UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

PAULA GALDINO CARDIN DE CARVALHO

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

São Paulo
2018

PAULA GALDINO CARDIN DE CARVALHO

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

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

Área de concentração: Saúde, Ciclos de vida e Sociedade.
Orientadora: Profª. Drª. Carmen Simone Grilo Diniz
Co-orientadora: Profª. Drª. Cristiane da Silva Cabral

São Paulo
2018

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

AGRADECIMENTOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RESUMO

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

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

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

ABSTRACT

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

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

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

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO..... 10
1.1 HOMOPARENTALIDADE FEMININA..... 10
1.1.1. Avanços e limites em direitos LGBT no Brasil 13
1.2 ASSISTÊNCIA AO PARTO COMO PROBLEMA SOCIAL NO BRASIL..... 16
1.3.1 Contextualização da assistência ao parto no Brasil..... 19
1.3 ASSISTÊNCIA AO PERÍODO GRAVÍDICO-PUERPERAL PRESTADO A MULHERES EM UMA RELAÇÃO HOMOAFETIVA..... 22
2 CONSIDERAÇÕES FINAIS……..... 25
REFERÊNCIAS……..... 30

1 INTRODUÇÃO

1.1 HOMOPARENTALIDADE FEMININA

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

A experiência social da homoparentalidade desafia a heteronormatividade implícita no domínio da família e do parentesco, e traz implicações em questões jurídicas, sociais, tecnológicas e econômicas (GROSSI, 2013) e também de saúde (SOUZA, 2014). O termo heteronormatividade (WARNER, 1991) remete ao poder de ratificar, na cultura, a compreensão de que a “norma” e o “normal” são as relações afetivo-sexuais existentes entre um homem e uma mulher (PETRY & MEYER, 2011). A questão do poder ligado à heterossexualidade está cotidianamente presente nas relações sociais (SOUZA, 2014) e a heteronormatividade pode ensejar práticas discriminatórias, como a homofobia (LIONÇO, 2008). Em um artigo de revisão de quarenta e quatro estudos empíricos sobre famílias lésbicas[1], publicados entre 1978 e 2003, BOS, VAN BALEN & VAN DEN BOOM (2005) enfatizam que as famílias lésbicas e heterossexuais são muito parecidas com relação ao desenvolvimento das crianças e funcionamento dos pais; no entanto, o estigma da homossexualidade pode afetar a situação da família de lésbicas.

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

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

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

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

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

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

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

Segundo VARGAS & MOAS:

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

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

Diferentes termos aparecem nos estudos para se referir as parceiras que não estão grávidas: “non biological mother” ou mãe não-biológica (CORREA, 2012; O'NEILL, HAMER & DIXON, 2013; WOJNAR & KATZENMEYER, 2014), “co-parent” ou co-genitor (WILTON & KAUFMANN, 2001), “co-mother”/ co-mãe, ou numa tradução mais tradicional brasileira, comadre (DAHL et al, 2013; CHERGUIT et al., 2013), “social mother” ou mãe social (CORREA, 2012; CROUCH et al., 2013) e “segunda mãe” (SILVA, 2013). Esses termos podem ter significações diversas para diferentes casais (MCMANUS, HUNTER & RENN, 2006). Por exemplo, se um casal utilizar a técnica ROPA para conceber, uma parceira fornecerá os óvulos, que serão inseminados com o esperma de um doador anônimo, e a outra receberá os embriões (CORREA, 2012). Neste caso, seria questionável nomear qualquer uma delas como "mãe não-biológica”. A opção deste trabalho foi se referir a estas mulheres como parceira que engravidou e parceira que não engravidou.

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

Segundo MELLO:

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

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

1.1.1 Avanços e limites em direitos LGBT no Brasil

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

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

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

Em 2010, o Ministério da Saúde apresentou a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT para ser implementada no Sistema Único de Saúde (SUS), aumentando a equidade e o respeito nos atendimentos. O objetivo geral é promover a saúde integral dessa população, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, contribuindo para a redução das desigualdades e para a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equânime. Alguns dos objetivos específicos incluem: garantir os direitos sexuais[2] e direitos reprodutivos[3] para LGBT no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2010).

---

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

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

Em 2011, foi declarado pelo Supremo Tribunal Federal (STF) o reconhecimento do casamento entre pessoas do mesmo sexo como entidade familiar, por analogia à união estável. Em 2013, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) aprovou uma resolução que obrigou todos os cartórios do país a celebrar estes casamentos. O censo de 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), identificou 60 mil casais homoafetivos no país[4], a maioria formada por casais de mulheres (53%) (IBGE, 2010). Desde a resolução do CNJ, estima-se que foram realizados cerca de 19.522 casamentos entre pessoas do mesmo sexo até o ano de 2015 (IBGE, 2016).

Em 2013, o Conselho Federal de Medicina (CFM) autorizou de forma explícita casais homoafetivos a usarem técnicas de reprodução assistida (CFM, 2013). Versões anteriores não proibiam o procedimento mas deixavam lacunas para interpretações diferentes pelos profissionais de saúde. A resolução seguinte, em 2015, permitiu que as mulheres em um relacionamento homoafetivo utilizassem o procedimento ROPA (CFM, 2015). Já a respeito dos registros de nascimento, em 2016, a Corregedoria Nacional de Justiça publicou o Provimento Nº 52[5] que regulamenta a emissão de certidão de nascimento de crianças geradas por diversas técnicas de reprodução assistida, incluindo adequação do documento para certidão dos filhos de casais homoafetivos. Em 2017, o provimento Nº 63 da CNJ[6] fez alterações nas regras de registro de nascimento. Entre elas, incluiu que certidões de nascimento não terão quadros pré-estabelecidos para preenchimento dos genitores, dando a possibilidade de dois pais, duas mães e até de uma filiação entre três pessoas serem formalmente reconhecidas.

Apesar do progresso em leis e políticas públicas no Brasil relacionadas aos direitos LGBT apresentados, ainda emergem iniciativas governamentais que questionam a legitimidade das relações afetivo-sexuais entre pessoas do mesmo sexo e outras constituições familiares. O Projeto de Lei 6583/2013[7], por exemplo,

---

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

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

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

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

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

As Organização das Nações Unidas (ONU) no Brasil declarou em nota[8] sua preocupação com a tramitação dessa proposta legislativa, especialmente no que se refere ao conceito de família ali expresso. Ressaltou também a importância de assegurar arranjos familiares formados além de casais heteroafetivos (unipessoal, casal com filhos, casal sem filhos, mulher/homem sem cônjuge e com filhos, casais homoafetivos com ou sem filhos) sejam igualmente protegidos como parte dos esforços para eliminar a discriminação. Negar a existência destas composições familiares diversas representa uma involução legislativa.

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

1.2 ASSISTÊNCIA AO PARTO COMO PROBLEMA SOCIAL NO BRASIL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2.1 Contextualização da assistência ao parto no Brasil

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

efeitos e/ou dificuldades na assistência à saúde que estas mulheres podem receber, sendo a orientação sexual um elemento a mais que pode interferir nessa assistência. Assim, pretende-se descrever e analisar as características da assistência à saúde recebida durante o período de concepção, gravidez, parto e pós-parto, a partir da experiência relatada por mulheres em uma relação homoafetiva[9]. Cabe a este trabalho captar quais são os elementos da homossexualidade e não apenas o padrão de assistência, com vistas a demonstrar as especificidades existentes durante esse período de suas vidas. Diante da atualidade e da relevância político-social do tema, bem como da necessidade da ampliação de estudos em âmbito nacional que tratem dessa temática, este trabalho busca dar visibilidade às demandas de parentalidade de casais homoafetivos, no intuito de contribuir para a qualificação do atendimento durante a concepção, pré-natal, do parto e pós-parto prestado a estas mulheres.

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

2 CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

O crescente conservadorismo político e a diminuição de investimento na saúde pública são fatores que afetam diretamente a saúde sexual e reprodutiva das mulheres, além de representar possibilidade real de perda de direitos. O governo atual aprovou recentemente a proposta de alteração à Constituição 55/2016[10], que limita o aumento das despesas públicas às variações da inflação. Com esta legislação, provavelmente serão feitos menos investimentos na área da saúde, levando a um declínio dos serviços oferecidos pelo SUS e à privatização do sistema de saúde pública. Os investimentos financeiros restritos alocados no sistema de saúde pública são um dos principais desafios que o SUS enfrenta na consecução de seus princípios. A presença de estudos acadêmicos como este, a discussão sobre a assistência ao parto em diversos contextos familiares na formação de profissionais de saúde e de gestores, a implementação de políticas públicas que primam pela defesa de direitos sociais são alguns dos aspectos que contribuem para o desenvolvimento de um sistema de saúde que seja realmente universal, integral e equânime.

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

REFERÊNCIAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MCMANUS, A. J., HUNTER, L. P., & RENN, H. Lesbian experiences and needs during childbirth: guidance for health care providers. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing : JOGNN / NAACOG, 35(1), 13–23, 2004.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

POUPART, J. A entrevista de tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas. In: POUPART, J et al., (org). A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes, 2012.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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