriativa, reprodução desvinculada do ato sexual, sadomasoquismo, homossexualidades e transexualidade (FACCHINI & BARBOSA, 2006).

A primeira conquista significativa do movimento de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) no Brasil ocorreu em 1985, quando o Conselho Federal de Medicina (CFM) deixou de definir a homossexualidade como patologia. Ainda assim, o processo de institucionalização de políticas públicas para a população LGBT é muito recente, tendo início apenas em 2004 com o Programa Brasil sem Homofobia (BRASIL, 2004), criado com o objetivo de promover a cidadania e os direitos humanos de pessoas LGBT a partir da equiparação de direitos e do combate à violência e à discriminação (MELLO et al., 2012).

Em 2010, o Ministério da Saúde apresentou a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT para ser implementada no Sistema Único de Saúde (SUS), aumentando a equidade e o respeito nos atendimentos. O objetivo geral é promover a saúde integral dessa população, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, contribuindo para a redução das desigualdades e para a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equânime. Alguns dos objetivos específicos incluem: garantir os direitos sexuais[3] e direitos reprodutivos[4] para LGBT no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2010).

---

[3] Define-se, em termos gerais, os direitos sexuais como: Os direitos humanos das mulheres incluem seus direitos a ter controle e decidir livre e responsavelmente sobre questões relacionadas à sua sexualidade, incluindo a saúde sexual e reprodutiva, livre de coação, discriminação e violência. Relacionamentos igualitários entre homens e mulheres nas questões referentes às relações sexuais e à reprodução, inclusive o pleno respeito pela integridade da pessoa, requerem respeito mútuo, consentimento e divisão de responsabilidades sobre o comportamento sexual e suas conseqüências. (ONU, 1995, parágrafo 96).

[4] Define-se, em termos gerais, os direitos reprodutivos como: Os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos, em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência. (ONU, 1994: parágrafo 7.3).

Em 2011, foi declarado pelo Supremo Tribunal Federal (STF) o reconhecimento do casamento entre pessoas do mesmo sexo como entidade familiar, por analogia à união estável. Em 2013, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) aprovou uma resolução que obrigou todos os cartórios do país a celebrar estes casamentos. O censo de 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), identificou 60 mil casais homoafetivos no país[5], a maioria formada por casais de mulheres (53%) (IBGE, 2010). Desde a resolução do CNJ, estima-se que foram realizados cerca de 19.522 casamentos entre pessoas do mesmo sexo até o ano de 2015 (IBGE, 2016).

Em 2013, o Conselho Federal de Medicina (CFM) autorizou de forma explícita casais homoafetivos a usarem técnicas de reprodução assistida (CFM, 2013). Versões anteriores não proibiam o procedimento mas deixavam lacunas para interpretações diferentes pelos profissionais de saúde. A resolução seguinte, em 2015, permitiu que as mulheres em um relacionamento homoafetivo utilizassem o procedimento ROPA (CFM, 2015). Já a respeito dos registros de nascimento, em 2016, a Corregedoria Nacional de Justiça publicou o Provimento Nº 52[6] que regulamenta a emissão de certidão de nascimento de crianças geradas por diversas técnicas de reprodução assistida, incluindo adequação do documento para certidão dos filhos de casais homoafetivos. Em 2017, o provimento Nº 63 da CNJ[7] fez alterações nas regras de registro de nascimento. Entre elas, incluiu que certidões de nascimento não terão quadros pré-estabelecidos para preenchimento dos genitores, dando a possibilidade de dois pais, duas mães e até de uma filiação entre três pessoas serem formalmente reconhecidas.

Apesar do progresso em leis e políticas públicas no Brasil relacionadas aos direitos LGBT apresentados, ainda emergem iniciativas governamentais que questionam a legitimidade das relações afetivo-sexuais entre pessoas do mesmo sexo e outras constituições familiares. O Projeto de Lei 6583/2013[8], por exemplo,

---

[5] A pesquisa de mestrado de Fernanda Fortes de Lena (2010) aponta o quanto esse dado é subestimado, tendo em vista que o questionário utilizado no Censo permitia captar apenas casais de mesmo sexo que moravam numa mesma residência, na qual um deles era, necessariamente, o responsável pelo sustento do domicílio. Ficaram de fora, assim, uma série de outros arranjos conjugais.

[6] http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/arquivo/2016/03/6bd953c10912313a24633f1a1e6535e1.pdf

[7] http://www.cnj.jus.br/busca-atos-adm?documento=3380

[8] http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=597005

propõe a criação do Estatuto de família para o Estado Brasileiro: “Para os fins desta Lei, define-se entidade familiar como o núcleo social formado a partir da união entre um homem e uma mulher, por meio de casamento ou união estável, ou ainda por comunidade formada por qualquer dos pais e seus descendentes”. A proposta legislativa foi aprovada por uma comissão da Câmara dos Deputados no final de setembro de 2015 e sua situação atual consta como “Aguardando Deliberação do Recurso na Mesa Diretora da Câmara dos Deputados”.

As Organização das Nações Unidas (ONU) no Brasil declarou em nota[9] sua preocupação com a tramitação dessa proposta legislativa, especialmente no que se refere ao conceito de família ali expresso. Ressaltou também a importância de assegurar arranjos familiares formados além de casais heteroafetivos (unipessoal, casal com filhos, casal sem filhos, mulher/homem sem cônjuge e com filhos, casais homoafetivos com ou sem filhos) sejam igualmente protegidos como parte dos esforços para eliminar a discriminação. Negar a existência destas composições familiares diversas representa uma involução legislativa.

Ainda que as mudanças sociopolíticas e culturais ocorridas nas últimas décadas, sobretudo nos países ocidentais, sejam reflexo de uma maior abertura e aceitação de diferentes configurações familiares, como a família homoparental, composta por dois homens ou duas mulheres e seus filhos (UZIEL, 2002), é preciso considerar que esse tipo de aceitação coexiste com investidas conservadoras e moralizantes contra conquistas e visibilidades de minorias sexuais. Família, moralidades, gênero e sexualidade estão no centro de uma intrincada arena de disputas políticas que articulam processos locais e transnacionais (FACCHINI & SIVORI, 2017). No Brasil, em uma mesma década temos o reconhecimento das uniões estáveis homoafetivas como constituindo família, a aprovação de normativas incluindo famílias homoparentais explicitamente nas possibilidades de reprodução assistida e no acesso a tecnologias reprodutivas e, logo depois, temos uma intensificação do manejo politico conservador de pautas morais, visando retroagir garantias recentes, como a proposição e tramitação do Estatuto da Família.

1.2 ASSISTÊNCIA AO PARTO COMO PROBLEMA SOCIAL NO BRASIL

O parto e seus modelos de assistência são fenômenos complexos, dada a

[9] https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/onu-est-familia.pdf.

permeabilidade destes modelos às culturas locais e sua grande variabilidade geográfica, mesmo nos países desenvolvidos (ENKIN et al., 2005). Com a transferência do nascimento no domicílio para o ambiente hospitalar, ocorreram mudanças significativas no contexto do nascimento. A entrada de outros profissionais em cena (médicos, enfermeiros e demais profissionais que trabalham no hospital) desencadeou uma série de intervenções e modificações na prática obstétrica (NASCIMENTO et al., 2009). Um “problema social”, isto é, sobre o que é constituído em determinado momento como uma crise do sistema social, varia segundo as épocas e as regiões e pode desaparecer como tal. Além disso, o mesmo problema social pode ser constituído por inúmeros fatores (CHAMPAGNE et al., 1996).

O surgimento e desenvolvimento da ginecologia como ciência, que além de estudar o corpo da mulher, também descreve e justifica a diferença sexual entre homens e mulheres, institui o direito de intervir sobre o corpo da mulher muito além dos órgãos reprodutivos, e está atrelada à crença de que o sexo e a reprodução são mais fundamentais para a “natureza da mulher” do que para a do homem. É a partir das funções diferenciadas na reprodução que se prescreve papéis sociais muito distintos para homens e mulheres, onde os primeiros seriam mais apropriados para as atividades públicas, trabalho, polícia e comércio, enquanto que as segundas prestam-se às atividades na esfera privada da família, como mães e esposas (ROHDEN, 2002).

Para combater os argumentos do determinismo biológico, as antropólogas feministas nos anos 1970 salientaram a importância da distinção entre sexo biológico e gênero, onde as diferenças biológicas não determinam as construções de gênero, não podendo existir um sentido unitário ou essencial atribuível à categoria “mulher” ou à categoria “homem” (MOORE, 1997). O conceito de gênero possui um valor heurístico, possibilitando compreender a construção das relações sociais entre homens e mulheres, marcadas pela hierarquia e pela desigualdade, particularmente aquelas ligadas ao exercício da sexualidade. Segundo uma visão construtivista, a sexualidade não é adjacente, nem equivalente à reprodução: a sexualidade reprodutiva constitui uma pequena parte do universo sexual mais amplo (VANCE, 1995). Embora o corpo biológico seja o local da sexualidade, estabelecendo os limites daquilo que é sexualmente possível, a sexualidade é mais do que simplesmente o corpo. A sexualidade tem tanto a ver com nossas crenças,

ideologias e imaginações, quanto com nosso corpo físico (WEEKS, 1999).

O paradigma do construcionismo social surge no final do século XX, tendo origem nos movimentos de defesa dos direitos homossexuais e contra a opressão sexual. Os construtivistas sugerem que a sexualidade é uma construção social, a qual tem base nas possibilidades do corpo; os sentidos a ele atribuídos são modelados em situações sociais concretas (WEEKS, 1999). Portanto, atos sexuais fisicamente idênticos podem ter importância social e significado subjetivo variáveis, dependendo de como são definidos e compreendidos em diferentes culturas e períodos históricos (VANCE, 1991). É por meio do corpo que tanto o prazer quanto a dor são experimentados, havendo corpos masculinos e corpos femininos, o que dá lugar a experiências bastante diferentes, como, por exemplo, o parto (WEEKS, 1999).

Segundo Gayle Rubin (1999), os atos sexuais são sobrecarregados com um excesso de significados, e as sociedades ocidentais modernas avaliam os atos sexuais de acordo com um sistema hierárquico de valor sexual. Os indivíduos no topo dessa hierarquia, os casais heterossexuais, ligados pelo casamento, tem reconhecida a sua saúde mental, respeitabilidade, legitimidade, mobilidade social e física, apoio institucional e benefícios materiais. De acordo com Mattar & Diniz (2012), a partir desta hierarquia sexual, é possível indicar um paralelo para a reprodução e exercício da maternidade, chamado de “hierarquias reprodutivas”, onde diferentes aspectos das mães, como raça, classe social, idade e parceria sexual determinam a legitimidade e aceitação social destas maternidades, e, portanto, suas vivências. Este modelo é discriminatório, e pautado por um imaginário social sexista, generificado, classista e homofóbico, em que relações sexuais não reprodutivas quanto a reprodução resultante de parcerias sexuais com menor aceitação social estão sujeitas à discriminação. Estando sujeitas à discriminação, as mulheres podem ser submetidas a diversos procedimentos durante a gestação e o parto, possibilitando diferentes experiências sobre o nascimento de seus filhos.

A maternidade é parte da vida sexual e, para compreendê-la, deve ser pensada em analogia à sexualidade, dimensão na qual ela está inserida (KITZINGER, 1985). De acordo com Weeks, (1999) há muitas estruturas de dominação e subordinação no mundo da sexualidade, mas três elementos têm sido vistos como particularmente importantes: os da classe, do gênero e da raça. Considerando a experiência da reprodução, assim como a da sexualidade, como

construtos sociais, estas serão sempre mediadas por relações de poder. Ambas podem ser vividas com maior ou menor suporte social, podendo ser tanto uma expressão de empoderamento e realização, como de impotência e humilhação (MATTAR & DINIZ, 2012). A vivência da maternidade, enquanto um fenômeno social, pode ser marcada por desigualdades sociais, raciais/étnicas e de gênero (DIAS & AQUINO, 2006). O exercício da maternidade, mesmo quando voluntária e desejada, nem sempre é vivenciado pelas mulheres de forma socialmente amparada, segura e prazerosa, ou seja, aquela vivida de forma satisfatória física e emocionalmente, desde o pré-parto, parto e puerpério (MATTAR & DINIZ, 2012). O fato de a gravidez acontecer no corpo das mulheres parece favorecer as decisões reprodutivas, mas por outro lado, faz das mulheres objeto das intervenções médicas (VARGAS & MOAS, 2010). Violências podem estar implicadas nas práticas de saúde, cujas reclamações são dirigidas também aos maus tratos recebidos no atendimento ao parto (AGUIAR & OLIVEIRA, 2011).

1.2.1 Contextualização da assistência ao parto no Brasil

A concepção atual da assistência ao parto no Brasil possui elementos complexos e traz como marca a referência de um modelo médico tecnocrático, que tem como base a medicalização e a cirurgificação da experiência do parto (RIESCO, 2009). O Brasil é um dos países com maiores taxas de cesáreas em todo o mundo, que ultrapassam a recomendação da Organização Mundial de Saúde, que considera adequado um índice de até 15% nascimentos por cesarianas (WHO, 1985). Esta determinação está fundamentada no preceito de que apenas 15% do total de trabalhos de parto apresentam indicação precisa de cesariana. Ou seja, existe uma situação real onde é fundamental para preservação da saúde materna e/ou fetal que o nascimento aconteça cirurgicamente e não por via natural (WHO, 1996).

A pesquisa Nascer no Brasil, uma coorte de base hospitalar nacional realizada em 2011-2012 com 23.940 puérperas, encontrou a incidência de 52% de cesarianas, e uma taxa de 88% de nascimentos cirúrgicos no sistema suplementar (LEAL et al., 2014). Dados da mesma pesquisa mostraram que, embora a preferência das mulheres pela cesariana tenha aumentado no Brasil, a maioria das mulheres estudadas desejava ter um parto vaginal no início da gestação. Em ambos os setores, público e privado, a proporção de cesarianas foi muito superior ao desejado pelas mulheres (DOMINGUES et al., 2014). Entre gestantes com parto

vaginal, observa-se a predominância de um modelo medicalizado, onde a maioria das mulheres é submetida a intervenções e evidências científicas vêm revelando que algumas podem ser prejudiciais para a mãe e o filho (VIEIRA, 1999; ORSI et al., 2005; LOBO et al., 2010; LEAL et al., 2014). Apesar da riqueza de informações que o referido estudo aportou, a orientação sexual das participantes não foi um aspecto contemplado.

A pesquisa “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado” apurou que 25% das mulheres entendem haver sofrido algum tipo de violência em seu processo de gestação e parturição. A mesma pesquisa mostrou que houve iniquidade no atendimento obstétrico, com menor satisfação por parte das mulheres pretas e pardas, de baixa escolaridade e classe social, residentes no Norte e Nordeste do país, que tiveram parto pela via vaginal e que foram atendidas no setor público (VENTURI, 2004).

Desta maneira, faz-se necessária a compreensão do problema de forma geral, mas também em suas especificidades relacionadas aos conflitos em torno das diferenças culturais e desigualdades sociais, para que se possam pensar propostas de ações que possibilitem a abordagem do tema de maneira mais sensível e efetiva.

> Um problema social não é somente o resultado do mau funcionamento da sociedade [...] mas pressupõe um verdadeiro “trabalho social” que compreende duas etapas: o reconhecimento, e a legitimização do “problema” como tal. Por um lado, seu “reconhecimento”: tornar visível uma situação particular, torná-la como se diz, “digna de atenção”, pressupõe a ação de grupos socialmente interessados em produzir uma nova categoria de percepção do mundo social a fim de agirem sobre o mesmo. Por outro lado, sua legitimização: esta não é necessariamente induzida pelo simples reconhecimento público do problema, mas pressupõe uma verdadeira operação de promoção para inseri-lo no campo das preocupações “sociais” do momento. Em suma, a essas transformações objetivas, sem as quais o problema não seria levado em consideração, acrescenta- se a isso um trabalho específico de enunciação e formulação pública, ou seja, uma operação de mobilização: as condições sociais de tal mobilização e de seu sucesso constituem um outro aspecto da analise sociológica dos problemas sociais (CHAMPAGNE et al., 1996).

O processo de reconhecimento desse problema social pode ser notado pela considerável mobilização de mães pela internet; pela realização de manifestações e passeatas contra a violência obstétrica; pelo aumento das pesquisas na área e do destaque dado a estas; pela ampla divulgação de notícias relacionadas na mídia, entre outros. Esse reconhecimento traz mudanças na forma de se pensar o parto e propicia ações para melhoria nas práticas de saúde, legitimizando e institucionalizando este problema social.

A humanização do parto e nascimento foi adotada, pelo Ministério da Saúde, como política pública de atenção à saúde da mulher no final dos anos 1990. Esta se deu através da publicação de um conjunto de portarias iniciadas em 1998, que instituiu o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Desde então, a desmedicalização ganhou diferentes sentidos e significados para os diversos profissionais. O respeito à fisiologia, protagonismo da mulher em seu próprio parto e o não uso desnecessário de práticas intervencionistas como rotina constituem princípios da desmedicalização (VARGENS, PROGIANTI & SILVEIRA, 2008). O termo humanização do parto se refere a uma multiplicidade de interpretações e a um conjunto amplo de propostas de mudança nas práticas. As abordagens são recriadas pelos diversos atores sociais, que as utilizam como instrumento para a mudança, que ocorre muito lentamente e apesar de enorme resistência (DINIZ, 2005).

As principais metas dos grupos que defendem o parto humanizado são: a defesa do parto natural ou normal; a defesa do direito de escolha do local do parto; a promoção da humanização do parto; a garantia do direito das mulheres e casais de acesso a informações e orientações; a diminuição do número de cesáreas no Brasil; e a promoção do atendimento obstétrico ético, socialmente engajado e cientificamente fundamentado (GONÇALVES, 2013). Dentro deste último quesito está a prática da Medicina Baseada em Evidências, que é definida como o emprego da melhor evidência disponível para a tomada de decisões no cuidado de saúde de um paciente (GUIMARÃES, 2009). Deve ser vista como a integração da experiência clínica com a capacidade de analisar e aplicar racionalmente a informação científica ao cuidar de pacientes, de forma a melhorar a qualidade da assistência médica (LOPES, 2000).

Avanços no campo da saúde materna no Brasil são: a universalização do acesso à assistência pré-natal e ao parto (VIELLAS et al., 2014); a lei do

acompanhante, que está em vigor desde 2005 e que obriga que seja permitida um acompanhante de escolha da mulher no trabalho de parto, parto e no pós-parto imediato (até 10 dias após o parto); a figura da doula, que surge como uma força importante por ajudar a mulher a informar-se e estar preparada para negociar intervenções com a equipe de saúde; e os planos de parto, que podem ser um convite aos cuidadores a reverem suas práticas e protocolos de serviço.

1.3 ASSISTÊNCIA AO PERÍODO GRAVÍDICO-PUERPERAL PRESTADO A MULHERES EM UMA RELAÇÃO HOMOAFETIVA

O crescimento da visibilidade do movimento LGBT; a explicitação em separado da categoria "lésbica"; as reivindicações em torno da saúde das mulheres nos últimos anos no Brasil; a produção e a divulgação de conhecimentos sobre homossexualidade; e os avanços na luta por direitos são fatores que estão relacionados ao crescimento da preocupação com a temática da saúde de mulheres lésbicas e bissexuais. A invisibilidade de mulheres lésbicas, que ao temerem o preconceito e despreparo de profissionais se afastam dos serviços de saúde e resistem relatar questões ligadas à sexualidade, contribui para sua invisibilidade social, que por sua vez dificulta o atendimento de suas necessidades por parte de programas e políticas públicas (FACCHINI & BARBOSA, 2006).

> Muitas lésbicas estão excluídas da assistência à saúde e percebem os serviços como inadequados em sua abordagem e até mesmo referem ter sido discriminadas e desmotivadas a acessarem cuidados à saúde. Relatam também a percepção de que suas demandas não são acessadas, ou consideradas, por preconceito ou despreparo dos profissionais de saúde. A escassa, ou quase inexistente, produção científica abordando a temática saúde e homossexualidade feminina no Brasil; a inexistência de políticas de saúde consistentes para o enfrentamento das dificuldades e necessidades dessa população; o precário conhecimento sobre suas demandas e a ausência de tecnologias de cuidado à saúde adequadas, aliados à persistência de pré-noções e preconceitos, convertem-se, no âmbito da saúde pública, por exemplo, no desperdício de recursos, no constrangimento produzido no atrito das relações no interior dos serviços de saúde, na assistência inadequada, e muito provavelmente num contingente de

> mulheres que não obtiveram seu diagnóstico, nem seu tratamento (FACCHINI & BARBOSA, 2006,p.)

Uma revisão sistemática sobre o acesso a serviços de saúde por pessoas LGBT mostra que essa população tem dificuldade de acessá-los, devido a demonstrações de atitudes heteronormativas e/ou discriminatórias pelos profissionais de saúde (ALBURQUERQUE et al., 2016).

Para casais homoafetivos, a decisão pela parentalidade pode envolver constrangimentos, processos e escolhas não encontradas pela maioria dos casais heterossexuais. Por exemplo, para mulheres em uma relação homoafetiva, práticas homofóbicas e referências heteronormativas podem ser determinantes importantes na capacidade de acesso aos serviços de saúde (ROSS, STEELE & EPSTEIN, 2006; MCMANUS, HUNTER & RENN, 2006; RONDAHL, BRUHNER & LINDHE, 2009). Muitas mulheres permanecem marginalizadas pela sua identidade não heterossexual e podem experimentar diversas formas de homofobia com os serviços de saúde e prestadores de serviços durante a pré-natal, parto e pós-parto, incluindo exclusão, suposição de heterossexualidade, questionamentos inadequados e recusa de serviços (HAYMAN et al., 2013). Para proporcionar uma visão geral da literatura global sobre experiências de mulheres homossexuais no parto, a revisão de trabalhos publicados entre 1980 e 2004, realizada por MCMANUS, HUNTER & RENN (2004) demonstrou que os resultados dos cuidados de saúde às mulheres e seus bebês são afetados por experiências durante gravidez e parto e pelas atitudes e ações dos prestadores de cuidados de saúde.

Em estudo realizado no Reino Unido, as mulheres relataram altos níveis de ansiedade sobre as implicações de revelarem serem homossexuais para os profissionais de saúde que atenderam o parto, demonstrando assim o grau em que estas questões podem afetar negativamente a qualidade do atendimento, além de indicar exemplos de desconforto, prestação inadequada de serviços e até mesmo hostilidade (WILTON & KAUFMANN, 2001). Outro estudo, realizado desta vez na Suécia, mostrou que embora a maioria das participantes lésbicas tivessem tido experiências positivas nos cuidados pré-natal, do parto e pós-parto, tais cuidados foram baseados em comunicação heteronormativa pelos profissionais de saúde durante todo o processo por meio de formulários, comunicação verbal e orientações dadas nas visitas. Isto foi embaraçoso e constrangedor e demonstra a falta de

conhecimento sobre a parentalidade lésbica (RONDAHL, BRUHNER & LINDHE, 2009).

Uma revisão integrativa feita por LÚCIO & ARAÚJO (2017) teve o objetivo de analisar a produção científica nacional e internacional sobre a maternidade lésbica produzida entre 2010 e 2015 no âmbito da enfermagem. Foram encontrados apenas cinco estudos, todos internacionais, demostrando a incipiência da temática. A revisão evidenciou a precariedade na qualidade da assistência dos profissionais da saúde com a presença de abordagens preconceituosas e discriminatórias e apontou para a necessidade de mais estudos que contemplem e deem visibilidade às experiências dessas mulheres.

No que se refere à homoparentalidade, família e homossexualidade se cruzam no âmbito social porque escapam ao tradicional e cruzam a fronteira do biológico (UZIEL, 2002). O trabalho realizado por CORREA (2012) procurou compreender as concepções sobre a parentalidade de mulheres lésbicas que buscam a gravidez por meio de técnicas reprodutivas, e observou que apesar de todo complexo processo com o qual estas se deparam, muitas vezes conseguem construir suas famílias a partir de muita criatividade, com um repertório geralmente bem sucedido de estratégias e recursos sociais, pessoais e entre o casal. Contudo, o referido trabalho se ateve às questões que tangem o significado da maternidade e uso de tecnologias reprodutivas, mas não enfatizou o período gravídico-puerperal e assistência prestada às mulheres nesse momento.

Considerando então a assistência à gravidez e ao parto como um problema social atual, e sabendo que as reflexões e sistematizações sobre a homoparentalidade no que se refere ao período gravídico-puerperal no âmbito acadêmico no Brasil são incipientes, esse trabalho pretende explorar as estratégias de enfrentamento que estes casais homoafetivos de mulheres fazem durante a gravidez, parto e pós-parto. Em tese realizada por UZIEL (2002), a autora questiona o uso do termo homoparentalidade, pois este classifica a família e o parentesco em função da orientação sexual. Ela destaca que embora seu uso possa ser estratégico para ganhar visibilidade, ele também ratifica uma diferença que pode não ser importante no que se refere a relações familiares ou à capacidade e disponibilidade de alguém para a parentalidade.

Neste trabalho, entretanto, não se pretende separar a orientação sexual da maternidade, pois o intuito é lançar luz sobre o que a homoparentalidade traz de

efeitos e/ou dificuldades na assistência à saúde que estas mulheres podem receber, sendo a orientação sexual um elemento a mais que pode interferir nessa assistência. Assim, pretende-se descrever e analisar as características da assistência à saúde recebida durante o período de concepção, gravidez, parto e pós-parto, a partir da experiência relatada por mulheres em uma relação homoafetiva[10]. Cabe a este trabalho captar quais são os elementos da homossexualidade e não apenas o padrão de assistência, com vistas a demonstrar as especificidades existentes durante esse período de suas vidas. Diante da atualidade e da relevância político-social do tema, bem como da necessidade da ampliação de estudos em âmbito nacional que tratem dessa temática, este trabalho busca dar visibilidade às demandas de parentalidade de casais homoafetivos, no intuito de contribuir para a qualificação do atendimento durante a concepção, pré-natal, do parto e pós-parto prestado a estas mulheres.

[10] Considerando-se também a variedade de termos utilizados para referenciar relacionamentos entre pessoas do mesmo sexo, optou-se por utilizar “mulheres em uma relação homoafetiva e/ou casais homoafetivos”, tal como empregado âmbito do direito e também da medicina para fazer referência aos casais participantes deste estudo.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever e analisar a perspectiva de mulheres em relação homoafetiva sobre a assistência à saúde recebida durante concepção, gravidez, parto e pós-parto em serviços públicos e privados na região metropolitana de São Paulo.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever e analisar a experiência de concepção, gravidez, parto, amamentação e parentalidade a partir da ótica de mulheres em uma relação homoafetiva;
- Descrever e analisar o atendimento prestado por profissionais de saúde aos casais no período gravídico-puerperal na perspectiva de mulheres em uma relação homoafetiva;
- Descrever e analisar a percepção da parceira que não engravidou durante a experiência de gravidez, parto, pós-parto e amamentação.

3. ASPECTOS METODOLÓGICOS E UNIVERSO EMPÍRICO

3.1 Estratégias de investigação e etapas metodológicas

Trata-se de um estudo qualitativo baseado na realização de entrevistas individuais em profundidade com mulheres em uma relação homoafetiva para compreender questões relativas à homoparentalidade feminina e assistência à saúde recebida no período de concepção, pré-natal, parto e pós-parto. A abordagem qualitativa permite aceder à dimensão dos significados, das crenças, dos valores, e das motivações daqueles implicados em torno de um determinado tema sob investigação (MINAYO, 2002). As entrevistas individuais permitem a exploração em profundidade de diferentes facetas da experiência do entrevistado, sobretudo em termos de seu contexto de vida e do meio de pertencimento. Tal como descrito por POUPART (2012, p. 220):

> O recurso à entrevista em profundidade comportaria, contudo, a vantagem de permitir não apenas evidenciar o que essas pessoas vivenciam no cotidiano, mas igualmente dar-lhes a palavra e compensar, como já sugeria Becker, em 1967, sua ausência ou sua falta de poder na sociedade.

Priorizou-se a entrevista com ambas as mulheres do casal para aceder a diferentes dimensões da percepção 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. Portanto, os critérios de inclusão para participação na pesquisa foram: mulheres residentes na região metropolitana de São Paulo que tiveram filhos durante uma relação homoafetiva. A concepção poderia ter sido realizada por meio de relação sexual ocasional ou utilizando tecnologias reprodutivas, as quais englobam tanto as técnicas de reprodução assistida (IA, FIV, ROPA), quanto a inseminação caseira. Foram critérios de exclusão: mulheres transexuais, mulheres solteiras e/ou que tiveram filhos pela adoção.

As formulações a respeito da homoparentalidade feminina parecem atreladas a especificidades como local de moradia (no centro ou periferia, por exemplo), militâncias políticas, envolvimento religioso, pertencimento racial, entre outros aspectos (MEDEIROS, 2006). Portanto, procurou-se abranger certa diversidade com

a busca de casais com maior variedade racial, socioeconômica e que haviam sido atendidos apenas pelo SUS. Para seleção dos casais participantes foi utilizada uma rede de contatos por meio da *internet*, rede sociais, indicação por pessoas conhecidas, divulgação de cartazes e convites, entre outros.

As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora com o auxílio de um roteiro semiestruturado organizado em blocos temáticos, que foram elaborados a partir dos objetivos da pesquisa. As perguntas do roteiro exploraram 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. Pequenos acréscimos foram feitos posteriormente, incluindo questões sobre como os filhos chamam suas mães, rotina da família e divisão de tarefas após o nascimento da criança. O número total de participantes foi definido a partir da repetição e saturação dos discursos, conforme proposto por MINAYO (2002) e POUPART (2012).

Depois de informadas sobre a natureza da pesquisa, as participantes e a pesquisadora assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1). Este foi lido e elaborado em duas vias, uma das quais permaneceu em posse da participante convidada autorizando sua participação no estudo e utilização dos dados em eventos e artigos acadêmico-científicos. O documento foi redigido com uma linguagem clara para que fossem compreendidos os compromissos de sigilo, privacidade e possibilidade de interrupção da entrevista a qualquer momento, assim como a ausência de custos ou danos para as participantes.

As informações foram registradas por meio de gravador e, ao fim de cada entrevista, a pesquisadora fez anotações em caderno de campo, conforme sugerido por POUPART (2012), a fim de apreender os pontos importantes durante a conversa, bem como suas próprias expectativas em relação ao depoimento. As entrevistas foram transcritas integralmente e uma análise temática do material selecionado foi realizada em três fases principais: 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 obedece a Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), de Diretrizes e Normas Regulamentadoras de

pesquisa com seres humanos, e foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública/USP (CAAE 44581015.1.0000.5421).

3.2 O percurso realizado

Para localizar informantes para a pesquisa foi elaborado e divulgado um convite (Figura 1) em redes sociais e corredores da Faculdade de Saúde Pública. Pequenos convites também foram impressos e distribuídos na caminhada Lésbica de São Paulo e em um Simpósio de Humanização do Parto, ambos com grande circulação de mulheres. Criou-se um *e-mail* próprio para a pesquisa para facilitar a comunicação e evitar a divulgação do *e-mail* pessoal da pesquisadora.

Figura 1 - Convite para participação na pesquisa.

Ao longo do tempo algumas alterações foram feitas no convite. O primeiro dirigia-se apenas a mulheres residentes no município de São Paulo. Com a dificuldade de encontrar participantes e, após várias indicações de casais de mulheres elegíveis para a pesquisa que moravam em cidades próximas, como Mogi das Cruzes e Poá, a busca por informantes foi estendida para a região metropolitana de São Paulo.

Nas primeiras divulgações do convite constava apenas o *e-mail* da pesquisa e nenhum tipo de identificação da pesquisadora. Com o tempo foi possível perceber que a receptividade e o interesse de participação se ampliavam ao haver a indicação por alguma colega ou conhecida e também quando era possível inferir que a pesquisadora responsável era uma mulher. Portanto, optou-se por inserir nome e sobrenome da pesquisadora no convite para permitir que as mulheres se sentissem mais à vontade para entrar em contato.

As estratégias de busca de participantes com variedade racial e socioeconômica compreenderam maior divulgação em grupos de inseminação caseira; ida ao culto de uma igreja evangélica inclusiva para divulgação da pesquisa; divulgação do convite em diversas páginas comunidades do *Facebook* de militância e de mães negras; divulgação em eventos feministas e envio de *e-mail* para militantes negras. Nenhum desses contatos resultou em entrevista. Tentou-se estabelecer contato com um casal de perfil socioeconômico popular, mas, após algumas tentativas de agendar a entrevista, elas pararam de responder.

A intenção inicial era abranger casais cuja gravidez havia sido planejada no contexto de uma relação homoafetiva estável. Entretanto, dois casais entrevistados tiveram a concepção de forma não planejada, por meio de relação sexual fora do relacionamento. Em ambos os casos elas permaneceram juntas durante o período gravídico-puerperal e foram consideradas elegíveis para a pesquisa.

A maior fonte de indicação de informantes foram colegas e conhecidas da pesquisadora e, posteriormente, as próprias entrevistadas. Por se tratarem de entrevistas em profundidade, percebeu-se desde a primeira entrevista que estas iriam durar muito mais do que o previsto inicialmente. A ideia inicial é que cada entrevista durasse cerca de uma hora, mas a grande maioria durou mais de duas horas e meia.

A identificação de informantes dentro do perfil delineado se prolongou por um tempo maior do que o previsto e por este motivo a realização das entrevistas se estendeu de dezembro de 2015 a janeiro de 2017, totalizando 13 meses. Em vários casos existiu um intervalo considerável de tempo entre a data do primeiro contato até o dia da entrevista, muitas vezes pela dificuldade em encontrar disponibilidade e por eventuais adiamentos e imprevistos (Tabela 1).

Tabela 1 – Contato, data, duração e local das entrevistas realizadas.

Casal	Nome	Rede de Contato	Data 1º Contato	Data Entrevista	Local Entrevista	Duração entrevista	Município
Casal 1	Gabriela	Convite *Facebook*	30/11/15	08/12/15 11/12/15	Jardim SESC	2h37	São Paulo
	Ana		10/12/15	10/12/15	Jardim SESC	1h34	
Casal 2	Luiza	Convite *Facebook*	28/11/2015	17/12/15	Padaria	2h50	São Paulo
	Talita		20/12/15	21/12/15	Praça	2h39	
Casal 3	Franciele	Indicação de colega da pesquisadora	06/01/16	06/04/16	Escola	3h28	São Paulo
	Júlia		06/04/16	08/04/16	Escola	1h35	
Casal 4	Bruna	Convite *Facebook*	23/03/2016	15/04/15	Academia	2h38	Mogi das Cruzes
	Priscila		15/04/15	04/11/15	Academia	2h38	
Casal 5	Cristina	Indicação de colega da pesquisadora	13/04/15	24/05/15	Apartamento	2h45	São Paulo
	Lara		16/06/15	21/06/15	Apartamento	1h42	
Participante 6	Jéssica	Indicação de entrevistada	19/06/15	24/06/15	Trabalho	2h48	São Paulo
Casal 7	Lívia	Indicação de colega da pesquisadora	26/08/16	26/08/16	Apartamento	2h01	São Paulo
	Rose		16/08/16	02/09/16	Apartamento	2h30	
Casal 8	Carolina	Indicação de colega da pesquisadora	22/08/15	05/11/15	Casa	2h59	Poá
	Bárbara		04/11/15	04/11/15	Casa	2h32	
Casal 9	Fernanda	Indicação de entrevistada	29/11/16	29/11/16	Apartamento	2h23	Mogi das Cruzes
	Cláudia		23/11/15	29/11/16	Apartamento	2h05	
Casal 10	Antônia	Indicação de entrevistada	15/12/16	15/12/16	Apartamento	1h57	Mogi das Cruzes
	Ellen		23/11/15	24/01/16	Shopping	1h52	

3.3 As Entrevistas

Foram realizadas dezenove entrevistas individuais em profundidade com nove casais e uma mulher que atualmente não está mais com a companheira da época em que tiveram filhos. Portanto, este estudo totaliza 10 histórias de famílias homoafetivas, seis residentes no município de São Paulo e quatro em cidades próximas ao município, como Poá e Mogi das Cruzes.

O local, data e horário de cada entrevista ficaram a critério de cada participante (Tabela 1). Considerando que a maioria possui filhos pequenos e possivelmente uma rotina de cuidados e trabalho, a intenção foi atrapalhar o mínimo possível suas rotinas e também permitir que escolhessem o local que se sentissem

mais confortáveis. No geral, não houve grandes contratempos. As entrevistas, em sua grande maioria, foram realizadas com uma participante por dia. Apenas uma entrevista foi realizada em dois dias diferentes, e um casal foi entrevistado no mesmo dia, de forma separada, por uma questão de conveniência para as entrevistadas. As entrevistas duraram de uma hora e meia a três horas (Tabela 1) e renderam um amplo material de análise, com mais de 600 páginas transcritas pela pesquisadora e por terceiros. Os nomes dados às participantes são fictícios para proteger suas identidades.

3.4 Universo Empírico

As idades das participantes variaram de 27 a 43 anos, com uma média de 34 anos. Sete se identificaram como lésbicas, e as demais utilizaram termos como homossexual, gay ou casal homoafetivo para referirem a si mesmas. Treze participantes se declararam como brancas, quatro como pardas, uma como negra e uma participante preferiu responder “multicolorida”. Com relação à escolaridade, dezoito tinham ensino superior completo e uma mulher concluiu o ensino médio. Sete casais possuíam registro de união civil ou estável (Tabela 2). Ainda que não fosse um critério para inclusão na pesquisa, todas as participantes tinham filhos com idade igual ou inferior a quatro anos no momento das entrevistas. Duas mulheres tinham filhos mais velhos de uma relação heterossexual anterior (Tabela 2).

As formas de concepção contemplam: gravidez realizada por meio de tecnologia reprodutiva assistida, como a fertilização *in vitro* (FIV = 4 casais) e recepção de óvulos da parceira (ROPA = dois casais); inseminação caseira com sêmem de doador conhecido (IC = 2 casais); gravidez resultante de relações sexuais mantidas durante breve período em que o relacionamento homoafetivo havia sido rompido (2 casais). Nesses casos, ao reatarem o compromisso, todo o processo de gravidez, parto e pós-parto foi acompanhado pela parceira (Tabela 3).

Apenas um casal realizou o pré-natal no serviço público, e nos demais casos esse acompanhamento foi no sistema privado de saúde: cinco casais utilizaram o convênio de saúde, quatro pagaram de forma privada e um fez parte do pré-natal pelo convênio e outra parte de forma privada. Todos os partos foram realizados na rede privada de saúde: dois pelo convênio e os demais pagos de forma privada. Das dez gravidezes, dois nascimentos foram domiciliares com equipe contratada; quatro partos foram cesarianas e quatro foram partos vaginais hospitalares. Em um deles, o

casal tentou parto domiciliar mas teve que ser transferido para o hospital. Por fim, dos dez casais entrevistados, em cinco ambas as mulheres amamentaram (Tabela 3).

Tabela 2 - Caracterização das mulheres participantes no estudo

Nome	Idade	Cidade	Cor	Escolaridade	Profissão	Renda individual	Registro União Civil	Filhos
Gabriela	37	São Paulo	Parda	Superior completo	Professora	R$2.600	Sim	Filha com a companheira atual (engravidou FIV)
Ana	35	São Paulo	Parda	Superior completo	Assistente Social	R$5.200	Sim	Filha com a companheira atual (não engravidou)
Luiza	43	São Paulo	Branca	Superior completo	Professora	R$7.000	Sim	Filho com a companheira atual (engravidou FIV)
Talita	32	São Paulo	Branca	Superior completo	Atriz	R$2.000	Sim	Filha com a companheira atual (não engravidou, mas pretende engravidar)
Franciele	29	São Paulo	Branca	Superior completo	Gerente de escola	R$2.500	Não	Filha com a companheira atual (engravidou relação sexual)
Julia	29	São Paulo	Não declarou	Superior completo	Pedagoga	R$2.000	Não	Filha com a companheira atual (não engravidou)
Bruna	27	Mogi das Cruzes	Branca	Ensino Médio completo	Empresária	R$2.500	Sim	Filho de relação heterossexual anterior e filha com a companheira atual (não engravidou)
Priscila	32	Mogi das Cruzes	Branca	Superior completo	Educadora Física	R$5.000	Sim	Filha com a companheira atual (engravidou inseminação caseira)
Cristina	39	São Paulo	Branca	Superior completo	Psicóloga	R$5.000	Sim	Gêmeos com a companheira atual (engravidou ROPA)
Lara	40	São Paulo	Branca	Superior completo	Produtora cultural	R$20.000	Sim	Gêmeos com a companheira atual (não engravidou)
Jéssica	32	São Paulo	Branca	Superior completo	Radialista	R$4.000	Não	Gêmeos com a ex-companheira (não engravidou)
Lívia	33	São Paulo	Branca	Superior completo	Gestora EAD	R$10.000	Sim	Filho com a companheira atual (engravidou FIV)
Rose	29	São Paulo	Branca	Superior completo	Mestranda	R$2.000	Sim	Filho com a companheira atual (não engravidou)
Carolina	33	Poá	Branca	Superior completo	Assistente Social	R$4.500	Sim	Gêmeos com a companheira atual (engravidou ROPA)
Bárbara	32	Poá	Branca	Superior completo	Psicóloga	R$4.500	Sim	Gêmeos com a companheira atual (não engravidou)
Fernanda	31	Mogi das Cruzes	Negra	Superior completo	Pedagoga	R$1.500	Não	Filho de relação heterossexual anterior e filha com a companheira atual (não engravidou)
Cláudia	30	Mogi das Cruzes	Branca	Superior completo	Psicóloga	R$2.200	Não	Filha com a companheira atual (engravidou inseminação caseira)
Antônia	33	Mogi das Cruzes	Parda	Superior completo	Adm/Dona de casa	R$1500	Sim	Filho com a companheira atual (engravidou FIV)
Ellen	39	Mogi	Parda	Superior	Professora	R$8.000	Sim	Filho com a companheira

Nome	Idade	Cidade	Cor	Escolaridade	Profissão	Renda individual	Registro União Civil	Filhos
		das Cruzes		completo	de Inglês			atual (não engravidou)

Tabela 3 - Informações relativas a concepção, pré-natal, parto e pós-parto

Casal	Filho(a) neste relacionamento	Método de concepção	Doador	Parto	Sistema de saúde	Amamentação
Ana e Gabriela*	Menina 2 anos	Tentaram inseminação caseira, ins. artificial e engravidaram com fertilização *in vitro*	Anônimo	Vaginal Domiciliar	Privado (Recursos próprios)	Uma amamentou
Talita e Luiza*	Menino 2 anos	Tentaram inseminação caseira, ins. artificial e engravidaram com fertilização *in vitro*	Conhecido	Vaginal Hospitalar	Privado (Recursos próprios)	Ambas Amamentaram
Júlia e Franciele*	Menina 7 meses	Relação sexual ocasional	Conhecido	Vaginal Hospitalar	Privado (Recursos próprios)	Problema na amamentação por internação
Bruna e Priscila*	Menina 2 anos	Inseminação caseira	Conhecido	Vaginal Domiciliar	Privado (Recursos próprios)	Ambas Amamentaram
Lara e Cristina*	Meninos gêmeos 3 anos	Fertilização *in vitro* (ROPA)	Anônimo	Vaginal Hospitalar	Privado (Recursos próprios)	Uma amamentou
Jéssica	Casal Gêmeos 4 anos	Relação sexual ocasional	Conhecido	Cesariana (mãe estava com HPV)	Privado (Plano de Saúde)	Uma amamentou
Rose e Lívia*	Menino 4 meses	Tentaram ins. artificial e engravidaram com fertilização *in vitro*	Anônimo	Tentaram domiciliar Foi vaginal hospitalar	Privado (Recursos próprios)	Ambas Amamentaram
Bárbara e Carolina*	Casal de gêmeos 3 anos	Fertilização *in vitro* (ROPA)	Anônimo	Cesariana (um dos bebês tinha problema de saúde)	Privado (Recursos próprios)	Problema com amamentação por prematuridade
Fernanda e Cláudia*	Menina 4 meses	Inseminação caseira	Conhecido	Cesariana (queria ficar com o médico de preferência)	Pré-natal (Público) e Parto (Privado - Recursos próprios)	Ambas Amamentaram
Antônia e Ellen*	Menino 3 anos	Fertilização *in vitro*	Anônimo	Cesariana (opção da mãe)	Privado (Plano de Saúde)	Uma amamentou

Nota: o símbolo * identifica a mulher que engravidou.

A seguir serão apresentados breves resumos sobre as biografias dos casais.

Casal 1 – Gabriela e Ana

Juntas há mais de 10 anos, desde o início do relacionamento elas procuraram fazer tudo no nome de ambas, como contratos de aluguel e poupança. Fizeram a união estável assim que autorizado pela justiça e, em seguida, converteram para casamento civil. Sempre quiseram muito ser mães e viver a experiência da maternidade. Gabriela queria engravidar e chegou a fazer terapia para tentar entender como seria criar um filho com duas mães. Quando decidiram que era o momento de engravidar, começaram a procurar por serviços de saúde e tiveram que se organizar para pagar o tratamento já que não conseguiram acesso a um serviço público de fertilização. Demoraram quase 6 anos até conseguirem engravidar. Durante esse período, elas tentaram inseminação caseira com um casal de amigos gays, duas inseminações artificiais com doador de sêmem anônimo e entraram com um processo de adoção. Por fim, fizeram uma tentativa de fertilização *in vitro*, e apesar do processo ter sido invasivo e desgastante, Gabriela engravidou: tiveram uma menina. O parto foi domiciliar com uma equipe humanizada da qual gostaram muito e consideraram uma assistência “de muito respeito”. Conseguiram fazer o registro da filha no nome das duas. Na época das entrevistas, elas tinham que decidir se dariam continuidade ao processo de adoção. A filha delas tinha um ano e meio e chamava as duas de mamãe – mamãe Ana e mamãe Gabriela.

Casal 2 – Luiza e Talita

Luiza e Talita se conheceram em uma turma de amigos e, na época, ambas tinham relacionamentos com outras mulheres. Depois de uns 2 anos, elas se envolveram “meio inesperadamente” e estão juntas há nove anos. Ainda que ambas quisessem filhos, o processo de decisão foi longo e foram quase 6 anos discutindo como fariam, se a criança teria pai ou não. Para Luiza era muito importante a presença de um pai conhecido, e por isso convidaram alguns amigos gays, que não tiveram interesse. Um certo dia, um vizinho conhecido fez a seguinte proposta: "se um dia vocês quiserem ter um filho, eu tô aqui". Embora eles não fossem amigos, anos depois elas aceitaram a proposta dele: “não é nosso amigo, mas é um cara que a gente considera honesto, ideologicamente mais ou menos alinhado com a gente, então a gente achou que tudo bem”. Combinaram que teriam 2 filhos, uma gravidez para

cada uma, e como Luiza era 11 anos mais velha que Talita, “para ela a questão biológica bateu com mais urgência” e foi a primeira a engravidar. Procuraram uma clínica particular especializada em reprodução humana e fizeram sete tentativas de engravidar que não deram certo: duas inseminações artificiais e cinco fertilizações *in vitro*. Também fizeram algumas tentativas de inseminação caseira, sem sucesso. Mudaram de clínica e engravidaram na oitava tentativa. Nasceu um menino. A gravidez foi um período de ansiedade para ambas e, para ter mais segurança, elas optaram por serem acompanhadas durante o pré-natal por dois obstetras diferentes. O parto foi vaginal, hospitalar, e ambas amamentaram a criança, já que Talita fez indução da lactação durante a gravidez da parceira. Por ser uma família formada por duas mães e um pai, Talita ficou de fora de toda a documentação do período da concepção e ainda não havia conseguido incluir seu nome na certidão de nascimento do filho, que já tinha um ano e meio. Na época da entrevista, Talita já havia feito a primeira tentativa de fertilização *in vitro* mas não tinha engravidado ainda.

Casal 3 – Franciele e Júlia

Franciele e Júlia se conheceram aos 15 anos de idade e sempre foram amigas. Nessa época, Franciele namorava um garoto e nunca havia se interessado por mulher. Ficaram juntas muitos anos depois e, após cinco anos de relacionamento, se separaram por 6 meses. Durante esse tempo, Franciele se relacionou com um homem e engravidou. Quando contou que estava grávida, deixou Júlia “em choque”. Ainda assim, Júlia queria aquele filho: “a gente sempre desejou, quando a gente namorava”. Júlia diz que “uma inseminação artificial é muito caro, a gente pensava mas sabia que ia ser difícil pra caramba, e quando veio, né, eu falei tipo "um presente". Como o pai da criança não participava das consultas de pré-natal, Júlia comecou a acompanhar Franciele e, pouco tempo depois, oficializaram que estavam juntas novamente. Fizeram parto vaginal, hospitalar, com uma equipe humanizada. Na época da entrevista, a bebê estava com 7 meses de idade. Elas ainda não haviam feito união estável e apesar de seu nome não constar na certidão de nascimento da filha, Júlia diz que quando a criança crescer mais um pouco a Franciele “vai ser a mamãe, e eu vou ser a mamusca”.

Casal 4 – Bruna e Priscila

Bruna engravidou do primeiro filho quando era mais jovem, em uma relação heterossexual que durou 7 anos. Quando seu filho tinha 4 anos, ela conheceu Priscila na academia que frequentava. Se apaixonaram já na primeira semana: “Foi uma coisa bem intensa e eu já estava com meu casamento no final e ela também estava terminando um relacionamento com uma mulher”. Foram morar juntas logo em seguida; o relacionamento de ambas tem mais de cinco anos. Quando Priscila quis ter filhos, Bruna demorou um tempo até aceitar que não seria ela que engravidaria novamente. Inicialmente, pensaram em fazer uma inseminação artificial mas, quando começaram a perguntar por valores, descobriram que era “absurdamente caro”. Bruna pesquisou na internet e descobriu sobre a inseminação caseira. Escolheram um homem conhecido que aceitou tanto doar o sêmem quanto não participa da vida da criança. Elas pagaram todos os exames para o rapaz e “a obstetra já sabia de tudo, ela não acreditava que isso podia dar certo, nesse sentido… ela era super cética”. Engravidaram na terceira tentativa. Para Bruna, foi uma oportunidade de vivenciar novamente a gravidez, dessa vez com a parceira estando grávida. Tiveram um parto domiciliar com equipe humanizada e registraram a criança no nome delas. As duas amamentam a filha, que na época da entrevista estava com um ano e seis meses.

Casal 5 – Cristina e Lara

Lara foi a primeira parceira homoafetiva de Cristina e estão juntas há 14 anos. Cristina tinha um desejo intenso de engravidar e parir, mas sentia que Lara ficava insegura de não fazer parte do processo de gestação, pois não sabia qual seria a a vinculação dela: “Você engravida de um óvulo seu, dá uma louca na sua cabeça, se apaixona por outra pessoa e vai embora”. Foi Cristina quem teve a ideia: “Posso engravidar de você”. Ficou decidido: os óvulos seriam de Lara e por meio do método ROPA, Cristina engravidaria. O médico pediu que fizessem o casamento civil antes de começar o processo de fertilização; os óvulos foram inseminados com sêmen de doador anônimo. Dois embriões foram colocados no útero de Cristina que engravidou de dois meninos na primeira tentativa. Buscaram uma equipe que fizesse o parto vaginal gemelar. No dia do parto elas estavam juntas; consideraram uma

experiência “muito bonita” para ambas. Cristina realizou seu sonho de amamentar e cuidar das crianças; Lara amamentou também, pois fez um tratamento para induzir a produção de leite ainda durante a gestação da parceira. Registraram as crianças no nome de ambas e as surpresas do processo vieram com o tempo: “Quando eu tava lá, linda, grávida, barriguda, eu era a protagonista, a mãe. Na hora que eles estão fora de mim, são a cara da Lara. As pessoas questionam: “Nossa, são seus filhos?”. Em determinado momento, a mãe de Raquel chegou a dizer que aqueles não eram seus netos porque não tinham seu DNA. Elas não pensam em ter outros filhos mas, se pudessem voltar atrás e mudar alguma coisa nessa experiência, Cristina teria optado pelo implante dois óvulos fecundados, porém um seu e um de Lara.

Casal 7 – Lívia e Rose

Lívia e Rose se conheceram quando trabalhavam na mesma empresa e ainda estavam “no armário”. Comecaram a sair, namorar e, um ano depois, decidiram morar juntas, totalizando uma relação de mais de 5 anos. Ter filhos sempre foi uma vontade conjunta e decidiram que fariam isso depois do casamento: “uma coisa bem família tradicional”, e se organizaram para fazer o tratamento de fertilização ao mesmo tempo em que entraram com um processo de adoção. Como Rose não queria gerar, Lívia fez duas tentativas de inseminação artificial e duas fertilizações *in vitro* com sêmem de doador anônimo, sem sucesso. Como o processo foi muito desgastante e caro, elas iriam tentar apenas mais uma vez, e foi quando engravidaram. Tentaram parto domiciliar mas tiveram que fazer transferência para o hospital. O bebê, um menino, nasceu bem e foi registrado no nome das duas pouco tempo depois do nascimento. Na época da entrevista, o processo de adoção estava suspenso mas ainda pensavam em retomá-lo quando a criança crescesse. Ambas amamentam o bebê com o auxílio de um re-lactador.

Participante 6 – Jéssica

Quando mais nova Jéssica veio pra São Paulo para trabalhar em uma rádio e foi ali que conheceu sua ex-companheira. Ficaram juntas por dois anos, praticamente casadas. Após um breve término da relação, sua companheira, com 20 anos, descobriu que estava grávida de gêmeos. Ela engravidou de um homem em um curto relacionamento, mas não queria estar com ele, e sim, com Jéssica. Jéssica ficou transtornada, pensou muito e decidiu que “ia arriscar,

tentar ser uma boa esposa, uma boa mãe e dar conta de tudo”. Diferentemente de quem faz fertilização e está com tudo planejado, elas tinham seis meses para organizar uma casa maior, um enxoval, num quarto, uma rotina e equacionar a questão financeira com dois bebês chegando. Não fizeram contrato de união estável “de tão grade que era a correria”. Então, não possuem nenhum documento oficial que comprove a união. Durante a gravidez, Jéssica participou de todas as consultas mas, cinco dias antes da cesariana agendada, a bolsa estourou e o plantonista não permitiu que ela assistisse ao parto. O médico colocou como condição para acompanhar o parto a apresentação de um documento que comprovasse a união estável, ou se fosse o pai biológico. Depois que os bebês nasceram, Jéssica só teve um dia de folga do trabalho para cuidar deles “porque não era uma coisa oficial”. O casal se separou quando as crianças tinham quase um ano porque estavam tão ocupadas com todas as responsabilidades que “esqueceram de ser um casal”. Hoje em dia elas moram próximas e têm uma relação de “ex que tem filhos”. Jéssica disputa espaço com os avós, pai biológico, namorado atual da ex-companheira, mas toda semana vai ver as crianças e procura constantemente estar na vida delas. As crianças às vezes a chama de “mãe”, mas a família da ex-companheira prefere que eles a chame pelo nome próprio. Jéssica diz não se importar e acha que tanto faz: “eu acho que você sente como se a criança te chamasse de mãe”.

Casal 8 – Carolina e Bárbara

Carolina e Bárbara estão juntas desde 2008 e ambas queriam filhos. Bárbara diz que **“**ser mãe sempre foi uma necessidade, e um sonho de algum momento da vida, mas não tinha vontade de gerar”. Começaram a buscar especialistas e decidiram pela técnica ROPA, que na época ainda não era um procedimento oficialmente autorizado no Brasil. Fizeram um pedido de autorização para o Conselho Regional de Medicina e aguardaram por dois anos, sem resposta. Diante disso, encontraram um profissional que aceitou fazer o procedimento, com os óvulos de Bárbara inseminados por sêmem de doador anônimo, Carolina engravidou de gêmeos. Próximo ao sétimo mês de gestação, elas descobriram que uma das criancas tinha um problema sério de saúde e depois disso enfrentaram várias dificuldades pessoais e financeiras. As crianças nasceram por cesariana e, como já tinham entrado com um processo judicial ainda na gestação, conseguiram registrá-las no nome das

duas. Elas já possuiam registro de união estável, e Bárbara conta que sua grande tristeza foi que ainda que tivesse toda a documentação necessária, o pedido de licenca de maternidade no trabalho lhe foi negado, pois disseram que ela não era mãe: “a gente sabe que você não tava grávida, a gente sabe que você não adotou, se você fez alguma coisa diferente, a legislação não prevê nada. Então você que tem que ir atrás”. Na época da entrevista, os filhos estavam com mais de dois anos e as chamavam de mamãe Bárbara e mamãe Carolina.

Casal 9 – Fernanda e Cláudia

Fernanda e Cláudia estão juntas há nove anos e meio; se conheceram na empresa de Telemarketing em que ambas trabalhavam. Na época, Fernanda tinha uma namorada e Cláudia era casada com um homem, com quem tinha um filho de 4 anos. Elas se apaixonaram e foram morar juntas. Anos depois, Fernanda começou a sentir vontade de ser mãe: “foi crescendo, foi crescendo, comecei a ficar maluca, eu falei quero ter um filho, quero o meu”. Não foi difícil escolher quem engravidaria, já que Cláudia havia engravidado aos 18 anos de forma inesperada e decidiu que não teria uma gestação novamente. Procuraram várias clínicas de fertilização, e descobriram que apenas a consulta com o medico especialista custaria entre 300 e 400 reais: “Não, obrigada, não vou. consulta a 300 reais com o médico e ele falar que [o procedimento] é 50 milhões, aí não adianta”. Decidiram então pela inseminação caseira e começaram a procurar um doador. Como não queriam alguém próximo/conhecido, procuraram uma pessoa em um fórum na *internet* onde homens se candidatavam como doadores de esperma. Fizeram algumas tentativas com uma pessoa e, como Fernanda não engravidava, decidiram fazer as tentativas seguintes com um amigo gay do casal. Novamente desistiram porque ele comecou a contar para as pessoas o que estavam fazendo. Por fim, um familiar de uma delas se ofereceu para doar o esperma e, após algumas tentativas, Fernanda engravidou. Esse homem conhece a criança mas não participa de sua criação. Tiveram uma cesariana e as duas amamentaram a criança. Após processo judicial, conseguiram realizar o registro da filha no nome de ambas. Na época da entrevista, elas não viam necessidade de realizar a união estável. Dizem que se um dia a filha perguntar, elas contarão para ela quem foi o doador: “a gente fala que o nosso amor era tão grande que a gente queria uma filha, um bebê, e a gente precisava dessa sementinha né”.

Casal 10 - Antônia e Ellen

Antônia e Ellen estão juntas há 11 anos e têm um filho de 3 anos, Lucas. A religião sempre foi algo muito importante para elas, que frequentam a igreja semanalmente. Quando se conheceram, ambas se relacionavam com homens: Antônia era noiva, “com o pé no altar”, e Ellen tinha se divorciado do primeiro casamento. Ficaram juntas, compraram um apartamento e depois começaram a pensar em ter um filho, já que Ellen sempre sonhou em ser mãe. Antônia só engravidaria se Ellen não conseguisse. Foram a uma clínica de fertilização e Ellen engravidou na primeira tentativa de fertilização *in vitro* usando sêmen de doador anônimo. Depois disso, foram acompanhadas por um médico de quem já gostavam, e Ellen quis cesariana, porque tinha medo da dor do parto e achava um sofrimento desnecessário. Casaram-se uma semana antes do bebê nascer, para que Ellen incluísse o sobrenome de Antônia e Lucas pudesse ter o sobrenome das duas. Quando Lucas nasceu, Antônia estava junto no momento do parto e, ao falar com o bebê, ele parou de chorar, o que surpreendeu até a enfermeira. Hoje em dia, Ellen fica em casa cuidando de Lucas, da casa, e das questões administrativas da escola de inglês e Antônia trabalha o dia todo entre cidades, dando aulas, e fica com o filho aos finais de semana. Lucas chama Antônia de “memê” e Ellen de “mamãe”. No dia dos pais, é Antônia quem ganha o presente da escolinha e participa das olimpíadas dos “papais”. Ellen costuma dizer que nem se Antônia tivesse gerado Lucas ele seria tão igual a ela: “Eles são iguaizinhos, iguaizinhos. Teimosos que nem uma porta”.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Manuscrito 1

Limits on universality, equity, and integrality: the experiences of women in a same-sex relationship seeking conception services in São Paulo, Brazil

Paula Galdino Cardin de Carvalho[a]*, Laura Ferguson[b], Cristiane da Silva Cabral[a], Carmen Simone Grilo Diniz[a]

[a]Department of Health, Life Cicles and Society, University of São Paulo, School of Public Health, São Paulo, Brazil; [b]Institute for Global Health, University of Southern California, Los Angeles CA, USA

*Corresponding Author e-mail: paulagaldino@gmail.com

Abstract: In this paper, we examine challenges and limitations faced by women in same-sex relationships seeking out conception services and contrast their experiences of those women during this process with three principles of Brazil's Unified Health System (SUS) - universality, integrality and equity. We interviewed 19 women in a same-sex relationship living in São Paulo, 16 who already had at least one biologic child for whom they used reproductive technologies to conceive. Public access to conception services remains exclusive to heterosexual infertile couples and women in same-sex relationships are left to choose between costly medical treatments in the private system, or self-insemination with sperm from a known donor. Other difficulties encountered by the couples were the adverse effects of the treatment, and the fact that they are treated with technologies for infertility and may be exposed to unnecessary technologies with high levels of interventions. Fertility clinics that offer services to same-sex couples can use inclusive language in documentation, include the patient's partner in all discussions, acknowledge that most same-sex couples are not infertile, and provide more information on options with low-tech interventions and on adverse effects associated with reproductive technologies.

Keywords: Homosexuality, Female; Reproductive technologies; Public Health; Health Equity;; Brazil.

INTRODUCTION

Use of reproductive technologies beyond infertility

While reproductive technologies (RTs) were initially developed to enable gestation for infertile couples (Silva 2013; Souza 2014), the application of these technologies have expanded beyond only cases of infertility. Access to RTs enable women to conceive without the direct participation of a male figure (Franco 2013) and there was an increase in the possibility for couples and individuals of different sexual orientations to use this technologies for conception (Moás and Vargas 2015).

RTs include assisted reproduction, such as intra-uterine insemination (IUI), *in vitro* fertilization (IVF), and the reception of oocytes from a partner (ROPA). The ROPA method involves the participation of two women, wherein one provides oocytes that are subsequently inseminated with the sperm of an anonymous donor, and the other woman receives the embryos and can become pregnant. Yet another method of conception is self-insemination (SI), a low-cost insemination in which a woman (or her partner) inserts semen from a known donor into the vagina, without medical intervention (Correa 2012; Crouch et al. 2013). The growing demand for RT services by women in a same-sex relationship shows the importance of discussing this as a Public Health issue (Amato & Jacob 2004; McManus et al. 2006; Correa 2012; Crouch et al. 2013; Silva 2013; Souza 2014).

SUS and the principles of equity, universality and integrality

Brazil's Unified Health System (Sistema Único de Saúde - SUS) is one of the largest public health systems in the world and provides assistance to millions of people, from basic assistance and emergency services to treatments of high complexity (Ocké-Reis 2013). SUS was created in 1988 and regulated in 1990 (Brasil 1990) to meet the Brazilian constitutional guarantee that considers health a right of all and a duty of the State (Brasil 1988).

Universality, integrality, and equity are three of SUS' core principles. According to the principle of universality, all Brazilian citizens are entitled access to health actions and services free from discrimination. The equity principle asserts that people with different needs should be treated accordingly, with individualized investments made for those who require specific care. Integrality (comprehensiveness) refers to the preventive, treatment and re-habilitation, and bio-psycho-social dimensions of healthcare (Diniz, d'Oliveira and Lansky 2012).

Accessibility of reproductive technologies services in Brazil

Brazil's 1996 Family Planning Law legislates a set of regulations on fertility that guarantee family planning as right of every citizen under the Constitution. The law also sets forth that, throughout its network of services, SUS must guarantee a comprehensive health care program spanning the entire lifecycle, including conception assistance (Brasil 1996). In practice, access to these resources remains largely elusive.

Only a few hospitals in Brazil's SUS network offer health treatments related to fertility, and the state of São Paulo has had a referral system in place since 1990 for fertility treatments. However, only heterosexual couples or married persons in a civil union qualify for this service. Even heterosexual couples who meet all criteria for access to services often face several challenges such as: high demand for the program where the waitlist time can reach 4 to 5 years; a lack of information from health professionals about the potential treatments, and an insufficient number of hospitals in the country that offer these services (Fontenele 2010; Regino et al. 2016).

There is no specific legislation nor a legal framework in place to resolve general issues arising from the use of RTs. In this regard, the resolutions established by the Federal Council of Medicine (Conselho Federal de Medicina - CFM) serve as guidelines for these procedures. The first resolution, in 1992, recognized infertility as a health problem and required a partner's consent to receive medical interventions (CFM 1992) and in 2010 CFM extended the use of RTs beyond cases of infertility (CFM 2010). The following resolution in 2013 specifically authorized the use of RTs for same-sex couples (CFM 2013), reflecting the 2011 Federal Supreme Court decision to legally recognize same-sex unions. While earlier versions did not prohibit the procedure for same-sex couples, loopholes left this open to interpretation by individual practitioners. Lastly, the 2015 CFM resolution explicitly permits women in a same-sex relationship to use the ROPA procedure, and authorized the cost of IVF to be reduced in the event that a woman donates her eggs to another woman (CFM 2015).

Use of reproductive technologies by women in a same-sex relationship

Lesbians and women in same-sex relationships may become parents through adoption, step-parenting, co-parenting, parenting children from a previous heterosexual union, planning pregnancies via intercourse with a male partner, or through the use of RTs (Amato and Jacob 2004; McManus et al. 2006; Crouch et al. 2013). For those considering parenting, challenges may arise when analyzing options for conception, searching for a healthcare provider, and

facing potential legal implications of same-sex parenthood (McManus, Hunter and Renn 2006). Related to the use of RTs by women in a same-sex relationship, both partners are potentially able to carry a child, and they may wish to be inseminated by a known or unknown donor. Also, homophobia and heteronormativity may affect their ability to access health services (Ross, Steele and Epstein 2006).

In this paper, we will examine the challenges and limitations faced by women in same-sex relationships[11] when seeking out RTs, and we contrast the actual experiences of those women during this process with three principles of Brazil's Unified Health System (SUS) - universality, integrality and equity. Although the purpose is to explore their specific challenges, many of the situations presented could also have implications for women using RTs regardless of their sexual orientation.

METHODS

The purpose of the main study was to explore the experiences of women in a same-sex relationship with the healthcare they received during conception, prenatal, birth and postpartum periods. Nineteen individual in-depth interviews were conducted with women living in the greater metropolitan area of São Paulo, Brazil. The following topics were explored using a semi-structured guide: demographic data, relationship status, reproductive decision-making process, conception, pregnancy and prenatal care, birth, postpartum, breastfeeding and parenting. Participants were also asked if they would choose to do anything differently during the process.

This paper focuses on the results related to the experience of conception experiences involving the use of RTs, which include assisted reproductive technologies (IUI, IVF, ROPA) and self-insemination with known donors. Three interviewed women are not included in the present analysis because their pregnancies were not planned and occurred without the use of RTs. Therefore, data presented here is related to sixteen interviews, accounting for a total of eight couples. This research project complies with Brazilian Resolution 466/2012 of the National Health Council of Directives and Norms Regulating Human Research (Brasil 2012) and was approved by the Research Ethics Committee of the Faculty of Public Health, University of São Paulo (FSP/USP) (CAAE 44581015.1.0000.5421).

[11] Because there is a polysemy concerning the identity categories of the women interviewed for this qualitative study (lesbian, gay, homosexual, etc.), we chose to use "women in a same-sex relationship" when referring to this study's participants. In mentioned studies, we chose to retain the particular reference forms used by the aforementioned author.

Participants were recruited through a network of contacts, using multiple methods: internet and social networks, personal references, *Facebook* posts on group pages and on-site recruitment in lesbian events, among other sources. Couples was prefered to better analyze how health professionals react when attending to women in a same-sex relationship. We interviewed women who experienced conception, prenatal, birth, and postpartum while in a relationship with another woman. Single women and adoptive parents were not included.

The couples were interviewed separately and individually. In one case, one of the partners did not agree to participate, but this was not reason to exclude the other partner from this study. The interviews took place in the city of São Paulo and nearby suburban cities, which enable us to involve participants receiving health services both downtown and in smaller communities. Interviews were conducted from December 2015 to January 2017 by the main researcher. They were made in places chosen by the interviewees and lasted from 1h30 to 3h. Prior to each interview, the participants received explanations about the research objectives, the voluntary nature of participation and the confidentiality terms of the study and written informed consent was obtained.

The interviews were recorded, transcribed, and a thematic analysis of the selected material was carried out (Bardin 1993) in three major phases: pre-analysis through floating reading of the interviews; exploration of the material in which main ideas were identified (in this phase, significant excerpts from speeches were selected and thematic categories were built); the final analysis was to articulate the structured corpus to a theoretical basis.

Participants

This study is primarily represented by white women with high levels of education and middle socioeconomic conditions. Of the 16 women interviewed, 11 were white, four were mixed/brown and one was black. Participant ages ranged from 27 to 43 years old, with an average of 34 years. Six self-identified as lesbian, with the remaining ten participants identifying as gay or homosexual. Fifteen women had a college degree and one woman had completed a high school education.

The eight couples in this study were considerably different in their biographies and family histories. Four couples lived in the city of São Paulo and four in nearby suburban cities. Seven were officially married and all couples had children conceived through RTs, aged four or younger at the time of the interviews. Two participants also had older children from a

previous heterosexual relationship. Seven couples were parenting solely with their partner, and one couple was parenting with a partner and an involved known donor. The names given to the interviewees are fictitious so as to protect their identities.

Regarding conception, five couples used RT services through the private health system (three became pregnant using IVF and two used the ROPA technique). One couple used a combination of private and public system services and became pregnant using IVF. The other two couples did self-insemination (SI) at home using known sperm donors. Two couples applied to an adoption program at the same time as they were trying to conceive.

Findings

The primary themes that emerged from the analysis were the limits to universality in access to care and planning for pregnancy; navigating inequity by reducing the cost of RTs and choosing low-technology; heteronormativity in doctor-patient interactions; and the integrality (comprehensiveness) of provided conception care.

"Out-of-protocol" and financial barriers: limits to universality in access to care and planning for pregnancy

> We tried (two public hospitals) knowing that they treat couples who have fertility problems there, but they did not accept same-sex couples. (Ana, 35 years, her partner got pregnant using IVF)

From the eight couples interviewed, three reported that they had looked into public services for fertilization treatments. One of these couples went to two public hospitals providing RTs in São Paulo. Both hospitals informed the couple that they were outside the scope of the protocol required to receive RT treatment since they were a same-sex couple. After experiencing the conception of their child in a private clinic, the only thing they wished was different would be the existence of a fertility public service including same-sex couples.

Restricted from access to SUS fertility treatments, the remaining options for women in same-sex relationships have been costly medical treatments in the private system or self-insemination with a known donor. Both choices involved varying pros and cons, as well as legal and financial ramifications to consider.

> We are very privileged, I am fully aware of this. When you talk to people about fertilization treatment, you know, it's a lot of money. Very few people have access to it. (Rose, 29 years, her partner got pregnant using IVF).

The six couples who opted to use private fertilization clinics spent between $3000 to $30,000[12] dollars until they were able to get pregnant, depending on the reproductive technique used and the number of attempts made. According to our respondents, each intra-uterine insemination attempt cost around $2110 dollars, and the IVF or ROPA procedures cost roughly $6000 dollars. Most of the participants had saved enough to afford more than one attempt and revealed that money was also a factor that influenced the choice of the type of RTs they would use.

Navigating inequity by reducing the cost of RTs and choosing low-technology

> Prepare your relationship, your life, and your wallet before trying it. (Lívia, 33 years, got pregnant using IVF)

Because it costs less and involves fewer interventions or use of hormones, four couples opted to do IUI before IVF. One participant of the quote above said that they thought it would work on the first try. After first making two IUI attempts, they then tried IVF, and got pregnant during the second procedure. They planned to give up if this last IVF attempt were not to work due to money issues, and would opt to continue with the adoption process instead. After this long process, they recommend that other couples should pursue IVF first because the IUI process can be too expensive if several attempts are needed.

Three couples were unable to afford the entire cost of treatment using their financial reserves alone, and searched for different ways to spend less money or to subsidize the cost of the conception process. One participant donated her eggs in order to have the IVF medications paid by the recipient of the egg donation and she submitted herself to this procedure three times until her partner got pregnant:

> As it is a very expensive procedure, one way to pay for the treatment is through egg donation. You donate eggs to families who can't ovulate, and they pay for part of the treatment. This is what we did. (Bárbara, 32 years, donated eggs and her partner got pregnant using ROPA)

Using a combination of SUS and private services can also reduce the high cost of RTs. This is often associated with the training of health professionals (in SUS facilities), who are in medical residency or already working in the private sector, and want to increase their clinical experience. Two couples completed part of the treatment in public hospitals, Gabriela and her

[12] Due to fluctuations in exchange rates, it is difficult to provide the reader with an exact approximation of procedural costs. Since the year 2014, for example, the value of one US dollar is equivalent to almost three times the worth of one Brazilian real (the local currency). In 2015, Brazil's national minimum wage was R$ 788,00 *reais* per month or approximately US$ 242 dollars.

partner being one of them. Gabriela complained about the lack of respect for her privacy and appropriate pain relief during procedures:

> Many students were looking at you, listening to you... a lot of people were talking at the same time. […] the first doctor who did the insemination... you know, I felt so much pain, at insemination, that I never felt before... I think he did not know how to do (the procedure) right. (Gabriela, 37 years, got pregnant later using IVF)

After attempting IUI with two different doctors in this public hospital, the couple decided to follow a third doctor who was moving from this hospital to a private clinic, where they tried IVF and got pregnant.

Another alternative lower-cost and lower-tech method of conception that involves fewer medical interventions is self-insemination (SI).

> We finally decided that she was going to get pregnant, but that's where it is... the financial issue... We did not have the means, I was not able to afford an insemination. Besides, we do not like doctors, we do not like this hospital environment, artificial lighting... we wanted to do it our way, with love and everything. (Bruna, 27 years, her partner got pregnant using SI)

Two couples, both using sperm from a known donor from their respective families, became pregnant after several attempts of SI, and couples mentioned that their doctors who followed their prenatal care did not have knowledge about this technique. One couple first used sperm from a donor found on the internet, and after several attempts and failing to get pregnant, they used sperm donated by a gay friend. They failed to get pregnant using his sperm as well. Finally, they asked the husband of a sister, who was willing to donate his sperm, resulting in a successful pregnancy after a few tries. After court proceedings, both couples were able to register the newborn under the names of both women, in an attempt to protect the women’s custodial rights over their child.

At least three couples interviewed considered the possibility of doing SI, and their reasons for ultimately not trying it were: not finding a known sperm donor or not wanting to have possible legal problems in the future with the donor, or with registering the child, for example.

> We had a million possibilities for how to do the conception. Other methods were cheaper for getting pregnant, but we went after the options that were considered to be most legally legitimate, so that there would be legal backups in place for the kids, in the form of a birth

> certificate... We always tried to think about how we would ensure that the twins have their two mothers because up until that point, it was not possible to register two mothers on a single birth certificate. (Bárbara, 32 years, donated eggs and her partner got pregnant using ROPA)

The couple in the last quote expressed their desire to use the ROPA method to conceive, which at the time, in 2011, was still not authorized by CFM. The doctor refused to do the procedure without authorization. They filed a petition to the Regional Medical Council and waited for two years without any response on if they could perform ROPA. For this reason, they changed doctors, and shortly before starting the procedure, the CFM resolution was updated in 2013, allowing same-sex couples to access assisted reproductive techniques (CFM 2013).

The only couple who did the conception in 2011, before the authorization by CFM, also used ROPA method to ensure that both women had legal rights over the child. Their doctor agreed doing the procedure, after suggesting to they get legally married.

Equity and heteronormativity: doctor-patient interactions

> We chose him (the doctor) because we had already saved enough money, and we were ready to go. I just liked him a lot because he spoke in a video on the internet and said that there's no difference between having two mothers or two fathers. So I said it's this guy, because it would be so difficult to find a doctor which has made it easy all the way. (Rose, 29 years, her partner got pregnant using IVF).

Couples used various sources of information to look for health services such as: fertilization clinic websites, blogs and Facebook communities related to the topic, and recommendations from other couples who had already been through the process, as a strategy to avoid discrimination.

The majority of the participants in this research reported having primarily positive experiences with RT providers and clinics. Elements of those positive experiences include when providers demonstrated support to participants, included their partners and answered their questions during the treatment. However, the participants also expressed encountering problems with clinical documentation comprised of heteronormative assumptions. In all cases the clinical documentation did not accommodate space for their same-sex partners. From one couple’s perspective:

> I thought it was very annoying… especially this assumption to treat everyone with the title of "husband" and "wife", which never applied to us; also, a man and a woman may want to have a child without being married, so I do not understand why there’s this assumption of

> "husband" and "wife". Even a single woman may want to have a child from an anonymous donor, so... I find this tiresome and embarrassing. (Talita, 32 years, her partner got pregnant after attempts of IUI, and five of IVF)

Some couples pointed out that the clinical staff often treated patients “as if all people are the same” but perceived a certain level of inexperience from clinical staff in meeting their demands, especially in regard to respecting their decisions as a couple about who would become pregnant, or not considering that women in a same-sex relationship seeking RTs usually don't have fertility problems.

Integrality of care and achieving conception: facing low effectiveness and high adverse effects

> I asked (the doctor): Why am I going to do *in vitro* fertilization right away and not (intra-uterine) insemination? He said, "Oh, you would rather do that? (Talita, 32 years, trying to conceive using RT)

All couples interviewed looking for RTs did not have an infertility problem. In the case of the above quote, the doctor first suggested using IVF and only when asked by the woman, who was interested in pursuing a simpler method of conception with fewer hormones and without surgical intervention, did the doctor offer another less invasive option. Three couples opted directly for IVF, two because they chose to used the ROPA method, and one because of gynecological problems. The two couples who used ROPA had twin gestation. In one case, one of the babies developed a congenital diaphragmatic hernia during pregnancy, surviving the resulting surgery after being born.

> What I realized was that I had no idea how exhausting it would be. (Rose, 29 years, her partner got pregnant using IVF)

Rose’s partner, Lívia, described her experience with IVF as “very difficult, heavy and long”. She had hormonal peaks and menstrual bleeding lasting up to 15 days during the IVF treatment, and remarked on how difficult it was dealing with the unexpected way in which it placed stress on many dimensions of their lives.

Almost all of the couples mentioned that the process for IVF was extremely demanding and painful, and reported that they underwent countless exams, hormonal stimulation regimens, injections, and other invasive procedures. They also reported effects such as: mood swings, emotional exhaustion, changes in the couples’ sexual life, stress, and two participants endured

ovarian hyperstimulation during the IVF process. In some cases, several IVF attempts aggravated the process.

Only two of the couples in this study got pregnant on their first try (one using the ROPA method, and the other by using IVF). Among the other couples, two became pregnant after several attempts of SI, one became pregnant after one attempt of IVF and one of ROPA, and one couple after two IUI attempts followed by one IVF attempt. Finally, two couples performed SI, IUI, and IVF before achieving a pregnancy; in fact, one of these couples tried IUI twice and IVF five times before finally becoming pregnant.

> I think that, for those who are going through IVF treatments, it causes greater wear and tear on the body because it involves a lot of hormones. In the midst of all this, she still ruptured her knee ligament because the ligaments become more fragile (because of the hormones) it seems, and the joints too. Then, she still had to have surgery, put pins in her knee… which also interrupted the procedure for a few months. (Ana, 32 years, her partner got pregnant after attempts two of IUI, and five of IVF)

Luiza, the partner of the woman quoted above, lamented that, “the longer it takes, the harder it gets, because it has to be done so many times”. The “age factor” can also be an issue, as mentioned by Luiza who was trying to get pregnant at 40 years-old because, “as we get older the chances of getting pregnant start to get slimmer” (Luiza, 41 years, got pregnant after two attempts of IUI, and five of IVF).

Discussion

Based on the results presented, the absence of a public health service for same-sex couples seeking conception through the use of RTs violates SUS’s principle of universality. The implied assumption is that RTs within SUS are primarily intended for those dealing with barriers to heterosexual reproduction, that is, due to the infertility of one or both parents involved. This perspective accounts for the barriers to reproduction for those in a same-sex relationship or for single persons. Within the norms of SUS, infertility seems to be the only qualifying reason for RT treatment and some of the difficulties encountered by same-sex couples looking for fertility services begin from the misunderstanding that they are inherently excluded from the public system.

This study is primarily represented by women with high levels of education and middle socioeconomic conditions for whom income was a major factor in accessing health services to

achieve conception. Couples who opted for the use of private clinics needed to have the financial means to bear the costs of treatment, usually for more than one procedural attempt. Women who can’t afford to access private services might not succeed in having children at all, or they might be exposed to future legal difficulties with known sperm donors. Social class inequalities and gender hierarchies reflected in the access of groups of the population to medical procedures, being the access to the conceptive procedures of the population with less socioeconomic conditions restricted to the public instance, while groups with greater purchasing power use resources of the private health system (Vargas and Moás, 2014).

None of the interviewees perceived their chosen method of conception, FIV or ROPA, to be influential on the quality of assistance provided by health professionals, on how they treated the non-pregnant partner. However, legal issues can influence the choice of conception method. For example, two couples used the ROPA technique considering that this method involves the effective participation of both women in the conception and gestation process, in turn increasing the symbolic recognition of both women as parents. However, from the medical point of view, ROPA requires that both women undergo more complex and expensive procedures and drugs than an IUI procedure (Machin and Couto 2014). Other study shows that medical professionals have encouraged the ROPA method to women in same-sex relationships citing that many lesbian women are doing it and that this would help with legal issues (Correa 2012).

Participants became pregnant between 2011 and 2015, a period that includes the legalization of same-sex marriage in Brazil (2011), the adoption of the resolution that obliges all country's registry offices to recognize these marriages, and the CFM authorization for homosexual couples to use RTs, both in 2013 (CFM 2013). The content of the interviews do not make direct references to the impact of CFM regulations on the reception and care received by these women. But it is possible that these changes in norms and legislation influenced the women of the study to favor access to the techniques and their experience of motherhood.

One aspect of “integral care” involves taking into account the specific needs of the individual, and treating them as a holistic patient, beyond simply their disease or symptoms (Brasil 2000). According to that aspect, fertility clinics shouldn't automatically treat healthy lesbian patients as if they were infertile and should provide opportunities for women to make informed choices about interventions consistent with their known or presumed fertility condition. Furthermore, minimizing the cost of services could help patients to decide on less

invasive procedures, without letting the fear of not being able to afford other attempts influence their decision (Ross, Steele and Epstein, 2006).

The principle of integrality also considers establishing a set of progressive actions in the healthcare system, ranging from prevention to increasingly complex levels, such as treatment and rehabilitation (Brasil 2000). Based on this principle, if the health system had a structure designed for same-sex couples or single persons seeking access to conception through RTs, perhaps it would start from a primary care evaluation and recommend appropriate levels of care according to what was needed by the patient. Specifically, instead of starting with highly complex treatments like IVF, these patients could start with treatments involving fewer hormones and less invasive interventions.

Several women in this research reported the limited and biased information they received on the degree of risk and adverse effects and events associated with RTs, and other studies confirm that women are often poorly informed about the effects of procedures (Fontenele 2010; Correa 2012). Problems related to the use of IVF can be: fatigue, headaches, weight gain due to retention of liquids, hematomas (caused by subcutaneous injections that the woman administers herself), constipation, stress, and even the necessity for multifetal reduction(s) (when one or more embryos need to be removed in order to lower the risks to the mother associated with multiple gestation). Fetal reduction procedures are not legal in Brazil, and are considered as malpractice (Correa 2012).

Studies that review the effects of RT on perinatal outcomes show that pregnancies achieved by ovarian stimulation with gonadotropins and IUI are at higher risk for perinatal complications; pregnancies achieved by IVF are at higher risk for obstetrical and perinatal complications than spontaneous pregnancies; and women undergoing RT should be informed about the increased rate of obstetrical interventions such as induced labour and elective caesarean delivery (Allen Wilson and Cheung, 2006). Another significant risk of RT is multiple pregnancies, which considerably increase the risk of maternal, fetal and neonatal complications, such as an increased incidence of pregnancy-induced hypertension and gestational diabetes (Pinto-Silva and Bahamondes 2005; Allen Wilson and Cheung 2006). Birth defects occur more often among infants conceived with RT, and although the mechanism is not clear, couples considering RT should be informed of all potential risks and benefits of the procedures (Reefhuis et al. 2009).

Inequities must be tackled with actions that propose to revert frameworks of exclusion and violation of human rights in different social groups. The equity principle guides health policies, recognizing the needs of specific groups and acting to reduce the impacts of social determinants on health to which they are subjected (Lionço 2008). In this sense, there are health programs in Brazil that reflect the diversity and plurality of the population, including the LGBT population.

The Brazilian experience in response to AIDS contributed to consolidated beliefs that the success of care strategies is strongly related to health promotion and human rights policies (Granjeiro et al. 2015). Since then, other advances were made related to LGBT rights, such as the Brazil Without Homophobia program in 2004, that made the institutionalization of public policies to combat violence and discrimination against the LGBT population. In 2010, The National LGBT Comprehensive Health Policy was implemented within SUS, increasing equity and respect in care. One of its specific objectives is to guarantee the sexual and reproductive rights of the LGBT population under SUS. In 2015, the Ministry of Health in Brazil launched the “Campaign on Health for Lesbian and Bisexual women” as part of the strategy to value the right to health of vulnerable populations and guarantee quality care in SUS to all Brazilians (Facchini and Barbosa 2006).

Even before the creation and consolidation of SUS, the Ministry of Health created the Program for Integral Assistance to Women's Health (PAISM), in 1983, in response to the mobilization of feminist movements, and based on a new approach to comprehensive health care for women (Brasil 2013). In 2004, there was a revision of standards and the creation of the National Policy for Integral Attention to Women's Health (PNAISM) introduced actions which sought to draw attention to the specificities of women who have sex with women. This policy also addressed concerns over limited “access to assisted insemination in the SUS network”, an important service for lesbian women who wish to exercise their right to maternity. Considering that portions of the clientele may be composed of women who have sex with women, the policy states: “It is necessary that these health services have professionals capable of attending to these women” (Brasil 2004, 49).

However, the public policy debate on RTs in Brazil has not been a priority and is almost completely invisible in government agendas, especially in the arena of healthcare (Vargas and Moás 2014). In 2015 a National Policy on Comprehensive Care in Assisted Human Reproduction was proposed by the Ministry of Health to expand access for infertile couples to

infertility treatments through RTs in SUS, however this policy was suspended primarily due to buget issues. Even so, some guidelines of the policy were heteronormative and failed to recognize that same-sex couples could also benefit from this program (Regino et al. 2016).

Health providers should be aware that not all patients are heterosexual and that a significant proportion of lesbians are, or wish to be, mothers. The health team should be able to provide adequate information to all women regardless of their sexual orientation (Hodson, Meads and Bewley 2017). Fr The education of health personal about the various possibilities of conception is an important way of preparing them so that they can act in a more qualified way in relation to the difficulties that these women may have (Cherguit et al. 2013). It is critical that obstetricians and gynecologists working with RTs know that most same-sex couples are not infertile and may become pregnant using fewer interventions (Hodson, Meads and Bewley 2017).

Optimal care practices and treatment for women in a same-sex relationship can be incorporated into existing fertility services with minor adjustments made by clinicians and providers; for example: attention to how the couple is treated; involve all parties requested by the patient, including partners and coparents; use gender-neutral language (e.g. “parent” instead of “mother” or “father”); adapt language in written materials; educate medical and office staff about the changes in policy and address any discomfort or concerns they may have; provide cues that the service is lesbian and bisexual positive; acknowledge and accept the role of non-biological parents; and recognize the diversity of same-sex parented families (Amato and Jacob 2004; Ross, Steele and Epstein 2006; Crouch et al. 2013).

Final remarks

This paper addresses some key questions in relation to the demand for RTs from same-sex couples of women within the Brazilian context. We found that women with higher income tend to resort to private clinics, while those less wealthy resorted to SI by a known donor. Couples seeking fertility services may be exposed to unnecessary technologies with high levels of interventions and side effects. Overtreatment is the norm, with limited information on low-tech alternatives, or about the potential adverse events in RT (Machin and Couto 2014). Women in a same-sex relationship may also be subjected to homophobia in services, when aspects such as the inclusion of partners, the absence of infertility between the couple, and the use of forms and heteronormative communication are not taken into account.

Despite much advancement in laws and policies in Brazil related to reproductive rights and LGBT rights presented in this paper, many of these policies have never been fully implemented and they are incomplete regarding the use of RTs. There is a number of impediments to meeting the universal access guarantee such as political, geographical, structural, and funding challenges of SUS. The current government recently approved the Proposed Amendment to Constitution 55/2016, which limits increases in public spending to variations in inflation. With this legislation, fewer investments will likely be made in the health arena, in turn leading to further decline of services offered by SUS, and privatization of the public health system. In the midst of budget restrictions and limited investments being put into health care, it may be challenging to think about expanding on same-sex couples' right of health and access to fertility services. The restricted financial investments put into the public health system are one of the main challenges that SUS faces in attaining its principles.

In addition to these structural changes related to financial investment and the proper management of services, there are actions that health institutions and professionals can adopt to improve the quality of care for women in same-sex relationships that seek treatment for pregnancy such as: including all women, regardless of partnership and sexual orientation; promoting a welcoming and inclusive environment, based on the institution of non-heteronormative practices; and providing qualified information on risks and procedures for women and children, according to their fertility status. It is essential to promote the training and continuing education of health professionals in general, as well as to enforce compliance with public policies and laws and accountability in cases of discrimination.

The growing political conservatism and the reduction of investment in public health are factors that can directly affect the sexual and reproductive health of the populations, including LGBT, besides representing a real possibility of loss of rights, including social rights. More than ever, social movements for universal, equitable, integral health care have to actively struggle for their rights.

Acknowledgements

This work was supported by CNPq under grant number 141642/2014-9.

The authors acknowledge to women who shared their experiences, which made possible the development of this research.

References

Allen, Victoria M., Douglas R. Wilson and Anthony Cheung. 2006. “Pregnancy outcomes after assisted reproductive technology.” J Obstet Gynaecol Can 28(3): 220-233. DOI: 10.1016/S1701-2163(16)32112-0

Amato, Paula and Mary Casey Jacob. 2004. “Providing Fertility Services to Lesbian Couples: The Lesbian Baby Boom”. Sexuality, Reproduction & Menopause 2(2):83-88. DOI: 10.1016/j.sram.2004.04.005

Ávila, Maria Betânia. 1993 “Modernidade e cidadania reprodutiva”. Revista Estudos Feministas, CIEC/ECO/Dossiê Mulher e Direitos Reprodutivos 1(2):382-393. https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/16070/14604

Bardin, Laurence. 1993. “L'analyse de contenu”. Paris: Presses Universitaires de France Le Psychologue

Brasil. Constituição. 1988. “Constituição da República Federativa do Brasil”. Brasília: Senado Federal. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

Brasil. 1996. “Lei do planejamento familiar. Lei nº 9.263 de 12 de Janeiro de 1996”. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9263.htm

Brasil. Ministério da Saúde. “Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990”. Brasília. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas. Ministério da Saúde. 2004. “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher / National Policy for Integral Attention to Women's Health – Princípios e Diretrizes”. Brasília. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. 2013 “Mulheres lésbicas e bissexuais: direitos, saúde e participação social”. Brasília. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mulheres_lesbicas_bisexuais_direitos_saude.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. 2000. “Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas”. Brasília. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf

Cherguit, Jasmina, Jan Burns, Sharon Pettle and Fiona Tasker. 2013 “Lesbian co-mothers’experiences of maternity healthcare services”. Journal of Advanced Nursing 69 (6): 1269–1278. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2012.06115.x

Conselho Federal de Medicina. 2013. Resolução 2.013/2013”. Brasília. http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2013/2013_2013.pdf

Conselho Federal de Medicina. 1992 „Resolução nº 1.358/1992”. Brasília. http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1992/1358_1992.htm

Conselho Federal de Medicina. 2010 “Resolução nº 1957/2010”. Brasília. http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2010/1957_2010.htm

Conselho Federal de Medicina. 2015 ”Resolução nº 2.121/2015”. http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2015/2121_2015.pdf

Correa, Maria Eduarda Cavandinha. 2012. “Duas mães? Mulheres lésbicas e maternidade”. Masters Diss. Universidade de São Paulo. http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-29042012-124625/pt-br.php

Crouch, Simon R., Rith P. McNair, Elizabeth E. Waters and Jennifer J.Power. 2013 “What makes a same-sex parented family?”. The Medical journal of Australia 199 (2): 94-61. DOI: 10.5694/mja12.11234

Diniz, Simone Grilo, Ana Flávia d'Oliveira and Sônia Lansky. 2012 “Equity and women's health services for contraception, abortion and childbirth in Brazil”. Reprod Health Matters. 20 (40): 94-101. DOI: 10.1016/S0968-8080(12)40657-7

Facchini, Regina and Regina Maria Barbosa. 2006. “Dossiê: Saúde das Mulheres Lésbicas promoção da equidade e da integralidade”. Rede Feminista de Saúde. http://www.cfess.org.br/arquivos/dossie_da_saude_da_mulher_lesbica.pdf

Fontenele, Cládia Valença. 2010. “Quando nasce um bebê, nasce também uma mãe? – maternidade e reprodução humana assistida em mulheres laqueadas’. PhD Diss. Universidade de São Paulo. DOI: 10.11606/T.6.2010.tde-11022011-092408

Franco, Joana Sofia. 2013. “Vivências Psicológicas de um Casal Homossexual Feminino na Transição para a Homoparentalidade”. Masters Diss. Instituto Universitário. http://hdl.handle.net/10400.12/2760

Granjeiro, Alexandre, Elen Rose Castanheira and Maria Inês Battistella Nemes. 2015. “A re-emergência da epidemia de Aids no Brasil :desafios e perspectivas para o seu enfrentamento”. Interface: Comunicação, Saúde e Educação 19 (52): 5-6 DOI: 10.1590/1807-57622015.0038

Hodson K, Meads C, Bewley S. 2017 “Lesbian and bisexual women’s likelihood of becoming pregnant: a systematic review and meta- analysis”. BJOG 124: 393–402. DOI: 10.1111/1471-0528.14449

Lionço, Tatiana. 2008. “Que Direito à Saúde para a População GLBT? Considerando Direitos Humanos, Sexuais e Reprodutivos em Busca da Integralidade e da Eqüidade”. *Saúde e Sociedade* 17 (2): 11-21. DOI: 10.1590/S0104-12902008000200003

Machin, Rosana and Márcia Thereza Couto. 2014. “Fazendo a escolha certa: tecnologias reprodutivas, práticas lésbicas e uso de bancos de sêmen”. Physis Revista de Saúde Coletiva. 24 (4): 1255-74. DOI: 10.1590/S0103-73312014000400012

McManus, Alison J., Lauren P. Hunter P and Hope Renn. 2006 “Lesbian Experiences and Needs During Childbirth: Guidance for Health”. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing 35 (1): 13-23. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2006.00008.x

Moás, Luciane and Eliane Vargas. 2015 “Gênero, conjugalidades e reprodução medicamente assistida: aspectos regulatórios e práticas em diferentes cenários”. Mediações - Revista de Ciências Sociais 20 (1): 108-29. DOI: 10.5433/2176-6665.2015v20n1p108

Ocké-Reis, Carlos Octávio. 2012 “SUS: o desafio de ser único”. 1st ed. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Pinto e Silva, João Luiz and Luis Bahamondes. 2005 “Reprodução assistida como causa de morbidade materna e perinatal”. Rev Bras Ginecol Obstet. 27 (12): 759-67. DOI: 10.1590/S0100-72032005001200009

Reefhuis J, Honein MA, Schieve A, Correa CA, Hobbs SA. 2009. “Assisted reproductive technology and major structural birth defects in the United States”. Human Reproduction 24 (2): 360-66. DOI: 10.1093/humrep/den387

Regino, Fabiane Alves. 2016. “O desejo de ter filhos e a construção de gênero nas políticas de saúde: análise da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida”. PhD Diss. Fundação Oswaldo Cruz. https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/18278

Ross, Lori E., Leah S.Steele and Rachel Epstein. 2006. “Lesbian and bisexual women’s recommendations for improving the provision of assisted reproductive technology services”.Fertil Steril 86 (3): 735. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2006.01.049

Silva, Daniela Andrade da. 2013. “Enfim mães! Da experiência da reprodução assistida à experiência da maternidade lésbica”. Masters Diss. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UERJ_6cc9e0b7a052897ddc7d3d69b4d90eb0

Souza, CVB. 2014. “Casais de mesmo sexo, parentalidade e novas tecnologias reprodutivas”. Masters Diss. Universidade de São Paulo. http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UERJ_6cc9e0b7a052897ddc7d3d69b4d90eb0

Vargas, Eliane Portes e Luciane da Costa Moás. 2014. “Gênero e sexualidade na cena das políticas brasileiras: das afinidades eletivas e (in)visibilidades na agenda pública. Dossiê reflexões sócio-antropológicas acerca das políticas públicas sobre gênero e sexualidade”. Século XXI – Revista de Ciências Sociais 4 (2): 325-48.

4.2 Manuscrito 2

“A pulseirinha do papai”: heteronormatividade na assistência à saúde materna de mulheres em relação homoafetiva

Paula Galdino Cardin de Carvalho[a]*, Cristiane da Silva Cabral[a], Carmen Simone Grilo Diniz[a]

[a]*Departamento de Saúde, Ciclos de vida e Sociedade. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.*

*Corresponding Author. Email: paulagaldino@gmail.com

Resumo: O atendimento a mulheres em relação homoafetiva que acessam o sistema de saúde durante a gravidez, parto e pós-parto pode ser afetada por questionamentos inadequados, homofobia e comunicação heteronormativa. Diante da escassez de estudos nacionais com esse enfoque, o objetivo deste trabalho é descrever e analisar interações sociais de casais de mulheres com as instituições e profissionais de saúde durante a gravidez até após o parto. Foram realizadas entrevistas com 19 mulheres que tiveram filhos biológicos durante uma relação homoafetiva. Apesar da avaliação positiva da assistência em geral, observou-se a dificuldade da inclusão da parceira nos momentos de consulta e procedimentos médicos, questionamentos sobre a legitimidade do casal e algumas situações de homofobia. Clínicas e hospitais estavam organizados para receber casais heterossexuais, com formulários e orientações voltadas para pai/mãe, e entrega de “pulseirinhas do papai” para que as parceiras pudessem ter acesso ao bebê após o nascimento. Diversas estratégias foram utilizadas por esses casais na tentativa de garantir direitos e minimizar desconfortos e discriminações perante as instituições e profissionais de saúde, em geral despreparados para oferecer assistência adequada a casais homoafetivos.

Palavras-chave: Homossexualidade feminina; Saúde materna; Equidade em saúde; Homofobia; Direitos sexuais e reprodutivos.

“The daddy's wristbands ": heteronormativity in the maternal health care of women in same-sex relationship

Authors: Paula Galdino Cardin de Carvalho; Cristiane da Silva Cabral, Carmen Simone Grilo Diniz

Abstract: The care given to women in a same-sex relationship that access the health system during pregnancy, childbirth and postpartum can be affected by inadequate questions, homophobia and heteronormative communication. Given the scarcity of national studies with this approach, the objective of this paper is to describe and analyze social interactions of women couples with health institutions and professionals during pregnancy until after childbirth. Interviews were conducted with 19 women who had biological children during a same-sex relationship. Despite the positive evaluation of the general assistance, it was observed the difficulty of including the partner in the moments of consultation and medical procedures, questions about the couple's legitimacy and some situations of homophobia. Clinics and hospitals were organized to receive heterosexual couples, with forms and guidelines designed for mother/father, and delivery of a "daddy's wristbands” to the female partner be able to have access to the baby after birth. Several strategies were used by these couples in an attempt to guarantee rights and minimize discomforts and discrimination towards health institutions and professionals, who are generally unprepared to offer adequate assistance to same-sex couples.

Keywords: Female homosexuality; Maternal health; Health equity; Homophobia; Reproductive rights.

INTRODUÇÃO

Existe uma escassez de estudos em âmbito nacional com ênfase na assistência à saúde durante o período da gravidez até o pós-parto prestada a mulheres em relação homoafetiva. A Pesquisa Nascer no Brasil foi um estudo multicêntrico, de base hospitalar realizado em 2011-2012, e incluiu 23.940 puérperas em todo o país. Seus resultados abrangem questões relativas a atenção ao pré-natal, parto e pós-parto e mostram a alta incidência de cesarianas (52%) e predominância de um modelo medicalizado de assistência entre gestantes com parto vaginal[1]. Apesar da riqueza de informações que do referido estudo, a orientação sexual das participantes não foi um aspecto contemplado.

Uma revisão da literatura, de 1980 a 2004, considerando as experiências de mulheres lésbicas durante o parto em diferentes países, foi realizada por Alison J . McManus e colaboradores[2]. Este trabalho mostrou que um número crescente de lésbicas estão acessando serviços de saúde durante o período gravídico-puerperal (gravidez, parto e pós-parto), e suas experiências são afetadas pelas atitudes e ações dos profissionais de saúde. Este estudo aponta evidências de que os cuidados são melhores quando profissionais e instituições de saúde reconhecem e são sensíveis às necessidades específicas dessas mulheres.

Uma revisão integrativa realizada por Lúcio e Araújo[3] teve o objetivo de analisar a produção científica nacional e internacional sobre a maternidade lésbica produzida entre 2010 e 2015 no âmbito da enfermagem. Foram encontrados apenas cinco estudos, todos internacionais, demostrando a incipiência da temática. A revisão evidenciou a precariedade na qualidade da assistência dos profissionais da saúde com a presença de abordagens preconceituosas e discriminatórias, bem como apontou a necessidade de mais estudos que contemplem às experiências dessas mulheres.

Diante disso, o objetivo desse artigo é descrever e analisar interações sociais de mulheres em uma relação homoafetiva com as instituições e profissionais de saúde durante assistência da gravidez até após o parto. Busca-se assim dar visibilidade às demandas de parentalidade de casais homoafetivos e contribuir para uma maior qualidade do atendimento prestado a essas mulheres.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo em que foram entrevistadas mulheres que tiveram filhos durante uma relação homoafetiva. Para este estudo, optamos pelo termo mulheres em uma relação homoafetiva e/ou casais homoafetivos, que tem sido utilizado no âmbito do direito e também da medicina para referência aos casais de mesmo sexo. Para os demais estudos citados, optamos por conservar a forma de referência que os/as autores/as utilizam, como: “mulheres lésbicas” e “maternidade lésbica”.

O objetivo foi compreender questões relativas à assistência à saúde recebida no período de concepção, pré-natal, parto e pós-parto. Os seguintes tópicos foram explorados nas entrevistas, utilizando um roteiro semiestruturado: dados pessoais; relacionamento afetivo-sexual; processo de decisão reprodutiva; concepção, gravidez e pré-natal; parto; pós-parto e amamentação. Também foi perguntado as participantes se elas escolheriam fazer algo diferente durante o processo.

Foram realizadas 19 entrevistas individuais em profundidade no período de Dezembro de 2015 a Janeiro de 2017 pela pesquisadora principal. Os casais foram entrevistados separadamente e individualmente. Uma das participantes na época da entrevista estava separada da companheira com quem teve filhos. Portanto, esse estudo totaliza 10 histórias de famílias homoafetivas, seis residentes em São Paulo e quatro em Poá e Mogi das Cruzes.

Para seleção das participantes foi utilizada uma rede de contatos, com a divulgação de convites na internet, rede sociais, indicação de pessoas conhecidas, entre outros. Priorizou-se a entrevista de 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. Os critérios de inclusão na pesquisa foram: mulheres que tiveram filhos biológicos durante uma relação homoafetiva e que residiam na região metropolitana de São Paulo. Foram critérios de exclusão: mulheres que engravidaram sem ter uma parceira homoafetiva e aquelas que optaram pela adoção.

As entrevistas foram registradas, transcritas e analisadas em três fases principais: pré-análise através da leitura flutuante das entrevistas; exploração do material em que as principais ideias foram identificadas (nesta fase, foram selecionados trechos significativos de discursos e foram construídas categorias temáticas); e a análise final com a articulação do corpus estruturado a uma base teórica[4].

O projeto de pesquisa obedece 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).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As idades das participantes variaram de 27 a 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 como brancas, quatro como pardas, uma como negra e uma participante preferiu responder “multicolorida”. Com relação à escolaridade, dezoito tinham ensino superior completo e uma tinha ensino médio completo. Sete casais possuíam registro de união civil e

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.

Com relação a concepção, 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 semêm 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.

Quatro casais realizaram o pré-natal utilizando o convênio de saúde, quatro pagaram de forma privada, um fez parte pelo convênio e outra parte de forma privada, e apenas um casal realizou o pré-natal no serviço público. Todos os partos foram realizados na rede suplementar de saúde: dois pelo convênio e os demais pagos de forma privada. Dois nascimentos foram domiciliares com equipe contratada; quatro partos foram cesarianas e quatro foram partos vaginais hospitalares. Em um deles, o casal tentou parto domiciliar, mas teve que ser transferido para o hospital. Em cinco dos dez casais entrevistados, ambas as mulheres amamentaram.

Apesar da maioria das participantes relatar uma boa percepção do atendimento durante a gravidez, parto e pós-parto, essas mulheres experimentaram diversas situações de discriminação e de violação de direitos quando em contato com instituições e profissionais de

saúde. Diante desta constatação, as categorias de análise foram elaboradas a partir de como os aspectos heteronomativos estiveram presentes durante tais situações e se dividem em: (1) “Saindo do armário”: revelando-se enquanto casal homoafetivo; (2) “Ninguém exergava ela”: a importância da inclusão da parceira; (3) “A Pulserinha do papai”: aspectos institucionais; (4) “Legalmente é complicado”: a busca pela garantia de direitos.

“Saindo do armário”: revelando-se enquanto casal homoafetivo

> “Quando eu fui na primeira consulta a médica perguntou o nome do pai, do meu esposo. [...] Não expliquei, não contei minha história, mas depois eu fui contando, fui me abrindo. Eu nunca fico à vontade pra contar muito, como é a minha vida, a minha relação. Agora eu consigo falar melhor, que eu sou casada com uma mulher, que eu tenho uma filha, agora sim. Antes, eu não conseguia de primeira falar assim, que ela era minha mulher.” (Franciele, 29 anos)

Franciele engravidou em uma relação com um homem após um breve término no seu relacionamento com sua companheira e, no início da gravidez, teve dificuldades em revelar que tinha uma parceira. A médica que a atendeu perguntou diretamente pelo pai da criança e seu esposo, o que dificultou que ela explicasse que o pai da criança não era o seu parceiro afetivo. Com o tempo, foi se sentindo mais à vontade com a médica, que soube que ela tinha uma companheira apenas quando se adicionaram em redes sociais.

Nos outros casos, a maioria dos profissionais de saúde procurados sabiam que elas eram um casal homoafetivo desde o início. Como foi o caso de Ana e sua companheira:

> “A gente tinha muito disso, se perguntarem a gente vai falar que estamos juntas. Não tem como esconder, a gente é uma família.” (Ana, 35 anos)

Ana relata que elas tinham a preocupação de fazer todas as consultas juntas para se protegerem da possibilidade de sofrerem algum tipo de discriminação, mas na única consulta

que ela não pôde comparecer sua companheira Gabriela foi constrangida. Durante uma consulta do pré-natal com um novo médico, este questionou se era mais interessante uma relação entre “duas meninas”, quis saber como o casal se conheceu e o que os pais dela achavam dessa relação. Na época optaram por não denunciar o ocorrido e, após esse episódio, trocaram de profissional imediatamente.

> “Aquilo foi tão invasivo para mim que eu não tive reação na hora, não consegui nem denunciar o médico. Eu me senti extremamente desconfortável com aquele médico por ele ter feito perguntas de âmbito muito pessoal e íntimo, que ele não teria feito com um casal heterossexual, eu tenho certeza.” (Gabriela, 37anos)

Além dos profissionais que acompanharam as mulheres durante o pré-natal, os casais se depararam ao longo de toda a gravidez (e sua infinidade de exames e idas a laboratórios), parto e pós-parto com diversos profissionais de saúde que tiveram diversas reações ao descobrirem que se tratava de um casal homoafetivo:

> “Algumas pessoas são muito legais, mas eu acredito que mais da metade fica um pouco incomodados com o fato de terem duas mulheres ali com criança. Essa é a verdade, a verdade se percebe isso, é uma coisa que está no ar, muita gente fica incomodada, enfermeira, médico, pediatra. Mas eu sempre busquei encontrar um profissional que lidasse bem com a situação, e que não olhasse pra você como se você fosse uma pessoa estranha.” (Jéssica, 32 anos)

Nos momentos de vacinação das crianças, Jéssica disse que tinha “preguiça" de explicar a situação delas como casal, já que eram profissionais diferentes que as atendiam. Ela acabava concordando quando perguntavam se ela era “tia” da criança. Ou seja, é difícil o reconhecimento de que uma segunda mulher também possa ser a mãe da criança; cogita-se mais frequentemente que seja tia, irmã, entre outros. Outras perguntas constantemente feitas por profissionais de saúde foram: “quem é a mãe?”, “quem é pai?”.

> “Sempre perguntavam: “E o marido?”. [..] em geral a Talita respondia: “Sou eu! Que sou casada com ela” assim mais... afirmativa. Às vezes eu falava: “Ai não, nem precisa responder” tinha às vezes mais essa, essa estratégia do não, “Ah, não precisa responder”... Mas, mas, teve um incômodo nesse sentido.” (Luiza, 43 anos)

A revelação da orientação sexual e de uma relação homoafetiva para os profissionais de saúde, em geral, é uma questão a ser enfrentada desde o acesso a cuidados ginecológicos. A literatura tem mostrado que mulheres que se relacionam com mulheres frequentam menos os serviços de saúde, e muitas evitam revelar sua orientação sexual em tais contextos[2,5]. Em estudo realizado no Reino Unido, foram relatados altos níveis de ansiedade sobre as implicações de se revelarem enquanto lésbicas para os profissionais de saúde, demonstrando o quanto essas questões podem afetar negativamente a qualidade do atendimento, podendo trazer desconforto, prestação inadequada de serviços e até mesmo hostilidade[6].

“Ninguém exergavava ela”: a importância da inclusão da parceira

> “A médica sabia que eu era casada com uma mulher […] acho que o atendimento é muito exclusivo pra mulher que tá grávida. Aí, quando vai o companheiro, eu percebo, porque as amigas contam, que os médicos dialogam, entendeu? com o companheiro... não sei... parecem que envolvem... eu não senti que os médicos tentaram envolver a Ana, mas ela participava, né? Ela tava lá comigo nas consultas pré-natal, fazia algumas perguntas... mas era sempre voltadas pra mim as respostas” (Gabriela, 37anos)

A maioria dos casais participou juntas de praticamente todas as consultas e relatou uma boa percepção do atendimento do pré-natal, onde foram feitos esclarecimentos diversos sobre a gravidez e respeitadas as preferências da via de parto dessas mulheres. Ainda assim, outros casais relataram o sentimento de invisibilidade da companheira que não estava grávida.

Esse tipo de situação também foi mencionado por outro casal com relação ao primeiro médico que as acompanhou durante o pré-natal. Bárbara, cuja companheira Carolina ficou grávida de gêmeos pela técnica ROPA, relatou:

> "Eu sempre acompanhei tudo, não acho que tinha preconceito, mas também não tinha um acolhimento da minha presença ali. Então, não sei explicar se era só pra ela, olhando pra ela porque ela era a gestante, então, eu estar ali ou não, tanto faz. Não era o que eu gostaria que fosse um atendimento, do pré-natal. A gente deixou de acompanhar com ele porque a gente já tinha essa sensação de frieza." (Bárbara,32 anos)

O casal mencionado acima trocou de médico próximo ao final da gravidez gemelar, ao descobrirem que uma das crianças estava com um problema de saúde. Segundo elas, a relação com o novo profissional se mostrou bastante distinta da anteriormente vivida, pois o médico as acolheu "enquanto ser humano, enquanto casal, e enquanto mães".

No entanto, após o nascimento de seus filhos, Carolina chama atenção para a diferença de tratamento que sua parceira Bárbara recebeu:

> "Todo mundo me enxergava ali, tava vendo eu e ninguém enxergava ela. Não enxergavam. Não enxergava assim, foi ela que deu o primeiro banho, ensinaram ela, foi ela que deu, mas, assim, naquela hora ali, entrava no quarto, ia ver como é que eu tô, ah, tá dando mamar? Me olhava e não olhava ela. Então ela sentia, claro." (Carolina, 32 anos)

Ainda que as duas mulheres sejam incluídas nas consultas, pode existir uma priorização do papel do "pai biológico" quando esse está presente. O casal Luiza e Talita utilizou o método FIV para engravidar e escolheu um amigo homossexual para ser o pai da criança. Nesse caso, em mais de uma vez, o médico questionou o lugar da parceira na cena do parto:

> “O que é novidade? Ah, o casamento homossexual... o pai que não é o parceiro… enfim, acho que foi um trabalho de aceitar essa família. E aí, bom, todas as questões que poderiam vir com isso, né, sociais… Desde a hora do parto, sei lá, o médico perguntou para mim: “Quem vai assistir o parto?” eu falei: A Talita, você tem alguma dúvida?”, né, “E o pai?” Eu falei: “Não, o pai vai ficar lá fora esperando ué, ele não é o meu par, como é que ele vai ficar lá?”. Eu vou ficar lá fazendo força né, com um cara que eu não tem essa relação? (riso) Não faz sentido né? Por exemplo, isso... Aí o médico falou: “Mas vocês vão perguntar?” “Ele não tem que decidir...”. O médico queria que a gente perguntasse pra ele! Eu falei “Não. Sou eu que vou decidir. E pra mim tá decidido!” (Luiza, 43 anos)

Enquanto os profissionais geralmente não questionam o papel do pai em uma família heterossexual, o papel da parceira que não está grávida frequentemente não é apenas questionado, mas também incompreendido e ignorado. No caso exposto acima, embora tenha sido garantida a presença da companheira durante o parto, esse lugar foi questionado até o último momento pelo médico. A condição de pagante garantiu um atendimento personalizado e a escolha da via de parto (parto normal), mas não as protegeu de situações discriminatórias. Esse mesmo casal também enfrentou dificuldades quando Talita, que não estava grávida, manifestou para o médico o desejo de amamentar a criança:

> “Acho que ele tentou ser normal, tranquilo, mas, por exemplo, ele não acreditou muito que eu pudesse amamentar. Eu perguntei pra ele, em primeiro lugar, porque eu não sabia pra quem perguntar como fazer. E ele riu, achou que não era possível... e não sei o quê. Aí, eu fui atrás de uma especialista e comecei a fazer o tratamento, fui noticiando do tratamento, e ele não levou muito a sério, acho. Não levou muito a sério, mas me acolheu, assim. Me pareceu que ele não estava tão acostumado com esse público, mas acho que ele agiu, ou sempre tentou agir, com naturalidade.” (Talita, 32 anos)

Algumas parceiras que não ficaram grávidas optaram por amamentar o bebê por meio de lactação espontânea ou induzida, e relatam que essa experiência auxiliou no vínculo emocional entre eles, bem como na divisão de tarefas com a companheira. Ridicularizar, desconsiderar o desejo da mulher de amamentar e a "tentativa" de agir com naturalidade são exemplos do despreparo de profissionais para lidar com necessidades apresentadas por casais homoafetivos.

A interação com o profissional de saúde pode ser fortalecedora ou desestabilizar o bem-estar da parturiente e sua parceira. A insatisfação com o atendimento recebido levou alguns casais a romper a relação com o profissional de saúde, às vezes em estágio avançado da gestação. Esse tipo de troca representa uma mudança em busca de satisfação, que exige que a mulher ou casal busque outra possibilidade de atendimento mesmo após ter recebido um tratamento frio ou hostil[7].

O profissional de saúde deve estar ciente dos desafios que os casais do mesmo sexo podem enfrentar ao considerar a transição para a parentalidade e devem ser capazes de informar as opções disponíveis para eles de forma pró-ativa. Ainda que possam não saber todas as respostas para os questionamentos do casal, os profissionais precisam acessar os recursos disponíveis para responder a quaisquer perguntas que possam estar além de sua experiência[2].

Estudos nacionais e internacionais também relatam que a parceira que não está grávida é, por vezes, questionada por profissionais da saúde com relação à legitimidade de seu relacionamento com sua parceira e/ou filhos(as)[6,8]. Indicam, ainda, que essas mulheres podem sentir-se diferentes, invisíveis e também isoladas durante a transição para a parentalidade[9,10]. É importante que os profissionais de saúde estejam conscientes da possibilidade desses sentimentos e reconheçam as potenciais diferenças entre as experiências das parceiras durante o processo de concepção e gravidez, parto e após o parto[10].

A "pulseirinha do papai": aspectos institucionais

> "Quer dizer, recebi uma pulseirinha azul, escrito sou papai, né, para ter acesso à maternidade. Enfim, você tem que dar risada destas coisas. Óbvio que depois eu entrei em contato com a ouvidoria do hospital, e falei: gente, pelo amor de Deus, sério, 2016, pulseirinha azul escrito sou papai, sabe?" (Rose, 29 anos)

Dois casais entrevistados relataram que no dia do parto a parceira que não estava grávida recebeu uma pulseirinha para ter acesso as unidades do hospital, e nela estava escrito: "papai". Rose disse que, por ser o dia de nascimento do seu filho, não deixou que isso a afetasse, mas que, se fosse em outra situação, ela acha que teria feito "um barraco". No caso de Lara e sua companheira, que engravidou de gêmeos com o método ROPA, a percepção foi de que o atendimento recebido até o parto foi de muito "respeito e acolhimento". Ainda assim, Lara aponta a entrega da pulserinha como um sinal do despreparo do hospital em lidar com especificidades de um casal homoafetivo.

> "Sempre (foi uma relação) de muito acolhimento, de muito respeito, de muito cuidado, todos: pediatra, pessoal da UTI neonatal, não só os nossos médicos particulares, que estavam sendo remunerados por nós, mas toda a equipe do hospital, muito respeito comigo, porque tinha uma etiquetinha dizendo filho de, e aí tinha uma coisinha dizendo pai e mãe, aí eles riscaram a palavra pai e colocaram meu nome, né? Mas você vê o despreparo da maternidade, assim que eles nasceram eu ganhei uma pulseirinha dizendo: eu sou o papai! Uma pulseirinha azul-marinho que me dava direito de entrar na UTI." (Lara, 40 anos)

Com o casal Luiza e Talita a situação foi diferente. Como existia a presença de um pai biológico, antes do parto Talita recebeu uma pulseira que deveria ser entregue ao pai da criança. Talita explicou que quem iria assistir ao parto era ela, mas a funcionária insistiu que aquela pulseira era para o pai. Ela entregou a pulseira para ele, e só depois descobriu que com

isso ele conseguiu entrar no berçário e acompanhar o primeiro banho do bebê. Para ela, não foi oferecida a oportunidade de participar desse momento. Nesse caso, além do hospital não estar preparado com uma pulseira para acolher a parceira, também desconsiderou sua importância e participação no processo e priorizou a presença do pai.

Além da "pulseirinha do papai", cartazes, formulários, fichas, fotos de decoração e outros elementos em clínicas e hospitais incluem apenas a possibilidade de espaço para homem e mulher, pai e mãe. Está explícita uma heteronormatividade que muitas vezes exige até mesmo o vínculo do matrimônio, esposo e esposa. As estratégias utilizadas para enfrentar a heteronormatividade institucional foram riscar os formulários e colocar o nome de ambas as mulheres; a própria equipe de saúde rasurar placas e etiquetas para incluir o nome da parceira; e a realização de reclamação na ouvidoria do hospital com relação à pulseirinha.

> "Os sistemas já são muito preparados para isso, para os casais héteros. E também fico pensando nas mulheres solteiras, mulheres viúvas. Meu, para de pressupor que tem um marido sempre, que tem um pai. […] Em aula, encontro, internet, curso, tudo, tudo, tudo é a mulher e o marido. Não vi nenhum referencial, nem de mulher solteira, nem de casal de mulheres e pais. Totalmente invisível." (Rose, 29 anos)

Profissionais de saúde e administradores podem estabelecer um ambiente seguro, acolhedor e que reconheça a diversidade sexual de várias formas, sem julgamento, e sem pressupor que todos os pacientes são heterossexuais[11]. Algumas possibilidades incluem a inserção de casais homoafetivos e outras composições familiares em fotos de decoração da área de espera, folhetos, sites, cartazes, e a presença de materiais adaptados para diferentes populações de pacientes[12]. Os formulários e demais documentações podem ser revisados para refletir a diversidade das orientações sexuais, identidades de gênero e estruturas familiares[13,14,15].

“Legalmente é complicado”: a busca pela garantia de direitos

> “Assim que foi permitido a gente fez contrato de união e assim que liberou o casamento nós casamos. A gente tem uma poupança juntas desde que começamos a namorar para ter respaldo jurídico, tudo era sempre no nome das duas e se alguém questionasse a gente tinha a nossa história juntas, hoje em dia é outra história porque já somos casadas.” (Ana, 35 anos)

A maioria dos casais entrevistados possuía registro de união estável ou casamento civil na época que os filhos nasceram. Mas para aquelas que não possuiam, a ausência de um documento oficial que comprovasse a união homoafetiva foi o motivo alegado pelo plantonista para não permitir que Jéssica acompanhasse o parto de seus filhos.

> “Aí você chega lá no hospital e (perguntam) “Você é casada?” Não, não sou mais tenho uma união estável e tal. “Não, não pode, ou só pessoa que é casada ou só o pai biológico.” (Jéssica, 32 anos)

Em nenhum momento, Jéssica pensou que poderia ser excluída do parto, já que por seis meses ela esteve semanalmente com a companheira na obstetra. Para ela, estar presente no parto estava “completamente subentendido”. Ao ser questionada se faria algo diferente sobre sua experiência, ela diz que teria insistido para que estivesse presente. Ela lamenta não ter se informado melhor sobre seus direitos e de não ter feito o registro de união estável, “no caso de algum médico babaca falar alguma coisa e você esfregar um documento na cara dele e ter algumas garantias”.

O registro de união estável não seria necessário para a obtenção desse direito, uma vez que a aplicação da lei da acompanhante já garantiria o bem-estar do casal. A Lei nacional nº. 11.108, permite desde 2005 que todas as mulheres tenham direito a um acompanhante de sua

escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos serviços públicos e privados[15]. Embora esse direito tenha sido conquistado há alguns anos, ainda hoje ele não é devidamente cumprido de forma geral. Muitas mulheres, independente de sua orientação sexual, estado civil e classe social, são obrigadas a ficar sozinhas no nascimento de seus filhos[16].

Além da certidão de união estável ou civil, o registro de nascimento das crianças também tem um impacto nos direitos da parceira que não gestou sobre a criança, inclusive dentro das instituições de saúde. Geralmente esse registro pode ser realizado com facilidade em cartórios, ou mesmo dentro dos hospitais; entretanto, para casais homoafetivos o processo pode ser muito mais complexo.

Dos dez casais entrevistados, dois 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, sendo que um desses casais estava movendo processo há mais de um ano com pedido de reconhecimento de maternidade sócioafetiva. Sobre não ter o próprio nome na certidão do filho, Talita diz:

> “Era uma questão que me incomodava até mais antes de ele nascer do que depois. Acho que de insegurança mesmo, de que, afinal, que vínculo seria esse: biologicamente eu não sou mãe; legalmente eu não sou mãe. Onde eu vou ser mãe? Agora, como eu durmo, acordo, dou banho, dou comida, acordo à noite, dou mamá, levo pra cima e pra baixo, tenho certeza de que eu sou mãe. […] Mas legalmente é complicado, porque eu levo ele pra fazer exame, por exemplo, ou eu entrego os documentos da Luiza e não digo nada e finjo que eu sou ela. “Ah, e a senhora é dele o quê?” Nada. O que que eu posso dizer? Nada, né? Legalmente eu não sou nada: não sou mãe, não sou tia, não sou avó. Não sou nada. Então é chato. É bem chato.” (Talita, 32 anos)

Os casais que não conseguiram fazer o registro no nome das duas mulheres utilizaram estratégias como: tentar incluir o sobrenome da companheira na hora do registro da criança alegando querer fazer uma “homenagem” a alguém; casar no civil para poder incluir o nome da parceira e posteriormente colocar ambos os sobrenomes na certidão da criança. Mesmo os casais que conseguiram o registro no nome de ambas as mulheres comentam a dificuldade encontrada no processo, muitas vezes tendo que procurar vários cartórios, contratar advogados e juntar muitos documentos que um casal heterossexual não precisaria:

> “A gente registrou, ela tinha quase um mês. Ela ficou sem registro um tempo. Isso incomoda muito né, a gente não ter um registro. […] a gente teve que pedir vários documentos, em vários lugares. O síndico aqui do nosso prédio fez uma carta dizendo que nós vivemos numa união, moramos juntas aqui há oito anos, todo mundo participou de um pouquinho sabe? Nós pegamos contas no meu nome e no nome dela, pra comprovar que é no mesmo endereço, tudo isso pro nossos advogados levarem pro juiz, pra ele dar ok. Como se precisasse de alguém dizer se nós somos mães ou não dela né? […] Chateia a gente né, falei: Nossa, precisa disso? Se eu pegar um homem ali na rua agora pra registrar isso ele pode, por que pode? Porque ele é homem e eu sou mulher? Se você chegar agora pra registrar não vão perguntar quem é ele né? Não tem essa dificuldade.” (Cláudia, 30 anos)

Ainda que já fossem casadas, Bárbara e Carolina fizeram um testamento para tentar garantir que se algum problema ocorresse durante o parto, a outra parceira tivesse direitos sobre a criança. Também contrataram um advogado para o pedido de antecipação de registro no nome das duas, na tentativa de garantir direitos imediatos sobre as crianças:

> “Não tinha nem registro no nome, ela não sabia se podia subir na UTI, por exemplo, entendeu? Então atrapalha muito, atrapalha muito, é lógico que vai gerar isso tudo, né? Tipo, “nossa, estão duvidando da minha maternidade, então eu não vou poder ver

> minha filha no hospital, porque eu não tenho um papel de certidão de nascimento." (Carolina, 32 anos)
>
> "Meu Deus! Se ela morre, se alguma coisa acontece. Eu não sou nada das crianças legalmente, eu não posso visitar". (Bárbara, 32 anos)

A possibilidade de serem discriminadas ou não terem seus direitos como responsáveis pela criança que irá nascer é um dos motivos que faz com que casais homoafetivos tentem se proteger e se hiperformalizar por meio de recursos legais já disponíveis ou abrindo precedentes por meio de ação judicial.

O ideal é que os profissionais de saúde possuam um conhecimento básico de como as leis locais e nacionais afetam casais homoafetivos no que se refere à proteção legal da criança e do casal[17.] O reconhecimento de casamento entre pessoas do mesmo sexo como entidade familiar ocorreu em 2011. Em 2013 foi aprovada a resolução que obriga todos os cartórios do país a celebrar esses casamentos e também a inclusão de casais homoafetivos na resolução do Conselho Federal de Medicina para o uso de tecnologias reprodutivas[18]. A aprovação do casamento entre pessoas do mesmo sexo possibilitou a existência de um documento que dá direitos a casais homoafetivos equivalentes aos dos heterossexuais.

O período em que as participantes engravidaram se concentra entre 2011 e 2015. Muitas recorreram ao casamento anteriormente a gravidez para aumentar a possibilidade de proteção legal e, em alguns casos, para incluir o sobrenome da parceira no registro de nascimento da criança.

Alterações legais recentes podem vir a facilitar o registro de crianças no nome de casais homoafetivos. Em 2016, a Corregedoria Nacional de Justiça (CNJ) publicou o Provimento Nº 52 que regulamenta a emissão de certidão de nascimento de crianças geradas por quaisquer técnicas de reprodução assistida, incluindo adequação do documento para certidão dos filhos

de casais homoafetivos. Em 2017, o provimento Nº 63 da CNJ fez mudanças nas regras para registro de nascimento. Entre as alterações, consta que as certidões de nascimento não terão quadros pré-estabelecidos para preenchimento dos genitores, dando a possibilidade de dois pais, duas mães e até uma filiação entre três pessoas serem formalmente reconhecidas.

Como apresentado neste estudo, direitos como o casamento civil e o registro das crianças no nome das duas mulheres podem ter impacto na qualidade da assistência recebida. A ausência desses documentos gerou sentimento de insegurança e impotência nos casais, impedimentos em acompanhar o parto e dificuldades no acesso às unidades hospitalares após o nascimento do bebê.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho descreve e analisa um tema emergente, que é a parentalidade de mulheres em relações homoafetivas e sua interação com o sistema de saúde na assistência ao ciclo gravídico puerperal. A contribuição deste artigo volta-se à problematização dessa realidade, ao mostrar como a naturalização do modelo de família heterossexual afeta de forma negativa a experiência dessas mulheres durante esse período, e ao trazer as formas de resistência que elas inventam para ampliar a legitimidade social do relacionamento afetivo entre mulheres nas relações cotidianas com instituições e profissionais de saúde.

Os resultados apontam para três níveis diferentes de barreiras para mulheres em relação homoafetiva durante atendimento ao período gravídico puerperal, que englobam: a interação com diversos profissionais de saúde, os aspectos institucionais do sistema de saúde e as questões legais. A perspectiva das mulheres entrevistadas neste estudo demonstra que suas experiências podem ser moldadas por esses aspectos, isoladamente ou em conjunto, podendo ter impacto na saúde mental e física das mulheres e crianças envolvidas, e no processo de constituição de vínculos familiares.

O vínculo familiar pode ser desdobrado em quatro elementos: o vínculo biológico (dado pela concepção e origem genética), o parentesco (vínculo que une indivíduos em uma genealogia), a filiação (dado pelo reconhecimento jurídico de acordo com as leis sociais em questão) e a parentalidade (exercício da função parental de cuidados, educação, saúde, etc.). Esses quatro elementos podem estar combinados de diversas maneiras, evidenciando a relatividade de escolhas feitas por uma determinada cultura em uma determinada época[20]. A experiência social da parentalidade homossexual desafia a heteronormatividade implícita no domínio da família e do parentesco, e traz implicações em questões jurídicas, sociais, tecnológicas, econômicas[21], e também de saúde.

A maternidade lésbica combina elementos tradicionais com elementos transgressores. Por um lado, existe o peso da dimensão biológica na construção dos vínculos; por outro, se constrói um discurso sobre a importância dos cuidados e afeto para legitimar os vínculos que não estão assegurados pelo sangue. Em casais de mulheres que decidem ter filhos juntas, uma delas pode não ter o vínculo biológico com seu filho e deverá legitimar-se através da dimensão social. A falta de respaldo legal para esse vínculo e o peso simbólico da biologia faz com que a figura da “outra mãe” seja muito vulnerável[23]. Segundo Vargas e Moas[19] “a despeito das transformações no âmbito das relações familiares e das identidades sociais, a centralidade do casal heterossexual prevalece no discurso médico e jurídico acerca do desejo de filhos”.

Como apontado neste e em outros estudos, para casais homoafetivos a decisão pela parentalidade pode envolver constrangimentos, processos e escolhas não encontradas pela maioria dos casais heterossexuais e a homofobia e a heteronormatividade podem ser determinantes importantes na capacidade de acesso aos serviços de saúde e afetar a comunicação e qualidade do atendimento[2,24,25].

Diversas estratégias individuais e legais foram utilizadas por esses casais na tentativa de garantir o máximo de direitos e minimizar a possibilidade de discriminação. Algumas dessas estratégias envolveram: a mudança de profissional de saúde em face de alguma manifestação ou atitude discriminatória; presença conjunta às consultas de pré-natal e pós-parto; denúncia na ouvidoria dos hospitais em função de alguma orientação ou procedimento inadequado realizado; realização do casamento civil e a busca de processo legal para ter o nome de ambas as mulheres no registro nascimento das crianças.

Agradecimentos

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

REFERÊNCIAS

1 - Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Pereira MN, Bastos MH, Gama SGN. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saúde Pública* 2014; 30(1):17-47.

2 - McManus AJ, Hunter LP, Renn H. Lesbian Experiences and Needs During Childbirth: Guidance for Health Care Providers. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2006; 35(1):13-23.

3 - Lúcio FPS, Araújo EC. A maternidade de mães lésbicas na perspectiva da enfermagem: revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem* 2017; 19:1518-1944.

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

5 - Facchini R, Barbosa RM. Dossiê: Saúde das Mulheres Lésbicas promoção da equidade e da integralidade. *Rede Feminista de Saúde.* Belo Horizonte; 2006.

6 - Wilton T, Kaufmann T. Lesbian mothers' experiences of maternity care in the UK *Midwifery* 2001; (17):203-211.

7 - Lino HC, Diniz SG. "Cuide das roupinhas que do parto cuido eu" - comunicação entre profissionais e pacientes e decisões sobre a via de parto no setor privado em São Paulo, Brasil. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.* 2015; 25(1):117-124.

8 - McKelvey MM. "The Other Mother: A Narrative Analysis of the Postpartum Experiences of Nonbirth Lesbian Mothers", 2013.

9 - Souza, ER. 2005 Necessidade de filhos: maternidade, família e (homo)sexualidade.[tese]. Campinas (SP): Unicamp; 2005.

10 - Wojnar DM, Katzenmeyer, A. Experiences of preconception, pregnancy, and new motherhood for lesbian nonbiological mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 2013; 43(1):50-60.

11 - Werner C, Westerstahl A. Donor insemination and parenting: concerns and strategies of lesbian couples. A review of international studies. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008; 87(7):697-701.

12 - Amato P, Jacob MC. Providing Fertility Services to Lesbian Couples: The Lesbian Baby Boom. *Sexuality, Reproduction & Menopause* 2004; 2(2):83-88.

13 - Ross LE, Tarasoff LA, Datejie G, Epstein R, Marvel S, Anderson S, Steele LS. Sexual and Gender Minority Peoples' Recommendations for Assisted Human Reproduction Services *J Obstet Gynaecol Can* 2014; 36(2):146–153.

14 - James-Abra S, Tarasoff LA, green d, Epstein R, Anderson S, Marvel S, Steele LS, Ross LE. Trans people's experiences with assisted reproduction services: a qualitative study. *Human Reproduction* 2015; 30(6):1365–1374.

15 – Brasil. Lei nº 11.108. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União 2005.

16 - Diniz CSG, d'Orsi E, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MAB, Schneck CA, Lansky S, Teixeira NZF, Rance S, Sandall J. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2014; 30:140-153.

17 - Kaufman M, Dundas, S. **Directions for research about lesbian families.** In: K. Arnup (Ed.) Lesbian parenting: Living with pride and prejudice. Gynergy Books, Charlottetown, PEI, Canada, 1995. p. 166–175.

18 - Conselho Federal de Medicina. Resolução 2.013/2013. Brasília/DF. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2013/2013_2013.pdf

19 - Vargas EP, Moás LC. Discursos normativos sobre o desejo de ter filhos. *Rev Saúde Pública* 2010; 44(4):758-62.

20 - Zambrano, E. Parentalidades "impensáveis": pais/mães homossexuais, travestis e transexuais. *Horizontes Antropologicos* 2006, 12(26):123-147.

21 - Grossi MP. Gênero e parentesco: famílias gays e lésbicas no Brasil. *Cadernos Pagu* 2003, (21): 261-280.

23 - Herrera, F. “La otra mamá: madres no biológicas en la pareja lésbica”. In: Grossi, Miriam; Uziel, Anna Paula y Mello, Luiz (orgs.). Conjugalidades, parentalidades e identidades lésbicas, gays e travestis. Río de Janeiro: *Garamond*, 2007; p.213-231.

24 - Ross LE, Steele LS, Epstein R. Lesbian and bisexual women’s recommendations for improving the provision of assisted reproductive technology services. *Fertil* 2006; 86(3):735

25 – Rondahl G, Bruhner E, Lindhe J. Heteronormative communication with lesbian families in antenatal care, childbirth and postnatal care. *Journal of Advanced Nursing* 2009; 65(11): 2337–2344.

4.3 Manuscrito 3

O lugar da parceira que não gera: elementos para o atendimento a saúde de mulheres em relação homoafetiva durante a gravidez, parto e pós-parto

Paula Galdino Cardin de Carvalho[a]*, Carmen Simone Grilo Diniz[a], Cristiane da Silva Cabral[a]

[a]*Departamento de Saúde, Ciclos de vida e Sociedade. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.*

*paulagaldino@gmail.com

Resumo: Cresce o número de mulheres em relação homoafetiva que acessam o sistema de saúde para cuidados durante a gravidez, parto e pós-parto e diversas questões podem atravessar a vivência deste processo, sobretudo no que se refere à parceira que não está grávida. Neste estudo qualitativo foram realizadas entrevistas individuais em profundidade com 19 mulheres que tiveram filhos biológicos durante uma relação homoafetiva, no período de Dezembro de 2015 a Janeiro de 2017 seguindo um roteiro semi-estruturado, totalizando a história de 10 casais. O foco deste artigo são as percepções e situações vivenciadas pelas parceiras que não engravidaram. Discute-se aspectos do atendimento à saúde no período da gravidez, parto e pós-parto prestado a mulheres em uma relação homoafetiva. 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 grávida. 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. Os avanços e limites do 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.

Palavras-chave: Homossexualidade feminina; Saúde materna; Equidade em saúde; Aleitamento materno; Direitos sexuais e reprodutivos.

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, bem como de divisão mais equilibrada do cuidado com a criança, entre outros aspectos (CORREA, 2012; SILVA, 2013; MCKELVEY, 2013).

Cresce o número de mulheres em relação homoafetiva que têm acesso às tecnologias reprodutivas e que engravidam e acessam o sistema de saúde para cuidados durante a gravidez, parto e pós-parto (AMATO & JACOB, 2004; MCMANUS et al., 2006; CORREA, 2012; CROUCH et al., 2013; SILVA, 2013; SOUZA, 2014). Há diversas especificidades identificadas na literatura nacional e internacional sobre a concepção: estas mulheres frequentemente não são inférteis, ambas tem o potencial de engravidar, utilizando doador de sêmen anônimo ou conhecido (ROSS, STEELE & EPSTEIN, 2006). Além disso, diversas questões podem atravessar essa vivência do processo de concepção até o pós-parto, sobretudo no que se refere à parceira que não está grávida (SOUZA, 2005; CORREA, 2012; SILVA, 2013; MCKELVEY, 2013; SOUZA 2014). Destaca-se que na literatura nacional existem poucos estudos que abordem as práticas de cuidado dispensadas pelos profissionais de saúde durante a concepção, gravidez, parto e pós-parto de mulheres em relação homoafetiva (LÚCIO & ARAÚJO, 2017).

Diferentes termos aparecem nos estudos para se referir as 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, comadre (DAHL et al, 2013; CHERGUIT et al., 2013), “social mother” ou mãe social (CORREA, 2012; CROUCH et al., 2013) e “segunda mãe” (SILVA, 2013). Esses termos podem ter significações diversas para diferentes casais (MCMANUS, HUNTER & RENN, 2006). Por exemplo, se um casal, para

conceber, utilizar a técnica de Recepção de Óvulos da Parceira (ROPA), uma parceira fornecerá os óvulos, que serão inseminados com o esperma de um doador anônimo, e a outra receberá os embriões (CORREA, 2012). Neste caso, seria questionável nomear qualquer uma delas como "mãe não-biológica". A opção deste trabalho foi se referir a estas mulheres como parceira que engravidou e parceira que não engravidou.

As parceiras que não engravidaram podem se sentir invisíveis e isoladas durante a transição para a parentalidade, 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 complicada pela falta de comprovação biológica e legal com a criança (SOUZA, 2005; HERRERA, 2007). Os profissionais de saúde em geral precisam estar conscientes desses sentimentos e reconhecer as possíveis diferenças entre as experiências de concepção, gravidez e parentalidade destas mulheres (WOJNAR & KATZENMEYER, 2014).

As entrevistas com ambas as parceiras de um casal homoafetivo possibilitam diferentes perspectivas sobre as experiências que viveram em comum com relação ao período de gravidez, parto e pós-parto. Assim, 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 experiênca de parentalidade.

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 homoafetiva[13]. Por fim, algumas recomendações são oferecidas a fim de resultar em uma maior preparo e qualidade com relação ao atendimento pré-natal, parto e pós-parto prestado a casais homoafetivos.

---

[13] 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 dos/das autores/as citados/as.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo qualitativo compreendendo 19 entrevistas individuais 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). Os critérios de elegibilidade para a pesquisa 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 repetição e saturação dos discursos (POUPART, 2012).

As entrevistas foram conduzidas entre Dezembro de 2015 a Janeiro de 2017 pela pesquisadora principal com o auxílio de um roteiro semi-estruturado. O local das entrevistas foi escolhido pelas participantes e o tempo de duração variou entre uma hora e meia a três horas. As perguntas do roteiro exploraram 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 antes da entrevista. 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 gravadas digitalmente, transcritas, e uma análise temática do material selecionado foi realizada em três fases principais: 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 obedece 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).

RESULTADOS

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 como brancas, quatro como pardas, uma como negra e uma participante preferiu responder “multicolorida”. Com relação à escolaridade, 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.

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.

Quadro 1 – Identificação das participantes e respectivas informações sobre concepção, pré-natal, parto e pós-parto

Casal	Filho(a) neste relacionamento	Método de concepção	Doador	Parto	Sistema de saúde	Amamentação
Ana e Gabriela*	Menina 2 anos	Tentaram inseminação caseira, ins. artificial e engravidaram com fertilização *in vitro*	Anônimo	Vaginal Domiciliar	Privado (Recursos próprios)	Uma amamentou

Casal	Filho(a) neste relacionamento	Método de concepção	Doador	Parto	Sistema de saúde	Amamentação
Talita e Luiza*	Menino 2 anos	Tentaram inseminação caseira, ins. artificial e engravidaram com fertilização *in vitro*	Conhecido	Vaginal Hospitalar	Privado (Recursos próprios)	Ambas Amamentaram
Júlia e Franciele*	Menina 7 meses	Relação sexual ocasional	Conhecido	Vaginal Hospitalar	Privado (Recursos próprios)	Problema na amamentação por internação
Bruna e Priscila*	Menina 2 anos	Inseminação caseira	Conhecido	Vaginal Domiciliar	Privado (Recursos próprios)	Ambas Amamentaram
Lara e Cristina*	Meninos gêmeos 3 anos	Fertilização *in vitro* (ROPA)	Anônimo	Vaginal Hospitalar	Privado (Recursos próprios)	Uma amamentou
Jéssica	Casal Gêmeos 4 anos	Relação sexual ocasional	Conhecido	Cesariana (mãe estava com HPV)	Privado (Plano de Saúde)	Uma amamentou
Rose e Lívia*	Menino 4 meses	Tentaram ins. artificial e engravidaram com fertilização *in vitro*	Anônimo	Tentaram domiciliar Foi vaginal hospitalar	Privado (Recursos próprios)	Ambas Amamentaram
Bárbara e Carolina*	Casal de gêmeos 3 anos	Fertilização *in vitro* (ROPA)	Anônimo	Cesariana (um dos bebês tinha problema de saúde)	Privado (Recursos próprios)	Problema com amamentação por prematuridade
Fernanda e Cláudia*	Menina 4 meses	Inseminação caseira	Conhecido	Cesariana (queria ficar com o médico de preferência)	Pré-natal (Público) e Parto (Privado - Recursos próprios)	Ambas Amamentaram
Antônia e Ellen*	Menino 3 anos	Fertilização *in vitro*	Anônimo	Cesariana (opção da mãe)	Privado (Plano de Saúde)	Uma amamentou

Nota: o símbolo * identifica a mulher que engravidou.

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

A experiência da gravidez pode ser vivenciada de forma intensa e ter um importante valor simbólico e até mesmo produzir efeitos físicos no corpo da mulher que não está gestando. O processo de construção da parentalidade extrapola o período da gestação, pois engloba o planejamento da reprodução e as decisões que são

tomadas para obtenção deste intento. Uma delas é a discussão em torno de quem irá gestar biologicamente a criança.

A discussão em torno de qual das mulheres gestaria a criança é processada no âmbito do casal, a partir de distintos critérios. Neste estudo, na história de cinco casais, apenas uma das mulheres manifestou o desejo de engravidar e parir, aspecto que não foi contestado pela parceira por justamente não ter tal vontade. Em dois casos, 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). Neste caso, cuidar dos preparativos para a chegada do bebê foi uma maneira que Talita encontrou para se sentir mais próxima da experiência da gestação:

> Como eu não engravidei, eu acho que eu me realizei na gestação cuidando de tudo. Então eu é que ficava me dedicando a comprar enxoval, eu que lavei tudo, passei, deixei as coisas prontas, arrumei o quarto, pintei o quarto... Acho que, de certa forma, a Luiza deixava isso um pouco, mas também é mais da minha natureza gostar de cuidar dessas coisas do que da dela. E, acho que isso foi... cuidar de tudo da chegada do neném foi um jeito de me sentir gestando também, já que eu não estava gestando. (Talita, 32 anos)

Em outros dois casos, uma das mulheres já havia engravidado anteriormente de uma relação heterossexual, e a decisão sobre quem então iria engravidar foi tomada com base na ideia de que a experiência da gravidez era algo que deveria ser vivenciado pela outra mulher. Todavia, esta decisão não foi sem ambivalências para um casal: a primeira gestação de Bruna não havia transcorrido da forma como ela idealizara, pois ela foi submetida a uma cesariana que considerou como desnecessária. Ao cogitarem um filho juntas, Bruna via naquele momento uma segunda oportunidade de vivenciar um processo completamente diferente do anterior; porém, o fato da parceira nunca ter engravidado foi considerado algo “injusto” e pesou na decisão de quem seria a gestante naquele momento:

> A Lu sempre apresentou o desejo de engravidar, eu também, eu sempre fui louca pela maternidade, eu sempre quis ter outro filho, porque o Daniel foi um parto muito traumático para mim, não foi do jeito que eu queria, a gestação não foi do jeito que eu queria (…) aí eu surtei, eu falei “não, não dá para ser, eu tenho que gerar”. Aí eu pensava “eu já tenho o meu, isso não é justo”. (…) Demorei uns anos para desconstruir de não gerar, ter um filho na barriga de outra, que esse era o principal ponto para mim, mas deu certo no final. (Bruna, 27 anos)

O período de gravidez de suas parceiras, em geral, foi destacado de forma muito positiva pelas participantes. Ellen diz que embora nunca tenha pensado em ter filhos anteriormente, este processo representou uma forma de autorealização mesmo sem ter engravidado:

> Eu acho que de uma certa forma eu me realizei nisso também, claro que pra ela, sentir mexer, você falar e ter uma reação ao seu estímulo, tudo isso é muito louco, mas com tudo isso você se realiza de uma certa forma. Foi tudo muito tranquilo, foi uma experiência muito boa, um sonho realizado sem sombra de dúvida. Tanto dela quanto e indiretamente o meu, talvez nem eu soubesse que tinha esse sonho, mas foi legal. (Ellen, 39 anos)

A possibilidade de ter filhos sem ter que passar pelas transformações físicas/corporais decorrentes da gravidez e pela experiência do parto foi um aspecto positivo destacado por Júlia:

> Eu me senti lisonjeada de ter a oportunidade de ter uma filha sem ficar grávida. Sem passar pelo processo de dor, foi tipo um sonho para mim, porque era tudo que eu queria, ser mãe sem parir. (Júlia, 29 anos)

Ainda que se sentisse muito preocupada durante a gravidez gemelar de sua companheira, Jéssica encontrava maneiras de descontrair e “se conectar” com ela durante a gestação:

> Eu acho que qualquer, qualquer mãe se sente assim na verdade, cheia das neuras, muita correria. Mas eu gostava muito de ficar com barrigas coladas, às vezes eles estavam se mexendo aí ela ficava junto, aí eu sentia a minha mexer assim, era uma sensação bem atípica. (Jéssica, 32 anos)

Rose relata que ela e sua parceira também compartilharam sintomas, menciona certa dificuldade de concentração, e que ainda estava meio “gestonta” durante a entrevista:

> É porque você fica com uns neurônios a menos durante a gestação. Nossa, total, umas confusões mentais, eu tô até surpresa de falar bastante, fico meio disléxica, super, a Lívia também. Eu vivi muito a gravidez, embora não fosse em mim, tava sempre do lado. Peguei muito esse gestontice. Fatal e não voltou ainda. (Rose, 29 anos)

As duas mulheres que já tinham filhos de outras relações mencionam o período de gravidez de suas parceiras como uma experiência ainda mais positiva que sua própria gestação anterior. Bruna diz que se sentiu “muito mais grávida do que do primeiro” filho que teve aos 20 anos em uma relação heterossexual:

> Foi bem bacana, eu já tava empoderada, mais madura, é diferente. Mas enfim, a experiência foi única, foi muito gratificante. […] Tanto é que fui eu que produzi, eu fiz tudo junto tudo, eu sofri, é muito legal essa coisa de você gerar, gerar sem gerar, gerar no coração. Eu não sabia do poder disso, eu acreditava na teoria, mas na prática é realmente surpreendente. (Bruna, 27 anos)

As narrativas sinalizam que tais estratégias encontradas por essas parceiras para vivenciarem o mais próximo possível a experiência da gestação possuem importância no desenvolvimento de vínculo emocional e afetivo com a criança. Além disso, o corpo da mulher que não vai gestar também pode sofrer mudanças físicas. Em um dos casos houve inclusive o diagnóstico de gravidez psicológica.

Fernanda engravidou do primeiro filho de forma inesperada aos 18 anos, “no auge de um trilhão de planos”. Conta que rejeitou a gravidez inteira, e o bebê ficou internado por muitos dias logo após o nascimento. Este foi um momento muito traumático para ela, o que a fez decidir que nunca mais engravidaria ou teria filhos. Anos depois, quando sua companheira manifestou a vontade de ter filhos, ela concordou alegando que não podia dizer não, apenas porque ela não queria, e aos poucos foi se encantando com a ideia de ser mãe novamente. Ela acredita que sua filha veio “como uma redenção, uma segunda chance”:

> Quando a gente teve o resultado positivo, assim, foi...pra mim tudo de novo. A gravidez dele eu queria que só passasse logo, e a da bebê eu fiquei grávida junto com a Cláudia. Passei mal, enjoei, tinha vontades, tive desejos, eu passava mal de madrugada pra vomitar, enquanto ela vomitava de um lado eu vomitava do outro. E eu fui no médico, tive leite. E o médico falou "Olha, é tudo psicológico". Tanto que quando a bebê nasceu, eu sangrei o dia inteiro. E aí fui de novo no médico, ele falou olha, "Foi a finalização da sua gravidez" (…) Eu acho que eu posso te dizer que foi a primeira vez que estive grávida. Eu sei que eu não estou grávida, mas o corpo todo não sabe. É muito louco essa dualidade, de você falar não estou grávida e o seu corpo dizer que sim. Não sei. É uma experiência única. Acho que eu jamais veria algo de novo, dessa forma, nem que a gente engravidasse de novo, entende. Foi bem mágico bem legal. (…) E essa capacidade de amá-la sem ela não ter de fato sido gerada pela minha barriga, mais foi. Foi e não foi. Gerou aqui e lá mas nasceu de lá. (…) foi uma gravidez compartilhada. Eu compartilhei essa gravidez com a Cláudia do começo ao fim, do começo ao fim, foi minha gestação. (Fernanda, 31 anos)

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: "Eu não estava grávida, mas eu tinha filhos. Então, eu sempre fiz questão de acompanhar todos as consultas, exames, quando a Carolina estava grávida, de estar presente sempre" (Bárbara, 32 anos). Entretanto, Bárbara avalia a atitude de um dos médicos que as atendeu durante a gravidez como não sendo o que gostaria de um atendimento de qualidade no pré-natal. 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 experiencia 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:

> Tava no prontuário se eles me falassem alguma coisa que não se referia ao casal ou então “ah, o marido” a gente já corrigia na hora, é isso que a gente sempre fez. “Não, não tem marido”, né, assim como hoje a gente faz quando alguém quer falar “ahhh, ela nunca vai saber quem é o pai” Não, ela não tem pai, né, ela tem duas mães e é isso. […] Então eu acho que não acontecia porque a gente se posicionava já pra pessoa entender o que que tava acontecendo. Acho que poucas vezes deve ter tido alguma coisa assim que a gente teve que falar que era um casal, tanto que eu nem lembro. Mas a gente sempre se posicionou, se antecipou, né, pra alguma coisa. (Ana, 35 anos)

Ellen se sentiu acolhida durante os atendimentos pelo modo como os profissionais de saúde a tratavam nas consultas:

> Eles sabiam (que eram um casal) tanto que eu ia nas consultas e tudo. Eles sempre brincavam muito, sempre descontraíam. Viam meu peso, acompanhava tudo, diziam: Olha, toma cuidado com isso, esse mês vai acontecer tal coisa. (Ellen, 39 anos)

As narrativas aqui apresentadas se referem as distintas formas com que os casais negociaram e experimentaram a gravidez, 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.

“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 momento 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:

> Se eu estava por seis meses toda semana na obstetra, inclusive decidindo a melhor data e horário para o parto, porque era eu que ia levar, era uma coisa que estava completamente subentendida. A gente não chegou a falar: olha eu vou assistir o parto ou posso assistir ou não. Eu simplesmente achei que isso ia acontecer, fim, natural. Talvez eu tenha até errado nesse sentido, talvez eu pudesse investigado um pouco mais para poder ter umas garantias ali na hora, fui até ingênua da minha parte, achar que eu posso chegar com ela no hospital com ela parindo ali e claro que eu vou estar lá. Foi um choque, saber que isso pudesse não acontecer, e de fato não aconteceu. (Jéssica, 32 anos)

Jéssica diz que se pudesse fazer algo diferente teria insistido completamente para estar presente no nascimento dos filhos gêmeos: “Se eu soubesse dos meus direitos, e tivesse sido um pouco menos ingênua, acho que eu gostaria de estar lá, na hora, observando e acompanhando”. 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. Mas vale dizer que caso se tratasse de um acompanhante homem – este poderia ser amigo, primo, conhecido, e não necessariamente o pai da criança –, possivelmente não haveria a necessidade de apresentar papéis que comprovassem essa paternidade.

Além dessa violação de direitos, diversos contratempos 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 sugerem que está naturalizado na assistência à saúde materna 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, que envolvem: 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. Não pus a mão, não sabia que podia por a mão, é aquela coisa, é meu? Eu não sabia se eu podia por a mão nele ou não, 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 para quem nunca quis ter filho (…) Não tem nada que pudesse ser diferente. Eu assisti o parto que eu queria assistir, eu cortei o cordão umbilical, a moça falou pode pegar que ele é seu, eu peguei mesmo. (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 a gente teria, pela lei pra você dar entrada com um pedido de licença maternidade você tem que ter o pedido médico. Ele falou: Tranquilo. Você é mãe também. E ele fez pra mim o pedido médico, então pra ele nunca foi uma cogitação pensar que eu não era mãe também. Então, foi ele realmente, eu senti uma questão de acolhimento nesse sentido. (Bárbara,32)

Entretanto, ela conta que enfrentou dificuldades para acessar a UTI após o nascimento dos filhos gêmeos:

> Dentro do hospital foi difícil o fato de nós sermos duas mães. Pra entrar na UTI, só pode entrar pai e mãe. Eu ainda não tinha nenhum documento. (...) A enfermeira entendeu, eu pude entrar na UTI enquanto mãe, mas foram vários momentos de constrangimento nesse sentido. Porque... o horário de visita pra pai é restrito. Então você tem, uma hora no final do dia pro pai ir. A mãe pode entrar o tempo todo pra amamentar. Então a Carolina tinha livre acesso. Eu eles não sabiam o que fazer comigo. (risos) Então, você é o que? Ah, você é mãe. Mas você amamenta? Não. Então você só pode vir no horário do pai. Falei: mas é minha filha, eu sou mãe. (Bárbara, 32 anos)

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 acho que eu pari junto com a Gabriela aquele dia... foi uma coisa muito interessante, como a ela me solicitou. Foi bem bacana, assim... eu tinha que tá grudada com ela o tempo inteiro, e eu que fazia as massagens. Eu nem sabia fazer massagem, mas eu fazia lá e ela se sentia aliviada e ok. Mas foi bem legal, foi muito intenso e.... foi quase que um parto duplo, porque a gente tava grudada o tempo todo ela me agarrava, era uma loucura. Nossa, saí esgotada desse parto também, foi bem bacana, eu falei: “Você cansou, mas eu cansei também. (Ana, 35 anos)

> Eu pari junto com a Priscila, eu sanei todas aquelas minhas feridas no parto dela, tipo meu parto ainda chorava a dor do parto que eu não tive […] Eu me senti realizada, foi tudo pra mim, era no ambiente como eu sonhava, na minha casa, perfeito… Parecia de mentira assim. (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. Fernanda foi uma delas:

> Quando ela começou a ter o colostro, eu comecei a ter também. O médico falou: “O que tá acontecendo”, eu falei “Não sei”. Tanto que eu amamentei minha filha. Hoje o que sai de mim de leite não amamenta, mas é mais aconchego, é carinho. Ela gosta de ficar no meu peito, mas é como se fosse chupeta. A da Cláudia, ela mama e a minha ela fica no peito por ficar, mas desde que ela nasceu, no hospital eu já amamentava ela. A Cláudia tava dormindo e eu ficava amamentando ela. (Fernanda, 31 anos)

Bruna ainda estava amamentando a filha de 2 anos na época da entrevista. Ela relata que no final do sexto mês de gestaçäo da companheira começou a produzir leite, e chegou a recorrer a substâncias homeopáticas após o nascimento da filha para aumentar um pouco a produção, mas desistiu porque o estímulo da boca do bebê foi o suficiente para continuar amamentando.

> Foi muito automático, foi louco. Hormonal mesmo, toda mulher pode amamentar, independente dela ter gerado ou não, tanto que muitas mães que adotam, amamentam. É claro que se a mãe já amamentou alguma vez na vida, isso facilita o processo de lactação, mas mesmo que ela não tenha amamentado, isso é possível, porque estimula a produção do leite, e a sucção também. Eu comecei a produzir antes da bebê nascer. Foi só os

> hormônios mesmo, do amor. […] Aí ela nasceu e na primeira noite ela já mamou nas duas. (Bruna, 27 anos)

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. Um casal chegou a alugar uma bomba para a extração de leite e pagaram uma médica especialista em amamentação para tentar fazer a indução e ambas poderem amamentar. Todavia, um dos filhos teve problemas de saúde durante a gravidez e a disponibilidade da parceira não pôde ser aquela necessária para o tratamento.

Em outro caso, Jéssica optou por não fazer o tratamento porque trabalharia o dia todo e não teria muito tempo para amamentar as crianças. Entretanto, ela conta que oferecia o peito para acalmar as crianças quando estavam chorando e a parceira que amamentava não estava por perto para assim o fazer.

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:

> Eu perguntei pra ele, em primeiro lugar, porque eu não sabia pra quem perguntar como fazer. E ele riu, achou que não era possível... e não sei o quê. Aí, eu fui atrás de uma especialista e comecei a fazer o tratamento, fui noticiando do tratamento, e ele não levou muito a sério, acho. Não levou muito a sério, mas me acolheu, assim. Me pareceu que ele não estava tão acostumado com esse público. (Talita, 32 anos)

A atitude de um outro profissional de saúde foi totalmente diversa no caso de Rose e Lívia. Rose chegou a amamentar o bebê primeiro que a 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 dúvido que outro pediatra teria feito isso,

> sabe? Teria tido essa preocupação. 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)

A orientação médica e estímulo para facilitar a produção de leite nem sempre tem o mote do vínculo mãe-bebê como prioridade. Alguns profissionais enfatizam as vantagens da dupla amamentação como forma de otimização da "resposta imunológica" oferecida à criança, independente da duração do aleitamento:

> Eu tomei o remédio e aí em algum momento começaram a sair algumas gotinhas. Gotinhas. Mas a médica tinha avisado que... pra não ter, assim, muito a ilusão de que eu ia ser farta de leite, que... em geral, essa amamentação induzida é de pouco leite, mas que ela achava ainda importantíssimo, pelo vínculo com o bebê e pelo... é... como se diz?… "resposta imunológica" que eu ia passar também. Aí, fiz. Aí, no começo eu ficava sem jeito, demorei uns dias... só depois da primeira consulta é que eu comecei a amamentar. (Talita, 32 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. Sobretudo, 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. Foi uma coisa... enfim, meio difícil de nomear, mas parece que era um pouco isso. Então, demorou um pouco pra eu ficar à vontade de pôr ele pra mamar em mim, mas eu sabia que eu... eu precisava fazer isso, pelo menos umas quatro vezes

> por dia, se não, eu ia perder o pouquinho de leite que eu tinha. Então, fazia. E aí, um pouquinho mais pra frente, como a Bia teve muita dor, muitos problemas pra amamentar, teve fungo, teve 'não-sei- o-que- lá-antite', enfim, mil coisas. Aí, eu fiquei bem à vontade de deixar ele no meu peito o tempo que ele precisasse, pra mamar, pra chupetar. Fome, tinha que resolver com ela, mas como ela tinha muita dor, então, pra ficar só calmo, ficava comigo. Aí, acho que fui me tranquilizando também. 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:

> O fato de a gente, das duas estarem em casa, das duas amamentarem, e também pela nossa relação ser como ela é, acho que não está sendo uma experiência ruim do puerpério. O normal é que seja ruim. Não ruim, difícil. (…) Eu imagino que essa coisa de amamentação dupla é o único privilégio que a gente tem, faz toda a diferença. Eu acho que a coisa da amamentação, pra mim, é o que mais diferencia, a experiência de amamentar que no caso, dois pais, por exemplo, não podem, infelizmente. (Rose, 29 anos)

Fica evidente todo o aspecto simbólico suscitado e a importância da possibilidade de dupla amamentação em casais homoafetivos, não em termos de seu aspecto nutricional, tendo em vista que a quantidade de leite e seus nutrientes produzidos costuma ser menor em comparação à mulher que engravidou, mas no que se refere às contruções 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.

DISCUSSÃO

BADINTER (1985) propõe que não basta nascer com útero e ovário para desenvolver “naturalmente” o instinto materno, e questiona o amor materno enquanto um sentimento feminino natural e universal. Portanto, qualquer pessoa que não seja a mulher que gestou (pais adotivos, padrasto, avó, entre outros) pode "maternar" uma criança, o que ajuda a refletir sobre a relação direta usualmente estabelecida entre maternidade e gravidez.

Desvincular sexo de maternidade ainda parece ser um problema, pois na ideia de parentesco euro-americana, existe uma relação direta entre o intercurso sexual e a concepção, levando ao parto. Portanto, o que parece estar em questão são os valores ligados ao modelo de conjugalidade que prescinde da relação sexual heterossexual para fins de reprodução (STRATHERN, 1995). O uso de técnicas reprodutivas, com ênfase na técnica ROPA, evidenciam a reprodução e relações de maternidade e também paternidade como constructos sociais, e não apenas biológicos (AMORIN, 2013). Segundo SOARES:

> A maternidade é um fenômeno social em que a maternagem e o estabelecimento de relações sociais extrapolam o sentido biológico de gestar e parir, podendo ser viabilizada por vínculos sociais e relações de parentesco que não se fundam em laços sanguíneos. É portadora de múltiplos sentidos que se articulam com o contexto, a trajetória de vida da mulher, sua sexualidade, desejo ou não de maternidade, a construção das identidades e reconhecimento social (SOARES, 2010, p.6).

Em uma relação homoparental existem processos distintos do que acontece com casais heterossexuais e, portanto, especificidades nesse processo de construção da parentalidade homoafetiva. Questões enfrentadas por mulheres em uma relação homoafetiva envolvem: como gostariam de ter um filho; se desejam manter sua herança genética ou preferem a adoção; se teriam esse filho sozinho ou com uma parceira; se gostariam que esse filho se parecesse com a parceira; e se ambas as mulheres da relação seriam mães dessa criança (HERRERA, 2007). Como mostrado neste artigo, 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 irá engravidar 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 irá gestar 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).

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).

> Ao contrário do que a falta de amparo legal possa sugerir, estas mulheres não configuram como coadjuvantes maternas. Elas participaram de todo o processo, foram ativas nas escolhas e decisões, e construíram com suas companheiras o projeto de maternidade. Como dito, para o afeto e demais relações estabelecidas entre essas mulheres e seus filhos não seria necessário a chancela do Estado, mas para a rede de pertencimento social, familiar, e mesmo pessoal, o reconhecimento legal dessa relação possuiria forte peso, e reduziria a enorme assimetria de direitos entre famílias heteroparentais e homoparentais. (SILVA, 2013, p.99)

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 estavam 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 vinculo 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 do processo de vínculo dela com o bebê e com a parceira que gestou.

Mais do que haver alterações na legislação e políticas públicas existentes, é preciso promover também mudança nas práticas de saúde, o que ressalta a importância da formação e capacitação contínuas dos profissionais dessa área, além da reorganização institucional de forma a produzir um cuidado não discriminatório. Apesar da avaliação positiva da assistência em geral, observou-se a dificuldade da inclusão da parceira nos momentos de consulta e procedimentos médicos, questionamentos sobre a legitimidade do casal, desestímulo à dupla amamentação e privação de direitos, sugerindo a negligência de aspectos relacionados as especificidades apresentadas por casais de mulheres. Portanto, a avaliação positiva do atendimento não necessariamente significa atendimento de qualidade, o “não tratar mal” pode ser suficiente para que usuárias recebam o atendimento como positivo (ALMEIDA, 2005; SILVA, 2013).

O processo de 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 necessário 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).

Instituições, administradores e profissionais de saúde podem trabalhar para estabelecer um ambiente seguro, acolhedor e que reconheça a diversidade sexual

de várias formas. Algumas estratégias para lidar com esta diversidade são: perguntar especificamente como as mulheres querem ser chamadas e como isso deve ser documentado (RONDAHL, INNALA & CARLSOON, 2006); fazer perguntas diretas e com respeito para verificar as relações entre todas as partes envolvidas (ROSS et al., 2014); certificar-se de que ambas as parceiras sejam reconhecidas e bem-vindas, incluindo suas necessidades e preocupações (WILTON & KAUFMANN, 2001; CHERGUIT et al., 2013; WOJNAR & KATZENMEYER, 2014); reconhecer e compreender os papéis de ambas as mulheres e considerar as famílias homoafetivas como válidas, importantes e diversas (O'NEILL, HAMER & DIXON, 2013); usar linguagem neutra em termos de gênero e inclusiva (ou seja, linguagem que não presume heterossexualidade ou configurações familiares particulares) (RONDAHL, INNALA & CARLSOON, 2006; JOHNSON, 2012; O'NEILL, HAMER & DIXON, 2013; HAYMAN, WILKES & JACKSON, 2013; ROSS et al., 2014; JAMES-ABRA, 2015). Formulários e demais documentações poderiam ser revisados para abarcar a diversidade das orientações sexuais, identidades de gênero e estruturas familiares (ROSS et al., 2014; JAMES-ABRA et al., 2015). Um exemplo de avanço no Brasil pode ser encontrado na caderneta da gestante[14] distribuída em todo país pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Essa caderneta é um instrumento fundamental para o registro das informações e acompanhamento da gestação e sua nova versão, feita em 2016, inclui a opção de parceiro(a), companheiro(a) ou invés de pai e mãe.

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

[14] http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/crianca_feliz/Treinamento_Multiplicadores_Coordenadores/Caderneta-Gest-Internet(1).pdf

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 reflexão cotidiana sobre a prática profissional (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 gradução 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 na 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.

A escassez de estudos em âmbito nacional e internacional que tratam dessa temática torna este trabalho relevante, e sua importância político-social encontra-se na possibilidade de dar visibilidade a essas mulheres e suas demandas de parentalidade. As descrições acerca de como os procedimentos de acesso ao acompanhamento do parto e pós-parto em contexto hospitalar podem inspirar o adensamento de outras descrições mais detalhadas sobre aspectos que comprometem ou auxiliam boas práticas de cuidado. 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

ALMEIDA G. Da invisibilidade à vulnerabilidade: percursos do 'corpo lésbico' na cena brasileira face à possibilidade de infecção por DST e AIDS. 2005. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

AMATO P, JACOB MC. Providing Fertility Services to Lesbian Couples: The Lesbian Baby Boom. Sexuality, Reproduction & Menopause 2(2):83-88, 2004.

AMORIN ACH. “Nós já somos uma família, só faltam os filhos”: maternidade lésbica e novas tecnologias reprodutivas. Dissertação. Florianópolis, SC, 2013.

BADINTER, E. Um amor conquistado – o mito do amor materno. 5 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BARDIN L. L’analyse de contenu. Paris: Presses Universitaires de France Le Psychologue; 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de LGBT, 2010.

CFM - Conselho Federal de Medicina. ”Resolução no 2.121/2015”. Brasília, 2015.

http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2015/2121_2015.pdf

CFM - Conselho Federal de Medicina. Resolução 2.013/2013". Brasília, 2013. http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2013/2013_2013.pdf

CHERGUIT J, BURNS J, PETTLE S, TASKER F. Lesbian co-mothers' experiences of maternity healthcare services. Journal of Advanced Nursing, 69(6):1269–1278, 2013.

CORREA MEC. Duas mães? Mulheres lésbicas e maternidade. [tese]. Universidade de São Paulo, 2012.

CROUCH S, MCNAIR R, WATERS EB, POWER J: What makes a same-sex parented family?. Med J Aust, 199: 94-96, 2013.

DAHL, B, FYLKESNES AM, SØRLIE V, MALTERUD K. Lesbian women's experiences with healthcare providers in the birthing context: A meta-ethnography Midwifery 29:674–681, 2013.

FRANZON, ACA. Pai e acompanhante de parto: perspectivas dos homens sobre o processo reprodutivo e a assistência obstétrica. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno Infantil). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

HAYMAN B, WILKES L, HALCOMB EJ, JACKSON D. Marginalised mothers: Lesbian women negotiating heteronormative healthcare services. Contemporary Nurse, 44(1):120-127, 2013.

HERRERA, F. "La otra mamá: madres no biológicas en la pareja lésbica", en Miriam Grossi, Anna Paula Uziel y Luiz Mello (orgs.). *Conjugalidades, parentalidades e identidades lésbicas, gays e travestis.* Río de Janeiro, Garamond, pp. 213-232, 2007.

JAMES-ABRA S, TARASOFF LA, green d, EPSTEIN R, ANDERSON S, MARVEL S, STEELE LS, ROSS LE. Trans people's experiences with assisted reproduction services: a qualitative study. Human Reproduction, 30(6):1365–1374, 2015.

JOHNSON, KM. Excluding lesbian and single women? An analysis of U.S. fertility clinic websites. Department Women's Studies International Forum, 35:394–402, 2012.

LARSSON AK, DYKES, AK. Care during pregnancy and childbirth in Sweden: Perspectives of lesbian women. Midwifery, 25:682–690, 2009.

LÚCIO FPS, ARAÚJO EC. A maternidade de mães lésbicas na perspectiva da enfermagem: revisão integrativa. Revista Eletrônica de Enfermagem, 19:1518-1944, 2017.

MCKELVEY MM. "The Other Mother: A Narrative Analysis of the Postpartum Experiences of Nonbirth Lesbian Mothers", 2013.

MCMANUS AJ, HUNTER LP, RENN H. Lesbian Experiences and Needs During Childbirth: Guidance for Health Care Providers OGNN, (35):13-23; 2006.

O'NEILL KR, HAMER HP, DIXON R. Perspectives from lesbian women: their experiences with healthcare professionals when transitioning to planned parenthood. Kristal Diversity and Equality in Health and Care, 10:213–22, 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.

RONDAHL G, INNALA S, CARLSSON M. Journal of Advanced Nursing 56(4):373–381, 2006.

ROSS LE, STEELE LS, EPSTEIN R. "Lesbian and bisexual women's recommendations for improving the provision of assisted reproductive technology services". Fertil Steril 86 (3): 735, 2006.

ROSS LE, TARASOFF LA, datejie G, EPSTEIN R, MARVEL S, ANDERSON S, STEELE LS. Sexual and Gender Minority Peoples' Recommendations for Assisted Human Reproduction Services J Obstet Gynaecol Can, 36(2):146–153, 2014.

SILVA DA. Enfim mães! Da experiência da reprodução assistida à experiência da maternidade lésbica. Dissertação de mestrado na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2013.

SOARES, G. S. Experiências reprodutivas e desejos de maternidade em lésbicas e bissexuais. Fazendo Gênero 9 Diásporas, Diversidades, Deslocamentos, 2010.

SOUZA ER. 2005 Necessidade de filhos: maternidade, família e (homo)sexualidade.[tese]. Campinas (SP): Unicamp; 2005.

SOUZA, CVB. Casais de mesmo sexo, parentalidade e novas tecnologias reprodutivas. Dissertação de mestrado na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2014.

SPIDSBERG ERG BD, SØ SØRLIE V. An expression of love –midwives' experiences in the encounter with lesbian women and their partners. Journal of Advanced Nursing, 68(4):796–805, 2012.

STRATHERN M. Necessidade de Pais, necessidade de mães. Rev Estud Fem. 3(2):303-29, 1995.

VAUGHN HK. A Review of Clinically Pertinent Research for Clinicians Working with Lesbian Mothers and Their Families (Master's thesis, Pacific University), 2009.

VICTORA, CG., et al. "Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect." The Lancet, 387.10017: 475-490, 2016.

WERNER C, WESTERSTAHL A. Donor insemination and parenting: concerns and strategies of lesbian couples. A review of international studies. Acta Obstet Gynecol Scand, 87(7):697-701, 2008.

WILTON T, KAUFMANN T. Lesbian mothers' experiences of maternity care in the UK Midwifery, (17):203-211, 2001.

WOJNAR DM, KATZENMEYER A. Experiences of preconception, pregnancy, and new motherhood for lesbian nonbiological mothers. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing:JOGNN/NAACOG, 43(1):50-60, 2014.

ZAMBRANO, E. Parentalidades "impensáveis": pais/mães homossexuais, travestis e transexuais. Horizontes Antropológicos, 12(26):123-147, 2006.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

> Nunca se esqueça que basta uma crise política, econômica ou religiosa para que os direitos das mulheres sejam questionados. Esses direitos não são permanentes. Você terá que manter-se vigilante durante toda a sua vida.
>
> Simone de Beauvoir

Este trabalho descreveu e analisou aspectos da experiência de mulheres em uma relação homoafetiva em relação à assistência à saúde recebida durante a concepção, gravidez, parto e pós-parto. Foram apresentadas questões relativas ao acesso a diferentes formas de concepção, a interação dos casais com instituições e profissionais de saúde, e as percepções e situações vivenciadas tanto pelas parceiras que engravidaram quanto pelas que não engravidaram.

O planejamento de uma gravidez se mostrou algo muito relevante nos projetos de família e no curso da vida das mulheres entrevistadas, mas também delicado. Além dos desafios e limitações encontrados pelos casais de mulheres ao acessarem tecnologias reprodutivas para conceber, os resultados deste trabalho apontam para três níveis diferentes de barreiras enfrentadas durante o atendimento ao período de concepção até o pós-parto, que englobam: a interação com diversos profissionais de saúde, os aspectos institucionais do sistema de saúde e as questões legais. A perspectiva das mulheres entrevistadas neste estudo demonstra que suas experiências podem ser moldadas por esses aspectos, isoladamente ou em conjunto, podendo ter impacto na saúde mental e física delas e de crianças envolvidas, e no processo de constituição de vínculos familiares.

O universo empírico trouxe a pluralidade de possibilidades de formas de concepção: o método mais utilizado foi a fertilização *in vitro,* incluindo a técnica ROPA, seguido por inseminação caseira, e relação sexual ocasional. Alguns casais tentaram acesso a serviços de tecnologia reprodutiva exclusivamente pelo SUS; no entanto, esses serviços recebiam apenas casais inférteis heterossexuais. As mulheres com mais posses financeiras recorreram a clínicas de fertilidade privadas. Seja em termos de formulário e/ou documentos utilizados, seja em relação aos profissionais de saúde, tais espaços nem sempre levam em consideração aspectos como a inclusão de parceiras, a ausência de infertilidade no casal, a utilização de

formas de comunicação que não sejam heteronormativas. Além disso, as mulheres podem estar expostas a tecnologias desnecessárias com níveis elevados de intervenções e efeitos colaterais, sem a devida escolha informada. As mulheres sem recursos financeiros suficientes para acessar serviços privados recorreram à inseminação caseira com doador conhecido, técnica não regulamentada no Brasil e que pode acarretar problemas legais futuros, caso o doador decida requerer direitos de paternidade sobre a prole.

Como mencionado anteriormente, mais do que apenas eventos biológicos, concepção, gestação, parto e amamentação possuem dimensões sociais e relacionais importantes de vínculo da parceira que não gesta com o bebê, e também com a companheira que está grávida. No entanto, a reprodução ainda requer a legitimação e o reconhecimento das especificidades de casais homoafetivos por diversos atores envolvidos nesse processo, entre eles os profissionais de saúde.

Apesar da percepção geral de bom atendimento e exemplos de boas práticas por parte de profissionais, todos os casais entrevistados relataram terem passado por algum tipo de procedimento ou conduta discriminatória que geraram desconforto, insegurança, e até mesmo negação de direitos. Foram descritas situações como a presença de formulários constando apenas nomenclatura de pai/mãe, esposo/esposa; perguntas indiscretas e inconvenientes sobre a intimidade do casal; dificuldade na inclusão da parceira nas consultas e procedimentos; entrega de “pulseirinhas do papai” para que as parceiras tivessem acesso às unidades hospitalares; dificuldades no registro de nascimento da criança; e impedimento de acompanhar o parto. Tais situações e o desrespeito à legislação sobre acompanhamento ao parto geram ansiedades e receios nas mulheres quanto ao reconhecimento do vínculo parental, e possuem impactos sobre os vínculos efetivos que estão em constituição durante o processo de construção de parentalidade.

As situações levantadas neste trabalho e na literatura também indicam o quanto o lugar de parceira que não engravidou é delicado e o não investimento no reconhecimento dessa maternidade pode ser prejudicial à qualidade dos vínculos familiares de aliança e de filiação. Não conseguir colocar ambas as mães no registro, por exemplo, pode fazer com que a criança deixe de receber atenção ou acompanhamento adequados à saúde em situações em que necessite. Alguns casais entrevistados enfatizaram sua capacidade de resiliência e uso de recursos pessoais e legais na tentativa de garantir o máximo de direitos e minimizar a

possibilidade de discriminação. Essas estratégias envolveram: a mudança de profissional de saúde em face de alguma manifestação ou atitude discriminatória; presença conjunta nas consultas de pré-natal e pós-parto; denúncia na ouvidoria dos hospitais em função de alguma orientação ou procedimento inadequado realizado; realização do casamento civil e a busca de processo legal para ter o nome de ambas as mulheres no registro de nascimento das crianças.

Embora a busca por participantes tenha lançado mão de expedientes diversos com vistas a obter informantes de diferentes inserções sociais e com possível utilização do sistema público de saúde, o conjunto que foi acessado e que participou das entrevistas é marcado por mulheres com alta escolaridade, majoritariamente brancas e cuja assistência para concepção, gravidez, parto e pós-parto foi através do sistema privado de saúde. Para além da parceria sexual, aspectos como raça, classe social, idade também podem determinar a legitimidade e aceitação social da experiência de maternidade e devem ser consideradas. Cabe ressaltar que algumas situações analisadas nesta tese, tais como os abusos e desrespeitos na assistência à saúde materna, não são apenas motivados pelo tipo de parceria sexual, embora possam ser agravados por ela, mas estão relacionados a modelos de assistência vigentes no Brasil (MATTAR & DINIZ, 2012).

A contribuição deste trabalho se assenta na problematização dessa realidade, ao mostrar como a naturalização do modelo de família heterossexual afeta de forma negativa a experiência de mulheres homossexuais com a parentalidade. Espera-se contribuir, também, com o registro das formas de resistência das quais mulheres em relações homoafetiva lançam mão para defender a legitimidade social de suas famílias e de seus relacionamentos no contexto das interações com profissionais e instituições de saúde. Também foram mencionados exemplos de acolhimento, conforto e boas práticas, como o reconhecimento da importância da parceira durante a gestação, parto e apoio a dupla amamentação.

Casais homoafetivos se deparam constantemente, desde a concepção e no decorrer da vida da criança, com formulários, papéis, fichas de escola, carteira de vacinação, cadastros, entre outros documentos, que estão para além da dimensão da assistência à saúde, mas se repetem os campos: pai/mãe, esposo/esposa, marido/mulher. Esses documentos e protocolos explicitam o caráter heteronormativo da organização social e de modelo de família nuclear conjugal. A questão é que a reiteração da normatividade heterossexual não raro pode se converter em um tipo

de discriminação, não apenas para arranjos homoafetivos, mas também para outras constituições familiares, como as monoparentais. Mais do que classificar condutas como heteronormativas ou homofóbicas, foi mostrado detidamente como boas ou más condutas se dão e como elas afetam as pessoas. Há diferentes tipos de intervenções, possíveis e necessárias, que podem melhorar as experiências reprodutivas das mulheres. A experiência de outros países pode ser inspiradora para proposição de tais mudanças; por exemplo, Suécia, Estados Unidos e Canadá desenvolveram referências para constituição de protocolos de atendimento e mudanças na legislação nacional (ROSS, STEELE & EPSTEIN, 2006).

Em artigo futuro pretende-se descrever as experiências dos casais de mulheres entrevistados que buscaram a amamentação conjunta, e incluir estudos e protocolos nacionais e internacionais relativos ao tema. A possibilidade de duas mulheres amamentarem é uma situação que surge para as mulheres em uma relação homoafetiva, diferentemente dos cuidados relacionados à gravidez. Dada essa particularidade, é algo que os profissionais de saúde raramente lidam, e muitas vezes o processo de indução de produção de leite não é conhecido ou incentivado pelos médicos, podendo ser inclusive questionado e desestimulado.

Ainda que em um período curto com muitas mudanças políticas, a época em que as entrevistas foram realizadas mostram que mudanças de legislação e normativas do CFM e de registro civil tiveram impacto positivo nos cuidados recebidos no contexto de realização do desejo de homoparentalidade feminina, também facilitando o acesso à tecnicas reprodutivas e o resgitro de nascimento das crianças.

Entretanto, não há como deixar de mencionar os atuais desafios que se impõem no contexto brasileiro. Apesar do grande progresso em leis e políticas no Brasil relacionadas aos direitos reprodutivos e aos direitos LGBT apresentados neste trabalho, muitas dessas políticas nunca foram totalmente implementadas. Além disso, são poucas as políticas públicas voltadas aos aspectos reprodutivos de casais homoafetivos. Esforços crescentes também são necessários para vigilância e garantia dos direitos conquistados, já que a mudança na direção da aceitação e abertura de famílias homoafetivas e os avanços nos direitos sexuais e direitos reprodutivos passaram a mobilizar ímpetos conservadores no âmbito da formulação política, com propostas de retrocesso nas garantias recém adquiridas.

O crescente conservadorismo político e a diminuição de investimento na saúde pública são fatores que afetam diretamente a saúde sexual e reprodutiva das mulheres, além de representar possibilidade real de perda de direitos. O governo atual aprovou recentemente a proposta de alteração à Constituição 55/2016[15], que limita o aumento das despesas públicas às variações da inflação. Com esta legislação, provavelmente serão feitos menos investimentos na área da saúde, levando a um declínio dos serviços oferecidos pelo SUS e à privatização do sistema de saúde pública. Os investimentos financeiros restritos alocados no sistema de saúde pública são um dos principais desafios que o SUS enfrenta na consecução de seus princípios. A presença de estudos acadêmicos como este, a discussão sobre a assistência ao parto em diversos contextos familiares na formação de profissionais de saúde e de gestores, a implementação de políticas públicas que primam pela defesa de direitos sociais são alguns dos aspectos que contribuem para o desenvolvimento de um sistema de saúde que seja realmente universal, integral e equânime.

[15]https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/127337

REFERÊNCIAS

AGUIAR, J.M.; OLIVEIRA A.F.L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. Interface – Comunic saúde Educ. 15:79-9, 2011.

ALBUQUERQUE et al. Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature reviewAlencar BMC International Health and Human Rights 16:2, 2016.

AMATO P, JACOB MC. Providing Fertility Services to Lesbian Couples: The Lesbian Baby Boom. *Sexuality, Reproduction & Menopause*; 2(2):83-88, 2004.

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

BOS, H. M. W., VAN BALEN, F.,VAN DEN BOOM, D. C. Lesbian families and family functioning: an overview. Patient Education and Counseling, 59(3), 263–75, 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf [acesso em 05/03/2013]

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de LGBT, 2010.

CAROLINA, A.; AMORIM, H. "Nós já somos uma família, só faltam os filhos": maternidade lésbica e novas tecnologias reprodutivas no Brasil. Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.

CFM. Conselho Federal de Medicina. Resolução 2.013/2013. Brasília/DF. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2013/2013_2013.pdf

CFM. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.121/2015. Brasília/DF. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2015/2121_2015.pdf

CHAMPAGNE, P.; LENOIR, R.; MERLIÉ, D.; PINTO, L. Iniciação à prática sociológica. Petrópolis, RJ: Vozes, 59-105, 1996.

CHERGUIT J, BURNS J, PETTLE S, TASKER F. Lesbian co-mothers' experiences of maternity healthcare services. Journal of Advanced Nursing, 69(6):1269–1278, 2013.

CORREA, M. E. C. Duas mães? Mulheres lésbicas e maternidade Duas mães? Mulheres lésbicas e maternidade. Universidade de São Paulo Faculdade de Saúde Pública, 2012.

CROUCH S, MCNAIR R, WATERS EB, POWER J: What makes a same-sex parented family?. Med J Aust, 199: 94-96, 2013.

DAHL, B, FYLKESNES AM, SØRLIE V, MALTERUD K. Lesbian women's experiences with healthcare providers in the birthing context: A meta-ethnography Midwifery 29:674–681, 2013.

DIAS, A.B.; AQUINO, E.M.L. Maternidade e paternidade na adolescência: algumas constatações em três cidades do Brasil. Cad. Saúde Publica, v.22, n.7, p.1447-58, 2006.

DINIZ, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Ciência & Saúde Coletiva. 10(3): 627-637, 2005.

DOMINGUES, R.M.S.M; DIAS, M.A.B; PEREIRA, M.N; TORRES, J.A; ORSI, E; PEREIRA, A.P.E; SCHILITHZ, A.O. C; LEAL, M.C. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. Cad Saúde Pública, Rio de janeiro, 30 Sup:S101-S116, 2014.

ENKIN M, KEIRSE MJNC, NEILSON J, CROWTER C, DULEY L, HODNETT E, HOFMEYR J. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto.3ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 279 p. 2005.

FACCHINI, R. Movimento homossexual no Brasil: Recompondo um histórico. Cad. AEL. V.10, n.18/19, p. 83-123, 2003.

FACCHINI, R.; BARBOSA R. M. Dossiê: Saúde das Mulheres Lésbicas promoção da equidade e da integralidade. Rede Feminista de Saúde. Belo Horizonte: 43 p. 2006.

FACCHINI, R.; SIVORI, H.. Conservadorismo, direitos, moralidades e violência: situando um conjunto de reflexões a partir da Antropologia. Cadernos Pagu (50), jun. 2017.

FRANCO, J. S. Vivências Psicológicas de um Casal Homossexual Feminino na Transição para a Homoparentalidade, Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, ISPA - Instituto Universitário, 2013.

GONÇALVES, A. Mulheres em rede pela humanização do parto: o uso da internet para a mobilização social. Divers@ revista eletrônica interdisciplinar/matinhos. 6(1): 32-73, 2013.

GROSSI, M. P. Gênero e parentesco: famílias gays e lésbicas no Brasil. Cadernos Pagu (21): 261-280, 2003.

GUIMARÃES, C. A. Medicina baseada em evidências. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões,36(5),369-370, 2009.

HAYMAN, B.; WILKES, L.; HALCOMB, E.J.; JACKSON, D. Marginalised mothers: lesbian women negotiating heteronormative healthcare services.Contemp Nurse. 44(1):120-7, 2013.

HERRERA, F. "La otra mamá: madres no biológicas en la pareja lésbica". En Grossi, Miriam; Uziel, Anna Paula y Mello, Luiz (orgs.). Conjugalidades, parentalidades e identidades lésbicas, gays e travestis. Río de Janeiro: Garamond, 2007.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico de 2010 www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm.

KITZINGER S. Mães - um estudo antropológico da maternidade. Lisboa, Presença, 1978; pp.85-6, 1978.

LEAL, M.C; PEREIRA, A.P,E; DOMINGUES, R.M.S.M; FILHA, M.M.T; DIAS, M.A.B; PEREIRA, M.N; BASTOS, M.H; GAMA, S.G.N. "Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual". Cad Saúde Pública, 30 Suppl:S17-47, 2014.

LENA, F. "Só se for a dois": conjugalidade e homoparentalidade no censo brasileiro de 2010. Dissertação de Mestrado em Demografia - Universidade Estadual de Campinas, 2016.

LIONÇO T. Que Direito à Saúde para a População GLBT? Considerando Direitos Humanos, Sexuais e Reprodutivos em Busca da Integralidade e da Eqüidade. Saúde Soc. São Paulo, 17(2)11-21, 2008.

LOBO, S. F.; OLIVEIRA, S. M. J. V.; SCHNECK, C. A.; SILVA, F. M. B.; BONADIO, I. C.; RIESCO, M. L. G. Resultados maternos e neonatais em Centro de Parto Normal peri-hospitalar na cidade de São Paulo. Brasil Rev Esc Enferm USP. 44(3): 812-8, 2010.

LOPES A. A. Medicina baseada em evidência: a arte de aplicar o conhecimento científico na prática clínica. Revista da Associação Medica Brasileira; 46(3):285-8, 2000.

LÚCIO FPS, ARAÚJO EC. A maternidade de mães lésbicas na perspectiva da enfermagem: revisão integrativa**.** Revista Eletrônica de Enfermagem 19: 1518-1944, 2017.

MATTAR, L. D.; DINIZ, C. S. G. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. Interface (Botucatu). 16(40), 2012.

MCKELVEY MM. "The Other Mother: A Narrative Analysis of the Postpartum Experiences of Nonbirth Lesbian Mothers", 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 : JOGNN / NAACOG, 35(1), 13–23, 2004.

MEDEIROS, C. P. “Uma família de mulheres”: ensaio etnográfico sobre homoparentalidade na periferia de São Paulo. Estudos Feministas, Florianópolis, 14(2):248, 2006.

MELLO, L. B.; FREITAS, C.; AVELAR, F. R. A.; REZENDE, B. Questões LGBT em debate: sobre desafios e conquistas de Movimentos sociais Ativismo LGBT Cidadania Direitos sexuais Brasil v.15, n. 1, p. 27 - 151, jan./jun. 2012.

MELLO, L. Novas famílias: conjugalidade homossexual no Brasil contemporâneo. Rio de Janeiro: Garamond, 2005a. _____. "Outras famílias: a construção social da conjugalidade homossexual no Brasil". Cadernos Pagu, Campinas: Unicamp, n. 24, p. 197-225, 2005.

MINAYO, MCS. Ciência Técnica e Arte: o desafio da pesquisa social. In: Suely Ferreira Deslandes, Otávio Cruz Neto, Romeu Gomes e Maria de Souza Minayo(org.). Pesquisa Social – Teoria, Método e Criatividade. Petrópoles, Vozes, Rio de Janeiro, 21.ed, 2002.

MOORE, H. “Understanding Sex and gender”. In Tim Ingold (ed). Companion Encyclopedia of Antropology. London: Routledge . [“Compreendendo Sexo e Gênero”. Tradução de Júlio Assis Simões para uso didático], 1997.

NASCIMENTO, K. C.; SANTOS, E. K. A.; ERDMANN, A. L.; JÚNIOR, H. J. N.;CARVALHO, J. N. A arte de partejar: experiências de cuidado das parteiras tradicionais de Envira⁄AM. Esc Anna Nery Rev Enferm. 13(2): 319-27, 2009.

O’NEILL KR, HAMER HP, DIXON R. Perspectives from lesbian women: their experiences with healthcare professionals when transitioning to planned parenthood. Kristal Diversity and Equality in Health and Care, 10:213–22, 2013.

ONU. Declaração e Programa de Ação da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento. Cairo, 1994. Documento ONU A/CONF.171/13.

ONU. Declaração e Programa de Ação da Conferência Mundial sobre Mulheres. Pequim, 1995. Documento ONU A/CONF.177/20.

ORSI, E.; CHOR, D.; GIFFIN, K.; ANGULO-TUESTA, A.; BARBOSA, G. P.; GAMA,A. S.; REIS, A. C.; HARTZ, Z. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. Rev Saúde Pública. 39(4): 646-54, 2005.

PETRY, AR, MEYER DEE. Transexualidade e heteronormatividade: algumas questões para a pesquisaTransexuality and heteronormativity: some topics for research. Textos & Contextos 10(1):193 – 198, 2011.

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.

RIESCO, M.L.G.; OLIVEIRA, S.M.J.V.; BONADIO, I.C.; SCHNECK, C.A.; SILVA, F.M.B.; DINIZ, C.S.G.; LOBO, S.F.; SAITO, E. Centros de Parto no Brasil: revisão da produção cientifica. Ver Esc Enferm. 43:1297-302, 2009.

ROHDEN, F. Ginecologia, gênero e sexualidade na ciência do século XXI. Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 8, n. 17, p. 101-125, 2002.

RÖNDAHL, G., BRUHNER, E., & LINDHE, J. Heteronormative communication with lesbian families in antenatal care, childbirth and postnatal care. Journal of Advanced Nursing, 65(11), 2337–44, 2009.

ROSS LE, STEELEt LS, EPSTEIN R. Lesbian and bisexual women's recommendations for improving the provision of assisted reproductive technology services. Fertil Steril 86(3):735, 2006.

RUBIN, G. (texto original de 1985) "Thinking sex: notes for a radical theory of politics of sexuality". In: R. Parker & P. Aggleton. Culture, society and sexuality- a reader. London: Taylor & Francis. Tradução em espanhol e português disponível para uso didático, 1999.

SILVA DA. Enfim mães! Da experiência da reprodução assistida à experiência da maternidade lésbica. Dissertação de mestrado na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2013.

SOUZA, CVB. Casais de mesmo sexo, parentalidade e novas tecnologias reprodutivas. Dissertação de mestrado na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2014.

SOUZA, ER. 2005 Necessidade de filhos: maternidade, família e (homo)sexualidade.[tese]. Campinas (SP): Unicamp; 2005.

STRATHERN M. Necessidade de Pais, necessidade de mães. Rev Estud Fem. 3(2):303-29, 1995.

UZIEL, A. P. Família e homossexualidade: velhas questões, novos problemas. Tese (Doutorado em Ciências Sociais)–Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

VANCE, C. (texto original de 1991). Tradução "A antropologia redescobre a sexualidade: um comentário teórico". PHYSIS. Revista de Saúde Coletiva, vol 5, no 1, 1995.

VARGAS, E. P.; MOÁS, L. C. Discursos normativos sobre o desejo de ter filhos. Ver Saúde Pública. 44(4):758-62, 2010.

VARGENS, O. M. C.; PROGIANTI, J. M.; SILVEIRA, A. C. F. O significado de desmedicalização da assistência ao parto no hospital: análise da concepção de enfermeiras obstétricas. Rev Esc Enferm USP. 42(2): 339-46, 2008.

VENTURI, G.; RECAMÁM, M.; OLIVEIRA, S. A mulher brasileira nos espaços público e privado. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

VIEIRA, E. M. Questões da saúde reprodutiva - A Medicalização do Corpo Feminino. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 68-78, 1999.

VIELLAS EF, DOMINGUES RMSM, DIAS MAB, GAMA SGN, THEME FILHA MM, COSTA JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil: Cad Saúde Pública. 30 Suppl:85-100, 2014.

VITULE C, COUTO MT, MACHIN R. Same-sex couples and parenthood: a look at the use of reproductive technologies. Interface (Botucatu); 19(55):1169-80, 2015.

WARNER, M. Introduction: Fear of a Queer Planet. Social Text. Duke University Press Stable (29):3-17, 1991.

WEEKS, J. “O corpo e a sexualidade”. In: Guacira Lopes Louro (org.) O corpo educado- pedagogias das sexualidades. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

WILTON, T., & KAUFMANN, T. Lesbian mothers’ experiences of maternity care in the UK. Midwifery, 17(3), 203–11, 2001.

WOJNAR, D. M., KATZENMEYER, A. Experiences of preconception, pregnancy, and new motherhood for lesbian nonbiological mothers. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing : JOGNN / NAACOG, 43(1), 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Appropriate technology for birth. Lancet. 2: 436-7, 1985.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: (disponível em http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56_a.pdf), 1996.

ZAMBRANO, E. Parentalidades “impensáveis”: pais/mães homossexuais, travestis e transexuais. Horizontes Antropologicos, Porto Alegre, 12(26):123-147, 2006.

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da Pesquisa: **Homoparentalidade feminina: Nuances da assistência no período gravídico-puerperal na perspectiva das mulheres residentes no município de São Paulo**

Eu, Paula Galdino Cardin de Carvalho, doutoranda do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP), estou realizando a pesquisa acima intitulada, que tem como objetivo geral compreender, a partir da perspectiva de gênero e dos direitos sexuais e direitos reprodutivos, a assistência prestada a casais homoafetivos de mulheres no período gravídico-puerperal na rede pública e suplementar de saúde no município de São Paulo.

Para isto, convido você a participar desta pesquisa, por meio de uma entrevista norteada por questões relativas à sua experiência, e informo que, uma vez aceitando colaborar com a pesquisa, não haverá prejuízo, despesas e/ou custos no que diz respeito a sua participação neste estudo, que o risco de sua participação é mínimo, e que você terá a liberdade para desistir do mesmo a qualquer momento, sem que essa atitude implique prejuízos a você. Assumo, ainda, o compromisso de lhe esclarecer, antes e durante o curso da pesquisa, todos os procedimentos que serão adotados. Você também poderá solicitar esclarecimentos ao Comitê de Ética em pesquisa da instituição responsável cujos endereços e telefones encontram-se abaixo descritos.

Esclareço que a entrevista poderá ter duração média de 1 (uma) hora. Peço, ainda, sua autorização para que a seja gravada, a fim de facilitar o registro das informações e otimizar o tempo de nossa conversa. As gravações e transcrições ficarão arquivadas no arquivo particular da pesquisadora, sem acesso a terceiros estranhos à pesquisa e sem identificação dos entrevistados.

Finalmente, assumo o compromisso de manter sigilo de sua identidade, utilizando as informações que fornecerá através de um codinome de conhecimento apenas do pesquisador. Os dados obtidos poderão ser utilizados em eventos e publicações científicas.

Assim, coloco-me à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários, através dos telefones abaixo relacionados.

Eu,_____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo _____, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador _____ sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Declaro também ter compreendido o exposto,

estar ciente de que serei informado(a) sobre todos os procedimentos a serem realizados no decorrer desta pesquisa, e que concordo em participar da mesma, não me opondo que a entrevista seja gravada.

Este documento contém duas vias, sendo que uma ficará em meu poder e a outra será arquivada com a pesquisadora.

Participante do estudo:

_____

Assinatura:

_____

_____, ____ de 20___
Local e data

Pesquisadora: Paula Galdino Cardin de Carvalho

Assinatura:

_____

_____, ____ de 20___
Local e data

Instituição: Universidade de São Paulo – Faculdade de Saúde Pública (USP/FSP) **-** Av Dr Arnaldo, 715 – Cerqueira César – São Paulo – SP - Telefone: (11) 3061-7703 – paulagaldino@usp.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública – USP – Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César – São Paulo – SP - Telefone: (11) 3061-7779 – coep@fsp.usp.br

ANEXO B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO

DADOS PESSOAIS

1. Qual é o seu nome?
2. Qual é a sua idade?
3. Onde você nasceu?
4. Mora na cidade de São Paulo faz quanto tempo? (Se for o caso, porque se mudou)
5. Seu domicílio é próprio ou alugado?
6. Você tem carro?
7. Você tem empregada mensalista?
8. Se tiver que classificar a sua cor em branca, preta, parda, amarela (origem asiática) ou indígena, como se classificaria?
9. Em que religião você foi criada?
10. Qual é a sua religião atual?
11. Você costuma frequentar atividades religiosas? Com que frequência?
12. Quão importante é a religião/fé na sua vida?
13. Tem plano de saúde? Qual? Próprio ou do trabalho?
14. Frequenta ou já frequentou o SUS? Porque frequenta/não frequenta?
15. Você frequenta ou já frequentou a escola? Pública ou Privada? Qual foi o último grau de escolaridade que cursou? Se tiver curso superior, qual é? Onde fez? Pública ou Privada?
16. Qual é sua profissão?
17. Você trabalha ou já trabalhou? Em que?
18. Sua renda individual é de quanto? A renda é composta por outras fontes (aluguel de imóveis, pensão, aposentadoria, etc)?
19. E qual seria a renda familiar (soma do que a família recebe junta)?

RELACIONAMENTO

1. Conte sobre a relação de vocês.
2. Como e onde vocês se conheceram?
3. Há quanto tempo estão juntas?
4. Como é sua relação com sua família e amigos?
5. Quem sabe sobre sua orientação sexual e relacionamento? Como souberam e reagiram? Se não sabem, como é isso para você?
6. Como eles lidam com o relacionamento de vocês?
7. Vocês fizeram contrato de união civil ou casamento?

PROCESSO DE DECISÃO REPRODUTIVA

1. Como e porque decidiu ter filhos?
2. Como foi esse processo de decidir ter filhos juntas?
3. Considerou a possibilidade de adoção?
4. Como decidiram quem ficaria grávida?
5. Como planejaram a gravidez?

6. Procuraram o serviço de saúde? Qual? Quantas vezes?
7. Que profissional acompanhou esse processo? Como foi a relação com ele(a)?
8. Progenitor masculino/pai (como, quem, que critérios, processo)
9. Sua família e amigos sabiam desses planos?
10. Para quem vocês contaram? Como eles reagiram?
11. Se não contaram, qual foi o motivo?
12. Que tipo de apoio vocês tiveram? (presencial ou virtual)

CONCEPÇÃO

1. Que métodos utilizaram para engravidar?
2. Porque decidiram por esse método?
3. Como foi o processo?
    i. Onde foi realizado?
    ii. Quantas tentativas?
    iii. Como foi a relação com os médicos e profissionais de saúde?
    iv. Vocês tiveram gastos financeiros? Quanto?
4. Quantas gestações você já teve? E sua parceira?
5. Olhando retrospectivamente, como foi a experiência?
6. Faria algo diferente?

GRAVIDEZ E PRÉ-NATAL

1. Como descobriram que engravidaram?
2. Como foi a reação?
3. Contaram para amigos e parentes? Como reagiram? O que disseram?
4. Como foi a experiência do pré-natal?
a. Onde foi realizado?
b. Com que profissional?
c. Que tipo de serviço utilizaram SUS ou convênio?
d. Por que optaram por esse tipo de serviço?
e. Ambas participaram do processo?
f. Como foi a relação com os médicos e profissionais de saúde?
g. O que você achou do atendimento? Como era a conversa com o profissional de saúde?
h. Sua parceira participou de todas as consultas? Como foi esse processo?
i. Os profissionais sabiam que vocês eram um casal?
5. Durante a gravidez, você chegou a conversar com o profissional que te acompanhou sobre temas como: Alívio da dor no parto; Presença de acompanhantes; Episiotomia/corte/laceração na vagina; Aceleração do parto com ocitocina (sorinho) ou misoprostol (remédio via vaginal); Tempo de espera para entrar em trabalho de parto espontâneo; Tempo de espera da duração do trabalho de parto; Diferenças entre parto vaginal e cesariana
7. Como foi a experiência da gravidez como um todo? Como você se sentiu?
8. Faria algo diferente?

PARTO

1. Como foi o inÍcio trabalho de parto?
2. Quem acompanhou?
3. Onde aconteceu o parto?
4. Como foi o parto? Me conte com detalhes como aconteceu.
5. Aconteceu como você tinha imaginado?
6. Como você tinha imaginado?
7. Quem te atendeu?
8. Como foi a relação com os médicos e profissionais de saúde?
9. Houve alguma intervenção (ocitocina, estourou a bolsa, pressionou a barriga-kristeller, você pôde comer, beber, se movimentar, cortaram a vagina)?
10. Teve alguma complicação?
11. Como você se sentiu?
12. Teve acompanhante no parto? Quem?
13. Sua companheira ficou com você? Em que momentos? Como foi esse processo?
14. Sua família e amigos foram avisados?
15. Como eles reagiram?
16. Se você fosse viver tudo de novo, teria alguma coisa que você faria diferente? Se
sim, o que?

PÓS-PARTO E AMAMENTAÇÃO

1. Como foi depois que o bebe nasceu?
2. Enquanto você ainda estava internada, como foi?
3. Como foram as visitas no hospital?
4. Quem vocês autorizaram visitar?
5. Como foi o processo de registro do bebê?
6. Como foi o dia da alta? Quem estava lá?
7. Como foi esse período em que chegou em casa?
8. Vocês tiveram ajuda? Quem ajudou?
9. Seus vizinhos sabiam do bebê?
10. Como ocorreu o pós-parto?
11. Como foi a experiência de amamentação?
12. O bebê foi batizado?
13. O bebê tem padrinhos? Como foi o processo de decisão de escolha?
14. Conte como foram os primeiros dias/meses com o bebê.

OUTRAS QUESTÕES

1. Como seu(s) filho(s) chamam você e sua companheira?
2. Faça um balanço da sua experiência de maternidade. Quais foram as coisas que você considera positivas? E negativas? Tem especificidades pelo fato de serem duas mães? Quais seriam?

3. Como você imagina que seja a experiência de dois pais.
4. Me descreva um dia típico de cuidado em torno da criança.
5. Gostaria de complementar alguma coisa sobre a divisão de tarefas?
6. Que idade tem os filho(a)s? Quando nasceram?
7. Pensa em ter outros filhos?

FARIA ALGO DIFERENTE?

1. Algo te surpreendeu nesse processo?
2. Nessa experiência, o que ajudou e o que atrapalhou?
3. Se você fosse viver tudo de novo, teria alguma coisa que você faria diferente? Se sim, o que?
4. O que recomendaria que outros casais de mulheres evitassem e o que buscassem.
5. Gostaria de falar algo mais que você considere relevante e eu não perguntei?