

Experiência da amamentação em casais de mulheres lésbicas

Breastfeeding experience in lesbian couples

Como citar este artigo:

Carmo ZDR, Paraíso AF, Fernandes LCR, Andrade e Silva E, Carvalho NA, Emidio SCD. Breastfeeding experience in lesbian couples. Rev Rene. 2026;27:e96471. DOI: <https://doi.org/10.36517/2175-6783.20262796471>

 Zaira Dicarlo Ribeiro do Carmo¹
 Alanna Fernandes Paraíso¹
 Luciane Cristina Rodrigues Fernandes²
 Erika Andrade e Silva¹
 Natália Ana de Carvalho¹
 Suellen Cristina Dias Emidio¹

¹Universidade Federal de Juiz de Fora.
Juiz de Fora, MG, Brasil.

²Universidade Estadual de Campinas.
Campinas, SP, Brasil.

Autor correspondente:

Suellen Cristina Dias Emidio
Rua José Lourenço Kelmer - São Pedro.
CEP: 36036-900; Juiz de Fora, MG, Brasil.
E-mail: suellen.emidio@ufjf.br

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

EDITOR CHEFE: Ana Fatima Carvalho Fernandes 

EDITOR ASSOCIADO: Francisca Diana da Silva Negreiros 

RESUMO

Objetivo: compreender as experiências de amamentação em casais de mulheres lésbicas. **Métodos:** estudo qualitativo realizado com seis casais que amamentaram por pelo menos um mês. Os dados foram produzidos por entrevistas semiestruturadas e submetidos à análise de conteúdo. **Resultados:** emergiram três categorias: Invisibilidade no cuidado e impactos na amamentação; Amamentação entre mães: entre inseguranças e construção do cuidado; e Barreiras ao apoio e à vivência da amamentação entre mães. Evidenciaram-se lacunas na formação profissional relacionadas ao conhecimento sobre parentalidade em casais de mulheres lésbicas, ao manejo clínico da indução da lactação e à utilização de protocolos assistenciais inclusivos. A co-amamentação foi permeada por desafios institucionais, emocionais e laborais, demandando preparo físico, uso de protocolos e reorganização da rotina. **Conclusão:** as experiências de amamentação em casais de mulheres lésbicas envolvem a construção compartilhada da parentalidade e são atravessadas por desafios relacionados à invisibilidade institucional, à ausência de protocolos inclusivos e às lacunas na formação em saúde. **Contribuições para a prática:** o estudo subsidia a qualificação da assistência, orienta a construção de protocolos inclusivos de lactação e fortalece o cuidado centrado na família.

Descritores: Aleitamento Materno; Homossexualidade Feminina; Relações Familiares; Minorias Sexuais e de Gênero.

ABSTRACT

Objective: to understand breastfeeding experiences in lesbian couples. **Methods:** qualitative study conducted with six couples who breastfed for at least one month. Data were produced through semi-structured interviews and submitted to content analysis. **Results:** three categories emerged: Invisibility in care and impacts on breastfeeding; Breastfeeding between mothers: between insecurities and the construction of care; and Barriers to support and the experience of breastfeeding between mothers. Gaps were identified in professional training related to knowledge about parenting in lesbian couples, the clinical management of induced lactation, and the use of inclusive care protocols. Co-breastfeeding was permeated by institutional, emotional, and work-related challenges, requiring physical preparation, use of protocols, and reorganization of routine. **Conclusion:** breastfeeding experiences in lesbian couples involve the shared construction of parenthood and are marked by challenges related to institutional invisibility, the absence of inclusive protocols, and gaps in health training. **Contributions to practice:** the study supports the qualification of care, guides the development of inclusive lactation protocols, and strengthens family-centered care.

Descriptors: Breast Feeding; Homosexuality, Female; Family Relations; Sexual and Gender Minorities.

Introdução

A amamentação, além de ser um processo fundamental para a nutrição do bebê, constitui uma prática relacional que favorece o vínculo, a segurança alimentar e o desenvolvimento físico, cognitivo e emocional da criança, bem como traz benefícios à saúde materna⁽¹⁾. A Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde recomendam o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida, com continuidade até, pelo menos, os dois anos de idade, associado à introdução gradual de alimentos adequados à faixa etária⁽²⁻³⁾. No contexto brasileiro, o aleitamento materno é amplamente reconhecido como uma das principais estratégias de promoção da saúde infantil e de redução da morbimortalidade infantil⁽⁴⁾.

Apesar da consolidação de políticas públicas e diretrizes clínicas de incentivo à amamentação, sua implementação ainda se baseia, em grande medida, em modelos familiares heteronormativos e cisgêneros, invisibilizando diferentes arranjos parentais e produzindo barreiras ao cuidado equitativo. No caso de mulheres lésbicas, as experiências de amamentação são atravessadas por questões relacionadas ao reconhecimento da dupla maternidade, à legitimação parental, à definição de papéis no cuidado e à interação com serviços de saúde nem sempre preparados para acolher suas demandas específicas⁽⁵⁻⁶⁾.

Casais de mulheres têm constituído famílias e vivenciado gestação, parto e lactação de forma crescente. Nesse contexto, a amamentação ultrapassa o aspecto biológico, configurando-se como prática de construção da parentalidade e fortalecimento dos vínculos familiares. Além da lactação da mãe gestante, a mãe não gestante pode amamentar por meio da indução da lactação, processo que envolve estímulo mamário frequente e, em alguns casos, uso de terapias hormonais e galactagogos⁽⁷⁻⁸⁾. Insere-se também a coamamentação, entendida como o compartilhamento da amamentação entre duas mães, constituindo experiência de cuidado e vinculação parental compartilhada⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Estudos apontam que a possibilidade de am-

bas as mães amamentarem relaciona-se ao reconhecimento de suas identidades parentais pelos serviços de saúde, ao acesso à informação e ao suporte profissional qualificado^(7,9-10). Entretanto, mulheres lésbicas frequentemente relatam invisibilidade institucional, deslegitimação de seus vínculos familiares e despreparo técnico dos profissionais para lidar com arranjos familiares não heterossexuais⁽¹¹⁾. O desconhecimento sobre indução da lactação e coamamentação favorece práticas excludentes e limita a autonomia das famílias na tomada de decisões sobre o aleitamento⁽¹²⁾.

Embora os profissionais de saúde tenham papel central na promoção e apoio à amamentação, persistem lacunas na formação profissional⁽⁹⁻¹⁰⁾, ausência de protocolos inclusivos e desafios institucionais, emocionais e laborais relacionados à coamamentação em casais de mulheres lésbicas⁽⁵⁻⁸⁾. No contexto brasileiro, ainda são escassas investigações qualitativas sobre indução da lactação, coamamentação e construção dos vínculos parentais em casais de mulheres. Assim, este estudo teve como objetivo compreender as experiências de amamentação em casais de mulheres lésbicas.

Métodos

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo qualitativo⁽¹³⁾, fundamentado na compreensão das experiências vividas e dos significados atribuídos pelos participantes às suas práticas e vivências. Adotou-se como referencial teórico-metodológico a pesquisa qualitativa⁽¹⁴⁾, que compreende a experiência como construção social permeada por dimensões simbólicas, culturais e relacionais, acessível por meio das narrativas dos sujeitos.

A pesquisa foi conduzida conforme as recomendações do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ), em consonância com as diretrizes da rede EQUATOR, visando assegurar rigor metodológico e transparência na descrição e interpretação dos dados qualitativos.

Equipe de pesquisa

A equipe foi composta por três pesquisadoras: duas enfermeiras doutoras com experiência em pesquisa e especialização clínica em amamentação, e uma estudante de Enfermagem previamente capacitada para as entrevistas. Uma das pesquisadoras possuía treinamento formal em pesquisa qualitativa, atuando na supervisão analítica.

Participaram do estudo seis casais de mulheres lésbicas que vivenciaram amamentação individual ou conjunta por no mínimo um mês. O recrutamento ocorreu por estratégias intencionais e em rede, aproximando-se da técnica “bola de neve”⁽¹⁴⁻¹⁵⁾, com apoio de consultoras de amamentação Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais/Transgêneros/Travestis, Queer, Assexuais, Pansexuais, Não Binários e Intersexo (LGB-TQIAPN+), associações, pesquisadores e influenciadoras digitais. Uma participante, previamente conhecida por uma das autoras, foi incluída intencionalmente, sendo esta a única entrevista presencial. As demais foram recrutadas via *Instagram*, por formulário, mensagens privadas, *hashtags* e “perfis sugeridos”.

A inclusão da participante previamente conhecida foi problematizada durante a análise, adotando-se postura reflexiva e discussão coletiva para minimizar vieses. A suficiência amostral foi definida pela recorrência temática e ausência de novos elementos nas entrevistas finais. Foram incluídos casais em união estável há pelo menos dois anos, com filhos biológicos ou adotivos, que vivenciaram a amamentação e possuíam acesso à internet e plataformas digitais.

Coleta dos dados

A coleta ocorreu entre abril de 2024 e fevereiro de 2025, por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas predominantemente *on-line*, via *Google Meet*, chamada telefônica ou *WhatsApp*, em razão da distribuição geográfica das participantes em diferentes estados do Brasil. Os encontros ocorreram em locais privativos escolhidos pelas participantes, garantindo

conforto e confidencialidade. Também foram ofertadas modalidades por mensagens de texto e áudios via *WhatsApp*, considerando as demandas de cuidado, trabalho e rotina familiar.

As entrevistas conjuntas buscaram compreender a dimensão relacional da co-parentalidade e da amamentação compartilhada, possibilitando acessar negociações e construções coletivas entre as mães. Reconhece-se, contudo, que esse formato pode ter limitado a expressão de experiências individuais e divergências conjugais. Seguiu um roteiro previamente elaborado, com questões norteadoras como: Como se deu a experiência de vocês com a amamentação? e Como foi o apoio dos profissionais de saúde?. Com duração média de 30 minutos, foram gravadas em áudio, mediante consentimento, e transcritas integralmente.

Para garantir anonimato, os casais foram identificados pela letra “C” seguida do número da entrevista (C1–C6). Em cada casal, diferenciou-se mãe gestante (MG) e mãe não gestante (MNG). Não havia relação prévia entre pesquisadoras e participantes, exceto no caso da participante incluída intencionalmente.

Análise dos dados

Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática⁽¹⁶⁾. Inicialmente, realizou-se leitura flutuante das transcrições para familiarização com o *corpus*. Em seguida, procedeu-se à codificação aberta manual das unidades de sentido, com construção indutiva de códigos iniciais. Posteriormente, os códigos foram agrupados por similaridade e convergência temática, originando categorias interpretativas continuamente revisadas quanto à coerência interna e representatividade dos sentidos expressos pelas participantes.

A análise foi conduzida independentemente por duas pesquisadoras, que posteriormente compararam códigos e categorias em reuniões de discussão até a construção de consensos analíticos. Divergências foram debatidas criticamente, fortalecendo a confiabilidade do processo.

Considerou-se a reflexividade das pesquisa-

doras ao longo do estudo, reconhecendo-se que suas trajetórias na saúde materno-infantil e amamentação poderiam influenciar pressupostos favoráveis ao aleitamento materno e ao cuidado centrado na família. Tais assunções foram continuamente problematizadas, buscando-se uma postura analítica crítica e ancorada nas narrativas das participantes.

Aspectos éticos

O estudo atendeu à Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, com aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 79206424.0.0000.5147; Parecer nº 6.946.963/2024). As participantes consentiram por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Considerando tratar-se de grupo historicamente marginalizado, adotaram-se cuidados relacionados à ética relacional, com atenção à proteção simbólica e minimização de riscos de exposição indireta, garantindo anonimato, confidencialidade e condução respeitosa das entrevistas.

Utilizou-se a ferramenta de Inteligência Artificial Grammarly®, exclusivamente para revisão gramatical, ortográfica e aprimoramento da coerência textual, sem interferência no conteúdo científico ou autoria do manuscrito.

Resultados

Foram entrevistados seis casais de mulheres lésbicas, sendo que, em dois casos, ambas as mães compartilharam a amamentação e, nos outros quatro, apenas a mãe gestante amamentou. Quanto à raça autorreferida, 11 mulheres se consideram brancas, dessas, três mulheres possuíam entre 25 e 30 anos, quatro entre 31 e 35 anos, duas entre 36 e 40 anos e duas possuíam 40 anos ou mais. Quanto à escolaridade, oito possuíam nível superior e renda fixa superior a um salário-mínimo. Quatro casais apresentavam um filho cada, oriundo de gestação de feto único, enquan-

to dois casais tinham dois filhos cada, provenientes de gestações gemelares. Entre as mães gestantes (MG), uma teve parto vaginal e cinco, parto cesariano.

A análise qualitativa dos relatos permitiu a construção de três categorias temáticas relacionadas à experiência da formação familiar em casais de duas mães e às vivências no manejo da lactação: Invisibilidade no cuidado e impactos na amamentação; Amamentação entre mães: entre inseguranças e construção do cuidado; Barreiras ao apoio e à vivência da amamentação entre mães.

Invisibilidade no cuidado e impactos na amamentação

Nesta categoria, os casais descreveram o planejamento conjunto da gestação como um processo compartilhado de discussões, acordos e tomadas de decisão. Esse planejamento envolveu a definição do tipo de parto, a escolha da equipe multiprofissional e a inclusão de uma doula, evidenciando a busca por um cuidado alinhado às expectativas e necessidades do casal, conforme ilustrado no relato a seguir: *É...a gente planejou... planejou o parto domiciliar, com uma equipe de três enfermeiras obstetras uma doula, aí tinha a pediatra e a gente fez o pré-natal inteiro só com enfermeira obstetra e os ultrassons a parte, mas, a gente fez até mais ultrassom do que precisava pra ter certeza de que estava tudo bem (C2 – MG).*

Durante o pré-natal, os casais relataram ausência de orientações sobre a amamentação compartilhada entre as duas mães. As MNG relataram não se sentir incluídas no processo gestacional, sendo frequentemente percebidas apenas como acompanhantes. A posição atribuída à MNG nos serviços de saúde revelou uma hierarquização biológica da maternidade, na qual o reconhecimento parental permanece predominantemente vinculado à experiência gestacional. Nesse contexto, a MNG era frequentemente posicionada como acompanhante, e não como sujeito participante do processo de cuidado.

Outro ponto destacado foi a falta de informações sobre métodos de fertilização, custos envolvidos

e possibilidades de participação familiar, o que dificultou o acesso e a tomada de decisões sobre os serviços disponíveis: *Esse médico que atendia pelo convênio...sabia que era uma família de duas mães, mas em nenhum momento ele me incluía em nada...como se eu não existisse na verdade em todas as consultas que eu acompanhei ela do pré-natal... Então foi isso, e de eu saber que eu poderia amamentar, acho que foi mais de rede social... através do Instagram... acompanhando outras mães...algumas mães também do nosso convívio pessoal que a gente já conhecia e que eu acho que acabou falando pra gente... (C4 – MNG). A gente não conhecia quase nenhuma história de dupla maternidade, então éramos um casal de mulheres que não sabia como fazer pra ter um filho na ausência de um sêmen... acho que isso é uma grande questão para muitos casais de mulheres, né? se fala muito pouco sobre os processos de possibilidade de constituição de uma família, então a gente teve que ir atrás dessas informações, entender um pouco como funcionava, entender como era uma clínica, custos e ir lá na clínica... (C5 – MNG).*

A exclusão da MNG das interações clínicas evidencia que o reconhecimento da parentalidade permanece ancorado na gestação biológica. Ao relatar sentir-se “como se não existisse”, a participante explicita a deslegitimação da maternidade por serviços de saúde ainda centrados em modelos heterocentros e biologicamente hierarquizados. Nesse contexto, a reprodução assistida constituiu espaço de negociação sobre corpo, maternidade e pertencimento parental, envolvendo decisões sobre óvulos, transferência embrionária e definição de qual mãe gestaria, atravessadas por fatores como idade, desejo individual e significados atribuídos à maternidade: *No processo de inseminação, a gente fez a inseminação com os meus óvulos e a minha companheira que gestou, primeiro a gente fez todo o processo, a gente... enfim, coletou os óvulos, congelados... e até a gente amadurecer melhor a questão. Porque na verdade, quando eu decidi fazer o congelamento dos óvulos, era por uma questão de idade, e aí a gente fez e depois a minha companheira que... na hora de fazer a transferência não é, dos óvulos, a minha companheira queria muito gestar... e ... eu nunca tive vontade de gestar, eu sempre tive vontade de ser mãe, então pra mim o ser mãe era independente da gestação (C6 – MG).*

Os relatos indicam que o acesso à parentalidade foi construído por meio de intenso trabalho informacional realizado pelas próprias participantes, des-

locando para o âmbito privado responsabilidades que deveriam ser assumidas institucionalmente pelos serviços de saúde. A necessidade de buscar informações em redes sociais, contatos pessoais e experiências de outras mães evidencia que o reconhecimento da dupla maternidade permanece pouco incorporado às práticas assistenciais.

Amamentação entre mães: entre inseguranças e construção do cuidado

As narrativas evidenciaram o desejo de participação de ambas as mães na amamentação como prática de vínculo e cuidado compartilhado. Contudo, as experiências foram heterogêneas, envolvendo desde o desejo de fortalecer o vínculo parental até insegurança, limitações fisiológicas, sobrecarga e menor interesse na lactação. Independentemente da coamamentação, emergiram sentimentos de medo, insegurança e despreparo, relacionados à escassez de orientações específicas e ao limitado suporte institucional à parentalidade compartilhada, conforme ilustrado no relato a seguir: *O que ficou foi um aprendizado, uma experiência de que um próximo filho eu com certeza vou amamentar... (C4 – MNG). A amamentação ela é uma coisa que eu tinha muito medo, muito medo... eu tinha muito medo de doer muito, porque a gente sempre vê muitas histórias, muito difíceis, já conversei com diversas pessoas que tiveram processos difíceis... então eu procurei muita informação depois que eu engravidei e eu não ouvi ninguém, porque todo mundo tem uma dica muito doida... Então eu fui procurar essas informações e fui procurar o Banco de Leite do SUS também, que foi assim, muito... foi primordial pra minha amamentação, mas eu já fui apavorada (C6 – MG).*

Embora a amamentação fosse frequentemente associada à construção do vínculo materno, os relatos também evidenciaram sentimentos ambivalentes, marcados simultaneamente por desejo, medo, pressão e exaustão diante das exigências físicas e emocionais do processo.

Nos casos de amamentação compartilhada, as mães relataram o uso de protocolos de indução da lactação, incluindo medicamentos, extração manual e bombas de leite: *Mas foi um processo trabalhoso né, foi muito*

desafiador assim, com medicamento, tomando medicamento todos os dias, ordenhando com a bomba de 3h em 3h até de madrugada, então eu acordava simplesmente como se as bebês já existissem... (C1 – MNG). Como o processo da indução foi um processo simples, mas com uma rotina bastante extenuante... comecei a tomar essa medicação e comecei já a estimular junto com a bombinha... isso também acho que me preparou pra essa rotina do que seria quando as crianças nascessem... (C5 – MNG).

A indução da lactação ultrapassou o manejo técnico do corpo e da produção de leite, configurando-se como estratégia de reconhecimento da maternidade não gestante e construção do pertencimento parental. Contudo, o processo foi marcado por exigências físicas e emocionais, envolvendo ordenhas, uso de medicações, adaptações corporais e reorganização do cotidiano. Em alguns casos, a coamamentação esteve associada a desgaste, sobrecarga e desafios emocionais no cuidado compartilhado.

Barreiras ao apoio e à vivência da amamentação entre mães

Os relatos evidenciaram a reorganização familiar após o nascimento, com destaque para a co-maternidade na divisão dos cuidados com o bebê. A parentalidade foi construída por arranjos flexíveis, nos quais a participação de ambas as mães nem sempre esteve associada à amamentação compartilhada. A divisão do cuidado ocorreu de forma heterogênea: em algumas experiências, a amamentação permaneceu concentrada na mãe gestante, enquanto a MNG assumiu funções complementares, evidenciando diferentes negociações sobre vínculo e participação parental no cotidiano do cuidado: *A minha companheira acabou saindo do trabalho... então ela saiu do emprego dela, hoje ela tá trabalhando de casa, aí ela consegue ficar com as meninas (C1 – MG). Quando ela estava com cinco meses e meio que eu voltei a trabalhar, outra mãe que ficou cuidando dela... até um ano ela que cuidava o dia todo da criança e começou a dar o peito dela como uma chupeta (C3 – MG).*

A centralidade das redes sociais como fonte de informação evidencia a fragilidade do suporte institucional oferecido pelos serviços de saúde. Nesse cenário, o acesso ao conhecimento sobre indução da

lactação e dupla maternidade ocorreu predominantemente por circuitos informais de troca entre mulheres, deslocando para redes digitais funções educativas e de apoio tradicionalmente atribuídas aos serviços de saúde: *Cara, acho que a nossa fonte de informação foi muito escassa, não é ...minha fonte mais segura foram as redes sociais, Facebook e Instagram... foi assim que a gente achou a clínica, a doula e a consultora de amamentação (C5 – MNG).*

A negação da licença-maternidade à MNG explicita que o reconhecimento jurídico e institucional da parentalidade ainda permanece fortemente associado à gestação biológica. Essa limitação repercutiu diretamente nas possibilidades de participação no cuidado e na vivência da co-maternidade: *Porque na minha condição de mãe lésbica não gestante, eu não tive o meu direito à licença-maternidade... e por isso eu abri mão, não por uma questão de desejo (C6 – MNG).*

A ausência de reconhecimento legal da licença-maternidade para a MNG evidencia limites institucionais à co-maternidade, condicionando a parentalidade compartilhada ao reconhecimento jurídico e trabalhista de ambas como mães legítimas. Essas barreiras revelam que a amamentação em casais de mulheres é atravessada por processos de legitimação e invisibilização parental, uma vez que serviços de saúde e instituições sociais ainda operam predominantemente com modelos centrados na maternidade biológica.

Discussão

Os achados revelam que o reconhecimento institucional da parentalidade ainda permanece fortemente ancorado na gestação biológica, limitando a legitimidade da co-maternidade nos serviços de saúde. As experiências das participantes evidenciam que a parentalidade lésbica é continuamente negociada entre desejo, vínculo afetivo, reconhecimento social e validação institucional. Nesse contexto, a ausência de acolhimento e de orientações específicas para casais de mulheres reforça práticas heterocentradas que invisibilizam formas compartilhadas de cuidado e maternidade^(10-12,17-20).

Sob essa perspectiva, a amamentação ultrapassa dimensões nutricionais e biológicas, configurando

do-se como prática de afirmação do pertencimento parental. Para muitas participantes, amamentar significava ocupar simbolicamente o lugar de mãe, tornando-se estratégia de legitimação da maternidade da mulher não gestante⁽⁵⁾. Assim, a coamamentação e a indução da lactação podem ser compreendidas não apenas como práticas de cuidado infantil, mas também como formas de reivindicação de reconhecimento parental em contextos nos quais a legitimidade materna permanece associada à gestação e à biologia⁽⁹⁻¹⁰⁾.

O planejamento gestacional foi marcado por corresponsabilidade e negociações sobre corpo, maternidade e pertencimento parental. A reprodução assistida mostrou-se central para viabilizar a parentalidade entre os casais, embora persistam barreiras informacionais, financeiras e institucionais que limitam o exercício equitativo da parentalidade⁽²⁰⁻²⁴⁾. Os achados sugerem ainda que o acesso à reprodução assistida, às consultorias especializadas e às informações sobre indução da lactação esteve relacionado às condições socioeconômicas das participantes, evidenciando desigualdades sociais que atravessam as experiências de parentalidade e amamentação em casais de mulheres.

A exclusão da mãe que não gestou das interações clínicas evidencia dificuldades institucionais em reconhecer a dupla maternidade como configuração familiar legítima. A ausência de orientações sobre amamentação compartilhada e possibilidades reprodutivas reforça uma assistência ainda centrada em modelos biologizantes de maternidade, condicionando o reconhecimento da mãe que não gestou à validação institucional e social^(17,20).

Os relatos indicam que o aleitamento assume dimensões afetivas, identitárias e relacionais⁽¹²⁾. Contudo, as experiências de coamamentação foram heterogêneas: enquanto algumas mulheres desejavam compartilhar a lactação para fortalecer o vínculo parental, outras relataram limitações fisiológicas, sobrecarga, insegurança ou menor desejo de participar diretamente desse processo^(21-22,25).

A indução da lactação emergiu como experiência que ultrapassa o manejo técnico da produção de leite, configurando-se também como prática de reco-

nhecimento da maternidade não gestante⁽²⁶⁻²⁸⁾. Como estratégia de vinculação parental, envolveu ordenhas, uso de medicações, adaptações corporais e reorganização do cotidiano. Os relatos evidenciaram que o desejo de amamentar esteve relacionado à construção do pertencimento parental e ao cuidado compartilhado, embora o processo também tenha sido marcado por desgaste físico, sobrecarga emocional e desafios cotidianos⁽²³⁻²⁴⁾.

Apesar da existência de protocolos clínicos para indução da lactação, o acesso a informações e acompanhamento especializado ainda é limitado e frequentemente dependente da iniciativa individual das mulheres. Os achados sugerem que a viabilidade da coamamentação depende não apenas de aspectos fisiológicos, mas também do reconhecimento institucional da mãe que não gestou como potencial lactante legítima^(1,5-6,25-27).

Algumas participantes relataram sentimentos de afastamento do papel parental e arrependimento por não terem participado diretamente da amamentação, sobretudo diante da percepção tardia de que existiam possibilidades de indução da lactação anteriormente desconhecidas. Nesse contexto, a ausência de suporte profissional e de informações qualificadas interfere diretamente nas possibilidades de participação da mãe que não gestou no cuidado e na vivência da parentalidade compartilhada⁽⁹⁾.

Os relatos evidenciaram ainda que a amamentação compartilhada exige elevado comprometimento emocional, disponibilidade de tempo e reorganização da rotina familiar. Muitas participantes relataram sobrecarga associada às demandas de ordenha frequente, cuidados contínuos com o lactente e dificuldades de conciliação entre maternidade, trabalho e vida pessoal. A ausência de direitos trabalhistas, como licença-maternidade para a mãe que não gestou, impactou diretamente a viabilidade da co-amamentação e limitou as possibilidades de participação de ambas no cuidado cotidiano^(21-22,26-27).

A predominância de mulheres brancas e com maior escolaridade na amostra evidencia que o acesso às tecnologias reprodutivas, às consultorias especiali-

zadas e às informações qualificadas é atravessado por desigualdades estruturais de raça e classe. Embora o estudo não tenha sido delineado especificamente a partir de uma abordagem interseccional, os achados sugerem que marcadores sociais como raça, classe e escolaridade influenciam as possibilidades de acesso ao cuidado, ao suporte profissional e ao reconhecimento institucional. Nesse sentido, as experiências de parentalidade e amamentação em casais de mulheres mostraram-se heterogêneas e moduladas por diferentes condições sociais e econômicas⁽²⁸⁾.

A dependência de redes sociais e informais como principal fonte de informação e apoio evidencia que o acesso à co-amamentação e à indução da lactação ainda ocorre de forma pouco institucionalizada. Essa dinâmica revela que o reconhecimento da maternidade lésbica, inclusive no campo do aleitamento, permanece frequentemente sustentado por iniciativas individuais e circuitos informais de troca, e não por diretrizes assistenciais consolidadas. Assim, torna-se necessário ampliar a formação profissional, construir protocolos inclusivos e fortalecer políticas públicas que reconheçam as diferentes configurações familiares e assegurem cuidado equitativo às famílias formadas por duas mães^(17,28-29).

Embora a Política Nacional de Saúde Integral LGBT recomende a construção de protocolos específicos para lésbicas e travestis, sua implementação permanece incipiente⁽²⁹⁾. Nesse cenário, a indução da lactação e a co-amamentação configuram-se não apenas como práticas de cuidado infantil, mas também como estratégias de afirmação da maternidade lésbica. A ampliação do acesso a informações, suporte técnico e reconhecimento institucional constitui passo fundamental para que a amamentação compartilhada deixe de ocupar posição marginal e passe a ser reconhecida como possibilidade legítima no cuidado materno-infantil.

Limitações do estudo

Entre as limitações do estudo, destacam-se o recrutamento predominantemente digital, que pode ter favorecido participantes com maior acesso a infor-

mação e redes de apoio, e a composição da amostra, majoritariamente formada por mulheres brancas, com maior escolaridade e acesso a tecnologias reprodutivas. As entrevistas conjuntas e os diferentes formatos de coleta podem ter influenciado a profundidade e autonomia das falas. Além disso, a pequena diversidade regional e o número reduzido de participantes limitam a transferibilidade dos achados.

Contribuições para a prática

O estudo deu visibilidade às experiências de amamentação em casais de mulheres lésbicas, ainda pouco exploradas na literatura, evidenciando implicações para a prática em saúde, especialmente na Enfermagem. Os achados apontam para a necessidade de inclusão de conteúdos sobre diversidade sexual, co-maternidade e manejo da lactação em diferentes configurações familiares na formação e educação permanente dos profissionais, além do desenvolvimento de diretrizes e protocolos assistenciais mais inclusivos sobre indução da lactação e co-amamentação. Reforça-se, assim, a importância de uma assistência centrada na família, orientada pela equidade e pelo reconhecimento da diversidade parental nos serviços de saúde.

Conclusão

Este estudo permitiu compreender que as experiências de amamentação em casais de mulheres lésbicas são construídas de forma compartilhada, envolvendo negociações sobre gestação, cuidado e participação na amamentação. A amamentação foi vivenciada não apenas como prática de alimentação do bebê, mas também como experiência relacional vinculada à construção da co-maternidade, ao fortalecimento de vínculos e ao reconhecimento da maternidade não gestante, especialmente nos casos de indução da lactação e co-amamentação.

As narrativas também evidenciaram inseguranças, sobrecarga e barreiras institucionais relacionadas à escassez de informações, à ausência de orientações específicas e ao limitado reconhecimento da parenta-

lidade em casais de duas mães nos serviços de saúde. Os achados indicam que as experiências de amamentação nesse contexto são atravessadas por dimensões afetivas, sociais e institucionais que influenciam a forma como o cuidado e a parentalidade são vivenciados.

Contribuição dos autores

Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados: **Carmo ZDR, Carvalho NA, Emidio SCD**. Redação do manuscrito ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; Aprovação final da versão a ser publicada; Concordância em ser responsável por todos os aspectos do manuscrito relacionados à precisão ou integridade de qualquer parte sejam investigadas e resolvidas adequadamente: **Carmo ZDR, Paraíso AF, Fernandes LCR, Andrade e Silva E, Carvalho NA, Emidio SCD**.

Disponibilidade de dados

Os autores informam que os dados que sustentam os achados deste estudo estão disponíveis mediante solicitação ao autor correspondente, desde que acompanhada de justificativa, respeitando-se os aspectos éticos e a confidencialidade das participantes.

Referências

1. Fernandes LCR, Sanfelice CFO, Carmona EV. Lactation induction in women who never got pregnant: Experience report. *Esc Anna Nery*. 2022;26:e20210056. doi: <https://dx.doi.org/10.34019/1982-1247.2022.v16.30075>
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos – versão resumida [Internet]. 2021 [cited Feb 4, 2026]. Available from: <http://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/g/guia-alimentar-para-criancas-brasileiras-menores-de-2-anos>
3. World Health Organization (WHO). Infant and young child feeding: key facts [Internet]. 2023 [cited Feb 4, 2026]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
4. Machado MED, Christoffel MM, Velarde LGC, Linares AM, Silveira ALD, Gomes ALM, et al. Prática dos profissionais da saúde em aleitamento materno e fatores associados: estudo transversal. *Online Braz J Nurs*. 2023;22:e20236646. doi: <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20236646>
5. Schnell A. Successful co-lactation by a queer couple: a case study. *J Hum Lact*. 2022;38(4):644-50. doi: <https://doi.org/10.1177/08903344221108733>
6. Tordoff DM, Lunn MR, Ariel D, Crowe S, Lubensky ME, Flentje A, et al. Breastfeeding and chestfeeding experiences of cisgender sexual minority women, transgender, and gender diverse parents. *J Hum Lact*. 2025;42(1):82-93. doi: <https://dx.doi.org/10.1177/08903344251391163>
7. Marandi SA, Zanjani NE, Ravari M, Mazloom M, Khanlou ZM, Kasaeian A. Induced lactation in non-gestational mothers in Iran: outcomes and predictors of breastfeeding success. *Arch Iran Med*. 2025;28(3):135-9. doi: <http://doi.org/10.34172/aim.33516>
8. Gargiulo-Welch S, Parker G, Miller S. The lactation and chestfeeding/breastfeeding information, care and support needs of trans and non-binary parents: an integrative literature review. *N Z Coll Midwives J*. 2023;59:47-55. doi: <https://doi.org/10.12784/nzcomjnl59.2023.6.47-55>
9. Jenkins V, Everett B, Steadman M, Mollborn S. Breastfeeding initiation and continuation among sexual minority women. *Matern Child Health J*. 2021;25(11):1757-65. doi: <https://dx.doi.org/10.1007/s10995-021-03218-z>
10. Juntreal NA, Spatz DL. Breastfeeding experiences of same-sex mothers. *Birth*. 2020;47(1):21-8. doi: <https://doi.org/10.1111/birt.12470>
11. Jenkins V, Everett BG, Steadman M, Mollborn S. Breastfeeding initiation and continuation among sexual minority women. *Matern Child Health J*. 2021;25(11):1757-65. doi: <https://dx.doi.org/10.1007/s10995-021-03218-z>
12. Bolissian AM, Ferreira BEC. Aleitamento humano e a perspectiva da interseccionalidade queer: contribuições para a prática inclusiva. *Interface (Botucatu)*. 2023;27:e22044. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/interface.220440>

13. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas; 2002.
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2014.
15. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*. 2014;22(44):203-20. doi: <https://dx.doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.10977>
16. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2016.
17. Fernández DL. Maternidad lesbiana: otra cara del cambio social. *Áreas Rev Int Cienc Soc*. 2021;42:65-9. doi: <https://doi.org/10.6018/areas.468791>
18. Geerts A. Making a family: kinning and conception in lesbian families. *J Homosex*. 2025;73:327-48. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/00918369.2025.2469579>
19. Soled KRS, Hoatson T, Monseur B, Everett B, Chakraborty P, Reynolds CA, et al. Differences in medically assisted reproduction use by sexual identity and partnership: a prospective cohort of cisgender women. *Hum Reprod*. 2024;39(6):1323-35. doi: <http://doi.org/10.1093/humrep/deae077>
20. Gomes R, Toma TS, Silva JDL, Domene FM, Silva A. Homoparenting as a public health issue: a scoping review. *Rev Saude Publica*. 2023;57:80. doi: <http://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057005447>
21. Brandão P, Ceschin N, Gómez VH. The pathway of female couples in a fertility clinic. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2022;44(7):660-6. doi: <https://doi.org/10.1055/s-0042-1744444>
22. Ril SY, Oliveira Junior JB, Cunha e Mello MM, Portes VM, Moretti-Pires RO. "You only have one mother!": institutional violence in experiences of double motherhood in healthcare. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2024;29:e19802023. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024294.19802023EN>
23. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM nº 2.013, de 15 de maio de 2013- Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida, anexas à presente resolução, como dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos e revoga a Resolução CFM nº 1.957/10 [Internet]. 2013 [cited Feb 4, 2026]. Available from: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolu%C3%A7%C3%A3ocfm2013.pdf>
24. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM nº 2.168, de 9 de novembro de 2017- Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida [Internet]. 2017 [cited Feb 4, 2026]. Available from: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2168>
25. Santos MA, Minari AB, Oliveira-Cardoso EA. Lesbian and bisexual couples experiencing dual motherhood: (dis)encounters in the provision of healthcare. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2024;29:e19732023. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232024294.19732023EN>
26. Cazorla-Ortiz G, Obregón-Guitérrez N, Rozas-Garcia MR, Goberna-Tricas J. Methods and success factors of induced lactation: a scoping review. *J Hum Lact*. 2020;36(4):739-49. doi: <https://doi.org/10.1177/0890334420950321>
27. Szymoniak K, Szczurowska A, Zimny M, Sipak-Szmigiel O, Cwiek D. Non-heteronormative women's views on motherhood. *Pomeranian J Life Sci*. 2025;71:69-75. doi: <http://dx.doi.org/10.21164/pomjlifesci.1080>
28. Goldberg A. LGBTQ-parent families: diversity, intersectionality, and social context. *Curr Opin. Psychol*. 2022;49:101517. doi: <https://dx.doi.org/doi:10.1016/j.copsyc.2022.101517>
29. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais [Internet]. 2013 [cited Feb 4, 2026]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons