

Relatos de experiência

Aleitamento humano e a perspectiva da interseccionalidade queer: contribuições para a prática inclusiva

Human lactation and the perspective of queer intersectionality: contributions towards an inclusive practice (abstract: p. 13)

Lactancia humana y la perspectiva de la interseccionalidad queer: contribuciones para la práctica inclusiva (resumen: p. 13)

Annie Mellem Bolissian^(a)

<anniebolissian@estudante.ufscar.br> 

Brenda Emanuely de Campos Ferreira^(b)

<brenda@estudante.ufscar.br> 

continua pág. 9

^(a) Graduanda do curso de Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Carlos (Ufscar). São Carlos, SP, Brasil.

^(b) Graduanda do curso de Medicina, Ufscar. São Carlos, SP, Brasil.

continua pág. 9

Resumo

Este artigo tem como objetivo refletir sobre a importância da linguagem neutra no campo do aleitamento humano, a partir da perspectiva da interseccionalidade *queer*. Em 2013, foi publicada a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais, porém, serviços e profissionais de saúde carecem de instrução e capacitação para atender às necessidades de saúde da população LGBTQIA+, que não se encaixa no padrão da heterocisnormatividade. A promoção ao aleitamento encontra entraves, como a ausência do uso da linguagem neutra nos atendimentos, da aplicação de conhecimento e práticas de indução da lactação e a compreensão de que pessoas cis e trans gestam e podem amamentar, se assim o desejarem. Assim, consideramos que práticas em saúde e reflexões de cuidado a partir da interseccionalidade *queer* tem potencial para desconstruir a heterocisnormatividade, aqui, por meio da proposta da linguagem neutra.

Palavras-chave: Aleitamento. Minorias sexuais e de gênero. Interseccionalidade.

Introdução

A amamentação, há mais de um século, está sob intervenção das políticas do Estado brasileiro¹. Trata-se de uma ação que, isoladamente, é capaz de trazer inúmeros benefícios, como a redução da mortalidade infantil^{2,3}. A associação entre amamentação e mulheres cis se expressa desde a nomenclatura “aleitamento materno” presente nos discursos, no cotidiano, nas práticas em saúde e nas diferentes formas de comunicação em saúde, quanto nas publicações oficiais do Estado e em políticas públicas⁴. A construção da amamentação enquanto função materna tem se dado por meio da máxima de que, por terem mamas, mulheres cis são insubstituíveis no cuidado com bebês e na amamentação, naturalizando o imaginário de um fenômeno complexo e biopsicossocial em bases essencialmente biológicas⁵. Assim, o aleitamento vem sendo definido, dentro do escopo da divisão sexual do trabalho, como papel de responsabilidade de mulheres⁵ cis, a partir do olhar da heteronormatividade.

Temáticas suscitadas após o parto, como o aleitamento, é campo histórico de discussão nos e dos movimentos feministas⁶. As feministas negras e os movimentos sociais de lésbicas, gays, bissexuais, transsexuais e travestis, *queers*, intersexos, assexuais e outras orientações sexuais e afetivas que diferem da lógica hétero e cisnormativa (LGBTQIA+) têm colocado para este campo a necessidade de se discutir a complexidade da amamentação como um fenômeno social e de diversidade de gênero e sexualidades⁷⁻⁹.

No Brasil, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais traz como objetivo geral “promover a saúde integral dessas pessoas, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS [Sistema Único de Saúde] como sistema universal, integral e equitativo”¹⁰ (p. 18). Percebe-se que, com a implementação do SUS e da Constituição Cidadã em 1988, houve maior permeabilidade de pautas das minorias sociais. No entanto, também se discute que houve demora considerável para que essa permeabilidade assumisse o formato de políticas públicas¹¹.

Socialmente, o protagonismo da reprodução, criação e cuidado das crianças segue, majoritariamente, associado à mulher cis-heterossexual¹². Porém, com a ascensão dos direitos familiares adquiridos na última década pela população LGBTQIA+, diferentes composições familiares passaram a ser legitimadas pela lei¹³.

Os avanços sociais, legais e médicos pautados pela discussão de gênero nos últimos anos colaboraram para o deslocamento da mudança no padrão heteronormativo e cisgênero, bem como no perfil das pessoas que gestam, amamentam e exercem papel parental¹⁴. Assim, com a implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais, percebeu-se que os/as/es profissionais de saúde, embora “aceitem” novas configurações familiares, estão pouco instrumentalizados/as/es no que se refere à linguagem neutra, às técnicas de indução da lactação em casais homoparentais femininos^{14,15} e à compreensão sobre homens trans que gestam e amamentam¹⁶, ou seja, embora a política tenha marcado um avanço nas questões da saúde LGBTQIA+, as discussões sobre a parentalidade e amamentação são ausentes.

Os serviços de saúde são frequentemente apontados como produtores de violências e discriminação por meio de diversas formas. A lógica dos serviços de saúde é da heterocisnormatividade, pois a assistência no aleitamento é generificada e exclusiva para usuárias mulheres cisgêneras, o que inviabiliza a atenção a homens trans em decorrência da não conformidade entre sexo biológico e identidade de gênero vivenciada por eles¹⁷. Esse corpo não é visto como passível de vivenciar a amamentação. Assim, se para aqueles/as que não realizaram retificação do registro civil o reconhecimento de sua identidade de gênero, paradoxalmente, pode invisibilizar a necessidade dessas modalidades de atenção. Para os/as que passaram por esse processo, isso é um problema burocrático dado que, no Brasil, a oferta desses cuidados não está prevista para pessoas designadas com o gênero masculino¹⁸.

A linguagem neutra neste trabalho dá-se como uma ferramenta fundamental para a atenção à saúde. Longe de sermos inocentes e ignorarmos a complexidade que é a desconstrução da ordem normalizadora vigente nos serviços e nas práticas em saúde, consideramos tal linguagem não apenas uma maneira de se reportar às pessoas, mas também uma possibilidade de reconhecimento das diferenças, pois:

[...] a textualidade e seus significados e significantes produzem e constituem sujeitos; os espaços cotidianos onde se dão as práticas de educação e de saúde devem ser desestabilizadores de um *status quo* normalizador; e as vozes locais, as pequenas narrativas devem ocupar um espaço essencial na desconstrução da diferença¹⁹. (p. 80)

Nos estudos sobre gênero, o rompimento com a norma binária e heteronormativa; e a consciência sobre o exercício de poder constante das instituições sobre os corpos e sexualidade nos levam à seguinte indagação: é possível romper com os binarismos e pensar a sexualidade e os gêneros de uma forma plural, múltipla e cambiante no campo da amamentação? Dessa forma, anseia-se que, a partir da linguagem neutra no aleitamento, desconstruam-se – ou, pelo menos, desestabilize-se – os binarismos linguísticos e conceituais. Assim, este ensaio se propõe a refletir sobre a importância da linguagem neutra no campo do aleitamento humano, a partir da perspectiva da interseccionalidade *queer*.

Algumas considerações teóricas

Embora seja prerrogativa das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos da Saúde, a maioria dos/as/es profissionais que atende pessoas que amamentam são formados/as/es em cursos da área da Saúde, cujo ensino das diversidades ainda está aquém da realidade²⁰⁻²². Assim, torna-se importante explicar brevemente alguns conceitos que são utilizados neste texto.

Gênero se refere a um elemento constitutivo das relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos biológicos, sendo um campo de articulação de poder¹⁷. É comum considerar gênero como uma categoria estática e dual, a partir do feminino (vagina) e masculino (pênis)²². Neste artigo, assume-se a conceituação de

Gomes, Murta, Facchini e Meneguel¹⁷, na qual gênero é uma categoria dinâmica e está articulada com as sexualidades e as transgeneridades.

Dessa forma, estão incluídas as pessoas que não se identificam com sexo designado ao nascimento (travestis, transexuais, pessoas com identidade não binária, intersexuais ou *queer*), que são diferentes de pessoas cisgênero, ou seja, que se identificam com o sexo designado ao nascimento²³. Assim, busca-se neste texto fugir da norma na amamentação, entendendo que as marcas da normalidade, dentro do aleitamento, estão colocadas por uma biopolítica voltada para a amamentação²⁴, de forma que mulheres cis em relacionamentos heteroafetivos “naturalmente” amamentam²⁵. Essa pretensa naturalização passa pela hierarquização colocada sobre os corpos, bem como pela sexualização das mamas⁶.

Reconhecer a diversidade de gênero e sexual entre as práticas de lactação é um importante marco para justiça social e reprodutiva. A análise interseccional de gênero sobre a lactação reconhece que as formas de opressão não impactam todas as pessoas LGBTQIA+ da mesma maneira⁸. Ou seja, é preciso reconhecer que há diferentes processos na produção de saúde e cuidado; em outras palavras, diferentes processos opressores – como racismo, LGBTfobia, xenofobia, entre outros – produzem e perpetuam iniquidades sociais e de saúde²⁵. Nesse sentido, assumimos para este ensaio o conceito de “justiça reprodutiva” como uma perspectiva crítica aos direitos sexuais e reprodutivos, pois “em sua versão institucionalizada e pragmática do cotidiano dos serviços de saúde, acaba recebendo uma ênfase (indevida) baseada na escolha individual da mulher, não situada social e relacionalmente”²⁶. Justiça reprodutiva é um campo interdisciplinar que, combinado à justiça social, compreende a intersecção de fatores como raça, classe, presença ou ausência de deficiência e idade, que podem resultar em diferentes impactos sobre as pessoas LGBTQIA+ e suas famílias^{8,27}.

A heterocisnormatividade descreve como identidades, gêneros e corpos são produzidos por meio da regulação da sociedade, colocando corpos, pautas, normas e práticas heterossexuais de forma sempre naturalizada, em oposição à “não norma”, ou seja, pessoas LGBTQIA+^{8,11}. A justiça reprodutiva, por meio da crítica interseccional, questiona os fundamentos heteronormativos de família, parentalidade e, em consequência, das práticas após o nascimento, entre elas, a amamentação^{27,28}.

A teoria *queer* se preocupa com a crítica à normalização, reafirmando uma perspectiva da diferença¹⁹. Ela surge em meados dos anos 1990, em contraposição a uma identidade homossexual unificada. Assim, moveu-se na análise das desigualdades e de relações de poder dentro e fora das categorias fixas e dadas socialmente, como homem e mulher; e heterossexual e homossexual²⁹.

“*Queer*” significa “estranho, esquisito, extraordinário”. Significa colocar-se contra todos os tipos de normalização, em especial, a heteronormatividade. Para os teóricos/as/es *queer*, a oposição à heteronormatividade – onipresente na cultura ocidental moderna – poderia ser criticada e abalada por meio de procedimentos desconstrutivos²⁸⁻³⁰. A normalização da sexualidade e do gênero têm poder continuado e repetido de produzir aquilo que nomeiam e, assim, repete e reitera constantemente as normas dos gêneros na ótica heterossexual^{28,29}. No aleitamento humano, além de reforçar o cuidado solitário, natural e obrigatório da maternidade cis^{1,5}, a lógica

patriarcal e heteronormativa não vislumbra qualquer outra possibilidade de cuidado em amamentação, de forma que constrange pessoas e famílias LGBTQIA+ não somente por meio da linguagem utilizada nas políticas, nos congressos ou na prática clínica, mas também provocando violências que apagam esses sujeitos e suas famílias.

Para investir na reflexão de dominação dos discursos em torno do aleitamento humano no Brasil, é preciso incorporar à teoria *queer* uma análise interseccional, pois assim ela poderá dar conta da complexidade dos fatores históricos e políticos envolvidos no processo de amamentar. Uma pessoa/família LGBTQIA+ que amamenta não é somente LGBTQIA+, mas é também uma pessoa/família LGBTQIA+ brasileira. Assim, a história colonizadora escravista brasileira coloca sobre a amamentação e as questões de gênero outras formas de opressão: socioeconômica e racial. Dessa forma, é prerrogativa no enfrentamento às normas sexuais uma leitura interseccional da dominação³⁰.

A interseccionalidade considera que a ocorrência do racismo, do sexismo, da LGBTfobia e de suas intensidades sobre pessoas e grupos populacionais impacta de forma simultânea e sincrônica, não sendo possível separá-los ao longo da experiência de cada pessoa, família ou grupo^{9,31,32}. No campo da amamentação e da parentalidade, enquanto mulheres cis brancas estão em luta legítima para amamentarem em público⁵, pessoas negras LGBTQIA+ lutam para saírem do topo das estatísticas de violências^{33,34}. Assim, a perspectiva de uma interseccionalidade *queer*, ou dos estudos Queer of Color³⁰, problematiza e questiona a norma, pois uma simples leitura da orientação sexual ou da raça não dá conta da complexidade de vulnerabilização do sujeito.

(Re)pensar os papéis de gênero e aleitamento

Uma vez que o gestar, cuidar e amamentar não são intrínsecos ao gênero (feminino) e podem ocorrer em famílias não cis-heteronormativas, como na homoparentalidade feminina e na paternidade trans, é necessário (re)pensar a biopolítica no contexto do aleitamento¹², bem como o atendimento dessas famílias nos serviços de saúde.

Nas diferentes organizações familiares, a formulação e identificação com os papéis e funções parentais se iniciam com o planejamento reprodutivo e/ou familiar, o que, consequentemente, gera diferentes experiências do processo de concepção, gravidez, aleitamento e parentalidade dessas pessoas^{13,14}.

Para que essas famílias recebam cuidado qualificado, conforme previsto nos objetivos do SUS e reforçado pela Política Nacional de saúde integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais¹⁰, os/as/es profissionais e serviços de saúde devem estar capacitados para atenderem às necessidades específicas desta população. Alguns/mas/mes profissionais, por se aterem a condutas baseadas no padrão heteronormativo, omitem dessas famílias a possibilidade de induzirem a lactação e/ou impossibilitam dupla amamentação, privando esses conjuntos familiares de tal experiência e seus benefícios.

A formação em Saúde segue padrões heteronormativos e invisibiliza famílias que não seguem esses padrões, que se encontram espelhados na prática do/a/e profissional^{30,31} por meio do uso de expressões e palavras não inclusivas, prejudicando a formação de vínculo e o cuidado. São exemplos do uso de linguagem não

inclusiva a utilização de termos como “mãe” e “pai” em formulários e documentos institucionais³⁵, que marginalizam a parceria, assim como “aleitamento materno”, expressão que não inclui homens trans e pessoas não binárias que amamentam³⁶. De forma a evitar a exclusão de lactentes, gestantes e famílias que não se enquadram no perfil da cis-heteronormatividade reprodutiva³⁷, além do uso de linguagem adequada, os profissionais de saúde devem estar aptos a sanar dúvidas e orientar os/as/es usuários/as/es a respeito da amamentação e de suas possibilidades.

Os avanços medicinais possibilitaram a indução da produção de leite humano não associado ao momento pós-gestacional. Por intermédio da estimulação hormonal, suplementação e fármacos lactogênicos, a lactação pode ser induzida conforme desejo da parceria – proporcionando uma simulação hormonal do estado gravídico. A indução da amamentação pode trazer benefícios, dentre eles, a construção de vínculo com a criança lactente¹⁴.

Em casais formados por mulheres cis, a formulação da parentalidade se inicia antes da concepção, com a definição da parceria que gesta, a escolha do método reprodutivo e a divisão dos cuidados. Somam-se a isso a análise do desejo e o interesse da parceria gestante e da não gestante em amamentar, sendo possível induzir a lactação na parceira não gestante, oportunizando a dupla amamentação^{13,15}.

Entre as discriminações sofridas por essas parcerias e famílias formadas por casais homoparentais femininos estão a marginalização da parceria não gestante e a desconsideração de sua maternidade, enquanto quem gesta possui o papel social de “mãe” validado socialmente¹⁵, além da desconsideração da amamentação pela parceria não gestante e/ou a dupla amamentação como “aleitamento cruzado” – prática que consiste na amamentação de uma criança com a qual não se tem vínculo parental. Trata-se de uma forma de promover a invisibilização da parceria não gestante nos casais lésbicos cis. A prática de amamentação pode ser feita por pessoas que exerçam papel parental, compreendendo todos/as/es aqueles/as que, no exercício de sua parentalidade, tenham desejo e condições necessárias para induzir a lactação, incluindo os casos de adoção³⁸.

No último Encontro Nacional de Aleitamento Materno (Enam), foi formada a Comissão Pró-Amamentação Diversa e Inclusiva (Cadi) por um grupo de profissionais que fizeram o curso pré-encontro “Amamentação: feminismo, negritude e pessoas LGBTQIA+” e desafiaram pensar a amamentação sob uma ótica crítica e inclusiva. Analisando a página do evento (<https://enam.org.br/index.php>), não se encontra nenhuma mesa-redonda na programação oficial que traga as pautas da diversidade e a amamentação, sendo que toda a programação redigida está voltada para a maternidade, inclusive com a ação “Mil mães amamentando”.

Como abordado anteriormente, as práticas reprodutivas e a parentalidade são, predominantemente, associadas a um casal cisgênero e heterossexual. Assim como o gênero, compreende-se que o “ser mãe” e o “ser pai” são expressões performativas construídas socialmente. Desse modo, a performatividade da parentalidade, ou seja, a construção da parentalidade, contempla a definição dos “papéis” que serão desempenhados no processo de cuidado da criança¹².

Devido ao padrão socialmente construído, ocorre uma “esterilização simbólica” dos casais e famílias trans, gerando a invisibilização da parentalidade em famílias fora do padrão binário cis e heteronormativo¹². Pensando em pessoas transexuais e travestis, esse processo se relaciona com 1) a transfobia social e institucional, sendo que cabe evidenciar que o Brasil lidera o número de assassinatos de pessoas trans desde quando se iniciou um processo censitário de mortes de pessoas trans no país³⁹; e 2) a noção de família, cis-heteronormativa, desenvolvida no imaginário popular, marginalizando a parentalidade por famílias não heterocisgêneras. Também é associada a esses fatores a marginalização das famílias pretas e pardas. Nesses discursos, estão em jogo continuamente quais pessoas e corpos possuem direitos no exercício da parentalidade.

Linguagem neutra no cotidiano e na prática clínica

Tradicionalmente, a formação de profissionais de saúde tem oferecido pouco ou nenhum conteúdo relacionado ao cuidado às pessoas LGBTQIA+. Como resultado, o cuidado tem sido pouco inclusivo. Promover o cuidado em saúde inclui um letramento adequado, ou seja, o uso de termos, nomes e pronomes inclusivos, além do reconhecimento de todas as diversas formas de família e suas comunidades. Isso rompe com as formas de opressão e invisibilidade; e amplia o olhar para as demandas de saúde, de forma a melhorar a saúde da população como um todo.

Um cuidado inclusivo (*affirming care*) se refere aos cuidados que apoiam a identidade de gênero das pessoas e deve incluir terminologia, práticas e cobertura de seguro de saúde inclusivos, além de profissionais com conhecimento na área⁴⁰. Uma das questões que geram situações de frustração é a utilização errônea de nomes e pronomes pessoais. É fundamental a utilização de pronomes e nomes que são escolhidos pela própria pessoa (*affirmed pronouns and name*) e, portanto, representam melhor a sua identidade⁴⁰.

No caso da amamentação, as barreiras incluem uma visão sexista e heterocisnormativa, o que resulta em experiências de discriminação nos contextos dos serviços de saúde. Nesse sentido, deve-se evitar termos relacionados diretamente ao gênero feminino, tais como “mulheres”, “materno” e “mães”, sendo preferíveis termos mais inclusivos como “parente”, “humano” e “lactante”. Outras expressões vêm sendo utilizadas em vez de “aleitamento materno”, como “aleitamento humano” e “alimentação ao peito” (*chestfeeding*). A última é definida pelo processo de alimentar uma criança com leite humano (e não materno), independentemente de a pessoa que amamenta ter sido submetida a uma cirurgia para alterar ou remover tecido mamário⁴⁰. É um termo que pode ser usado por qualquer pessoa, mas, comumente, por pessoas trans e não binárias.

Alguns casais LGBTQIA+ podem desejar induzir a lactação (*induce lactation*), processo no qual é iniciada a produção de leite na ausência de uma gravidez, sendo que essa indução também acontece em casos de adoção. Outra opção é a colactação (*colactation*), quando a amamentação da criança é feita de forma compartilhada pelas pessoas responsáveis por ela. A colactação pode ocorrer por diversos fatores, como o fato de estar lactando quando a parceria dá à luz e/ou pelo desejo de experienciar o processo de amamentação, sendo também possível de ser induzida. O vínculo deve ser

discutido como um benefício para a alimentação ao peito, pois alimentar ou acalentar bebês por meio do contato corporal tem sido relatado como sendo de significativo valor por muitas pessoas com baixa produção de leite⁴⁰.

É essencial assegurar que os/as profissionais que se encontram em cargos de liderança enfatizem a necessidade de uma linguagem inclusiva dentro daquele espaço. Isso inclui a necessidade de uma formação prévia da equipe e a falta de tolerância a qualquer comportamento desrespeitoso⁴⁰. Além disso, é necessário também o desenvolvimento da habilidade de introdução de profissionais da saúde, ou seja, o questionamento sobre quais pronomes, nomes e palavras a família gostaria de utilizar, assegurando também que essas preferências sejam claramente repercutidas entre todos/as/os/as/es prestadores/as de cuidado, para que o fardo da educação repetitiva não seja colocado nas famílias.

Na prática clínica inclusiva, a partir da perspectiva da interseccionalidade *queer*, torna-se relevante, além do uso do pronome adequado (masculino, feminino ou neutro), o campo para nome social, pois é direito dos/as/es usuários/as/es do SUS^{41,42} a inserção de campo para preenchimento de autodeclaração de raça/cor (preta, parda, branca, amarela, indígena) nos protocolos de anamnese²¹, além da inclusão de campos que contemplem a orientação sexual das pessoas atendidas (lésbica, gay, bissexual, transexual, travesti, pansexual, assexual, intersexual, *queer*, outras formas de orientação sexual) e o nome da parceria afetiva. No exame físico, algumas pessoas podem ficar incomodadas com o toque; assim, além da permissão para tocar o corpo da outra pessoa, especialmente no atendimento de homens trans, deve-se evitar o uso das palavras “mama” ou “seios”, utilizando “peito” ou “tórax”⁴³.

Em se tratando da estrutura física dos serviços de saúde, faz-se relevante modificar a lógica binária (homem e mulher) de disponibilização dos banheiros, que está intimamente relacionada a um fundacionalismo biológico que prevê, de antemão, um fio condutor entre sexo, gênero e orientação sexual, o que consiste em um processo ilógico, não linear e articulado ao desejo⁴⁴.

Conclusões

O aleitamento humano é reconhecido como um importante direito reprodutivo, entretanto, usualmente associado às mulheres cisgênero, deixando de lado as pessoas LGBTQIA+ e não binárias. Assim, o aleitamento humano não é uma categoria uniforme e a interseccionalidade *queer* nos ajuda a compreender como a lactação é uma experiência única para cada pessoa e família.


A língua e a linguagem têm papel fundamental na socialização das pessoas. São aspectos social e culturalmente construídos, sendo, portanto, modificáveis. Desconstruir a noção normativa da amamentação por meio da linguagem torna-se imperativo para um projeto de cuidado em saúde equânime e integral. Assim, utilizamos da perspectiva interseccional *queer* para pensar a linguagem neutra no campo do aleitamento humano, buscando-se ao menos questionar um pouco essa noção, além de colocar aos/as/aes profissionais de saúde algumas orientações que podem ser úteis em suas práticas profissionais.

Autores


Natália Sevilha Stofel^(c)

<natalia.stofel@ufscar.br> 

Flávio Adriano Borges^(d)

<flavioborges@ufscar.br> 

Bruno Torelli de Camargo^(e)

<brunotorelli@estudante.ufscar.br> 

Natália Rejane Salim^(f)

<nat.salim@ufscar.br> 

Iraí Maria de Campos Teixeira^(g)

<irai@ufscar.br> 

Afiliação

^(c, d, f) Departamento de Enfermagem, Ufscar. Rodovia Washington Luiz, s/n., Monjolinho. São Carlos, SP, Brasil. 13565-905.

^(e) Graduando do curso de Enfermagem, Ufscar. São Carlos, SP, Brasil.

^(g) Departamento de Metodologia de Ensino, Ufscar. São Carlos, SP, Brasil.

Contribuição dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Financiamento

Este artigo é produto da bolsa de iniciação científica concedida no processo número 2021/11623-5 pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp).

Agradecimentos

Ao Grupo de Orientação e Cuidado em Aleitamento (GOtAS) e à Liga Acadêmica de Diversidade em Saúde (LADIEs), ambos da Universidade Federal de São Carlos.

Conflito de interesse

Os autores não têm conflito de interesse a declarar.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Editora

Rosamaria Giatti Carneiro

Editor associado

Lucas Pereira de Melo

Submetido em

13/09/22

Aprovado em

19/10/22

Referências

1. Kalil IR, Aguiar AC. Narrativas sobre amamentação e desmame: entrelaçamentos de experiências, políticas públicas e saúde. *Rev GEMInIS*. 2020; 11(3):45-69.
2. Victora CG, Barros AJD, França GVA, Bahl R, Rollins NC, Horton S, et al. Amamentação no século 21: epidemiologia, mecanismos, e efeitos ao longo da vida. *Epidemiol Serv Saude*. 2016; 25(1):1-24.
3. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Por que investir e o que será necessário para melhorar as práticas de amamentação? *Epidemiol Serv Saúde*. 2016; 25(1):25-44.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. (Cadernos de Atenção Básica; n. 23).
5. Kalil IR, Rodrigues AA. Mães na mídia: os discursos sociais sobre maternidade na cobertura dos 'mamaços' no Brasil. *Rev Observatorio*. 2018; 4(1):655-80.
6. Monteiro JCS, Gomes FA, Nakano AMS. Amamentação e o seio feminino: uma análise sob a ótica da sexualidade e dos direitos reprodutivos. *Texto Contexto Enferm*. 2006; 15(1):146-50. doi: 10.1590/S0104-07072006000100018.
7. Collins PH. Pensamento feminista negro: conhecimento, consciência e política do empoderamento. São Paulo: Boitempo; 2019.
8. Lee R. Queering lactation: contributions of queer theory to lactation support for LGBTQIA2S+ individuals and families. *J Hum Lact*. 2019; 35(2):233-8. doi: 10.1177/0890334419830992.
9. Rios F, Lima M, organizadores. Por um feminismo afro-latino-americano: ensaios, intervenções e diálogos - Lélia Gonzalez. Rio de Janeiro: Zahar; 2020.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
11. Bezerra MVR, Moreno CA, Prado NMBL, Santos AM. Política de saúde LGBT e sua invisibilidade nas publicações em saúde coletiva. *Saude Debate*. 2019; 43 Esp 8:305-23. doi: 10.1590/0103-11042019S822.
12. Angonese M, Lago MCS. Família e experiências de parentalidades trans. *Rev Cienc Hum*. 2018; 52:1-18.
13. Brasil. Superior Tribunal Federal - STF. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 132 Rio de Janeiro. Tribunal Pleno Relator: Ministro Ayres Britto, Brasília, 05 de maio de 2011. Brasília: Superior Tribunal Federal; 2011.
14. Juntereal NA, Spatz DL. Breastfeeding experiences of same-sex mothers. *Birth*. 2020; 47(1):21-8.
15. Carvalho PGC, Cabral CS, Diniz CSG. O lugar da parceira que não gesta: elementos para discussão sobre homoparentalidade feminina. In: Santos JDF, Cunha TRA, Dias AB, organizadores. Entrecruzando saberes: gênero, sexualidade, memória e violência. Uberlândia: Navegando; 2020. p. 105-16. doi: 10.29388/978-65-81417-25-3-0-f.105-116.
16. Chetwynd EM, Facelli V. Lactation support for LGBTQIA+ families. *J Hum Lact*. 2019; 35(2):244-7. doi: 10.1177/0890334419831269.
17. Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educ Real*. 1995; 20(2):71-99.
18. Florido LMP, Elian EMH. Desafios do rastreamento de câncer de colo em homens transgêneros. *Cad Med*. 2019; 2(3):162-9.



19. Motta JIJ. Sexualidades e políticas públicas: uma abordagem queer para tempos de crise democrática. *Saude Debate*. 2016; 40 Esp:73-86.
20. Brasil. Plenário do Conselho Nacional de Saúde - CNS. Resolução nº 569, de 8 de Dezembro de 2017. Princípios gerais para as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação da área da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
21. Monteiro RB, Santos MPA, Araujo EM. Saúde, currículo, formação: experiências sobre raça, etnia e gênero. *Interface (Botucatu)*. 2021; 25:e200697. doi: 10.1590/interface.200697.
22. Oliveira PM, Aquilante AG, Moretti-Pires RO, Sampaio SF. Gênero, sexualidade e educação médica: vivências em uma escola federal que utiliza metodologias ativas de aprendizagem. *Rev Bras Educ Med*. 2021; 45(4):e227.
23. Connell R. Gênero em termos reais. Moschovich M, tradutora. São Paulo: Versos; 2016.
24. Lima ALG. Maternidade higiênica: natureza e ciência nos manuais de puericultura publicados no Brasil. *Hist Questoes Debates*. 2007; (47):95-122.
25. Moreira KFA, Nakano AMS. Aleitamento materno: instintivo? Natural? O paradigma biológico x os direitos reprodutivos em discussão. *Rev Bras Enferm*. 2002; 55(6):685-90.
26. Brandão ER, Cabral CS. Justiça reprodutiva e gênero: desafios teórico-políticos acirrados pela pandemia de Covid-19 no Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2021; 25 Supl 1:e200762. doi: 10.1590/interface.200762.
27. Price K. What is reproductive justice? How women of color are redefining the prochoice paradigm. *Meridians*. 2010; 10(2):42-65.
28. Louro GL. Teoria queer: uma teoria pós-identitária para a educação. *Estud Fem*. 2001; 9(2):541-53. doi: 10.1590/S0104-026X2001000200012.
29. Butler J. *Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do 'sexo'*. In: Louro GL, organizador. *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica; 1999. p. 151-72.
30. Rea CA, Amancio IMS. Descolonizar a sexualidade: Teoria Queer of Colour e trânsitos para o Sul. *Cad Pagu*. 2018; (53):e185315.
31. Werneck J. Algunas consideraciones sobre racismo, sexismo e la tecnología eugénica. In: Augsten F, Boule J, Brand U, Busaniche B, Drossou O, Heinz F, et al. *¿Un mundo patentado? La privatización de la vida y del conocimiento*. El Salvador: Fundación Heinrich Böll; 2005. p. 197-204.
32. Goes E. Interseccionalidade no Brasil, revisitando as que vieram antes [Internet]. Rio de Janeiro: Blogueiras Negras; 2019 [citado 29 Jan 2022]. Disponível em: <https://blogueirasnegras.org/interseccionalidade-no-brasil-revisitando-as-que-vieram-antes/>
33. Pinto IV, Andrade SSA, Rodrigues LL, Santos MSS, Marinho MMA, Benício LA, et al. Perfil das notificações de violências em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Brasil, 2015 a 2017. *Rev Bras Epidemiol*. 2020; 23 Supl 1:e200006. doi: 10.1590/1980-549720200006.supl.1.
34. Leal MC, Gama SGN, Pereira APE, Pacheco VE, Carmo CN, Santos RV. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2017; 33 Supl 1:e00078816. doi: 10.1590/0102-311X00078816.
35. Rosa EBPR. Cisheteronormatividade como instituição total. *Cad PET-Filos*. 2020; 18(2):59-102.



36. Silva ALR. Atenção Básica à saúde da população LGBT: uma análise bioética a partir das representações sociais de trabalhadores da saúde [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2017.
37. Quinn GP, Sanchez JA, Sutton SK, Vadaparampil ST, Nguyen GT, Green BL, et al. Cancer and lesbian, gay, bisexual, transgender/transsexual, and queer/questioning (LGBTQ) populations. *CA Cancer J Clin.* 2015; 65(5):384-400.
38. Dodgson JE, Bamberger ET. Sex and gender inclusiveness in lactation research. *J Hum Lact.* 2021; 37(2):237-41.
39. Benevides BG, Nogueira SNB. Dossiê dos assassinatos e da violência contra pessoas Trans em 2020. São Paulo: Expressão Popular, ANTRA, IBTE; 2021.
40. Ferri RL, Rosen-Carole CB, Jackson J, Carreno-Rijo E, Greenberg KB, Academy of Breastfeeding Medicine. ABM clinical protocol #33: lactation care for lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, questioning, plus patients. *Breastfeed Med.* 2020; 15(5):284-93. doi: 10.1089/bfm.2020.29152.rlf.
41. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.820, de 13 de Agosto de 2009. Direitos e deveres dos usuários da saúde. Brasília: Ministro da Saúde; 2009.
42. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 8.727, de 28 de Abril de 2016. Uso do nome social e reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. Brasília: Secretaria Geral da Presidência da República; 2016.
43. Salis ACL. Atendimentos de lactação sob a perspectiva LGBTQIA+ [Internet]. Rio de Janeiro: Aleitamento; 2021 [citado 2 Feb 2022]. Disponível em: <http://www.aleitamento.com/amamentacao/conteudo.asp?cod=2607>
44. Cruz EF. Banheiros, travestis, relações de gênero e diferenças no cotidiano da escola. *Rev Psicol Polit.* 2011; 11(21):73-90.



Abstract

The aim of this article is to reflect on the importance of using gender-neutral human lactation-related language drawing on the perspective of queer intersectionality. Despite the creation of the National Policy for the Comprehensive Health Care of Lesbians, Gays, Bisexuals, Transvestites and Transsexuals in 2013, health services and professionals lack the necessary guidance and training to meet the needs of the LGBTQIA+ population, which does not conform to the standards of heterocisnormativity. The promotion of breastfeeding faces several challenges, including the failure to use gender-neutral language, apply lactation induction knowledge and practices, and understand that both cis and trans people can gestate and breastfeed if they wish. We therefore believe that health practices and reflections on care from the perspective of queer intersectionality have the potential to deconstruct hetero-cisnormativity through the proposal of gender-neutral language.

Keywords: Breastfeeding. Sexual and gender minorities. Intersectionality.

Resumen

El objetivo de este artículo es reflexionar sobre la importancia del lenguaje de género neutro en el campo de la lactancia humana, a partir de la perspectiva de la interseccionalidad *queer*. En 2013, se publicó la Política Nacional de Salud de lesbianas, gays, bisexuales, travestis y transexuales; sin embargo, los servicios y los profesionales de salud no tienen instrucción ni capacitación para atender las necesidades de salud de la población LGBTQIA+, que no se encaja en el estándar de heterocisnormatividad. La promoción de la lactancia encuentra obstáculos, tales como la ausencia del uso del lenguaje de género neutro en las atenciones, de la aplicación de conocimiento y prácticas de inducción de la lactancia y la comprensión de que personas cis y trans gestan y pueden amamantar, si así lo desean. Por lo tanto, consideramos que las prácticas en salud y reflexiones de cuidado a partir de la interseccionalidad *queer* tienen potencial para desconstruir la heterocisnormatividad, en este caso por medio de la propuesta del lenguaje de género neutro.

Palabras clave: Lactancia. Minorías sexuales y de género. Interseccionalidad.