**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

Duas mães? Mulheres lésbicas e maternidade

Maria Eduarda Cavadinha Corrêa

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

Área de Concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade.

Orientadora: Prof.^a Dra. Néia Schor

**São Paulo
2012**

Duas mães? Mulheres lésbicas e maternidade

Maria Eduarda Cavadinha Corrêa

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Saúde Pública.

Área de Concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade.

Orientadora: Prof.^a Dra. Néia Schor

**São Paulo
2012**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

À Samantha Turte Cavadinha. Agradeço todos os dias por poder dormir,
sonhar, acordar e realizar tudo ao seu lado.

.

À minha família, pelos abraços aconchegantes e carinhosos que recebo
cada vez que volto para vocês.

Agradecimentos

À professora Néia Schor, por ter aceitado o desafio de orientar esta tese.

Às professoras Anna Uziel, Márcia Couto Falcão, Kátia Pirotta e ao professor Rubens Adorno, por terem aceitado participar da banca e pelas contribuições valiosas para este trabalho.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, pela troca de experiências e conhecimentos.

À Ângela, Marilene, Cidinha, Vânia e Renilda, por sempre se colocarem à disposição, mesmo nos momentos mais desesperadores.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pela bolsa de doutorado concedida.

À todas as mulheres lésbicas que participaram deste estudo, não só por embarcarem nesta pesquisa, mas também pelos momentos construtivos e emocionantes que me propiciaram.

Aos meus amigos queridos, pelos momentos de distração e entretenimento.

À minha querida família pernambucana que carrego comigo a todo lugar. E à nova família que ganhei aqui em São Paulo – Elizabeth, Tânia, Dona Rosa e Marcela.

Ao meu pai Roberto e minha madrasta Iranilda, por todo amor, carinho e compreensão. Para vocês não existe tempo ruim, só o de São Paulo.

À minha mãe Eliane e meu padrasto Gabriel, pela segurança e amor incondicional que me faz levantar feliz todos os dias.

À minha companheira Samantha, por ter aparecido em minha vida. Amo cada segundo com você. Agradeço cada contribuição que você deu neste trabalho e todas as noites mal dormidas. Espero que saiba que este trabalho também é seu.

*Caminante,
son tus huellas el camino, y nada más;
Caminante,
no hay camino, se hace camino al andar.
Al andar se hace camino,
y al volver la vista atrás,
se ve la senda que nunca se ha de volver a pisar.
Caminante,
no hay caminho, sino estelas en la mar.*

Corrêa MEC. Duas mães? Mulheres lésbicas e maternidade [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2012.

Resumo

Em nossa sociedade, a relação heterossexual ainda parece ser a única possibilidade legitimada para formação de um casal ou até mesmo de uma família. Porém, é cada vez maior o número de pessoas que desafia os discursos normativos presentes e busca a constituição de parcerias afetivo-sexuais com outras de seu próprio sexo, muitas vezes associando essas parcerias à experiência da parentalidade, seja com filhos biológicos ou adotivos. Com as crescentes discussões sobre os direitos sexuais reprodutivos e com o “surgimento” de novos arranjos familiares, entre eles o formado por casais homossexuais, começa-se a desconstruir o modelo ideal de família nuclear e abre-se caminho para discussão de temas como a maternidade lésbica. Este trabalho pretende contribuir com o debate da homoparentalidade, procurando demonstrar as especificidades existentes entre essas mulheres e suas formas de construir sua cidadania íntima dentro do contexto heteronormativo da sociedade brasileira. Para tanto, foi traçado o seguinte objetivo geral: compreender as concepções sobre a parentalidade de mulheres lésbicas que buscam a gravidez por meio de doadores de sêmen, sejam eles conhecidos ou desconhecidos. O estudo proposto baseia-se nos pressupostos da pesquisa qualitativa, como forma de privilegiar os discursos dos sujeitos como fonte de informação. Doze

mulheres lésbicas aceitaram participar do estudo e foram entrevistadas entre os anos de 2009 e 2011. Os dados foram transcritos, organizados e analisados. A partir dos resultados, foi possível perceber que a vivência da maternidade por parte das mulheres lésbicas depende de fatores diversos como o histórico-cultural, o social, o jurídico-legal, o econômico e os relacionados às políticas públicas, além, é claro, da história de vida de cada uma dessas mulheres. Desta forma, para a mulher assumir a homossexualidade em uma sociedade heteronormativa e, ao mesmo tempo, optar pela maternidade, é necessário percorrer um árduo caminho, onde uma das saídas parece ser a luta pela cidadania plena e consolidação dos direitos humanos. Isto aponta para a importância de se abordar o tema em estudos e discussões acadêmicas com outras esferas da política pública e da vida social, incluindo a saúde pública.

Palavras-chave – homoparentalidade, mulheres lésbicas, maternidade, sexualidade, direitos reprodutivos, direitos sexuais, tecnologias de reprodução assistida.

Corrêa MEC. Duas mães? Mulheres lésbicas e maternidade/ Two moms? Lesbians and motherhood [thesis]. São Paulo (BR): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2012.

Abstract

In our society, the heterosexual relationship still appears to be the only legitimate form to be a couple or to be a family. However, an increasing number of people who challenge the normative discourse are seeking for same-sex partnerships, often associating these partnerships to the experience of parenting, with biological or adoptive children. The increasing discussions about reproductive and sexual rights and the emergence of new family arrangements, including the one formed by homosexual couples, began to deconstruct the ideal model of nuclear family and it opens up the way for new discussions such as “lesbian motherhood”. This study intends to contribute to the homoparenthood debate, by demonstrating the specificities between these women and their ways to construct an intimate citizenship within the context of Brazilian heteronormative society. To do so, the following overall aim was: to comprehend the parenthood concepts of lesbian women who seek pregnancy through known or unknown semen donor. The proposed study is based on the assumptions of qualitative research, which means that the subjects' discourse was the source of information. Twelve lesbians were interviewed between the years 2009 and 2011. The data were transcribed, organized and analyzed. From the results, it was revealed that the motherhood experience by lesbians depends on several factors such as

historical, cultural, social, juridical, legal, economic, public policies, and, of course, the personal history of each of these women. Thus, for women who come out as a lesbian in a heteronormative society and at the same time, opt for motherhood, they have a hard road to face. The solution seems to be to struggle for citizenship and human rights consolidation. So, it's important working up this issue in academic studies and to discuss with other spheres of public policy and social life, including public health.

Keywords - homoparenthood, lesbian women, motherhood, sexuality, reproductive rights, sexual rights, assisted reproductive technology

ÍNDICE

1	APRESENTAÇÃO	15
2	DIREITOS REPRODUTIVOS E DIREITOS SEXUAIS: IMPORTÂNCIA PARA A POPULAÇÃO LGBT – LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS	19
	2.1 O CONTEXTO BRASILEIRO: POLÍTICAS, PROGRAMAS E AÇÕES VOLTADAS À POPULAÇÃO LGBT	28
	2.2 POLÍTICA E PROGRAMAS ATUAIS PARA AS MULHERES: ONDE ESTÃO AS ESPECIFICIDADES PARA MULHERES LÉSBICAS?	35
3	A REINTERPRETAÇÃO DOS LAÇOS DE PARENTESCO E NOVAS DINÂMICAS FAMILIARES	37
	3.1 AS PARENTALIDADES EM FAMÍLIAS HOMOSSEXUAIS	43
4	A MATERNIDADE LÉSBICA COMO FENÔMENO SOCIAL: NOVAS QUESTÕES PARA A SAÚDE PÚBLICA	48
5	FORMULAÇÃO DO PROBLEMA, HIPÓTESE E OBJETIVOS	53
6	DESENHO METODOLÓGICO	54
	6.1 ABORDAGEM DO ESTUDO	54
	6.2 ASPECTOS ÉTICOS	56
	6.3 APRESENTANDO OS SUJEITOS	57
	6.4 OBTENÇÃO DOS DADOS	61
	6.5 ANÁLISE DOS DADOS	62
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO	65
	7.1 CATEGORIA I - O QUE É PRECISO PARA SER UMA FAMÍLIA?	65
	7.1.1 “A Família Tradicional Já Foi Desfeita Há Muito Tempo, né?”	65
	7.1.2 Sobre a Incompatibilidade entre Ser Lésbica e Maternidade	71

7.1.3 Desejo de Ser Mãe Versus Desejo de Ter Filho	77
7.2 CATEGORIA II - A DECISÃO DE AUMENTAR A FAMÍLIA: ESCOLHAS E PROCEDIMENTOS.	81
7.2.1 Sobre a Decisão de Transformar o Desejo de Ter Filhos em Realidade	81
7.2.2 Quem Deve Engravidar? Desejo ou Não de Passar pelo Processo de Gravidez	89
7.2.3 Estratégias para Buscar a Gravidez: Reprodução Assistida ou Relação Sexual Heterossexual com Fins Reprodutivos ou Inseminação Caseira	97
7.2.4 Sobre a Escolha do Doador: Conhecendo um Desconhecido	125
7.3 CATEGORIA III - COMO APRESENTAR NOSSA FAMÍLIA AO MUNDO?	134
7.3.1 Nos Papéis Da Dinâmica Familiar Cabem Duas Mães?	134
7.3.2 O Olhar do Outro: Reconhecimento Familiar, Social e Legal	147
7.3.3 A Estratégia da ROPA como Forma de “Confundir” a Sociedade	164
7.4 CATEGORIA IV - O QUE É SER MÃE LÉSBICA?	169
7.4.1 Sobre a Compatibilidade entre Ser Lésbica e Maternidade	170
7.4.2 Enfrentando o Contexto Heterossexista	177
7.4.3 E Que Venha o Preconceito...	184
7.4.4 Mulheres Lésbicas e Internet: A Busca da Maternidade nas Redes Sociais Virtuais	187
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	192
7 REFERÊNCIAS	199
APÊNDICE 1 - ROTEIRO DE ENTREVISTA	I
APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	II
ANEXO I – APROVAÇÃO DO COEP/FSP	IV

1 APRESENTAÇÃO

*Tudo aqui quer me revelar
 Minha letra, minha roupa, meu paladar
 O que eu não digo, o que eu afirmo
 Onde eu gosto de ficar
 Quando amanheço, quando me esqueço
 Quando morro de medo do mar
 Tudo aqui
 Quer me revelar
 Unhas roídas
 Ausências, visitas
 Cores na sala de estar
 O que eu procuro
 O que eu rejeito
 O que eu nunca vou recusar
 Tudo em mim quer me revelar
 Meu grito, meu beijo
 Meu jeito de desejar
 O que me preocupa, o que me ajuda
 O que eu escolho pra amar
 Quando amanheço, quando me esqueço
 Quando morro de medo do mar
 (Me revelar. Composição C. Oyens e Zélia Duncan).*

Ao introduzir o item com a música “Me revelar”, interpretado pela cantora Zélia Duncan, quero trazer aqui um pouco do significado desse projeto em minha vida.

Em uma pesquisa qualitativa, o pesquisador tem que tentar captar o visível, o invisível, o que foi dito e o silêncio dos sujeitos da pesquisa. Para tanto, tais sujeitos expõem suas realidades e vivências por meio do discurso e dos sinais. Da mesma forma, acredito que o projeto também fala um pouco sobre o seu pesquisador. Para entender o “porquê” da escolha do tema, é

necessário contar um pouco da minha trajetória de vida.

A minha entrada na Faculdade de Enfermagem em Pernambuco em 2001 foi um marco em minha vida, pois foi lá que “descobri” a minha homossexualidade. Logo que elaborei tudo aquilo que estava acontecendo comigo, compartilhei com a minha família. No início foi confuso, mas logo recebi o apoio, compreensão, carinho e respeito dos meus pais, das minhas mães de todos os meus irmãos. Parecia que nada mais no mundo importava, pois com a minha família sempre ao meu lado, não precisaria dar satisfações a mais ninguém na vida.

Porém, ainda na Faculdade, fiz amizades com pessoas que também estavam em relações homoafetivas, muitas das quais tinham problemas de aceitação em casa e algumas com problemas de auto-aceitação, por medo dos preconceitos que poderiam vir a enfrentar. Nessa época, fazíamos de tudo para não expormos nossa orientação sexual, como mecanismo de defesa e para podermos “conviver” bem na sociedade.

Mesmo com toda a discrição que eu acreditava ter, passei por situações de preconceito dentro da Faculdade. Escutei gracinhas, brincadeiras, risadas, tudo isso porque as pessoas começaram a perceber que eu me relacionava com mulheres. No início, essas brincadeiras até chegaram a me atingir, mas como eu tinha apoio de familiares e de amigos, logo deixei para lá, fui viver minha vida.

Mas uma questão ficou: se aquelas pessoas com quem eu estava

convivendo na Faculdade seriam os futuros profissionais de saúde, como eles atenderiam pessoas de orientação sexual homossexual ou até mesmo transexuais e travestis? Questão essa que desenvolvi no trabalho de conclusão de curso, realizando a pesquisa com professores da Faculdade, alunos e enfermeiros atuantes no Programa Saúde da Família. O resultado não foi muito diferente de todo aquele preconceito que eu vivenciava na faculdade. Os profissionais e futuros profissionais não faziam ideia de como lidar com o público LGBT e, na maioria das respostas, eles afirmavam que tratariam os homossexuais de forma normal, como se fossem “héteros”, demonstrando o quanto o heterocentrismo como norma permeia fortemente as práticas de saúde. Em diversos estudos (PINTO, 2004, BRASIL, 2002, COELHO, 2001, GRANADO, 1998) foi demonstrado o quanto o preconceito dos profissionais influencia no cuidado à saúde da população LGBT. Desta forma, tanto o princípio da universalidade, quanto os da integralidade e equidade que norteiam o Sistema Único de Saúde estão sendo desrespeitados.

Acredito que os homossexuais, transexuais e travestis não queiram ser tratados como se fossem “héteros”, eles têm suas especificidades, suas demandas e necessitam ser vistos em sua multidimensionalidade. Por isso, logo que conclui a graduação em Enfermagem, tentei ingressar no mestrado para continuar desenvolvendo estudos e reflexões acerca da relação entre a homossexualidade e saúde. Contudo, não consegui espaço para desenvolver o meu trabalho, visto que são poucos os professores no Brasil

que aceitam orientar sobre o tema.

Conclui o mestrado com uma temática diferente da que eu gostaria, porém não menos importante. Trabalhei com violência sexual e acredito que amadureci bastante academicamente. Ao final do mestrado, resolvi tentar novamente trabalhar com a temática da homossexualidade, mas sem fugir da reflexão da área da saúde. Foi então que ingressei no doutorado da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo em 2008, pois acreditava que o campo de conhecimento interdisciplinar e multidisciplinar da Saúde Pública oferecia um espaço estratégico para trabalhar com essa temática.

A escolha do tema da maternidade lésbica especificamente foi algo que nasceu de uma inquietação minha, a partir das minhas vivências dentro do meu próprio ciclo familiar e de pessoas e situações que fui conhecendo desde que cheguei a São Paulo. Antes disso, nunca havia me deparado com o tema e me pareceu um desafio para a área de saúde abrir os olhos para a existência de mulheres lésbicas que desejam ser mães e já o fazem sem nenhuma aprovação social.

Destarte, em conjunto com as disciplinas do curso de doutorado, construí este trabalho na tentativa de lançar mais reflexões acadêmicas que possam contribuir na transformação de realidades, para que seja alcançada a igualdade social tão almejada por pessoas que não seguem as “normas” sociais.

2 DIREITOS REPRODUTIVOS E DIREITOS SEXUAIS: IMPORTÂNCIA PARA A POPULAÇÃO LGBT – LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS

Os movimentos sociais são ações coletivas com um determinado propósito cujo resultado, tanto em caso de sucesso como de fracasso, transforma os valores e instituições da sociedade. Alguns movimentos, como lésbico, gay e feminista demandam o reconhecimento de temas centrais, muitas vezes relacionados com o aspecto de como um indivíduo controla sua vida pessoal. Estes movimentos se organizam de tal forma que estabelecem agendas globais de mudanças políticas (PLUMMER, 2003).

Desde 1948, várias declarações, convenções e conferências internacionais têm almejado contribuir para a defesa dos direitos humanos de mulheres e homens, para a eliminação de discriminação, para a melhoria da educação, da qualidade de vida e, entre muitos outros aspectos, para a melhoria da saúde. Esses eventos também têm contribuído para emitir conceitos, como, por exemplo, referentes à igualdade de direitos entre homens e mulheres, à liberdade e a autonomia na definição da vida sexual e reprodutiva, que incluem os direitos sexuais e reprodutivos (GALVÃO, 1999).

Os direitos sexuais e os direitos reprodutivos são temas que começaram a ganhar força na década de 1960, período em que foram

promovidas internacionalmente as políticas de planejamento familiar. E, entre 1980 e 1994, os grupos de mulheres do mundo inteiro, junto à Organização Mundial da Saúde, fizeram muitos esforços para legitimar esses conceitos (DIAZ et al., 2004).

Na década de 1990, houve um redirecionamento das políticas internacionais para ampliar o debate sobre políticas populacionais a fim de também abranger questões do meio ambiente e desenvolvimento, culminando com a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento em 1994, no Cairo. Naquele evento, os movimentos de mulheres, ambientalistas e de defensores dos direitos humanos pressionaram para que o “debate entre população e desenvolvimento fosse além de uma visão simplesmente econômica e ideológica, diante de uma imposição de uma política de controle natalista, aproximando-o da questão reprodutiva” (CORREA et al., 2003, p. 04).

Sendo assim, a Conferência do Cairo estabeleceu relevantes princípios éticos concernentes aos direitos reprodutivos, afirmando o direito a ter controle sobre as questões relativas à sexualidade e à saúde sexual e reprodutiva, assim como a decisão livre de coerção, discriminação e violência, como um direito fundamental. Realçou ainda que as mulheres têm o direito individual e a responsabilidade social de decidir sobre o exercício da maternidade, assim como o direito à informação e acesso aos serviços para exercer seus direitos e responsabilidades reprodutivas. Os homens, por sua vez, têm uma responsabilidade pessoal e social, a partir de seu próprio

comportamento sexual e fertilidade, pelos efeitos desse comportamento na saúde e bem-estar de suas companheiras e filhos (PIOVESAN, 2003).

Na Conferência de Cairo ainda não se falava explicitamente em direitos sexuais, contudo estava incluso em sua plataforma a ideia de saúde sexual como um direito que merece proteção por parte dos programas de desenvolvimento.

Entretanto, a discussão sobre os direitos sexuais seria retomada em 1995, na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em Beijing. Naquela ocasião, os resultados da Conferência de Cairo foram reafirmados, porém as metas de Beijing enfatizaram ainda mais o enfoque de igualdade de gênero, e trouxeram a reformulação dos direitos sexuais como parte dos direitos humanos (GALVÃO, 1999).

Segundo MATTAR (2008), é importante ter em mente que a evolução histórica dos direitos sexuais e reprodutivos nos textos das conferências está estreitamente vinculada à ligação sexo-reprodução. Esta concepção determina que a heterossexualidade, por ser a única capaz de viabilizar a reprodução, é a forma natural de se relacionar sexualmente, sendo vedadas socialmente aquelas formas que não estiverem aí contempladas, como a população LGBT. No entanto, a discussão dos direitos sexuais e reprodutivos seriam posteriormente ampliadas pelo o movimento LGBT e o movimento feminista.

Outra questão que se deve levar em consideração, enfatiza MATTAR

(2008), é que as Declarações e os Programas e Plataformas de Ação de Conferências Internacionais, são considerados *soft law*, ou seja, não têm caráter vinculante como os tratados e convenções de direitos humanos. São, de fato, compromissos morais dos Estados signatários, que não implicam uma tradução automática para as legislações domésticas. Estes compromissos resultam em pressão externa para que se cumpra o acordo e, eventualmente, um constrangimento político para o Estado no caso de descumprimento. Supõe-se, assim, embora sem garantias, estar-se a incentivar a efetivação dentro das fronteiras nacionais do que foi objeto de consenso internacional (MATTAR, 2008).

O Brasil é um dos países signatários das plataformas citadas acima e se comprometeu com as metas a serem atingidas até 2014, por meio de políticas públicas e atividades programáticas (BRASIL, 2010). Contudo, ainda há muitas lacunas a serem preenchidas, apesar de vários avanços importantes, e a equidade no acesso de serviços e insumos que garantam o pleno exercício dos direitos sexuais e reprodutivos da(o)s brasileira(o)s ainda é um desafio a vencer.

É interessante enfatizar que todos os questionamentos e ideias que vão historicamente produzir o conceito de direitos reprodutivos e servir de base para a construção de direitos sexuais foram lançados pelo movimento feminista. Segundo ÁVILA (2003), pode-se dizer que no primeiro caso há uma autoria original do feminismo e, no segundo, uma autoria compartilhada entre vários movimentos sociais, sendo os mais relevantes o movimento

gay, o movimento lésbico e o movimento feminista.

Na perspectiva feminista, os direitos reprodutivos dizem respeito à igualdade e à liberdade na esfera da vida reprodutiva. Os direitos sexuais dizem respeito à igualdade e à liberdade no exercício da sexualidade. O que significa tratar sexualidade e reprodução como dimensões da cidadania e consequentemente da vida democrática. Estes conceitos têm sido entendidos de diversas maneiras e, portanto, têm inspirado e conformatado diversas práticas. Porém, ÁVILA (2003) ressalta que tratá-los como dois campos separados é uma questão crucial no sentido de assegurar a autonomia dessas duas esferas da vida, o que permite relacioná-los entre si e com várias outras dimensões da vida social.

Portanto, é a partir da busca por direitos que os movimentos gay, lésbico e feminista dão sua contribuição estratégica para a emergência dos conceitos de direitos sexuais e direitos reprodutivos. Para estes movimentos, essa é uma questão central na configuração de novos sentidos para a cidadania, pois requer a consolidação dos direitos sexuais e reprodutivos, rompendo com a naturalização da heterossexualidade como única forma de expressão sexual. Ao considerar os direitos sexuais no plano da cidadania, a serem, portanto mediados e garantidos nas necessidades que produzem, coloca-se a heterossexualidade e a homossexualidade como práticas sexuais igualmente livres (ÁVILA, 2003). Todo esse processo enriqueceu o debate acerca das identidades de gênero e identidades sexuais.

As identidades de gênero e sexuais são compostas e definidas por relações sociais, elas são moldadas pelas redes de poder de uma sociedade. Essas múltiplas e distintas identidades sexuais e de gêneros constituem sujeitos, na medida em que esses são interpelados a partir de diferentes situações, instituições e agrupamentos sociais. A sexualidade é uma dimensão ampla do ser humano. Ela envolve rituais, linguagens, fantasias, representações, símbolos, convenções, biologia, etc. De acordo com LOURO (2001), os corpos ganham sentido socialmente. A inscrição dos gêneros – feminino ou masculino – é feita sempre no contexto de uma determinada cultura. As possibilidades da sexualidade – das formas de expressar os desejos e prazeres – também são sempre socialmente estabelecidas e codificadas.

As sociedades constroem os contornos demarcadores das fronteiras entre aqueles que representam a norma e aqueles que ficam fora dela, às suas margens. Em nossa sociedade, a norma que se estabelece, historicamente, remete ao homem branco, heterossexual, cristão e de classe média urbana; essa passa, então, a ser a referência que não precisa mais ser nomeada. Todos os “outros” sujeitos sociais serão denominados a partir dessa referência. Dessa forma, gays, lésbicas, travestis, transexuais, transgêneros e bissexuais são descritos como desviantes da norma heterossexual. Neste contexto, emerge a consideração da situação dos homossexuais, adentrando o tema da sexualidade a partir deste recorte (LOURO, 2001).

O enfrentamento das condições em que os direitos da população LGBT são violados ou negligenciados é fundamental para o avanço e consolidação dos direitos sexuais e reprodutivos para essa população. Para isso, é necessário que haja a desnaturalização da sexualidade e de suas formas de manifestação, que tende a normatizar as expressões da sexualidade humana segundo a lógica heteronormativa e da linearidade na determinação do sexo sobre o gênero (LIONÇO, 2008). Isso implica considerar outros discursos sobre a sexualidade humana como legítimos.

Os tabus e preconceitos sobre a vida sexual e reprodutiva ao longo da história recente, têm se constituído em um impedimento para uma atenção integral de qualidade nesses terrenos (ÁVILA, 2003). A construção dos direitos sexuais está necessariamente atravessada pelas concepções de gênero e sexualidade e outros determinantes tais como a capacidade normativa dos Estados nacionais e do sistema internacional de proteção dos direitos humanos, o impacto das forças de mercado, o fundamentalismo nas suas várias manifestações e, mais especialmente, as desigualdades (CORRÊA, 2006).

Ao olharmos para a especificidade latino-americana podemos perceber que leis, códigos e normas continuam operando como sistemas de classificação, hierarquização e, em alguns casos, criminalização de identidades e práticas sexuais. Por outro lado, os sistemas jurídicos existentes vêm apresentando grandes avanços em relação à população LGBT (CORRÊA, 2006).

RIOS (2007) destaca que desde meados da década de 1980, a região latino-americana experimentou um processo de redemocratização, fruto do esgotamento das várias ditaduras militares e das mudanças relacionadas à ordem internacional decorrentes do desmantelamento do poderio soviético e do consequente destensionamento das relações leste-oeste. Neste contexto mais amplo, surgiram espaços para o fortalecimento da sociedade civil e de diversos movimentos sociais, inclusive o movimento LGBT.

Considerando os dados disponíveis até o ano de 2007 sobre a situação da América-Latina, RIOS (2007), em sua análise revela que: 1) não há na América Latina ordenamento jurídico que criminalize práticas sexuais homossexuais, exceto em contextos específicos, como, por exemplo, em estabelecimentos militares; 2) os ordenamentos jurídicos latino-americanos, em sua maioria, sancionam atos de discriminação fundados em expressões da sexualidade (Argentina, Brasil, Colômbia, Equador, México e Peru, por exemplo); 3) poucos ordenamentos jurídicos instituem medidas positivas de proteção e de reconhecimento dos direitos sexuais (Argentina e Brasil). Ou seja, o grau de proteção varia de país a país.

Entretanto, destaca-se que nos últimos anos, os direitos de gays, lésbicas e transgêneros vêm ganhando mais atenção institucional e, inclusive, obtendo conquistas legislativas e judiciais em vários países latino-americanos. Por exemplo: em 2009, foi aprovada na Bolívia uma nova Constituição que incluiu em seu artigo 14 a proibição de discriminação por razão de orientação sexual; em 2010, foi aprovada pelo senado argentino

uma lei que permite a união civil entre pessoas do mesmo sexo; em 2011, o Supremo Tribunal de Federal reconheceu a união estável homoafetiva no Brasil.

O Brasil, segundo RIOS (2007) registra grau elevado de proteção institucional desde a edição do II Plano Nacional de Direitos Humanos e do Programa Governamental Brasil sem Homofobia, isto sem se esquecer do apoio governamental (especialmente por intermédio do Ministério da Saúde) a campanhas de visibilidade e de atendimento específico a grupos de gays e lésbicas. Porém, o autor ressalta que esse grau de proteção institucional ainda parece estar restrito ao âmbito formal, sendo difícil determinar o impacto de fato nos serviços e no cotidiano da população LGBT. Fica claro que para o exercício efetivo dos direitos sexuais e direitos reprodutivos, torna-se necessária uma transformação da lógica na qual está baseado o sentido das leis que dizem respeito ao exercício da reprodução e das relações amorosas e sexuais (ÁVILA, 2003). Concordo com ÁVILA (2003) quando a autora coloca que essa transformação pode ser conseguida a partir da demanda por políticas sociais na área da saúde, pois constitui um campo de ação estratégico para os sujeitos que defendem os direitos reprodutivos e sexuais. Uma política pública de saúde comprometida com a promoção integral dos direitos reprodutivos e sexuais representará uma conquista política para democracia e fortalecerá o processo de democratização da sociedade brasileira, contribuindo para superar suas heranças autoritárias, patriarcais, homofóbicas.

Na América Latina e no Brasil em particular, a saúde como dimensão da política pública tem sido um tema central para todos os setores que trabalham e agem politicamente em torno dos direitos reprodutivos e dos direitos sexuais. A demanda por políticas de saúde como base para o exercício desses direitos é intensa e priorizada pelos movimentos sociais (ÁVILA, 2003), dentre eles o movimento LGBT.

Cabe ressaltar aqui que **movimento LGBT** e **população LGBT** são termos distintos, embora haja uma proximidade entre o movimento e a população em esferas como a política e a acadêmica. O movimento LGBT refere-se à militância que luta pela conquista de direitos e pelo reconhecimento de suas especificidades e o faz através de questões político-identitárias. Já a população LGBT engloba práticas sexuais, ou seja, refere-se àqueles e àquelas cujos desejos são voltados para a pessoa do mesmo sexo ou que possuem uma identidade de gênero distinta do sexo biológico, como no caso dos transexuais.

2.1 O CONTEXTO BRASILEIRO: POLÍTICAS, PROGRAMAS E AÇÕES VOLTADAS À POPULAÇÃO LGBT

O exercício pleno da cidadania demanda políticas públicas, que assegurem o direito sexual e reprodutivo. Portanto, é essencial a

interferência do Estado, no sentido de que implemente e faça cumprir ações garantidoras desses direitos. Em relação à população LGBT, percebe-se que o Brasil avançou em alguns aspectos.

Por exemplo, “orientação sexual” e “identidade de gênero” já são termos incluídos em variadas políticas e ações estratégicas em saúde, dentre as quais a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a Política de Atenção Integral à Saúde do Jovem e Adolescente, a Política Nacional de Humanização, a Política de Promoção da Equidade na Saúde da População Negra, bem como nos Planos de Enfrentamento à Epidemia de HIV/Aids entre Gays, HSH e Travestis e o de Feminização da Epidemia, e o projeto Saúde e Prevenção nas Escolas, para citar algumas. Isso reflete que a orientação sexual e a identidade de gênero, mais do que demandar uma política específica, devem ser pauta para diversas políticas porquanto sejam determinantes associados a outros determinantes na saúde das pessoas (LIONÇO, 2008).

O Ministério da Saúde já demonstra atenção à população LGBT há pelo menos duas décadas, com programas e ações que partiram do enfrentamento à epidemia da Aids. Nesse sentido, o Ministério da Saúde tem apoiado projetos nas áreas da prevenção das infecções sexualmente transmissíveis (IST), disponibilizado assessoria jurídica, possibilitado o fortalecimento de redes e desenvolvido campanhas de comunicação e ações para visibilidade da população LGBT.

Com o atual alargamento da perspectiva da integralidade na atenção à saúde desses segmentos populacionais brasileiros, reconhece-se que a orientação sexual e a identidade de gênero constituem situações muito mais complexas e são fatores de vulnerabilidade para a saúde. Tal reconhecimento deve-se ao fato da população LGBT ser mais propícia a vivenciar agravos decorrentes do estigma, dos processos discriminatórios e de exclusão social, que violam seus direitos humanos, entre os quais, o direito à saúde, à dignidade, à não-discriminação, à autonomia e ao livre desenvolvimento.

A partir desse entendimento, em 2004, o governo brasileiro lançou o **“Programa Brasil Sem Homofobia”**, uma iniciativa inédita da Secretaria Especial dos Direitos Humanos (SEDH) que propõe políticas públicas específicas nas áreas de educação, saúde, justiça e cultura. Cabe salientar que esse programa já era reivindicação dos movimentos LGBT há muito tempo (CONGRESSO DA ABGLT, 2006). No âmbito desse programa, muitas das ações propostas têm impacto sobre a questão da saúde: a realização de campanhas e implementação de Centros de Referência para o combate à homofobia; estímulo a pesquisas que permitam conhecer e atender mais adequadamente às demandas de LGBT; ações específicas para propiciar a inserção adequada das mulheres lésbicas no interior de políticas e equipamentos públicos de combate à violência contra a mulher, como as Delegacias Especializadas; promoção da atenção especial à saúde da mulher lésbica em todas as fases da vida, inclusive através da

capacitação de profissionais de saúde (BRASIL, 2004a).

A partir de mais reivindicações e pressões dos movimentos pela formalização de espaços de interlocução com o Ministério da Saúde, foi criado o **Comitê Técnico de Saúde da População LGBT** no Ministério da Saúde. Coordenado pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), esse Comitê se constitui em espaço de articulação, debate e ausculta de demandas de representações do movimento social, envolvendo todas as áreas atinentes do Ministério da Saúde, no sentido de promover a inserção das especificidades de saúde desse contingente populacional nas políticas e ações do SUS.

Um dos eventos recentemente promovido pelo Comitê foi o **Seminário Nacional de Saúde da População LGBT na Construção do SUS**, em agosto de 2007, no qual governo e movimentos sociais avaliaram as iniciativas que vem sendo adotadas. Entre estas, citam-se a inclusão de demandas das lésbicas nas políticas de saúde da mulher e o processo transexualizador, em avançada fase de inclusão entre os procedimentos rotineiros do SUS, mantendo-se a visão crítica sobre a medicalização das transexualidades¹. Da mesma forma, deve-se destacar a inclusão da

¹ Em julho de 2007, o Tribunal Regional Federal da 4ª Região, tendo como relator o então juiz federal Roger Raupp Rios, julgou como procedente a ação que obriga ao SUS a adoção das medidas necessárias para possibilitar aos transexuais a realização de cirurgias de transexualização e a inclusão da intervenção na lista de procedimentos renumerados pelo SUS. A decisão abrange todo território nacional e representou uma conquista para o movimento LGBT e usuários do sistema de saúde.

identidade de gênero na carta dos Direitos dos Usuários do SUS, que completa a histórica reivindicação do movimento, com o direito ao uso do nome social nos cadastros do SUS. Outra importante conquista política das populações LGBT é a sua atual representação no Conselho Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Ainda em 2007, foi realizada a **13ª Conferência Nacional de Saúde**, que trouxe a evidência da maturidade do debate sobre a população LGBT e saúde, expressa no conjunto de demandas e propostas ali discutidas. Entre elas citam-se: inclusão e articulação das especificidades de orientação sexual e identidade de gênero em uma política nacional voltada para as populações LGBT; necessidade de implementação de práticas de educação permanente para os profissionais de saúde incluindo a temática LGBT; definição de normas não-discriminatórias sobre a doação de sangue, preservando-se o controle de risco; realização de pesquisas científicas, inovações tecnológicas e compartilhamento dos avanços terapêuticos relativos ao tema; respeito ao direito à intimidade e à individualidade dos grupos e indivíduos pertencentes às populações LGBT; necessidade de adotar o protocolo de atenção às pessoas em situação de violência; garantia dos direitos sexuais e reprodutivos extensiva a esses segmentos; implementação de campanhas e revisão dos currículos escolares; e mudanças nos formulários, prontuários e sistemas de informação do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Todavia, é difícil dizer o quanto o discurso do Ministério da Saúde instrumentaliza as questões práticas dos serviços para que essas políticas aconteçam.

Outra conquista dos movimentos LGBT foi a **I Conferência Nacional GLBT** que aconteceu entre 5 a 8 de junho de 2008. A conferência foi convocada em 28 de novembro de 2007 por meio de decreto presidencial assinado pelo então presidente Luiz Inácio Lula da Silva e pela então Ministra Dilma Rousseff, tendo como principais reivindicações a visibilidade lésbica (inclusive foi onde ocorreu a mudança da antiga sigla GLBT, colocando o “L” à frente do “G”. A sigla LGBT seria adotada a partir daquele momento).

Algumas decisões importantes foram tomadas nessa Conferência, entre elas: a criação do Plano Nacional de Políticas Públicas para LGBT; de um Conselho Nacional LGBT e da Subsecretaria LGBT dentro da Secretaria Especial dos Direitos Humanos. No plano legislativo, a decisão unânime foi pela criminalização da homo-lesbo-transfobia, o reconhecimento da união civil, e a criação do Estatuto LGBT. No campo jurídico, foi aprovada a proposta de que os juízes e as juízas de todas as instâncias devam reconhecer os direitos pautados pelos princípios constitucionais “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza” e que não haverá “quaisquer formas de discriminação”.

A quantidade e qualidade de propostas surgidas nos eventos citados acima contribuíram diretamente para a construção do Programa Nacional de Direitos Humanos III (PNDH III). O PNDH III foi aprovado pelo Decreto nº 7.037, assinado em dezembro de 2009, pelo então presidente Lula. O PNDH III avança bastante em relação aos PNDH anteriores, dado que foi

completamente elaborado por meio de um processo de conferências nacionais. O texto explicita que as ações de políticas públicas devem ser permeadas por diversos eixos, diretrizes e objetivos contidos no programa. Outro aspecto importante do PNDH III é que ele traz a nomeação/designação dos ministérios e secretarias do governo federal responsáveis ou parceiros na implementação de tais ações (DANILIAUSKAS, 2010).

Contudo, grande parte destas demandas ainda não foi atendida. Elas são geradoras de tensão e intensos debates com representantes de grupos conservadores e fundamentalistas que estão estrategicamente posicionados em diversos setores da política brasileira.

No entanto, é importante reconhecer o quanto os movimentos sociais propiciaram a ampliação da reflexão e da visibilidade do grupo LGBT culminando na implementação das políticas públicas para avançar na compreensão dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos no quadro maior dos direitos humanos. ÁVILA (2003) ressalta que a novidade que esses direitos trazem é que eles estão referidos a campos da vida social até hoje considerados campos alheios às relações democráticas e cidadãs. Tais direitos dão respaldo para o discurso político e para a construção de novos campos de direitos.

2.2 POLÍTICA E PROGRAMAS ATUAIS PARA AS MULHERES: ONDE ESTÃO AS ESPECIFICIDADES PARA MULHERES LÉSBICAS?

As mulheres lésbicas “flutuam” tanto nos Programas e Políticas para Saúde LGBT quanto nas Políticas e Programas direcionados para saúde das mulheres. Segundo FACCHINI e BARBOSA (2006), a homossexualidade feminina é um tema que só muito recentemente iniciou sua entrada na agenda política brasileira. Somente em 2003, a partir do V Seminário de Mulheres Lésbicas, foi reconhecido que as políticas públicas precisam incorporar o entendimento de que as mulheres lésbicas também são mulheres e, portanto, devem ser contempladas no conjunto das ações de atenção à saúde da mulher.

Essa incorporação já pode ser percebida na “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes”, elaborada pelo Ministério da Saúde (MS), por intermédio da Área Técnica de Saúde da Mulher (ATSM), em parceria com diversos setores da sociedade civil. Esses Princípios e Diretrizes entendem que:

A Política de Atenção à Saúde da Mulher deverá atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco,

presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras) (BRASIL, 2004b, p. 63).

O documento reconhece também a vulnerabilidade da mulher lésbica diante de doenças sexualmente transmissíveis e a baixa demanda na procura dessas mulheres para a prevenção de câncer de mama e do colo do útero, a necessidade de levar em conta a violência intrafamiliar e outras formas de violência sofridas por essas mulheres e menciona a questão que se refere ao acesso à inseminação assistida na rede do SUS, que deve incluir na clientela-alvo as mulheres lésbicas que desejam exercer o direito à maternidade voluntária (BRASIL, 2004b). Porém, a inseminação assistida pelo SUS para essas mulheres ainda não é realizada, pois, a maioria dos hospitais que realizam tal serviço, exige que a mulher esteja em um relacionamento estável heterossexual.

Para orientar as mulheres lésbicas em relação à sua saúde, o Ministério da Saúde lançou, em 2006, um livreto especial para lésbicas e mulheres bissexuais com o título de “Chegou a Hora de Cuidar da Saúde” (BRASIL, 2006). O livreto contém 20 páginas que falam superficialmente sobre dicas de saúde, de sexualidade, de alimentação, informações sobre as leis e preconceito, sobre gravidez, uso de drogas e até a menopausa.

Apesar disso, percebe-se que ainda falta muito para promover a saúde integral das mulheres que se identificam como lésbicas ou bissexuais e de todas as mulheres que mantêm relações afetivo-sexuais com outras

mulheres. As ações voltadas à saúde de lésbicas ainda são bastante incipientes e, em larga medida, realizadas de maneira descentralizada/desarticulada por organizações da sociedade civil. A construção da mulher lésbica, como sujeito de direitos e cuidados diferenciados de saúde, tem estimulado, em âmbito internacional, uma busca pelas especificidades de saúde dessas mulheres.

Segundo FACCHINI e BARBOSA (2006), existem muitas questões que sugerem a ausência de conhecimento mais adequado sobre esta população e suas demandas para subsidiar políticas públicas, o que se torna especialmente grave quando se trata de questões mais peculiares, como o conhecimento sobre práticas sexuais e o contexto relacional para subsidiar a prevenção às DST/Aids; e uma dificuldade especial em atender a demandas que envolvam o desejo de maternidade ou que perpassem a questão da família.

3 A REINTERPRETAÇÃO DOS LAÇOS DE PARENTESCO E NOVAS DINÂMICAS FAMILIARES

Durante as últimas décadas – principalmente pela influência da onda do Feminismo e do movimento gay e lésbico – um novo campo de investigação tomou entidade, um campo que conecta o mundo público da

vida social e o mundo da vida privada pessoal (PLUMMER, 2003), trazendo consigo uma nova e dinâmica onda de pesquisas sobre parentesco o qual atualmente é redefinido como uma forma de conexão de grande peso emocional e simbólico (FONSECA, 2003).

Historicamente, os estudos sobre o parentesco originaram-se entre os juristas e mais em concreto, entre os estudiosos da jurisprudência comparativa, e foi através de conceitos como pátrio poder que começou a elaborar-se toda uma terminologia legal ao redor da herança, sucessão e matrimônio (VÉLEZ-PELLIGRINI, 2008). No entanto, os estudos sobre parentesco desempenharam um papel fundamental no desenvolvimento da antropologia social e sociologia, sendo considerado um dos campos de estudos mais tradicionais destas disciplinas. Antigamente, os trabalhos sobre parentesco tomavam o sexo como categoria “natural” sobre a qual se estruturava a organização social. Segundo GROSSI (2003), tal visão foi modificada a partir da década de 1970, graças ao surgimento da antropologia feminista, que incorporou o recorte de gênero nas análises e reflexões sobre o parentesco..

Um sistema de parentesco, segundo TUBERT (1996), existe somente como produto humano e não consiste nos laços objetivos de filiação ou de consanguinidade dados entre os indivíduos. Para a autora, não é o desenvolvimento espontâneo de uma situação de fato, mas sim um sistema arbitrário de representações. No entanto, a noção do biológico como um substrato indelével está tão arraigada nas sociedades ocidentais que resulta

difícil para as pessoas analisarem o biológico como símbolo e não como substância (WESTON, 2003). Sendo assim, a maioria das culturas, assim como os pactos e tratados internacionais, confere um especial respeito à relação mãe/pai/filho, conferindo um caráter quase sagrado ao vínculo familiar.

Para muitos, o biológico é o aspecto determinante do parentesco, ou seja, acreditam que os vínculos de sangue convertem as pessoas em parentes, demonstrem ou não o amor e a solidariedade duradoura que se supõe que caracterizem as relações familiares. E a procriação física, por sua vez, produz vínculos biológicos. Coletivamente, os atributos biogenéticos estão destinados a delimitar o parentesco enquanto domínio cultural, oferecendo um padrão para determinar quem é ou não é um parente verdadeiro (WESTON, 2003).

Assim, o discurso normativo da família definiu a procriação como o principal referente do parentesco. Compartilhar uma mesma residência e a filiação são os principais elementos que dotam de significado, continuidade e temporalidade a um grupo (VIÑUALES, 2006). Entretanto, este tipo de discurso contrasta com a realidade social do Brasil e muitos outros países, onde o que se entende por família não corresponde à realidade. Pois para WESTON (2003), no mundo ocidental, a raça, a classe, o sexo, a origem étnica ou regional, o contexto e agora também a orientação sexual entram na composição das diferenças dentro da organização familiar, assim como no conceito de família e no que significa chamar alguém de parente. O

Parentesco é entendido neste trabalho como a relação que une duas ou mais pessoas por vínculos de sangue ou vínculos sócio-afetivos. No entanto, ressalta-se que o parentesco é sempre uma construção social e cultural, nunca uma mera consequência biológica.

Ao fazer uma análise da família ocidental, ROUDINESCO (2003) destaca três importantes períodos caracterizados por diferentes formas de organização familiar: em um primeiro momento, forma-se a família tradicional pautada na preocupação com a transmissão de um patrimônio. Em um segundo momento, a família passa a ser construída como fruto do amor romântico. E, posteriormente, a família fundamenta-se no amor e no prazer, com uma característica de atemporalidade, ou seja, a união dura enquanto durar o amor e o prazer.

Segundo VIÑUALES (2002), as razões destas mudanças são diversas, porém tem estreita relação com questões demográficas (redução da natalidade, aumento da expectativa de vida), econômicas (dificuldades de acesso à moradia, melhor nível de vida, crises econômicas, transformações no mercado de trabalho) e socioculturais (autonomia das mulheres, novas atitudes em relação ao matrimônio e à coabitação, aumento do divórcio, direitos e papéis dos membros da família, relações de casal e entre pais e filhos, entre outras).

CASTELLS (2010) vai além e fala sobre uma “crise da família patriarcal”, argumentando que, em conjunto, essas tendências que se

reforçam mutuamente colocam em dúvida a estrutura e os valores da família patriarcal, enfraquecendo o modelo familiar baseado na autoridade/dominação contínua exercida pelo homem, como cabeça do casal, sobre toda a família. Contudo, alerta que essas mudanças também trazem uma “ampla gama de movimentos reativos que cavam suas trincheiras de resistência em defesa de deus, da nação, da etnia, da família, da região, enfim, das categorias fundamentais da existência humana milenar ora ameaçada pelo ataque combinado e contraditório das forças tecnoeconômicas e movimentos sociais transformacionais.” (CASTELLS, 2010, p.18).

Apesar das constantes transformações, a família não se dissolveu, mas se reinventou e continua a ser reivindicada por homens, mulheres e crianças, independentemente de idade, orientação sexual e classe social (ROUDINESCO, 2003). Entretanto, CASTELLS (2010) afirma que muitos de nós teremos uma vida familiar nova e mais complexa. Nessas novas famílias, papéis, regras e responsabilidades não mais serão garantidos como é de praxe nas famílias mais tradicionais e terão de ser negociados. O autor enfatiza que não está emergindo nenhum tipo prevalecente de família, a regra é a diversidade.

Neste contexto, as famílias formadas por gays, lésbicas transexuais, travestis, e bissexuais fazem parte de um movimento mais amplo que desafia as estruturas milenares sobre as quais as sociedades foram historicamente construídas. Para facilitar o entendimento deste novo

movimento familiar, em 1997, foi cunhado o neologismo “homoparentalidade” na França. Este termo se refere à situação na qual pelo menos um adulto que se autodesigna homossexual é (ou pretende ser) pai ou mãe (ZAMBRANO, 2006). Desde então vem sendo um campo de investigação que está em amplo crescimento.

GROSSI (2003) reflete que as famílias homoparentais deixaram de ser invisíveis na bibliografia de referência sobre família e parentesco em sociedades contemporâneas, fazendo com que o parentesco se torne, além de uma questão cultural, uma questão política. Os estudos sobre a homoparentalidade levantam reflexões que trazem consigo várias implicações para estruturas da sociedade antes consideradas incontestáveis. Estas implicações estão atravessadas pelas especificidades dos tipos de parentalidades de lésbicas, gays, travestis e transexuais. ,e incluem questões jurídicas (casamento, adoção e guarda, dentre outras) sociais (preconceito, nomeação dos papéis, gestão cotidiana da parentalidade), tecnológicas (reprodução humana assistida, barriga de aluguel) e econômicas (acesso à procedimentos judiciais, tecnológicos). Desta forma, pode-se afirmar que a experiência social da homoparentalidade desafia a heteronormatividade implícita no domínio da família e do parentesco.

3.1 AS PARENTALIDADES EM FAMÍLIAS HOMOSSEXUAIS

Hoje, cada vez mais, novos arranjos familiares se impõem à sociedade, permitindo certa “desnaturalização” do conceito de família. As relações de afeto estão se sobrepondo ao fator biológico. Entretanto, o discurso que ainda predomina no campo do direito, enquanto legitimador desses novos arranjos familiares é o da “normalidade”. E é nesse contexto que a homossexualidade aparece à parte da norma (UZIEL, 2006).

VIÑUALES (2006) destaca que a emergência do discurso sobre “famílias gays” apareceu na década de 1980 nos EUA e na Grã-Bretanha. Este discurso formava parte de uma mudança de atitude do movimento homossexual que tratou de substituir a política de identidade das décadas passadas por outra baseada na diferença a respeito do mundo heterossexual. O discurso serviu também para que vários autores afirmassem que gays e lésbicas estavam introduzindo mudanças na ideologia do parentesco.

O movimento LGBT agora passa a reivindicar o direito de constituir família, sendo um dos seus carros-chefe a busca pelo direito ao casamento civil. Em alguns países como a Espanha, Canadá e Holanda este direito já foi concebido. Dentre os catorze países e territórios localizados geograficamente na América do Sul, sete reconhecem casais do mesmo sexo (Brasil, Colômbia, Equador, Guiana Francesa, Guiana, Uruguai, Ilhas

Malvinas), sendo que apenas um deles reconhece o casamento civil (Argentina).

Em cinco de maio de 2011, o Supremo Tribunal Federal (STF) do Brasil reconheceu as uniões entre pessoas do mesmo sexo (também chamadas de uniões homoafetivas) como entidades familiares, por analogia à união estável entre homem e mulher. A decisão sobre a equiparação de direitos tem efeito vinculante, sendo adotada em outros tribunais e órgãos administrativos da União. Mesmo assim, em alguns casos, o direito poderá ser negado, e o casal requerente terá de recorrer à Justiça para que seja reconhecido, pois o poder legislativo brasileiro até o momento não se dispôs a aprovar uma lei sobre o tema devido a uma forte oposição de parlamentares conservadores e religiosos.

A limitação causada pela ausência de leis aparece enquanto estratégia de exclusão, privando os casais de gays e lésbicas de gozarem de toda a proteção que o Estado confere à entidade familiar. Há mais de uma década, a então deputada Marta Suplicy, em parceria com especialistas e lideranças do movimento homossexual, definiu a proposta original do Projeto de Lei 1.151 (BRASIL, 1995), que “disciplina a união civil entre pessoas do mesmo sexo e dá outras providências”, apresentando-o na Câmara dos Deputados, em 26 de outubro daquele ano. Porém, houve resistência por parte dos parlamentares para apreciar o Projeto que desde 1995 ainda não foi para a plenária. Segundo UZIEL (2006), o Projeto de Lei 1.151 é acusado de ferir a integridade do conceito de família legitimado pela

Constituição.

Mesmo que as lutas em torno do amparo legal a uniões entre pessoas do mesmo sexo pareçam ter uma longa trajetória pela frente, a afirmação da conjugalidade homossexual como entidade familiar que rompe os limites da norma heterocêntrica já é um fato entre os homossexuais. MELLO (2005) reflete que é cada vez maior o número de pessoas que desafia a normatividade presente e busca a constituição de parcerias afetivo-sexuais com outras de seu próprio sexo, muitas vezes associando a experiência da conjugalidade à parentalidade, seja com filhos biológicos ou adotivos. Assim, o movimento homossexual mescla a luta pelo direito de uma “sexualidade não procriativa” com a luta por uma “procriação não sexual” em suas reivindicações (UZIEL, 2002). O que começou como um movimento de liberação sexual agora persegue a família patriarcal como uma praga, atacando suas raízes heterossexuais e subvertendo sua exclusividade sobre os valores familiares (CASTELLS, 2010).

Porque a sociedade considera impossível que duas pessoas do mesmo sexo tenham um filho pela via biológica “natural” (embora, hoje se tenha um grande desenvolvimento de técnicas de fertilização artificiais, possibilidade de adoção), a parentalidade homossexual esbarra em preconceitos, na ignorância, em argumentos fortemente arraigados à religião, à moral e aos “bons costumes”, frutos da repressão sexual a que nossa sociedade está submetida (SANTOS, 2004). Os três principais mitos sobre este tema são:

a) O medo de que a ausência da figura paterna/materna dificulte uma adequada aquisição dos papéis de gênero;

b) O medo de que os filhos de gays e lésbicas sejam necessariamente homossexuais. Este mito omite que a maioria de gays e lésbicas vem de famílias heterossexuais;

c) O mito de que gays e lésbicas são potenciais abusadores e vão abusar sexualmente de seus filhos.

Por conta desses mitos, a “família homoparental” costuma ser objeto de muitos questionamentos que trazem relações preconceituosas e sem embasamento algum sobre “orientação sexual” dos pais/mães e a associação ao cuidado dos filhos. Por conta destes questionamentos, já existem alguns estudos internacionais que demonstram que é a capacidade de cuidar e a qualidade do relacionamento com os filhos o determinante da boa parentalidade, e não a orientação sexual dos pais (ZAMBRANO, 2006).

GROSSI (2003) aponta as formas de filiação entre homossexuais já conhecidas pela literatura vigente: filhos de relações sexuais anteriores, dentro ou fora de um contexto de conjugalidade; adoção por apenas um parceiro (em alguns casos a justiça brasileira concedeu a adoção com o nome do casal); utilização de novas tecnologias reprodutivas (inseminação artificial para as lésbicas e barriga de aluguel para gays) ou ainda coparentalidade entre lésbicas e gays. Sendo que, segundo SANTOS (2004), o que tem mais destaque na literatura brasileira é a questão da

adoção, principalmente para homens gays, embora seja possível encontrar estudos sobre mulheres lésbicas que optaram pela concepção por intermédio de relações sexuais ou inseminação artificial.

Neste trabalho, me concentrei nas tecnologias reprodutivas como métodos para ter filhos não só por sua centralidade nas discussões sobre a maternidade lésbica, mas também por suas implicações no contexto mais amplo do discurso das famílias homoparentais. Destaco aqui que entendo por tecnologias reprodutivas tanto as técnicas de Reprodução Assistida (inseminação artificial, Fertilização in Vitro, etc.) quanto às tecnologias mais leves como a relação heterossexual ocasional com finalidade de engravidar e a auto-inseminação caseira, pois para realizá-las é necessário que as mulheres tenham conhecimento sobre seu corpo, dentre outras questões. . Estas estratégias vêm ganhando visibilidade no Brasil, segundo estudos já publicados (SOUZA, 2007; SOUSA, 2005; EUGÊNIO, 2003; GROSSI, 2003) e já é alvo de muitos estudos internacionais (ROWLANDS e LEE, 2006; CLARKE, 2005; CHABOT e AMES, 2004; TOURONI e COYLE, 2002; REIMANN, 1997, entre outros).

É interessante ressaltar que na medida em que as práticas de reprodução estão sendo difundidas entre as mulheres lésbicas, as relações baseadas nos vínculos de sangue ressurgiram onde menos se esperava: dentro das próprias famílias homoafetivas, que eram definidas por oposição às relações biológicas (WESTON, 2003).

4 A MATERNIDADE LÉSBICA COMO FENÔMENO SOCIAL: NOVAS QUESTÕES PARA A SAÚDE PÚBLICA

No Brasil, o capítulo sobre a saúde na Constituição Federal de 1988 afirma que a saúde é um direito de todos e que deve ser garantido mediante ações de políticas públicas, apontando em linhas gerais os princípios que o sistema nacional de saúde deveria ter: universalidade, integralidade e equidade. Desta forma, além de uma preocupação crescente em desenhar e implementar sistemas de saúde capazes de proteger as famílias de doenças, espera-se que a atuação dos serviços e profissionais de saúde não aumentem ainda mais as desigualdades sociais ou discriminem grupos de indivíduos segundo idade, sexo, etnia, religião, condição econômica, identidade de gênero e orientação sexual (BARATA, 2009).

Há atualmente, segundo VARGAS e MOÁS (2010), no âmbito dos saberes médico e jurídico, uma regulação do desejo de filhos na qual coexistem transformações e permanências de valores e práticas relativas à relação conjugal e familiar. O desejo de filhos se traduz em termos de reivindicações no plano dos direitos sexuais e reprodutivos, bem como das novas demandas no âmbito das políticas públicas, inclusive de saúde, exigindo maior reflexão por parte dos diversos atores envolvidos. Essas reflexões somam-se às discussões já desenvolvidas no campo das Ciências Sociais acerca da produção de discursos normativos a respeito da

sexualidade, relativos à família e à reprodução, e de sua difusão ampla por meio dos discursos científicos e dos saberes médico e jurídico na sociedade moderna.

As mulheres lésbicas que decidem articular sua sexualidade com a maternidade acabam por ficar socialmente mais vulneráveis, pois a nossa sociedade considera as duas práticas como incompatíveis. Assim, para a mulher assumir a homossexualidade em uma sociedade heteronormativa e, ao mesmo tempo, optar pela maternidade, é necessário percorrer um árduo caminho, onde uma das saídas parece ser a luta pela cidadania plena e consolidação dos direitos da mulher, para que a orientação sexual não represente motivo de exclusão dentro do processo da dinâmica social.

A maternidade lésbica faz parte dos processos revolucionários que já estão ocorrendo na infraestrutura da vida. Esses processos levam a uma “transformação da intimidade” defendida por GIDDENS (1992). O autor afirma que a vida pessoal tornou-se um projeto aberto, criando novas demandas e novas ansiedades. A transformação da intimidade clama por mudanças psíquicas e também por mudanças sociais, e estas mudanças, partindo de “dentro para fora”, poderiam potencialmente se ramificar através de outras instituições, mais públicas.

Podemos vincular essas mudanças a partir da ideia de “cidadania íntima” proposta por KEN PLUMMER (2003), pois este conceito aglutina uma pluralidade de histórias e de discursos públicos sobre como viver a vida

pessoal no mundo pós-moderno, onde a cada momento nos defrontamos com uma diversidade de opções e dificuldades sobre como construir nossa intimidade.

O conceito de cidadania íntima examina direitos, obrigações, processos de reconhecimento e de respeito referentes às esferas mais íntimas da vida – com quem compartilhar a vida, como educar os filhos, como “administrar” o corpo, como nos relacionar enquanto seres com gênero e como viver nosso erotismo. Este conceito leva em consideração que as diferentes situações estão intrincadas de acordo com seu pertencimento a diferentes grupos e comunidades, o qual provoca suas próprias e inevitáveis tensões. Também reconhece que o particular habita sempre em um contexto universal dinâmico (PLUMMER, 2003). Esta ideia sugere a necessidade de prestar atenção aos processos de reconhecimento de uma série de “grupos de intimidade”, assim como de seus direitos e suas responsabilidades em zonas de emergente conflito. De acordo com o autor, quatro são os temas sobre os quais teríamos de concentrar nossa atenção: 1) as esferas públicas; 2) os conflitos culturais e a necessidade de diálogo; 3) a narrativização e as histórias morais; e, por último, 4) a globalização.

Em contraste com as primeiras construções da ideia de cidadania, nas quais ser um cidadão significava viver dentro de um determinado marco de valores nos quais muitos grupos ficavam excluídos sobre a base da definição do que era público ou não, a cidadania íntima é um termo estrategicamente vago que leva em consideração a multiplicidade de

experiências e de vozes que trazem consigo vidas novas, novas comunidades e novas maneiras de fazer política. O autor argumenta que já não é razoável esperar que se encontre um mapa bem definido do que é e o que não é público, pois os debates sobre cidadania estão intrinsecamente vinculados às esferas públicas.

PLUMMER (2003) assume que o público está em realidade dividido em “múltiplas esferas do público”, que estão hierarquicamente estratificadas e em constante conflito. Encontramos exemplos na “esfera pública negra”, “esfera pública lésbica”, “esfera pública gay”, “esfera pública das trabalhadoras do sexo”, na dos “cristãos evangélicos” e assim sucessivamente. Podemos afirmar, por exemplo, que a maternidade lésbica pertence à esfera pública lésbica e esta, por sua vez, está:

“a) desenvolvendo e visibilizando suas próprias culturas em um sentido positivo, as quais b) se encaixam em esferas públicas e culturais mais amplas, enquanto que c) ao mesmo tempo proporcionam padrões culturais subalternos e alternativos. Deste modo transformam as margens e os limites das sociedades mais amplas” (PLUMMER, 2003, p. 37).

Estas culturas, que agora estão conseguindo mais visibilidade, desencadearam processos de reconhecimento (sair do armário, encontrar uma voz, criar um espaço) de obtenção da igualdade (nos terrenos da lei, da igualdade de oportunidades ou programas antidiscriminatórios, tudo isso baixo o lema comum dos “direitos LGBT”) e favoreceram a gênese de

novas “instituições LGBT” (organizações políticas, organizações comerciais ao redor do poder econômico deste grupo social, grupos de autoajuda e de luta contra a Aids). Mais ainda, a cultura pública LGBT criou uma linguagem nova na qual os “direitos” e a “cidadania” se converteram em objeto de discussão – termos como homofobia, heterossexismo, homoparentalidade, enquadram uma série de fenômenos muito tangíveis que tem de ser obrigatoriamente tratados (PLUMMER, 2003).

A ideia de cidadania íntima traz consigo questões que impõe a busca por uma sociedade mais justa, na qual os indivíduos não sejam inferiorizados em função de qualquer diferença que apresentem em relação à norma social dominante. A partir desse entendimento, acredito que esse conceito ajuda a relacionar novas formas de viver a vida - como a maternidade lésbica - com as questões de saúde pública. Pois para que os princípios de universalidade, integralidade e equidade sejam atingidos, a saúde pública tem que lidar com a diversidade e com o diálogo entre diferentes grupos. Entendo que a superação das desigualdades sociais requer um conjunto de políticas e processos de transformação social que vão muito além do escopo deste setor (BARATA, 2009). Porém, acredito que a saúde pública seja um lugar privilegiado para serem trazidas essas discussões.

Partindo do princípio de que essa forma de parentalidade representa uma das diferenças entre tantas que uma sociedade democrática deveria respeitar e proteger, percebe-se que aumentar a visibilidade das mulheres

lésbicas que tem ou querem ter filhos é um passo importante para que suas necessidades sejam atendidas. Pois, na medida em que esta realidade já se apresenta na sociedade brasileira, faz-se imprescindível que este tema seja abordado em estudos e discussões acadêmicas, além de outras esferas da política pública e da vida social, incluindo a Saúde Pública.

5 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA, HIPÓTESE E OBJETIVOS

Diante do exposto até aqui, percebe-se que a maternidade lésbica, aos poucos, começa a ganhar espaço e legitimidade social, uma vez que as relações e as instituições sociais - como a maternidade propriamente dita e a família - estão sempre em processo de mudança. A homoparentalidade, de forma similar, surge como um instituinte de um novo arranjo familiar pós-moderno que se diferencia bastante do modelo tradicional de família. No presente trabalho, pretendo focar a maternidade entre mulheres lésbicas que buscam a parentalidade através do uso de tecnologias reprodutivas (reprodução assistida, inseminação caseira ou relação heterossexual ocasional), tendo como principal questionamento: como mulheres lésbicas vivenciam e atribuem significado à maternidade? Espero que a contribuição do debate que pretendo trazer aqui ajude a demonstrar a diversidade existente de mulheres e suas formas de construir sua intimidade.

Parto da hipótese que a maternidade pode ser um dos projetos de vida de mulheres lésbicas e, quando ocorre, pode assumir significados diferenciados para cada uma das mulheres em relação à assunção da maternidade, tendo em vista a diversidade de arranjos familiares presentes no contexto contemporâneo brasileiro.

Para o desenvolvimento do presente estudo, tive como objetivo geral compreender as concepções sobre a parentalidade de mulheres lésbicas que buscam a gravidez por meio de doadores de sêmen sejam eles conhecidos ou desconhecidos. O meu intuito, assim, é compreender como elas vivenciam a maternidade e parentalidade neste contexto. Está dentro do objetivo geral da pesquisa descrever as trajetórias dessas mulheres na busca de informações e das tecnologias; interpretar significados atribuídos por elas à maternidade; e identificar e analisar as dinâmicas familiares e sociais que ocorrem no processo da maternidade.

6 DESENHO METODOLÓGICO

6.1 ABORDAGEM DO ESTUDO

Para que as políticas se coloquem em prática, o que necessitamos

em realidade são histórias cotidianas sobre novas formas de vida que nos revelem de que maneira as pessoas confrontam os dilemas éticos e se manejam nas práticas deles (PLUMMER, 2003). Desta forma, acredito que a abordagem qualitativa é a mais adequada para este estudo, pois se baseia no princípio de que “os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios atores” (POLIT; HUNGLER, 1995, p. 270).

A evolução histórica da pesquisa qualitativa demonstrou o quanto ela pode oferecer formas diferentes e inovadoras de produzir dados (DENZIN e LINCOLN, 2000). Por haver uma diversidade de estratégias qualitativas que, muitas vezes, conseguem ir até onde a pesquisa quantitativa não consegue chegar, elas são comumente utilizadas por pesquisadores dos campos de estudo de gênero e sexualidade, que através dela vem conseguindo trazer questões contemporâneas a serem mobilizadas pela sociedade. Desta forma, pode-se afirmar que a investigação qualitativa consegue trazer um diálogo efetivo entre os terrenos político e acadêmico por dar mais espaço a vozes e experiência que foram socialmente suprimidas, como nos estudos da população LGBT.

Este diálogo é possível pelo fato da pesquisa qualitativa buscar compreender as experiências vividas porque são repletas de significados atribuídos por quem a vivencia, e que emergem do contexto da vida. Assim, “ela trabalha com o universo de significados, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e

dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 2004, p. 21).

Contudo, cabe ressaltar que a pesquisa qualitativa vai além de coletar relatos. É uma maneira de chegar ao conhecimento de fatos vividos ou vivenciados que os documentos escritos e dados estatísticos por si só não poderiam revelar, pois ela incorpora a questão do significado e da intencionalidade como inerente aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas, tanto no seu advento, quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (MINAYO, 2004). É importante levar em conta as possibilidades que as pessoas oferecem em sua vida cotidiana.

6.2 ASPECTOS ÉTICOS

A revelação do vivido não é um processo simples, como também não o é a ação de indagar por episódios de natureza tão sensível e delicada. Assim, os cuidados éticos na investigação respeitaram a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde (1996). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo em 17 de abril de 2009, sob o número de protocolo 1913 (ANEXO I).

Foram entregues para cada participante da pesquisa dois termos de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE 2), sendo uma via para a participante e outra para a pesquisadora, as quais foram devidamente assinadas por ambas. Os termos foram preparados com especial cuidado com a linguagem utilizada para deixar bem claros os compromissos de sigilo, privacidade e possibilidade de interrupção da entrevista a qualquer momento. O termo de consentimento foi lido e foram esclarecidos todos os pontos necessários da pesquisa, bem como o fato de que ela não traria danos de qualquer tipo para o entrevistado.

Para preservar a identidade das mulheres participantes desta pesquisa, os nomes verdadeiros foram substituídos por nomes de cantoras brasileiras que são ícones para o público LGBT.

6.3 APRESENTANDO OS SUJEITOS

Para compor o estudo, busquei mulheres lésbicas solteiras ou em um relacionamento que tiveram filhos, por meio de doadores de sêmen, sejam eles conhecidos ou desconhecidos, ou que estão planejando ter.

Encontrar as mulheres lésbicas participantes deste estudo não foi uma tarefa fácil. Primeiramente, fui em busca de Organizações Não-

Governamentais (ONG) que militam pelas causas da população LGBT, visto que eles têm legitimidade nesta comunidade e podem intermediar esse contato, sempre respeitando as questões éticas do sigilo e do anonimato. Contudo não obtive êxito por esse caminho.

Após passar meses sem encontrar nenhuma mulher para participar do estudo, uma companheira de faculdade me passou o contato de duas mulheres lésbicas que ela conhecia. Consegui o contato de outras duas quando participei da Parada Lésbica de São Paulo, realizada em julho de 2009, onde as suas filhas panfletavam sobre o grupo de mães e pais LGBT que elas tinham fundado. A partir daí, comecei a buscar na internet, a partir da lista de discussão do grupo que elas haviam fundado. Foram contatadas oito participantes. Sendo assim, o estudo foi composto por 12 mulheres. No momento da entrevista, três mulheres estavam solteiras e nove em um relacionamento. Dentre as três solteiras, em dois casos as ex-parceiras engravidaram por fertilização in vitro. A outra solteira engravidou por meio de relação sexual com um amigo gay. Das nove mulheres que estavam em relacionamento, dois casais obtiveram êxito nas tentativas de reprodução assistida e as restantes ainda estavam na fase de planejamento e tentativa.

A seguir, o quadro 1 apresenta a caracterização das mulheres lésbicas que participaram deste estudo, onde é possível perceber algumas semelhanças e diferenças desta população estudada.

O quadro 1 está estruturado de tal forma que apresenta,

primeiramente, as mulheres que estavam “solteiras” no momento da entrevista (Ângela, Vange e Cássia) e a participante (Marina) que vivia união estável no momento da entrevista, mas que a parceira não participou do estudo. As demais mulheres são apresentadas em subdivisões do quadro por cores aos pares de casal, dessa forma: Luiza e Zélia, Adriana e Simone, Ana Carolina e Gal, Isabella e Maria.

Quadro 1. Caracterização das mulheres

Mulheres	Idade	Classe social a qual acha que pertence	escolaridade	Profissão	Raça/cor	Estado civil	Religião	Filhos
Vange	40	Classe média baixa	superior completo	publicitária	branca	separada	Sem	Teve filhas gêmeas com a ex-companheira (não engravidou)
Cássia	26	Pobre	ensino médio completo	radialista	negra	solteira	Sem	Teve uma filha com o amigo gay
Marina	30	Classe média baixa	superior completo	designer	negra	união estável	Sem	Não tem filhos, pretende engravidar
Angela	46	Classe média baixa	superior completo	enfermeira	branca	separada	Sem	Teve um filho com a ex-companheira (não engravidou)
Luiza	36	Classe média	superior completo	autônoma	branca	união estável	espírita	Teve uma filha com o ex-marido (pretende engravidar novamente)
Zélia	30	Classe média	superior incompleto	computação	branca	união estável	espírita	Teve uma filha em produção independente (não pretende engravidar novamente)
Adriana	32	Classe média	superior completo	do lar	branca	união estável	Sem	Teve uma filha com a companheira atual (engravidou)
Simone	33	Classe média	superior completo	médica	oriental	união estável	Sem	Teve uma filha com a companheira atual (pretende engravidar)
Ana Carolina	35	Classe média	superior completo	professora universitária	branca	união estável	Sem	Teve uma filha com a companheira atual (engravidou)
Gal	32	Classe média	superior completo	estudante	branca/oriental	união estável	Sem	Teve uma filha com a companheira atual (pretende engravidar)
Isabella	32	Classe média	superior completo	agente de viagens	branca	união estável	Católica	Teve um filho com o ex-marido (pretende engravidar novamente)
Maria	23	Classe média	ensino médio completo	atendente	branca	união estável	Católica	Não tem filhos, pretende engravidar

6.4 OBTENÇÃO DOS DADOS

A coleta dos dados aconteceu entre maio de 2009 e junho de 2011. Foram feitas entrevistas em profundidade através de um roteiro semiestruturado (APÊNDICE 1). Desta forma, questões norteadoras foram projetadas às mulheres para capturar aspectos relacionados à parentalidade e maternidade, incluindo decisões ou reflexões sobre concepção, sobre família, sobre terminologia, suporte social, questões médicas, questões de doadores (conhecidos ou não), etc. Destaca-se que as perguntas norteadoras não foram usadas rigidamente, no sentido de engessar os relatos, mas “seguir uma ordem de importância de inscrever os tópicos principais em análise do depoente” (MEIHY, 2002, p.146).

Cabe ressaltar que a entrevista semiestruturada não é inteiramente aberta e nem possui grande número de perguntas precisas. A ordem das perguntas também variou bastante de caso a caso, pois dependia de como as participantes iam narrando suas histórias. Tentei dar o máximo de liberdade para que as mulheres se expressassem, no entanto foi feito um esforço para que a entrevista fosse reencaminhada para os objetivos do estudo proposto cada vez que as participantes se afastavam deles.

Todas as entrevistas ocorreram nas residências das participantes, exceto duas. Uma ocorreu na casa da pesquisadora, a pedido de uma participante, e a outra participante preferiu ir para a biblioteca da Faculdade

de Saúde Pública, pois se sentia mais confortável assim. Dois casais preferiram ser entrevistados juntos, contudo não apareceram diferenças significativas do casal que foi entrevistado em separado em relação aos demais. O tempo de entrevista variou de 1 hora a 1 hora e meia. As entrevistas foram gravadas com auxílio de um gravador de voz digital e transcritas na íntegra, resultando em um texto nativo para posterior análise.

6.5 ANÁLISE DOS DADOS

Pelo fato dos dados incluírem os discursos das mulheres lésbicas, a análise foi feita manualmente e os dados foram revisados repetidamente. Para facilitar a análise, foi criada uma matriz que continha os dados de todas as participantes, acompanhada por descrições resumidas de cada caso para facilitar a identificação.

O primeiro passo da análise foi ler repetidamente as transcrições e fazer observações em cada transcrição com frases-chave e questões que emergiram nas entrevistas. Essas observações incluíam sumários de conteúdos, conexões entre diferentes aspectos das transcrições e interpretações iniciais. À continuação, as observações foram condensadas dentro de cada transcrição para produzir temas iniciais, com cuidado para que estes temas fossem consistentes com os dados.

Esse processo foi feito com cada transcrição e os conjuntos de temas iniciais resultantes foram examinados para identificar diferenças e padrões recorrentes entre as transcrições, produzindo um conjunto final de temas. As relações entre estes temas e os dados foram verificadas novamente nesta fase. Os temas foram, então, ordenados em subcategorias de tal forma a produzir uma narrativa de pesquisa lógica e coerente.

As subcategorias continham frases-chave e declarações que pertenciam diretamente ao tópico a ser explorado. Os significados das subcategorias foram identificados e examinados para revelar o essencial como experienciado e descrito pelos participantes.

O estágio final da análise consistiu em juntar as subcategorias em categorias específicas. As categorias estavam inter-relacionadas de modo a oferecer uma estrutura geral à totalidade do corpo de dados, e analisá-los. Desta forma, as interpretações dos participantes foram fundidas com as interpretações da pesquisadora. Para fazer isso, citações de narrativas dos participantes foram incluídas para elucidar minhas interpretações. Assim, o produto final reflete uma pluralidade de vozes.

O quadro 2, apresentado a seguir, ilustra a divisão das categorias:

Quadro 2. Divisão de categorias e subcategorias

Categorias	Subcategorias
O que é preciso para ser uma família?	"A família tradicional já foi desfeita há muito tempo, né?"
	Sobre a incompatibilidade entre ser lésbica e maternidade
	Desejo de ser mãe <i>versus</i> desejo de ter filho
A decisão de aumentar a família: escolhas e procedimentos.	Sobre a decisão de transformar o desejo de ter filhos em realidade
	Quem deve engravidar? Desejo ou não de passar pelo processo de gravidez
	Estratégias para buscar a gravidez: reprodução assistida ou relação heterossexual ocasional ou inseminação caseira
	Sobre a escolha do doador: conhecendo um desconhecido
Como apresentar nossa família ao mundo?	Nos papéis da dinâmica familiar cabem duas mães?
	O olhar do outro: reconhecimento familiar, social e legal
	A estratégia da ROPA como forma de "confundir" a sociedade
O que é ser mãe lésbica?	Sobre a compatibilidade entre ser lésbica e maternidade
	Enfrentando o contexto heterossexista
	E que venha o preconceito...
	Mulheres Lésbicas e internet: a busca pela maternidade nas redes sociais virtuais

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1 CATEGORIA I - O QUE É PRECISO PARA SER UMA FAMÍLIA?

7.1.1 “A Família Tradicional Já Foi Desfeita Há Muito Tempo, né?”

“Deveras, mais que um singelo instituto de Direito em sentido objetivo, a família é uma complexa instituição social em sentido subjetivo. Logo, um aparelho, uma entidade, um organismo, uma estrutura das mais permanentes relações intersubjetivas, um aparato de poder, enfim. Poder doméstico, por evidente, mas no sentido de centro subjetivado da mais próxima, íntima, natural, imediata, carinhosa, confiável e prolongada forma de agregação humana.”
(Trecho do voto do Ministro Ayres Brito, relator da sessão realizada no dia 04 de maio de 2011 no Supremo Tribunal Federal que versou sobre o reconhecimento da união estável entre casais do mesmo sexo).

O pequeno trecho acima faz parte do voto de duas horas do ministro Ayres Brito. Com ele, deu-se início à sessão histórica que duraria dois dias,

acompanhada atentamente por homossexuais no Brasil inteiro. Pelo voto do ministro, deve ser excluído da interpretação da lei qualquer significado que impeça o reconhecimento de pessoas do mesmo sexo como entidade familiar, frisando que tal união não pode mais ser classificada como mera sociedade de fato, tratada como se fosse um negócio mercantil sem laços afetivos.

Para os homossexuais, o que está em jogo é algo mais do que poder chamar suas relações de “familiares”. As questões referentes à herança, ao pagamento de impostos e à luta pela custódia de um filho são só três das questões que lhes são dificultadas com base em sua orientação sexual e aparecem como potenciais estressores no dia-a-dia dessas pessoas. Apesar de todos os obstáculos que têm que vivenciar e antes mesmo dos ministros do STF concederem o “status de família” aos homossexuais, estes últimos já construíam suas famílias à margem do que é legalmente reconhecido e socialmente aceito.

E era neste cenário de clandestinidade jurídica que as mulheres lésbicas que participaram deste estudo se encontravam. Sempre buscando estratégias de enfrentamento para encarar as questões do cotidiano, elas demonstraram que os laços afetivos e sociais são maiores que os documentos legais aos quais elas ainda não têm acesso facilmente. Porém, ao exaltarem estes laços, não quer dizer que elas desconsiderem a família biológica. Nesta categoria de abertura, trago um pouco do que significa “ser família” para as mulheres lésbicas participantes do meu estudo.

A família é uma construção social e cultural, nunca uma mera consequência biológica. Segundo ARIÈS (1978), assistimos ao nascimento e desenvolvimento do sentimento de família desde o século XV até o século XVIII. Antes disso, a família existia como realidade moral e social, mais do que sentimental. A partir da ascensão do sentimento de família, ela deixa de ser vivida discretamente e passa a ser reconhecida como um valor, sendo exaltada por todas as forças da emoção. Atualmente, ela não pode ser considerada apenas uma instituição.

Cada mulher entrevistada trouxe o seu significado de família. Vange, por exemplo, acredita que existem dois tipos de família – uma convencionalmente instituída e outra construída.

Acho que família tem uma instituição que é convencional que é aquela que a gente aprende a conviver e a gente tem laços que são preestabelecidos. E acho que tem aquela família que é por afinidade que é aquela que a gente constrói com os relacionamentos, amizades, enfim, tem dois tipos de família. (Vange)

Ao usar o verbo “construir” para definir família, a entrevistada demonstra o entendimento de que a família consanguínea não representa uma entidade natural que proporciona a base de todas as formas de parentesco. Contudo, ela evita valorar qual é a mais importante se é a consanguínea ou a construída. Outra participante do estudo, apesar de acreditar também que família é “construção”, dá menos destaque aos laços sanguíneos em relação aos afetivos. Ela reflete que a família é mais “fraternal” e acredita que as pessoas não deveriam ter uma “gratidão eterna

sanguínea” para com os seus parentes. Ela usa as palavras “fraternidade” e “amor” como qualificativos mais importantes de família.

Eu não acho que família tem a ver com laços sanguíneos. Eu acho que a família tem mais a ver com fraternidade, com amor. Às vezes eu acho que as pessoas se prendem muito nessa questão “ah, porque é meu pai, ah porque é minha mãe, ah porque é meu irmão” e às vezes nem sempre é assim. Eu acho que a família você constrói. Você tem a sua família sanguínea, ok, é sua família biológica, mas você não precisa ficar limitado a ela. Achar que você tem essa gratidão eterna sanguínea. Então eu acho que é mais fraternal. (Marina)

Da mesma forma, Zélia acompanha pensamento de Marina. Família é amor, respeito e união pelos laços afetivos:

Família pra mim é respeito, é amor, é a união de pessoas pelos laços afetivos, independente de sangue. Eu acho que é o alicerce pra qualquer família, qualquer coisa que possa sair algo bom. (Zélia)

Ao darem destaque aos laços afetivos, mais do que aos biológicos, as mulheres lésbicas entrevistadas situam as famílias no extremo oposto à lógica da determinação. A participante Luiza vai mais longe e afirma que o importante é o amor, cuidado e proteção, independente da relação das pessoas. Tais famílias podem não só ser formadas por parceiros, filhos adotivos, filhos biológicos, filhos de matrimônios heterossexuais anteriores, como também podem incluir amigos. Na opinião da entrevistada, até a relação de um empregador e empregado pode ser contemplada nestas relações.

Ah, pra mim são pessoas que se amam e se ajudam e se cuidam e se protegem. Pra mim, isso é família, não importa se é do mesmo sangue ou se não é. Se as pessoas se amam, se protegem e querem viver uma pela outra, pra mim isso é família. Mesmo se for, sei lá, o cara e o empregado dele. Se eles se amam, se gostam e tem um afeto, é família. (Luíza)

Apesar de todas as dificuldades e falta de reconhecimento, as mulheres lésbicas entrevistadas vivenciam o formato de família que acreditam e se consideram felizes por poderem “construir” um núcleo de amor escolhido. Este núcleo é idealizado como algo duradouro, firme como uma “raiz”, que estará presente nos bons e maus momentos da vida.

Eu acho que tem vários tipos de família. Mas a nossa família é um núcleo de amor, um núcleo escolhido, né? A gente se achou e se escolheu e estamos juntas pra enfrentar as coisas e curtir as coisas. É vínculo, é raiz. É uma raiz que a gente tá criando. (Ana Carolina)

Percebe-se que os trechos das falas apresentados até aqui trazem uma forte relação entre “família” e “escolha” e “afeto”, desafiando as categorias da lei e da natureza. Estas mesmas características já haviam sido levantadas pela antropóloga Kath WESTON (2003) em um estudo conduzido na década de 1980, nos Estados Unidos, sobre homossexuais e parentesco. Ela encontrou uma categoria cujos membros negociavam suas responsabilidades a partir de uma construção familiar baseada na "escolha". Segundo a autora, as famílias incorporavam amigos, amantes e filhos, em qualquer combinação e eram organizadas a partir de uma ideologia de amor, de escolha e de criatividade. Ela denominou tais famílias como “famílias que escolhemos”. Estas famílias foram construídas através do temor e, às vezes, da vivência dos homossexuais norte-americanos de serem deserdados ou

repudiados ao se assumirem diante de seus familiares de sangue. Isto fez com que muitos gays e lésbicas chegassem a questionar tanto a “naturalidade” do laço biológico como a pressuposição de que compartilhar substância biogenética confere por si o parentesco.

No entanto, apesar de apresentarem a “escolha” como ponto forte em suas concepções de família, as participantes do estudo não apresentavam este “temor” apresentado pela autora. Muitas das entrevistadas mantinham estreitas relações com suas famílias de origem, mesmo que não houvesse uma aceitação plena de sua orientação sexual e de sua parceira por parte de seus parentes. Gal, por exemplo, afirma que seus pais sempre tiveram um apreço por Ana Carolina, mas ainda não a reconhecem como sua esposa ou companheira.

Entrevistadora: E os seus pais (Gal) aceitaram bem a relação de vocês?

Eles sempre gostaram da Ana, mas assim, pra aceitar a relação...(Gal)

Sempre gostaram. Mas é como se eles me vissem como pessoa, mas não como esposa da filha, entendeu? (Ana Carolina)

Desta forma, concordo com OSWALD (2002), quando ela afirma que os homossexuais redefinem o conceito de família em um sentido mais inclusivo, levando-se em conta os recursos existentes, para conseguir conciliar as possibilidades de relacionamentos sanguíneos e afetivos, incluindo a parentalidade.. Para a autora (op. cit.), é necessário criar e

manter este senso de família em uma sociedade que não reconhece socialmente e legalmente as famílias LGBT. A partir deste senso, as mulheres deste estudo aventaram a possibilidade de construir sua forma de família e entenderam que poderiam incluir o projeto de filhos nela. Contudo, elas nem sempre tiveram este entendimento. Ao se assumirem lésbicas, a família e a parentalidade pareciam muito distantes, devido aos fortes valores heterossexistas arraigados na sociedade brasileira. A seguir, detalharei melhor esta questão.

7.1.2 Sobre a Incompatibilidade entre Ser Lésbica e Maternidade

“Eu não gosto de homem, só quis ter um filho!” (Cássia)

No momento da entrevista em que a entrevistada Cássia proferia as palavras mencionadas acima, demonstrava muita indignação. Ela estava relatando o fato de ter perdido um relacionamento por causa de sua gravidez. Na época, tentava voltar com uma antiga namorada que morava em outro estado. Tudo ia bem, até que ela resolveu contar à sua pretendente que estava grávida. A reação não foi das melhores, ela ouviu xingamentos e indagações por parte da outra mulher que sentiu a notícia

como se fosse uma traição, mas não do relacionamento entre as duas e sim de uma imagem de lésbica que a outra acreditava que a parceira deveria ter. Sua pretendente não conseguia conceber que ela fosse lésbica e engravidasse.

Quando eu falei pra ela que eu estava grávida, nossa, ela me xingou de tudo quanto é nome. Ela disse que eu menti pra ela. Que eu enganei ela. Que eu disse pra ela que eu gostava de mulher, mas que eu gostava de homem. Aí eu falei pra ela: “Eu não gosto de homem! Só quis ter um filho!” (Cássia)

Mesmo tentando explicar, Cássia não obteve sucesso. Para a sua ex-companheira estava claro que a gravidez estaria estreitamente relacionada à heterossexualidade. Achar que mulheres lésbicas não podem engravidar ou ser mães, é algo que ainda hoje é muito frequente na sociedade, inclusive entre as próprias mulheres lésbicas. Pois a concepção de uma mãe lésbica se vê complicada pela noção de gênero e de personalidade que informa cada conceito específico do parentesco. É como se tais mulheres abrissem ou devessem abrir mão de todas as questões referentes ao que socialmente é atribuído ao papel feminino. Esta questão foi relatada por outras mulheres no estudo, que pensavam que a declaração da homossexualidade significaria automaticamente perder o direito de vivenciar a maternidade. A própria Cássia também chegou a acreditar que nunca poderia ser mãe. Ela atribuiu tal pensamento ao fato das pessoas de seu convívio social demonstrarem em seu discurso a incompatibilidade da pessoa ser lésbica e ter filhos.

Eu tinha esse preconceito, mas porque as outras pessoas me passavam isso, entendeu? Teve uma amiga minha que é lésbica que teve um filho e o pessoal falava bastante “pô, Joana teve um filho. Nossa, mas não era lésbica?” Então eu sou muito de ouvir comentários e eu ouvia muitos comentários do tipo “mas fulana não era lésbica? Que lésbica é essa? Ah, ela nunca foi lésbica, se tem um filho, ou está grávida, como é que ela é lésbica?” (Cássia)

“Que lésbica é essa?” É a pergunta que muitos devem se fazer ao se depararem com essas mulheres que desafiam os “limites” da sua orientação sexual e se aventuram pelo mundo da maternidade. Outras mulheres entrevistadas também passaram por um autoquestionamento entre ser lésbica e ser mãe ao “saírem do armário”². Zélia, por exemplo, ao perceber-se lésbica, se sentiu decepcionada por ter que abrir mão de um desejo antigo que era ser mãe:

Desde os 15 anos, que eu assumi para mim que eu era lésbica, que eu adorava mulheres, enfim, eu pensava “poxa vida! Mas eu sempre quis ser mãe”. (Zélia)

WESTON (2003), em seu estudo, reflete que muitos homossexuais, ao declararem sua homossexualidade pela primeira vez, aceitaram esta generalização social que relaciona a sua orientação sexual com a incompatibilidade com a vida familiar. Segundo FOUCAULT (1988), essa generalização veio da ideia de que os homossexuais representam uma ameaça à família e, junto com ela, à espécie. Isto contribuiu com a convicção de que os gays e as lésbicas são incapazes de procriar, criar seus

²A expressão “sair do armário” refere-se a assumir a orientação sexual publicamente.

filhos e estabelecer laços de parentesco. Para o autor, geralmente as pessoas pensam que o acesso à família natural só pode se dar por meio da heterossexualidade, enquanto que os homossexuais estão condenados a um futuro de solidão e isolamento. E isso não é somente vincular estreitamente o parentesco com a procriação, seu significado vai mais além, é ver também os gays e lésbicas como membros de uma espécie incapaz de procriar, separada do resto da humanidade, ou seja, cidadãos de segunda categoria.

Um estudo americano (CHABOT e AMES, 2004) e outro britânico (TOURONI e COYLE, 2002) também demonstraram uma inconsistência percebida pelas mulheres lésbicas estudadas naqueles países entre maternidade e a orientação sexual. TOURONI e COYLE (2002) acreditam que a falta de modelos parentais nas comunidades lésbicas contribuiu para que suas pesquisadas acreditassem por algum tempo nesta inconsistência. Como nos estudos citados, algumas participantes deste estudo também vivenciaram em um primeiro momento um afastamento da ideia de ser mãe por conta da orientação sexual. Com o passar do tempo, a distância entre as duas coisas foi desaparecendo. Cássia reflete sobre isso:

Mas hoje eu penso diferente. Se fulana é lésbica e ela teve um filho eu já me pergunto o porquê dela ter um filho. Qual motivo que ela teve pra ter um filho? Fora que tem, sei lá, várias outras mulheres que tiveram filhos e foram casadas com homem e que de repente descobriram “pô, eu gosto de mulher!” Ela tem filhos, mas gosta de mulher. Então mudou muito no meu modo de pensar. (Cássia)

Então, o que fizeram essas mulheres mudarem de ideia e acreditarem

que sim, podiam ter filhos? CHABOT e AMES (2004) relatam que a divulgação de informações, como por exemplo, a difusão de métodos alternativos para engravidar, além de alguns casos de mulheres lésbicas que são mães e saíram em público, permitiram a estas mulheres uma mudança de pensamento. As participantes deste estudo também referiram a importância da informação e do conhecimento para quebrar este preconceito, com destaque ao aumento da acessibilidade às informações por meio da mídia, principalmente pela internet. Tal fato apareceu em quase todas as falas:

E aí eu primeiro pensei, "putz, vou esquecer essa história de filhos, né, porque agora eu casei com uma mulher. Como é que eu vou ter filho?" Só que aí depois eu fui vendo, pesquisando e vi que dá pra ter filho. (Marina)

Eu procurava tudo na internet, eu olhava todos os sites, todos os dias, em português, em inglês, eu lia tudo! Sobre homossexualidade, eu lia tudo. Aí que eu descobri que as mulheres se casavam, que as mulheres tinham filhos. (Luíza)

Percebe-se aqui que a caracterização das mães lésbicas como componentes de uma relação do "mesmo com o mesmo" faz com que a sua imagem seja algo confuso, até mesmo entre as próprias mulheres lésbicas. Partindo de uma análise mais específica feita por BADINTER (1985) que demonstra o quanto a maternidade está impregnada de ideais que a fazem ser vista como um papel gratificante, é possível entender porque as mulheres lésbicas não são vistas como mães. Para a autora, o modo como se fala dessa "nobre função", com um vocabulário tomado à religião (evoca-se frequentemente a "vocação" ou o "sacrifício" materno) indica o aspecto

místico que é associado ao papel materno. A mãe é usualmente comparada a uma santa e criou-se o hábito de pensar que toda boa mãe é uma "santa mulher". E como uma lésbica poderia ser uma boa mãe se é um indivíduo visto pela maioria das pessoas como reduzido à sua identidade sexual? Como aceitar uma mãe santa que faça sexo com outras mulheres? Nas entrevistas, algumas mulheres relataram que houve questionamento da sua identidade sexual por parte de seus parentes por conta do desejo de ter filhos. Acredito que o ideal sagrado da maternidade, como discutido por BADINTER (1985), fez com que alguns parentes das mulheres entrevistadas conferissem um poder de “cura” da homossexualidade que muitos acreditam que a maternidade possuía.

A minha mãe já tava acostumada com o fato de eu ser lésbica, ela falava: “ah, esse negócio de ser sapatão! Não sei de onde você tirou isso!”. Daí quando eu engravidei, ela achou que eu tinha me curado. (Zélia)

A minha mãe e a minha avó já estavam alegres da vida: “nossa, minha filha mudou. Jesus transformou minha filha. Minha filha não é mais lésbica. Jesus a curou!”. (Cássia)

Quando meus pais souberem que pretendo engravidar, eles vão achar que eu me curei (risos). Iriam pensar: “nossa, Marina voltou a ser hétero”. (Marina)

Diante do exposto aqui, percebe-se que o desejo de ter filhos primeiro passou por uma confrontação entre identidade sexual e maternidade, para que depois pudesse ser planejada e posta em prática. Porém, desde quando estas mulheres acreditam que possuem este desejo? A questão do desejo será discutida na subcategoria a seguir.

7.1.3 Desejo de Ser Mãe Versus Desejo de Ter Filho

Desejo é vontade. Desejo é anseio ou ambição por alguma coisa; aspiração de ter, de conseguir ou de que algo aconteça³. O desejo é uma experiência subjetiva, mas ele também se afirma pela intersubjetividade, da relação com o outro e da comunicação. O desejo é estruturado como uma linguagem e se organiza em palavras na nossa mente: nesse sentido, ele nos fala. O desejo de ter um filho é complexo, difícil de precisar e de isolar de toda uma rede de fatores psicológicos, culturais e sociais (BADINTER, 1985).

Um dos questionamentos que fiz às mulheres que participaram deste estudo foi sobre o desejo de ter filhos. De onde elas acharam que ele vinha? Apenas uma das minhas entrevistadas respondeu que nunca quis ter filhos. Com exceção de Cássia que nunca pensou em ter filhos e só o fez por pressão social e porque queria dar um neto à sua mãe, todas as outras responderam que isso passou desde muito cedo pelos seus pensamentos. Algumas arriscaram responder que tal desejo “sempre” as acompanhou

³ IDICIONÁRIO AULETE – disponível em:
<http://aulete.uol.com.br/site.php?mdl=aulete_digital&op=loadVerbete&pesquisa=1&palavra=desejo>.

desde a mais tenra infância. TOURONI e COYLE (2002), que também encontraram respostas semelhantes em seu estudo, acreditam que este desejo, inclusive, faz com que as mulheres lésbicas procurem se envolver com alguém que também deseje filhos como parte de um plano de vida ou que ao menos esteja aberto à parentalidade.

A princípio, o objetivo da pergunta era saber quanto tempo havia que a vontade de ter filhos habitava suas vidas. Se haviam aparecido antes ou depois de se assumirem lésbicas para si próprias. Entretanto, o que eu encontrei foram duas maneiras de responder que, apesar de serem semelhantes, não significam a mesma coisa. Algumas mulheres manifestaram em suas falas claramente o desejo de serem mães, e informaram que sempre se viram como tal:

Eu queria ser mãe e nunca passou pela minha cabeça que eu não ia ser mãe. Eu nasci assim. (Gal)

Ah, a maternidade é o meu sonho. Eu sempre quis ser mãe. Desde criança eu sempre quis ser mãe. Agora se a minha vida é assim, se eu me descobri lésbica, por que não juntar uma coisa na outra? (Luiza)

Outras, no entanto, responderam à pergunta relatando apenas o desejo de ter filhos, sem mencionar, em nenhum momento, o desejo de ser mãe como projeto de vida, como a entrevistadas abaixo:

Na minha experiência de vida, ter filhos é uma coisa que eu sempre tive vontade de ter, talvez eu ainda tenha mais. E é uma coisa que sempre passou muito pelos meus pensamentos desde muito cedo. Sempre tive vontade de ter filhos. (Vange)

Eu sempre imaginava, mas não era uma imaginação prática e realística. Era uma coisa mais assim “ah, acho que vou ter filhos”. (Ana Carolina)

As mulheres entrevistadas que mencionaram sempre desejarem ser mães, pareceram invocar o papel social materno, ou seja, com um posicionamento claro na questão do parentesco. Estas entrevistadas que sempre se viram “mães”, parecem possuir alguma identificação com as atribuições sociais do papel de mãe. Marina reflete que teve uma criação muito rígida em relação ao “ser mulher” em sua família e isso incluiu a preparação para ser mãe:

Então, (o desejo) surgiu mesmo da minha criação. Eu fui criada pra isso. Fui criada desde criança pra ser dona de casa, pra ser mãe, pra cuidar do marido, pra saber lavar, passar, cozinhar, cuidar de uma casa, tudo isso. (Marina)

De acordo com BADINTER (1985), até pouco tempo atrás a imagem da mulher “normal” era a da dedicação e do sacrifício. Alguns estudiosos, oriundos principalmente da psicanálise, descreviam estas características como pertencentes à “natureza” da mulher. Este fato fez com que o papel de mãe fosse relacionado à responsabilidade pela felicidade do seu filho que passou a ser uma grande marca na definição do seu papel materno. Atualmente vem-se tentando apagar do imaginário coletivo a imagem suprema de Mulher/Mãe do passado, mas esta imagem ainda continua presente em muitos discursos.

Quatro das entrevistadas responderam que sempre quiseram ter filho, mas não mencionaram o desejo de serem mães. Poderia se pensar que

estas mulheres que não possuíam a imagem de “ser mãe” são as que supostamente não querem engravidar no relacionamento, mas o fato de duas das entrevistadas não se encaixarem neste perfil, contradiz este argumento: Adriana e Ana Carolina foram as que engravidaram do relacionamento, mas não idealizavam o papel materno como forma de desejo desde sempre. Acredito que isto se deva ao fato de não haver modelos com os quais se identificar, já que nossa sociedade ainda se baseia fortemente nos binarismos extremos homem/mulher, pai/mãe e algumas mulheres não se veem nestes extremos.

É importante ressaltar que a maternidade não corresponde a um acontecimento biológico. Ela é uma vivência inscrita numa dinâmica sócio-histórica, que relaciona a prestação de cuidados e envolvimento afetivo (CORREIA, 1998). BADINTER (1985) coloca em xeque a questão do mito amor materno como sendo algo instintivo e exclusivo do papel de mãe. Ela afirma que nem mesmo existem provas de que os comportamentos ditos "maternos" ou "nutritícios" sejam mais especificamente femininos do que masculinos e conclui que o amor materno não é inerente às mulheres.

As posições das mulheres entrevistadas demonstram que se uma mulher afirma ter desejo de ter filho não quer dizer necessariamente que ela sonhava em ser mãe. Isto demonstra o quanto a maternidade é um fenômeno social marcado pelas diversidades e pela questão de gênero que lhe é subjacente. Decorre disto que as mudanças e implicações sociais da realização desta experiência não atingem da mesma forma todas as

mulheres (SCAVONE, 2001a).

7.2 CATEGORIA II - A DECISÃO DE AUMENTAR A FAMÍLIA: ESCOLHAS E PROCEDIMENTOS.

Na categoria anterior foram apresentados os conceitos de família e o desejo de complementar esta família com filhos. Nesta categoria vamos caminhar um pouco em direção aos métodos e escolhas que estas mulheres têm que fazer durante o seu percurso em busca da gravidez – como compartilhar com a parceira este desejo (no caso das que estavam em relacionamento na época da decisão⁴), como viabilizá-lo, quem deverá engravidar e através de que método. Estas são só algumas das questões com as quais estas mulheres têm que se deparar durante esta trajetória.

7.2.1 Sobre a Decisão de Transformar o Desejo de Ter Filhos em Realidade

⁴ A entrevistada Cássia não estava em um relacionamento quando tomou a decisão de engravidar.

A decisão de ter um filho é resultado de vários motivos conscientes e inconscientes (DOURADO e PELLOSO, 2006). Destarte, nos deparamos com um universo de possibilidades que podem influenciar esta tomada de decisão. As mulheres entrevistadas ilustram bem esta diversidade.

No caso de Vange, apesar de afirmar desejar ter filhos desde muito cedo, a decisão partiu da sua ex-companheira que iremos chamar de Kátia. Vange conta que Kátia já havia estipulado que teria filhos mesmo se estivesse solteira e já havia juntado o dinheiro necessário e buscado informações e clínicas de reprodução assistida antes mesmo de conhecê-la. O que fez com que Vange entrasse no relacionamento já tendo que se posicionar em relação a este tema. Mesmo tendo recém-iniciado o relacionamento, Vange decidiu que queria fazer parte daquilo e passou a participar de todo o processo:

Quando a gente começou a namorar, ela tinha a ideia de ter filho e isso já era uma coisa que já tava totalmente formulado, enfim, planejado na cabeça dela. E aí quando a gente se conheceu ela tinha até feito algumas consultas, já tinha começado um processo de investigação de como seria fazer inseminação, quanto custaria, como faria. E aí quando a gente começou, eu acho que abracei totalmente a causa e aí a gente foi fazer. Tinha uma decisão que era dela, que era uma decisão pessoal. Mas a partir do momento que a gente passou a se relacionar, isso começou a virar uma discussão que fazia parte também do nosso relacionamento. (Vange)

Vange acredita que o fato de ter começado o relacionamento já com o planejamento preestabelecido da gravidez por parte da parceira foi algo maravilhoso porque trouxe seus “maiores tesouros” que são suas filhas, ao mesmo tempo em que contribuiu para a posterior separação entre ela e

Kátia. Ela afirma que o fato do “relacionamento ter sido construído basicamente junto com a gravidez” ocasionou mudanças que prejudicaram o seu relacionamento. A questão física do tratamento da FIV⁵ foi algo que recebeu destaque:

Quando as meninas estavam com uns dois anos eu acho, a gente se separou. E a gente se separou porque nossa relação inteira foi construída junto com a gravidez e era tudo muito esquisito. A nossa própria relação era esquisita, a gente passou, sei lá, dois meses namorando e transando antes dela começar a fazer um tratamento que modifica o corpo, que modifica a forma de você transar com a pessoa. Então, tem muitas coisas assim que, sei lá, que foi tudo muito atrapalhado. (Vange)

Desde que Luiza e Zélia começaram a ficar juntas, elas já manifestavam uma pra outra a vontade de ter mais filhos. Zélia já havia engravidado e feito o que ela chama de produção independente e Luiza tem uma filha de um relacionamento heterossexual anterior e já havia planejado ter mais filhos mesmo antes de se assumir lésbica. O divórcio com seu ex-marido a fizera adiar os planos. Logo depois começou a relacionar-se com uma mulher. Porém não encontrou afinidade para realizar seu desejo com ela. Depois conheceu Zélia que também já tinha uma filha e descobriu que os planos eram compatíveis.

Desde que a gente ficou junta que a gente fala isso. Eu sempre quis ter outro filho, sempre. Nunca quis ter só um. Eu já tinha planejado ter mais um

⁵ A fertilização in vitro será melhor discutida na subcategoria “Estratégias para buscar a gravidez”

quando eu ainda tava casada⁶. Só que daí meu casamento acabou, e eu adiei. Aí com a minha ex, eu também queria ter outro filho. Só que daí eu percebi que ela tinha um monte de problema psicológico. Aí eu adiei e tal. E agora com a Zélia, eu percebo que é diferente, né, ela é louca pra ter outro filho. (Luiza)

E Zélia completa:

Logo que a gente começou a namorar, ela falou logo “ah, vamos ter outro bebê” e eu “para de brincadeira que eu também quero!” e começamos a falar do assunto muito vagamente, até que a gente decidiu que queríamos e tal. (Zélia)

Zélia e Luiza eram apenas amigas e moravam juntas para dividir o valor do aluguel. Para elas, o desejo em comum fez com que a relação se fortalecesse. Tal fato corrobora com os achados de TOURONI e COYLE (2002) os quais apontam que é comum entre mulheres lésbicas que tem a maternidade como projeto de vida procurarem se envolver com alguém que também deseje ter filhos. Então, Zélia e Luiza resolveram começar as tentativas de engravidar após 3 anos de relacionamento. Para tanto, fizeram uma ampla pesquisa e buscaram informações com pessoas que já haviam passado pelas tecnologias de reprodução assistida:

Primeiro a gente leu bastante, procurou na internet um monte de informação, de amigas que já fizeram inseminação e tal. E daí, finalmente, em janeiro desse ano, a gente resolveu ir no médico. (Luiza)

Adriana e Simone foram amadurecendo a decisão de ter filhos em

⁶ Está se referindo ao relacionamento heterossexual anterior.

conjunto com o relacionamento delas. A decisão final chegou quando já estavam há 7 anos juntas. Então, elas resolveram entrar na fila de adoção. Não colocaram restrição de idade, nem de sexo para a criança que intencionavam adotar e acreditavam que isso facilitaria a vida delas. Porém, depois de duas tentativas frustradas de adoção, resolveram desistir. Mas elas queriam muito ser mães e encontraram a resposta em uma reportagem sobre duas mulheres que haviam engravidado por meio de uma clínica de reprodução assistida e imediatamente foram buscar mais informações. Para elas o que importava era que as clínicas atendessem abertamente homossexuais, pois tinham receio de sofrer preconceito nas clínicas.

Antes de a gente tentar a reprodução assistida, a gente passou 1 ano na fila de espera da adoção. Foi meio doído. Na verdade não tem organização nenhuma. (Simone)

A gente queria muito ser mãe e aí eu caí, por algum motivo da vida, num site com uma reportagem falando e comecei a fuçar, porque ninguém falava nome de médico nenhum. Aí a gente ligou pra um monte de clínica em São Paulo e ninguém respondia pra gente se eles faziam inseminação ou FIV pra casal homoafetivo. (Adriana)

Ângela recorda que seu relacionamento com a ex-companheira não era algo completamente assumido, pelo fato da última não se sentir à vontade com sua homossexualidade e isso trazia algumas dificuldades para a relação. Contudo, isso não as impediu de decidirem ter um filho juntas. A conversa definitiva veio depois de 3 anos de relacionamento. Elas pediram ajuda a uma amiga heterossexual, uma das poucas pessoas que sabia do relacionamento delas, para que as orientassem sobre as tecnologias

reprodutivas:

Nós estávamos com 3 anos de relacionamento quando a gente resolveu. A gente não sabia nada. Até mesmo a gente não tinha o relacionamento homossexual completamente assumido. E essa minha amiga que tentou engravidar durante muito tempo, ela conhecia as clínicas de fertilização que ela tinha participado. Ela tinha um ginecologista que tinha indicado uma clínica pra ela e aí ela deu essa indicação pra gente. (Ângela)

Marina já está com sua parceira há mais ou menos 10 anos e ainda está na fase de planejamento. Ela comenta que a decisão de ter filhos foi conjunta e colocou um prazo para engravidar. Não pretende passar muito dele, pois acredita que se isso ocorrer vai acabar desistindo. Ela acredita que o prazo para engravidar em dois anos vai ajudá-la a amadurecer sobre a escolha do método. Isabella e Maria também tomaram a decisão juntas e estão na fase do planejamento, mas ao contrário de Marina já sabem que vão tentar engravidar através de clínicas de reprodução assistida.

Na verdade, a gente pensa em tentar daqui a no máximo 2 anos, mas aí vai tudo isso, até eu decidir qual tipo de tratamento que eu quero fazer. (Marina)

Era um sonho nosso desde que começamos a namorar e ele se tornou mais forte de uns tempos para cá, então tomamos a decisão de termos um filho. E já estamos buscando as clínicas para tentar este ano. (Isabella)

Cássia é o caso que mais se difere dos outros. Ter filhos nunca esteve em seus planos e ela afirma que nunca se viu mãe. No entanto, ao se ver diante de um diagnóstico de câncer no útero e de uma provável histerectomia, recebeu uma informação que afirmou ter mexido muito com ela. Sua médica na época informou que se ela desejava ter filhos, teria que

fazer com urgência. Com muita pressão externa da sua mãe e de outras pessoas ao redor, tomou a decisão de engravidar.

Eu fiquei doente. Fiquei um ano e meio fazendo um tratamento de um problema no útero. Quando eu peguei o último resultado do exame, levei na médica e ela falou assim: “você tem filho?”, e eu: “não”. Ela perguntou: “e tem vontade de ter?”. Respondi: “não sei”. Ai ela: “bom, se você quiser ter um filho essa é a oportunidade única que você tem na sua vida, porque você tem um câncer no útero e você tem que tirar o útero, entendeu? Então, você tem mais ou menos um ano pra você buscar ter um filho. Isso se você quiser, se você não quiser, beleza”. Aí tinha aquela pressão da minha mãe que sempre quis muito um neto. (Cássia)

Desta forma, a decisão de Cássia foi influenciada por fatores externos e de cobrança familiar. Já a decisão de ter filhos para Gal e Ana Carolina passou pela questão da estabilidade profissional e financeira e foi algo muito conversado e planejado por elas. Ana Carolina relata que chegar a um acordo sobre quando ter filhos não foi algo muito fácil, pois Gal sempre quis “apressar” as coisas e se dependesse dela, elas já teriam filhos há muito tempo. A decisão veio em conjunto com a percepção de uma condição financeira que possibilitasse realizar o desejo.

A Gal sempre quis fazer e eu acho que sempre fui eu que fui colocando o “pé no breque” pra isso acontecer. A gente já tava junto há uns 4 anos, demorou pra eu falar pra ela. Eu acho que eu demorei pra amadurecer a ideia. O que aconteceu foi assim, eu já tinha conseguido um emprego. Foi a hora que eu falei assim “ah a gente tem condições financeiras de ter o bebê, de fazer o bebê e tudo mais”. (Ana Carolina)

SCAVONE (2001b) relata que a realização da maternidade atualmente é um dilema para as mulheres que querem seguir uma carreira profissional. A maternidade, desta forma, acaba por ser postergada ou nem

mesmo cogitada. Para as mulheres que querem engravidar e resolvem postergar, a questão da idade é algo que pesa muito. Existe uma coincidência entre os melhores anos na vida da mulher para a construção e consolidação de uma carreira e os melhores anos para que ela tenha filhos.

A chance de uma mulher engravidar começa a diminuir quando ela tem apenas 27 anos e, a partir dos 30, o aparelho reprodutor feminino começa a entrar em um processo de envelhecimento que aumenta os riscos de má-formação, doenças congênitas e aborto. Portanto, prolongar muito a decisão de ter um filho pode significar um risco grande, segundo as descobertas científicas recentes sobre o tempo biológico da mulher (BARBOSA e ROCHA-COUTINHO, 2007). Algumas mulheres entrevistadas demonstraram preocupação com o fator idade como aspecto importante na tomada de decisão de ter filhos.

Assim, existe outra coisa que eu levei em consideração pra engravidar que foi a idade, né? Eu odiei o título de gestante idosa. Eu acho que é uma coisa que pesa. Se você deixar pra depois, não acompanha o pique, já fica cansada pra fazer as coisas. Então foi uma coisa que pesou e eu acho que faz diferença na qualidade dos óvulos. Outra coisa que assusta é quando eles mostram a incidência das síndromes de acordo com a idade. (Adriana)

Mas eu to com pressa por causa da minha idade, né? Eu tenho medo porque, a cada ano, a minha chance de engravidar diminui. Então eu to com medo e to com pressa por causa disso. (Luiza)

Eu tinha que ter filho antes dos 30. Aí eu comecei com uma angústia maluca de mulher de ter filho. (Marina)

Diante do exposto, percebe-se que a questão da realização da

maternidade – ter ou não filha/os, ser ou não ser mãe, quando, como; enfim, todas estas decisões perpassam por motivos diversos tanto psicológicos, quanto biológicos, econômicos e sociais.

Mas no caso de um casal formado por duas mulheres, onde as duas podem engravidar, como é tomada esta decisão? Na próxima subcategoria discutirei as questões referentes a essa escolha.

7.2.2 Quem Deve Engravidar? Desejo ou Não de Passar pelo Processo de Gravidez

A decisão de quem deve engravidar pode ser considerada um ponto crítico em uma relação lésbica, pois a mãe que não engravidou pode sentir-se invisível em relação a sua parceira, principalmente no que diz respeito aos cuidados e vínculos com o filho (BROWN, 1992), já que nas sociedades ocidentais a ideia de mãe como ser que engravida, gesta e dá a luz é muito forte. CHABOT e AMES (2004) afirmam que a mãe que não engravida pode se sentir invisível diante de sua parceira. Porém, em alguns casos, a decisão de quem deve engravidar no relacionamento se vê facilitada pelo fato de somente uma das parceiras manifestar este desejo. Quando Ângela e sua ex-parceira resolveram ter filhos, não havia dúvidas sobre quem engravidaria, pois nunca havia passado pela cabeça de Ângela uma

possibilidade de gravidez. Ela diz que já se contentaria com uma adoção:

Então, porque ela tinha um desejo muito grande de ter barriga, de ficar grávida, de sentir o bebê mexendo dentro dela. Tudo aquilo. Eu nunca tinha pensado nisso. Pra mim, se eu tivesse feito uma adoção ou coisa parecia tava bom também. Era o mais provável que ia acontecer comigo. (Ângela)

A necessidade de passar pelo processo de gravidez também emergiu na fala de Vange. Kátia, sua ex-parceira, já havia deixado claro que ela ia engravidar. Contudo, além da experiência da gravidez em si, Vange acredita que para Kátia a questão do filho biológico tinha muita importância devido a questões religiosas:

Ela é judia, então acho que aí pra ela a questão da gravidez e do filho biológico e da gestação tinha um ponto forte. (Vange)

Kátia parecia buscar a legitimidade por parte de seu convívio social através da gravidez. Um estudo com mulheres israelenses lésbicas realizado por ADITAL BEN-ARI e TALIVNI (2006) demonstrou que estas mulheres acreditam que a maternidade traz reconhecimento e aceitação pelos membros da família nuclear e pela comunidade, dado o papel central atribuído à família pela sociedade israelense e na cultura judaica. Desta forma, as autoras refletem que a questão biológica pode pesar ainda mais para as lésbicas judias, no sentido da legitimidade social e familiar que as mesmas poderiam ganhar com a gestação. Este estudo demonstrou que a escolha de ter um bebê era quase sempre apoiada pela família de origem. Mesmo as famílias que não aprovavam a orientação sexual de suas filhas,

normalmente apoiavam a sua decisão de se tornarem mães. Para as autoras, uma vez que uma mulher lésbica se torna mãe, uma espécie de "identidade principal" como mãe substitui sua identidade "marginal" como lésbica. Um achado importante deste estudo é que muitas entrevistadas pensavam que era mais fácil ser uma mãe lésbica na sociedade israelense do que ser "apenas" uma mulher lésbica.

Marina também gostaria muito de engravidar e acredita que o processo de gerar e acompanhar o crescimento de uma criança é importante não pela questão biológica, mas para estabelecer um vínculo. Ela afirma que não se vê adotando, porque teria dificuldades em amar a criança instantaneamente, já que a criança provavelmente chegaria com mais idade. Já a sua parceira não aventa a possibilidade de engravidar e, ao contrário de Marina, sempre pensou em adotar.

Adotar não é uma coisa que me agrada. Não consigo. Eu acho que de repente eu não vá conseguir amar a criança na totalidade mesmo dela. Eu acho que eu preciso gerar. Tipo, aquilo tem que crescer aos poucos dentro de mim. E aí uma criança adotada, ela vai chegar e eu vou ser obrigada a ter que gostar dela instantaneamente. Eu acho que de repente eu posso não conseguir. Já a minha parceira sempre quis ser mãe. Mas ela queria adotar. Ela nunca quis ter um filho. Ela acha que isso não é pra ela, que ela não vai se sentir bem grávida. Não tem vontade nenhuma. (Marina)

O fato da parceira de Marina manifestar explicitamente o desejo de não engravidar, tornou esta decisão fácil de ser tomada como nos dois casos anteriores. No entanto, Marina afirma que se estivesse impossibilitada de engravidar e sua parceira aceitasse fazer o processo, ela se contentaria com isso. Quando questionada se isto não se assemelharia a uma adoção,

ela respondeu que iria acompanhar todo o processo, mesmo que de fora. Contudo a sua parceira não tem nenhum interesse na gestação. Marina, já tentou conversar com ela sobre a possibilidade e chegou a levantar a questão de um mioma que ela tem no útero para perguntar se ela toparia engravidar em seu lugar, mas recebeu a negativa:

Eu até falei isso pra ela “Então, se de repente eu não puder ter filho, se esse mioma evoluir muito. Você pode ter, né?” Ai ela “eu heim. Não de jeito nenhum. Não vou ter”. Mas querer ser mãe, ela quer. (Marina)

Ao contrário dos casos acima, nos quais a decisão de quem deveria engravidar foi fácil de ser tomada devido ao fato de só uma mulher do casal manifestar o desejo, outras participantes do estudo tiveram que passar por uma negociação, pois ambas expressaram o desejo de experimentar a gravidez e o parto. Parece que ser mães não-biológicas dos filhos da sua parceira não era suficiente para elas, também seria necessário vivenciar todo o processo. Além disso, elas tinham certeza de que iriam dar à luz em algum momento de suas vidas, como reflete Gal:

E eu também quero ter a experiência da gravidez, é egoísmo total, mas eu quero ficar grávida, eu quero sentir uma criança crescendo dentro de mim. Eu queria mais que ela [referindo a Ana Carolina]. (Gal)

A história de Gal e Ana Carolina reflete bem a complexidade desta decisão. Ana Carolina nunca havia desejado ficar grávida igual a Gal. Mas foi começando a gostar da ideia ao longo do relacionamento delas e acabou exigindo que fosse a primeira a engravidar. Para a surpresa de todos os

seus amigos que sabiam que Gal era a que sempre manifestava o desejo e não viam em Ana Carolina uma imagem tão “maternal”. Como as duas mulheres desejavam engravidar, elas acabaram acordando entre si quem iria primeiro e Ana Carolina foi a escolhida, pelo fator idade e pelo emprego fixo:

A Gal sempre quis fazer. Nossos amigos, todo mundo sempre achava que era a Gal que queria ficar grávida em algum momento. Aí o engraçado é que pra todo mundo que a gente falou, todo mundo esperava que era ela que ficasse grávida. Todo mundo ficou surpreso. Eu acho que não sou do tipo maternal, assim, que as pessoas imaginam. (...). Eu fui criando gosto pela coisa, pelo processo e imaginando que eu tava pronta pra isso tudo. Aí teve um dia que eu cheguei pra ela e falei que eu achava que a gente tava pronta, mas que eu tinha um pedido que era que eu queria ir primeiro, queria ficar grávida primeiro. Na verdade, tinham dois motivos. O maior era a questão de idade, que eu sou quase três anos mais velha que ela, pra evitar cair um pouco na faixa de risco maior de dar problema genético e tudo mais. E o segundo motivo é que eu tava com emprego fixo já e ia ser mais tranquilo tirar licença do que pra ela que tá fazendo tese, né? Ela ainda tá fazendo tese de doutorado. Se ela parasse, ia ser mais complicado pra ela. Foi essas duas coisas que eu falei. (Ana Carolina)

No estudo realizado por CHABOT e AMES (2004), foi encontrado que a idade era frequentemente o ponto de partida para a decisão entre quem das parceiras deveria engravidar quando as duas manifestavam sentir igualmente este desejo, sendo sempre a mais velha escolhida primeiro devido à preocupação com o “relógio biológico”. Outros fatores como quem tinha o melhor plano de saúde, o melhor emprego, e a capacidade de tirar uma licença do trabalho com a menor perda financeira também foram levados em consideração. As autoras afirmam que quando ambas as mulheres tem a mesma idade, além de benefícios e segurança similares em relação a seus empregos, a decisão se torna bem mais complicada.

Isabella e Maria também utilizaram o critério da idade para decidir quem iria engravidar primeiro. Elas desejam ter a oportunidade de vivenciar todo o processo da gravidez e também querem saber como é acompanhar todo o processo de gestação uma da outra.

Juntas entramos em um acordo, primeiro vai ser a Isabella por causa da idade e depois eu, pois quero passar pela experiência da gravidez. Também temos o desejo dela acompanhar a minha gravidez e eu acompanhar a gravidez dela. (Maria)

Além da experiência da gravidez, Maria tem o desejo de adotar uma criança, pois ela também foi adotada e reflete a importância de dar oportunidade para uma criança, já que sente que sua adoção foi a melhor coisa que aconteceu em sua vida..

Também pensamos em adotar uma criança, pois eu sou filha adotiva e gostaria de dar a mesma oportunidade que tive para uma criança. (Maria)

No caso de Luiza e Zélia, a decisão também foi fácil de ser tomada, pois Zélia não deseja passar pelo processo de gravidez novamente⁷. Ela relata que seu desejo agora é curtir a gravidez da sua parceira, algo que sempre quis fazer. Sempre quis conhecer o “lado de lá” de como ser “quase” pai, se referindo ao papel de observador e cuidador da mulher grávida que acredita que muitos homens não cumprem. Então, além de realizar o desejo da sua parceira Luiza de ter alguém acompanhando cada passo da gravidez,

⁷ Zélia engravidou há muitos anos atrás quando era solteira e ainda morava com seus pais. Ela afirma ter feito uma “produção independente”.

ela acredita que o fato de serem duas mulheres vai fazer o momento da gravidez ser mais especial do que se fosse em um relacionamento heterossexual, devido à cumplicidade que acredita que duas mulheres tenham e que não é igual com homens:

Então, imagino que vou realizar as duas coisas: o desejo dela que é de ter alguém do lado, curtindo a gravidez, acompanhando passo a passo, curtindo tudo, sabendo o que se passa, o que acontece e a minha vontade de acompanhar tudo isso, de ver o outro lado da coisa. Eu estou maluca pra que a gente tenha um bebê. Eu também penso que mãe eu já fui, agora eu quero conhecer o outro lado, como é ser quase pai. Poder ver a evolução da gravidez. Porque toda mulher quer alguém que curta com ela e nem sempre os maridos fazem isso. O ex-marido dela não fez quando ela ficou grávida da Carla. Eu acho que mulher tem uma cumplicidade muito forte, uma ligação muito forte. (Zélia)

Sua parceira, Luiza, deseja muito engravidar, porém também gostaria de vivenciar o outro lado, mas sabe que não tem como convencer Zélia.

Ela diz que já fez a parte dela, já teve uma e agora não quer mais. Bem que eu queria que ela engravidasse. (Luiza)

O caso de Adriana e Simone é bem interessante, pois nenhuma delas queria passar pelo processo da gravidez. A imagem da mulher grávida não era algo que lhes fazia sentir bem:

Eu sempre quis adotar. Eu nunca me imaginei grávida e nunca foi o meu sonho de infância. Eu sempre me vi mãe, mas eu sempre me vi adotando, antes de qualquer outra coisa. (Adriana)

Eu também sempre quis ter filho, mas nunca quis engravidar. (Simone)

É difícil a gravidez, ainda mais pra quem nunca sonhou com isso, porque a gente não pensava na gravidez, porque a gente tinha aquele conceito da mulher grávida, do estereótipo da mulher grávida. Aquilo assustava a gente. É aquela mulher que ficava segurando as costas, sabe? Que ela vira o centro do universo, que o mundo gira em torno dela. Aí eu falei “gente, será que a gente fica assim mesmo quando fica grávida? Será que não tem jeito de ser de outra maneira?” (Adriana)

Ao contrário das entrevistadas anteriores, as duas não viam a gravidez como algo especial e que iria fazer diferença na vida delas, nem em relação ao fator biológico e nem em relação ao vínculo. Elas encontraram na gravidez um meio, uma estratégia para atingir o objetivo que era serem mães, já que não havia dado certo com a adoção. Adriana explica que não pensou muito para tomar a decisão de engravidar, pois o desejo de ter filhos era mais forte:

Eu acho que caiu primeiro nessa coisa de ter a possibilidade. Eu também não pensei muito, vou ser bem sincera. A gente saiu da lista de adoção em setembro, no final de setembro pra outubro. No começo de novembro a gente marcou a consulta, no dia 15 de dezembro a gente fez a inseminação e já deu certo. (Adriana)

Adriana foi a escolhida para engravidar primeiro pelo fato de Simone ter um emprego mais estável. Mas, como elas não desejam ter apenas um filho e Adriana não quer engravidar novamente, foi acordado que Simone também vai ter que passar pelo processo, mesmo também não gostando muito da ideia⁸.

⁸ Recebi recentemente a notícia de que Simone está grávida de um menino.

Desejar vivenciar ou não o processo de gravidez e desejar acompanhar a gravidez da parceira foram aspectos discutidos nesta subcategoria. Foi demonstrado que mesmo as mulheres desejando ter filhos através deste método, não quer dizer necessariamente que a gravidez seja desejada igualmente por todas. Algumas desejavam a gravidez pela questão biológica, outras pela questão do vínculo, ou ainda por quererem vivenciar o processo de gestação e parto. Cássia, e o casal Simone e Adriana engravidaram mesmo sem sequer gostar da ideia. Desta forma, percebe-se que a gravidez pode ser vista tanto como algo que tenha um valor simbólico, ritualístico e de importância na parentalidade, ou apenas como um meio para se chegar a um fim – ter filhos. Entretanto, a escolha de quem deve engravidar é apenas uma de tantas decisões que as mulheres lésbicas têm que tomar para concretizar o desejo de ter filhos. À continuação, vamos ver quais os métodos foram cogitados e quais foram suas impressões sobre eles.

7.2.3 Estratégias para Buscar a Gravidez: Reprodução Assistida ou Relação Sexual Heterossexual com Fins Reprodutivos ou Inseminação Caseira

Uma vez tomada a decisão de ter filhos, as participantes tiveram que determinar através de que métodos isso seria viável. Como visto no tópico anterior, algumas cogitaram a adoção, inclusive tendo um casal dado

entrada no processo. No entanto, todas as mulheres aqui entrevistadas optaram pela gravidez. Tal fato se deu, dentre outros motivos, pela busca da vivência do processo de gestação e do parto (tanto para quem é a gestante quanto pra quem acompanha), só pelo objetivo de ter filhos ou, em outros casos, pela questão biogenética.

Neste estudo, as formas para buscar a gravidez que apareceram nas falas das mulheres foram: através da ajuda de amigos (relação heterossexual somente com a finalidade de engravidar ou inseminação caseira) ou através de clínicas de reprodução assistida e bancos de espermatozoides (inseminação artificial e FIV).

A relação sexual ocasional só para fins reprodutivos e a inseminação caseira diferem entre si pela primeira envolver o ato sexual e a segunda, não. Na relação sexual ocasional, as mulheres lésbicas podem negociar fazer sexo com um amigo deixando claro a sua intenção de engravidar ou até mesmo não informar ao homem com quem está tendo relações sexuais o seu real objetivo. Zélia tem uma filha que afirma ter sido gerada por “produção independente”. Quando tinha 20 anos e ainda morava na casa dos seus pais, ela resolveu que estava na hora de engravidar. E resolveu utilizar como estratégia ter relações sexuais com um homem, mas sem contar pra ele qual era seu objetivo. Ela afirma ter se sentido muito mal por estar usando uma pessoa, mas seguiu em frente com os planos. Zélia relata um pouco sua história:

A gravidez foi planejada. Eu me assumi lésbica desde os 15 anos, mas eu sempre quis ter filho. Era uma coisa que eu falava: “quero ter um bebê só pra mim! Quero ter uma pessoa só pra mim! Que eu vá cuidar e que eu vá ficar a minha vida toda com ela”. Sempre tive um lado “mãezona”. Quando fiz 20 anos, eu decidi que era o momento de engravidar. Era um momento que eu tava sozinha, não tava namorando ninguém e não ia ter nenhum tipo de problema com a pessoa que eu tivesse me relacionando, né, pra ter um bebê, e aí comecei a fazer a minha tabela ao contrário (risos). Mas eu tinha muito medo, assim, da parte de fazer o bebê, parecia muito complicado. Aí eu conheci um cara e pensei “bom! Nada é feito sem sacrifício.” Comecei a namorar com ele, achei muito complicado esse lance de estar usando alguém, usar uma pessoa pra um objetivo que só você tem. Então comecei a namorar. Na verdade, eu uni o útil ao agradável: os caras quando namoram uma menina, eles querem saber na hora, no primeiro dia, na primeira semana, eles já pensam na cama. E eu falava “não, não e não” e me segurava. Eu falei “bom, então chegou o momento de fazer o que eu quero fazer.” Então fiz minha tabela ao contrário e fiquei com ele e já achava que tava grávida. No outro dia já terminei com ele. Fiquei meio traumatizada (risos) e no outro dia eu terminei. E fiquei super frustrada porque 12 dias depois desceu pra mim, né. Aí pensei “poxa! Não é tão fácil assim quanto parece”. E ele tava enchendo o saco pra voltar e eu voltei. Voltei e rezei muito e pensei “É o seguinte: vai ser a última vez que vou me prestar a isso. Tomara que eu engravide, porque eu não vou passar por isso de novo”. E aí consegui, fiquei com ele mais uma vez e aí engravidei. Terminei com ele depois, mas também por vários aspectos, né, não só porque eu já tinha o que queria, mas por vários aspectos que não davam muito certo em termos de responsabilidades e etc. E aí foi isso, né, quase uma produção independente. (Zélia)

No entanto, seus planos não deram muito certo, pois sua família fez pressão para que ela falasse quem era o pai da criança e para que contasse para ele. Então, ele resolveu registrar a criança, mas só visitou ela até os 3 meses de idade. Depois disso, eles nunca mais se falaram:

Falei com ele e tal, que ele ia ser pai. Ele registrou a Lila, vinha ver, fez tudo certinho. Até que ela fez 3 meses de idade, que ele começou a confundir as coisas e falou: “ah, se você não casar comigo eu não vou ver mais a sua filha!”. Eu falei: “Bom, não posso fazer nada, né? Te respeito como o pai dela, mas as portas da minha casa estarão abertas pra quando você quiser vê-la. O bom é que ele falou “sua” como se a filha fosse só minha e não “nossa”. E realmente não era. Então depois disso ele mudou pra outro estado e nunca mais o vi. Ainda bem. (Zélia)

Cássia também usou o mesmo método para engravidar com a diferença de que ela entrou em acordo com um amigo gay. Para ela, foi algo muito difícil, pois, como Zélia, não se sentia bem com a ideia de fazer sexo com um homem. Por isso, resolveu conversar bastante com seu amigo para que ele não se “aproveitasse” dela.

Arrumei um amigo louco meu, que a gente sempre ia pra balada e eu falei “você quer fazer um filho em mim?” Aí ele olhou assim e disse: “você tá louca?”, “não, é sério, eu estou falando sério, você quer fazer um filho em mim? Aí ele “tá bom”. Isso já na terceira ou quarta vez que eu falei com ele. Eu falei muito com ele “você sabe que eu só fico com mulher!” Aí ele falou “não se preocupe. Você sabe que eu gosto mais de ficar com homem do que com mulher, né?” Eu conversei muito com ele eu disse “ó meu, não aproveita, pelo amor de deus. Você sabe que eu não gosto”. Aí ele falou “não. Fique de boa. Eu não vou aproveitar”. E foi tranquilo. (Cássia)

Cássia conta que teve que tentar três vezes até obter sucesso. Quando já estava desistindo, veio a tão esperada confirmação de gravidez:

Aí a gente tentou primeira, segunda, terceira, aí eu falei: “Ah! Não quero mais saber, não. Esquece, esquece, não quero mais saber, não”. Aí eu viajei, fui passar férias na Bahia, aí quando cheguei lá eu estava grávida. (Cássia)

A “inseminação caseira” é uma auto-inseminação a baixo custo que é realizada fora de instituições médicas. Trata-se de uma técnica simples que envolve o controle do ciclo menstrual por meio de tabelinha ou temperatura basal para localizar o período fértil e introduzir o sêmen por meio de uma seringa que pode ser comprada em qualquer farmácia. Tendo em vista que no Brasil só as clínicas de reprodução assistida tem acesso aos sêmens dos bancos e é proibida a venda desse material biológico, a aquisição deste

material para realizar o procedimento pode ser fruto de um acordo com um amigo comum do casal, um familiar de uma delas ou até mesmo procurando por algum desconhecido que queira “doar” ou até mesmo vender clandestinamente⁹. Atualmente, existem sites na internet elaborados por grupos de lésbicas e mulheres solteiras que ensinam às mulheres como controlar o ciclo menstrual, que material comprar, dentre outras coisas para que se possa atingir o sucesso do procedimento¹⁰. Mesmo não havendo dados no Brasil sobre o assunto, é possível encontrar pela internet muitas histórias de mulheres que obtiveram sucesso através desta técnica¹¹.

Uma das desvantagens desses métodos é o risco de contrair doenças do doador e a outra desvantagem está a cargo das leis brasileiras que outorgam plenos direitos e reconhecimento dos filhos somente à mãe biológica e ao pai biológico, deixando a mãe não-biológica em evidente situação de desigualdade. Marina e sua parceira ainda estão divididas sobre qual método irão usar. Pelo fato de considerarem o tratamento da fertilização in vitro fisicamente desgastante e o custo muito alto esta possibilidade já foi descartada. O ideal para ela seria fazer uma inseminação caseira devido à sua simplicidade:

⁹ É possível encontrar fóruns na internet onde homens oferecem o sêmen para venda ou doação.

¹⁰ Um exemplo de site que oferece informação sobre a inseminação caseira <http://www.clubesafo.com/Actividades/homop/INSEMIMACAO%20ARTIFICIAL%20CASEIRA.htm>

¹¹ No site <http://maternidadelesbica.wordpress.com/2010/01/10/inseminacao-artificial-caseira/> é possível encontrar relatos tanto de mulheres lésbicas quanto de mulheres heterossexuais que tentaram esta técnica.

Será que realmente vale a pena eu gastar 25mil numa fertilização in vitro? Será que eu vou ser feliz gastando esse dinheiro pra ter um filho e depois não poder fazer o enxoval que eu quero, não poder de repente fazer o quartinho que eu quero? Pra eu gastar essa grana pra ter um filho, gastar 20mil pra ter um filho, eu teria que ter muito dinheiro pra fazer isso. Cada dia mais eu to mudando, cada dia meu desejo tá ficando mais simples. Cada dia eu faço “gente, mas não vale a pena!”. Cada dia mais estou tendendo para a inseminação caseira. (Marina)

Apesar de ainda não ter feito a proposta, Marina já tem um amigo em mente que poderia ser o doador. Ele, inclusive, também é homossexual. No entanto, ela visualiza algumas dificuldades na inseminação caseira, devido à questão do doador. Ela acha que é algo muito complicado pedir para alguém, mesmo sendo amigo, que doe sêmen para realizar o processo. Outra questão é sobre a responsabilidade que este doador vai ter sobre a criança. Marina não quer que ele participe da sua criação, mas acha que mesmo que o doador concorde previamente com esta condição, não existe garantia nenhuma que ele não volte atrás:

Assim, eu tenho um amigo meu que eu acho ele perfeito, assim, eu tenho paixão de morrer. Eu gostaria de ter um filho dele. Eu faria uma inseminação caseira. Só que eu entendo que você pedir isso pra uma pessoa, é uma responsabilidade muito grande. Por mais que você fale: “meu, você não vai ter que dar dinheiro pra essa criança, nem precisa ver”. Mas eu não sei. Essas coisas nunca se sabe. (Marina)

A opção pela inseminação caseira também foi levantada por outros casais que participaram da entrevista. Vange e sua ex-companheira, assim como o casal Maria e Isabellla, chegaram a conversar com um amigo para que este participasse do processo de inseminação caseira. O amigo de Vange e sua ex-companheira recusou de imediato, enquanto o de Maria e

Isabella impôs a condição de ser um pai presente:

Num primeiro momento, quando a gente começou a namorar que a gente começou a conversar sobre isso, ela tinha conversado com um cara que era um amigo nosso, que na verdade já era um amigo dela e já tinha feito essa proposta e o cara já tinha recusado. (Vange)

Primeiro optamos por fazer a “inseminação caseira”. Fizemos uma lista de possíveis doadores e um amigo nosso se propôs a fazer. Ele queria por que queria. Quando sentamos para ter uma conversa definitiva já para fazer o processo na outra semana vimos que não daria certo com ele pelas condições que ele nos colocou. Ele queria ser um pai presente. Daí nós pensamos melhor e desistimos. (Maria)

Luiza queria poder realiza a inseminação caseira, mas só se pudesse comprar o material diretamente do banco de sêmen e pudesse realizar a inseminação em casa. Porém, no Brasil é proibida a venda deste tipo de material. Em um momento de desespero por ainda não ter dinheiro pra pagar pelos procedimentos, Luiza chegou a colocar anúncios na internet procurando doadores e recebeu muitos e-mails de interessados. Porém sua parceira Zélia não concordou com sua ideia por não querer tratar com pessoas desconhecidas e pelo medo de doenças:

Eu queria fazer isso, eu queria comprar e levar pra casa e inseminar aqui mesmo, mas não pode. Então, eu entrei na internet procurando um doador e anunciei na internet. Porque eu tava desesperada pra engravidar. Eu queria muito e a gente não tinha dinheiro, a Zélia tava desempregada e a gente devendo pra deus e o mundo. Aí eu pensei em fazer inseminação caseira. Aí procurei na internet e um monte de menina fez e deu certo e resolvi fazer também. Ai pensei em procurar o doador, fazer tabelinha e acompanhar meu ciclo. Meu ciclo é bem regular e aí eu pensei que podia dar certo. É porque se você for ver é um negócio sem custo nenhum. Aí quando a Zélia descobriu, ela brigou comigo: “cê tá louca? Eu nem conheço esses caras”. (Luiza)

Mesmo sabendo dos riscos da inseminação caseira, Marina defende seu uso. Reflete que ninguém está a salvo de ter riscos na vida, nem mesmo as mulheres heterossexuais. Acredita que é possível usar a estratégia de pedir para o doador fazer os exames antes de fazer a doação e assim reduzir o risco de se contaminar com alguma doença sexualmente transmissível:

E aí tem os riscos, mas aí eu penso assim: uma mulher que é casada com um homem, quando ela decide de ter um filho com ele, pra começar eles geralmente nem usam camisinha, enfim, eles podem já tá se contaminando há muito tempo, mas ela decide engravidar. Mesmo que ela usasse camisinha, ela pede pra o marido dela parar de usar camisinha, mas ela não pede pra ele fazer vários exames nem nada, que é o que a gente pede pra um cara que vai ser o doador fazer. Então a gente tá até reduzindo o risco. Mas o marido dela pode tá traindo ela com outra, então ela tá correndo esse risco de pegar doença, é só um risco, pronto. (Marina)

Por ter passado por uma situação na própria família na qual seus pais tentaram tirar a guarda dos filhos de seu irmão, ela também releva a questão do risco do doador querer se “intrometer” na vida do casal e requerer direitos legais sobre a criança. Ela argumenta também que a própria pessoa da relação pode fazer algo parecido:

Pensando nisso que até os avós podem lutar pela guarda dos netos. É um risco constante. Eu falo pra Rita “eu te amo, mas se um dia a gente terminar e terminar mal, eu sei que vou ser vingativa” Eu não vou mentir, entendeu? “Eu espero nunca terminar com você. No dia que eu terminar, eu vou tá muito puta da vida e nesse dia eu vou ser vingativa” Que é o que acontece com o casal. Você fica tão preocupada com o doador que aí você vai e se separa da mulher que gerou o seu filho e ela vai e pede a guarda dessa criança. Então os riscos são os mesmos, mas é que quando a gente pensa que tem um homem envolvido na situação, parece que é uma coisa tão fora do comum que você só corre aquele risco, o risco do cara querer o seu filho, mas a sua mulher, não, entendeu? Seus pais, não. (Marina)

Marina finaliza falando que se não conseguir sua primeira opção que é a inseminação caseira, tentará a inseminação artificial por ser a mais simples e de baixo custo entre as possibilidades. Ela acredita que porque as pessoas sempre estão buscando a perfeição acabam dificultando as coisas, pois sempre desejam os procedimentos mais caros.

Mas se ele não aceitar eu faço uma inseminação artificial mesmo, entendeu. Se eu não tiver grana. Eu acho essa coisa de tomar remédio tão desagradável. E você fica escutando aqueles relatos “ah, to tão inchada, to tão mal-humorada, não sei o que” E aí eu fico me perguntando “será que vale a pena? Não poderia ser mais simples?” Porque eu acho isso, na verdade é difícil, porque as pessoas querem coisas difíceis. Ah, tudo bem, nossa é difícil, porque eu quero uma coisa tão perfeita, eu quero uma FIV. Aí tenho que juntar grana pra isso, aí quanto tempo demora juntando grana pra isso, aí não dá certo e eu tenho que juntar mais grana. (Marina)

O motivo pelo qual Ana Carolina e Gal também pensaram em fazer a inseminação caseira foi para fugir da “medicalização” que as clínicas de reprodução assistida impõem às mulheres mesmo que elas não sejam inférteis. Elas idealizavam algo mais próximo ao “natural” e sem intervenções médicas. Entretanto, perceberam que teriam uma desvantagem legalmente pelo fato de ser um doador conhecido:

No começo foi ruim, porque a gente queria engravidar. A gente chegou a pensar em doador conhecido, pra não passar por procedimentos médicos, porque a gente não queria nada médico, assim. Queria de uma forma mais natural mais possível, dentro de nossas possibilidades. Só que a gente viu que legalmente não ia dar certo. (Gal)

Gal e Ana Carolina se viram obrigadas a optar pela inseminação artificial. A inseminação artificial e a fertilização *in vitro* são feitas em

contextos medicalizados. Elas fazem parte de um conjunto de técnicas de intervenção sobre o corpo humano, reunidas em torno de um eixo – o tratamento de para situações de infertilidade - com intuito de facilitar a procriação que é conhecido como Reprodução Assistida. A palavra “infertilidade” é carregada de um valor que constrói suposições heterossexistas sobre os indivíduos e esse conjunto de técnicas vem acompanhado de uma forte medicalização e intervenção particularmente sobre o corpo da mulher. Por isso, ele vem sendo estudado também por acadêmicos de estudos sobre mulheres, estudos feministas e outros estudos sociológicos de cunho crítico¹² e que analisam a relação entre medicina, tecnologia, gênero, corpo e poder (CORREA, 1998).

A inseminação artificial inicia-se com uma estimulação ovariana leve. Esta estimulação pode ser feita de diversas maneiras, com medicamentos administrados por via oral ou via intramuscular. Podem ser iniciados no 2º dia da menstruação e se estender por 5 a 15 dias, de acordo com o esquema utilizado. Durante todo esse período, o crescimento dos folículos ovarianos é acompanhado cuidadosamente através da ultrassonografia pélvica endovaginal. Normalmente, espera-se um crescimento de 2 a 5 folículos durante esse período. Quando pelo menos um dos folículos ovarianos atingir 18 milímetros ou mais de diâmetro, administra-se o hCG para completar o amadurecimento dos oócitos e induzir a ovulação. Depois o

¹² Ver LUNA (2007), GROSSI et. al. (2003) e CORREA (1998).

sêmen tratado é introduzido através do colo do útero no período fértil (LUNA, 2004). A taxa de sucesso da inseminação artificial é de 20% a 30%.

Já o ciclo de fertilização *in vitro*, segundo CORREA (1998), começa com:

1) uma manipulação hormonal da mulher com altas doses de medicamentos hormonais que visa o amadurecimento de vários folículos ovarianos. A hiperestimulação dos ovários visa criar um número grande de óvulos disponíveis, que poderão vir a ser fecundados *in vitro*; forma tecnicamente encontrada de aumentar o desempenho da FIV.

2) A segunda fase do ciclo FIV é a de coleta de folículos ovarianos, também chamada de punção ovariana.

3) A partir da fase anterior é realizado o encontro de espermatozoides e óvulos *in vitro*: a fecundação.

4) Após a fecundação, finalmente ocorre a transferência do embrião para o corpo da mulher, já tendo ocorrido as primeiras divisões celulares (caso não venha a ser congelado antes da transferência).

As próximas fases do ciclo FIV compreendem a produção, ou não, de uma fase de gravidez e, por ultimo, de um nascimento sadio, ou não. Os embriões que não foram utilizados podem ser doados ou congelados. Com essa técnica pode-se esperar taxas de sucesso entre 40-50% por ciclo. (CORREA, 1998).

Também faz parte das tecnologias de reprodução assistida a prática da doação que pode ser de células reprodutivas (óvulos e espermatozoides), de embriões e também a “doação” temporária de útero, conhecida ainda por termos como “empréstimo”, “mãe de aluguel”, “mãe substituta”, entre outros. Essas técnicas que substituem a relação sexual na reprodução envolvem, portanto, a intervenção no ato da fecundação de pelo menos um terceiro sujeito, o médico, e às vezes de um quarto, representado pela figura do doador de material reprodutivo (CORREA, 2001).

Desta forma, as tecnologias reprodutivas levantam questões éticas e legais sobre a venda, a transferência e/ou armazenamento de tecidos/ material genético/ embriões humanos; também levantam questões sobre o direito dos filhos e filhas para conhecer suas mães/ pais genéticos ou saber sobre eles, como também, sobre os limites e usos do corpo humano (MINOT, 2000).

O Brasil ainda não possui legislação específica ou projeto de lei sobre as técnicas de Reprodução Assistida, uma vez que o PL 0.054/02 e o PL 1.184/03 que versavam exclusivamente sobre o tema foram arquivados no Congresso Nacional por decurso de prazo. Apenas a situação da “barriga de aluguel” está regulada por lei. Então, só resta Resolução CFM nº 1.957/2010 do Conselho Federal de Medicina como norma a ser obedecida pelos médicos. Essa resolução permite que todos possam ser usuários das técnicas de reprodução assistida, deixando implícito que isso inclui casais homoafetivos e mulheres solteiras.

A lei mais próxima que versa sobre assuntos reprodutivos é a Lei n.º 9.263 de 12 de janeiro de 1996. Ela traz em seu artigo 2º o conceito de planejamento familiar como o “conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal” (BRASIL, 1996). Essa lei obriga as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, a garantir, em toda a sua rede de serviços, um programa de atenção integral à saúde de mulheres e homens, em todos os seus ciclos vitais, e inclui, como atividades básicas, entre outras coisas, a assistência à concepção e contracepção. Contudo, na prática o acesso a esses recursos é bastante reduzido no âmbito do sistema público de saúde. Além da lacuna legal, há claramente falta de acesso às novas tecnologias.

São poucos os hospitais públicos brasileiros que oferecem este serviço gratuitamente, contudo a maioria estipula que o tratamento integral de fertilidade seja exclusivo para casais heterossexuais. Um hospital referência de São Paulo, por exemplo, limita o acesso a casais (homem e mulher) que comprovem união estável de pelo menos dois anos. Esta restrição obriga às mulheres solteiras e lésbicas que buscam engravidar através das técnicas de reprodução assistida a fazê-lo através de instituições médicas privadas, trazendo à luz outra forma de discriminação, a econômica.

Assim, diferentemente do que aconteceu com o “baby boom lésbico” dos países desenvolvidos (WESTON, 2003), no Brasil, a utilização de

técnicas de reprodução assistida é prática minoritária entre os casais de lésbicas (SOUSA, 2005) devido ao alto custo econômico que representa. Além disso, se trata de longo processo que implica em desgastes físicos, emocionais e financeiros (pois os tratamentos podem custar entre três mil e 25 mil reais).

No entanto, estas técnicas medicalizadas são atraentes para as lésbicas por vários motivos: por ser uma opção mais segura, mais prática para se alcançar a gravidez, entre outros. A 'Segurança' aqui pode ser entendida de diferentes maneiras: os sêmens saudáveis são selecionados e aprovados para a fertilidade, e as crianças nascidas como resultado disso legalmente não possuem pais (DONOVAN, 2008).

Das mulheres entrevistadas neste estudo, todas exceto Marina, o casal Maria e Isabella e o casal Zélia e Luiza, já conseguiram êxito através de uma das técnicas citadas. Maria e Isabella decidiram utilizar a inseminação artificial por não desejarem nada muito complexo, além do custo ser mais baixo do que a FIV:

Então depois de muito conversar decidimos que vamos fazer a Inseminação artificial. Não é tão caro quanto uma FIV é o que a gente hoje tem condições de bancar. E outra a gente não faz tanta questão de uma FIV, o importante é ter nossos bebês independente de ser FIV, Inseminação artificial ou outro método que existir. Acho que o que Deus providenciar, pois ele sabe que não temos muitas condições de pagar um valor muito alto, pois precisamos investir também na criança. (Maria)

Quando Simone e Adriana foram à primeira consulta em uma clínica de reprodução assistida, o médico ofereceu a FIV, argumentando que esta

possibilitaria mais chances de sucesso (50%), contudo elas não queriam passar pela fase de estimulação ovariana que implica tomar altas doses de hormônios. Além de acharem muito difícil a decisão do que deve ser feito com os embriões excedentes:

Ele apresentou, mas a gente não queria. Na época ela não queria nem pensar em fazer estimulação ovariana, porque é terrível, né? Você ficar com a barriga do tamanho do mundo, passar mal horrores e na época ela nem cogitou o assunto. Então eu falei “vamos simplificar as coisas.” A gente tentou o método mais simples que dentro da complexidade da reprodução assistida, a inseminação é o método mais simples. (Adriana)

E também pensei sobre os embriões, os meus filhinhos vão ficar lá congelados? Coitadinhos. Porque agora ele vai ficar lá e você tem que pagar a manutenção, não pode eliminar. Mas se você não quiser mais, eles vão ficar congelados. E eu fiquei imaginando meus filhinhos congelados e não gostei. E eu não confio. Quem me garante o que vão fazer com esses embriões? Eu queria 10 embriões, mas se ele fez 12 ou 13, como eu vou saber? E o que ele vai fazer com os excedentes? Eu realmente confio desconfiando. Pesquisador é pesquisador. Se ele fizer 15 e tirar 5 ninguém vai saber. E eu tenho uma responsabilidade com todos os meus embriõezinhos. Não sou religiosa, não sou contra o aborto. Mas eu vou lá saber o que o cara vai fazer? E se colocar em outra pessoa? Meus filhos biológicos vão tá em outra pessoa. (Adriana)

Por estes motivos, Adriana e Simone resolveram fazer a inseminação artificial. Apesar de criticarem as altas doses de hormônios que são utilizadas na FIV, elas aceitaram tomar todos os medicamentos que o médico apresentou para a inseminação artificial, como forma de “ajudar a natureza” já que estavam pagando muito caro e queriam conseguir engravidar o mais rápido possível:

Tomamos todos os medicamentos, porque já que a gente tava na chuva, né? (risos) Mas acho que assim, é caro. Não é barato. A parte de clínica é

caro, de honorários, de doador é caríssima. Então resolvemos ajudar um pouco a natureza, né? [risos] (Adriana)

Adriana explica resumidamente o percurso que teve que passar para concluir a inseminação em si e as coisas que achou que eram mais desconfortáveis dos medicamentos:

Foi assim, a gente chegou no consultório dia 4 de novembro, eu fiz os exames e ele falou: quando descer a menstruação, você toma esse anticoncepcional pra controlar a ovulação e ficar tudo bonitinho. Aí quando desceu a menstruação eu fui fazer o ultrassom pra ver se não tinha um cisto residual nem nada e você toma o puregon, mas pode ser o indux, que é pra induzir a ovulação. Eu tomei o anticoncepcional pra não ter nenhum cisto ou pra não ovular no meio do caminho, pra controlar a ovulação. Depois eu tomei a da injeção na barriga que é tranquila, tem a caneta pra aplicar igual à de insulina. Mas eu não queria que ela aplicasse mais não, porque dói menos quando você mesma faz. A injeção em si não dói muito, mas é algo grosso e gelatinoso. Aquilo 15 dias seguidos na barriga, chega uma hora que sua barriga tá inflamada de tanta injeção. Nos últimos dias ficou dolorido. No meu eu comprei a injeção pronta. Aí depois disso você toma o ovidrel que é pra ovular. O mais chato é a progesterona que tem que tomar duas vezes por dia via vaginal pra segurar a gravidez. Esse eu tomei e tive prisão de ventre. É chato, mas tem hora que você acostuma. (Adriana)

Apesar dos efeitos colaterais da medicação, Adriana disse que repetiria todo o processo da inseminação artificial. Porém não gostou do período da gravidez e afirma não querer passar por isso de novo. No momento da entrevista, ela e Simone tinham uma filha de 10 meses e Simone estava fazendo o mesmo tratamento para engravidar do segundo

filho¹³:

Da inseminação artificial, eu faria de novo, desde os exames até os medicamentos. Mas só se pudesse pular a parte da gravidez. Pra mim, foi bem complicado, porque eu tive uma dor nas costas horrorosa, sabe? De não conseguir levantar da cama, de travar a coluna por causa da gravidez, acontece. Foi só a única coisa que teve, mas assim, não é possível não levantar da cama por causa de uma gravidez. Então assim, hoje eu não engravidaria, as minhas costas ainda lembram a dor. (Adriana)

Gal e Ana Carolina também optaram pela inseminação artificial para gerar sua filha. Contudo, diferenciam-se de Adriana e Simone na questão da medicalização. Elas queriam evitar ao máximo intervenções médicas invasivas e medicamentosas. Aproveitaram o período que estavam morando em outro país, onde o perfil das clínicas de reprodução assistida era mais parecido com o que elas desejavam:

Lá o programa que a gente fez, ele era também pra mulheres férteis. Eu não tive que fazer nenhum tipo de tratamento. Foi tudo com base na biologia, assim. A gente recebeu orientação, aí ficamos 3 meses só medindo temperatura todo dia de manhã, antes de levantar e anotar num graficozinho lá e aí pra tentar descobrir onde era a minha janela de ovulação. E lá eles vendem uns kits tipo teste de gravidez, que mede LH que é o hormônio luteinizante que é o preditor da ovulação. Geralmente antes da ovulação, umas 24h ou 36h tem um pico desse hormônio e aí com esse kit você detectava quando era esse pico e aí você sabia que dali com 24h ou 36h era a hora de maior fertilidade. Aí quando dava positivo o teste, a gente ligava lá na clínica e marcava pro outro dia para inseminar. (Ana Carolina)

No Brasil, qualquer mulher que recorre às clínicas de reprodução assistida é tratada como infértil, não importando o motivo pelo qual ela

¹³ Como já mencionado anteriormente, Simone está grávida de um menino. Ela e Adriana conseguiram engravidar na primeira tentativa de Inseminação artificial.

procurou este serviço. Gal e Ana Carolina tecem uma crítica às clínicas brasileiras, pois acreditam que elas tratam todas as mulheres igualmente, sem olhar a especificidade ou levar em consideração o desejo delas, mesmo quando elas não têm problema algum de fertilidade.

O problema do Brasil ainda é que as clínicas lidam com mulher infértil. Então, o protocolo deles é, antes de alguma coisa, mandar tomar remédio. (Gal)

Eles fazem indução de ovulação e fazem ultrassom a cada dois dias pra acompanhar o desenvolvimento dos folículos, do óvulo e a gente não fez nada disso. (Ana Carolina)

Ah, e antes tem que fazer uns exames superintrusivos, superinvasivos. (Gal)

Assim, Gal e Ana Carolina ficaram satisfeitas com a inseminação que fizeram nos Estados Unidos. Não tomaram nenhum medicamento e nem realizaram nenhum exame, apenas receberam a instrução para fazer o controle do ciclo menstrual a partir da medição da temperatura corporal. Elas conseguiram engravidar na segunda tentativa, mas recordam como foi frustrante não ter dado certo de primeira:

Mas eu lembro que a primeira vez que a gente fez a gente tentou não ficar muito na expectativa, mas a gente ficou muito e quando veio a menstruação foi bem frustrante assim. A gente sabia, mas eu tinha na cabeça que quando a gente começou a fazer as tentativas, eu tinha na cabeça que tinha que guardar dinheiro suficiente pra gente fazer 4 meses, assim, 4 ciclos, né? Porque na minha cabeça, 4 ciclos a gente aguenta emocionalmente fazer e dar errado. E ter paciência que em 4 ciclos, provavelmente em um deles vai vingar. (Ana Carolina)

Como Gal também quer engravidar e elas agora vivem no Brasil,

existe a preocupação por parte das duas sobre como será feito o procedimento. Elas gostariam de voltar para os Estados Unidos só para fazer a inseminação, mas acreditam que o custo-benefício não compensa, devido às baixas chances de sucesso da inseminação artificial. Então pensam em tentar negociar com algum médico para que aceite as suas condições:

Na verdade, a gente ainda pensa se é viável fazer lá a inseminação da Gal, mas eu não sei assim. Na verdade, é um tiro contra a probabilidade. Quando a gente fez o meu, a probabilidade de dar certo é de 12% a cada tentativa. Então realisticamente pensando, pra gente pensar em ir cada mês pros EUA, não tem condição, né? Assim, realisticamente falando, provavelmente vai ser no Brasil. E a gente vai ter que achar um médico que pelo menos aceite começar as tentativas sem precisar fazer esses exames e essas medicações. Mas assim, eu não sei. É uma busca que a gente começou a fazer ainda. A gente vai procurar tentar fazer nos mesmos moldes, né? (Ana Carolina)

Vange recorda que ela estava no começo de relacionamento com sua ex-companheira quando elas começaram as tentativas de inseminação artificial. Ao contrário da entrevistada Adriana que também fez sua inseminação artificial no Brasil e passou por todos os exames e medicamentos e não reclamou dos efeitos colaterais, ela achou que o procedimento gerou bastante desgaste físico:

Foi tudo feito particular, foi um tratamento bastante caro. Ela tomava uma série de hormônios e de medicamentos que eram caros e que era uma coisa desgastante fisicamente, porque ela tinha que tomar umas injeções na barriga e era ela mesmo que aplicava, a gente aplicava e tinha uma coisa assim de passar mal, de ter enjoo. Tem muitas questões físicas que você precisa ter muita disposição, porque tem um processo físico aí que é complicado. Aí a gente fez a primeira inseminação depois desse tratamento hormonal. Na verdade, era um processo muito novo, a gente também tava

começando um relacionamento, a gente não tinha um histórico de estar juntas há anos. (Vange)

Após tentarem três vezes engravidar sem sucesso pela inseminação artificial, resolveram tentar a fertilização *in vitro*. Vange compara a sensação de cada inseminação que não deu certo à sensação de perder uma gravidez. Desta forma, ela reflete que elas já vinham de desgaste físico, emocional e financeiro, mas como o dinheiro estava acabando, elas resolveram pedir ao médico um procedimento com mais chance de sucesso, porém, mais complexo e que exigia bem mais de sua ex-companheira:

O resultado deu negativo na primeira vez, daí ela fez de novo e deu negativo de novo. Aí a gente teve uma conversa com o médico, até por uma questão de grana, porque é um tratamento muito caro e o médico fez uma proposta que a gente tentasse mais uma inseminação e que se a inseminação não tivesse resultado, a gente partiria para a fertilização que é um processo diferente. A gente fez essa terceira inseminação, não deu certo de novo e aí tinha já essa questão física dela, de desgaste, enfim, de toda essa mudança do organismo e tal. Tinha o processo emocional, porque você tem uma frustração a cada inseminação que você não tem o resultado, é quase como se você tivesse perdendo uma gravidez. Enfim, então a gente veio desse desgaste. Tinha o desgaste financeiro, porque cada vez que tinha esse processo era uma grana. E a gente resolveu fazer a fertilização que foi um processo mais difícil, eu acho. (Vange)

Ao entrarem no processo de fertilização, Vange se incomodou com as questões legais, pois só sua ex-companheira era requisitada para assinar as coisas e ela era tratada como se não fizesse parte do processo. Ela enfatiza que a decisão sempre era das duas, mas não havia espaço nos processos legais para que elas fossem tratadas como um casal. Ela até questiona se isso aconteceria com um casal heterossexual:

E aí começam algumas coisas que são, pra mim, difíceis de lidar, por exemplo, a gente assina um termo. A gente não, quer dizer, ELA assina um termo de o quê que vou fazer com esses óvulos que não serão implantados, por exemplo. E tudo isso era muito conversado entre a gente e era decidido de uma forma comum entre a gente, porém a parte legal de todo o tratamento, vamos dizer assim, você tem que ir lá assinar termos, essas coisas eram feitas por ela, porque era ela que tava fazendo. Então desde aí já começa esse processo. Eu não sei como funciona numa relação hétero, esse tipo de termo, esse tipo de coisa, eu não sei se existe um acordo do casal ou não. Mas no nosso caso, não tinha. Era uma conversa entre a gente, onde no final das contas, quem decidia era ela, porque era ela que tava assinando as coisas. Isso pra mim foi um pouco desconfortável, apesar que a gente não teve um tipo de discordância nas decisões. (Vange)

Após resolverem a parte legal, passaram para o processo de fertilização *in vitro*. Vange afirma que foram implantados na sua ex-companheira mais embriões do que o limite permitido. E destes implantados, três acabaram se desenvolvendo:

E aí, enfim, foram fertilizados cinco de nove óvulos, se eu não me engano, e aí por uma questão ética tinha um limite que eu não sei qual é, mas na gente foi colocado além do limite. E aí, a gente espera de novo todo o processo para ver daqueles óvulos já fertilizados que já são na verdade acho que embriões. Então a gente teve que esperar para saber se tinha dado certo e é uma puta tensão e muitos hormônios, muita mulher junto (risos) e é um processo bem complicado. Enfim, a gente ficou sabendo que daquele processo, três embriões tinham vingado. (Vange)

A gravidez de triplos era totalmente inesperada por elas. O que causou muito desconforto. Então o médico propôs que elas fizessem um procedimento conhecido como redução embrionária, pois acreditava que a gravidez de trigêmeos traria muito risco. Vange relata:

Mas enfim, a gente passou por esse processo todo e a gente entrou na história de “putz! São três! São três! O que a gente vai fazer com três, o quanto isso vai demandar de trabalho?” E aí esse médico que iria

acompanhar a gravidez, aconselhou que a gente fizesse o que eles chamam de redução, porque uma gravidez de três seria uma gravidez muito complicada, inclusive com muitos riscos para que a gravidez se desenvolvesse e para ela na própria gravidez, enfim. E aí esse processo foi bastante complicado. Essa decisão de como a gente vai fazer isso, foi uma coisa que a gente conversou bastante. Foi um processo de decisão bem difícil. E aí gente resolveu fazer a tal da redução que, na verdade, você vai numa clínica que não parece, mas é uma clínica clandestina, lógico, porque é uma coisa que você não tem autorização legal. Então a gente fica o tempo inteiro esbarrando nessas questões legais que são muito difíceis. (Vange)

Segundo CORREA (1998), a redução embrionária consiste em um abortamento seletivo proposto quando, após a transferência de embriões (três, quatro ou mais), ocorre a implantação de todos eles, produzindo-se uma gestação múltipla de elevado número de fetos. É preciso lembrar que a necessidade de uma redução embrionária ocorre da má prática da FIV. Como nem sempre a mulher pode suportar esse tipo de gestação, do ponto de vista de sua saúde ou mesmo por questões sociais e econômicas, “opta-se” por este procedimento.

Vange reflete que esta foi a parte mais difícil de todo o processo, pois ela e sua ex-companheira ficaram se questionando o tempo todo sobre quem aquele ser humano se tornaria. Pessoas que estão fazendo tratamento para engravidar, o qual demanda muito do físico, emocional e financeiro, nunca esperam que vão ter que tomar a decisão de ter que fazer um tratamento para interromper o crescimento de um embrião. Inclusive no momento da entrevista que Vange relata essa história quase chega a chorar. Apesar de já terem se passado mais de oito anos desde o acontecido, ela recorda que a imagem do processo de redução ainda se encontra presente

em sua memória.

Enfim, a gente fez a tal da redução, foi muito difícil. É uma cena que eu tenho meio como um filminho assim na cabeça e que, por muitas vezes, isso voltou a ser tema de uma conversa entre a gente: “e se fosse? E o que era o outro?” (voz trêmula de quase choro). Sei lá, começa aí a ter muitas questões emocionais junto com todas aquelas outras que eu já falei de grana, dos hormônios, do físico, do desgaste. É um processo extremamente desgastante. (Vange)

Vange resume que todo o processo de fertilização *in vitro* foi muito complicado e não vê como boa experiência. Ela diz que nunca faria de novo. Ela usa o termo “brincar de deus” para definir seu desconforto em relação a este método de reprodução assistida.

Tipo esse termo, por exemplo, que você assina para dizer o que você vai fazer com os embriões que foram fecundados e não vão para sua barriga - então você quer doar pra pesquisa, você quer que eles sejam eliminados, você quer que eles sejam congelados – cada coisa tem uma consequência. Por exemplo, se você optar por eles serem congelados, tem um custo de armazenamento, é uma coisa muito louca assim. Até a parte da inseminação artificial, pra mim tava tudo bem. Da fertilização pra frente, a coisa começou a ficar esquisita, porque você tem um certo poder, mas você tá lidando com uma coisa que é muito delicada. Então isso fica permeando o tempo inteiro ali. E, pra mim, era tudo muito novo! Nunca tinha passado pela minha cabeça! O máximo que tinha chegado assim na minha cabeça era aquela coisa de “ah então eu não quero transar com homem, eu vou lá no médico e ele vai fazer isso de uma forma...”. Não tem muito uma forma fácil de dizer isso, mas na verdade você, nesse processo, você começa a ver muito essa questão do brincar de deus ali. É muito difícil. (Vange)

A partir da história de Vange pode-se perceber o quanto o tratamento da FIV é complexo e demanda muito esforço por parte da mulher ou do casal. CORREA (1998) analisa que a complexidade da FIV a transforma numa multiespecialidade que coloca para os usuários exigências nada

simples e que não se acompanha da contrapartida da eficiência assegurada.

Outra mulher entrevistada que utilizou a FIV como meio de engravidar foi Ângela. Ela e sua ex-companheira já foram para a consulta em uma clínica de reprodução assistida com uma ideia em mente: queriam que uma engravidasse a partir do óvulo da outra. Atualmente, esta técnica é conhecida por alguns autores internacionais e no Brasil como Recepção de Óvulos da Parceira (ROPA). Tecnicamente a ROPA não se difere de um processo de doação de óvulos com a utilização da fertilização *in vitro*. A diferença está na questão de que ambas as mulheres participam na técnica ROPA, uma na prestação do embrião usando seus óvulos e a outra na gestação do embrião (MARINA et al., 2010). Ângela conta que a intenção era ter um filho dela no útero de sua então parceira:

Nós queríamos ter o meu filho no útero dela e já fomos ao médico com essa ideia. Eu não conhecia nenhuma história de ninguém que tinha feito isso. Então ele falou que era possível através da fertilização in vitro. (Ângela)

Por ter 39 anos na época do tratamento, Ângela afirma que ficou muito preocupada, pois sabia que as chances de produzir óvulos para as tentativas de FIV iam caindo depois dos 35 anos e pra aumentar a sua preocupação, ela também tinha um diagnóstico de endometriose. Porém recebeu apoio do médico que estava realizando o procedimento para tranquilizar-se:

Nós fizemos a primeira tentativa. Como a minha idade era um pouco avançada e eu tenho endometriose, eu não conseguia maturar muitos

óvulos. Enquanto uma mulher com a vida fértil normal, fertiliza 14, 15, 20 óvulos. Eu fazia 3, 4. Eu tinha 39 anos na época. Depois dos 35 começa a diminuir a vida útil do ovário. Eu tinha endometriose também, então isso colaborou bastante pra diminuir as minhas chances. Então eu lembro que eu ia no médico e o doutor falava: “não se preocupa, você só precisa de um!” Todo mundo amadurece lá 20 óvulos, mas só vai fecundar 1 e você também é a mesma coisa. Aí eu falava pra ele “mas as chances são menores” e ele dizia “não. Vai dar tudo certo! Vai dar tudo certo!” E ele sempre confiante. (Ângela)

Como a primeira tentativa não deu certo, Ângela teve que tomar todos os medicamentos novamente e refazer todos os procedimentos. Mas ela não se incomodou com os efeitos colaterais e o ganho de peso de 20 quilos, pelo fato de estar vivenciando um momento especial e cheio de expectativas. Na segunda tentativa, tudo deu certo e Ângela inclusive afirma que ficou grávida junto com a sua ex-companheira.

Tomei vários medicamentos, várias injeções. Ela também tomou muitas injeções. Olha, me falaram que eu ia ter uma alteração de humor muito grande, mas eu não senti não. Fisicamente eu engordei 20kg. Com a medicação e também com a gestação, porque eu tive todos os sinais e sintomas de uma gestante que ela teve, eu tinha. Eu sentia enjoo, eu vomitava, eu pegava bronca das coisas, de comida, sentia cheiro e nauseava. Bem psicológico. Foi uma gravidez junto com ela. Eu fiquei grávida junto com ela. Só não fiquei de barriga grande, mas o resto eu tive tudo. Aí a gente fez a segunda tentativa, eu fiz a retirada, a aspiração, pegamos o sêmen lá no Einstein e levamos até lá, foi feita a fertilização. E a gente ficou acompanhando ele todos os dias ele lá na estufa né? Aí a gente ligava todos os dias “e aí, ele cresceu? Ele não cresceu?” Eu acompanhava todos os dias. Mas eu tinha muita certeza que era ele. Minha companheira queria uma menina, porque ela já tinha um filho, ela queria uma menina. Ela queria a Laura e eu falava pra ela “o interessante é que venha com saúde, o que vier pra mim será muito bem vindo” E aí ela acabou engravidando dessa segunda tentativa. E aí a gente colocou 3 embriões que tinha fertilizado e só um que ficou, os outros dois não progrediram. (Ângela)

Ângela reflete que foi um procedimento muito oneroso, mas que valeu à pena. Ela e sua ex-companheira já haviam se preparado financeiramente

com muita antecedência para arcar com os procedimentos. Com todas as tentativas ela chegou a desembolsar trinta mil reais na época.

Na verdade, nós tínhamos umas economias guardadas e ela vendeu o apartamento. Quando ela desfez o casamento hétero dela, eles dividiram os bens. Aí ela ficou com a metade de um apartamento. Aí ela investiu esse dinheiro e mais uma grana que eu tinha de uma casa que eu vendi em Campinas também de um outro casamento anterior. E aí a gente guardou o dinheiro e usou esse dinheiro para isso. Na época, foram 15 mil reais cada tentativa. Nós gastamos 30 mil reais. 15 na primeira e 15 na segunda. (Ângela)

Inicialmente, a ideia de Luiza e Zélia era fazer uma inseminação artificial, principalmente pela questão financeira. Mas quando visitaram um projeto em São Paulo que fazia o orçamento dos métodos de reprodução assistida de acordo com a renda das pessoas, descobriram que poderia ter acesso à ROPA e resolveram tentar. O médico que propôs o método contou que muitas mulheres lésbicas estão fazendo e que isso ajudaria com as questões jurídicas depois:

Então a gente procurou uma médica particular e o valor era muito alto. Pra inseminação, tava em torno de 5 mil reais. Daí quando a gente foi em outro que foi no projeto X o médico perguntou logo: ah, vocês querem fazer desse jeito que tá todo mundo fazendo? Eu perguntei: como? Daí ele: ah pegar o seu óvulo e transferir pra ela. Ele mesmo falou que juridicamente é melhor depois. Ele falou que a juíza que trabalha aqui com a gente falou que tá bem fácil pra registrar. Então ele passou um valor um pouco mais alto que os 5 mil, mas a gente resolveu fazer pelo custo benefício e porque a taxa de sucesso é bem maior. Ainda mais com o meu óvulo que eu tenho 30 anos e a Luiza tem 36. (Zélia)

Ele disse que a FIV tem uma boa chance de dar certo, mesmo que fosse com meu óvulo. Mas com o óvulo da Zélia, como ela é mais nova, ele disse que ficaria melhor ainda. Porque os óvulos dela tem 30 anos, daí tá tudo

novinho ainda. Ele disse que o meu daria também, mas quanto mais novo melhor, né? Tem 55% de chance. (Luiza)

Apesar de ser muito dinheiro, Luiza e Zélia resolveram pedir empréstimo no banco para poder realizar o desejo:

Aí ele deu essa ideia e a gente passou com a Assistente Social e vimos os valores. Então pegamos empréstimo no banco e tudo mais pra conseguir fazer. A gente acaba se virando com um desejo, um objetivo que a gente tem que a gente quer cumprir neste momento. (Zélia)

Agora elas já iniciaram o processo da ROPA¹⁴. Estão na fase inicial, mas Zélia já afirma sofrer com os efeitos de todos os medicamentos e intervenções médicas.

Essa fase tá sendo péssima. Eu nunca tive que tomar anticoncepcional na minha vida. Então eu tenho ansia, tenho dor de cabeça, tenho mal estar. Graças a deus essa fase vai terminar dia 8 e eu vou tomar a injeção de bloqueio e começa a estimulação que são 15 injeções na barriga. É a parte chata do tratamento. Eu nunca tinha feito um ultrassom transvaginal e agora tenho que fazer sempre. (Zélia)

Pode-se perceber que as mulheres lésbicas que buscam a gravidez através das tecnologias reprodutivas enfrentam diversas questões que não são fáceis de lidar. Para além das questões relatadas acima, existe também a possibilidade das mulheres lésbicas terem que lidar com outra questão: o preconceito. Ao buscarem atendimento em clínicas particulares, algumas entrevistadas relataram situações constrangedoras e incômodas por parte

¹⁴ Fui informada que Zélia e Luiza fizeram duas tentativas de ROPA que não deram certo. Agora estão reiniciando todo o processo, inclusive exames obrigatórios, em outra clínica.

dos profissionais médicos que as atenderam. Vange relata que um médico recusou atendimento à sua ex-companheira por não achar certo que mulheres lésbicas e solteiras engravidem:

Ela tinha feito já uma consulta com um médico e tinha se sentido muito mal, muito constrangida, porque ele tinha uma posição que ele diz ética, dentro da ética dele. Ele tem o peso muito grande também da religiosidade, porque, enfim, ele acredita que não possa ser feito inseminação em uma mulher que é solteira ou que é gay. (Vange)

Ângela afirma que na primeira clínica que foi com sua ex-companheira se deparou com uma situação constrangedora. O médico a tratou mal e ela ainda teve que escutar insultos por parte dele:

Ele fez muito comparativo entre o homo e o hétero, e ele me colocou numa posição do homem da relação. “porque você não tem porra o suficiente” Ele usou até um termo lá que depois eu fui saber que era um termo da região do nordeste que ele usou o termo “você é ‘gala rala’”¹⁵. E eu me senti muito depreciada naquela consulta, eu me senti muito mal. Ele foi muito antiético. (Ângela)

Outro caso relatado foi o de Zélia e Luiza. Inicialmente elas haviam buscado fazer a inseminação artificial em uma fundação que oferecia serviços mais baratos, porém se sentiram desconfortáveis com a postura da médica e pelo fato dela ter dito que só iniciaria o procedimento depois que elas passassem por um psicólogo, coisa que as mulheres heterossexuais não precisam fazer:

¹⁵ Gíria utilizada no nordeste do Brasil que se refere ao sêmen do homem. Gala rala é o homem que tem pouco sêmen ou não consegue engravidar a sua esposa.

Mas o que deixou mais a gente intrigada foi que ela mandou a gente pro psicólogo e os outros casais héteros que tavam fazendo o tratamento nenhum passou pelo psicólogo. (Zélia)

A gente achou a médica meio homofóbica, ela queria que a gente passasse pelo psicólogo antes de fazer qualquer coisa. Daí eu entrei na internet na comunidade dessa fundação e encontrei várias pessoas que estavam fazendo o tratamento lá. Aí eu perguntei: “alguma de vocês passou pela psicóloga?” e aí todas responderam que não. Então só eu porque eu era homossexual precisava de uma psicóloga. E a médica era muito grossa. Aí eu não gostei. (Luiza)

O preconceito, a escolha do método, o custo dos procedimentos e medicamentos, o desgaste físico e emocional, a negociação com homens para conseguir o sêmen para engravidar foram questões abordadas nesta subcategoria. Apesar de já haver aparecido em outras situações, a questão da escolha do doador será discutida em seguida.

7.2.4 Sobre a Escolha do Doador: Conhecendo um Desconhecido

PASSOS (2005) reflete que as mulheres lésbicas dependem de um “outro” para realizar seu projeto, ou seja, há um terceiro elemento, mediando o desejo de conceber um filho. O doador torna-se assim um tema recorrente e importante presente no processo de decisão das mulheres lésbicas que buscam a gravidez. Como já visto anteriormente, a decisão sobre o uso de sêmen de um doador anônimo ou conhecido está estreitamente relacionada

com uma preocupação com o controle e autonomia (TOURONI e COYLE, 2002). A maioria das mulheres veem o processo de parentalidade como fundamentalmente envolvendo apenas a si mesmas e seus filhos, sem a interferência do pai biológico que foi consistentemente posicionado como um potencial ameaçador tanto pela questão das doenças sexualmente transmissíveis quanto pelas questões legais que podem dificultar a vida dessas mulheres. Luiza, Ana Carolina, Gal e Ângela refletem sobre as dificuldades ao se escolher um doador conhecido:

É arriscado fazer com doador conhecido, porque as coisas mudam muito. Vai saber o que passa na cabeça das pessoas, né? Primeiro lugar, você não tem a garantia que aquele cara vai tá saudável. Aí você vai ter que pedir pra ele fazer todos os testes, o teste de Aids, por exemplo. Depois, e se o cara quiser ser pai? Vai que ele mude de ideia e queira lutar na justiça pra querer a guarda do bebê? Vai saber, né? O ser humano é muito imprevisível. (Luiza)

A gente pensou em pegar um amigo ou alguém da família dela. Mas aí a gente pensou que já ia ser complicado ser duas mães e daí ter um terceiro elemento aí nessa história que podia interferir com tudo. A gente achou que ia ser complicação demais. (Ana Carolina)

E Gal completa:

E qualquer pessoa da família dessa pessoa, se for conhecida, tem mais direito do que eu. Qualquer ligação biológica tem mais direito do que eu. Então se qualquer coisa acontecesse com Ana Carolina, algum primo distante do doador quisesse a Filipa, ia ganhar. Aí a gente desistiu. (Gal)

Na verdade, a gente queria ter um doador conhecido, mas ficamos com medo de interferência. Chegamos até a propor a um amigo que ele fosse o doador, mas ele não quis, ele não topou, porque ele ficou naquela de vou doar e vou ter um filho, mas não vou poder ver esse filho. E nossa condição

era bem essa mesmo. O filho é nosso, não é de mais ninguém. E aí ele não topou e aí a gente optou pelo banco. (Ângela)

Mesmo as duas mulheres no estudo que utilizaram doadores conhecidos e que, inclusive, registraram as crianças preferem que eles mantenham a distância e que não haja intromissão na criação que elas dão. Zélia não vê o doador da sua filha desde que ela tinha 3 meses de idade. Cássia convive com o doador, que é seu amigo, mas ele quase não convive com sua filha e ambas as mulheres entrevistadas preferem assim:

Ainda bem que o pai da Lila não está nem aí. Assim ele não se intromete nas coisas e ficamos em paz. (Zélia)

Ele vê a menina de quando em vez. Ele não é muito de estar lá, de ver a menina, de ir lá: “pô, cadê a minha filha?”. Não, às vezes ele chega no portão e “toma aí um dinheiro pra você comprar uns negócios pra ela”, aí do portão mesmo ele volta. Bom pra mim, né? (Cássia)

Neste estudo, a maioria das mulheres aventou a possibilidade de que os doadores conhecidos pudessem “interferir” na criação ou até mesmo lutar pela guarda da criança, mesmo em caso de haver negociação prévia entre a mulher e doador limitando a participação do mesmo. Tal fato foi a justificativa para que elas vislumbassem o doador anônimo como a alternativa mais segura. Segundo TOURONI e COYLE (2002), são três os fatores que fazem com que os doadores anônimos sejam tão desejados: o desejo de evitar conflitos com o pai biológico, os temores sobre o pai biológico minar a mãe não-biológica e a crença de que os benefícios de usar o doador desconhecido supera em muito todos os custos. Esses fatores estão

relacionados com o desejo de ter o controle e autonomia como casal sobre como criar a criança.

Porém, em alguns casos, este doador pode permanecer no imaginário da família e pode aparecer como sombra enigmática que acompanha e perturba a trajetória de vida das mães e dos filhos (PASSOS, 2005). Gal e Ana Carolina se preocupam com o fato da sua filha perguntar e até desejar um dia conhecer esse doador. Tal fato fez com que elas optassem por um doador anônimo que autorizasse a liberação da sua identidade quando a criança fizer 18 anos¹⁶.

É que a gente na verdade tava pensando assim nessas coisas de fantasma, sabe? Essas coisas assim, quando na sua vida você tem um fantasma que te persegue. Se ela fica fantasiando sobre esse doador, desse pai, essas coisas. É melhor ela ter a chance de tirar isso a limpo do que não ter essa chance. (Ana Carolina)

Outra questão importante referente ao doador é a sua característica física. As mulheres lésbicas buscam semelhanças físicas entre si e seus filhos. Para tentar conseguir isso, as mulheres entrevistadas (com duas exceções), selecionaram doadores com características físicas que fossem relacionadas à mãe que não iria fornecer o material biogenético. O tom de pele, cor dos olhos, cor do cabelo, e etnia são algumas das poucas características que aparecem na descrição dos doadores brasileiros. Então

¹⁶ Nos bancos de esperma dos Estados Unidos, antes do doador fazer a doação de semên, ele assina um termo autorizando ou não que a criança que venha a nascer de seu material genético possa conhecê-lo ao completar 18 anos.

as mulheres tentam escolher um doador que acreditem se assemelhar mais à sua parceira para criar a sensação de que a criança pareça uma mistura das duas mães. Como Adriana ia engravidar, tentou buscar um doador asiático para que parecesse com sua parceira. No entanto, ela reclama do fato da lista de doadores não ter muitas informações:

Quando a gente pediu a lista, ele deu a lista de doadores caucasianos. E a gente falou que não, que a gente queria misturar. Eu sei que é meio fantasiada essa coisa de querer ter um filho misturado, mas é misturado que a gente quer: meio-a-meio. Aí pedimos os doadores asiáticos, orientais na lista. E infelizmente não tem muita informação. Vem assim: doador número x, ascendência chinesa, altura, cor dos olhos, estatura, peso, tipo sanguíneo, se é grande, pequeno, médio. É um tiro no escuro que você dá. Nos Estados Unidos você tem até a foto quando o doador era criança (Ana Carolina).

Então, a gente usou o critério étnico né? A Gal tem origens japonesas e europeias e aí a gente queria um mestiço de japonês, que foi superdifícil de conseguir, porque lá tinha muito mestiço. Mas quando você põe mestiço de asiático, geralmente tem muito chinês, coreano, indiano, essas coisas, mas não tinha de japonês. No final, a gente tinha o critério de ser pelo menos metade japonês (Adriana).

Apesar de Luiza ser a que vai engravidar do casal, ela vai fazer isso com os óvulos de Zélia. Então elas também decidiram escolher um doador que acreditassem ser mais parecido:

A gente escolheu parecido comigo, porque o óvulo já vai ser dela. A gente escolheu o mais magro, com o cabelo mais claro, pra ver se fica um pouco misturado. (Luiza)

Estas mulheres escolheram cuidadosamente um doador com o objetivo de criar semelhanças físicas entre ambas as mães e a criança como forma de criar uma identidade simbólica de sua família (SUTER, DAAS e

BERGEN, 2008). Além das características físicas, algumas mulheres também se preocuparam com o histórico médico do doador, como forma de evitar algumas enfermidades. No Brasil, essa informação é inexistente:

Eu acho que o que falta é informação, pelo menos eu senti muita falta de informação foi na falta de histórico médico mesmo. Eu queria só umas coisinhas a mais, um histórico de câncer na família, algo assim. Porque assim, se todo mundo tiver um histórico lá bonitinho, você não vai poder escolher pelo histórico, se tem ou se não tem né? Eu acho que isso lá não é muito importante no final. Pra não ficar dando murro em ponta de faca, porque eu sou meio racional, no futuro vai que, né? (Adriana)

A questão do doador parece ser bastante contraditória, pois, se por um lado algumas mulheres lésbicas não querem conhecê-lo e se sentem ameaçadas por sua presença, por outro elas querem saber mais dados e informações ao seu respeito. Ana Carolina reflete sobre o dilema entre querer conhecer mais sobre o doador e ao mesmo tempo não querer conhecê-lo. Acha que é um pouco estranho você fazer uma decisão de escolha tão importante só através de curtas descrições sobre uma pessoa:

Mas é estranho, né? Como você vai determinar geneticamente, sabe, assim? Quando você tem amigos, namorado, marido, você desenvolve uma relação e vai ser por isso que ele vai ser pai dos seus filhos, né? No nosso caso, não tinha relação nenhuma e a gente tinha que meio que conhecer a outra metade genética da nossa filha por meio de questionário ou de descrições. Então é estranha a sensação de você ter que escolher sem conhecer e ao mesmo tempo você não quer conhecer, então você fica nesse dilema. (Ana Carolina)

Já Adriana não se sente tão incomodada e compara esta escolha a uma adoção – método pelo qual inicialmente ela e Simone estavam tentando ter filhos:

Mas a gente brinca que pra quem queria adotar, isso na verdade é uma adoção, né? É uma meia adoção. Metade dela é adotada. A gente não tem informação nenhuma. Você adota o doador de uma certa maneira. (Adriana)

Vange e Ângela, e suas respectivas parceiras, foram as únicas entrevistadas que afirmaram que a escolha do doador não teve a ver com os aspectos físicos da mãe não-biológica. Vange relata que o médico afirmou que quando não havia um pai no meio do processo, ele preferia trabalhar com as características da mãe, ou seja, não houve opção de escolha para elas. Vange conta que isso não se tornou uma questão entre elas:

O médico chegou e falou: “Eu tenho minhas questões éticas e não faço alguns tipos de seleções, porque eu acho que não se deve fazer.” Na verdade, ele foi muito delicado. Ele falou: “se não existe a figura do pai, eu costumo escolher um biótipo parecido com o da mãe” e a gente achou que tudo bem, assim, não foi uma questão pra gente. Ele perguntou se ela queria que fosse judeu por uma questão religiosa. Ela disse que não que ela não tinha essa necessidade. Então a gente não passou por nada desse processo de escolha, de dizer que quer que seja assim ou se quer que seja diferente. (Vange)

A ex-companheira de Ângela, que iria gestar os embriões gerados a partir dos óvulos dela, chegou a pedir que fosse escolhido um doador de pele negra para parecer com ela. Contudo, Ângela não aceitou pelo temor de que a criança fosse ter alguma doença cromossômica. Ela refletiu que foi um pouco preconceituosa na ocasião. Porém chegou a um consenso e escolheu o doador a partir dos hobbies e profissão, pois elas acreditavam que isso demonstraria bom nível cultural e inteligência:

Aí ela até falou “e por que não um negro?” Aí eu falei que um negro não, porque eu não queria que tivesse doença cromossômica, eu não queria

correr esse risco. Foi até bem preconceituosa mesmo. Aí entramos num consenso, concordamos com isso e fomos lá e escolhemos uma pessoa que tivesse um nível cultural bom, que gostasse de esportes, que fosse inteligente, alguma coisa assim. Não procuramos nada físico, tipo olho azul, nada físico. Foi mais a personalidade em si. Então conseguimos um doador que gostava de xadrez, que gostava de automobilismo, que era um médico. Pô, meu filho nasceu ele aprendeu a ler com 3 anos, aprendeu a escrever com 3 anos, ele fala inglês hoje, ele sente que a escola é um saco, porque o que ensinam na escola ele já sabe. Então foi fantástico, acho que a gente acertou na escolha do doador, foi uma junção perfeita. (Ângela)

Já Marina que tem a cor de pele negra, vê um pouco de desconforto em escolher as características físicas do doador, pois se sente dividida ao pensar nisso. Ao mesmo tempo em que acredita que a escolha de um doador negro seria mais correta, pois pareceria com ela, pensa que seria um fardo para uma criança carregar em uma sociedade tão preconceituosa ser negro e ser filho de lésbicas:

Aí eu tenho que passar por essa também, tenho que escolher se meu filho vai ser negro ou não vai ser. A Rita fala: “você que sabe”. Porque é uma coisa assim que é um preconceito, que é uma coisa internalizada, eu falo assim: “eu preferiria ter um filho branco pra ele não sofrer tanto como a pessoa negra”, porque na escola você sofre muito, pelo seu cabelo, por qualquer outra coisa. Então eu iria escolher ter filho branco por ele, porque já ia ser tão difícil ser filho de duas mulheres e ainda negro, tanta coisa, né? Uma carga tão grande pra uma pessoa carregar assim que eu acho que eu preferiria que ele fosse branco, mas pensando em mim, eu acho que eu preferiria que ele fosse negro. Aí eu fico na dúvida. Mas é o politicamente correto. Eu não posso ficar falando pras pessoas que eu fico pensando na cor do meu filho. (Marina)

Ângela afirma que pelo fato da sua ex-companheira ser negra e o filho delas ser branco, ela já sofreu muito preconceito. As pessoas geralmente a confundem com uma babá e não conseguem conceber que uma mulher negra tenha um filho branco.

Existe muito preconceito e minha ex-companheira passou. Ela às vezes tava com ele no colo, na fila do banco, por exemplo, e o pessoal falava assim “mas por que a babá vai passar na minha frente?” Então ela passou esse tipo de preconceito sim. É uma coisa que tá muito enraizada, arraigada entre a gente. Mas ela respondia com muita naturalidade. “Babá o caramba, eu sou a mãe dele”. (Ângela)

Marina tem a mesma preocupação em relação a escolher um doador branco que tenha os traços da sua companheira, pois existe a probabilidade dos filhos nascerem brancos:

A preocupação de escolher um doador parecido com a Rita é porque pode ser que a criança seja branca. Seria muito branca. Que já aconteceu até de acharem que eu sou babá dos cachorros. Só porque os cachorrinhos são de madame. Então ela fala: “você tem certeza? Porque vai ser mais uma coisa que você vai ter que aguentar. Porque quando você for buscar o seu filho na escola, eles não vão achar que você é mãe dele, vão achar que você é a babá dele ou a empregada”. Aí ela falou assim: “por mim, tudo bem. O problema é você. Você se conhece. Você vai ter problemas com isso?” Aí eu falei: “Realmente, eu terei problemas com isso”. (Marina)

REIMANN (1997), em seu estudo, encontrou que casais de mulheres inter-raciais relataram uma preocupação adicional com possíveis constrangimentos que poderiam sofrer em público. Desta forma, elas tentavam minimizar através da escolha do doador a probabilidade de uma das mães serem confundidas com babás. No entanto, estas estratégias nem sempre foram bem sucedidas e, muitas vezes, as mães sofreram uma mistura complexa de heterossexismo e racismo.

A escolha do doador, seja entre ser conhecido, seja a partir das suas características físicas, é uma questão bastante discutida entre as mulheres lésbicas que querem engravidar. Além de significar muito para elas pelo fato

de criar a ilusão do controle e da mistura, também significa a esperança de que a similaridade física entre as mães e a criança serviria, segundo SUTER et. al. (2008), para ajudar na comunicação da sua identidade familiar com pessoas externas (pessoas da família de origem ou estendida e pessoas da sociedade em geral).

7.3 CATEGORIA III - COMO APRESENTAR NOSSA FAMÍLIA AO MUNDO?

Nesta categoria discuto algumas questões referentes aos papéis que as mulheres lésbicas constroem dentro do relacionamento familiar, com destaque ao lugar das mulheres que não engravidaram ou que não pretendem engravidar, além da falta de reconhecimento que esta família tem que enfrentar diante de uma sociedade heterossexista.

7.3.1 Nos Papéis Da Dinâmica Familiar Cabem Duas Mães?

Foi visto anteriormente que a maternidade envolve prestação de cuidados e envolvimento afetivo. É uma vivência inscrita em uma dinâmica

sócio-histórica e não corresponde a um acontecimento biológico. Contudo, ao falar de maternidade em nossa sociedade, outro conceito logo emerge associado a ela – o de gravidez (CORREIA, 1998).

BADINTER (1985) reflete que qualquer pessoa que não a mulher que gestou (os pais adotivos, o padrasto, a avó, etc.) pode "maternar" uma criança. Tal pensamento contesta e reflete sobre a relação direta entre maternidade e gravidez. No entanto, as mulheres lésbicas que não engravidaram e são conhecidas na literatura ora como mães não-biológicas (HADLEY e STUART, 2009; CHABOT e AMES, 2004), ora como mães sociais (ALMACK, 2005; BOS, BALEN e VAN DEN BOOM, 2003), constantemente sofrem com a distinção que é feita entre elas e as mães ditas biológicas.

Neste estudo, não pretendo me ater a nenhuma das duas designações citadas acima para me referir às mulheres. Não concordo com a denominação mãe social, pois acredito que tanto a mãe que gestou quanto a que não gestou são mães sociais, como já foi discutido por diversos autores que refletem sobre a construção social do papel e da figura materna (BADINTER, 1985; SCAVONE, 2001b; CORREIA, 1998). E me sinto desconfortável ao utilizar o termo “mãe não-biológica”, apesar de ter usado algumas vezes em outras categorias. Concordo que ele facilita didaticamente quando é necessário fazer uma diferenciação entre as duas mães, mas as minhas críticas são as seguintes: a primeira é que a maternidade biológica está presente no imaginário da nossa sociedade e

vem acompanhada de um peso enorme que faz com que a mãe-biológica pareça ter um valor maior que a não-biológica; a segunda, é o fato deste trabalho possuir dois casos nos quais a técnica de reprodução assistida escolhida foi a ROPA. Resulta que este procedimento faz com que a mãe que não gestou seja a que forneceu o material genético para a outra mãe gestar e parir, ou seja, as duas acabam sendo mães biológicas e acredito que possa haver confusão em relação a esse termo.

Segundo ISLAS (2007), enquanto o papel da mãe que engravida parece que vem dado, o da mãe que não engravida parece que tem que ser construído e negociado permanentemente. E isso gera insegurança, como relatado no discurso de Gal:

Eu acho que eu ficava assim, antecipando, sabe? Se eu ia ficar achando que eu não sou mãe suficiente porque eu não sou biológica. Mas não passa na minha cabeça. Até, vez em quando, aparece alguma coisa que eu digo “ah, isso ela puxou de mim”. Acho que vai ser tranquilo, porque a criação dela é nossa. (Gal)

Então como as famílias lésbicas negociam os papéis dentro da família diante dos desafios? Segundo CASTELLS (2010), os papéis são definidos por normas estruturadas pelas instituições e organizações da sociedade. Em termos mais genéricos, pode-se dizer que papéis organizam funções, ou seja, é em função das necessidades e dos valores dominantes de uma dada sociedade que se determinam os papéis respectivos de pai, de mãe e de filho (BADINTER, 1985).

Segundo PADAVIC e BUTTERFIELD (2011), em uma sociedade

marcada por categorizações binárias (homem/mulher, masculino/feminino, mãe/pai) e pela ideologia familiar dominante segundo a qual só deve existir uma mãe e um pai, a parentalidade lésbica aparece para “turvar a água”. As mulheres lésbicas tem que negociar seus papéis em uma sociedade cujo sistema é limitado pela linguagem que oferece apenas duas opções (mãe ou pai). Todas as mulheres lésbicas entrevistadas referiram que tanto a mãe que não engravidou quanto a que engravidou seriam mães, exceto Vange que acredita que não exista espaço para duas mães. Para ela, mãe é aquela que passa por todo o processo de gestação, parto e amamentação. Vange reflete que conversar sobre a questão do papel foi algo conflituoso no relacionamento dela com a ex-companheira e este tema só foi tocado depois que as filhas nasceram:

As meninas eram muito pequenininhas e a gente começou então a conversar sobre essa questão do que era o meu papel só nesse momento: “E aí? Vai ser o quê? Vai ser uma outra mãe? Como é que vai ser essa história?” E aí eu acho que a gente começou a ter os primeiros problemas entre a gente, porque a coisa começou a caminhar pra uma coisa que na verdade persiste até hoje que é que eu tenho todas as responsabilidades do que seria o lugar, acho que num padrão convencional, muito mais próximo de um pai do que de uma mãe. E a gente começou a conversar sobre essas coisas. Eu particularmente acho que uma mãe ocupa um espaço, isso é uma opinião minha, eu acho que não cabe duas mães. Eu acho que no caso nosso ali que teve uma coisa da gravidez, do amamentar, do passar por esse processo, eu não conseguia me sentir mãe. E eu não conseguia sentir uma coisa como se eu fosse mãe, mas é como se eu fosse pai, mas pai é a figura masculina e eu nunca tive vontade de ser um homem. Então, a gente começou a passar por vários conflitos nessa linha de o que a gente não decidir em comum, a palavra final vai ser dela, né? Por eu não ter esse papel estabelecido. E as coisas acabaram mesmo tomando esse rumo até hoje. A gente briga muito assim. (Vange)

Em nossa sociedade, o papel de pai só pode ser desempenhado por

um homem e, apesar de muitas mulheres lésbicas se sentirem nesse papel, não utilizam esta nomenclatura por não sentirem que o papel possa corresponder a uma pessoa do sexo feminino. Vange relata o quanto a falta de nomenclatura foi algo que trouxe dificuldades à sua vida:

Eu considero as meninas minhas filhas, mas é uma coisa difícil de elaborar assim, por conta dessa nomenclatura, porque eu não sou pai e não sou a mãe. Então fica um pouco essa coisa de: “É como se fossem suas filhas!”, Não, não é como se fossem, elas são minhas filhas! Assim, a sensação que eu tenho é de que elas são minhas filhas, como eu faço a nomenclatura disso, é muito difícil. (Vange)

Como Vange não se sentia mãe nem pai, ela resolveu utilizar como estratégia para legitimar o seu papel, a nomenclatura de madrinha. Esta denominação vem da religião católica e é dada à mulher escolhida como testemunha no batizado da criança com o compromisso implícito de, na ausência dos pais, provê-la de tudo quanto seja necessário. Porém, como a família da ex-companheira faz parte da cultura judaica na qual o termo madrinha não tem nenhum significado ou papel importante em relação às meninas, Vange teve dificuldade em legitimar o seu papel. Ela reflete que a falta de símbolos ou rituais foi algo que complicou sua situação:

E aí elas começando a crescer, a gente precisava de uma nomenclatura pra isso, né? E aí a gente resolveu a história de que eu comecei a me sentir num papel de madrinha. O [termo] “madrinha” é uma coisa muito esquisita, porque pra católico remete a uma coisa, pra judeu outra. Para os judeus, as meninas não tem madrinha, só os meninos quando nascem. E aí a gente acabou falando isso, mas que não tinha uma formalização, porque não tem, porque você não vai na igreja, não vira madrinha, então a coisa não acontece. E então com elas crescendo, começou essa história de que eu era madrinha. (Vange)

Vange afirma que ela e sua ex-companheira Kátia não explicitaram para as filhas desde pequenas a sua história, de onde vieram. Elas preferiram esperar que o questionamento partisse das próprias filhas:

Então a coisa de vamos conversar com as meninas pra dizer. A Kátia é psicóloga e a Kátia sempre achou que a gente devia conversar com elas conforme elas perguntassem. E na verdade até os seis anos, pra elas tava tudo bem, tudo absolutamente natural, elas nunca fizeram nenhuma pergunta. Ultimamente apareceram algumas questões assim, mais por conta das outras crianças assim: “como eu não tenho pai?” E a gente explica: “ah, você não tem pai, porque na verdade a gente foi no médico...”. Sempre colocando as coisas como “a gente”, para deixar claro que eu e Kátia fizemos o processo juntas. (Vange)

Vange afirma que as filhas utilizam seu apelido que é utilizado em todo seu meio social para chamá-la. Quando questionada sobre qual o papel que ela representa na visão das suas filhas, ou seja, como suas filhas a enxergam no contexto familiar, Vange apenas relata que ela é como se fosse a “outra pessoa de confiança”, sem citar nenhuma nomenclatura.

Elas me chamam de Van. Sempre me chamaram de Van, desde que aprenderam a falar. Tinha essa referência que eu era a outra pessoa, por isso que eu acho que era um papel... que era um papel muito mais de pai assim, se fosse num contexto de uma família mais tradicional. Mas a coisa quando teve que ter um nome, acabou tendo o nome de madrinha. Elas têm muito uma coisa de afirmação assim nesse sentido de muitas vezes elas me perguntam “ah, você foi a primeira pessoa que me pegou no colo?”, “quando eu era pequena, o que eu não gostava de comer?”, “me conta a história de não-sei-o-quê”. Então elas têm muito essa referência comigo de todo desenvolvimento delas, do que é essa vida delas nesses oito anos, de ter essa referência, assim, de eu ter sido uma pessoa que estive presente o tempo inteiro. (Vange)

Entretanto, ela reflete que, em algumas situações, as filhas a apontam como “mãe”, como na situação relatada abaixo:

E aí muitas vezes, quando eu tô sozinha com elas, se a gente tá numa situação de um lugar estranho, por exemplo, a gente vai viajar pra um hotel fazenda e o monitor fala assim: “ah, sua mãe deixou? Cadê sua mãe?” Daí elas apontam: “Ta ali!” Elas não explicam. Referência de mãe, quando interessa, elas me apontam como mãe. Sempre fica uma coisa que fica muito na conta delas, assim, porque passa um pouco por elas terem vontade ou não de explicar uma coisa que é difícil de explicar. (Vange)

Apesar de toda a dificuldade que Vange teve em estabelecer seu papel em relação à parentalidade, ela afirma que o relacionamento entre ela e sua ex-companheira Kátia é bom e que ela participa ativamente das decisões referentes à criação das duas filhas. Já Ângela não conseguiu a mesma facilidade depois que se separou. Ela utilizou a ROPA como método para ter filho e como estratégia para ter sua maternidade legitimada. Sua ex-companheira, Amélia, recebeu seu óvulo e engravidou. Contudo, desde que o seu filho João nasceu, ela afirma que passou por diversas dificuldades, pois Amélia não tinha sua homossexualidade assumida e não queria que Ângela falasse para ninguém que também era mãe. E ela acabou aceitando a situação. Após alguns anos, elas se separaram e Ângela ficou em uma situação vulnerável e sem nenhum direito em relação ao seu filho. Atualmente, enfrenta uma briga judicial para conseguir a guarda compartilhada:

Foi tudo muito bom e aí depois que ele nasceu, eu comecei a sentir as dificuldades do tipo “não fala pra ninguém que ele é teu filho”, “a minha família não pode saber”, “a minha família isso, a minha família aquilo”, entendeu? Então foi aquela coisa totalmente marginalizada. (Ângela)

Ângela decidiu ir explicando a situação para João enquanto ele fosse perguntando. Ela afirma que se sente no papel de mãe e que seu filho a

reconhece como tal. Ele utiliza um apelido considerado por ela carinhoso para chamá-la e também alterna com o termo “mãe”:

Ele falou assim “Ô Naná, você é minha mãe?”, eu falei “sou” e ele “a minha mãe também é minha mãe, né?”, e eu: “Sim” aí ele perguntou “como é que é isso, Naná? Como é que aconteceu isso?” Aí eu falei pra ele “olha, filho, lembra daquela história da sementinha? A gente pegou uma sementinha da barriga da Naná, botou na barriga da Amélia e aí veio você. Simples assim” Aí ele “ah é, então a sementinha saiu da sua barriga e foi pra barriga dela?” aí eu “é!” e ele “então tá bom”. Satisfez a curiosidade dele e ele não perguntou mais nada até hoje. Então pra ele, eu sou a mãe dele e ponto final. E ela também é a mãe dele. Ele me chama de mãe o tempo inteiro. Ele me chama de Naná o tempo inteiro. (Ângela)

Todas as outras mulheres do estudo responderam que não tinham dúvidas sobre o papel de mãe que ocupam ou irão ocupar. Exceto Cássia, que utilizou a ajuda de um amigo para engravidar, comenta que se sente tanto no papel de mãe quanto no papel de pai, pois é ela quem faz tudo para sua filha. O mais interessante é que ela afirma compartilhar o papel de mãe com a sua mãe que também ajuda na criação da criança:

Ah, ele fala que é o pai, porque ele registrou. Mas tirando o registro, ele não é o pai. Eu sou o pai e eu sou a mãe, entendeu? Minha mãe é avó e é a mãe. (Cássia)

Utilizar as variações da palavra mãe como nomenclatura para que os filhos as chame é uma estratégia comum adotada pelas mulheres lésbicas., Esta estratégia seria uma forma de fazer com que as duas mães tenham o mesmo valor e não haja nenhuma hierarquia entre elas e a criança. O casal Ana Carolina e Gal, e o casal Isabella e Maria, ilustram essa questão:

Então a gente já pensou uma vez “mama e mami” porque a pediatra até falou que era bom ter uma distinção de nomes. E aí a gente faz: ela é a mama e eu sou mami. Pelo menos ela sabe quem quer chamar. E nós duas somos mães. A gente é mãe e ponto. (Gal)

Ainda não decidimos mesmo como vamos ser chamadas, mas eu pensei em alguns: Mamãe e mãe, Mamãe e Mamys, Mamãe e Mamá. Na verdade, qualquer um tá bom, contanto que chame as duas de mamãe tá bom demais (risos). (Maria)

E outras, como Marina, e o casal Adriana e Simone, resolveram esperar que a criança decida como vai chamar as duas. Adriana afirmou que não se incomoda com o que quer que seja que sua filha a chame e acredita que sua filha sozinha vai descobrir uma maneira de chamar as duas mães de formas diferentes:

Ah, a gente já pensou nisso várias vezes. Por exemplo, aquela coisa de “pãe”, eu acho ridícula. Nem “mai”¹⁷ (risos). Mas a gente pensou assim, na verdade a criança vai ter que decidir. Tem uma fase da criança que ela vai chamar todo mundo de mãe, por exemplo, a minha sobrinha, ela chama todo mundo de mãe, até o pai dela (risos). (Marina)

Eu vou deixar pra ela resolver o que ela quer chamar. Até mesmo porque “mama” começou essa semana e a gente não sabe o que quer dizer o “mama”, se é mamãe ou outra coisa. Até então era “bubu”, ela me chamava de “bubu”. Mas, pelo que eu já li como psicóloga, elas escolhem. As crianças arranjam um jeito de diferenciar o que elas querem. Então deixa ela decidir do que ela quer chamar a gente. Pra mim não faz muita diferença se quiser me chamar de “papai”. Honestamente, não. (Adriana)

Quando questionada sobre como elas se autorefeririam na presença de sua filha, Adriana logo responde sem hesitar que as duas são as

¹⁷ “Pãe” seria a mistura das palavras pai e mãe, assim como “mai”.

mamães.

As duas são mamães. (Adriana)

Como estratégia para as duas mães terem uma participação mais igualitária na relação, as mulheres lésbicas entrevistadas afirmaram que a divisão de trabalho, de tarefas domésticas e de cuidados com as crianças é constantemente negociada e existe uma preocupação para que nenhuma delas acabe ficando sobrecarregada. Apesar de não terem conseguido engravidar ainda, Zélia e Luiza já tem uma divisão de trabalho em relação às suas filhas (uma de produção independente de Zélia e a outra do relacionamento heterossexual anterior de Luiza) e acreditam que vão fazer o máximo para garantir que esta divisão seja equitativa também quando o próximo filho nascer:

A gente tem uma divisão assim, mais ou menos certa. Então de manhã, eu fico com as meninas e dou comida, dou café da manhã, olho a lição se foi feita ou se não foi, ponho pra tomar banho, arrumo pra ir pra escola, aí levo pra escola. De lá, eu deixo o carro no metrô e vou pro trabalho. A Luiza chega do trabalho no metrô, pega o carro e faz todo o inverso do que eu faço. Pega as crianças na escola, leva pra casa, dá janta, olha a agenda, põe pra tomar banho de novo, dá o jantar, quer dizer, a gente acaba fazendo tudo as duas, né? Tudo que uma faz de manhã a outra faz de noite e esperamos sempre ajudar uma à outra com a chegada do futuro bebê. (Zélia)

Adriana e Simone chegaram a um acordo de que Adriana ficaria em casa até que as crianças tivessem idade suficiente para iniciar a vida escolar. Elas compartilham da ideia de que é melhor ter alguém sempre por perto da criança.

Eu abri mão do trabalho. A gente conversou bastante na época e a gente acha que vai ser legal ficar alguém junto com ela até ela entrar na escola, até os dois anos. (Adriana)

Durante o fim de semana, os papéis se invertem e Simone se dedica exclusivamente à filha, dando folga à Adriana. Já Ana Carolina e Gal tentam equilibrar a divisão do trabalho doméstico em função das necessidades da sua filha Filipa.

Eu amamento mais. Então a Gal acaba fazendo coisa mais de casa, porque vai bastante tempo, várias horas por dia de amamentação. (Ana Carolina)

Como Cássia mora com sua mãe e afirmou dividir o papel de mãe com ela, elas acabam compartilhando todas as tarefas do dia-a-dia no cuidado da criança:

É muito legal ser mãe. Mas eu divido as tarefas com a minha mãe, que já cuida dela. Ela faz essas coisas de levar pra cá, de levar pra escolinha. E toma conta dela enquanto eu estou trabalhando. (Cássia)

Além da nomenclatura e da divisão de tarefas, outra forma de legitimar o papel das duas mães como mais igualitário, é a escolha do doador com características da mãe que não é a que forneceu o material genético, como já descrito na categoria anterior. Outra estratégia que apareceu na entrevista e que faz com que a mãe que não engravidou sintasse segura em relação ao seu papel é a estratégia de registrar a criança com sobrenome de sua parceira como se fosse um segundo nome. Não é uma prática permitida no Brasil, mas muitos cartórios acabam não contestando o

nome e a criança é registrada com o sobrenome da mãe que não engravidou. Adriana e Simone, além de Gal e Ana Carolina, conseguiram fazer isso. Luiza e Zélia desejam fazer o mesmo quando o filho nascer:

Ela tem o sobrenome da Simone. A moça que foi registrar, ela registrava óbitos e no dia ela tava registrando nascimentos, então ela nem perguntou. Ela tava feliz da vida “ah, é tão bom registrar nascimentos em vez de óbitos”. Aí a gente colocou o nome dela. (Adriana)

Mas depois que ele nascer, a gente quer registrar ele com o sobrenome dela também, mas o advogado já disse que não pode. A gente vai dar um jeito, vamos arranjar um cartório que vai aceitar colocar o sobrenome que não é o meu. (Luiza)

Então, no registro, por enquanto eu to como mãe solteira. Só que com o sobrenome dela [de Gal]. (Ana Carolina)

Ana Carolina e Gal, além de se utilizarem das estratégias do doador, do registro com o sobrenome e da divisão de tarefas, também decidiram fazer a dupla amamentação. Elas acreditam que o fato de Gal também dar de mamar para Filipa, faz com que ela tenha seu vínculo fortalecido.

Eu já tinha pesquisado isso faz tempo, porque eu queria, né? Que eu acho o vínculo muito legal. Aí eu já tinha pesquisado um monte de coisas, mas não tinha falado com nenhum médico ainda. (Gal)

A Gal já tava usando a bomba, pra fazer exercício com os seios. Ela já tinha estudado que precisava fazer exercícios pros seios, tinha que bombear. Mas a gente também comprou um relactador, porque a gente sabia que no começo ela não ia ter leite, né? Quando a gente foi pra médica, ela passou uma medicação que desde antes da Filipa nascer a Gal tava tomando. Aí ela começou a ter leite, mas chegou a ter uma colher de sopa por aí. E foi muito legal porque ela queria ter muito essa experiência. Assim, foi mágico, quando a gente viu que ela pegou (o peito), as duas começaram a chorar. Foi muito legal. (Ana Carolina)

Elas acharam a experiência muito satisfatória e decidiram que vão fazer o mesmo quando Gal engravidar. Ana Carolina acredita que também vai ajudar a estabelecer um vínculo com o próximo bebê.

A nossa pretensão é que daqui a 1 ano, 1 ano e meio, a gente vai trocar. A Gal é quem vai ficar grávida e aí eu vou ter uma vantagem, porque como eu já fiquei grávida, já amamentei, a chance de amamentar sem ter ficado grávida é maior, porque eu vou acompanhar a gestação. Pra ela foi mais difícil fazer a amamentação, porque ela não passou pela gestação, o organismo não tava preparado. Uma vez que você passou pela amamentação uma vez, a segunda é mais fácil. Dizem, né? E você tendo um bebê perto ajuda né. Eu participando da gestação da Gal já ajuda mentalmente, né? (Ana Carolina)

Alguns estudos internacionais que focaram em quais meios as mulheres lésbicas utilizaram para construir uma identidade legítima da mãe que não engravidou, demonstram como as práticas citadas neste trabalho são comuns. As estratégias encontradas mais utilizadas pelas mulheres foram: a utilização da nomenclatura mãe para ambas as mulheres, em qualquer variação (BERGEN et al., 2006; DUNNE, 2000), a tentativa de incorporar ao sobrenome da criança o sobrenome da mãe que não engravidou (SUTER et al., 2008; ALMACK, 2005; REIMANN, 1997), a tentativa de combinar as características físicas do doador com características físicas da mãe que não forneceu a genética (CHABOT e AMES, 2004; DALTON e BIELBY, 2004; REIMANN, 1997), a utilização de hormônios sintéticos para induzir a lactação caso a mãe que não engravidou queira participar da experiência corporal da maternidade biológica (HADLEY e STUART, 2009).

No entanto, apesar de todas as estratégias, de terem os mesmos laços afetivos e de se responsabilizarem juntamente com suas companheiras pela criação e cuidado dos filhos. A maioria das mães que não passaram pelo processo de gravidez expressou que sua parentalidade carece de reconhecimento e respaldo legal e social e, em algumas vezes, inclusive o familiar.

7.3.2 O Olhar do Outro: Reconhecimento Familiar, Social e Legal

A falta de reconhecimento em suas diversas facetas parece ser uma das questões que mais causam sofrimento para as mulheres lésbicas entrevistadas. Segundo SHORT (2007), isto se deve à "hierarquia" familiar que é construída, perpetua e é perpetuada por um conjunto de leis, políticas, práticas e pressupostos que atribuem diferentes níveis de privilégio, respeito e reconhecimento aos diferentes tipos de famílias. As duas principais premissas estruturantes expressas nesta hierarquia são: a **heteronormatividade**, onde o "normal" é ser heterossexual, e que é certo ou melhor é estar em uma família com pais heterossexuais; e o **determinismo biológico**, que impõe que as relações familiares sejam baseadas na biologia, sendo esta forma a mais importante e verdadeira e,

portanto, os pais biológicos de uma criança são seus “verdadeiros” pais.

Os obstáculos e as dificuldades causadas pela existência dessa hierarquia, relacionados à discriminação legal e social contra as mães lésbicas (particularmente contra a mãe que não engravidou) podem ser vivenciados no cotidiano ao interagirem com estranhos, médicos, escolas, agências governamentais, funcionários de empresas e, inclusive, com a própria família de origem. Zélia comenta um pouco sobre a frustração da sua mãe ao saber que ela e Luiza estão tentando ter um filho e que ela não vai ser a que vai engravidar:

Quando eu falo pra minha mãe que a gente vai ter um filho ela pergunta: “ah, mas e quem vai ser o pai?”. Eu falo: “mãe, não tem pai. Eu sou mulher e ela também.” E aí ela fala: “e como vai tá o nome do pai na certidão de nascimento?”. Aí eu falo “mãe, o problema é o nome? Então coloca responsável 1 e responsável 2. Mãe 1 e mãe 2. Tico-tico no fubá 1 e tico-tico no fubá 2.” Essa preocupação que ela tem com quem vai ser o pai e isso, de eu tá no lado de fora e quem vai engravidar é a Luiza e aí ela fala: “Ah, então você vai ser o pai?”. Mais difícil do que a mãe saber que a filha é lésbica, é pensar que ela vai ser o papai da brincadeira. E que coisa horrível pra uma mulher aceitar, pra uma mulher que sonha que sua filha vai casar com véu e grinalda. (Zélia)

O laço entre a mãe que não engravidou e as crianças pode ser visto como frágil pelas pessoas do ciclo de convivência. Vange comenta que quando se separou de sua ex-companheira, algumas pessoas não conseguiam entender o porquê dela manter contato e ainda participar da criação das crianças. A sua mãe foi uma delas. Vange conta que teve que se impor durante muitos anos para conseguir com que as pessoas aceitassem “naturalmente” que as meninas também eram filhas dela:

E no começo, quando eu me separei da Kátia fisicamente, de casa e tal, tinha um pouco esse peso de “Ah, você vai ficar com as meninas?” e minha mãe me questionava porque eu deixava de sair para ficar com as crianças. E pra minha mãe sempre teve essa coisa. Elas são minhas filhas. Então, eu sempre tive isso muito estabelecido. Ficar com elas não significa que eu to fazendo um favor pra Kátia. Ficar com elas é uma escolha minha, foi uma escolha minha no momento que assumi essa relação e essa relação com elas. Então, pra mim foi uma coisa tranquila e uma coisa bem impositiva, assim. Elas vão passar o natal, todo natal as pessoas dão presente de natal pra elas, porque agora é uma coisa natural. Foram 8 anos de trajetória. (Vange)

Além da falta de reconhecimento que partiu de sua mãe, Vange também sofreu com o fato da mãe de sua ex-companheira não entender que elas estavam construindo uma família juntas. Apesar de saber que Kátia e Vange moravam juntas e compartilhavam tudo, após o nascimento das crianças ainda na maternidade, a mãe de Kátia começou a contestar qual a posição de Vange naquele contexto:

E aí, na maternidade, a gente começou a ter problema com a mãe da Kátia que era uma coisa tipo: “Por que a Vange dorme todo dia?”, “Por que a Vange fica?”. Aí a irmã da Kátia virou pra ela, mas assim, totalmente do nada: “ué, porque elas são casadas, elas moram juntas, elas tão participando de todo o processo. Como assim? Como você não percebeu?”. E aí ela surtou e aí ela falou pra Kátia que achava duas mulheres nojento. E a mãe dela resolveu que não ia mais lá se eu tivesse lá, começou a fazer certa pressão assim. (Vange)

Em consequência disso, Vange foi privada de participar de algumas cerimônias e reuniões, inclusive uma cerimônia judaica onde suas filhas iriam receber o nome em hebraico e seriam batizadas por um rabino.

Na cultura judaica, quando nasce menina tem uma cerimônia que é colocar o nome em hebraico na sinagoga. Foi uma cerimônia que quando aconteceu para as meninas e tem que ser no período logo que nasce, foi exatamente

quando a mãe dela não queria me ver. Então eu não fui nessa cerimônia. (Vange)

Entretanto, Vange recebeu o apoio dos irmãos de Kátia que dialogaram com a mãe e fizeram com que a situação mudasse. Vange reflete o quanto este apoio foi decisivo e importante para Kátia e para ela se posicionar na família:

Na verdade, ficou todo mundo muito chocado com a reação da mãe dela. E aí os irmãos dela resolveram conversar também com a mãe que se ela não aceitasse, quem não ia participar dos encontros era ela. Isso foi uma coisa bem legal pra gente. Muito legal pra Kátia, porque ela se sentiu muito amparada, dentro desse conceito aí da família tradicional que são os irmãos, que é a mãe. E como eu vou me situar nessa história se eu não tiver esse apoio, né? E a mãe dela foi muito aos poucos se acostumando com a ideia. Então, no começo ela entrava e só me falava “oi” e “tchau” e depois ela começou a entrar num processo que ela começou a aceitar mais um pouco minha posição. (Vange)

O medo de ser feita uma diferenciação por parte dos familiares em relação a uma ser mais mãe em detrimento da outra surgiu nas falas de Ana Carolina e Gal. Elas estavam tão preocupadas com essa questão que, mesmo antes de começarem as tentativas para engravidar, foram questionar a mãe de Ana Carolina como ela iria agir se houvesse um filho de cada:

Ah, minha mãe ficou super feliz. Mas, na verdade, quando eu falei com minha mãe, minha nóia era um pouco assim de não diferenciar se a gravidez ia ser minha ou dela, né? Porque a maioria dos casais não tem esse problema, porque se o casal tá grávido, é sempre a mulher. Mas no nosso caso podia ser qualquer uma das duas. Eu lembro que quando fui falar pra minha mãe, a gente nem tinha começado a tentar nem nada e aí eu queria saber se, sei lá, como seria pra ela na hora que tivesse um filho de cada e ela foi super tranquila. E ela falou “não, imagina! O bebê é de vocês. Se vocês duas forem ser mães, eu vou ser avó dos dois, dos três ou de quantos forem”. Então foi bem apoio mesmo. (Ana Carolina)

Já em relação aos pais de Gal, que é a mãe que não engravidou, houve muita preocupação em relação se seus pais se sentiriam avós ou não. Ela relata que o processo de aceitação foi sendo trabalhado no decorrer da gravidez de sua parceira. Com o nascimento da criança, eles começaram a aceitar aos poucos, mas ainda não assumem que são avós. Gal também relata que mesmo para a mãe de Ana Carolina que demonstra uma maior aceitação, é difícil para ela afirmar isso em seu convívio social:

Porque a questão deles serem avós ou não, entendeu? Se não sou eu que sou grávida. Agora eles tão babando nela, mas é difícil, assim, pra eles assumirem pros outros. Mesmo no trabalho da mãe dela, a mãe dela aceita muito bem, mas não fala pros outros, entendeu? Não é uma coisa que você sai com uma foto e fala “eu sou avó” e mesmo a mãe dela que aceita super bem, não teve a coragem de fazer isso no trabalho. Minha mãe também não e nem meu pai. Mas agora eles tão babando nela. Antes dela nascer, eles tavam ignorando assim, bem ignorando. Depois começaram a reconhecer a barriga como uma pessoa. A gente viajava daí a minha mãe começou a falar da barriga, começou a falar da Filipa na barriga. E logo que nasceu, minha mãe tava aqui duas horas depois, sabe? Aí muda tudo, ninguém resiste (risos). Mas ainda é complicado. (Gal)

Do ponto de vista de Gal, apesar de ainda não ser completa a aceitação por parte de seus pais, a estratégia de escolher o doador com características físicas parecidas com as dela está funcionando. Como sua mãe tem ascendência japonesa e a criança também, houve uma identificação por parte dela. Ela quer que os seus pais tratem sua filha com Ana Carolina como neta e não apenas “como se fosse” neta:

É difícil aceitar ela como neta. Eles não ficam falando “vô” e “vó”, mas tratam como se fosse. Minha mãe agora tá super deslumbrada. Não aguenta ficar longe. Ela nasceu japinha e minha mãe é japa. Não dá pra resistir. (Gal)

No entanto, elas se surpreenderam e ficaram felizes com a reação por parte de outros familiares que não fizeram a diferenciação entre as mães. Por exemplo, quando Gal contou para sua avó que Ana Carolina estava grávida, ela não hesitou em festejar que seria bisavó:

Eu falei que a Ana tava grávida e ela falou “ah, então eu vou ser bisavó!”. Nunca ela cogitou diferente. A minha tia também não. A família estendida tá super bem. Aí tá super tranquilo. (Gal)

Já Adriana e Simone relataram ter uma completa aceitação por parte de seus familiares, inclusive o reconhecimento da neta por parte dos seus pais. Por coincidência, elas também escolheram um doador japonês, já que a família de Simone, que não engravidou, é japonesa. Adriana relata que no início foi um choque quando contou para seus familiares que estava grávida, mas que não demorou muito para todos aceitarem bem a situação:

Então tá bem tranquilo hoje em dia isso. Ela tem quatro avós: dois de lá e dois de cá. Todo mundo é completamente apaixonado e babante com ela. No começo todo mundo ficou um pouco chocado, né? (Adriana)

Simone, que não engravidou, confirma com entusiasmo a aceitação e reconhecimento por parte de seus pais. Ela relata que o seu pai usa o termo “vovô” sempre que vai se referir à neta:

Ele fica falando: “vem com o vovô.” É muito bom. (Simone)

Neste trabalho, apareceram vários níveis de reconhecimento percebido pelas mulheres entrevistadas por parte das famílias de origem. Os

casos relatados vão desde a completa falta de reconhecimento, chegando a existir em alguns casos um reconhecimento parcial, e, em outros, até o reconhecimento pleno. Mas o que acontece quando o contexto não envolve somente a família e passa a ser composto também por pessoas alheias ao meio familiar? Em situações sociais, quando as mulheres lésbicas estão com seus filhos passam por situações que podem chegar a ser constrangedoras por causa da falta de reconhecimento público e social da parentalidade lésbica. Por exemplo, pessoas externas podem parar as mães lésbicas na rua, no supermercado, ou em um restaurante e perguntar quem é a mãe. Gal conta que mesmo respondendo que as duas são mães, as pessoas ainda buscam saber qual é a “verdadeira” referindo-se a quem engravidou. Tal fato a faz refletir sobre o seu papel, porém ela tenta ser confiante e não se deixa afetar pelos comentários:

Eles vão perguntar “quem é a mãe?” e você responde “as duas” e eles vão perguntar de novo “não. Quem é a mãe de verdade? Quem engravidou?” Acho que nós duas somos mães de verdade dela. Nunca passa na minha cabeça que eu não sou mãe biológica dela. Nunca penso isso. (Gal)

Contudo, Gal reflete que o fato das pessoas buscarem saber quem é mãe que engravidou é algo que vai acontecer constantemente em suas vidas. Então, em alguns casos ela prefere logo se impor como mãe para que não haja contestações.

Tipo você vai no médico aí eles pedem o nome da mãe e o nome do pai. Eu falo “não tem pai, tem eu!” Ou já preencho com o nome da mãe e o nome da outra mãe. Ninguém precisa ficar sabendo quem é a mãe biológica, quem não é, pra não ficar com essa ideia de quem é a mãe de verdade. (Gal)

Outras entrevistadas referiram também o obstáculo que têm que enfrentar quando se deparam com situações que contestam o seu status de família. Por exemplo, ao ter que preencher uma folha de papel que só possui espaço para o nome do pai e da mãe, Ana Carolina vê que a sociedade nem cogita a existência de sua família e se sente desconfortável com isso:

Eu tava pensando nisso esses dias. Eu nunca sofri preconceito, mas na verdade, cada vez que eu preencho alguma coisa de loja ou sei lá o quê que tem escrito “mãe e pai”, eu to sofrendo preconceito. Porque eles não tão assimilando que a minha família pode ser diferente do “mãe e pai”. Então assim, tem essa coisa de trabalhar com a democracia e o que é mais comum, na verdade é um preconceito. Todo mundo que ver ela na rua vai perguntar “ah, mas e o pai?” Isso tudo bem. Não é agressivo, mas incomoda. (Ana Carolina)

Adriana e Simone contam que as pessoas geralmente pensam que uma é a mãe e a outra é a tia da sua filha Cecília. Quando a situação envolve algo que não seja necessário apresentar as duas como mães, elas preferem ficar em silêncio e escutar as pessoas teorizando sobre quem é quem na sua família.

Todo mundo sempre pergunta se ela é minha filha, porque parece mais com ela [referindo-se a Simone], todo mundo acha que é filha dela. (Adriana)

Eles acham que ela é só minha e não é dela. (Simone)

Eu adoro ficar ouvindo as teorias das pessoas. “você são irmãs?” aí eu falo “não” e aí perguntam “ela é sua cunhada, né?” E eu não respondo nada, só fico dando risada. (Adriana)

Tanto é que quando a gente tava no laboratório pra fazer o exame dela porque ela tava com alergia, todos os funcionários achavam que eu era a tia, né? Eles acham que eu posso ser a irmã do marido dela, do pai da Cecília,

porque eu sou japonesa. Então o pai é japonês e ela é japinha e eu era a tia obviamente. (Simone)

No entanto, elas afirmam que, em alguns lugares, existe o reconhecimento de que elas duas são mães. Adriana conta que, apesar de constar no registro de Cecília que ela é mãe solteira, elas conseguiram colocar o nome das duas na carteira de vacinação e ganhou os benefícios pelo fato de Simone ser médica.

Na carteirinha de vacinação dela tem lá “duas mães”. Tem meu nome e tem o dela. E ela ganha desconto na vacina porque a mãe dela é médica. Isso é legal. (Adriana)

O “elemento de fora” pode bagunçar também a cabeça dos filhos das mulheres lésbicas. A escola, por exemplo, pode gerar situações estressoras em relação aos efeitos da discriminação social. Um dos medos é que a instituição decida não receber a criança por ter duas mães lésbicas. Outro medo seria a discriminação por parte dos outros pais e mães e, até das outras crianças. Ângela relata que João é confrontado constantemente na escola porque tem uma dinâmica familiar diferente e muitas vezes não sabe como responder:

O João até então não tinha contato com família com duas mães, era só ele e, às vezes, ele achava meio estranho e os coleguinhas dele perguntavam “como é que é? Você tem duas mães? Mas qual que é a de verdade?” Os coleguinhas dele não entendem e ele ficava meio atrapalhado. (Ângela)

Segundo LISBON (2010), a questão da escola também produz transtornos econômicos, pois, em consequência da discriminação nos

colégios, as mães buscam matricular seus filhos e filhas em instituições altamente custosas que tenham como filosofia trabalhar com a diversidade social e familiar. Vange relata que ela e sua ex-companheira tiveram a preocupação de buscar uma escola que aceitasse a sua configuração familiar:

A gente visitou algumas escolas e nas escolas a gente começou a colocar essa questão de uma maneira mais formal. Então fomos fazer entrevista com a diretora da escola e: “olha, nós somos um casal que tivemos as meninas. As meninas são filhas biológicas da Kátia, mas a Vange é a pessoa que divide todas as responsabilidades e está apta a fazer qualquer coisa”. E aí elas foram estudar numa escola pequena, uma escola democrática. E a gente não encontrou nenhum tipo de barreira também na escola, mas também porque tinha ali um facilitador da escola que era aberto a essa proposta, porque de fato, talvez, se elas estudassem em outro tipo de escola, eu precisasse de uma autorização pra pegar elas na escola ou o que é que eu ia ta fazendo em uma reunião se eu sou a madrinha das meninas? (Vange)

No entanto, apesar de todo o cuidado em relação à escolha da escola, elas não conseguiram evitar que suas filhas passassem por uma situação que gerou desconforto. Mesmo sabendo da especificidade das meninas, foi pedido na escola um trabalho sobre árvore genealógica sem levar em conta todas as configurações familiares.

Na escola, eles estão fazendo um negócio de um projeto de memória e daí tinha que fazer uma história de uma árvore genealógica. E isso é em um site, né? Então é uma coisa fechada. E que na verdade foi uma coisa que a gente até conversou na escola: “Escuta! Uma sala que tem nove crianças. Você sabe que duas das nove crianças não tem pai e tem uma mãe e uma madrinha. Então, assim, como é que vocês vão trabalhar isso aí na escola?” Porque a gente não ta falando de uma escola pública que tem 40 crianças e vem com um livro pra você preencher, com uma professora que dá aula em vinte lugares diferentes, entendeu? Não é. Ali tem um conhecimento íntimo. Mas não cabe, dentro do formato que eles propuseram, uma constituição

familiar diferente. Então ficou aquela história pras meninas: “Desse lado fica vazio? Esse lado eu coloco a Vange? Do lado azul, onde ta escrito ‘pai’?” Não! Não dá pra colocar! Sabe, coloca do lado da mãe? Do lado da mãe não cabe colocar nada! E isso tem uma importância na vida delas, né? (Vange)

BUTLER (1990) sugere que o discurso cultural constrói por meio da sua constituição a restrição do que é imaginável. Para autora, a linguagem é o processo através do qual os corpos ganham significado e estes são constituídos através de e pela materialidade da linguagem, isto é, só passam a existir através dos poderes do discurso. Essa materialidade da linguagem é uma das questões que dificulta a vida das mães lésbicas. Vange reflete que, apesar de sua dinâmica familiar estar clara e estabelecida, o “elemento de fora” traz a necessidade de explicar algo que não faz parte do cotidiano das pessoas e é limitado pela restrição da linguagem. A falta da nomenclatura contribui para isso:

Quando chega um elemento de fora, você passa a ter que explicar uma coisa que já ta estabelecida e que não é uma coisa comum. Aí, por exemplo, aparece essa necessidade da nomenclatura e que a gente não tem. (Vange)

A falta de reconhecimento social pode levar a situações que vão além do apenas “explicar” a dinâmica familiar. Vange, por exemplo, conta que passou por uma situação muito difícil quando suas filhas estavam com ela e sua ex-companheira precisou viajar. Uma das meninas ficou muito doente e os funcionários do hospital falaram que precisariam de alguém da família para autorizar a internação caso necessário, esse alguém da família não era ela:

E aí aconteceu um outro episódio, uma das meninas teve uma virose e aí tive que levar pro hospital. E aí me falaram lá “olha, se ela ta com uma virose se tiver que internar tem que chamar alguém da família, se a mãe não ta”. E alguém da família não sou eu. Então isso foi uma coisa complicada. E daí foi a primeira vez que a coisa se realizou assim, tipo, então que papel de família é esse? (Vange)

Mais destrutivo para o senso de identidade das mães lésbicas, no entanto, é a falta de reconhecimento legal da sua família. Ao contrário das interações públicas que dão origem à discriminação social, que elas podem optar por ignorar, a posição do Estado de que duas mulheres não podem ser reconhecidas como mães pode ter consequências psicológicas e sociais mais abrangentes (PADAVIC e BUTTERFIELD, 2011). Para muitas mulheres entrevistadas, a discriminação legal era um obstáculo bem maior do que qualquer outro tipo de falta de reconhecimento. Vange descreve sua posição:

Mas, de fato, se a gente for considerar uma questão da maternidade legal, de fato, não existe a constituição familiar e não existe essa constituição de que eu tenho algum direito sobre as meninas. (Vange)

A falta de reconhecimento legal faz com que todo o mundo exterior, não só a escola e o hospital, seja uma arena de potencial perigo (PADAVIC e BUTTERFIELD, 2011), pois o status de família pode sempre ser desafiado e este desafio pode ter consequências mais graves. Por isso, muitas das mulheres entrevistadas sentiram a necessidade de se armarem com documentos para reforçar suas reivindicações como mães legítimas:

Temos testamentos feitos na época de nosso casamento, que diz que caso tenhamos filhos naturais ou adotivos e uma de nós venha a falecer, a outra é a tutora do menor até a maioridade. (Maria)

Foi uma instrução de um casal de amigas que são advogadas. Elas disseram para eu tirar cópia de cheques e guardar toda a documentação referente à FIV. Daí ela falou que tudo que fosse fazer em relação a isso, era melhor fazer com meu cheque, porque o bebê vai sair da barriga dela. E aí pra assegurar depois que a gente consiga registrar no meu nome também, é bom ter essas coisas. Durante o processo do registro tudo isso pode ser pedido, tudo isso pode ser requerido. Então tudo isso pode constar em nosso favor no processo. Pra mostrar que foi uma coisa pensada entre duas pessoas e que nós duas participamos disso. Foi um conjunto. (Zélia)

No entanto, em uma sociedade onde não se permite que as pessoas homossexuais tenham status parental, os oficiais podem simplesmente ignorar estes documentos, deixando elas vulneráveis. Mesmo com o reconhecimento da união homafetiva por parte do Supremo Tribunal Federal do Brasil, o fato de ainda não existirem leis específicas dificulta a vida da população LGBT no dia-a-dia. No caso de Ângela, que está passando por uma batalha judicial para conseguir a guarda compartilhada de seu filho, pode-se perceber as dificuldades que essas mulheres tem que enfrentar quando se tratam de questões legais:

Então, toda a documentação que eu anexei no processo que comprova que ele é meu filho. Só que o juiz não quer dar o braço a torcer. Ele falou na minha cara isso! “A senhora tá aqui fazendo todo esse transtorno por causa de um pedaço de papel, pelo seu egoísmo de por o seu nome em um pedaço de papel e expor ele ao preconceito?” Eu saí de lá arrasada. (Ângela)

O que para este juiz é somente um simples pedaço de papel, para as mulheres lésbicas e seus filhos representa legitimidade e proteção. Além de

Ângela querer ter mais direito de ver o filho, ela também quer deixar seu patrimônio para ele e se incomoda muito com o fato de saber que não pode fazer nada. Por enquanto, ela reflete que, para a justiça brasileira, ela é apenas uma “estranha que ganhou o direito de visita”:

Hoje, do João eu tenho só o carinho e o amor. Eu não tenho mais nada. Legalmente, ele não é nada meu. Eu to passando uma situação muito difícil. Por exemplo, hoje se acontecer alguma coisa comigo, esse apartamento vai pra minha família, não vai pro João. Ele é o meu herdeiro! Ele é o meu filho, mas meu apartamento não fica pra ele! (Ângela)

A falta de reconhecimento e de legislação, além de sofrimentos, também impõe que as mulheres tenham gastos financeiros para tentar se proteger legalmente. No Brasil, algumas mulheres resolveram entrar na justiça para garantir o direito de dupla maternidade, e algumas foram bem sucedidas¹⁸. No entanto, as mulheres deste estudo refletem o quanto este processo é oneroso e muitas não tem condições de fazer.

É vamos esperar um pouquinho. Pagar uma coisa de cada vez. A gente tem prioridades agora. Assim, eu não faço ideia quanto custa um processo desses, mas eu imagino que não seja barato, assim a hora do advogado tá 300 reais, 400 reais. Menos de 5 mil não sai. (Adriana)

Algumas mulheres referiram indignação ao refletirem sobre a necessidade de ter que desembolsar tanto dinheiro para resolver questões

¹⁸ Ver reportagem da Folha de São Paulo do dia 30/08/2011, que relata o caso de duas mulheres que conseguiram o direito de dupla maternidade na justiça.
<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/967447-casal-de-lesbicas-tem-dupla-maternidade-reconhecida-pela-justica.shtml>

que para os casais heterossexuais é tão simples e de graça. No caso dos heterossexuais, basta que o homem manifeste voluntariamente a vontade para que seja registrado como pai. Não há, em nenhum momento, contestação por parte das autoridades:

É tão absurdo ter que pagar pra registrar nossa filha. (Gal)

Porque na verdade, se você for pensar, um casal heterossexual, um homem e uma mulher. Se o homem for infértil e a mulher fizer um tratamento pra engravidar e usar um doador anônimo, você concorda que na hora de nascer, ninguém vai questionar que ele é o pai? Ele vai sair no registro, mesmo que biologicamente não seja o pai. Vai tá lá o nome dele, né? Então no nosso caso, se tem duas pessoas casadas que tem um filho, supõe que o filho é das duas. Justamente por essa questão de igualdade. (Ana Carolina)

Por enquanto as mulheres ficam aguardando que as leis brasileiras mudem para facilitar as suas vidas, mas, enquanto isso não acontece, elas vivem um medo constante em relação a essa desproteção:

E o nosso futuro filho? Ele não vai ter pai, mas você acha que se acontecer algo comigo, a minha família não vai brigar. Vão brigar com a Zélia, mas é por isso que a gente queria conseguir o registro. Aí ela é tão mãe quanto eu, e se acontecer alguma coisa comigo, ela cuida. Mas sem isso, a gente não tem nenhuma segurança. Nunca que ela fica com ele. Se não tiver o nome dela lá, ela não vai ficar com ele nunca. Imagina: ela que fez a criança, ela que planejou, ela que quis, vai lá, cria o menino por alguns anos e vai e acontece algo comigo e tiram ele dela e ela que é a mãe. Pelo amor de deus! Essa questão do nome no papel, isso é muito ruim, me dá muito medo. (Luiza)

No entanto, os efeitos da discriminação sobre as pessoas variam, e são mediados por recursos, suportes e estratégias que as pessoas têm e usam. Vange acredita que pelo lugar que ela ocupa na sociedade e as

facilidades que ela tem, faz com que ela tenha um trânsito maior e melhores possibilidades de resolver impasses do dia-a-dia. Ela reflete que isso não deveria ser um privilégio da condição financeira da pessoa:

Então assim, de fato, a gente tem muitos problemas e eu acho que a questão da grana é uma coisa que permeia muito essas facilidades todas que a gente encontra e que a gente... na verdade, não deveria ser um privilégio aí, entre aspas, da sua condição financeira. Eu imagino que um casal de mulheres que não tenham grana, elas, como a gente falou, não dá pra elas fazerem inseminação pelo sistema privado e o sistema público não aceita mulheres lésbicas, provavelmente essa mulher não vai ter nenhum direito dentro de uma escola pública, né, e eu to falando do público, porque na verdade você trabalha com um universo de massa ali, né, eu entendo. Numa escola onde tenha 1500 crianças e 40 crianças em cada sala de aula, você não vai ver essa particularidade. Eu imagino que ela vá ter uma dificuldade enorme se ela tiver que ir numa reunião, se apresentar de alguma forma, né, como ela se apresenta? Como é essa nomenclatura? No meu universo, isso é muito fácil. No meu universo de trabalho, no meu universo familiar, isso foi fácil, mas foi fácil pela conjuntura, não foi fácil porque alguma coisa, porque o poder público, porque o direito, porque o cidadão. Não, não foi por nada disso! (Vange).

Cássia, única entrevistada que referiu vir da classe social baixa, também reflete sobre a questão dos “privilégios” quando você chega a contextos sociais mais abastados:

Eu falo sempre isso. Se você tiver ganhando bem, você vivendo bem, todo mundo te olha bem. Todo mundo começa a te olhar diferente e isso vai ser o de menos, se mora ou não com mulher. Então você é o que você tem também. (Cássia)

Destarte, as estratégias, os suportes e os recursos podem fazer com que as mulheres lésbicas consigam viver bem em um contexto heterossexista e discriminatório. Um estudo realizado por SHORT (2007) teve como resultado que as mães lésbicas geralmente têm um repertório de

estratégias e recursos sociais que promovem o seu bem-estar. Estas estratégias e recursos incluem: relações de apoio entre o casal; práticas parentais equitativas; apoio social e ricas redes sociais; uma compreensão sociopolítica do heterossexismo; tomada de decisões sobre a concepção tendo em mente o contexto discursivo político, jurídico e público; criação de uma linguagem para sinalizar ou indicar as relações familiares. As mulheres que participaram deste estudo demonstraram que elas utilizavam pelo menos alguns destes recursos para conseguir lutar contra os obstáculos impostos no dia-a-dia.

Encerro esta subcategoria com a fala da entrevistada Zélia a qual acredito que reflita bem os efeitos que a falta de todos os reconhecimentos que foram citados aqui têm sobre estas mulheres, os quais estão intrinsecamente relacionados e se retroalimentam constantemente. Quando foi questionada sobre qual era a maior dificuldade em ser mãe e lésbica, ela respondeu:

Embora a gente diga que não, é a não aceitação. É saber quanta luta a gente tem pela frente quando a gente tiver o nosso bebê agora, em relação à aceitação das famílias de origem. Então, se a gente encontra na família de origem essa diferença, imagina na rua! Imagina em outros lugares com os nossos filhos, você vê esses olhares diferentes. Porque mãe é mãe! Não mexa com um filho meu! Qualquer mãe vai fazer qualquer coisa por um filho e o que dói mais na gente é essa diferença, esse preconceito. Eles podem estar expostos por causa dessa situação. (Zélia)

7.3.3 A Estratégia da ROPA como Forma de “Confundir” a Sociedade

Apesar de já ter sido mencionada anteriormente na subcategoria que se refere às estratégias para buscar a gravidez, acredito que a Recepção de Óvulos da Parceira (ROPA) merece um espaço para discussão também dentro desta categoria, por ser uma tecnologia que está sendo, cada vez mais, requisitada por mulheres lésbicas pela experiência que ela oferece.

Tecnicamente, trata-se de que uma das parceiras forneça os óvulos para fertilização *in vitro* (FIV) usando espermatozoides de um doador, enquanto a outra parceira fornece o útero e gesta a criança. Para o casal envolvido, este procedimento, embora mais difícil e caro do que ter um filho através de inseminação artificial, teria a vantagem psicossocial de permitir que ambas participem do processo de concepção da criança. Em sociedades que não reconhecem a dupla maternidade, a ROPA aparece como alternativa para que ambas as parceiras sejam mães legítimas da mesma criança, embora de maneiras diferentes.

Explico: para a legislação brasileira, a mãe é indiscutivelmente aquela que gerou e que, após a gestação, pariu o filho. No entanto, a ROPA cria um “conflito de maternidades”, pois ela dissocia o elemento genético do biológico. A maternidade genética refere-se à mulher que forneceu os óvulos

e a maternidade biológica refere-se à mulher que gestou e pariu (FRAZÃO, 2000). E esta técnica vem atraindo cada vez mais a atenção das mulheres lésbicas brasileiras¹⁹.

A ROPA nada mais é do que uma forma diferenciada de denominar um procedimento que já ocorre comumente nas clínicas de reprodução assistida que é a “ovodoção compartilhada”. Só que a diferença deste para o primeiro é que as mulheres recebem os óvulos de uma doadora desconhecida e isso ocorre quando ela não pode gerar com seu próprio material genético (FONSECA et al., 2009)

Algumas mulheres deste estudo, apesar de não intencionarem utilizar a ROPA como técnica para engravidar no momento da entrevista, demonstraram conhecimento acerca deste método refletindo sobre o quanto ela pode auxiliar nas questões jurídicas e no reconhecimento familiar. Gal demonstra que o argumento biológico pesa em relação ao reconhecimento legal e familiar, enquanto que Marina explica que, caso utilizasse esse método, seus pais teriam que ser obrigados a aceitar que o filho é dela e da parceira:

Eu acho que é uma coisa que facilita (o reconhecimento por parte da família e legal), quando é troca de óvulo. Quando é óvulo de uma na barriga da

¹⁹ Segundo entrevista com um médico que trabalha com reprodução assistida, publicada no Estado de São Paulo, veiculada em 8 de maio de 2011, o qual afirma que com a visibilidade dada pela mídia de casos de mulheres que conseguiram engravidar através deste método, muitas outras foram até a clínica com o mesmo interesse.

outra, que a genética é da família da mãe que não engravidou. Eu acho até que deve facilitar. É um argumento biológico. (Gal)

A minha vontade mesmo, o mundo perfeito seria eu gerar um óvulo da Rita. Porque eu acho que seria até mais fácil pra meus pais aceitarem. Uma criança que saísse de mim ele iam pensar: “nossa é meu neto mesmo”, mas biologicamente ele seria filho dela. Então seria uma coisa que eles teriam que internalizar, eles teriam que engolir. Então o filho seria dela. Eles não iam poder também querer a guarda da criança, caso alguma coisa acontecesse. Então eu acho que eles aceitariam melhor. (Marina)

Neste estudo, em dois casos as mulheres buscaram esta técnica para engravidar: Ângela que tem um filho de 6 anos, e o casal Luiza e Zélia que já fizeram duas tentativas sem sucesso e estão partindo para a terceira. Para Ângela, que forneceu os óvulos, além da ROPA significar uma forma de legitimar a maternidade, ela também significa uma prova de amor:

É uma prova de amor acima de qualquer suspeita, entendeu? Porque você dá um filho seu pra outra pessoa. É uma coisa muito maior do que qualquer pessoa possa imaginar. (Ângela)

Luiza e Zélia acreditam que a técnica vai aumentar as chances delas conseguirem engravidar, já que Luiza que deseja engravidar tem 36 anos e Zélia tem 30. Além do mais, também analisam que será mais fácil de obter o reconhecimento legal e familiar através desta técnica:

Mas com o óvulo da Zélia, como ela é mais nova, ele disse que ficaria melhor ainda. Porque os óvulos dela tem 30 anos, daí tá tudo novinho ainda. Ele disse que o meu daria também, mas quanto mais novo melhor, né? Tem 55% de chance. Além do mais vai fazer bastante diferença, porque a gente sabe que a família dela vai falar que é meu e a minha família vai falar que é meu. Então, ninguém vai reconhecer que ela é a mãe, mas com essa técnica eles não têm o que discutir. (Luiza)

E Zélia completa:

Eu realmente acredito que isso vá ajudar muito a gente juridicamente. (Zélia)

Além das questões de reconhecimento familiar e legal, as duas também falam da emoção de uma delas poder gerar e carregar o filho da outra, um filho como fruto do seu amor. Para Luiza, a sensação seria igual a que um casal heterossexual sente quando um homem engravida uma mulher.

Mas dá um gostinho especial. Especialmente pra gente que tem pouca probabilidade de fazer as coisas nós mesmas. Dá um gostinho especial você saber que você tá carregando o filho da sua mulher, entendeu? Não é só meu, é dela! Tá na minha barriga, é diferente. É a mesma coisa se você tivesse grávida do seu marido. Ele sabe que o filho é dele que você tá gerando, entendeu? Então dá um gostinho especial. (Luiza)

Toda vez que a gente pensa, a gente fica emocionada quando pensa nisso. Porque você tá casada com a pessoa que você ama e saber que você vai viver o resto da vida com ela, mas não pode ter um fruto disso, né? Você biologicamente não consegue fazer isso. Então vem a ciência, vem a medicina e diz “taí, você pode fazer sim, você pode por sua sementinha ali”. Não tem como ela não se sentir mãe desse filho que vai tá crescendo dentro dela e não tem como eu não me sentir mãe, porque de fato ele é meu filho. Então tá sendo emocionante isso. (Zélia)

Dessa forma, a ROPA parece oferecer uma experiência única aos casais de lésbicas que querem ter filhos. No entanto é um procedimento que tem alto custo (pode variar de 10 mil a 15 mil reais, referentes ao valor da FIV), além de ser fisicamente desgastante, pois ambas as mulheres tem que tomar medicações que além de caras, algumas vezes vem acompanhadas de muitos efeitos colaterais como: ganho de peso devido a retenção de

líquidos, hematomas (injeções subcutâneas que a própria mulher tem que administrar), mal-estar, constipação, etc., além de todo o estresse para a realização do tratamento. Segundo MARINA et al. (2010), as mulheres têm que passar pelos seguintes processos:

a) Mulher que fornece os óvulos:

A mulher toma anticoncepcional para controlar a ovulação. É realizada a estimulação ovariana por meio dos agonistas do GnRH (ex.: Lupron), FSH recombinante (Ex.: Gonal, Puregon) e HCG recombinante (Ex.: Ovitrelle) para que haja uma produção extra de óvulos. Após essa fase, é feito um monitoramento através de ultrassom e exames sanguíneos para detectar o nível de estradiol. A coleta dos óvulos é realizada 36 horas após a injeção intramuscular de HCG, programa-se a captação de óvulos através de aspiração sob controle ecográfico. O processo finaliza-se com a seleção do sêmen para fertilizar o óvulo.

b) Mulher que recebe os embriões:

A preparação uterina é feita através da administração do agonista do GnRH e estrogênios (ex.: Progynova). É feito monitoramento através de ultrassom endovaginal e exames sanguíneos para determinar os níveis de estradiol. No mesmo dia em que a outra mulher passa pela fase de aspiração do óvulo, lhe é administrada a progesterona para preparar o útero para receber o embrião (Ex.: Utrogestan). A transferência do embrião se dá após o terceiro dia e é guiada via ultrassom.

A ROPA ainda não foi regularizada pelas leis brasileiras e nem pelo Conselho Federal de Medicina, fazendo com que a realização ou não deste método fique à critério das clínicas de reprodução assistida. Segundo VARGAS e MOÁS (2010), o mais comum de acontecer é que as clínicas instruem os seus profissionais a não acatarem o desejo das suas pacientes. No entanto, muitas clínicas vêm realizando essa técnica há alguns anos.

Atualmente, muito pouco se sabe sobre como a escolha da ROPA pode afetar a dinâmica familiar. O estudo americano realizado por PELKA (2009) é um dos poucos que abordam a temática. Os resultados demonstram que o fato de no casal lésbico haver uma mãe genética e outra biológica parece amenizar as inseguranças emocionais. Tanto em relação à fatores externos (em resposta aos desafios da legitimidade materna) quanto à fatores internos (em relação a sentir-se menos ou mais mãe).

7.4 CATEGORIA IV - O QUE É SER MÃE LÉSBICA?

Embora as mulheres lésbicas encontrem em seu caminho uma completa falta de reconhecimento legal, acompanhada muitas vezes pela falta de reconhecimento familiar e social que podem dificultar a realização do desejo de ter filhos, suas famílias frequentemente prosperam. E, para essas mulheres, o que significa atingir o desejo da parentalidade? Nesta categoria,

trago à luz o que, para as entrevistadas, é ser mãe e lésbica e quais são suas expectativas e medo em relação ao futuro..

7.4.1 Sobre a Compatibilidade entre Ser Lésbica e Maternidade

A parentalidade lésbica representa um conjunto diversificado de práticas que desafiam a generalização, fato perceptível a partir do percurso reflexivo discutido neste trabalho. Mesmo diante de tantas questões e dificuldades, as mulheres entrevistadas lutam para conseguir aquilo que desejam. Mas o que significa a maternidade para elas?

Maria e Isabella que ainda se encontram na fase de planejamento para ter os filhos, relatam que a maternidade para elas é como a realização de um sonho. Segundo Maria, esse sonho vem amadurecendo e vai se completar com a chegada do filho e só assim ela saberá o significado completo da maternidade.

Para mim, é como a realização de sonho. (Isabella)

Realização de um sonho que a cada vez amadurece mais. É amor, dar amor, dividir esse amor. Acho que só vou saber de verdade o real significado quando eu tiver um filho. (Maria)

Já Ângela, que é mãe de João, e Adriana, que é mãe de Cecília,

veem a maternidade como uma autorrealização, como uma necessidade existencial que elas tinham que suprir. Adriana afirma se sentir completamente realizada enquanto que Ângela, emocionada, fala o quanto seu filho é o seu amor maior e que agora nunca mais estará sozinha. Ela reflete que é uma experiência tão forte que não consegue conceber porque demorou tanto tempo para ter filho.

Acho que hoje, definindo, seria realização. Estou completamente realizada. É o que eu sinto hoje. (Adriana)

Maternidade pra mim é a realização da minha vida. Quando o João nasceu, eu me perguntava, eu me cobrava o tempo inteiro: como é que eu vivi tanto tempo sem? Porque é muito bom, é muito bom você ter um filho. É muito bom você sentir aquela mãozinha no seu rosto. Ele dormia com o bracinho no meu pescoço. E saber que eu não to mais sozinha, sabe? Saber que ali pro resto da minha vida ou pro resto da vida dele, que eu não sei quem vai primeiro, que a gente vai tá junto. É um amor sincero, um amor maior. Então a maternidade pra mim é realização. Eu acho que é a justificativa da minha estada nesse mundo, entendeu? É uma coisa muito grande. Muito forte. (Ângela)

Marina, que ainda não decidiu qual método vai usar para engravidar, enxerga a maternidade como um amor incondicional onde não importa o que seu filho faça ou seja, o que importa é que ele é seu filho e uma mãe deve amá-lo acima de qualquer coisa.

Eu entendo como um amor incondicional. Você aceitar que seu filho na verdade não é uma pessoa, é seu filho. Então eu entendo as mães que os filhos são assassinos e elas acobertam, porque na verdade o que seu filho faz como pessoa, não deveria influenciar no seu amor como mãe. Você teria que ter esse amor incondicional. Claro que você não quer que ele faça coisas erradas, mas não deveria gerar tantas ações absurdas como a gente vê por aí de pais e mães, porque ele é seu filho. Eu acho que um filho é um ser assexuado, é sem religião, é sem nada. Os pais não deveriam se

intrometer na vida do individuo. Então é separado. Um amor incondicional nesse sentido assim, de você conseguir separar o seu amor da vida do seu filho. Mais ou menos isso. (Marina)

Antes, Cássia não cogitava ter filhos, nem sequer gostava da ideia de ser mãe, porém, depois de ter dado à luz a Latifah, mudou completamente sua ideia em relação à maternidade. Hoje ela afirma que a maternidade é tudo na vida dela, mesmo com toda a “trabalheira” que a filha dá. Simone, mãe de Cecília, também utiliza a palavra “tudo” para resumir o que é a maternidade para ela:

Hoje? Hoje pra mim é tudo, cara. Minha filha é tudo pra mim hoje. É a minha princesa. Meu tudo pra mim hoje, sabe? Não sei. Eu não queria ter filhos de jeito nenhum. Eu pensava que quando minha mãe falava “quando você for mãe, você vai ver como que é bom o trabalho que dá”, eu ia me arrepender muito. Pô, dá um trabalho, mas acho que compensa. Acho que compensa. É muito legal ser mãe. (Cássia)

A maternidade pra mim é ela. Ela é tudo pra mim. (Simone)

Luiza que já é mãe de Carla, afirma que a maternidade é uma coisa tão boa que gostaria de ter muitos filhos. Zélia, sua companheira, que já é mãe de Lila, enxerga a maternidade como uma possibilidade de mudar o mundo:

Ah, maternidade é a melhor coisa do mundo. Se eu tivesse dinheiro, eu teria um filho por ano. (Luiza)

Maternidade é doação. É uma coisa muito maluca de tentar explicar, mas quando a gente vê o orgulho que a gente sente quando a gente vê nossas filhas na escola, por exemplo, defendendo um aluno que é excluído porque é negro, defendendo um aluno que os meninos ficam gritando “É gay! É gay! É gay!” e não têm nem idade pra saber o que é isso, né? Eu acho que

maternidade é a gente ter a possibilidade da gente mudar o mundo que vem por aí, sabe? É poder fazer seres humanos de verdade. Mas é uma doação, maternidade é uma doação. É saber que você vai receber tudo aquilo de bom que você plantar. (Zélia)

E Vange, que tem duas filhas gêmeas, finaliza falando que a maternidade não está no gestar, no parir, no adotar, no inseminar, e sim, nas atitudes. É você fazer parte da construção da vida de uma pessoa:

Maternidade é você fazer parte da vida, da construção, do crescimento dessas pessoas que você traz pra conviver com você. Pra mim, maternidade é uma coisa muito mais subjetiva do que objetiva. Pra mim, a maternidade não tá na gravidez. Eu não vejo diferença na inseminação ou na adoção ou, sei lá, qualquer outro tipo de formato que possa existir. Pra mim a maternidade está muito mais nas atitudes, nos atos, no que você faz. (Vange)

Quando questionadas sobre como conciliar essas maternidades com o fato de serem mulheres lésbicas, as entrevistadas relataram que não haviam impedimentos entre uma coisa e outra. Maria se sente orgulhosa por ser lésbica e tentar realizar seu desejo de maternidade. Enquanto Cássia afirma que se sente até mais lésbica depois que se tornou mãe. A diferença, segundo ela, é que agora ela sai menos de casa para as festas:

Não sei porque, mas eu acho que eu estou sendo mais lésbica dentro de mim, sabe? Só que uma lésbica mais sossegada porque antes eu era muito perturbada. (Cássia)

A ideia de que a maternidade é um instinto natural da mulher também pode estar presente nas mulheres lésbicas. Para Ângela, ser lésbica remete a uma das várias facetas de ser mulher e ser mãe faz parte da natureza,

como um instinto. Entretanto, ela enfatiza que qualquer mulher lésbica, masculina ou feminina, pode ter um sentimento maternal:

As duas coisas uma não tem a ver com a outra. Porque homossexual faz parte da mulher Ângela e mãe faz parte da minha natureza, do instinto de uma mulher. Não é porque ela é uma homossexual mais masculinizada ou feminina que ela não vai ter esse sentimento maternal. (Ângela)

Ser mãe e lésbica também é visto como vantagem em relação aos casais heterossexuais. A crença de que a mãe é uma figura central e mais importante do que o pai colabora com esta ideia. Luiza reflete que pelo fato de duas mulheres estarem juntas, a família fica muito mais maternal e isso é algo que interfere positivamente na criação dos filhos:

Ah, a maternidade é o meu sonho. Eu sempre quis ser mãe. Desde criança eu sempre quis ser mãe. Agora se a minha vida é assim, se eu me descobri lésbica, por que não juntar uma coisa na outra? Eu acho que mulher é muito maternal. Então mulher com mulher é mais maternal ainda. Então tem tudo a ver. Tem mais a ver do que homem com mulher, eu acho. Agora, eu acho. (Luiza)

Adriana responde que ser mãe e ser lésbica significa apenas ser uma mãe que tem uma mulher como companheira. Ela relata que uma vez uma repórter que estava fazendo uma matéria sobre “maternidade lésbica” a indagou como era seu dia-a-dia. Ela respondeu que não havia nada de tão diferente do que as outras pessoas faziam. Adriana teve a sensação de que não satisfazia a curiosidade da repórter que parecia pensar que a vida delas era totalmente diferente:

Para mim, é só uma mãe que teria uma mulher (risos) Não tem diferença, eu acho, não teria diferença se eu fosse hétero. Eu não vejo diferença alguma. Eu sou chata, eu quero que ela durma no horário certo, eu quero que ela coma no horário certo. Eu lembro quando a repórter tava lá olhando pra nossa cara como se fôssemos de outro mundo e eu falei “moça, a gente paga contas. É tudo igual” Aí ela falou “mas eu quero saber como é o dia-a-dia” e eu falei “igual. Meu cachorro tem que passear, a gente tem que pagar conta, tem que ir no mercado” e ela ficou olhando pra minha cara. (Adriana)

Ana Carolina acredita que ser lésbica só afeta a relação dela com a companheira, mas não afeta em nada o ser mãe. As únicas particularidades que ela enxerga em relação à ser mãe e lésbica são a ausência da figura masculina que vai ser socialmente cobrada e os preconceitos que terão que enfrentar cotidianamente devido à sua dinâmica familiar diferente. Gal também concorda com a questão do preconceito e acrescenta a dificuldade que talvez elas possam ter caso a filha fique interessada em conhecer o doador, mas deixa claro que o desafio de ser mãe e lésbica não é diferente do que qualquer outro desafio que outra mãe poderia enfrentar, como por exemplo, ser mãe e solteira:

Eu não acho que ser lésbica afeta muito o nosso lado mãe. Assim, ser lésbica afeta a nossa relação do casal mais do que tudo. É lógico que vai ter consequências pra ela, porque significa que ela não vai ter uma figura masculina convivendo com ela no dia-a-dia. Eu sei que a gente vai ter essa parte de preconceito que vai tá mais direcionado na questão sexual nossa. (Ana Carolina)

E eu acho que vai ser só mais um desafio na questão de ser mãe. Isso vai ser mais uma coisa que vai ter essa questão do preconceito, que ela vai perguntar do doador. Mas eu acho que ser mãe e lésbica, pra mim é tudo normal entendeu? Nunca acho que eu sou diferente das outras pessoas. Acho que significa que ser mãe e lésbica você tem que lidar com algumas coisas que você tem que lidar se você é mãe e não é lésbica, sei lá. Mãe solteira também tem que lidar com outras coisas que a gente não tem. Então eu acho que é só mais um desafio da maternidade. (Gal)

A ênfase na liberdade e preocupação em educar os filhos para a diversidade também surgiu neste estudo como algo relacionado ao ser mãe e lésbica. De acordo com SANTOS (2004), as famílias homoafetivas geralmente tentam impor os seus valores aos seus filhos na esperança que eles tenham mais consciência social e aprendam a conviver com a diferença. Desta forma, Vange reflete que ser mãe e lésbica é mostrar caminhos para serem pessoas melhores. Ela demonstra que ela e sua ex-companheira sempre tiveram a preocupação que as suas filhas convivessem com pessoas diferentes:

Ser mãe e ser lésbica pra mim é essa coisa de mostrar caminhos, de pensar como é que você forma pessoas bacanas, como é que você transmite coisas legais, como é que você cria filhos num mundo que tem muitas dificuldades e acho que pra gente, além da preocupação das meninas com a questão da gente ser gay, delas terem esse histórico de vida diferente, de terem nascido a partir de uma fertilização, a gente tinha muito uma preocupação que elas também convivessem com pessoas de nível socioeconômico diferente, de cor diferente, de religiões diferentes, com outras coisas. (Vange)

Na mesma linha de pensamento de Vange, Zélia reflete que a consciência dos preconceitos e dificuldades que uma pessoa homossexual sofre, faz com que ser mãe e ser lésbica signifique educar os filhos para a construção de um mundo melhor, onde as pessoas se respeitem:

Ser mãe lésbica, quando você tem consciência total do que é ser lésbica, do que você passou até hoje, dos preconceitos que você passou, das portas que se fecharam por causa da sua orientação sexual, enfim, é exatamente isso, você educar os seus filhos pra um mundo melhor. É educar o seu filho pra respeitar outra pessoa, é educar pra eles saberem que os limites deles acabam quando começa o do outro. Que é uma coisa que a gente não vê hoje em dia e que vem piorando cada vez mais. Ser mãe lésbica hoje é saber que a educação que você der ao seu filho, vai ajudar. Vai ser uma

sementinha a mais nesse mundo podre que a gente vive. É voltar a ter o respeito que a gente tinha antes pelas outras pessoas e hoje não se tem mais. (Zélia)

A educação das crianças por parte das mães lésbicas também aparece como estratégia para que tanto elas quanto suas crianças se armem e se fortaleçam diante de cobranças sociais e situações de preconceito, como será visto na subcategoria a seguir.

7.4.2 Enfrentando o Contexto Heterossexista

Além de Vange e Zélia, outras entrevistadas também referiram, em algum momento da entrevista, a importância da educação para a tolerância e para o respeito. As narrativas das mães entrevistadas trouxeram à luz o fato de que muito dos seus pensamentos sobre o futuro são movidos não só por esperança, mas por medo devido às cobranças que podem ser feitas em relação à criação de seus filhos. Luiza, Ana Carolina e Gal referiram, por sua vez, terem a preocupação de que haja uma vigilância acirrada em relação às suas famílias e que qualquer “passo em falso” será associado como o fato das mães serem lésbicas. Sendo assim, elas reconhecem a pressão como sendo maior do que em família heterossexuais:

Ah, tenho um receio. Eu acho que as pessoas não vão acreditar na gente como mães. A gente tem que ser 10 vezes melhor mãe do que uma hétero

precisa ser, porque qualquer coisa que a gente fizer de errado ou que der de errado na criação da criança. Vão falar: “É porque é lésbica!” Então, tudo que a gente vai fazer a gente toma 10 vezes mais cuidado. Analisa o que vai fazer, o que vai falar, como que vai criar, com que severidade vai criar. Quanto que vai largar, quanto que vai abrir a mão, quanto que vai segurar. A gente analisa 10 vezes mais, porque as pessoas ficam de olho, só esperando a oportunidade de falar: “Olha aí. Não falei que duas mulheres criando uma criança não dava certo”. Quer dizer, pode acontecer em qualquer família, mas na nossa é porque a gente é lésbica. Qualquer adolescente pode entrar na droga, só que o nosso vai entrar porque a gente é lésbica. E eles não se conformam em como duas mulheres lésbicas criam uma criança e ela é normal. Então as pessoas ficam procurando algum motivo pra dizer “Olha só como a criança é!”. (Luiza)

Isso eu tenho um pouco de medo, porque eu vejo um pouco isso. Eu acho que a gente tem tanto medo, porque já desvia do padrão que todo o resto tem que sair perfeito, né? Eu acho que isso é errado, eu acho que a gente tem que ter direito aos mesmos erros do que os outros pais, entendeu? Não é porque a gente já é uma família diferente, que a gente tem que acertar em tudo e as crianças tem que ser criadas na linha dura. (Ana Carolina)

Eu acho que a pressão é maior na nossa família. Eu acho que, com ela, qualquer desvio, vão procurar uma razão. Se ela for má aluna, se for ansiosa, se tiver problema de déficit de atenção. Eu acho que todo mundo vai ficar com o pé atrás, vai julgar. (Gal)

Os debates sobre educação de filhos de lésbicas e famílias homoparentais tem muitas vezes como foco as questões sobre a educação dos filhos. Os argumentos das pessoas que são contras as famílias homoparentais são frequentemente enquadrados em termos da presunção de que crescer em uma família de lésbicas tem consequências negativas para o desenvolvimento psicológico da criança (SVAB, 2007). As mulheres lésbicas aqui entrevistadas demonstraram sentirem-se no centro das atenções sociais, o que gera o estresse de ter que estar constantemente provando que elas podem criar os filhos como quaisquer outras famílias, como Vange relata:

A gente tem que se impor, tem que mostrar que é uma boa mãe. As mães héteros não precisam mostrar que são boas mães. A gente não, a gente tem que tá mostrando. Então a gente não falta em nenhuma reunião da escola, por exemplo. Ou uma ou outra vai na reunião das duas. A gente geralmente vai junta, mas quando não dá, vai uma ou vai outra. Assim, tem muitos pais que não vão, mas se for a gente não indo vão falar logo “tá vendo, nem ligam pras crianças. Sabia que lésbica não dá certo pra ter filho”. Eles podem fazer o que eles querem, a gente não. A gente tem que fazer tudo certinho, porque qualquer deslize que a gente tiver, qualquer coisinha, já era. (Vange)

As mulheres lésbicas entrevistadas reconhecem que a pressão maior vai ser em relação à orientação sexual do filho ou filha, o papel de gênero e a ausência da figura paterna. Isabella já percebe que vai passar pela pressão de que seu filho tem que ser heterossexual e que isso vai ter relação direta com a ausência da figura paterna.

E eu acho que ela vai ter uma pressão muito grande dela ser hétero ou alguma coisa assim. Isso eu penso. Porque eu já vi adolescente falando assim, adolescente de pais homossexuais, falando que a pressão é maior ainda pra você não ser gay, porque vão falar que a culpa é dos pais, com certeza. Mas tem vários estudos que dizem que não tem nada a ver, mas a pressão vai ser muito grande. Eu cresci numa família hétero super conservadora e isso não influencia. Mas a pressão vai ser muito grande, porque vão falar que ela não tem a figura paterna. (Isabella)

Adriana e Simone relatam que suas famílias já começaram a fazer cobranças em relação à criação de Cecília. A maioria delas tem relação com socialização para vivenciar corretamente os papéis de gênero, ou seja, menina só brinca com coisa de meninas e só faz coisas de meninas:

Mas eu acho que é isso mesmo, mais do que uma orientação sexual é uma orientação social de que a menina senta com as pernas fechadas, usando laço e vestindo rosa e o menino senta no chão, fica de azul e de carrinho. E aí eu lembro da discussão do casal canadense que tá criando o filho sem

dizer o gênero. Já teve um caso de um casal sueco também. Eu acho que mais do que criar a criança sem gênero, mais difícil é criar a criança, tipo, ela [a filha] tem carrinho. Se alguém descobrir que ela tem carrinho na família, vão enfartar. (Adriana)

Já estão cobrando que ela seja hétero. Tá acontecendo uma coisa engraçada, porque vai ser o aniversário dela. Então a gente ia fazer o aniversário dela sem tema, porque o tema recorrente de um ano é palhaço, mas ela tem medo de palhaço, acha palhaço bizarro. Aí ela resolveu gostar do Mickey. Então vamos fazer a festa do Mickey que é mais fácil. A primeira coisa que todo mundo fala é “mas é festa de menino” e sempre perguntam “e a Minnie?”. (Simone)

Apesar de todas as cobranças para que as crianças sigam as normas sociais referentes ao gênero a que supostamente pertencem, ISTAR LEV (2010) acredita que as mulheres lésbicas procuram criar seus filhos com mais liberdade de expressão e com “frouxidão” em relação ao gênero. A autora inclusive brinca que existe uma piada muito comum no meio LGBT em relação a isso: “a lesbian couple had just had a baby. A friend stopped them on the street asking, ‘Is it a boy or a girl?’ They answered, ‘We are waiting for the child to tell us’”²⁰

Mas é isso que a gente quer ensinar pra ela. Que ela não precisa dançar balé de tutu. Se ela quiser jogar futebol de tutu, ela pode. Ela faz o que ela quiser. E assim, se ela for lésbica, se ela for hétero, se ela for assexuada, a decisão é dela, a escolha é dela e a vida é dela. A gente tá aqui pra apoiar enquanto mães. (Adriana)

FREIJO et al. (2010) encontraram em seu estudo que as famílias homoparentais costumam responder às pressões sociais que pairam sobre

²⁰ Um casal de lésbicas acabou de ter um bebê. Um amigo as encontra na rua e pergunta: “é menino ou menina?” Elas respondem: “estamos esperando a criança nos contar”.

criação dos seus filhos com uma postura de segurança e demonstrando mais confiança em relação às suas habilidades como educadores do que outras famílias.. Assim como no estudo citado acima, as mulheres que participaram deste estudo demonstraram bastante confiança em relação à educação de seus filhos.

Para evitar que sua filha se sinta deslocada ou que as pessoas façam ela sentir que está errada, Gal afirmar que a educação é peça-chave para o fortalecimento da identidade familiar da criança. Ela já começou a ensinar desde cedo:

E tem que dar uma educação pra ela não sentir que ela é errada. A gente tem uns livrinhos de crianças que tem duas mães e famílias diversas pra ler pra ela. (Gal)

A segurança em relação às habilidades educacionais fez com que Cássia aprendesse a usar um argumento religioso a seu favor. Sua família é evangélica e o meio em que convive também possui muitas pessoas da mesma religião, como estas são as pessoas que mais contestam sua configuração familiar, ela rebate:

Eu vou tentar dar uma boa educação pra seu filho e mostrar as coisas sem preconceito. Isso é normal, isso não tem nada a ver. São pessoas de mente pequena que falam que isso é errado. Não é errado. Se fosse certo o homem casar com a mulher, Jesus teria vindo à terra e teria casado com uma mulher. Mas nunca casou, ele andou com mais 12 homens ao redor dele. Ele nunca andou com uma mulher. A não ser uma mulher que simplesmente a única coisa que ele deixou foi lavar os pés dele. Jesus veio pra terra e casou? Não. Se casamento fosse bom, Jesus teria vindo pra terra e teria casado. Por que todos os discípulos dele eram homens? Por que não existia nenhuma mulher discípula? (Cássia)

Segundo SUTER et al. (2008), a estratégia de ensinar desde cedo aos filhos como lidar com as interações heterossexistas, faz com que as crianças se sintam seguras e orgulhosas de suas famílias e não escondam de ninguém qual a sua formação familiar, inclusive se sintam à vontade para educar os colegas que não compreendam bem sua situação. Luiza e Zélia tem um exemplo disso em sua família. Para elas, as filhas sabem lidar bem com as outras pessoas quando são confrontadas:

Conforme ela foi crescendo, eu fui falando, “não, tem gente que não gosta, tem gente que tem preconceito, etc”. Eu fui falando e ela foi entendendo. Agora ela mesma luta pela causa que nem é dela, coitadinha. Mas ela mesma interage assim, vai atrás das coisas, e ela se defende, agora ela sabe se defender. Qualquer pessoa que venha falar algo pra ela, ela sabe rebater. (Luiza)

Elas são matriculadas como irmãs. Elas têm a bolsa de irmãs lá. Outro dia vieram perguntar pra Carla [filha de Luiza] “É verdade que sua mãe é sapatão e Lila [filha de Zélia] tem duas mães?” E ela ainda brincou: “Fico feliz de ter amigos tão inteligentes” e aí ela respondeu: “Em primeiro lugar, não é sapatão que fala, é lésbica. Em segundo, pensa um pouco se minha mãe é lésbica e Lila tem duas mães... Alô, quem será? Quem você acha que são?” (Zélia)

Estas mulheres também enfrentam uma pressão social muito forte para que haja um modelo masculino que, supostamente, seria essencial para o desenvolvimento psicológico bem sucedido da criança. Evocar a necessidade da figura paterna seria uma forma de deslegitimar a parentalidade destas mulheres, pois, a partir desta visão heterossexista, a ausência do pai causaria conflitos de gênero na criança, que não aprenderia a diferenciar os papéis masculinos e femininos.. Salienta-se que este discurso é sustentado e reproduzido por diversas instituições sociais e,

segundo SVAB(2007), pode influenciar o ponto de vista de gays e lésbicas sobre as crianças, educação e parentalidade. Esta imposição social pode ser visualizada no discurso de Marina. No trecho da fala abaixo, percebe-se que há uma ambivalência, pois, ao mesmo tempo em que a entrevistada considera normal que a criança cresça sem o pai, acredita que não saberá dar conta da criação de um menino, evocando a necessidade de uma referência masculina.

Ah sei lá, acho tão normal [a criança ser criada sem pai]. E por outro lado eu queria ter uma menina, porque eu acho que eu sou uma menina e sei criar meninas. Eu não saberia criar meninos, porque às vezes eu acho que falta uma referência, eu não saberia dar essa referência pra ele. (Marina)

Apesar de todas as pressões e situações citadas no decorrer desta categoria, Zélia começa a enxergar algumas mudanças em relação à atitude das pessoas e sente que, por mais que as mulheres lésbicas tenham que batalhar para provar que são boas mães, essa não é uma tarefa tão difícil. Ela afirma que foi chamada para dar uma palestra em uma universidade e falar um pouco sobre a sua família:

Eu brinquei ontem na palestra: “Me perdoem os heterossexuais. Eu tenho amigos heterossexuais que frequentam a minha casa, que pagam os seus impostos e eu não tenho nada contra eles. Ensino minhas filhas a não terem também. Elas podem ser heterossexuais, afinal ninguém está livre disso (risos). Nós, lésbicas, temos que fazer as coisas em relação à educação das crianças 3 vezes melhor do que os casais héteros pra que ninguém fale nada. Ainda bem que não é difícil” Eu falei pra eles, né? Eu falei “brincadeiras à parte, a gente tem uma luta por dia, a gente tem que matar um leão por dia, porque a gente não tem referência. A gente quase não conhece ninguém famílias como a nossa, e assim fica difícil. Hoje isso tá mudando”. (Zélia)

7.4.3 E Que Venha o Preconceito...

A partir do discutido acima, pode-se vislumbrar que essas mulheres não tem receio de enfrentar as situações sociais que lhes são colocadas rotineiramente. No Brasil, frequentemente se têm visto na mídia situações de preconceito e violência contra pessoas homossexuais. A falta de leis que punam essas ações somada a todas as faltas de reconhecimentos que já foram citadas anteriormente, faz com que a população LGBT seja uma minoria desprotegida e vulnerável e, conseqüentemente, também as crianças advindas dessas famílias. Será que as mulheres entrevistadas aqui tem medo que seus filhos sofram preconceito? Ângela e Cássia concordam que a pessoa pode ter certo controle acerca das situações de preconceito. Ângela acredita que a resposta está em se impor, já Cássia espera ensinar sua filha a ignorar as situações.

Não, eu nunca tive medo que meu filho sofresse preconceito. Eu já tive períodos de preconceitos, mas aí eu aprendi a lidar com essa situação. Do tipo, eu tenho que me impor. Então ninguém vai zoar o meu barraco, ninguém vai brincar comigo. Tanto que no meio militar, eu cheguei chegando, porque se eu fosse com a cabecinha baixa como outras pessoas que tem no nosso grupo, são muito discriminadas, porque não mantiveram uma postura. Acredito que meu filho vá ter essa postura também. (Ângela)

Ah, já sim [sofreu preconceito]. Mas não to nem aí. Sou eu que pago minhas comidas, minhas contas. Eu não me incomodo com essas coisas e vou ensinar a minha filha a não ligar também. (Cássia)

As mulheres entrevistadas não negam a possibilidade de que seus filhos venham a sofrer preconceito, porém não creem que isso seja relevante em um país onde o preconceito social em geral é tão gritante. Adriana afirma ter medo que sua filha sofra preconceito, mas pior que isso para ela seria se sua filha fosse a autora da discriminação:

Eu acho que o Brasil tem muito preconceito social, mais do que o preconceito sexual, é o social e o de raça. Há 20 anos uma criança de pais divorciados era um absurdo e há 40, uma mulher negra com um homem branco ou vice-versa era impensável. Até hoje a gente escuta coisas sobre pessoas negras. É terrível esse preconceito no Brasil. Eu acho que existe mais o preconceito social e econômico do que outra coisa. Eu tenho medo do preconceito, tenho. Mas eu tenho medo mais que ela gere o preconceito, que ela bata nos outros pelo preconceito. Aí você viu que seu filho deu errado. (Adriana)

Na mesma linha de raciocínio de Adriana, Gal reflete que o preconceito existe para todas as ocasiões, sendo impossível não sofrê-lo em algum momento da vida. Ela também acredita que a escola será o principal *locus* de preconceito.

Vai ter, principalmente na escola. E a gente vai escutar isso de que precisa de uma figura masculina. Mas preconceito também tem de mãe solteira, mãe divorciada, filho que mora com a avó, pai solteiro, nordestino, usa óculos, magro, não tem bunda ou tem bunda. (Gal)

Zélia também reconhece que é muito difícil não sofrer preconceito no Brasil, ela reflete que a pessoa necessita atingir o modelo ideal de homem, heterossexual, branco, macho e rico para conseguir escapar de alguma forma:

A gente até brincou no grupo com a pergunta: se você quisesse ter um filho, você preferiria que ele fosse homo ou hetero? Daí você vê que pra escapar de todos os preconceitos, a resposta correta seria: hetero, branco, macho, rico e etc. Isso seria o pré-requisito pra não passar por qualquer tipo de constrangimento ou discriminação, ora porque é pobre, porque é negro, porque é brasileiro, porque é gordo, feio, baixinho, enfim. (Zélia)

Apesar de não ter medo de que a filha possa vir a sofrer preconceito, Adriana prefere não divulgar em qualquer lugar que é uma família homoparental, para evitar reações extremas e proteger Cecília:

Mas eu falo que não falo logo que somos duas mães porque infelizmente a gente sabe que tem violência, né? Eu tenho medo de alguma reação extremada na frente dela. Isso eu tenho, em certos locais. Nunca aconteceu nada. Se alguém falou da gente, eu tenho certeza que foi por trás, porque a gente nunca ouviu nada. (Adriana)

Embora saiba da possibilidade dos filhos vivenciarem situações de preconceito, as mulheres entrevistadas acreditam que isso não é o mais relevante em suas vidas. Ironicamente, a banalização do preconceito social no Brasil parece fazer com que elas encarem este assunto com naturalidade e estejam preparadas para as situações que possam vir a ocorrer.

Uma das formas de fortalecimento para o enfrentamento de todas as situações relatadas acima, e em outras categorias, diz respeito ao apoio social que essas mulheres formam. Tal apoio pode ser encontrado tanto na família de origem quanto fora dela, através de amigos, mas também pode ser obtido no encontro com famílias parecidas, compartilhem as experiências do cotidiano. É o caso da internet, que será discutido a seguir.

7.4.4 Mulheres Lésbicas e Internet: A Busca da Maternidade nas Redes Sociais Virtuais

Quando as pessoas se deparam com dificuldades, problemas ou dúvidas, elas logo procuram suas redes de apoio social (JUSSANI et al., 2007). As redes (networks) são definidas como “teias” de relações sociais que circundam o indivíduo (por exemplo, disponibilidade, frequência de contato com amigos e parentes), ou como os grupos de pessoas com quem há contato ou alguma forma de participação social (por exemplo, grupos religiosos, associações sindicais) (CHOR et al., 2001). A internet vem ganhando cada vez mais espaço no que diz respeito às redes sociais. A comunicação é seu carro-chefe. As informações são passadas com rapidez e objetividade e isso é um grande diferencial entre os meios de comunicação. Além do que, a rede conta com uma característica particular que é a interatividade, ou seja, a internet abre uma possibilidade singular de promover diversos níveis de interação (GARBIN, 2003).

Segundo GARBIN (2003), a interação é ainda maior em comunidades virtuais e redes sociais, pois, nestes espaços, há mais possibilidades de encontrar com um grande número de pessoas ao mesmo tempo, propiciando assim o aparecimento de grupos de sujeitos com liberdade para discutir qualquer tema e compartilhar informações – seja através de arquivos ou de falas. Portanto, as redes sociais podem servir como campo de produção

textual que possibilitam a leitura de padrões e (novos) significados culturais (SILVA, 2010)

As mulheres aqui entrevistadas relataram a necessidade de estar entre iguais, de conhecerem outras famílias para poderem ter referências e trocas de experiências. Além do que, acreditam que é interessante para seus filhos conhecerem famílias iguais às deles para se sentirem fortalecidos. Para tanto, a maioria utiliza-se de pesquisas na internet para buscar informações sobre questões que cercam a parentalidade lésbica. Essas informações podem ser facilmente encontradas em sites, blogs e redes sociais na rede.

Um dos instrumentos mais populares da internet é o blog, onde muitas mulheres lésbicas encontraram espaço e resolveram expor na web suas experiências de vidas, acontecimentos, ideias, informações, sugestões, dúvidas, podendo assim interagir com outras pessoas que partilham objetivos comuns.

Segundo KOMESU (2010), os blogs começaram a ter notabilidade no cenário brasileiro a partir do ano 2000. O motivo de tanto sucesso se deu pela facilidade para edição, atualização e manutenção dos blogs o que fez com o que qualquer pessoa que tenha acesso à internet possa criar um com facilidade sem a necessidade de dominar a linguagem específica e difícil.

Assim, os blogs geram condições ideais para que os sujeitos possam exprimir o que bem entender. Trata-se, pois, da valorização de atividade

verbal por meio da qual se imagina não haver restrições, efeito de uma sociedade em que o espaço digital é comumente concebido como livre das coerções que regem demais âmbitos sociais (KOMESU, 2010).

Um blog é uma página da web onde uma ou várias pessoas podem registrar textos sobre assuntos e temas que consideram interessantes. Os textos são publicados em blocos, também conhecidos como posts, organizados cronologicamente (pela data e hora de publicação). O autor do blog adiciona a publicação mais recente no topo da página. Dessa forma, os leitores podem acompanhar o blog lendo as publicações de forma cronológica. Os blogs também possuem espaços para comentários, no qual os leitores podem opinar, criticar ou sugerir a partir dos textos lidos. Neste mesmo espaço, os autores também podem responder aos comentários dos leitores e interagir com eles. Os comentários podem ser lidos não somente pelo autor do blog, mas também por qualquer usuário que clicar no link e abrir a janela dos comentários (DI LUCCIO e NICOLACI-DA-COSTA, 2010). Assim, podemos dizer que os Blogs visam o interpessoal, o grupal (PRIMO, 2008). Das entrevistadas, Marina, Gal, Ana Carolina, Maria e Isabella afirmam possuir blogs que construíram para falar da temática da maternidade lésbica.

Outras ferramentas que as mulheres lésbicas buscam na internet são as redes sociais. As redes sociais são estruturas sem fronteiras e comunidades não geográficas que representam um conjunto de participantes autônomos, unindo ideias e recursos em torno de valores e interesses

compartilhados (MATERLETO, 2001). Os exemplos mais comuns de redes sociais são o facebook, o twitter e o orkut. Todas as entrevistadas afirmaram participar de ao menos uma dessas redes sociais, fazendo parte de comunidades que procuram debater a questão da maternidade lésbica.

Além dos blogs e das redes sociais, as pessoas podem criar grupos de discussão por e-mail e/ou comunidades virtuais, tornando a comunicação on-line mais prática e rápida. Esses grupos tem a finalidade de discutir temas de comum interesse dos participantes, dentre outras coisas, como buscar ajuda para resolver problemas. Desta forma, busca-se promover a disseminação de informações, podendo haver interação entre várias pessoas que criam laços sociais virtuais. Zélia e Luiza criaram um grupo de discussão há 3 anos que já conta com a participação de mulheres de vários Estados do Brasil. Além disso, fazem reuniões presenciais mensais para que as crianças e as famílias possam conviver entre si. As mulheres entrevistadas fazem uma reflexão acerca da importância das redes sociais na vida delas:

Por isso que a gente fala que precisamos de iguais pra gente saber o que fazer, porque em vários momentos a gente não sabe o que fazer, como agir diante disso, diante dessa diferença. (Zélia)

Nós queremos que ela conviva com outras famílias iguais a nossa pra mostrar pra ela que ela vai ser completamente normal e não vai crescer chifre por causa disso. Eu acho importante, ela tem que ter esse tipo de exemplo, porque vai ter muita gente enchendo a cabeça dela. (Adriana)

Eu tenho muitos amigos que alguns são gays, alguns não são. Mas é legal ela saber que tem outras famílias e eu acho que assim eu não quero só que

ela se relacione com filhos de homossexuais. Mas é importante ela conhecer os iguais. Eu acho que o grupo de mães lésbicas vai proporcionar isso que é um ambiente que tem outras famílias mais parecidas com a nossa e que ela pode conviver com essas famílias e com as outras também. (Ana Carolina)

Eu quero que o João conheça outras crianças como ele. Então eu estou em busca de pessoas iguais a gente. Temos a necessidade de experiência, de troca de experiência. (Ângela)

Nesse sentido, as redes sociais favorecem o empoderamento no sentido de que indivíduos, grupos sociais e organizações passam a ganhar mais controle sobre seus próprios destinos (VALLA, 1999). O conceito de empoderamento tem sido examinado em diversas disciplinas e campos profissionais, recebendo larga variedade de definições e cobrindo diferentes dimensões: individual, organizacional e comunitário (ISRAEL et al., 1994). O empoderamento, como processo e resultado, é visto como emergindo em um processo de ação social no qual os indivíduos tomam posse de suas próprias vidas pela interação com outros indivíduos, gerando pensamento crítico em relação à realidade, favorecendo a construção da capacidade social e pessoal, e possibilitando a transformação de relações de poder. No nível individual, refere-se à habilidade das pessoas em ganhar conhecimento e controle sobre forças pessoais, sociais, econômicas e políticas para agir na direção da melhoria de sua situação de vida.

Amplamente usado no que concerne à sociedade civil e no contexto dos cuidados de saúde, o conceito de empoderamento faz referência a movimentos de busca de reconhecimento das demandas das minorias, ou seja, a busca de algum grau de poder de influência (RODWELL, 1996).

Concordo com GARBIN (2003), quando ela afirma que a Internet não pode mais ser vista apenas como um local de troca, de busca de informações ou ainda de encontros entre pessoas, mas, deve ser destacada como um local de produção de conhecimento.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a elaboração desta pesquisa, tive o intuito de compreender as concepções sobre a parentalidade e maternidade de mulheres lésbicas que buscam a gravidez por meio de doadores de sêmen conhecidos ou desconhecidos. A partir dos resultados encontrados neste trabalho, foi possível perceber o quanto as mulheres lésbicas que buscam o exercício da maternidade através deste método têm que tomar muitas decisões e passar por muitas negociações para conseguir percorrer sua jornada. Acredito que este estudo tenha atingido o objetivo de contribuir com a compreensão de como essa jornada é experienciada, significada e ressignificada por essas mulheres.

Foi possível perceber, a partir deste trabalho, que a vivência da maternidade por parte das mulheres lésbicas depende de fatores diversos como o social, o jurídico-legal, fatores relacionados às políticas públicas, o fator econômico, o contexto histórico-cultural e discursivo além da história de

vida de cada uma das mulheres. Sendo que estes fatores se retroalimentam constantemente e não podem ser pensados isoladamente. A seguir, exemplifico cada um desses fatores.

Em nível social, a maternidade lésbica é considerada uma contradição, pois, se por um lado espera-se que todas as mulheres sejam mães, por outro o estigma associado à homossexualidade prescreve que lésbicas são pessoas que não tem ou não desejam ter filhos.

O fator jurídico está entre as maiores preocupações que as mulheres lésbicas apresentam. A falta de legislação (na qual houvesse espaço para duas mães) deixa a mulher que não engravidou em uma situação difícil e vulnerável diante das situações cotidianas. A falta de respaldo legal também prejudica os filhos, frutos dessas relações. Acredito que enquanto as prescrições rígidas de gênero estiverem inscritas nesta instituição, especialmente quando elas são apoiadas pela própria lei, membros de grupos excluídos, como as mães lésbicas, permanecerão como cidadãos de segunda categoria.

Em relação às políticas públicas, a falta de programas que contemplem as necessidades e especificidades das mulheres lésbicas aumenta a discriminação que sofrem essas mulheres. Um exemplo é a impossibilidade de acesso às técnicas de reprodução assistida por meio do Sistema Único de Saúde, que ficam restritas às mulheres heterossexuais. Tal fato faz com que muitas mulheres lésbicas não consigam realizar o

desejo de engravidar e tenham que buscar formas alternativas, como a relação heterossexual ocasional, a inseminação caseira ou, até mesmo, se vejam obrigadas a usar o serviço privado de saúde. O que nos leva ao fator econômico, pois os tratamentos de reprodução assistida oferecidos pelas clínicas particulares tem um custo altíssimo, apesar de não apresentarem taxas de sucesso convincentes.

Outras questões relacionadas ao fator econômico estão estreitamente vinculadas à falta de reconhecimento legal. Existe a possibilidade de tentar brigar na justiça para conseguir o reconhecimento da dupla maternidade, no entanto, o gasto com processos e advogados impede que muitas mulheres tenham acesso a isso.

Já o contexto histórico-cultural e discursivo impõe questões convencionais de expectativas e obrigações inerentes à maternidade biológica e à criação dos filhos. Além disso, a falta de terminologias e nomenclaturas adequadas torna difícil para a mãe lésbica explicar a sua dinâmica familiar para pessoas externas. Penso que apesar das mulheres que participaram deste estudo demonstrarem desafiar as estruturas sociais e culturais do parentesco, família e maternidade, é possível perceber que elas não puderam ignorá-las completamente. As mulheres lésbicas têm plena noção do contexto que têm que enfrentar para conseguir vivenciar a parentalidade. Contudo, a maternidade não aparece de forma igual para todas as mulheres, deve-se levar em consideração a história de vida de cada mulher. Através dos relatos das participantes desse estudo, percebeu-

se que a maternidade é elaborada e percebida através de diversas decisões e circunstâncias. As decisões incluem questões referentes à como compartilhar com a parceira o desejo de ter filhos, quem do casal deverá engravidar, como escolher o método e o doador, e como viabilizar isso financeiramente. As circunstâncias incluem questões referentes ao convívio social dessas mulheres e ao nível de apoio social e familiar de que elas dispõem.

Todas as questões explicitadas acima influenciam no processo decisão das mulheres lésbicas, inclusive acerca do método que irá ser utilizado para atingir o objetivo de ter filhos. Neste trabalho, diversas possibilidades apareceram (inseminação caseira, relação ocasional heterossexual, FIV, IA), entretanto, o destaque maior foi dado aos métodos que utilizavam doadores de sêmen desconhecidos, ou seja, aqueles que são realizados somente em clínicas médicas no Brasil. A preferência pelo doador desconhecido se dá ao fato deste método oferecer uma sensação de controle maior por parte das mulheres: o sêmen é testado em laboratório, eliminando o risco de doenças sexualmente transmissíveis; existe uma lista disponível com características físicas e pessoais de cada doador e muitas mulheres querem que o doador tenha semelhanças físicas com a parceira que não vai doar o material genético; e, principalmente, este método oferece certa segurança no sentido legal, já que as leis brasileiras só reconhecem a existência de uma mãe, deixando a mãe que não forneceu o material genético em evidente situação de desproteção.

Um método que ganhou destaque neste trabalho foi a ROPA, uma técnica que merece atenção de futuros estudos. Esta técnica tem um diferencial em relação às outras pelo fato de possibilitar a participação efetiva das duas mulheres no processo de concepção. Desta forma, ela evita que diferenciações em relação às mães sejam feitas, já que uma oferece o material genético e a outra gesta a criança. Esta técnica pode ser fisicamente desgastante para ambas as mulheres e também muito onerosa (mesmo valor da FIV), no entanto surgiu na fala das mulheres entrevistadas como sendo um modelo ideal para se conseguir a gravidez. Portanto, ela deve ser vista como um dos vários aspectos da conjugalidade e maternidade lésbica.

Apesar de todo o processo complexo com o qual essas mulheres lésbicas têm que se deparar, elas conseguem construir suas famílias a partir de muita criatividade. Os resultados deste trabalho produziram evidências de que as mães lésbicas têm um repertório geralmente bem sucedido de estratégias e de recursos sociais, pessoais e do casal, os quais as permitem viver bem em uma sociedade preconceituosa e heterossexista.

Já que a vida pessoal tornou-se um projeto aberto que cria novas demandas e novas ansiedades, como defende PLUMMER (2003), a maternidade lésbica anuncia-se como um fato social que não pode ser ignorado e clama por mudanças sociais. Desta forma, acredito que aumentar a visibilidade desta temática através de discussões acadêmicas com diversas áreas da esfera pública, incluindo a Saúde Pública, é de suma

importância para que os direitos dessas mulheres sejam legitimados e suas necessidades sejam atendidas. Também espero que esse estudo possa contribuir para que a atuação dos serviços e profissionais de saúde não aumentem e nem reproduzam as desigualdades sociais, discriminando determinados grupos, como as mães lésbicas.

Este trabalho contribui para trazer à tona a existência de novos discursos públicos sobre a vida pessoal e sobre a intimidade que desafia muitas de nossas mais prezadas, tradicionais, ideias sobre o corpo, os gêneros e nossas famílias. Como afirma PLUMMER (2003), estes novos discursos demonstram a necessidade de conectar o mundo público da vida social e o mundo da vida privada pessoal no sentido de facilitar a construção de novas cidadanias. O conceito de “cidadania íntima” possibilita a articulação teórica entre as questões empíricas e a esfera pública, pois, ao mesmo tempo em que inclui a vida íntima das pessoas, também alcança níveis coletivos por incidir em políticas públicas, nacionais, regionais e mundiais. Os dados deste trabalho demonstram o quanto os direitos sexuais e direitos reprodutivos precisam desta articulação bem definida para serem consolidados.

No entanto, ressalto que como todos os estudos, esse também apresenta suas limitações. Uma limitação óbvia se refere à situação geográfica do estudo. Ele foi realizado apenas com mulheres que vivem na cidade de São Paulo. Outra limitação foi em relação às características das participantes da pesquisa: tentei ao máximo possível contemplar a

diversidade da população brasileira em relação à raça e classe social, contudo como foi difícil encontrar as participantes do estudo, não obtive muito sucesso. De todas as entrevistadas, só uma se autoidentificou como negra e outra entrevistada informou que vivia na periferia de São Paulo, com limitados recursos sociais. Dessa forma, a maioria das entrevistadas eram brancas e oriundas da classe média. Estas questões não podem ser ignoradas e acredito que possam ser levadas em conta em futuras pesquisas sobre a temática. Afinal, é importante considerar as especificidades de cada região brasileira, além das especificidades em relação à raça e classe social.

Trabalhar com a maternidade lésbica foi algo bastante desafiador. Uma jornada interessante que me possibilitou conhecer mais sobre estas mulheres que desafiam todos os discursos normativos em prol de um sonho: ter filhos. Acredito que elas estão ganhando cada vez mais espaço, margeando as situações sociais que lhes são impostas e se fazendo conhecer no Brasil e no mundo. Desta forma, fico muito feliz em ter contribuído com um tema tão novo para a área da saúde.

7 REFERÊNCIAS

- ALMACK, K. What's in a name? The significance of the choice of surnames given to children born within lesbian-parent families. **Sexualities**, v.8, n.2, p.239-254, 2005.
- AVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800027&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 Nov. 2008.
- ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. 2 ed. Zahar Editores. Rio de Janeiro. 1978.
- BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro; Fiocruz; 2009. 118 p. (Coleção Temas em saúde).
- BARBOSA, P. Z.; ROCHA-COUTINHO, M. L. Maternidade: novas possibilidades, antigas visões. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 19, n.1; p.163-185, 2007.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Rio de Janeiro: Edições 70, 1991.
- BEN-ARI, A.; LIVNI, T. Motherhood Is Not a Given Thing: Experiences and Constructed Meanings of Biological and Nonbiological Lesbian Mother. **Sex Roles**, v.54, n.7-8, p.521-531, 2006.
- BERGEN, K. M; SUTER, E. A.; e DAAS, K. L. "About as Solid as a Fish Net": Symbolic Construction of a Legitimate Parental Identity for

Nonbiological Lesbian Mothers. **Journal of Family Communication**, v.6, n.3, p.201-220, 2006.

- BOS, H. M. W.; VAN BALEN, F.; VAN DEN BOOM, D. C. Planned lesbian families: Their desire and motivation to have children. **Human Reproduction**, v. 18, p. 2216–2224, 2003.

- BRASIL, Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Dispõe sobre planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 jan. 1996. p. 561.

- BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. **Brasil Sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual**. Brasília : Ministério, 2004a.

- BRASIL, Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004b.

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Chegou a hora de cuidar da saúde**. Brasília, Ministério. 2006.

- BRASIL. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Pesquisa de opinião pública – Mulheres que fazem sexo com mulheres**, 2002.

- BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES. **Compromissos do governo brasileiro com a plataforma da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento: rumos para Cairo+20**. Organizadoras: Wilza Vieira Villela e Elizabeth Saar. Brasília: Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2010.

- BRASIL. Projeto de lei nº 1.151 de 1995. Dispõe sobre a união civil entre pessoas do mesmo sexo e dá outras providências. Projetos de Leis e

Outras Proposições. **Câmara dos Deputados**, Brasília, DF, 26 out. 1995. Disponível em:

<<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=16329>>.iplina a união civil entre pessoas do mesmo sexo e dá outras providências.

- BROWN, K. Family values. **Deneuve**, v.2, n.6, p.24–29/55–57, 1992.
- BUTLER, J. Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity. New York: Routledge, 1990.
- CASTELLS, M. **O Poder da Identidade**. Vol. 2 de A Era da Informação: Economia, Sociedade e Cultura. São Paulo: Paz e Terra; 2010.
- CHABOT, J.M.; AMES, B.D. “It wasn’t ‘let’s get pregnant and go do it’.” Decision making in lesbian couples planning motherhood via donor insemination. **Family Relations**, v.53, n.4, p.348-356, 2004.
- CHOR, D.; GRIEP, R. H.; LOPES, C. S.; FAERSTEIN, E. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. **Cadernos de Saúde Pública**, vol.17, n.4, p. 887-896, 2001.
- CLARKE, V. From outsiders to motherhood to reinventing the family: Constructions of lesbian parenting in the psychological literature — 1886–2006. **Women’s Studies International Forum**, v.31, n.2, p.118-128, 2008.
- CLARKE, V.; KITZINGER, C. 'We're not Living on Planet Lesbian': Constructions of male role models in debates about lesbian families. **Sexualities**, v.8, n.2, p.137-152, 2005.
- COELHO, L. M. A Representação Social da Homossexualidade Feminina nos Ginecologistas do Ponto de Vista das Mulheres Lésbicas e Bissexuais. **Revista Tesseract**, n. 4, maio 2001. Disponível em: <<http://www.tesseract.psc.br/textoleilacoelho.htm>>.

- COLL-PLANAS, G. **La voluntad y el deseo: la construcción social del género y la sexualidade: el caso de lesbianas, gays y trans.** Barcelona: Editorial Egales, 2010.
- CONGRESSO DA ABGLT. **Resoluções do I Congresso da ABGLT: avanços e perspectivas** – Curitiba: Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Transgêneros, 2006.
- CORRÊA, M. Nova tecnologias reprodutivas: bem-vindas reflexões feminina, ética e psicanalítica. **Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.126-137, 1998.
- CORRÊA, M. V. **Novas tecnologias reprodutivas: limites da biologia ou biologia sem limites?** Rio de Janeiro; EdUERJ, 2001.
- CORREA, S. Cruzando a linha vermelha: questões não resolvidas no debate sobre direitos sexuais. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 12, n. 26, p. 101-121, jul./dez. 2006.
- CORREA, S.; JANNUZZI, P.M; ALVES, J.E.D. **Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores.** UNFPA – BRASIL, ABEP e IBGE. 2003.
- CORREIA, M.J. Sobre a maternidade. **Análise Psicológica**, v. 3, n. XVI, p. 365-371, 1998.
- DALTON, S.E.; BIELBY, D.D. “That’s our kind of constellation”: Lesbian mothers negotiate institutionalized understandings of gender within the family. **Gender & Society** , v. 14, n. 1, p. 36-61, 2000.
- DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. **Handbook of qualitative research.** 2ed. Thousand Oaks, CA: SAGE. 2000.
- DANILIAUSKAS, M. **De “temas polêmicos” a “sujeitos de direitos”:** **LGBT nas políticas públicas de direitos humanos e de educação**

(Brasil, 1996-2010). In: Seminário internacional Fazendo Gênero 9: diásporas, diversidades, deslocamentos. Florianópolis. Anais...: Fazendo Gênero. 2010.

- DI LUCCIO, F.; NICOLACI-DA-COSTA, A.M. Blogs: de diários pessoais a comunidades virtuais de escritores/leitores. **Psicologia Ciência & Profissão**, v.30, n.1, p. 132-145, 2010.
- DÍAZ, M.; CABRAL, F.; SANTOS, L. Os direitos sexuais e reprodutivos. In: RIBEIRO, C.; CAMPUS, M.T.A. (ed.). **Afinal, que paz queremos?** Lavras: Editora UFLA, 2004. p 45-70
- DONOVAN, C. It's not really seen as an issue, you know, lesbian infertility it's kind of 'what's that?': Lesbians' unsuccessful experiences of medicalised donor insemination. **Medical Sociology Online**, v.3,n.1,p.15–24, 2008.
- DOURADO V.G.; PELLOSO S.M. Gravidez de alto risco: o desejo ea programação de uma gestação. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.20, n.1, p.69-74, 2007.
- DUNNE, G.A. Opting into motherhood: Lesbians blurring the boundaries and transforming the meaning of parenthood and kinship. **Gender and Society**, v. 14, p. 11–35, 2000.
- EUGÊNIO, F. De pais, mães e filhos: discursos e reivindicações da homoparentalidade. GT Homossexualidades, Política e Direitos. In: **Reunião de Antropologia do Mercosul**, 5., 2003, Florianópolis. Comunicação oral.
- FACCHINI R., BARBOSA R.M. **Dossiê saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade**. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde; 2006.
- FONSECA, C. De afinidades a coalizões: uma reflexão sobre a transpolinização entre gênero e parentesco em décadas recentes da

antropologia. **Ilha: Revista de Antropologia**, Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 5-32, 2003.

- FONSECA, L.L.; HOSSNE, W.S.; BARCHIFONTAINE, C.P. Doação compartilhada de óvulos: opinião de pacientes em tratamento para infertilidade. **Revista Bioethikos**, Centro Universitário São Camilo, v.3, n.2, p.235-240, 2009.

- FOUCAULT, M. **A história da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988/2009.

- FRAZÃO, A.G. A fertilização in vitro: uma nova problemática jurídica. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 4, n. 2, jun. 2000. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=1850>>.

- FREIJO, E.A.; DELGADO, A.O.; MARTÍN, J.L.; OLIVA, A.A.P. Análisis de los Problemas y Necesidades Educativas de las Nuevas Estructuras Familiares. **Intervención Psicosocial**, Madrid, v.19, n.3, p. 243-251, 2010.

- GABB, J. Imag(in)ing the queer lesbian family. **Journal of the Association for Research on Mothering**, v.1, n.2, p. 9-20, 2006.

- GABB, J. Lesbian M/Otherhood: strategies of familial-linguistic management in lesbian parent families. **Sociology**, v.39, n.4, p.585-603, 2005.

- GABB, J. Locating lesbian parent families: everyday negotiations of lesbian motherhood in Britain. **Gender, Place & Culture**, v.12, n.4, p.419-432, 2005.

- GALVÃO, L. Saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna: evolução dos conceitos no mundo e no Brasil. In: GALVÃO, L. DIAZ, J. **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. Editora Hucitec. São Paulo, 1999.

- GARBIN, E.M. Cultur@s juvenis, identid@des e internet: questões atuais. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v. 23, p.119-135, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782003000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 mar. 2011. doi: 10.1590/S1413-24782003000200009.
- GIDDENS, A. **A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas**. São Paulo: Editora da UNESP, 1992.
- GONZÁLEZ, M.D.M.; LÓPEZ, F. ¿QUÉ HEMOS APRENDIDO DE LAS FAMILIAS HOMOPARENTALES EN ESPAÑA? In: III Conférence Internationale sur l'Homoparentalité, Paris, 2005. **Actas...** Paris, 2005.p.1-22.
- GRANADO, L. Mitos sobre a relação entre mulheres e a transmissão de DST/HIV. **Ousar viver**, São Paulo, ano 4, n. 6, jan. 1998. Distribuído encartado no periódico - Um Outro Olhar. São Paulo: Rede de Informação Um Outro Olhar, ano 12, n. 27, jan./abr. 1998.
- GROSSI, M. P. Gênero e parentesco: famílias gays e lésbicas no Brasil. **Cadernos Pagu**, n. 21, p. 261-280, 2003.
- GROSSI, M.; PORTO, R.; TAMANINI, M. **Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: questões e desafios**. Brasília: Letras Livres, 2003.
- HADLEY, E.; STUART, J. The expression of parental identifications in lesbian mothers'work and family arrangements. **Psychoanalytic Psychology**, v. 26, n.1, p.42-68, 2009.
- HAGUETTE, T.M.F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 1990.

- HAIMES, E.; WEINER, K. "Everybody's got a dad...": Issues for lesbian families in the management of donor insemination. **Sociology of Health & Illness**, v. 22, n.4, p.477-499, 2000.
- ISLAS, S.E. **Madres Lesbianas: una mirada a las maternidades y familias lésbicas em México**. Madrid: Editorial Egales, 2007.
- ISRAEL, B.A.; CHECKOWAY, B.; SCHULZ, A.; ZIMMERMAN, M. Health education and community empowerment: conceptualizing and measuring perceptions of individual, organizational, and community control. **Health Education & Behavior**, v.21, n.2, p.149-170, 1994.
- ISTAR LEV, A. How Queer! – The development of gender identity and sexual orientation in LGBTQ-headed families. **Family Process**, v. 49, p. 268-290, 2010.
- JONES, C. Looking like a family: negotiating bio-genetic continuity in british lesbian families using licensed donor insemination. **Sexualities**, v.8, n.2, p.221-237, 2005.
- JUSSANI, N. C.; SERAFIM, D.; MARCON, S. S. Rede social durante a expansão da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.60, n.2, p. 184-189, 2007.
- KOMESU, F.C. Espaços e fronteiras da "liberdade de expressão" em blogs na internet. **Trabalhos em Linguística Aplicada**, Campinas, v.49, n.2, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-18132010000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 28 mar. 2011. doi: 10.1590/S0103-18132010000200003.
- KRANZ, K.C.; DANILUK, J.C. Living Outside of the Box: lesbian couples with children conceived through the use of anonymous donor insemination. **Journal of Feminist Family Therapy**, v.18, n.1-2, p.1-33, 2006.

- KUSUMOTA, L.; RODRIGUES, R.A.P.; MARQUES, S. Idosos com insuficiência renal crônica: alterações do estado de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.12, n.3, p. 525-532, May/Jun., 2004.
- LIBSON, M.C. Parentalidades gays y lesbianas: una mirada sobre la discriminación y la exclusión, [informe na internet] 2010. Disponível em: <http://www.tvgrafias.com/noticias_detalle.php?cat=17&articulo=405>.
- LIONÇO, T. Que Direito à Saúde para a População GLBT? Considerando Direitos Humanos, Sexuais e Reprodutivos em Busca da Integralidade e da Equidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, june 2008 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Nov. 2008.
- LOURO, G.L.(Ed.) **O Corpo Educado - pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte: Ed. Autêntica, 2001.
- LUNA, N. Novas Tecnologias Reprodutivas: natureza e cultura em Redefinição. **Campos - Revista de Antropologia Social**, América do Sul, v. 5, n. 2, p.127-156, 2004.
- LUNA, N. **Provetas e Clones: uma antropologia das novas tecnologias reprodutivas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.
- MARINA, S.; MARINA, D.; MARINA, F.; FOSAS, N.; GALIANA, N.; JOVÉ, I. Sharing motherhood: biological lesbian co-mothers, a new IVF indication. **Human Reproduction**, v. 25, n.4, p.938-941, 2010.
- MARTELETO, R. M. Análise de redes sociais – aplicação nos estudos de transferência da informação. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 71-81, jan./abr. 2001.

- MATTAR, L.D. Reconhecimento jurídico dos direitos sexuais – uma análise comparativa com os direitos reprodutivos. **Revista Internacional de Direitos Humanos**, ano 5, n. 8, jun 2008.
- MEIHY, J.C.S.B. **Manual de história oral**. 2ª ed., São Paulo: Loyola, 2002.
- MELLO, L. **Novas Famílias: conjugalidade homossexual no Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- MENEGOLO, E.D.C.W.; CARDOSO, C.J.; MENEGOLO, L.W. O uso da história oral como instrumento de pesquisa sobre o ensino da produção textual. **Ciência & Cognição**, v.9, n. 3, 2006. Disponível em: <<http://www.cienciasecognicao.org>. Acesso em: 24/11/2008.
- MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª Ed. São Paulo: HUCITEC. 2004.
- MINISTERIO DA SAUDE. Departamento de Apoio à Gestão Participativa, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Health of gay, lesbian, bisexual, transgender and transsexual population. **Revista de Saúde Pública** [online]. 2008, v. 42, n. 3 [cited 2008-11-24], pp. 570-573. Available from: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000300027&lng=en&nrm=iso >
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2004. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
- MINOT, L.A. Concebir la mater/paternidade: ser madres, ser padres e los derechos de las personas lesbianas, gays, bissexuales, transgéneros, sus hijos e hijas. Informe de la Comisión Internacional de los Derechos Humanos para Gays y Lesbianas, 2000.

- MOREIRA, V. O método fenomenológico de Merleau-Ponty como ferramenta crítica na pesquisa em psicopatologia. **Psicologia Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 17, n. 3, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722004000300016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 Nov 2008.
- OSWALD, R. F. Resilience within the family networks of lesbians and gay men: Intentionality and redefinition. **Journal of Marriage and Family**, v. 64, p. 374–383, 2002.
- PADAVIC, I.; BUTTERFIELD, J. Mothers, Fathers, and “Mathers”: negotiating a lesbian co-parental identity. **Gender & Society**, v. 25, n. 2, p.176-196, 2011.
- PASSOS, M.C. Homoparentalidade: uma entre outras formas de ser família. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 17, n.2, p.31-40, 2005.
- PELKA S. Sharing motherhood: maternal jealousy among lesbian co-mothers. **Journal of Homosexuality**, v. 56, p. 195-217, 2009.
- PINTO, V. M. **Aspectos epidemiológicos das doenças sexualmente transmissíveis em mulheres que fazem sexo com mulheres**. 2004. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.
- PIOVESAN, F. Os Direitos Humanos da Mulher na Ordem Internacional. In: PIOVESAN, F. **Temas de Direitos Humanos**. 2ª ed., São Paulo: Max Limonad, 2003, p. 205-206.
- PLUMMER, K. La cuadratura de la ciudadanía íntima. Algunas propuestas preliminares. In: OSBORNE, R.; GUASCH, O. (orgs.) **Sociología de la Sexualidade**. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 2003.
- POLIT, D.F., HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**. 3ª ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995.

- POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- PRIMO, A. Os blogs não são diários pessoais online: matriz para a tipificação da blogosfera. **Revista FAMECOS**, n. 36, p.122-128, 2008. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistafamecos/article/viewFile/4425/3325>>. Acesso em: 20 mar. 2011.
- QUIVY, R., CAMPENHOUDT, L. **Manual de investigação em Ciências Sociais**. Lisboa: Gradiva, 2003.
- REIMANN, R. Does biology matter?: Lesbian Couples' Transition to Parenthood and Their Division of Labor. **Qualitative Sociology**, v.20, n.2, p.153-185, 1997.
- RIOS, R. R. Direitos sexuais de gays. Lésbicas e transgêneros no contexto latino-americano. **Centro Latino-americano em Sexualidade e Direitos Humanos**. 2007. Disponível em: <http://www.clam.org.br/pdf/rogerport.pdf>. Acesso em: 10 de nov. 2008.
- RIOS, R. R. Para um Direito Democrático da Sexualidade. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 12, n. 26, p. 71-100, jul./dez. 2006.
- RODRIGUEZ, B.C.; PAIVA, M.L.S.C. Um estudo sobre o exercício da parentalidade em contexto homoparental. **Vínculo**, São Paulo, v. 6, n. 1, p.13-25, 2009.
- RODWELL, C.M. An analysis of the concept of empowerment. **Journal of Advanced Nursing**, v. 23, p. 305-313, 1996.
- ROUDINESCO, E. **A família em desordem**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

- ROWLANDS, I.; LEE, C. Choosing to have children or choosing to be childfree: Australian students' attitudes towards the decisions of heterosexual and lesbian women. **Australian Psychologist**, v.41, n.1, p.55-59, 2006.
- SANTOS, C. **A Parentalidade em famílias homossexuais com filhos: um estudo fenomenológico da vivência de gays e lésbicas**. 2004. Tese (Doutorado em Ciências). Faculdade de filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- SCAVONE, L. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. **Cadernos Pagu**, v. 16; p. 137-150, 2001b.
- SCAVONE, L. Motherhood: transformation in the family and in gender relations. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.5, n.8, p.47-60, 2001a.
- SCHWARZ, P. Viejas asechanzas de la maternidad en nuevos escenarios: Un estudio en mujeres jóvenes de clase media de la Ciudad de Buenos Aires. **Mora**, Buenos Aires, v.14, n.2, p. 101-113, 2008.
- SHORT, L. Lesbian mothers living well in the context of heterosexism and discrimination: resources, strategies and legislative change. **Feminism & Psychology**, v.17, n.1, p.57-74, 2007.
- SILVA, L.A.V. Cybersexuality and online research: some reflections about the concept of barebacking. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.14, n.34, p.513-27, jul./set. 2010.
- SOARES, G.S. Experiências reprodutivas e desejos de maternidade em lésbicas e bissexuais. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO 9: DIÁSPORAS, DIVERSIDADE, DESLOCAMENTOS. 2010, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: Fazendo Gênero, 2010. v.9, p.1-8.
- SOUSA, E. **Necessidade de filhos: maternidade, família e (homo)sexualidade**. 2005. Tese (Doutorado em Ciências Sociais)–Instituto

de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

- SOUZA, E. R. Maternidade lésbica e novas tecnologias reprodutivas. In: FERREIRA, V.; ÁVILA, M. B.; PORTELLA, A. P. (Org.). **Feminismo e novas tecnologias reprodutivas**. Recife: SOS Corpo, 2007. p. 135-162.
- SUTER, E.A.; DAAS, K.L.; BERGEN, K.M. Negotiating lesbian family identity via symbols and rituals. **Journal of Family Issues**, v.29, n. 1, p. 26-47, 2008.
- SVAB, A. New ways of parenting: fatherhood and parenthood in lesbian families. **Revija za sociologiju**, v. 38, n.1-2, p.43-55, 2007.
- THOMPSON, P. **A voz do passado: história oral**. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 1992.
- TOURONI, E.; COYLE, A. Decision-making in planned lesbian parenting: an interpretative phenomenological analysis. **Journal of Community & Applied Social Psychology**, v.12, n.3, p.194-209, 2002.
- TUBERT, S. **Mulheres sem sombra: maternidade e novas tecnologias reprodutivas**. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos, 1996.
- UZIEL A.P. et al. Parentalidade e conjugalidade: aparições no movimento homossexual. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 12, n. 26, p. 203-227, jul./dez. 2006.
- UZIEL, A. P. **Família e homossexualidade: velhas questões, novos problemas**. 2002. Tese (Doutorado em Ciências Sociais)–IFCH, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- VALLA V.V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, supl. 2, p.7-14, 1999.

- VAN DAM, M.A.A. Mothers in two types of lesbian families: stigma experiences, supports, and burdens. **Journal of Family Nursing**, v. 10, n.4, p. 450-484, 2004.
- VARGAS, E.P.; MOÁS, L.C. Discursos normativos sobre o desejo de ter filhos. **Revista de Saúde Pública**, v.44, n.4, p.758-762, 2010.
- VÉLEZ-PELLIGRINI, L. **Minorías sexuales y sociología de la diferencia: gays, lesbianas y transexuales ante el debate identitario**. España: Montesinos Ensayo, 2008.
- VIÑUALES, O. **Identidades lésbicas: discursos y prácticas**. Barcelona: Edicions Bellaterra, 2006.
- VIÑUALES, O. **Modelos de Familia del Siglo XXI**. Foro europeo sobre el derecho al matrimonio y la adopción. Federació d'Associacions Coordinadora Gai-Lesbiana, 2002.
- WESTON, K. **Las familias que elegimos: lesbianas, gays y parentesco**. Barcelona: Edicions Bellaterra, 2003.
- ZAMBRANO, E. Parentalidades “impensáveis”: pais/mães homossexuais, travestis e transexuais. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 12, n. 26, p. 123-147, jul./dez. 2006.

APÊNDICE 1 - ROTEIRO DE ENTREVISTA

1 - *Dados pessoais*

Nome, idade, naturalidade, origem social, escolaridade (se tiver curso superior, qual), profissão, ocupação, religião, renda.

2 – *Família*

Concepções de família e casamento

3 – *Relacionamento atual*

Idade, lugar em que se conheceram, tempo da relação, dados da parceira, filhos, motivo da coabitação ou não com a companheira, relação com amigos e parentes de cada um, atividades compartilhadas e atividades não-compartilhadas.

4 – *Maternidade*

O significado da maternidade. Como elas experienciam, como indivíduo, como casal e com a sociedade a decisão de ter filhos(as) juntas. Sobre a busca de métodos para engravidar.

APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada **“Duas mães? Mulheres lésbicas e maternidade”**, cujos objetivos são:

- Descrever as trajetórias de vida de mulheres lésbicas em busca da maternidade
- Interpretar significados atribuídos à maternidade por mulheres que se relacionam afetivamente com outras mulheres
- Compreender como mulheres vivenciam a maternidade em um relacionamento homo-afetivo

Para participar é necessário que você leia este documento com atenção, uma vez que pode conter palavras que você não entenda, e que cabe a mim elucidar. Ressalto que sua decisão em participar deste estudo é voluntária e você não será pago por sua participação, assim como não terá nenhum custo. Assim sendo, caso decida participar, deverá assinar esse termo de consentimento. Contudo, poderá se retirar do estudo a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

A investigadora responsável pela pesquisa irá coletar informações fornecidas por você, através de entrevista gravada com a utilização de aparelho digital. Em todos esses registros um código substituirá seu nome. Todos os dados coletados serão mantidos de forma confidencial. Sua identidade não será revelada em qualquer circunstância e sua participação não envolverá desconforto ou riscos.

III

Os discursos coletados serão usados para a avaliação da pesquisa e poderão ser revisados por membros do Comitê de Ética. Os dados também podem ser usados em publicações científicas pela pesquisadora sobre o assunto pesquisado.

Estarão garantidas todas as informações que você queira acerca da investigação, antes, durante e depois da pesquisa e se você tiver alguma dúvida, deve contatar a pesquisadora Maria Eduarda Corrêa pelo telefone: (11) 3061-7773 ou por e-mail ecavadinha@gmail.com. Caso você se sinta prejudicado em algum momento da pesquisa, o Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública estará disponível através dos telefones (11) 3061-7779/ 7742, do e-mail: coep@fsp.usp.br e endereço Av. Dr. Arnaldo, 715 – Assessoria Acadêmica.

Eu, _____ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão me acarrete problemas. Eu entendi que não haverá problema com relação à pesquisa e que a mesma não acarretará custos ou danos para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Assinatura do colaborador

Data ____/____/____

Assinatura do pesquisador

Data ____/____/____

ANEXO I – APROVAÇÃO DO COEP/FSP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP/FSP

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

OF.COEP/130/09

PROTOCOLO 1913

PROJETO DE PESQUISA DUAS MÃES? MULHERES LÉSBICAS E MATERNIDADE

PESQUISADOR(A) Maria Eduarda Cavadinha Corrêa

ÁREA TEMÁTICA Grupo III

São Paulo, 24 Abril de 2009.

Prezado(a) Pesquisador(a)

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – COEP analisou, em sua 3.ª/09 Sessão Ordinária, realizada em 17/04/2009, de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS e suas complementares, o protocolo de pesquisa acima intitulado e o considera **APROVADO**.

Cabe lembrar que conforme Resolução CN/196/96, são deveres do (a) pesquisador (a):

1. Comunicar, de imediato, qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), para dar continuidade à pesquisa;
2. Manter sob sua guarda e em local seguro, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP, no caso eventual auditoria;
3. Comunicar, formalmente a este Comitê, quando do encerramento deste projeto;
4. Elaborar e apresentar relatórios parciais e finais;
5. Justificar, perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Cláudio Leone
Professor Associado

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - COEP

Ilm.ª Sr.ª
Prof.ª Dr.ª Neia Schor
Departamento de Saúde Materno-Infantil
Faculdade de Saúde Pública

ANEXO II – FOLHA DE ROSTO DO LATTES

Maria Eduarda Cavadinha Corrêa

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade de Pernambuco (2005). Concluiu o Mestrado em Enfermagem, área de concentração: Prática Profissional, pela Universidade Federal do Paraná - UFPR, com ênfase em Corporeidade e Sexualidade (2008). No momento, é aluna regularmente matriculada no curso de Doutorado da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), na área de concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade. Linha de pesquisa: Saúde Reprodutiva, Gênero, Sexualidade e Sociedade.
(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 05/12/2011

Endereço para acessar este CV:
<http://lattes.cnpq.br/0004414129457793>

[Rede de Colaboração](#)

[Diretório de grupos de pesquisa](#)

[SciELO - artigos em texto completo](#)

Dados pessoais

Nome Maria Eduarda Cavadinha Corrêa

Nome em citações bibliográficas CORRÊA, M. E. C.

Neia Schor

possui graduação em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (1972), mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1978) e doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1985). Atualmente é professor titular da Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: adolescência, saúde reprodutiva, anticoncepção, aborto e gênero.
(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 10/01/2012

Endereço para acessar este CV:
<http://lattes.cnpq.br/6165875000902993>

[Rede de Colaboração](#)

[Diretório de grupos de pesquisa](#)

[SciELO - artigos em texto completo](#)

Dados pessoais

Nome Neia Schor

Nome em citações bibliográficas SCHOR, N.

Sexo Feminino

Endereço profissional Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno-Infantil.
Av. Dr. Arnaldo, 715 Sala 218
CERQUEIRA CÉSAR
01246904 - São Paulo, SP - Brasil
Telefone: (11) 30667773 Fax: (11) 38530240
URL da Homepage: www.fsp.usp.br