ISSN-e [2675-5602]

Global Academic Nursing Journal

ARTIGO ORIGINAL

A percepção da mulher lésbica sobre o acolhimento no pré-natal

The lesbian woman's perception of prenatal care

La percepción de la mujer lesbiana sobre la acogida en el prenatal

Jéssica Paim do Valle Chaves[1*]
ORCID: 0009-0006-2510-5820
Cristiane Maria Amorim Costa[2]
ORCID: 0000-0003-1089-2092
Luciane Marques de Araujo[2]
ORCID: 0000-0003-1952-6814
Thenessi Freitas Matta[2]
ORCID: 0000-0001-8247-1671

[1]Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto. Rio de Janeiro, Brasil.
[2]Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil.

Como citar este artigo:
Chaves JPV, Costa CMA, Araujo LM, Matta TF. A percepção da mulher lésbica sobre o acolhimento no pré-natal. Glob Acad Nurs. 2026;7(Spe.2):e580. https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200580

***Autor correspondente:**
jessica.pvc@hotmail.com

Submissão: 14-06-2026
Aprovação: 22-07-2026

Resumo

Este estudo tem como objeto a percepção de mulheres lésbicas acerca do acolhimento realizado por enfermeiras e médicos durante o pré-natal. Objetivou-se descrever como a orientação sexual e a maternidade lésbica são abordadas nesse contexto, compreender a percepção das participantes sobre a adequação das orientações e dos cuidados profissionais às suas demandas específicas, analisar as facilidades e dificuldades vivenciadas na relação com os profissionais de saúde e discutir o acolhimento dessas demandas durante a assistência pré-natal. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa. Participaram seis mulheres que realizaram acompanhamento pré-natal entre 2004 e 2019, selecionadas pela técnica snowball e entrevistadas por meio de roteiro semiestruturado. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo proposta por Bardin. Emergiram duas categorias temáticas: "Métodos para alcançar o sonho da gravidez e fatores influenciadores" e "Assistência pré-natal específica para mulheres lésbicas e suas singularidades", esta última subdividida em "O despreparo profissional para o cuidado às mulheres lésbicas no pré-natal" e "O relacionamento entre a mulher lésbica e o profissional de saúde". Os resultados evidenciaram que o acolhimento é comprometido por atitudes discriminatórias e pelo despreparo dos profissionais para atender às necessidades específicas dessa população.

Descritores: Homossexualidade Feminina; Cuidado Pré-Natal; Direitos Sexuais e Reprodutivos; Enfermagem Obstétrica; Equidade em Saúde.

Abstract

This study investigates lesbian women's perceptions of the care provided by nurses and physicians during prenatal care. The objectives were to describe how sexual orientation and lesbian motherhood are addressed during prenatal care, understand participants' perceptions regarding the adequacy of professional guidance and care to their specific needs, analyze the facilitators and barriers experienced in their relationships with healthcare professionals, and discuss how these demands are addressed in prenatal services. This is an exploratory, descriptive study with a qualitative approach. Six women who received prenatal care between 2004 and 2019 participated in the study. Participants were recruited using the snowball sampling technique and interviewed using a semi-structured script. Data were analyzed using Bardin's content analysis. Two thematic categories emerged: "Methods to achieve the dream of pregnancy and influencing factors" and "Prenatal care for lesbian women and its specificities," the latter subdivided into "Professional unpreparedness to care for lesbian women during prenatal care" and "The relationship between lesbian women and healthcare professionals." The findings revealed that welcoming care is undermined by discriminatory attitudes and by healthcare professionals' lack of preparation to meet the specific needs of this population.

Descriptors: Female Homosexuality; Prenatal Care; Sexual and Reproductive Rights; Obstetric Nursing; Health Equity.

Resumén

Este estudio tiene como objeto la percepción de las mujeres lesbianas sobre la acogida brindada por enfermeras y médicos durante la atención prenatal. Los objetivos fueron describir cómo se aborda la orientación sexual y la maternidad lésbica durante el control prenatal, comprender la percepción de las participantes sobre la adecuación de las orientaciones y de los cuidados profesionales a sus necesidades específicas, analizar las facilidades y dificultades experimentadas en la relación con los profesionales de la salud y discutir la atención de estas demandas durante el seguimiento prenatal. Se trata de un estudio exploratorio-descriptivo con enfoque cualitativo. Participaron seis mujeres que realizaron control prenatal entre 2004 y 2019, seleccionadas mediante la técnica de bola de nieve y entrevistadas a través de un guion semiestructurado. Los datos fueron analizados mediante el análisis de contenido propuesto por Bardin. Surgieron dos categorías temáticas: "Métodos para alcanzar el sueño del embarazo y factores influyentes" y "Atención prenatal para mujeres lesbianas y sus singularidades", esta última subdividida en "La falta de preparación profesional para el cuidado de mujeres lesbianas durante el control prenatal" y "La relación entre la mujer lesbiana y el profesional de la salud". Los resultados evidenciaron que la acogida se ve afectada por actitudes discriminatorias y por la insuficiente preparación de los profesionales para atender las necesidades específicas de esta población.

Descriptores: Homosexualidad Femenina; Atención Prenatal; Derechos Sexuales y Reproductivos; Enfermería Obstétrica; Equidad en Salud.

CC BY NC ND

Introdução

Nas últimas décadas, políticas e ações de visibilidade de lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis (LGBT+) vêm sendo criadas e desenvolvidas no Brasil. Essa população, que viveu à margem durante muitos anos, construiu seu espaço e adquiriu direitos como todo e qualquer outro cidadão. É sabido que essas ações e políticas representam avanços necessários e urgentes, visto que a discriminação e a violência contra esse público possuem índices alarmantes e vêm aumentando cada vez mais. No Brasil, a cada 34 horas um LGBT+ é barbaramente assassinado ou se suicida, vítima da LGBTfobia, o que faz do Brasil o campeão mundial de crimes contra as minorias sexuais. Segundo agências internacionais de direitos humanos, matam-se muitíssimo mais homossexuais aqui do que nos 13 países do Oriente e da África onde há pena de morte para pessoas LGBT+[1].

Os altos índices de preconceito e discriminação são a causa da população LGBT+ ser classificada como vulnerável perante a sociedade. O preconceito é qualquer julgamento, podendo ser cognitivo ou comportamental, direcionado a determinado grupo de forma ofensiva, desrespeitosa e/ou negativa, de acordo com aquilo em que a pessoa acredita. Já a discriminação seria a manifestação comportamental do preconceito, atribuindo ações hostis, negativas e/ou agressivas a determinado grupo[2].

Em 2007, durante a 13ª Conferência Nacional de Saúde, a orientação sexual e a identidade de gênero foram reconhecidas como determinantes sociais da saúde, reafirmando a vulnerabilidade da população LGBT+ diante das atitudes discriminatórias da sociedade. Por meio dessa conferência, foi requerida a implementação de políticas e ações voltadas para essa população, bem como foi determinado que a orientação sexual e a identidade de gênero passassem a constar em todos os documentos da rede do Sistema Único de Saúde (SUS)[3]. A proteção da população LGBT+ frente às diferentes formas de preconceito constitui dever do Estado, cabendo aos órgãos públicos implementar políticas e medidas que assegurem a promoção da equidade e o enfrentamento da discriminação[4].

Somente em 2011 houve a implantação de uma política específica para o público LGBT+. Foi criada a Portaria n.º 2.836, de 1º de dezembro de 2011, que instituiu a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT). Essa política tem como objetivo promover um atendimento à saúde mais amplo, com qualidade, respeito e que contemple todas as necessidades da população LGBT+[5]. Dentre as diretrizes voltadas para essa população, uma das principais é o direito à atenção adequada à saúde. A violência contra a população LGBT+ e o despreparo dos profissionais para lidar com esse público de forma adequada ocasionam maiores danos à saúde e provocam o afastamento da busca por atendimento. Daí percebe-se a necessidade de aprimorar cada vez mais a implementação dessa política[6].

Nesse contexto, o reconhecimento e o acolhimento das singularidades relacionadas à orientação sexual e à identidade de gênero configuram-se como competências essenciais à prática dos profissionais de saúde[7].

Entre os diferentes segmentos da população LGBT+, as mulheres lésbicas permanecem expostas a múltiplas formas de vulnerabilidade decorrentes do preconceito, dos estereótipos de gênero e da discriminação institucional e social. Considerando essa vulnerabilidade, faz-se necessário que a preparação dos profissionais de saúde para o acolhimento dessas mulheres contemple as singularidades que elas apresentam, como, por exemplo, a dificuldade de assumirem sua orientação sexual por medo da discriminação por parte dos profissionais; a possibilidade de nunca terem realizado o exame colpocitológico por julgarem desnecessário, uma vez que não mantêm práticas sexuais com homens; e a necessidade de que o profissional conduza a consulta de forma a evitar pressuposições e estereótipos, entre outras situações[6]. A melhor forma de atender às demandas dessas mulheres é discutir o tema e incluí-las nas ações de saúde, conforme recomendado pelas políticas voltadas às mulheres e à população LGBT+.

Somente em 2004 a mulher lésbica foi reconhecida e incluída na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), na qual foram contemplados seus direitos à saúde. A política aborda diversos aspectos relacionados à saúde da mulher lésbica, como infecções sexualmente transmissíveis, baixa procura pelos serviços de saúde, violências e reprodução[8]. De acordo com Lima[6], um dos aspectos menos explorados refere-se à maternidade e ao planejamento reprodutivo entre casais homoafetivos. Ao analisar as questões relacionadas à maternidade lésbica, observa-se que é comum a ocorrência de dúvidas e indagações entre pessoas mais conservadoras, que compreendem a maternidade apenas quando associada a uma relação heterossexual e a vínculos de consanguinidade[9].

Durante a gestação, a mulher necessita de acompanhamento pré-natal, sendo importante para evitar impactos negativos na saúde materna, sejam psicológicos, sociais ou físicos, além de favorecer a evolução saudável da gestação, do parto e do recém-nascido. Para isso, espera-se que as singularidades de cada mulher sejam ouvidas, respeitadas e acolhidas[10]. Não bastando ter que superar toda a pressão social que recai sobre a lésbica que quer gestar, essa mulher ainda tem que se submeter à possibilidade de ser acompanhada por um profissional despreparado para lidar com o seu caso. Os profissionais de saúde ainda creem que as lésbicas não se tornam totalmente completas em seu desejo de serem mães por não possuírem um filho com compartilhamento genético entre ela e sua parceira. A partir de uma bagagem cultural de representações socialmente construídas, os profissionais podem adotar posturas inadequadas no atendimento à mulher lésbica, deixando de considerar sua orientação sexual e tratando-a como qualquer outra mulher, conforme o padrão normativo da heterossexualidade. A consequência da falta de atenção às singularidades da mulher lésbica no contexto da assistência à saúde configura-se como uma forma de violência simbólica[9].

Considerando que a gestação é um momento singular, no qual cada mulher deve ser acolhida e assistida de acordo com suas particularidades; que ainda são poucos

os profissionais de saúde capacitados e atualizados para atuar junto à população lésbica; e que essas mulheres permanecem mais vulneráveis a situações de preconceito, intencionais ou não, este artigo buscou compreender a percepção da mulher lésbica acerca do acolhimento recebido durante o pré-natal, tanto por enfermeiras quanto por médicos.

Diante do exposto, apresentam-se as seguintes questões: "Como se dá a abordagem da orientação sexual e da maternidade lésbica durante o pré-natal, na perspectiva das mulheres lésbicas?", "Qual é a percepção dessas mulheres sobre as orientações e os cuidados prestados pelos profissionais frente às suas demandas?", "Quais são as facilidades e dificuldades vivenciadas pelas mulheres lésbicas na relação com os profissionais, considerando suas especificidades?" e "Como ocorre o acolhimento das mulheres lésbicas pelos profissionais durante o pré-natal, segundo a perspectiva dessas mulheres?".

Para responder a essas questões, o artigo tem como objetivos: descrever a abordagem da orientação sexual e da maternidade lésbica durante o pré-natal, na perspectiva das mulheres lésbicas; descrever a percepção dessas mulheres sobre a adequação das orientações e dos cuidados profissionais frente às suas demandas específicas; analisar as facilidades e dificuldades vivenciadas pelas mulheres lésbicas na relação com os profissionais durante o pré-natal; e discutir o acolhimento das demandas das mulheres lésbicas pelos profissionais durante o pré-natal.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, de natureza qualitativa. As participantes da pesquisa foram seis mulheres cis lésbicas que vivenciaram a experiência do pré-natal a partir de 2004. Para fins deste artigo, não se repetirão os termos "cis" e/ou "trans", uma vez que a identidade de gênero não constituiu objeto de análise e todas as participantes eram mulheres cis. Ao referir-se aos homens, utiliza-se o termo homens cis.

A coleta de dados teve início após aprovação pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), sob o CAAE n.º 04898918.5.0000.5282, em 18 de fevereiro de 2019. A coleta ocorreu entre março e agosto de 2019.

Para atender aos objetivos da pesquisa, foram estabelecidos como critérios de inclusão: mulheres residentes no estado do Rio de Janeiro que tivessem declarado sua orientação sexual durante o pré-natal realizado com médicos e/ou enfermeiras, a partir de 2004, ano de instauração da PNAISM. Como critérios de exclusão, definiram-se mulheres lésbicas classificadas como adolescentes, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente, ou seja, com idade entre 12 e 18 anos.

O instrumento de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada que, segundo Minayo[11], permite utilizar uma pergunta previamente formulada, possibilitando que a participante discorra livremente sobre o tema proposto.

A questão norteadora foi apresentada no início da entrevista: "Poderia me falar a respeito da sua relação com o profissional de saúde que a atendeu durante o pré-natal, considerando sua sexualidade e suas especificidades?".

As entrevistas foram gravadas em áudio, no formato MP3, com duração média de 30 minutos, sendo posteriormente transcritas manualmente. O roteiro foi dividido em três partes: a primeira destinada à caracterização das participantes; a segunda composta pela questão norteadora e pelas interjeições utilizadas durante a entrevista; e a terceira correspondente ao diário de campo, no qual foram registradas as impressões da pesquisadora sobre as participantes. As entrevistas foram conduzidas pela primeira autora, enfermeira e residente em Enfermagem Obstétrica à época da coleta de dados, com treinamento prévio em pesquisa qualitativa e condução de entrevistas semiestruturadas. A pesquisadora não possuía vínculo prévio com as participantes.

Considerando a possível dificuldade de acesso a esse público, empregou-se a técnica de *snowball*, amplamente utilizada para alcançar grupos de difícil acesso[12]. A primeira participante, denominada semente, foi selecionada por indicação do ciclo social da autora. As demais foram indicadas sucessivamente pela participante anterior, desde que atendessem aos critérios de inclusão e manifestassem interesse em participar da pesquisa.

As participantes foram identificadas pela letra M, representando a palavra mulher, seguida de um numeral em ordem crescente, correspondente à sequência de realização das entrevistas. Dessa forma, garantiu-se o anonimato das participantes. As entrevistas ocorreram presencialmente, em horário e local definidos conforme a preferência das participantes. Para sua realização, utilizou-se a sala do Grupo de Pesquisa do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil (DEMI) da Faculdade de Enfermagem da UERJ.

Inicialmente, 11 mulheres aceitaram participar da pesquisa. Entretanto, em razão do contexto político vigente durante o período de coleta de dados, marcado por discursos públicos considerados discriminatórios, machistas e homofóbicos, cinco participantes solicitaram a retirada de seu consentimento, resultando em uma amostra final composta por seis mulheres. O encerramento das entrevistas ocorreu quando os dados apresentaram saturação teórica, evidenciada pela recorrência e redundância das informações obtidas[12]. Embora a saturação dos dados tenha sido alcançada, a finalização da coleta também foi influenciada pela recusa de outras mulheres lésbicas em participar da pesquisa, justificada pelo contexto político da época, percebido pelas potenciais participantes como estimulador de atitudes de violência e discriminação contra a população LGBT+.

Os dados foram analisados com base na análise de conteúdo proposta por Bardin[13], cujas etapas compreendem a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, com inferência e interpretação. Na fase de pré-análise, foi realizada uma projeção das ideias após suas organizações a partir do referencial teórico, sobre as entrevistas transcritas, sem desconsiderar ou modificar qualquer elemento encontrado nos depoimentos.

Na fase de exploração do material, foram utilizados critérios para recorte, enumeração, escolha de categorias,

classificação e agrupamento das informações coletadas durante as entrevistas. Foi nessa fase que os depoimentos foram recortados e organizados em unidades de registro, unidades de significação, subcategorias e categorias estabelecidas de acordo com o referencial teórico.

Os dados foram codificados manualmente pela pesquisadora principal, com auxílio do programa *Microsoft Excel,* sendo posteriormente revisados e refinados em reuniões com os demais autores. A última fase, tratamento dos resultados: inferência e interpretação, consistiu na busca de significados por trás dos dados coletados. A pesquisadora realizou interpretações evidentes, através daquilo que foi manifestado nos discursos e também realizou uma interpretação latente, ou seja, interpretou os dados subjetivos explícitos por trás de uma fala ou comportamento.

As categorias analíticas foram sustentadas por excertos das falas das participantes, favorecendo a transparência e a fidedignidade da interpretação dos resultados. Os depoimentos foram apresentados preservando a linguagem original das entrevistas, incluindo marcas de oralidade, vícios de linguagem e gírias, sem supressões ou substituições vocabulares, a fim de garantir maior fidelidade à análise e à discussão dos dados. Posteriormente, os resultados foram submetidos à apreciação de banca examinadora, cujas contribuições foram incorporadas ao processo analítico, fortalecendo a consistência e o rigor metodológico do estudo.

Resultados

Foram identificadas 578 unidades de registro, agrupadas em 11 unidades de significação. Estas foram organizadas por afinidade de ideias e conteúdos, resultando em duas categorias centrais e duas subcategorias. A Categoria 1 reuniu 218 unidades de registro distribuídas em duas unidades de significação. A Categoria 2, incluindo suas duas subcategorias, reuniu 360 unidades de registro distribuídas em nove unidades de significação. A análise dos dados das entrevistas resultou na elaboração de duas categorias: (1) Métodos para alcançar o sonho da gravidez e fatores que a influenciam; e (2) Assistência pré-natal específica para mulheres lésbicas e suas singularidades. Esta última foi subdividida em duas subcategorias: (2.1) O despreparo profissional para o cuidado de mulheres lésbicas no pré-natal e (2.2) O relacionamento entre a mulher lésbica e o profissional de saúde.

Participaram do estudo seis mulheres com idades entre 18 e 40 anos. Em relação à raça/cor autodeclarada, três participantes identificaram-se como brancas e três como negras. Observou-se heterogeneidade quanto à escolaridade, variando do ensino fundamental incompleto ao doutorado. As ocupações incluíram dona de casa, manicure, zootecnista, engenheira de petróleo, engenheira ambiental e publicitária. A renda familiar variou entre um e oito salários-mínimos, sendo quatro participantes casadas e duas em união estável.

Quanto ao histórico obstétrico, quatro participantes eram primigestas e duas apresentavam gestações anteriores. Em relação ao local de realização do pré-natal, três realizaram acompanhamento exclusivamente na rede privada, duas exclusivamente no Sistema Único de Saúde (SUS) e uma utilizou concomitantemente os serviços públicos e privados. O acompanhamento foi realizado predominantemente por médicos; duas participantes também receberam assistência de enfermeiras, enquanto uma foi acompanhada exclusivamente por enfermeira. O número de consultas de pré-natal variou entre cinco e dez.

No que se refere aos métodos utilizados para obtenção da gestação, duas participantes engravidaram por meio de relação sexual, duas recorreram à inseminação artificial, uma realizou fertilização *in vitro* e uma utilizou inseminação caseira. Os acompanhamentos pré-natais ocorreram entre 2016 e 2019.

Discussão

Métodos Utilizados Para Alcançar o Sonho da Gravidez e Fatores Influenciadores

Nesta categoria, exploraram-se os métodos utilizados pelas mulheres lésbicas para alcançar a gravidez desejada. Foram abordadas diferentes técnicas reprodutivas, como fertilização *in vitro*, relação sexual, inseminação artificial e inseminação caseira, bem como os fatores que influenciaram essas escolhas, incluindo questões financeiras, concepções prévias e decisões pessoais.

Para casais formados por mulheres lésbicas, a decisão de constituir uma família por meio da maternidade envolve, inicialmente, a escolha entre a adoção e a gestação. Quando optam pela experiência gestacional, surge a necessidade de definir o método pelo qual a gravidez será alcançada, podendo recorrer à relação sexual, à fertilização *in vitro*, à inseminação artificial ou à inseminação caseira[8].

Das seis mulheres entrevistadas, duas engravidaram por meio de relação sexual, uma por fertilização *in vitro*, duas por inseminação artificial e uma por inseminação caseira. As participantes que recorreram à relação sexual ou à inseminação caseira relataram que a escolha foi motivada, principalmente, pelo baixo custo desses métodos.

Esse cenário decorre do fato de que a Portaria n.º 426/GM, de 22 de março de 2005, que instituiu, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, foi elaborada com foco em casais heterossexuais com infertilidade de causa patológica, não contemplando a infertilidade social, condição que abrange casais homoafetivos[14].

Em 2015, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou a Resolução n.º 2.121/2015, assegurando o acesso às técnicas de reprodução assistida mesmo na ausência de infertilidade comprovada e reconhecendo a possibilidade da gestação compartilhada entre casais de mulheres lésbicas[15]. Entretanto, essa regulamentação não garante a gratuidade integral desses procedimentos no SUS. Dessa forma, muitas mulheres ainda precisam arcar com custos elevados relacionados a exames, medicamentos e, em alguns casos, à aquisição da amostra de sêmen, o que inviabiliza o acesso para casais com menor poder aquisitivo.

Observa-se, portanto, que a condição financeira influenciou diretamente a escolha do método utilizado para obtenção da gestação. Em alguns casos, essa limitação levou

as participantes a recorrerem à inseminação caseira ou à relação sexual com homens, mesmo quando essa não correspondia ao método desejado, configurando uma experiência relatada como atravessada por sofrimento e renúncia. Esses aspectos podem ser observados nos relatos das participantes M1 e M4:

> *"Eu queria muito ter um filho, mas não tinha dinheiro pra fazer todos aqueles procedimentos. Então, eu resolvi ter relações sexuais com um homem [...]" (M1).*

> *"Até então eu ia fazer na, cheguei até a ir visitar uma e fazer um orçamento. Aí eu vi uma matéria na televisão de inseminação caseira e comecei a pesquisar sobre o assunto na internet, vi que o valor era quase nada e resolvi tentar" (M4).*

A inseminação caseira também pode expor a mulher a um maior risco de infecções sexualmente transmissíveis (IST), com possíveis repercussões para a saúde materna e fetal. Esse risco decorre da ausência de triagem clínica, social e laboratorial do doador, procedimento rotineiramente realizado nos serviços especializados de reprodução assistida[16].

Por outro lado, a inseminação artificial e a fertilização *in vitro* apresentam custos elevados, restringindo seu acesso, em geral, às mulheres com melhores condições socioeconômicas. Apesar do investimento financeiro, as participantes que recorreram a essas técnicas destacaram como vantagem a possibilidade de realizar o procedimento sem contato sexual com um homem. Além disso, relataram acreditar que os procedimentos conduzidos por profissionais especializados apresentariam maiores chances de sucesso, conforme ilustrado no depoimento a seguir:

> *"Apesar de ser caro fazer o procedimento pela clínica, é o que mais dá certo e nós não queríamos arriscar, queríamos que desse certo" (M6).*

As mulheres que engravidaram por relação sexual ou inseminação caseira também relataram preocupações relacionadas à segurança jurídica dos acordos estabelecidos com os doadores, especialmente quanto à possibilidade de reivindicação futura da paternidade. Diante dessa preocupação, buscaram formalizar acordos que garantissem proteção legal. Contudo, em razão da ausência de respaldo jurídico e de orientação especializada, esses documentos não puderam ser registrados em cartório nem reconhecidos judicialmente, permanecendo apenas como acordos verbais, sem validade legal.

> *"Eu até fiz um contrato pra eu e o doador assinarmos, mas depois descobri que judicialmente isso não serve de nada" (M4).*

As participantes que recorreram às clínicas de reprodução assistida também relataram experiências de lesbofobia por parte de alguns profissionais, motivadas pela decisão de constituir uma família em um relacionamento entre mulheres. Em alguns casos, o desejo pela maternidade fez com que suportassem situações de discriminação para dar continuidade ao tratamento.

> *"Na primeira clínica nós fomos na primeira consulta onde o médico foi e falou exatamente assim: 'Se fosse há alguns anos, eu nem faria o tratamento de vocês, hoje, como é obrigado por lei, eu vou fazer'. Ele [médico] não faria só porque somos duas mulheres, ele deixou isso bem claro falando com a gente. Só que naquela ânsia que a gente tava de termos o filho, e que pelas nossas pesquisas ele era o melhor em fertilização in vitro no Rio de Janeiro, ele era a referência aqui no estado. Aí a gente pensou: 'ele vai fazer obrigado, mas vai fazer'" (M5).*

Embora o profissional tenha afirmado estar "obrigado" a realizar o procedimento, a Resolução CFM n.º 2.168/2017 prevê, na Parte II – Pacientes das Técnicas de Reprodução Assistida, item 2, que o uso das técnicas é permitido em relacionamentos homoafetivos e para pessoas solteiras, respeitando-se o direito à objeção de consciência por parte do médico[17]. Assim, do ponto de vista ético-normativo, caso optasse por não realizar o procedimento, o profissional poderia recorrer à objeção de consciência, evitando submeter as pacientes a atitudes discriminatórias durante o atendimento.

Apesar dos desafios vivenciados, todas as entrevistadas obtiveram sucesso na gestação, concretizando o projeto de maternidade, independentemente do método utilizado. As participantes que recorreram à relação sexual ou à inseminação caseira relataram que apenas uma tentativa foi suficiente para alcançar a gravidez.

> *"Eu e meu amigo tivemos relação sexual casual uma única vez e já foi o suficiente para que eu aparecesse grávida" (M3).*

> *"[...] de primeira com a inseminação caseira funcionou. Eu nem imaginava que já iria funcionar de primeira" (M4).*

Embora as participantes tenham atribuído o sucesso da gestação à sorte, observou-se que adotaram previamente estratégias para aumentar as chances de concepção, como o cálculo do período fértil e a utilização do método de *Billings*, baseado na avaliação do muco cervical, a fim de identificar o momento mais favorável para a realização da inseminação.

Os relatos também evidenciaram que a crença de que apenas procedimentos realizados sob intervenção médica resultariam em sucesso reprodutivo não se confirmou entre as participantes deste estudo. Entretanto, considerando o número reduzido de entrevistadas, recomenda-se a realização de novas pesquisas com amostras mais amplas, capazes de aprofundar a compreensão desse fenômeno.

Destaca-se, ainda, a importância da atuação da enfermeira nesse contexto, especialmente no fornecimento de informações sobre os diferentes métodos de concepção, na orientação quanto à prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e no encaminhamento para apoio jurídico, quando necessário.

Assistência Pré-Natal da Lésbica e Suas Singularidades

O Despreparo do Profissional Para os Cuidados das Mulheres Lésbicas no Pré-Natal

Nesta categoria, evidenciou-se que muitos profissionais de saúde ainda não se encontram adequadamente preparados para atender às necessidades específicas das mulheres lésbicas durante a gestação. Também foram discutidos possíveis fatores relacionados a esse despreparo. Cada mulher apresenta singularidades e necessidades específicas, aspecto que se torna ainda mais evidente entre mulheres lésbicas que, além das demandas

inerentes à saúde da mulher, possuem necessidades relacionadas à orientação sexual.

Como parte da rotina do pré-natal, recomenda-se que, ainda no primeiro trimestre gestacional, seja realizada ultrassonografia para determinar com maior precisão a idade gestacional, identificar precocemente gestações múltiplas e malformações fetais, além de avaliar a viabilidade da gestação. Esse exame pode ser realizado por via abdominal ou transvaginal, sendo esta última a via preferencial nesse período gestacional[18]. As participantes M2 e M6 foram as que relataram maior desconforto durante a realização da ultrassonografia transvaginal, atribuído principalmente à introdução da sonda no canal vaginal.

> *"Muitas mulheres lésbicas têm a barreira da penetração durante a ultrassonografia transvaginal. Aquilo me causou um desconforto enorme. Ninguém quer saber disso, só saem enfiam aquele troço lá e fim [...] acho que o profissional deveria ter mais sensibilidade" (M2).*

Observou-se que o principal motivo de desconforto esteve relacionado à introdução de um objeto no canal vaginal. Algumas mulheres lésbicas podem apresentar incômodo com procedimentos que envolvam penetração por associarem essa prática à ausência de interesse por atividades sexuais penetrativas[19].

A falta de orientação por parte dos profissionais responsáveis pelo acompanhamento pré-natal foi apontada pelas participantes como um dos principais fatores que intensificaram o desconforto durante a realização do exame. Quando previamente informada sobre o procedimento, a mulher pode preparar-se psicologicamente para sua realização, reduzindo a ansiedade e tornando a experiência menos desconfortável.

> *"Tive que fazer aquela ultra que coloca o aparelho dentro da vagina e o médico do pré-natal não me explicou sobre nenhum desses procedimentos [...] se ele [médico] tivesse me explicado, eu já ia pro exame preparada pra encarar o que estava por vir, não ia ser uma surpresa e com certeza não teria me incomodado tanto" (M6).*

As consultas de pré-natal ainda são, em grande medida, estruturadas a partir de um modelo voltado às mulheres heterossexuais. Como consequência, muitos profissionais concentram sua prática em conhecimentos e condutas direcionados a esse público, deixando de contemplar adequadamente as especificidades das mulheres que não se enquadram nesse padrão.

No que se refere às práticas sexuais entre mulheres lésbicas e às orientações relacionadas ao uso de preservativos, as participantes relataram despreparo dos profissionais para abordar essas questões. Segundo os relatos, a falta de conhecimento sobre o tema pode gerar constrangimento e fragilizar a relação entre profissional e usuária.

> *"Eles [profissionais] deveriam evitar de serem curiosos, de fazerem muita pergunta [...] isso constrange a gente! Ela [enfermeira] chegou a me perguntar como que é a nossa relação sexual. E isso é chato, ter que ficar explicando como é [...] e depois que eu expliquei mais ou menos como a gente transava, eu senti que ela [enfermeira] me tratava diferente das outras mulheres" (M1).*

O desconhecimento dos profissionais acerca das práticas sexuais entre mulheres, associado à manutenção de uma abordagem heteronormativa, pode contribuir para a invisibilização dessa população e comprometer a qualidade da assistência prestada. Como consequência, aspectos importantes da saúde sexual podem deixar de ser abordados, incluindo medidas de prevenção, diagnóstico e tratamento das infecções sexualmente transmissíveis (IST)[20]. A insuficiência de informações durante o pré-natal também pode favorecer o surgimento de dúvidas e crenças sem respaldo científico. Algumas participantes relataram receio de que a relação sexual entre mulheres pudesse provocar aborto espontâneo.

> *"Eu e minha parceira ficamos morrendo de medo de termos relação sexual com penetração, porque a gente sabe que entre um casal hétero, a relação sexual não prejudica a gestação, mas ficamos com medo de que, como a nossa penetração é com o dedo, acabasse fazendo alguma mudança no colo do útero sem querer. E o médico não nos explicou nada disso e a gente também não se sentiu à vontade para perguntar por que achamos que ele não nos entenderia" (M6).*

Embora as causas do abortamento espontâneo nem sempre possam ser identificadas, sabe-se que estão relacionadas a diversos fatores, como alterações genéticas e cromossômicas, anomalias uterinas, distúrbios endócrinos, doenças crônicas, infecções, mecanismos imunológicos, uso de medicamentos ou drogas, idade materna, histórico reprodutivo e fatores emocionais[21]. A relação sexual, independentemente de ocorrer por penetração peniana ou manual, não é reconhecida como fator causal do abortamento espontâneo.

A amamentação foi o tema mais frequentemente mencionado pelas participantes, sendo abordada por quatro das seis entrevistadas. A existência de duas mães no contexto familiar possibilita que ambas participem do processo de amamentação. A técnica mencionada pelas participantes foi a translactação, que consiste no estímulo da sucção na mama da mulher que não gestou, promovendo a produção de leite por meio do reflexo neuroendócrino desencadeado pela sucção[22,23].

> *"A gente já tinha pesquisado que existia aquela possibilidade de estimular as duas a amamentarem, mas a médica não entrou muito no assunto e disse que não sabia muito sobre e que ia pesquisar [...], mas acabou que ela não tocou mais no assunto e nem a gente" (M2).*

> *"Eu e minha parceira queríamos muito amamentar o nosso filho. Ela [médica] explicou que se ela [parceira] quisesse, existia um tratamento e ela [parceira] conseguiria amamentar também" (M4).*

Observou-se que os estudos consultados sobre translactação e indução da lactação não abordam especificamente a situação de casais de mulheres lésbicas que compartilham a maternidade. Considera-se que, nesses casos, a prática possa ser conduzida mediante avaliação clínica e realização prévia de exames para rastreamento de infecções passíveis de transmissão pelo leite materno, como HIV, HTLV-1 e HTLV-2[24]. Ressalta-se que o profissional médico foi mencionado com maior frequência nos relatos

das participantes em razão da maior parte delas ter realizado o acompanhamento pré-natal na rede privada.

O Relacionamento Entre a Mulher Lésbica e o Profissional de Saúde

Nesta categoria, explorou-se como o vínculo entre a mulher lésbica e o profissional de saúde pode influenciar a qualidade da assistência durante o pré-natal. Evidenciou-se que o preconceito, a falta de empatia e a heteronormatividade podem comprometer esse relacionamento, repercutindo diretamente no cuidado prestado. Um dos principais fatores que influenciam a qualidade da assistência pré-natal é a relação estabelecida entre o profissional de saúde e a gestante. No atendimento às mulheres heterossexuais, esse vínculo tende a ser construído com maior facilidade, uma vez que a formação dos profissionais historicamente tem privilegiado o atendimento às demandas da população heterossexual e, em geral, não enfrenta conflitos decorrentes de crenças sociais ou religiosas relacionadas à orientação sexual.

Durante as entrevistas, diversas participantes relataram que tanto a assistência recebida quanto o relacionamento estabelecido com os profissionais não atenderam às suas expectativas. Segundo seus relatos, o despreparo dos profissionais para atender mulheres lésbicas fez com que suas necessidades específicas fossem ignoradas ou abordadas de maneira inadequada e constrangedora.

> *"A enfermeira não sabia como me atender. Quando eu falei que era lésbica, a primeira coisa que ela disse foi 'ué, se você é lésbica, como que tá grávida?', como se só mulher hétero pudesse engravidar [...]. Ela também ficou me perguntando muito como era uma relação sexual entre duas mulheres. Pedia pra eu explicar em detalhes, achei desnecessário. Eles são totalmente despreparados pra isso!" (M1).*

> *"No pré-natal, me perguntaram uma vez sobre o pai mesmo eu falando que era lésbica" (M3).*

> *"Os profissionais são despreparados para nos atender, ou eles agem como se a gente fosse hétero ou agem como se fôssemos coisa de outro mundo" (M6).*

Os depoimentos evidenciaram o despreparo de parte dos profissionais para abordar a orientação sexual durante a assistência pré-natal, demonstrando surpresa diante da gestação de mulheres lésbicas. Todas as participantes relataram ter revelado espontaneamente sua orientação sexual, sem que essa informação tivesse sido previamente investigada pelos profissionais. Segundo elas, as consultas eram iniciadas a partir de pressupostos heteronormativos.

> *"Eu tive que contar pra ela [médica] logo de cara pra na consulta ela não vir com aquelas perguntas pra hétero. Ela [médica] disse que não tinha problema nenhum, mas mesmo assim me fez as perguntas sobre meu parceiro" (M4).*

> *"Eu lembro que foi eu quem abordou a minha sexualidade, mas a reação da médica não foi homofóbica. Na verdade, ela [médica] nem citava o fato de eu ser lésbica; era como se aquilo não fosse relevante pra gestação" (M5).*

Os relatos indicam que, quando a mulher informa sua orientação sexual e apresenta sua parceira, muitos profissionais demonstram desconforto ou dificuldade para conduzir a consulta. Como consequência, a parceira pode ser invisibilizada durante o atendimento ou até mesmo sofrer situações discriminatórias. Algumas participantes relataram que suas parceiras foram excluídas do acompanhamento pré-natal, deixando de ser reconhecidas como integrantes do processo gestacional. Em determinados casos, essa exclusão assumiu contornos considerados antiéticos pelas entrevistadas.

> *"A enfermeira disse pra minha parceira, quando ela foi entrar no consultório, que era pra ela [parceira] esperar fora da sala, não quis deixar ela participar. E toda vez que ela [enfermeira] falava dela [parceira] a enfermeira a chamava de 'meu caso' ao invés de chamar pelo nome" (M1).*

A exclusão da parceira durante a assistência pré-natal pode ser compreendida como manifestação da lesbofobia institucional, expressa por meio da negação do reconhecimento da configuração familiar dessas mulheres. Esse tipo de prática compromete a integralidade do cuidado e reforça processos de discriminação no contexto dos serviços de saúde[9]. Entretanto, algumas participantes relataram experiências positivas quanto à inclusão de suas parceiras no acompanhamento gestacional. Nesses casos, os profissionais acolheram ambas as mulheres e favoreceram a participação ativa da parceira durante as consultas.

> *"A médica [médica] chamava a minha parceira por um apelido carinhoso e a incluía sempre nas consultas e perguntava se ela tinha dúvida de alguma coisa" (M2).*

> *"Nós marcamos uma consulta com ela [médica] e ela [médica] foi super receptiva. Quando eu apresentei a minha parceira, ela [médica] nos tratou muito bem e sempre perguntava as coisas pra ela [parceira] também" (M5).*

A presença de acompanhante durante o pré-natal está associada à maior satisfação da gestante com a assistência recebida, além de fortalecer o suporte emocional oferecido durante esse período. O receio de sofrer discriminação foi apontado como um dos principais motivos para a escolha do atendimento na rede privada. Muitas participantes acreditavam que o fato de remunerarem diretamente o serviço aumentaria as chances de receber um atendimento respeitoso[25].

> *"Eu nunca procurei o SUS porque sempre tive plano de saúde e por causa de umas histórias de preconceitos que já ouvi por aí. Eu acho que a minha consulta de pré-natal não seria tão bem aceita pelo médico assim como é no meu particular. Talvez por ser particular, eles [profissionais] tenham um tratamento diferenciado por você estar pagando, né?! (M4).*

Apesar dos relatos de preconceito e discriminação, algumas participantes avaliaram positivamente a assistência recebida. Segundo elas, embora os profissionais apresentassem limitações quanto às especificidades da assistência às mulheres lésbicas, foi possível estabelecer uma relação de confiança durante o acompanhamento pré-natal.

> *"Eu e minha parceira tínhamos uma relação muito boa com a enfermeira; achei ela [enfermeira] nota 10. Depois do parto, ela [enfermeira] veio aqui em casa pra ver como a gente tava [...]. O atendimento dela foi excelente" (M3).*

> *"Eu estou totalmente satisfeita com a médica, não tenho o que reclamar dela, não tenho o que falar da conduta dela, o tratamento dela sempre foi 100%. Eu sabia que podia falar de qualquer coisa com ela que não teria problema nenhum" (M4).*

Ao refletirem sobre estratégias para qualificar a assistência pré-natal destinada às mulheres lésbicas, as participantes destacaram o atendimento respeitoso e a capacitação dos profissionais como os principais elementos para a construção de um cuidado integral e livre de discriminação.

> *"Eu acho que precisava também de melhor seleção e treinamento profissional, porque a pessoa ali é uma profissional que vai atender vários tipos de pessoas e ela deveria ter a mente aberta pra isso, não tratar mal. Até porque, se ela não gosta, é um problema dela que ela pode levar pra dentro da casa dela, não no ambiente de trabalho onde ela vai atender as pessoas. Não que um profissional tenha que ser meu melhor amigo, mas acho que ele tem que estar preparado pra me atender como mulher lésbica e que tem uma parceira" (M3).*

A prestação de assistência às mulheres lésbicas requer que os profissionais reconheçam e reflitam sobre possíveis preconceitos, estereótipos e lacunas em sua formação relacionados à diversidade sexual. A superação dessas barreiras favorece a oferta de um cuidado mais acolhedor, equânime e centrado nas necessidades das usuárias.

Nesse sentido, a reflexão crítica sobre práticas heteronormativas constitui elemento fundamental para reduzir atitudes discriminatórias e promover o respeito à diversidade, contribuindo para a efetivação da integralidade da assistência à saúde[9]. Evidencia-se que a qualificação da assistência pré-natal às mulheres lésbicas ultrapassa a aquisição de conhecimentos técnicos, exigindo também o desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais que favoreçam o acolhimento, o reconhecimento das diferentes configurações familiares e a superação de práticas heteronormativas nos serviços de saúde.

Considerações Finais

O preconceito e as atitudes discriminatórias por parte de profissionais de saúde exercem impactos significativos sobre o acolhimento das mulheres lésbicas durante o pré-natal. Essas situações comprometem o estabelecimento do vínculo entre usuárias e profissionais, repercutindo negativamente na qualidade da assistência prestada. Embora nenhuma forma de discriminação seja justificável, os resultados indicam que muitos profissionais não dispõem da qualificação necessária para atender às demandas específicas das mulheres lésbicas. Esse despreparo remete, em grande parte, às lacunas existentes na formação acadêmica, que ainda aborda de forma insuficiente as necessidades de saúde da população LGBT+.

A maioria das entrevistadas relatou satisfação com a assistência pré-natal recebida. Entretanto, também reconheceu o despreparo dos profissionais para atender adequadamente às suas especificidades. Os relatos evidenciam que a formação profissional, historicamente orientada por pressupostos heteronormativos, ainda contempla de forma limitada as demandas relacionadas à saúde das mulheres lésbicas. Para qualificar a assistência pré-natal destinada a gestantes lésbicas, as participantes destacaram dois aspectos centrais: o atendimento respeitoso e a capacitação dos profissionais.

O reconhecimento da diversidade sexual e de gênero deve constituir um princípio norteador da assistência, associado ao desenvolvimento de competências técnicas e relacionais que possibilitem um cuidado integral, acolhedor e livre de discriminação. Apesar dos desafios identificados, os resultados demonstram que as mulheres lésbicas seguem reivindicando o reconhecimento de seus direitos e o acesso a uma assistência em saúde pautada na equidade. O fortalecimento da formação profissional, da educação permanente em saúde e da implementação efetiva de políticas públicas voltadas à população LGBT+ constitui estratégia fundamental para a promoção de um cuidado mais inclusivo e qualificado. Novos estudos sobre a assistência pré-natal às mulheres lésbicas são necessários, especialmente com amostras mais amplas e diversificadas, de modo a aprofundar a compreensão desse fenômeno.

Como principal limitação deste estudo, destaca-se o número reduzido de participantes (n=6). Ressalta-se, ainda, que o contexto político vigente durante o período de coleta de dados influenciou o desenvolvimento da pesquisa. Embora inicialmente 11 mulheres tenham aceitado participar do estudo, cinco solicitaram a retirada de seu consentimento em razão do medo e da insegurança relacionados ao cenário político da época, motivo pelo qual seus depoimentos não foram incluídos na análise.

Este estudo contribui para ampliar a compreensão das experiências de mulheres lésbicas durante o acompanhamento pré-natal, evidenciando desafios relacionados ao acolhimento, à comunicação e ao preparo dos profissionais de saúde. Espera-se que seus resultados subsidiem a formação de profissionais mais sensíveis às especificidades dessa população e fortaleçam a implementação de práticas assistenciais comprometidas com os princípios da integralidade, da equidade e da não discriminação no Sistema Único de Saúde.

Referências

1. Cerqueira M, Mott L, Oliveira D. Observatório 2025: mortes violentas de LGBT+ no Brasil. Salvador (BA): Grupo Gay da Bahia; 2025.
2. Rodrigues A, Assmar EML, Jablonski B. Psicologia social. 33ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2015.

3. Brasil. Ministério da Saúde. 13ª Conferência Nacional de Saúde: saúde e qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009 [citado em 17 set 2026]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/conferencia_nacional_saude.pdf
4. Santos I, Miglioli A. Proteção estatal à diversidade: um olhar sobre a comunidade LGBTQIAPN+ no Brasil. COR LGBTQIA+ [Internet]. 2024;1(7):120-33. Disponível em: https://revistas.ceeinter.com.br/CORLGBTI/article/view/1271
5. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013 [citado em 17 set 2026]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf
6. Silva TKS, Coutinho SED, Almeida SA, Cassiano AN. A prática assistencial à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais: uma revisão integrativa. Contrib Cienc Soc. 2025;18(1):1-20. https://doi.org/10.55905/revconv.18n.1-141
7. Shihadeh NA, Pessoa EM, Silva FF. A (in)visibilidade do acolhimento no âmbito da saúde: em pauta as experiências de integrantes da comunidade LGBTQIA+. Barbarói. 2021;(58):172-94. Disponível em: https://seer.unisc.br/index.php/barbaroi/article/view/14765
8. Silva AN, Gomes R. Políticas públicas voltadas à saúde lésbica: análise dos ciclos das políticas [preprint]. SciELO Preprints [Internet]. 2025 [citado em 17 set 2026]. https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.12267
9. Araujo LM, Penna LHG, Carinhanha JI, Costa CMA. O cuidado às mulheres lésbicas no campo da saúde sexual e reprodutiva. Rev Enferm UERJ. 2019;27:e34262. https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.34262
10. Freitas JCSS, Rossi B, Gerdes MO, Pessoa BVS, Barros RA, Martins NS. A importância do acompanhamento pré-natal no contexto da atenção básica: revisão integrativa. Rev Enferm Contemp. 2023;12:e5205. Disponível em: https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/5205
11. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 34ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2016.
12. Sacheto Oliveira G, Lessa Pacheco ZM, Oliveira Salimena AM, Messias Ramos C, Fernandes Paraíso A. Método bola de neve em pesquisa qualitativa com travestis e mulheres transexuais. Saude Colet (Barueri). 2021;11(68):7581-8. Disponível em: https://revistasaudecoletiva.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1832
13. Valle PRD, Ferreira JDL. Análise de conteúdo na perspectiva de Bardin: contribuições e limitações para a pesquisa qualitativa em educação. Educ Rev. 2025;41:e49377. https://doi.org/10.1590/0102-469849377
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 426, de 22 de março de 2005 [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005 [citado em 17 set 2026]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt0426_22_03_2005.html
15. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM nº 2.121/2015 [Internet]. Brasília (DF): CFM; 2015 [citado em 17 set 2026]. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2015/2121_2015.pdf
16. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Inseminação artificial caseira: riscos e cuidados [Internet]. Brasília (DF): ANVISA; 2022 [citado em 17 set 2026]. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2018/inseminacao-artificial-caseira-riscos-e-cuidados
17. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM nº 2.168/2017 [Internet]. Brasília (DF): CFM; 2017 [citado em 17 set 2026]. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2017/2168_2017.pdf
18. Doubilet PM. Ultrasound in the first trimester of pregnancy. Radiol Clin North Am. 2023;61(1):1-15. https://doi.org/10.1016/j.rcl.2022.09.005
19. Souza BG, Lacerda MLS, Dantas VSS, Mattos MMM, Cardoso MB, Ferreira ACS, et al. Reflexões sobre vulnerabilidades que atravessam a saúde sexual de mulheres lésbicas e bissexuais. Rev Obs Econ Latinoam. 2024;22(8):1-20. https://doi.org/10.55905/oelv22n8-14
20. Rodrigues JL, Falcão MTC. Vivências de atendimentos ginecológicos por mulheres lésbicas e bissexuais: (in)visibilidades e barreiras para o exercício do direito à saúde. Saude Soc. 2021;30(1):e181062. https://doi.org/10.1590/S0104-12902021181062
21. Oliveira MJP, Menezes AS, Araujo ERL, Barros PRS, Macedo MJS, Lima JP. Perfil epidemiológico e fatores de risco associados ao aborto espontâneo em mulheres em idade fértil: implicações para a prática clínica. Rev Ibero-Am Humanid Cienc Educ. 2026;12(1):1-12. Disponível em: https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/23609
22. Rodrigues AMA, Barbosa EMG, Pereira AS, Silva FC. Relactação e translactação: construção de um e-book educativo para gestantes e puérperas. Rev Fac Paulo Picanço. 2025;5(1):1-18. Disponível em: https://journalhep.com.br/index.php/rfpp/article/view/147/193
23. Montenegro CAB, Rezende Filho J. Rezende obstetrícia fundamental. 15ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2024.
24. Silva MDB, Kohn AB, Oliveira RVC, Dias BAS, Melo ECP. Série de casos e protocolo de uso da translactação em recém-nascidos hospitalizados. Rev Eletr Enferm. 2025;27:77211. https://doi.org/10.5216/ree.v27.77211
25. Castro VDP, Fonseca JSR, Durans KCN, Silva DS, Silva JV, Pasklan ANP. Percepção de mulheres grávidas e parturientes sobre a importância de um acompanhante durante o parto e o pós-parto. Res Soc Dev. 2022;11(6):e10911628843. https://doi.org/10.33448/rsd-v11i6.28843

CC BY NC ND