

“A pulseirinha do papai”: heteronormatividade na assistência à saúde materna prestada a casais de mulheres em São Paulo

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

Introdução

Existe uma escassez de estudos em âmbito nacional com ênfase na assistência à saúde durante o período da gravidez até o pós-parto, prestada a casais de mulheres. A Pesquisa Nacer no Brasil foi um estudo multicêntrico, de base hospitalar realizado em 2011-2012, e incluiu 23.940 puérperas em todo o país. Seus resultados abrangem questões relativas à atenção ao pré-natal, parto e pós-parto e mostram a alta incidência de cesarianas (52%) e predominância de um modelo medicalizado de assistência entre gestantes com parto vaginal (Leal et al., 2014). Apesar da riqueza de informações do referido estudo, a orientação sexual das participantes não foi um aspecto contemplado.

Uma revisão da literatura de 1980 a 2004, considerando as experiências de mulheres lésbicas durante o parto em diferentes países, foi rea-

1 Paula Galdino Cardin de Carvalho (paulagaldino@gmail.com) Bióloga, doutora em Saúde Coletiva pela FSP/USP, pesquisadora do Núcleo de Pesquisa em Direitos Humanos e Saúde da População LGBT+ (NUDHES) e pós-doutoranda pela FCMSCSP.

2 Cristiane da Silva Cabral (cabralcs@usp.br) Psicóloga, doutora em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ, professora do Departamento Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade da FSP-USP, com dedicação integral à docência e à pesquisa.

3 Carmen Simone Grilo Diniz (sidiniz@usp.br), Médica, Pós-doutora em Saúde Materno-Infantil pelo Cemicamp e pelo King's College London, Women's Health Division. Professora titular do Departamento de Saúde e Sociedade da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP).

lizada por McManus et al. (2006). Este trabalho mostrou que um número crescente de lésbicas estão acessando serviços de saúde durante o período gravídico-puerperal (gravidez, parto e pós-parto), e suas experiências são afetadas pelas atitudes e ações dos profissionais de saúde. Este estudo aponta evidências de que os cuidados são melhores quando profissionais e instituições de saúde reconhecem e são sensíveis às necessidades específicas dessas mulheres.

Uma revisão integrativa realizada por Lúcio & 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, demonstrando a incipiência da temática. A revisão evidenciou a precariedade na qualidade da assistência dos profissionais da saúde com a presença de abordagens preconceituosas e discriminatórias, bem como apontou a necessidade de mais estudos nesta área.

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

Método

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

O objetivo foi compreender questões relativas à assistência à saúde recebida no período de concepção, pré-natal, parto e pós-parto. Os seguintes tópicos foram explorados nas entrevistas, utilizando um roteiro

semiestruturado: dados pessoais; relacionamento afetivo-sexual; processo de decisão reprodutiva; concepção; gravidez e pré-natal; parto; pós-parto; e amamentação. Também foi perguntado às participantes se elas escolheriam fazer algo diferente durante o processo.

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

Para seleção das participantes foi utilizada uma rede de contatos, com a divulgação de convites na Internet, redes sociais, indicação de pessoas conhecidas, entre outros. Priorizou-se a entrevista de casais para aceder a diferentes dimensões das experiências vividas das informantes, sobre como os profissionais de saúde reagem ao atenderem as mulheres que estão em diferentes posições em relação ao evento reprodutivo, ou seja, a que gesta e a que é a parceira. Os critérios de inclusão na pesquisa foram: mulheres cisgêneras que tiveram filhos biológicos durante uma relação homoafetiva, e que residiam na região metropolitana de São Paulo. Foram critérios de exclusão: mulheres que engravidaram sem ter uma parceira homoafetiva, e aquelas que optaram pela adoção.

As entrevistas foram registradas, transcritas e analisadas em três fases principais: pré-análise através da leitura flutuante das entrevistas; exploração do material em que as principais ideias foram identificadas (nesta fase, foram selecionados trechos significativos de discursos e foram construídas categorias temáticas); e a análise final com a articulação do corpus estruturado a uma base teórica (Bardin, 1993).

O projeto de pesquisa obedece à Resolução nº 466/2012 de Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisa com seres humanos, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública/USP (CAAE 44581015.1.0000.5421).

Resultados e discussão

As idades das participantes variaram de 27 a 43 anos, com uma média de 34 anos. Sete participantes se identificaram como lésbicas, e as demais utilizaram termos como homossexual, gay ou casal homoafetivo para referirem a si mesmas. Treze participantes se declararam como brancas, quatro como pardas, uma como negra e uma participante preferiu responder “multicolorida”. Com relação à escolaridade, dezoito tinham ensino superior completo e uma tinha ensino médio completo. Sete casais possuíam registro de união civil e todas as participantes tinham filhos com idade igual ou inferior a quatro anos no momento das entrevistas. Duas participantes tinham filhos mais velhos de uma relação heterossexual anterior. Os nomes dados às entrevistadas são fictícios para proteger suas identidades.

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

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

cinco dos dez casais entrevistados, ambas as mulheres amamentaram.

Apesar da maioria das participantes relatar uma boa percepção do atendimento durante a gravidez, parto e pós-parto, essas mulheres experimentaram diversas situações de discriminação e de violação de direitos quando em contato com instituições e profissionais de saúde. Diante desta constatação, as categorias de análise foram elaboradas a partir de como os aspectos heteronormativos estiveram presentes durante tais situações e se dividem em: (1) "Saindo do armário": revelando-se enquanto casal homoafetivo; (2) "Ninguém enxergava ela": a importância da inclusão da parceira que não está grávida; (3) "A Pulseirinha do papai": aspectos institucionais; (4) "Legalmente é complicado": a busca pela garantia de direitos.

"Saindo do armário": revelando-se enquanto casal homoafetivo

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

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

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

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

Ana relata que elas tinham a preocupação de fazer todas as consultas juntas para se protegerem da possibilidade de sofrerem algum tipo de discriminação, mas na única consulta que ela não pôde comparecer, sua companheira Gabriela foi constrangida. Durante uma consulta do pré-natal com um novo médico, este questionou se era mais interessante uma relação entre “duas meninas”, quis saber como o casal se conheceu e o que os pais dela achavam dessa relação. Na época optaram por não denunciar o ocorrido e, após esse episódio, trocaram de profissional imediatamente.

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

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

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

Nos momentos de vacinação das crianças, Jéssica disse que tinha “preguiça” de explicar a situação delas como casal, já que eram profissionais diferentes que as atendiam. Ela acabava concordando quando per-

guntavam se ela era "tia" da criança. Ou seja, é difícil o reconhecimento de que uma segunda mulher também possa ser a mãe da criança; cogita-se mais frequentemente que seja tia, irmã, entre outros. Outras perguntas constantemente feitas por profissionais de saúde foram: "quem é a mãe?", "quem é pai?"

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

A revelação da orientação sexual e de uma relação homoafetiva para os profissionais de saúde, em geral, é uma questão a ser enfrentada desde o acesso a cuidados ginecológicos. A literatura tem mostrado que mulheres que se relacionam com mulheres frequentam menos os serviços de saúde, e muitas evitam revelar sua orientação sexual em tais contextos (McManus et al., 2006; Facchini & Barbosa, 2006). Em estudo realizado no Reino Unido, foram relatados altos níveis de ansiedade sobre as implicações de se revelarem enquanto lésbicas para os profissionais de saúde, demonstrando o quanto essas questões podem afetar negativamente a qualidade do atendimento, podendo trazer desconforto, prestação inadequada de serviços e até mesmo hostilidade (Wilton & Kaufmann, 2001). Poder conversar abertamente com os profissionais de saúde é um fator importante para que casais homoafetivos recebam cuidado adequado (Larsson & Dykes, 2009).

"Ninguém enxergava ela": a importância da inclusão da parceira que não está grávida

"A médica sabia que eu era casada com uma mulher [...] acho que o atendimento é muito exclusivo pra mulher que tá grávida. Aí, quando vai o companheiro, eu percebo, porque as amigas contam, que os médicos dialogam, entendeu? com o companheiro... não sei... parecem que envolvem... eu não senti que os médicos tentaram envolver a Ana, mas ela

participava, né? Ela tava lá comigo nas consultas pré-natal, fazia algumas perguntas... mas era sempre voltadas pra mim as respostas” (Gabriela, 37anos)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

"Acho que ele tentou ser normal, tranquilo, mas, por exemplo, ele não acreditou muito que eu pudesse amamentar. Eu perguntei pra ele, em primeiro lugar, porque eu não sabia pra quem perguntar como fazer. E ele riu, achou que não era possível... e não sei o quê. Aí, eu fui atrás de uma especialista e comecei a fazer o tratamento, fui noticiando do tratamen-

to, e ele não levou muito a sério, acho. Não levou muito a sério, mas me acolheu, assim. Me pareceu que ele não estava tão acostumado com esse público, mas acho que ele agiu, ou sempre tentou agir, com naturalidade.” (Talita, 32 anos)

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

A interação com o profissional de saúde pode ser fortalecedora ou desestabilizar o bem-estar da parturiente e sua parceira. A insatisfação com o atendimento recebido levou alguns casais a romper a relação com o profissional de saúde, às vezes em estágio avançado da gestação. Esse tipo de troca representa uma mudança em busca de satisfação, que exige que a mulher ou casal busque outra possibilidade de atendimento mesmo após ter recebido um tratamento frio, ou hostil (Lino & Diniz, 2015).

O profissional de saúde deve estar ciente dos desafios que os casais do mesmo sexo podem enfrentar ao considerar a transição para a parentalidade, e devem ser capazes de informar as opções disponíveis para eles de forma pró-ativa. Ainda que possam não saber todas as respostas para os questionamentos do casal, os profissionais precisam acessar os recursos disponíveis para responder a quaisquer perguntas que possam estar além de sua experiência (McManus et al., 2006).

Estudos nacionais e internacionais também relatam que a parceira que não está grávida é, por vezes, questionada por profissionais da saúde com relação à legitimidade de seu relacionamento com sua parceira e/ou filhos(as) (Wilton & Kaufmann, 2001; McKelvey, 2013). Indicam, ainda, que essas mulheres podem sentir-se diferentes, invisíveis e também isoladas durante a transição para a parentalidade (Souza, 2005; Wojnar & Katzenmeyer, 2014). É importante que os profissionais de saúde estejam conscientes da possibilidade desses sentimentos e reconheçam as potenciais diferenças entre as experiências das parceiras durante o processo de

concepção e gravidez, parto e após o parto (Wojnar & Katzenmeyer, 2014).

A "pulseirinha do papai": aspectos institucionais

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

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

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

Com o casal Luiza e Talita a situação foi diferente. Como existia a presença de um pai biológico, antes do parto Talita recebeu uma pulseira que deveria ser entregue ao pai da criança. Talita explicou que quem iria

assistir ao parto era ela, mas a funcionária insistiu que aquela pulseira era para o pai. Ela entregou a pulseira para ele e só depois descobriu que com isso ele conseguiu entrar no berçário e acompanhar o primeiro banho do bebê. Para ela, não foi oferecida a oportunidade de participar desse momento. Nesse caso, além do hospital não estar preparado com uma pulseira para acolher a parceira, também desconsiderou sua importância e participação no processo e priorizou a presença do pai.

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

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

Profissionais de saúde e administradores podem estabelecer um ambiente seguro, acolhedor, que reconheça a diversidade sexual de várias formas, sem julgamento, e sem pressupor que todos os pacientes são heterossexuais (Werner & Westerstahl, 2008). Algumas possibilidades incluem a inserção de casais homoafetivos e outras composições familiares em fotos de decoração da área de espera, folhetos, sites, cartazes, e a presença de materiais adaptados para diferentes populações de pacientes (Amaro & Jacob, 2004). Os formulários e demais documentações podem ser revisados para refletir a diversidade das orientações sexuais, identidades de gênero e estruturas familiares (Ross et al., 2014; James-Abra et al., 2015; Brasil, 2005).

"Legalmente é complicado": a busca pela garantia de direitos

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

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

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

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

O registro de união estável não seria necessário para a obtenção desse direito, uma vez que a aplicação da lei da acompanhante já garantiria o bem-estar do casal. A Lei nacional nº 11.108 permite, desde 2005, que todas as mulheres tenham direito a um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos serviços públicos e privados (Brasil, 2015). Embora esse direito tenha sido conquistado há alguns anos, ainda hoje ele não é devidamente cumprido de

forma geral. Muitas mulheres, independente de sua orientação sexual, estado civil e classe social, são obrigadas a ficar sozinhas no nascimento de seus filhos (Diniz et al., 2014).

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

Dos dez casais entrevistados, dois conseguiram registrar o nome das duas mulheres na certidão de nascimento sem ação judicial; quatro registraram somente após ação judicial; e quatro possuíam apenas o nome da mulher que engravidou, sendo que um desses casais estava movendo processo há mais de um ano com pedido de reconhecimento de maternidade socioafetiva. Sobre não ter o próprio nome na certidão do filho, Talita diz:

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

Os casais que não conseguiram fazer o registro no nome das duas mulheres utilizaram estratégias como: tentar incluir o sobrenome da companheira na hora do registro da criança alegando querer fazer uma “homenagem” a alguém; casar no civil para poder incluir o nome da parceira e posteriormente colocar ambos os sobrenomes na certidão da criança. Mesmo os casais que conseguiram o registro no nome de am-

bas as mulheres comentam a dificuldade encontrada no processo, muitas vezes tendo que procurar vários cartórios, contratar advogados e juntar muitos documentos que um casal heterossexual não precisaria:

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

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

"Não tinha nem registro no nome, ela não sabia se podia subir na UTI, por exemplo, entendeu? Então atrapalha muito, atrapalha muito, é lógico que vai gerar isso tudo, né? Tipo, "nossa, estão duvidando da minha maternidade, então eu não vou poder ver minha filha no hospital, porque eu não tenho um papel de certidão de nascimento." (Carolina, 32 anos)

"Meu Deus! Se ela morre, se alguma coisa acontece. Eu não sou nada das crianças legalmente, eu não posso visitar". (Bárbara, 32 anos)

A possibilidade de serem discriminadas ou não terem seus direitos como responsáveis pela criança que irá nascer é um dos motivos que faz

com que casais homoafetivos tentem se proteger e se hiperformalizar por meio de recursos legais já disponíveis, ou abrindo precedentes por meio de ação judicial.

O ideal é que os profissionais de saúde possuam um conhecimento básico, de como as leis locais e nacionais afetam casais homoafetivos, no que se refere à proteção legal da criança e do casal (Kaufman & Dundas, 1995). O reconhecimento de casamento entre pessoas do mesmo sexo como entidade familiar ocorreu em 2011. Em 2013 foi aprovada a resolução que obriga todos os cartórios do país a celebrar esses casamentos, e também a inclusão de casais homoafetivos na resolução do Conselho Federal de Medicina para o uso de tecnologias reprodutivas (CFM, 2013). A aprovação do casamento entre pessoas do mesmo sexo possibilitou a existência de um documento que dá direitos a casais homoafetivos equivalentes aos dos heterossexuais.

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

Alterações legais recentes podem facilitar o registro de crianças no nome de casais homoafetivos. Em 2016, a Corregedoria Nacional de Justiça (CNJ) publicou o Provimento nº 52 que regulamenta a emissão de certidão de nascimento de crianças geradas por quaisquer técnicas de reprodução assistida, incluindo adequação do documento para certidão dos filhos de casais homoafetivos. Em 2017, o provimento nº 63 da CNJ fez mudanças nas regras para registro de nascimento. Entre as alterações, consta que as certidões de nascimento não terão quadros pré-estabelecidos para preenchimento dos genitores, dando a possibilidade de dois pais, duas mães e até uma filiação entre três pessoas serem formalmente reconhecidas.

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

Considerações Finais

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

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

O vínculo familiar pode ser desdobrado em quatro elementos: o vínculo biológico (dado pela concepção e origem genética); o parentesco (vínculo que une indivíduos em uma genealogia); a filiação (dado pelo reconhecimento jurídico conforme as leis sociais em questão); e a parentalidade (exercício da função parental de cuidados, educação, saúde etc.). Esses quatro elementos podem estar combinados de diversas maneiras, evidenciando a relatividade de escolhas feitas por uma determinada cultura em uma determinada época (Zambrano, 2006). A experiência social da parentalidade homossexual desafia a heteronormatividade implícita no domínio da família e do parentesco e traz implicações em questões jurídicas, sociais, tecnológicas, econômicas (Grossi, 2003), e também de saúde.

A maternidade lésbica combina elementos tradicionais com elementos transgressores. Por um lado, existe o peso da dimensão biológica na construção dos vínculos; por outro, se constrói um discurso sobre a

importância dos cuidados e afeto para legitimar os vínculos que não estão assegurados pelo sangue. Em casais de mulheres que decidem ter filhos juntas, uma delas pode não ter o vínculo biológico com seu filho e deverá legitimar-se através da dimensão social. A falta de respaldo legal para esse vínculo e o peso simbólico da biologia faz com que a figura da “outra mãe” seja muito vulnerável (Herrera, 2007). Segundo Vargas & Moas (2010, p.758) “a despeito das transformações no âmbito das relações familiares e das identidades sociais, a centralidade do casal heterossexual prevalece no discurso médico e jurídico acerca do desejo de filhos”.

Como apontado neste e em outros estudos, para casais homoafetivos a decisão pela parentalidade pode envolver constrangimentos, processos e escolhas não encontradas pela maioria dos casais heterossexuais e a lesbofobia/homofobia e a heteronormatividade podem ser determinantes importantes na capacidade de acesso aos serviços de saúde e afetar a comunicação e qualidade do atendimento (McManus et al., 2006; Roos et al., 2006; Rondahl et al., 2009).

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

Para proporcionar a melhora na qualidade do atendimento é necessário: incluir todas as mulheres, independente de parceria e orientação sexual; promover uma ambiência acolhedora e inclusiva, a partir da instituição de práticas não heteronormativas, como o uso de linguagem adequada, revisão de formulários e documentos incluindo espaço para a parceira. É fundamental favorecer a formação e educação permanente de profissionais de saúde em geral, assim como a observância das políticas públicas e leis vigentes e a responsabilização em caso de discriminação de qualquer tipo. A mudança das práticas deve partir dos gestores e profissionais, ainda que provocadas pelos indivíduos que assumem sua

diversidade sexual, que procuram os serviços de saúde. No entanto, não se deve esperar que casais homoafetivos tenham sozinhos a responsabilidade de educar todos a seu redor (Wilton & Kaufmann, 2001) – trata-se de uma mudança cultural que exigirá a participação ativa dos profissionais de saúde, gestores e responsáveis por sua formação.

Agradecimentos

Às mulheres que participaram deste estudo e ao CNPq e à CAPES pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa.

Referências

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

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

Brasil. Lei nº 11.108, de 7 abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União*. 08 abr 2005. Seção 1:1

Conselho Federal de Medicina - CFM. Resolução 2.013/2013 [internet]. [acesso em 19 jan 2022]. Disponível em: http://www.portal-medico.org.br/resolucoes/CFM/2013/2013_2013.pdf

Diniz CSG, d'Orsi E, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MAB, Schneck CA et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascido no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30:140-153.

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

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

Herrera F. La otra mamá: madres no biológicas en la pareja lésbica. In: Grossi M, Uziel AP, Mello L, organizadores. Conjugalidades, parentalidades e identidades lésbicas, gays e travestis. Rio de Janeiro: Garamond; 2007. p.213-231.

James-Abra S, Tarasoff LA, Green D, Epstein R, Anderson S, Marvel S et al. Trans people's experiences with assisted reproduction services: a qualitative study. Human Reproduction. 2015; 30(6):1365-1374.

Kaufman M, Dundas S. Directions for research about lesbian families. In: K. Arnup K, editors. Lesbian parenting: Living with pride and prejudice. Charlottetown: Gynergy Books; 1995. p. 166-175.

Larsson AK, Dykes AK. Care during pregnancy and childbirth in Sweden: perspectives of lesbian women. Midwifery. 2009; 25: 682-690.

Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme MM, Dias MAB, Pereira MN et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Cad Saúde Pública. 2014; 30(1):17-47.

Lino HC, Diniz SG. Cuide das roupinhas que do parto cuído eu: comunicação entre profissionais e pacientes e decisões sobre a via de parto no setor privado em São Paulo, Brasil. JHGD. 2015; 25(1):117-124.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Wojnar DM, Katzenmeyer, A. Experiences of preconception, pregnancy, and new motherhood for lesbian nonbiological mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 2014; 43(1):50-60.

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